



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGIA

ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DESCRIPTIVO  
DE LAS CARACTERISTICAS Y SINTOMAS  
DE LA DEPRESION EN UNA  
POBLACION INFANTIL

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A  
ROMANA SILVIA BECERRIL CERVANTES

ASESOR: MTRA. FAYNE ESQUIVEL A.

TESIS CON  
FALLA EN EL ORIGEN

MEXICO, D. F.

1989



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

		PAG
	RESUMEN	
I.	INTRODUCCION	1
II.	MARCO TEORICO	
1)	DEPRESION	3
	1.1 CRITERIOS DIAGNOSTICOS	10
	1.2 ETIOLOGIA	15
	1.3 EPIDEMIOLOGIA	19
	1.4 TRATAMIENTO Y PRONOSTICO	20
	1.5 INSTRUMENTOS PARA MEDIR LA DEPRESION EN LA INFANCIA	20
2)	BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR	28
3)	PROBLEMAS DE CONDUCTA	33
4)	PRUEBAS PSICOLOGICAS	42
5)	EPIDEMIOLOGIA	
	5.1 DEFINICIONES	48
	5.2 CONCEPTOS SOBRE EPIDEMIOLOGIA Y CIENCIA	48
	5.3 BUSQUEDA DE LA VERDAD	49
	5.4 INDAGACION CAUSAL Y DESCRIPCION CIENTIFICA	52
	5.5 PROPOSICIONES CAUSALES Y LEYES CAUSALES	56

5.6	EL RIGOR CIENTIFICO APARENTE Y EL REAL	57
5.7	NACIMIENTO Y DESARROLLO DE LA EPIDEMIOLOGIA	62
5.8	LA RECONSTRUCCION DEL PASADO INMEDIATO	70

### III.

#### METODOLOGIA

1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	71
2	HIPOTESIS	72
3	VARIABLES	72
4	MATERIAL	75
5	MUESTRA	78
6	PROCEDIMIENTO	79
7	DISEÑO EXPERIMENTAL	79
8	RESULTADOS Y SU INTERPRETACION	80
9	CONCLUSIONES	105

#### BIBLIOGRAFIA

## RESUMEN

A través de 5 años de laborar en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", surge la inquietud del presente estudio debido a lo controvertido del diagnóstico de la depresión en niños y adolescentes; sobre todo de aquéllos que asistían a consulta externa y referían como motivo de consulta "el bajo rendimiento escolar y/o los problemas de conducta".

Aún cuando se enfocó esta investigación a una población con un rango de edad de 7 a 13 años, no dejó de observarse que una gran población que asistió y sigue asistiendo con otros motivos presenta características y síntomas depresivos. Asimismo, es difícil coincidir con otros especialistas en cuanto a los criterios diagnósticos.

Debido a lo anterior se hizo un estudio epidemiológico descriptivo que auxiliara la apreciación personal de la suscrita.

La muestra quedó comprendida con una población de 105 menores; 42 de sexo femenino y 63 masculino, con escolaridad de 1º a 6º de primaria.

Los infantes debían tener un C.I. mayor a 80 en la Escala de Inteligencia para Niños de Wechsler y no presentar alteraciones percepto-motoras sugerentes de disfunción

cerebral en el Test Gestáltico Visomotor de L. Bender.

Posteriormente se procedió a obtener las frecuencias de las 26 variables consideradas en un cuadro de depresión infantil.

El presente estudio reflejó significancia en ocho variables que son: sentimientos de minusvalía, sentimientos de tristeza, sentimientos de soledad, ansiedad, agresividad, temor al rechazo, sentimientos de inseguridad y necesidad de aceptación, las cuales son características de depresión. Debido a ésto, se podría inferir que, la depresión, es uno de los factores que pudieran influir en el bajo rendimiento escolar y en los problemas de conducta.

## I. INTRODUCCION

A principios del siglo XX los desórdenes afectivos en la infancia fueron relegados como una entidad clínica.

Hasta fechas recientes, la depresión en la infancia - había sido un aspecto ignorado, controvertido de la psicopatología infantil. El tema continúa levantando polémicas y aún quedan por responder innumerables preguntas.

Sin embargo, en los últimos dos decenios se ha observado un creciente interés en la posibilidad de identificar y definir estados depresivos en los niños. De ahí que la depresión en la infancia haya constituido el tema de tres reuniones importantes celebradas; la primera en Estocolmo en 1971, posteriormente en Washington en 1975 y la última en Berkeley en 1976.

Los trabajos de investigación en este campo se han - centrado tanto en la definición de la depresión en la infancia y en la adolescencia, como en la elaboración de instrumentos capaces de distinguir a los niños y adolescentes clínicamente depresivos de los individuos normales o con - otros trastornos psicológicos.

Por lo controvertido del diagnóstico de la depresión en niños y lo enmascarado de los síntomas, el presente estudio tuvo como interés explorar los índices epidemiológi-

cos de las características y síntomas depresivos en una población infantil, comprendida en un rango de edad de 6 a 13 años, que cursaban educación básica (primaria) y cuyo motivo de consulta en un hospital psiquiátrico infantil fue "Bajo rendimiento escolar y/o problemas de conducta".

## 1) DEPRESION

En el estudio de la depresión, una poderosa corriente del pensamiento psiquiátrico quedó restringida por largo tiempo al adulto, irrumpió definitivamente en el campo de la paidopsiquiatría hace apenas un par de décadas, sembrando controversias y recogiendo modelos teóricos, criterios-diagnósticos, instrumentos y enfoques terapéuticos. Los estudios de investigación pura y aplicada han representado un serio esfuerzo por entender "las depresiones en la infancia y en la adolescencia."

En 1971 se celebró en Estocolmo el IV Congreso de la Unión Europea de Paidopsiquiatras, cuyo tema principal fue "Estados depresivos en la infancia y la adolescencia".<sup>(5)</sup> La Conferencia sobre la Depresión en la Infancia, auspiciada --- por el Centro de Estudios de la Salud Mental del Niño y -- de la Familia, del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos<sup>(59)</sup> que se organizó en Washington en -- 1975. En 1976 la Universidad de California reunió en Berkeley a connotados investigadores para que participaran en la Conferencia sobre Depresión en la Infancia.<sup>(21)</sup>

Si bien es cierto, que últimamente se ha prestado mayor atención a la depresión en la infancia y en la adolescencia, no es menos cierto que es un interés renovado pues, ya desde 1945 México fue el escenario del trabajo que rea-

lizó R. Spitz<sup>(62)</sup> sobre la privación materna y sus efectos en el lactante. Las investigaciones de este autor lo llevaron a escribir en la literatura científica la primera -- descripción de un fenómeno depresivo en la infancia, un -- síndrome al que dió el nombre de "Depresión Anaclítica" y que, aún hoy, se conserva como criterio diagnóstico.<sup>(55)</sup>

La validez del concepto teórico de la depresión en la infancia, como se señaló anteriormente, ha sido muy discutido. Algunos autores han empleado el término depresión -- para describir variaciones de estados afectivos normales y necesarios para cualquier ser humano;<sup>(23,24,39,56)</sup> para -- otros se trata de una etapa de desarrollo, de una fase normal de la evolución;<sup>(30,68)</sup> otros más se han referido a -- un conjunto de sentimientos depresivos en la infancia<sup>(1)</sup> y a reacciones intensas a experiencias de privación extrema.<sup>(62)</sup>

Aunque ya los autores clásicos habfan descrito la depresión en el niño, hasta la década de los sesentas hubo -- una falta esencial de definición de la depresión en la infancia. Tomando como modelo la psicopatología del adulto, Rie en 1966 sugirió que los niños son incapaces de experimentar el afecto primario plenamente diferenciado y generalizado característico de la depresión, por lo menos hasta el inicio de la latencia. Este autor declara que -----

"....las manifestaciones de la depresión no psicótica del adulto son virtualmente inexistentes en los niños".<sup>(56)</sup>  
 Según Jacobson,<sup>(43)</sup> <sup>citado,</sup> los niños presentan manifestaciones -- afectivas más intensas que las de los adultos, pero son in capaces de tolerar cambios de humor prolongados. Para -- Slater y Roth,<sup>(2)</sup> esta intolerancia a la tensión persiste -- hasta la pubertad.

La excepción a la tendencia de los años sesentas fue el trabajo de Sandler y Joffe quienes sostienen que la depresión es "una modalidad específica de la reacción afectiva común a todos los individuos, independientemente de su edad".<sup>(57)</sup> Estos investigadores conceptualizan la depresión como una reacción a una pérdida y señalan que, aunque puede tratarse de una persona importante, puede ser igualmente la pérdida de un estado previo de bienestar implícito, psicobiológico, en relación con esa persona, más que -- en su simple presencia o ausencia. En la depresión, la -- respuesta del individuo aparece como un sentimiento, mezcla de desamparo y desesperanza, que lleva a la resignación pa siva.

Anteriormente Bibring en 1953<sup>(24)</sup> había propuesto su teoría psicodinámica del desamparo, fenómeno patognomónico de la depresión en donde señala que:

".... la perturbadora conciencia que adquiere el yo de su desamparo en relación con sus aspiraciones, representa el núcleo de la depresión normal, neurótica y, probablemente, de la depresión psicótica ....suele aparecer en la niñez temprana, estableciendo una fijación del yo al estado de desamparo".

Cuando en la vida futura de la persona surgen algunas situaciones parecidas a la situación traumática que ocasionó la fijación, la persona regresa a las condiciones en -- las que se encontraba en ese momento. Esta teoría sigue - vigente y ha sido apoyada por varios autores. (37,59,61)

La existencia de la depresión en la infancia fue reconocida a partir de la década de los años 70's, generándose un desplazamiento de la atención de los investigadores hacia distintos aspectos de la depresión en los niños y en - los adolescentes.

Una de las inquietudes de los científicos en este campo, ha sido investigar las diferencias fundamentales cuantitativas y cualitativas de las reacciones depresivas en - niños, adolescentes y adultos. Los autores que se han dedicado a esta labor afirman que la sintomatología de la depresión en la infancia cambia según los distintos niveles de desarrollo, sobre todo, desde el punto de vista comparativo de la edad. (5,33,37,65) Como resultado de lo ante--

rior, empezaron a proliferar en la literatura científica - los artículos tendientes a esclarecer la ambigüedad y variabilidad de los síntomas depresivos y sus manifestaciones. Con el tiempo se fueron delimitando dos formas de depresión en la infancia: la abierta y la enmascarada.

La depresión abierta se describe como una reacción o un estado efectivo predominante de tristeza, desgracia o infelicidad.<sup>(21,50)</sup> Estar deprimido significa perder la capacidad de disfrutar y de sentir placer,<sup>(51)</sup> lo que equivale a "carecer de la capacidad de pasar naturalmente de una emoción o sentimiento negativo a una emoción o sentimiento positivo, como sentirse feliz o contento"<sup>(58)</sup>

Ante la dificultad de observar el cuadro depresivo - abierto, se generalizó el concepto de la depresión enmascarada expresada en "equivalentes depresivos", término descrito por Melita Sperling en 1959<sup>(65)</sup> al referirse a las perturbaciones del sueño y del apetito.

Podría formularse una lista interminable que acabaría por incluir en algún momento, casi toda la fenomenología -- infantil; lo mismo sucedería con la enumeración de los autores que reportan esos equivalentes. Básicamente, los síntomas que enmascaran la depresión caen en alguna de las categorías siguientes: afectiva, cognoscitiva, conductual, somática o neurovegetativa.

En 1975, Kovacs y Beck<sup>(59)</sup> realizaron una revisión selecta de la literatura y concluyeron:

"Las descripciones de los trastornos depresivos en la infancia parecen representar dos puntos de vista generales, que se yuxtaponen en cierta medida:

- Que los trastornos depresivos en la infancia y los síndromes adultos tienen muchas similitudes, pero también tienen algunas características privativas abiertas.
- Que los trastornos depresivos en la infancia son diferentes a los síndromes adultos y no se manifiestan en síntomas depresivos abiertos."

Obviamente no ha faltado quien critique el concepto de la depresión enmascarada e incluso afirme que los equivalentes depresivos son diagnósticamente innecesarios. (26,21,16,50)

La reticencia a aceptar los equivalentes depresivos como síntomas inequívocos de la depresión en los niños y en los adolescentes, obedece a tres reservas: se parte de la hipótesis de que el afecto depresivo no suele ser observado en la infancia; los equivalentes citados son tan diversos que pueden abarcar casi toda la psicopatología no psicótica de los niños y adolescentes y el vínculo entre los equivalentes depresivos en la infancia no se caracterizan por los síntomas cardinales de la depresión, por lo que re-

sulta inadecuado definirlos como depresión.

Lo anterior originó un cuestionamiento más a saber, - si la depresión en la infancia es un estado o un síntoma. El afecto disfórico se encuentra en diferentes trastornos, lo mismo psiquiátricos que no psiquiátricos, y por sí sólo no es suficientemente confiable para propósitos diagnósticos. Incluso los síntomas más dramáticos como la ideación y los intentos suicidas, son engañosos, ya que aunque los informes sobre niños y adolescentes no sean unánimes, si-- coinciden en que la depresión clínica no siempre guarda una relación causal con la conducta suicida. (21,54)

Según Sandler y Joffe en 1965, el equivalente depresivo es una medida defensiva y adaptativa que el individuo - adopta para luchar contra el dolor psíquico y aumentar su estado de bienestar, valiéndose de medios externos que se convierten en satisfactores narcisistas. La reacción depresiva surge cuando esas medidas fallan, sumiendo al individuo en el desamparo y en la desesperanza frente a un estado doloroso. El equivalente es el fracaso defensivo, no - contra la depresión, sino contra el dolor que se experimenta en medio de ese estado de desamparo y resignación. El fracaso defensivo dá como resultado un trastorno que tiene como uno de los síntomas la depresión. En suma, el síntoma depresivo debe acompañar al componente afectivo, necesariamente.

Se deduce por consiguiente, que la depresión en la infancia puede presentarse como un síntoma acompañante de diferentes cuadros clínicos o como un síndrome con toda su - constelación sintomática. En 1974 para Cytryn y Mcknew, - (15) el trastorno depresivo, por oposición al afecto depresivo, debe ser de larga duración, por lo menos de varios - meses, y asociarse a un impedimento de la capacidad adaptativa escolar y social del niño, paralelamente a perturbaciones de las funciones neurovegetativas. Birluson en 1980 - (9) concuerda con esta definición del término y agrega, que en virtud de que se trata de una reacción desadaptativa, - no se debe considerar como trastorno afectivo a las reacciones de pesar temporales, las manifestaciones de rasgos crónicos de la personalidad, los estados de ánimo normales y el síndrome de desmoralización, que se caracteriza porque el individuo sigue siendo capaz de divertirse, duerme bien y su apetito no se inhibe. (59)

### 1.1 Criterios diagnósticos

Actualmente cuando las controversias giran en torno a la existencia o no de un síndrome depresivo primario en -- niños y adolescentes, análogo al trastorno depresivo de los adultos, los profesionales en el medio clínico tienen que emplear criterios diagnósticos sistematizados para valorar a los niños y adolescentes con una posible depresión. Aten

diendo al informe del Comité del GAP sobre Psiquiatría Infantil, la depresión en la infancia es: "...un trastorno primario de la conducta descrito como desviación en el carácter depresivo; un estado o trastorno primario de conducta que puede degenerar en un trastorno neurótico; un trastorno subjetivo o de la función mental. Un trastorno del ajuste sociopsicológico y una psicosis reactiva. Una psicopatía o una psicosis maniaco-depresiva. Una reacción maniaco-depresiva. Un trastorno neurótico. Un síndrome psiconeurótico o psicótico según intensidad. Una psicosis maniaco-depresiva. Una psicosis funcional".(55)

El hecho de que gracias a los miembros del Comité se listará la depresión en la infancia, en un sistema de nomenclatura diagnóstica para niños y adolescentes, diferente de la de los adultos, no es suficiente para eliminar la confusión porque no dan reglas para la aplicación de los diagnósticos clínicos, y ni siquiera proporcionan lineamientos para la definición nosológica.

Weinberg en 1973, fue el primer investigador que especificó los criterios diagnósticos antes de clasificar a los niños de su muestra como deprimidos o no deprimidos. Sobre la base de una investigación anterior,<sup>(38)</sup> cuyos autores partieron de las características clínicas bien definidas de la depresión en la edad adulta, en combinación con factores

más fácilmente observables en los niños. Weinberg y colaboradores refinaron los requisitos de inclusión y exclusión y legaron a la posteridad el primer sistema de criterios - diseñados específicamente para niños.

Se han publicado varias propuestas para el diagnóstico de la depresión en la infancia, por lo general bajo la forma de listados de síntomas que, más que un avance taxonómico, son cuadros clínicos que han permitido el acercamiento a un mayor consenso.

Ninguno de los criterios publicados ha cobrado aceptación universal. Sin embargo, de 1975 a 1980 la Sociedad Americana de Psiquiatría (APA) preparó la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, asumiendo el compromiso de apoyarse únicamente en - datos confiables, ensayos de campo, los juicios diagnósticos de expertos reconocidos en los campos psicológico y - epidemiológico, y la clasificación explicitada en la sección de trastornos mentales de la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización - Mundial de la Salud, en su modificación clínica (ICD-9-CM), preparada por el Centro Nacional de Estadística de la Salud de los Estados Unidos.

Aunque la confiabilidad obtenida con la clasificación DSM-III en general en los niños y adolescentes es sólo dis-

creta, en realidad "es mucho mayor que la obtenida con las clasificaciones específicas para niños por el Comité del Grupo para el Progreso de la Psiquiatría", GAP<sup>(55)</sup>

El DSM-III conceptualiza cada uno de los trastornos mentales como sigue:<sup>(3)</sup>

"un síndrome o un patrón psicológico o conductual clínicamente significativo, que aparece en un individuo y que se encuentra asociado de forma típica con un síntoma perturbador... o deterioro, en una o más áreas principales de funcionamiento (incapacidad)...se trata de una disfunción biológica, psicológica o conductal, y.... esta alteración no sólo está referida a la relación entre el individuo y la sociedad" (APA, 1983).

En la descripción del concepto básico del trastorno mental, el DSM-III aclara que no existen límites precisos ni entre la presencia y la ausencia del trastorno, ni entre una entidad nosológica y la siguiente: es decir, la depresión como trastorno afectivo se halla en un continuo cualitativo, en su relación con otras entidades diagnósticas, y cuantitativo, en intensidad.

El texto del DSM-III describe sistemáticamente cada trastorno según los conocimientos adquiridos hasta el momento de su publicación, síntomas asociados, edad de comienzo, curso, deterioro, complicaciones, factores predisponentes,

prevalencia, incidencia en cada sexo, antecedentes familiares y diagnóstico diferencial. Sin embargo, la aproximación teórica del Manual es meramente descriptiva y ante la carencia de conocimientos, aplica el menor nivel de inferencia posible. La sintomatología característica del episodio depresivo mayor se describe en términos de signos y síntomas fácilmente identificables. En el caso de los niños y los adolescentes sólo se proporciona información sobre la sintomatología asociada según la edad, así como la necesidad de establecer el diagnóstico diferencial con el trastorno distímico y el trastorno por angustia de separación. Esto significa que aún cuando los criterios específicos del DSM-III puedan considerarse confiables, requieren de una mayor validación a partir de correlatos importantes como el curso clínico, los efectos ambientales, la historia familiar y las respuestas al tratamiento y que cabe la posibilidad de que se modifiquen, al menos parcialmente a partir de investigaciones futuras. Por el momento, la aplicación de los criterios del DSM-III al diagnóstico de la depresión en la infancia constituye "un punto de partida importante". (28)

A pesar de la confusión, Lang y Tisher en 1978 (60) concluyen que la depresión en la infancia es:

"Una respuesta humana normal que varía en intensidad y cualidad, que se encuentra en la población infan-

til y que juega un papel especial en muchos grupos psiquiátricos, incluyendo los diagnosticados como depresiones neuróticas o "Psicóticas"

## 1.2 Etiología

Los problemas etiopatogénicos de la depresión son más complejos en los niños y adolescentes, debido a que se trata de organismos en desarrollo, que en los adultos. Poco se sabe en definitiva sobre la etiología de la depresión en la infancia; la investigación etiológica en este campo es escasa y está plagada de dificultades metodológicas evidentes. En general se aprecian 4 estrategias comunes de investigación:

- a) Búsqueda de factores predisponentes o de antecedentes en las historias de los pacientes.
- b) Estudios retrospectivos en los que se intenta detectar esos factores o antecedentes en registros antiguos.
- c) Estudios catamnésicos en los que se estudia a los niños y adolescentes continuamente, paralelamente a varios controles, durante un período de tiempo determinado.
- d) La información etiológica que se desprende de estas investigaciones podría clasificarse en tres áreas, que son la biológica, la genética y la bio

química.

Los factores etiológicos se asocian especialmente a los diferentes marcos teóricos que intentan explicarlos. El punto de vista psicoanalítico clásico aborda temas similares para adultos y niños, tomando como factor dinámico central la pérdida. Para Freud en 1917,<sup>(23)</sup> el duelo y la depresión (melancolía) son dos situaciones clínicamente similares, salvo que la disminución de autoestima en la depresión es mayor, la pérdida es inconsciente, el duelo se prolonga y las recriminaciones que se hacen los individuos obedecen a un sadismo dirigido contra el yo. Abraham en 1927, encontró que el odio era el sentimiento dominante en la etapa previa a la depresión, pero que, como este sentimiento resultaba inaceptable para la persona, la hostilidad y la ambivalencia se reprimen, luego se proyectan y llevan al individuo a creer que es odiado por los demás a causa de sus propios defectos, por lo que se deprime al internalizar la hostilidad. Bibring en 1953, como ya se señaló, considera el desamparo como núcleo de la depresión; Sandler y Joffe en 1965<sup>(57)</sup> retoman la idea y amplían el concepto de la pérdida a una discrepancia en el estado de bienestar real y el ideal. El estado de bienestar ideal perdido o inalcanzable genera dolor psíquico; la depresión es una de las respuestas posibles a ese dolor y consiste en un senti

miento persistente de desamparo o de resignación pasiva, o de ambos.

Los estudios sobre el componente bioquímico de la depresión en la infancia son escasos o incompletos, y actualmente, como sucede con los estudios psicofarmacológicos --- (41,21) se está a la espera de mayores resultados.

Finalmente se ha indagado el nivel y el sentido de la correlación entre ciertos trastornos orgánicos y la depresión. En la mayoría de los estudios se ha llegado a la -- conclusión de que la asociación de los correlatos se dá a través de factores psicosociales más que en forma directa. Lo anterior se aplica a correlatos tales como la disfunción cerebral mínima, (29,11) el daño orgánico cerebral (34,5) y la dislexia. (10) La confusión priva aún incluso en el -- caso de correlatos que neurofisiológicamente, se da por -- sentado, se asocian a una depresión secundaria porque hay investigadores que no han podido demostrar tal correlación, como en las crisis epilépticas. (52) Sin embargo, se ha de -- mostrado la depresión iatrogénica debida a los barbitúri--cos recetados como anticonvulsivantes.

De los resultados que se obtuvieron en las investigaciones referidas se deduce la inmensa necesidad de profundizar en el estudio de la etiopatogénesis de la depresión en la infancia.

Las teorías psicodinámicas siguen siendo de interés -- porque los hallazgos de las investigaciones subrayan la importancia de ciertas experiencias relacionadas con el abandono, la separación y la privación afectiva desde las etapas más tempranas del desarrollo. Recientemente se ha llegado a la conclusión de que la calidad e intensidad de los lazos afectivos entre los padres e hijos constituyen la variable etilógica más poderosa en la génesis de la depresión. Es necesario considerar, asimismo, la dinámica familiar antes y después de la situación traumática, la estabilidad de la figura paterna que permanece con el menor, los cuidados de que sea objeto el niño y su nivel de maduración yoica. (25,13,18,5,42)

Lo anterior ha llevado a la investigación de los factores patológicos y dinámicos de la familia y su relación con la depresión en la infancia. Se ha encontrado una incidencia elevada de depresión en los padres que puede ser fuente de depresión en el niño. (50,8) También se ha demostrado - que puede existir un manejo inadecuado de la agresión y la hostilidad, ya se trate de agresión dirigida por los padres contra el niño como objeto impotente o de padres manifiestamente rechazantes e inalcanzables para el niño. (5,44)

La importancia de los factores biológicos deriva en el

estudio de la posible transmisión hereditaria o cultural - de la depresión. Sin embargo, los hallazgos no han sido - contundentes. (6,20,53)

### 1.3 Epidemiología

Los índices epidemiológicos publicados por los investigadores activos en el campo de la depresión en la infancia cubren una amplia gama de cifras; ésto se debe a diferencias conceptuales, metodológicas y demográficas. Los criterios diagnósticos y las técnicas de medición confiables y válidas con que se cuenta ya, no han logrado reducir el rango aludido, que va de 14% a 59%.<sup>(26)</sup> Como ejemplo se presentan estadísticas sobre la prevalencia e incidencia de la depresión en la infancia y en la adolescencia: De 1 a 2 por 1,000 de los niños de 10 y 11 años presentan depresión pura (disforia y tristeza) dato de Rutter en - 1966;<sup>(21)</sup> menos de 1% de los pacientes de consulta externa de un Hospital Psiquiátrico Infantil de acuerdo con Poznanski y Zrull en 1979;<sup>( )</sup> El 1.3% anual en un Centro Psiquiátrico, reportado por Bauesfeld en 1971.<sup>(5)</sup> El 1.8% de los 6,000 niños de una muestra presentaron estados depresivos moderados y severos, detectado por Nissen, 1971.<sup>(5)</sup> Del - 2 al 5% de todos los casos clínicos.<sup>(9)</sup> Del 4 al 5% de la población normal.<sup>(65)</sup> El 5% de los 568 adolescentes de una muestra de 14 a 17 años.<sup>(63)</sup> El 12% de los datos de Kuhn.

en 1971<sup>(5)</sup> de la clientela promedio de psiquiatría. El 20% de la población general infantil del nivel de párvulos hasta el segundo nivel de primaria en una zona urbana.<sup>(6)</sup> El 25% de los casos clínicos.<sup>(5)</sup> El 65.6% en una muestra de 72 niños con problemas escolares y conductuales.<sup>(5)</sup>

La epidemiología de la depresión en niños y adolescentes será todavía por largo rato un campo fértil para la investigación.

#### 1.4 Tratamiento y Pronóstico

Es práctica común tratar la depresión en los niños y en los adolescentes con los mismos fármacos con que se trata a los adultos, ya que los toleran sin dificultad.<sup>(2)</sup> En ocasiones los antidepresivos se combinan con antiansiolíticos y otras veces con psicoterapia.

En cuanto al futuro de los casos reportados en la literatura<sup>(5)</sup> los autores parecen coincidir en que el pronóstico suele ser desfavorable. Una mayor experiencia terapéutica y diagnósticos más precisos quizá mejoren el porvenir de los niños y adolescentes deprimidos.

#### 1.5 Instrumentos para medir la depresión en la infancia.

En tiempos recientes, se han elaborado pruebas psicoló

gicas que han sido muy útiles para determinar la severidad de la depresión en la infancia. Estas adoptan la forma de inventarios autodescriptivos, entrevistas, valoración de los adultos significativos tanto para el niño como para los padres, maestros, personal clínico y no clínico, técnicas proyectivas y nombramientos de pares.<sup>(28)</sup> Entre los instrumentos más importantes y populares se encuentran:

CDI Children's Depression Inventory, <sup>(32)</sup>.

Es un inventario autodescriptivo que consta de 27 reactivos calificados en una escala de 0 a 2 puntos. Se aplica a niños de 7 a 17 años de edad. Una calificación de 19 de un total de 54 es el percentil 90 para los niños normales. Se especifica una duración de los síntomas de dos semanas. La confiabilidad se ha demostrado a través de consistencia interna, correlaciones entre elementos y entre éstos y el total, y con test-retest. Este inventario es un derivado del de adultos (Beck Depression Inventory, BDI) de los mismos autores. La validez de contenido, a través de una evaluación cuidadosa de la fenomenología de la depresión en la infancia para la selección de los elementos, y la validez de análisis factorial, de 1 a 2 factores, han sido reportadas por los autores del instrumento. Existe una versión -- abreviada Short Children's Depression Inventory, <sup>(14,28)</sup> de 13 reactivos puntuados con una escala de 0 a 4 y referidos

a los síntomas de la semana anterior a la aplicación, que abarca un rango de edad de 7 a 17 años, también, y cuya confiabilidad no se ha reportado. La validez de criterio se demostró con el DSM-III, Trastornos Afectivos, haciendo hincapié en el estado de ánimo, la disforia y la anhedonia (28).

ISC-Forma C Interview Schedule for Children. (31)

Esta entrevista cubre, con una multiplicidad de elementos y subelementos, constelaciones de síntomas como la depresión y los trastornos conductuales, entre otros. Se puntúa en una escala de 10 puntos para la mayoría de los reactivos. Permite el diagnóstico de la depresión en niños de 8 a 13 años de edad. Se especifica una duración privativa de cada grupo de síntomas, incluyendo los no afectivos. Su aplicación y puntuación se basan en el juicio clínico. Sus reactivos se seleccionaron según criterios diagnósticos de trastornos afectivos, aunque se incluyen los no afectivos. Puede administrarse a los padres para mayor fiabilidad y validez. Su confiabilidad se basa en el acuerdo entre jueces, y su validez es de contenido. Se ha usado para validar otros instrumentos (28)

K-SADS Kiddie-SADS, (17) Los reactivos se seleccionaron sobre la base de los criterios RDC (Research Diagnostic Criteria) cuya tipología determinó las subescalas de esta -

entrevista. Permite el diagnóstico en niños de 6 a 16 años de edad. Los síntomas se puntúan según su severidad y duración e incluye síntomas no afectivos. Su aplicación y puntuación dependen del juicio clínico. Su confiabilidad se demostró por acuerdo entre jueces y consistencia interna. Tiene validez de contenido. Esta entrevista es un derivado de la de adultos (SADS).

BID Bellevue Index of Depression. (49) Se trata de una entrevista de 40 reactivos puntuados en una escala de severidad de 4 puntos y otra de duración de 3 puntos. La depresión se define con un puntaje de 20 referido a la edad del paciente. La duración de los síntomas se puntúa separadamente para cada uno y se reporta la puntuación más elevada de severidad. (28) Esta entrevista estructurada ofrece alternativas de respuestas también estructuradas. Su confiabilidad se demostró por el acuerdo entre observadores. Su validez de contenido se obtuvo con los criterios de Feinberg y el DSM-III. Permite diferenciar entre sujetos deprimidos y no deprimidos (9) y es aplicable a los padres y otros significativos. Se aplica a niños de 6 a 12 años.

CDS Children's Depression Scale. (citado por 60) Este inventario autodescriptivo presenta un formato de clasificación de respuestas que permite su aplicación a niños de 8 a 16 años de edad y a los adultos significativos para el niño.

Consta de 66 reactivos puntuados en una escala de 1 a 5 y de seis subescalas, 5 de depresión que miden afecto, conducta social, autoestima, preocupaciones de enfermedad y muerte, y culpa así como 1 de actividades placenteras, la que constituye una de sus características especiales. Permite diagnosticar la depresión contra una muestra normativa comparando las puntuaciones ponderadas convertidas a percentiles y decatipos en su versión australiana y española. Su confiabilidad se demostró con test-retest y tiene consistencia interna. Se demostró su validez de contenido a través del análisis de elementos, la evaluación de la fenomenología de la depresión en la infancia reportada en la literatura y el acuerdo de psiquiatras y pacientes en tratamiento. El análisis factorial arrojó de 1 a 2 factores y también se demostró su validez de criterio. Este inventario permite diferenciar a niños deprimidos de los no deprimidos.

DSA Face Valid Depression Scale for Adolescents. (44)

Este es un inventario autodescriptivo con 35 reactivos que se califican con 0 ó 1, específicos para adolescentes de 12 a 18 años. La puntuación de 26 representa una desviación estándar de la media y se usa para diagnosticar la depresión. Tiene subescalas derivadas del análisis factorial; los seis factores son: falta de confianza en sí mismo, abandono social, pérdida de interés, tristeza, síntomas somáticos y

acting out. No se ha reportado la confiabilidad de este instrumento derivado del MMPI. Tiene validez de contenido y de criterio por acuerdo entre psiquiatras.

#### CDRS Children's Depression Rating Scale. (51)

La escala de depresión para adultos conocida como Hamilton Depression Scale sirvió de base para esta escala para niños de 6 a 12 años de edad. Consta de 16 elementos que se califican posteriormente a la entrevista según una escala de intensidad de 6 puntos. El CDRS puede administrarse también a los padres y a otras figuras significativas para el niño de tal forma que se combinen las fuentes de información. - La confiabilidad de este instrumento se demostró por acuerdo entre jueces pero no se reportan datos sobre su validez.

#### CARS Children's Affective Rating Scale. (40)

Después de aplicada la entrevista, los elementos se puntúan en una escala de 10 puntos. Esos reactivos forman las tres subescalas de la entrevista: humor, conducta verbal y fantasía. Está diseñada para niños de 5 a 15 años, y más que una autodescripción de los problemas por los niños, se basa en la evaluación clínica global del paciente. Su confiabilidad se demostró por acuerdo entre jueces, test-retest, moderada y positiva para varones y moderada y negativa para mujeres. Tiene validez de criterio.

M-Zung Modified Zung, (33) Este inventario autodescriptivo consta de 16 reactivos que se califican según la presencia o ausencia de síntomas, pero que no cubren todos los criterios sino sólo humor, disforia y anhedonia. No hay reportes sobre confiabilidad ni validez. Se aplica a niños de entre 10 y 11 años y se derivó de la de adultos.

CES-D Center for Epidemiological Studies Depression - Scale, modificada para niños. (citado por 28)

Este inventario autodescriptivo se derivó de la escala para adultos y se aplica a niños de 6 a 17 años. Consta de 20 elementos puntuados de 0 a 4. El diagnóstico de depresión se da con una puntuación mayor a 15. La duración de síntomas sobre la que se informa es de una semana..

BDI-A Beck Depression Inventory modificado para adolescentes. (28, citado por 28, 63)

Del inventario autodescriptivo para adultos se derivó el de adolescentes con 33 reactivos puntuados de 0 a 3. Tiene consistencia interna y su confiabilidad test-retest es buena. El análisis factorial reveló cuatro factores. Sus -- demás características son las que aplican el inventario para adultos.

SRS Self-Rating Scale. (9) El inventario autodescriptivo más reciente (28) para medir la depresión en la infan-

cia consta de 18 reactivos puntuados en una escala de 3 puntos. Los niños de 7 a 13 años reportan síntomas de una semana de duración y según los datos normativos, 13 es la puntuación para el diagnóstico de depresión. Se basa en los criterios de Feighner y col. en 1972 (citado por 9), por lo que tiene validez de criterio; tiene además validez de contenido y sus elementos se sometieron a análisis con buenos resultados. Pone énfasis en el estado de ánimo, la disforia y la anhedonia y no cubre todos los criterios del trastorno.

De las descripciones anteriores se concluye que hay tantas coincidencias como discrepancias entre todos estos instrumentos que no pueden llevar sino a resultados incomparables. La sintomatología cubierta puede o no restarle utilidad y validez a la prueba, pero sí mide un grado de intensidad de la depresión diferente. Es necesario que estos instrumentos midan la severidad de la depresión y no de la patología en general; desgraciadamente, la yuxtaposición de síntomas entre diagnósticos alternativos tiene implicaciones de importancia en términos de la validez de los instrumentos.

## 2) BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR

Uno de los problemas relativos a la educación que resultan más onerosos en lo moral, lo emocional, lo social y lo económico es, sin duda el de esos niños "desaplicados" que remontan penosamente la cuenta de la enseñanza primaria y a veces salen de la escuela irreversiblemente marcados por una experiencia traumática, producto de los errores conjugados de padres y profesores.

La calificación más simple y cómoda para esos niños de bajo rendimiento escolar es la de "perezosos" o "distraídos". Pero en las cuestiones como esta no es adecuado adoptar posiciones cómodas o simplistas. Los objetivos tranquilizantes no hacen sino complicar el problema, por cuanto lo esquivan enmascarándolo.

En no pocas oportunidades, los padres de un niño de este tipo, eluden su responsabilidad diciendo que la escuela a que el chico asiste "no sirve". Hay también la tendencia generalizada por parte de padres y profesores, a inferiorizar, culpar, presionar al niño, a hacer, en suma todo lo posible para implantar en la personalidad del pequeño los rasgos de una neurosis que quizá lo acompañen por todo el resto de su vida y que se reflejará negativamente en todas sus actitudes.

Cabe decir que la mayor parte de los niños de bajo rendimiento escolar se integra de chicos con un cociente intelectual normal y con frecuencia superior, de modo que sus deficiencias en clase no pueden atribuirse a la inferioridad mental. Por otra parte, son relativamente escasos los escolares de bajo rendimiento cuyas malas calificaciones se deben, por ejemplo, a defectos de la vista y el oído, defectos que ahora, por fortuna, son de rápida detección y pueden repararse a menudo en grado variable, pero aceptablemente efectivo. De modo que nos encontramos en realidad ante un problema mucho más complejo que el que podría presentar el niño mal dotado intelectual o físicamente. Nos hallamos, ante un buen número de problemas de tipo psicológico, que se originan ya en el propio hogar -- del educando (desintegración familiar, padres inadecuadamente preparados o con personalidad neurótica acentuada, etc.), ya en las relaciones defectuosas del niño con su medio ambiente social en general y con el de la escuela en particular.

Los maestros podrían decir que el problema del bajo rendimiento escolar atañe más más bien a los padres, en cuya proximidad y por cuya influencia se gesta a menudo semejante dificultad. Bien es posible negar que muchos de los padres de familia de nuestro tiempo debieran poseer un

un índice mayor de conocimientos especiales para manejar a sus hijos en forma más adecuada. Pero tampoco podemos ignorar la interdependencia hogar-escuela, ni el hecho de que el maestro ha de contribuir activamente a la solución de determinadas dificultades, cuya salida satisfactoria no es posible aplazar. Por lo demás, el maestro tiene, obviamente más equipo profesional y cultural que los padres para mejorar, en menos tiempo el nivel de sus conocimientos acerca de la psicología infantil en general y del bajo rendimiento escolar en particular; y puede por lo consiguiente, ayudar en mucho a que los padres, a su vez mejoren sus sistemas para manejar al niño en el recinto del hogar y a la familia, siempre que ambos sectores mantengan abierto un buen canal de comunicación, requisito indispensable a la buena instrucción y formación de los niños.

El bajo rendimiento que, como es lógico, repercute indefectiblemente en el bajo nivel actual de la enseñanza media y superior, daña en primer lugar la personalidad del fracasado y origina en seguida un elevado porcentaje de deserción escolar, repeticiones de grados, errores vocacionales y profesionales, ineptos y frustrados.

El escolar inteligente de bajo rendimiento académico

es un niño cuya eficiencia diaria en la escuela es muy inferior a lo que podría esperarse de su inteligencia. Gran número de estos niños actúan en forma deficiente a causa - de ciertas actitudes emocionales conflictivas. (12)

Esta investigación no se enfocó hacia el niño con daño orgánico cerebral, sino hacia el afectado emocionalmente que se desenvuelve en forma poco satisfactoria o cuyo rendimiento es nulo. Estos niños se clasifican bajo diversas - etiquetas: "indiferentes, perezosos, negativos, sin motiva- ciones, poco cooperativos, de lento desarrollo, distraídos, soñadores, etc."

En otros tiempos no se hacía ninguna distinción entre la capacidad potencial y la capacidad utilizable. La capa- cidad potencial se refiere al nivel al que podría trabajar el niño si estuviera libre de los conflictos emocionales y las tensiones que lo debilitan. La capacidad utilizable, - llamada algunas veces "eficiencia de funcionamiento", se refiere al nivel en que el niño trabaja de hecho. El énfasis que se concede actualmente a las pruebas individuales ha - dado una imagen más precisa respecto a la verdadera exten- sión del rendimiento insuficiente.

Bricklin, B.P. (12) menciona que las causas del bajo -- rendimiento escolar pueden clasificarse en 4 categorías:

existen las causas físicas, tales como ciertos defectos de la vista o el oído; causas pedagógicas o del método de enseñanza, en cuya virtud el niño no puede aprender, ya que se le enseña en forma deficiente; causas sociológicas, por ejemplo el niño se desvía de sus estudios porque en su ambiente se subestima la educación; y las causas emocionales, o sea que el niño no puede dar un rendimiento satisfactorio por culpa de determinadas actitudes emocionales conflictivas.

La presente investigación se centró en estas últimas - ya que si bien no abarcó todos los conflictos emocionales - si intentó determinar si existen características y síntomas depresivos en el niño con bajo rendimiento escolar. Aún en los casos en los que los conflictos emocionales no son la causa principal del mal rendimiento, si constituyen un factor muy importante. El hecho es que, darse cuenta de que trabaja en forma poco satisfactoria, produce al niño cierta tensión emocional que reduce su confianza.

Existe discrepancia entre los profesionales en determinar acerca de qué viene primero, si el problema educativo o el emocional. El veredicto de un sector decide que la frustración resultante de realizar un trabajo en forma deficiente produce tensión en el niño, porque el problema educativo es fundamental. El sector opuesto responde: el niño hubiera trabajado satisfactoriamente de no haber existido algún conflicto.

### 3) PROBLEMAS DE CONDUCTA DEL NIÑO

"Una conducta anormal que se repite o una constante repuesta inapropiada a determinados estímulos nos dan como resultado un problema de conducta. Se le puede definir tam--bién como el deterioro del desarrollo del medio ambiente y de la energía del menor que no ha alcanzado determinadas --etapas para una utilización mínima de sus capacidades."<sup>(45)</sup>

Así tenemos que un menor que no está cumpliendo con --sus tareas valorativas de su edad, está fallando en la integración de las funciones cognoscitivas, es entonces cuando se puede considerar que algo está poniendo un punto de retención a su desarrollo (claro está que este problema puede --ser de consecuencias diversas).

Para su máximo desarrollo, al niño hay que impulsarlo para que alcance los niveles deseados a su edad además de -vencer los conflictos, obstáculos y angustias que se le presenten en el hogar, escuela, etc.

Por otra parte una conducta abiertamente conflictiva - puede causar inquietudes en padres y maestros, inclusive en médicos, por ese afán cultural existente de que los niños - deben ser tranquilos e inofensivos, lo que quizá los lleve a la observación de un falso problema.

Otro medio para catalogar los problemas infantiles en la conducta, será el de estímulo respuesta; es decir que - hay que averiguar si la respuesta, juzgada como conducta - del niño va de acuerdo o no con el criterio de espectación previamente establecido para el estímulo. Es necesario no sujetarnos a un patrón rígido de conducta pues se corre el riesgo de encontrar problemas donde no los hay. Desgraciadamente, sí hay ocasiones en que el niño es etiquetado como "problema" sin serlo, y ello incide cuando el chico procede en la forma no esperada por sus padres o maestros.

Un tercer medio para deducir una conducta anormal lo - tenemos en el tiempo y en la repetición de acciones catalogadas como anormales; si un niño de quien ya no se espera - que orine en los calzones lo hace un día, puede deberse a que tuvo una fuerte impresión (por ejemplo, iba a ser atropellado), pero si orina su ropa todos los días o sea repetidamente, entonces ya amerita la atención del maestro, el --pediatra o médico general, psicólogo escolar o el psiquia--tra; todas estas personas interviniendo en diferentes momentos, serán los que etiqueten el problema y, después de examinarlo, confirmen su validez diagnóstica.

Cuando un niño no está logrando las metas impuestas -- para determinadas etapas de desarrollo, hay que indagar cuáles son las dificultades (orgánicas o emocionales) que se lo

están impidiendo, teniendo en cuenta que entre más grande sea el niño más difícil será reparar en él estos dos aspectos.

En resumen, un problema de conducta anormal que se repita, una desviación del desarrollo o una constante respuesta inapropiada a determinados estímulos, constituye un síntoma y requerirá de un diagnóstico.

Una vez descartado el problema de naturaleza orgánica: percepción, coordinación, etc., entonces sí hay que pensar en el emocional o psíquico y establecer si se trata de una situación psíquica interna del niño o derivada de su medio ambiente familiar o social. En esta forma se determinarán las áreas más involucradas en el problema, lo cual nos llevará de la mano hacia el diagnóstico.

En el Hospital Infantil de México, en el servicio de Higiene Mental, se realizó un estudio en 2,000 expedientes, en los cuales se encontró que en la mitad de esos casos los niños presentaban alguna lesión orgánica, no así la otra mitad en la que el problema derivaba de un factor psicológico del medio ambiente. (45)

En otro estudio realizado sobre 1,607 casos del Hospital del Niño IMAN, se observó que aproximadamente la terce-

ra parte de los niños con trastornos de la conducta tenían lesión orgánica. (45)

En muchas ocasiones la primera impresión que se tiene sobre la conducta de un niño puede ser falsa. Ejemplo, un niño que no se relaciona con facilidad, quizá sea juzgado a primera vista como inhibido socialmente o con datos de autismo, cuando en realidad puede tratarse de un niño normal aunque lento para entrar en ambiente. También encontramos que el chico con un alto nivel de actividades puede ser calificado de hiperactivo, poco controlable o con daño cerebral. Dicho como lo observamos con frecuencia, durante una entrevista, la madre se esfuerza inútilmente por mantener quieto a su niño, siendo que esa actividad puede ser absolutamente normal en él y en otros niños.

Es importante cuando se está llevando a cabo la observación del niño, tomar en cuenta que sus reacciones serán diferentes si él está sólo en compañía de su madre y que aquéllas variarán todavía más, si el padre o los hermanos se encuentran presentes. En cada situación tendremos, por decirlo así, un niño "distinto". Estas facetas de un comportamiento no se excluyen una u otra, por el contrario, se complementan formando parte de una totalidad.

También hay que considerar que la observación llevada

a cabo por la trabajadora social, diferirá de la que haga un maestro y aún más de la efectuada por el psicólogo o - psiquiatra, siendo esta variación de criterios uno de los problemas más graves que afrontamos al respecto. La observación metodológica requiere absolutamente, de sistemas - empleados a nivel interdisciplinario.

El objetivo de todos y cada una de las personas que - intervienen en la observación de un problema, deben consistir en hacer un estudio integral de él. Dicho estudio requerirá de la contribución de aquéllas para lograr el entendimiento de este mensaje que les está siendo enviado a través del síntoma.

Desgraciadamente algunos educadores que saben algo de las palabras hiperquinético, dislálico, disléxico y hasta esquizofrénico, tienden a catalogar a sus niños de acuerdo a estos términos, lo cual es realmente peligroso. El maestro no debe calificar un trastorno, sólo observar.

El maestro que posee conocimientos acerca del desarrollo normal del niño, tiene muchos medios a su alcance para determinar las anomalías.

Los problemas de conducta se presentan en diversas formas: agresividad, lento aprendizaje, hábitos impropios e inclusive, pasividad (el niño que no causa problemas, por lo

general es el que más problemas tiene).

Los trastornos de conducta en sí son síntomas y el peligro de considerarse como entidad patológica para el diagnóstico final, estriba en que no se llegarán a tomar las medidas terapéuticas necesarias para corregir la verdadera enfermedad que los está provocando.

Desde ese punto de vista en los varones, la agresividad es el síntoma más frecuente, siguiéndole en orden de importancia el hecho de que los niños se orinen en la cama o en su propia ropa cuando ya no están en edad de hacerlo; en seguida tenemos a los niños que hacen berrinches o que son demasiado activos (hiperquinéticos), posteriormente, los niños con trastornos de aprendizaje y, al último, otro tipo de alteraciones.

(45)

La agresividad, de las niñas, queda relegada a un cuarto lugar, ocupando el primero los berrinches; después, los trastornos de aprendizaje; luego el de orinarse en su ropa.

(45)

La valoración que se hace de un problema de conducta depende del grupo social en que éste se ha observado. Así --- cuando la agresividad se hace necesaria en las clases sociales bajas, también el hurto llega a ser normal y muchas veces indispensable en ellas. No sucede lo mismo con las clases me

dia y alta, donde el robar puede calificarse como franco --  
trastorno.

La repercusión que tiene la hiperquinesia en la conduc-  
ta del niño es un trastorno que puede desencadenar muchos -  
otros problemas, se origina de un estado de angustia o de -  
una disfunción cerebral que a su vez produce trastornos emo-  
cionales en el niño ante su manifiesta incapacidad de mante-  
nerse quieto. La hiperactividad, en el caso de disfunción,  
es debida a que el cerebro está determinando una mayor movi-  
lidad y, el niño solo, no encuentra posibilidad de detener-  
la ni de alcanzar esa actividad hacia tareas o propósitos -  
definidos, ya que generalmente ésta se acompaña de una baja  
capacidad de concentración.

Los problemas de conducta en el aprendizaje del niño -  
tienen consecuencia ya que van desde los más leves hasta los  
más profundos los cuales necesitarán del psicólogo o del ---  
psiquiatra para su tratamiento.

Dependiendo del problema, su proceso de aprendizaje se  
verá afectado, si por ejemplo: se rige por un patrón neuró-  
tico de agresividad hacia todo lo que le rodea, tendrá poco  
tiempo y pocas energías para aprender, lo mismo sucede en el  
caso opuesto. El chico "muy bueno" terriblemente inhibido -  
en su agresividad y que estudia en forma obsesiva (aunque --

nada le sirve), podríamos decir que este niño está tan enfermo como el anteriormente mencionado.

En muchas ocasiones, los maestros contribuyen a que el problema se agrave rechazando y hasta ridiculizando a los niños que presentan problemas. Se les saca de la clase, e inclusive se les expulsa de la escuela sin proporcionarles ayuda. Siendo tan simple ayudarlo, observándolo y remitiéndolo a la consulta especializada, sin etiquetarlos, pues - - ello no es asunto del maestro. Es tan importante el diagnóstico, ya que esos niños requieren de una enseñanza especializada. Para esto la historia del niño deberá ser conocida, ya que a esta edad sus procesos de percepción están íntimamente unidos a los emocionales, tan es así que muchas veces el área de percepción queda bloqueada a causa de problemas surgidos en los primeros contactos de relación con la madre.

El equilibrio entre el individuo, la familia y la sociedad es tan importante que cuando se rompe surgen problemas. Sólo existiendo un balance entre esos círculos, el individuo podrá funcionar saludablemente.

De un estudio efectuado aquí en México, se deduce que - aproximadamente el 30% de los problemas de conducta en el niño pueden ser resueltos por los padres o maestros. (45)  
El niño reacciona negativamente ante situaciones familiares de inseguridad y, si los padres o maestros están debidamen

te informados al respecto, propiciarán el cambio necesario para eliminar el problema.

## 4) PRUEBAS PSICOLOGICAS

Las pruebas psicológicas poseen características que - las hacen más estables para su manejo. Dentro de dichas - características se encuentra la estandarización, entendida como la uniformidad de los reactivos que conforman una - prueba psicológica.<sup>(7)</sup>

Otras características fundamentales de las pruebas psicológicas son la validez y la confiabilidad.

La validez de un instrumento es el grado en el que - realmente mide lo que está destinado a medir. Anastasi<sup>(4)</sup> define tres tipos de validez de la siguiente manera:

- A) Validez de contenido
- B) Validez empírica o de criterio
  - I) Concurrente
  - II) Predictiva
  - III) Sintética
- C) Validez estructural
  - I) Con diferenciación por edades
  - II) Convergente
  - III) Por análisis factorial
  - IV) Por consistencia interna
  - V) Divergente y discriminante

El primer tipo de validez se refiere a un examen sistemático del contenido de la prueba con el objeto de determi-

nar si la muestra de conductas del mismo es representativa de la forma de conducta que pretende medirse.

El criterio, por otra parte, es entendido como una conducta o evento que se sabe por acuerdo que sí es capaz de medir la variable en cuestión, bien sea directa o indirectamente.<sup>(25)</sup> Volviendo a Anastasi, la validez empírica o de criterio indica la eficacia de una prueba en la predicción de la conducta del individuo en situaciones específicas por medio de la comparación de la actuación del sujeto en la prueba contra el criterio. El criterio debe haber quedado establecido y aceptado de antemano<sup>(28)</sup> en ese sentido el diagnóstico psiquiátrico puede servir como prueba de la validez de un instrumento.

"La validez de criterio es la más apropiada para los estudios de validación locales en los cuales hay que comprobar la eficacia de una prueba con respecto a un programa específico".<sup>(4)</sup> Para evaluar la efectividad de una prueba psicológica es necesario, entonces, llevar a cabo una validación empírica, lo que generalmente obliga al uso de criterios externos, es decir, independientes de lo que el instrumento, supuestamente, debe medir en función de su construcción. El DSM-III ha ido cobrando popularidad como criterio aceptable para estudios de validación, y más concretamente en las investigaciones sobre la depresión en la infancia.<sup>(14,18,26,53)</sup>

27,65 . En cuanto a un método de validación adecuado, Anastasi ( 4 ) recomienda el de grupos contrastados - que se basa en un criterio compuesto que determina la pertenencia de los sujetos a un grupo en particular, en oposición a su eliminación del mismo, reflejando generalmente - las influencias selectivas, acumulativas y no controladas del diario vivir.

Atendiendo a los subtipos de validez de criterio, la diferencia entre la concurrente y la predictiva es muy -- sutil: la concurrente se usa para propósitos diagnósticos y se refiere a la predicción, en un sentido más amplio, - de cualquier situación empírica. La predictiva, está destinada a la predicción en un sentido más limitado, a lo - largo de un intervalo de tiempo. Por último, la validez empírica sintética se obtiene validando los criterios parciales y relativamente independientes que componen el criterio complejo; es necesario validar cada uno de los criterios parciales contra una prueba en particular.

La validez estructural de un instrumento es el grado en el que mide una elaboración o un rasgo teórico. Se -- puede recurrir a las diferencias entre sujetos según la edad como medio de validación; puede buscarse una correlación - moderadamente alta entre la prueba nueva y la anterior se- mejante para determinar su convergencia, o hallar una co--

rrelación baja entre la prueba nueva y otra u otros instrumentos diferentes para conocer su divergencia o poder de discriminación.

El análisis factorial como subtipo de validez estructural se refiere en sí al procedimiento estadístico que se sigue para identificar los rasgos psicológicos; se trata de una técnica estadística depurada para el análisis de las interrelaciones de los datos de la conducta. El número de variables o categorías en función de las cuales puede describirse la ejecución de cada individuo se reduce desde el número original de las variables de la prueba hasta un número relativamente pequeño de factores o rasgos comunes.

El último subtipo de validez estructural es la consistencia interna que se demuestra seleccionando los extremos de la puntuación total obtenida por los sujetos en la propia prueba y comparando la ejecución del grupo que obtuvo los puntajes más altos en cada elemento de la prueba con la ejecución del grupo que obtuvo la puntuación inferior.

La normatividad de las pruebas psicológicas es crucial ya que la puntuación directa que obtenga un sujeto en un instrumento determinado sólo cobrará significado en función de los datos interpretativos adicionales. Anastasi<sup>(4)</sup> define una prueba psicológica como "una medida objetiva y tipi-

ficada de una muestra de conducta" que permite hacer predicciones sobre otra conducta. La tipificación o normalización de una prueba psicológica lleva, por definición, a la obtención de las puntuaciones típicas o normas.

Esas normas representan la ejecución en una prueba de un grupo de personas, que constituyen una muestra normativa o de tipificación, y la frecuencia relativa de las desviaciones por encima y por debajo de la media del grupo. Las normas pueden representarse básicamente, en percentiles y puntuaciones típicas ya sea lineales o normalizadas.

Los percentiles se expresan en función del porcentaje de personas, en el grupo normativo, que quedan por debajo de una puntuación directa determinada. Es evidente que -- aunque los percentiles presentan un cuadro correcto de la posición relativa de cada individuo, no proporcionan información cuantitativa al comparar puntuaciones de diferentes sujetos. Las puntuaciones típicas, en cambio, permiten hallar la diferencia entre las puntuaciones directas de los individuos y entre la de un individuo y la media del grupo. Las puntuaciones deducidas linealmente son la puntuaciones  $T$ , y si se transforman en puntuaciones de un solo dígito, en una escala de 1 a 9, reciben el nombre de estatinas.

Se concluye que la importancia de las normas yace en -

que permiten determinar la posición relativa del sujeto - con respecto al grupo de personas que formaron la muestra representativa del tipo de población para el cual se diseñó el instrumento. Las normas deben establecerse empíricamente para permitir la comparación, ahora sí directa, de la actuación del sujeto en comparación con lo que esa muestra normativa obtuvo realmente en la prueba psicológica.

Las pruebas psicológicas las podemos dividir en 2 tipos; uno psicométrico y otro proyectivo.

Rivera, O. y Col.<sup>(7)</sup> refieren que la evaluación psicométrica nos ofrece datos sobre el aspecto intelectual del sujeto y ayuda a aclarar factores importantes de la psicodinámica y psicogénesis de su comportamiento y de sus síntomas.

Las técnicas proyectivas permiten una evaluación más objetiva del tipo de afecto predominante hacia las diversas figuras y experiencias de la vida. Proporcionan información de gran valor; ya que rompen muchas de las barreras conscientes y se consigue profundizar en las diversas respuestas afectivas relacionadas inclusive con experiencias tempranas de la vida, o con episodios muy dolorosos, que frecuentemente se encuentran reprimidos. (7)

## 5) EPIDEMIOLOGIA

### 5.1 Definiciones

Es importante mencionar algunas definiciones de epidemiología que Fernández de Castro<sup>(22)</sup> recaba en su libro, éstas son:

1. "Estudio de las enfermedades como fenómeno colectivo".
2. "Estudio de las Leyes que gobiernan el comportamiento de las enfermedades en los grupos humanos".
3. "Estudio de la frecuencia y distribución de las enfermedades así como de los factores que determinan dicha frecuencia y distribución, a fin de discernir medidas para su control".
4. "Estudio del proceso salud-enfermedad en las comunidades".
5. "Estudio de la distribución y determinantes de los estados y eventos relacionados con la salud en las poblaciones, y la aplicación de este estudio al control de los problemas (de salud)".
6. "Historia natural de las enfermedades".

### 5.2 Conceptos sobre epidemiología y ciencia

Concierne a la ciencia, la descripción, la explicación

y la predicción, y a la lógica científica, el conciliar - las contradicciones entre la lógica formal -que acepta como modelo el método deductivo- y la manera de proceder -- del científico, típicamente inductiva e imaginativa.

### 5.3 Búsqueda de la verdad

La búsqueda de la verdad parece ser una de las características más inherentes y distintivas de la actividad humana desde tres enfoques: el teológico, el jurídico y el - científico, tratando de interpretar los acontecimientos, es decir, de encontrarles un significado, sentido o propósito.

Las respuestas dentro del orden teológico están regidas por una verdad que se dice revelada y que contiene los fines ulteriores de la existencia, de manera que la tarea - de búsqueda se concreta a tratar de ajustar el acontecimiento to que se desea explicar, a esos fines. En el orden jurídico se pretende saber si se han infringido las leyes establecidas, quién lo ha hecho y cuál es su responsabilidad moral. Ambos casos, si bien presentan entre sí divergencias que no vamos a analizar aquí, tienen en común el constituir sistemas cerrados, con puntos finales de referencia.

El enfoque científico, por el contrario, carece de - un principio, centro o fin absoluto al cual volver los ojos. El hombre de ciencia explora frecuentemente a tientas hasta

encontrar un foco (axioma o ley) aplicable a varios fenómenos, a partir del cual traza círculos concéntricos con nuevas verdades derivadas (deducción); después, a través de -- hipótesis, trata de crear otros sistemas lógicos planetarios en sentido inverso, de lo particular a lo general (inducción), que remedien lo más posible el modelo deductivo y cuya validez comprueba o rechaza por medio de la experimentación; si un fenómeno pertenece a dos sistemas a la vez, -- es factible la verificación de uno de ellos a partir del -- otro. Por asociación constituye sistemas cada vez más amplios, y en cuanto las circunstancias se lo permiten formaliza sus hallazgos, es decir, los pone en lenguaje matemático o equivalente lógico-científico. De esta manera pretende arribar al conocimiento de la estructura del universo, -- de la naturaleza de los objetos que nos rodean y sus interrelaciones, y hasta de los problemas finalistas que plantea la vida.

La interpretación marxista-leninista de la búsqueda -- científica refiere a ésta invariablemente a un fin utilitario: la subordinación de la realidad al poder del hombre para el bienestar social; pero esta concreción de objetivos presenta dos dificultades en la práctica de cualquier disciplina científica: la primera es que puede limitarse la imaginación creadora cuando se exigen posibilidades de aplicación inmediata a los resultados de una investigación, --

siendo que la experiencia demuestra que por inconexo que -  
 aparezca un conocimiento, siempre será posible hallarle --  
 una utilización ulterior y una relación con otros conoci--  
 mientos, resultando la pieza que hallada a tientas, encaja  
 rá en forma más o menos justa en el mecanismo de algún siste  
 ma cognoscitivo; la segunda dificultad es más profunda y  
 toca en sí el problema ontológico que la propia ciencia - -  
 quisiera definir, y es el de los sucesivos telones de fondo  
 que forman los objetivos de la actividad humana conforme se  
 van mediatizando hacia la explicación de la esencia misma -  
 del ser y de la naturaleza, de manera que el bienestar human  
 o como fin tiene más bien un sentido provisional, no sólo  
 mientras se definen nuevos propósitos, sino hasta que la expr  
 esión "bienestar" adquiera un significado universal e invar  
 iable.

Entendemos la opinión de muchos pensadores respecto de  
 que no es razonable dividir la investigación en "básica" y  
 "aplicada" y nos trasladamos a uno de nuestros párrafos inici  
 ales donde dijimos que la curiosidad es aún más que un hábi  
 to intelectual, una necesidad inherente al hombre, que no  
 tiene por qué explicarse a sí misma para continuar su perman  
 ente inquisición sobre objetos y fenómenos; desde este punto  
 de vista, el único fin inmediato es la generalización --  
 aristotélica y la única motivación común esta constituida -  
 por la tendencia a la síntesis, a la interpretación unitaria.

al agrupamiento de conceptos, teorías y sistemas. Tomando el azar cualquier definición que de su actividad dan los científicos (atención: deliberadamente no hablamos de los filósofos de la ciencia), encontramos que se concretan a expresar sus afanes de generalización, comprendiendo la -- predicción de situaciones futuras como parte y fin de las tareas de abstracción. Pero, en el último eslabón de esta cadena esquemática: observar, describir, interpretar, emitir hipótesis, experimentar para comprobarlas, generalizar, sistematizar, formalizar, predecir, hay necesidad de singularizar un tanto la investigación epidemiológica del resto, aún dentro de la amplia gama de las disciplinas biológicas, pues si la predicción es en sí un factor de desarrollo científico y sirve para la comprobación de hipótesis y para la elaboración de nuevas hipótesis, en epidemiología este fin es secundario en beneficio de un propósito inmediato, el de evitar que un problema morboso vuelva a presentarse, o el de favorecer la salud.

#### 5.4 Indagación causal y descripción científica

En los textos de método epidemiológico se habla de la "red de la multicausalidad" como algo que la distinguiera de otras ramas de la indagación científica, pero ciertamente ésta es una cuestión que aborda las leyes causales en las fases primarias de la actividad del científico en gene

ral, y que incluso va hacia la propia definición de las cosas. Por ello vamos a dedicar algún espacio a examinar el problema de la causación.

Los pasos que sigue el investigador representan un proceso que va de observaciones gruesas de objetos y fenómenos - al descubrimiento de sus relaciones, para pasar luego a integrar el conocimiento de máxima generalidad y abstracción. De la descripción y la clasificación se pasa, a través de una evolución lenta, al conocimiento organizado que puede manejar las cosas concretas o abstractas en grandes grupos y enunciar leyes que permitan la visión de conjunto que caracteriza al afán científico.

El hombre de ciencia no está interesado en afirmaciones singulares como las de "tembló en México", "hay muchos mosquitos", "este hombre está enfermo", o "en esta comunidad la mayor causa de mortalidad está constituida por las enfermedades respiratorias", excepto en la medida que cada una de estas afirmaciones describe un hecho que puede o debe analizarse para encontrar sus causas, sus relaciones con otros fenómenos y sus consecuencias. Dice Poincaré en páginas admirables: "el sabio debe ordenar, no contentarse con la experiencia totalmente desnuda; se hace la ciencia con hechos como una casa con piedras, pero una acumulación de hechos no es una ciencia, lo mismo que un montón de piedras

no es una casa. Y ante todo, el sabio debe prever. Carlyle ha escrito en alguna parte algo como esto: 'Sólo importa el hecho; Juan sin Tierra (aquél legendario monarca británico) ha pasado por aquí; esto constituye lo verdaderamente admirable, una realidad por la cual yo daría todas las teorías del mundo' (continúa Poncaré). Ese es el lenguaje del historiador. El físico diría más bien: 'Juan sin Tierra ha pasado por aquí; esto me es indiferente, dado que no volveré a pasar más'."

Las ciencias buscan el conocimiento ordenado, las conexiones entre otras cosas y fenómenos, y organizarlas en sistemas. La definición de un objeto implica asignarle una serie de características a las que llamamos propiedades de tal objeto; asimismo, decir que algo posee una propiedad involucra que en ciertas condiciones se comparta en determinada forma. Al hablar de que un enfermo padece una discrasia sanguínea estamos también refiriéndonos a conocimientos ordenados, secuencias de fenómenos fisiopatológicos que definen el padecimiento. En epidemiología la definición es mucho más compleja, no sólo porque toma en cuenta una gran cantidad de variables para poder definir la secuencia y multicausalidad de los eventos, sino porque únicamente la pintura del marco ecológico en que tales eventos se desarro---llan, nos permitirá predecir y aplicar medidas para actuar

en beneficio de las comunidades humanas.

La manera como algún objeto concreto o abstracto se comporta (un reactivo en el laboratorio, un proyectil en el espacio, una enfermedad en el individuo o en las colectividades), depende tanto del tipo de cosa que sea como de la situación en que se encuentre. ¿Por qué es menor frecuente el cáncer cervicouterino entre las monjas que entre las demás mujeres? Toca al epidemiólogo observar el fenómeno, describirlo y formular hipótesis diversas de asociación causal, que pueden ser comprobadas por él mismo o por el trabajador de otras ramas de la medicina.

Si un objeto físico puede bajo la influencia de ciertas condiciones cambiar su apariencia hasta hacerse casi irreconocible, las enfermedades, que son entidades abstractas, nos plantean problemas casi insuperables en su definición si pretendemos que ésta sea universal. Y más aún cuando las consideramos ya no en el individuo sino en las comunidades. El único enfoque realmente objetivo es el ecológico.

En lógica se habla de "clase natural" de una cosa cuando a la misma pueden asignársele características propias, siempre y cuando al encontrarse en una situación determinada presente formas peculiares de comportamiento, y toca precisamente a las leyes causales la descripción de

"modos recurrentes de cambio". Si reconocemos que en situaciones diferentes se producen los mismos cambios, o sea - esos "modos recurrentes de cambio", estaremos en posición de definir, transcribir y clasificar, y por el contrario, la observación de que las categorías de cosas se comportan de forma peculiar, nos lleva de la mano hacia la red de factores causales y de las condiciones en que ejercen su influencia.

#### 5.5 Proposiciones causales y leyes causales

Ahora bien, si en una misma situación de espacio-tiempo coexiste una serie de eventos que pueden ser del todo im pertinentes en la producción del fenómeno que estamos analizando, de manera es que en el proceso de descubrimiento de leyes causales la primera tarea es encontrar los factores - pertinentes a un modo de comportamiento dado, tarea que demanda la observación cuidadosa de situaciones particulares.

Los tratadistas de lógica suelen enfatizar mucho la diferencia entre proposiciones causales y leyes causales, entendiendo que las primeras se refieren a hechos singulares y las segundas a asociaciones permanentes. Por supuesto -- que es importante distinguirlas, puesto que al ocurrir un - evento, hay otros muchos que se desarrollan.

### 5.6 El rigor científico aparente y el real

A cualquier nivel que trabaje, el investigador en epidemiología debe esforzarse por realizar un examen cuidadoso de situaciones complicadas que influyen en el estado temporal de la salud y la enfermedad en grupos de población; las circunstancias en que ocurre cada situación tienen que ser observadas cuidadosamente y un tipo de situación deberá ser comparado con otro. De esta manera podrá componer un cuadro en el que estén presentes los distintos factores que -- configuran cada problema en particular. Ahora, a niveles superiores, le estará reservada al epidemiólogo la tarea de hacer generalizaciones y sistematizaciones que son aplicables a situaciones más amplias. Pero el defecto mayúsculo de la práctica epidemiológica y de la administración sanitaria consiste en que, de generalizaciones de este tipo, pretendan derivarse recetas universales aplicables a todas las situaciones.

Esto ya ha sido tratado en el marco de todas las ciencias, y yo quiero agregar que, desde el punto de vista del método epidemiológico, tal manera de actuar del investigador entraña un peligro de fondo, generalmente inadvertido, al tratar de aplicar una generalización prestigiada universalmente, a determinado problema concreto; le parecerá estar actuando de acuerdo con los cánones de la lógica más --

rígida, puesto que aparentemente sigue un camino deductivo. Por supuesto que en muchos casos acertará, pero el preten-- der hacer de la que llamaremos "epidemiología de campo" un - ejercicio puramente deductivo, limita paradójicamente a - quien la practica a un corsé estrecho, nugatorio de los más caros principios del método científico, inductivo por excelencia.

Digamos que en un nivel alto, la epidemiología contempla panorámicamente la historia natural de las enfermedades y ello constituye una generalización de observaciones particulares y una integración de conocimientos no sólo obteni-- dos a través de métodos epidemiológicos; sino con la concurrencia de la clínica, el laboratorio, la demografía, la -- sociología, etc. El practicante de la epidemiología que -- llamaremos "de campo" frecuentemente se ve tentado a echarmano de tales abstracciones, de vincular simplemente una si tuación particular con una descripción epidemiológica magistral, deduciendo de manera fácil asociaciones causales y, - aún más, aplicando la receta aprendida al estudio y control del problema de que se trate. Las generalizaciones, en epidem iología, sirven obviamente para mucho: ellas ensanchan - el camino de la ciencia, estimulan la curiosidad del trabaja dor de las diversas disciplinas biomédicas, y, por supuesto, orientan al epidemiólogo mismo en el estudio de un pro-

blema singular; pero en este último caso, el investigador debe reconocer su propio camino; su tarea es exactamente la del ecólogo: observar, buscar, asociar, inferir, conjeturar, hasta aproximarse al ideal del conocimiento en biología, medicina y salud pública, que es la visión conjunta de "la totalidad o el tipo de relaciones entre los organismos y su medio ambiente" tratando de involucrar tantos factores como le sea dado observar.

Pudiera decirse que la división clásica de la epidemiología es "descriptiva", "analítica" y "experimental", así como la enumeración de sus usos, que yo más bien llamaría "tareas", constituye un esquema simple que no tiene mayor validez que la didáctica, pero que ha contribuido - no poco a crear confusiones y a detener el desarrollo de esta disciplina, pues hay todavía, por ejemplo, muchos sannitaristas que piensan que llenar una tabla o dibujar una gráfica sobre la morbilidad o mortalidad de un padecimiento, ya es hacer epidemiología, aunque sea "descriptiva". Para mí esto es estadística. Algunos otros piensan que a la epidemiología, salvo en casos contados, le está vedada la experimentación, olvidando que este paso del método científico tiene como único fin la comprobación de hipótesis y que en todo caso la función, en el trabajo epidemiológico, es cubierta por un mecanismo útil: la observa-

ción acerca de si la hipótesis formulada se cumplió en la práctica o -tan importante como ésto qué factores influyen para que no se cumpliera; si se apega o no a lo que - realmente sucede, si la predicción que se enuncia sobre - su base ocurre en la práctica o por el contrario, los - - acontecimientos siguen un devenir imprevisto. De todo -- ello surgirán nuevas hipótesis, tal y como emergen del - más depurado experimento de laboratorio.

La función del epidemiólogo es integral: situar un - fenómeno relacionado con la salud del hombre, dentro - de su total contexto ecológico en la forma más completa - posible.

Además, es un absurdo considerar la epidemiología como una especialidad que puede operar independientemente; por el contrario, es la gran coordinadora interdisciplinaria. En distintas fases del trabajo de investigación el epidemiólogo tendrá que acudir al laboratorio, la clínica, apelar a sus conocimientos de fisiología o de farmacología, consultar acerca de ciclos ecológicos, recurrir al entomólogo, al antropológico, y a otros más.

Entonces, el método epidemiológico puede ser, en algunos casos, una etapa inicial, el tamiz que va a ayudar a - profesionistas de otras ramas biomédicas a seleccionar las

hipótesis más viables para el diseño de experimentos; pero también para comprobar ideas surgidas de la práctica individual de la medicina, al transportar estas observaciones singulares a grupos de población para estudios retrospectivos o prospectivos que le permitan pasar de las "proposiciones causales" al enunciado de "leyes causales", de acuerdo con las definiciones que de estos términos antes se dieron.

La epidemiología en este sentido, puede actuar además como reguladora, al estar proporcionando datos que retroalimentan a la investigación de gabinete para orientarla en uno u otro sentido.

Se ha comparado al método epidemiológico con el juego de salón en el que hay que adivinar un objeto incógnito -- por medio de preguntas cada vez más restrictivas. Yo diría que ésta también es la epidemiología de salón, en la que pareciera que el único recurso que requiere el investigador es un ingenio agudo.

Ciertamente, lo primero que se le exige es sentido común, mente sistemática y perspicacia para asociar fenómenos entre sí. Pero la epidemiología bien entendida es mucho más que un juego de salón o un trabajo de escritorio (aunque al lado se tenga una computadora). Su práctica nos

exige "pisar el terreno", tanto como pudiera exigírsele al geólogo, y compromete a la comunicación permanente con el - investigador de otras disciplinas para formular una verdad que no por temporal deja de tener utilidad a la ciencia: la pintura de una serie de eventos relacionados que influyen - de una u otra manera en la enfermedad y salud de las comunidades.

En epidemiología son cada vez más usados los modelos - matemáticos como una representación de la realidad en que - se simula la ocurrencia de una serie de eventos relaciona-- dos con un determinado problema de salud. Ellos permiten - hacer un uso cada vez más racional de la epidemiología en - sus propósitos de estudiar la salud de las comunidades, el incremento y disminución de las enfermedades en la pobla-- ción proyectándoles a situaciones futuras; el diagnóstico de salud de las comunidades, el estudio de la carga de traabajo que tendrán los servicios de salud, la previsión de - los recursos necesarios para afrontar un determinado pro-- blema y la evaluación de los resultados de las acciones -- emprendidas, en fin, la determinación de los riesgos de enfermedad, tanto individuales como colectivos.

## EL ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO

### 5.7 Nacimiento y desarrollo de la epidemiología

Las definiciones de epidemiología indican tres áreas -

principales:

- a) La que describe la distribución del estado de salud en términos de edad, sexo, raza, lugar geográfico, etc., que puede considerarse como una extensión de la demografía hacia el área de la salud y de la enfermedad;
- b) La segunda comprende la interpretación de los datos descritos en términos de sus posibles factores causales;
- c) La última se refiere a las propuestas de solución de los problemas de salud con base en los conocimientos e hipótesis epidemiológicas. De este modo podemos hablar de epidemiología descriptiva, inferencial y propositiva.

En un principio, el conocimiento de las condiciones que determinan la enfermedad se limitó a las de causa infecciosa, sobre todo a las que poseen una gran capacidad de ser transmitidas de una persona a otra y afectar en poco tiempo a la población susceptible, en otras palabras a las capaces de -- producir las grandes epidemias, (hasta hace unos veinte años se usó el término "enfermedades cuarentenables" para designar a la viruela, el cólera, el tifo, la peste, etc.). Posteriormente el avance del conocimiento médico y científico en

general, no sólo de las ciencias naturales sino también de las ciencias sociales permitió aplicar el mismo procedimiento al estudio de enfermedades no infecciosas, dentro de las que podemos reconocer en base a las causas, las neoplásicas, las degenerativas y las de causa social o de conducta.

Si bien en un sentido la epidemiología es casi tan antigua como la medicina misma, en otro sentido es una disciplina muy nueva. Aunque hipócrates se expresó en términos que tienen significación para los epidemiólogos en esta época, sólo en los últimos decenios la epidemiología ha sido reconocida como disciplina con nombre propio y con el cual se identifica a investigadores, grupos de investigadores y departamentos académicos.

La historia de la metodología epidemiológica es fundamentalmente la crónica del desarrollo de cuatro ideas:

1. La enfermedad humana se relaciona con el ambiente del hombre.
2. La cuantificación numérica de los fenómenos naturales puede ser base para inferir relaciones causales.
3. Se pueden utilizar "experimentos naturales" para investigar la etiología de la enfermedad, y

4. Bajo ciertas condiciones también se pueden utilizar experimentos en el hombre para ese propósito.

Históricamente, la epidemiología nació en relación al estudio de las grandes enfermedades epidémicas las cuales, hasta el siglo XX, fueron obviamente las amenazas mundiales más importantes para la salud y la vida humana. Conviene hacer notar que el término epidemia se define simplemente como el aumento en la frecuencia usual de una enfermedad. Pronto se comprendió que para entender la ocurrencia no usual de la enfermedad, la ocurrencia usual, o endemia, también debía ser estudiada. Los métodos desarrollados para tales estudios fueron rápidamente aplicados a la investigación de todas las enfermedades infecciosas importantes, tanto epidémicas como no epidémicas, por ejemplo, la difteria, la escarlatina, el sarampión, la diarrea infantil, la sífilis y la tuberculosis. Especialmente en relación con estas dos últimas enfermedades, de carácter más crónico, resulta aparente la importancia de los patrones culturales y factores ambientales que dependen del estado socioeconómico.

Hipócrates (460-377 A.C.) es considerado como el padre de la medicina clínica debido a su exactitud en las descripciones de síndrome basados en síntomas y hallazgos característicos. El también fue la primera persona que intentó explicar la causa de las enfermedades sobre una base más racio

nal que sobrenatural. Puesto que las describió como un fenómeno de masas, así como un fenómeno que afecta al individuo, podría ser reconocido como el primer epidemiólogo. Aunque carecía de los conceptos estadísticos básicos tan esenciales en la epidemiología moderna, Hipócrates halló la asociación de ciertos tipos de enfermedad con factores tales como lugar, condiciones del agua, clima, hábitos alimenticios y vivienda.

John Snow (1813-1858) fue otro pionero en el campo de la epidemiología, particularmente famoso por haber sido un anesthesiólogo que usó cloroformo para ayudar a la reina Victoria a dar a luz a dos de sus hijos; al margen de su especialidad se interesó mucho en el cólera e investigó numerosos ejemplos de brotes o casos esporádicos, en el período comprendido entre 1848 y 1854; la monografía conteniendo sus observaciones es un ejemplo notable de inferencias bien razonadas, derivadas de observaciones cuidadosas que llevaron a establecer conceptos sobre la naturaleza de la causa del cólera y sobre sus modos de transmisión. Sus hallazgos han resistido la prueba del tiempo y permitieron el desarrollo de recomendaciones efectivas para el control de la enfermedad, diez años antes de que Pasteur refutara la teoría de la generación espontánea. Snow argumentó que el cólera era transmisible de hombre a hombre, y que su --

causa era una célula viva que se multiplicaba con gran rapidez, demasiado pequeña para ser vista con los microscopios primitivos usados en ese entonces.

Según su hipótesis, la transmisión resultaba de la ingestión, por una persona, de cantidades diminutas de material fecal infeccioso acarreado por contacto directo, o por los alimentos, o, quizá más importante, por el agua contaminada. Aunque Snow es conocido popularmente por su estudio detallado de la epidemia de cólera alrededor de la bomba de Broad Street (Golden Square) en Londres, en 1854, su mayor contribución fue probablemente lo que él llamó su "gran experimento". Mediante el recuento de las muertes por cólera en los vecindarios cuyas casas eran servidas al azar por la compañía de agua Sothwark & Vauxhall o la compañía Lambeth, Snow pudo demostrar claramente una diferencia en la incidencia del cólera en dos poblaciones que eran semejantes, - excepto en la fuente abastecedora de agua.

Un innovador que hizo aportaciones notables al método epidemiológico fue P.L. Panum, uno de los más ilustres fisiólogos daneses del siglo pasado quien, en los inicios de su carrera profesional fue enviado por su gobierno a las Islas Färoe a atender una epidemia de sarampión. El espíritu curioso y observador de este médico lo llevó a precisar aspectos clínicos de la enfermedad (p. ej., su período

de incubación), pero además a describir con notable acuciosidad el curso de la epidemia, encontrando datos como el de la extrema contagiosidad del agente infeccioso por la que todos los individuos susceptibles de cualquier edad -- enfermaban, la inmunidad vitalicia de la enfermedad que deja indemnes a los mayores de 65 años dado que en 1781 habían ocurrido los últimos casos antes de la introducción del virus al archipiélago en esta epidemia.... en fin, la gravedad de este mal en ciertas edades: muy alta en menores de 1 año, "menos dañina" entre 1 y 20, mucho mayor a partir del aniversario 30 y nuevamente devastadora por encima de los 50 años y hasta los 65 en que la población ya tenía inmunidad, como antes relatamos. Adicionalmente, Panun tuvo el acierto de plasmar en su informe un amplio diagnóstico de la salud comunitaria de los habitantes de las islas e intentó correlacionar la prevalencia de algunos cuadros patológicos con factores ambientales, demográficos y conductuales. Por muy prepósteras que nos parezcan hoy algunas de sus inferencias, no cabe duda de que a Panun debemos lo que puede llamarse el "enfoque epidemiológico" de las enfermedades.

Cabe, enseguida mencionar a otros dos insignes precursores de la epidemiología: el primero es William Budd, clínico inglés que, entre 1857 y 1873 publicó estudios magis-

trales sobre la fiebre tifoidea, "su naturaleza, modo de difusión y prevención", y entre otras cosas, demostró que ésta y otras de las llamadas enfermedades "Zimóticas" eran autopropagables, es decir, contagiosas de persona a persona y no producidas por la materia orgánica en descomposición (teoría "pitogénica") ni por generación espontánea; el otro sitio de honor corresponde a Wade Hampton Frost, a quien se deben contribuciones metodológicas relevantes, como la de análisis de cohortes en un estudio iluminador sobre la tuberculosis (Massachusetts, 1933), en el que comprobó que, independientemente de la tendencia descendente de la mortalidad por esta causa, el pico del fenómeno que se observaba en edades tardías, no era el diferimiento del riesgo, sino más bien el residuo de un riesgo experimentado por las cohortes viejas cuando las personas que la constituían habían sido jóvenes.

La epidemiología ha permitido dilucidar importantísimos factores en la historia natural de las enfermedades y, de este modo, diseñar medidas para su control. Como ha ocurrido con las demás disciplinas médicas, los hallazgos epidemiológicos son cada vez más de grupos que de personas aisladas.

### 5.8 La reconstrucción del pasado inmediato

La epidemiología encuentra un vasto campo de aplicación en estudios retrospectivos que nos permitan estimar con cierta precisión la magnitud de un problema, su curso en el tiempo, sus nichos geográficos.

Los estudios retrospectivos han aportado numerosas pistas sobre la etiología de un variado repertorio de cuadros patológicos, sobre factores de riesgo y sobre parámetros de medición de daños a la salud.

### III. METODOLOGIA

#### 1. Planteamiento del problema

En las últimas dos décadas la depresión en el adulto - ha merecido considerablemente más atención que la depresión en la infancia y en la adolescencia. Comparativamente, un número menor de investigadores, se han abocado específicamente al esclarecimiento de las dificultades diagnósticas y a la operacionalización de las definiciones sintomáticas de los fenómenos depresivos, obstáculos principales en las investigaciones clínicas en este campo.

Lo anterior no implica, sin embargo, la existencia de una mayor consciencia relativa de la necesidad de prevenir, detectar, medir y tratar la depresión infantil, incluso -- desde los primeros meses de vida.

En México, como en muchos otros países en los que no se cuenta con los recursos suficientes para desarrollar técnicas de medición psicológica, nos enfrentamos a una gran escasez de pruebas psicológicas y de normas privativas específicas para las poblaciones mexicanas valoradas con los instrumentos de que se dispone. Ya que desafortunadamente, se tienen que utilizar las de otras poblaciones muy diferentes.

El objeto de la presente investigación fue conocer a través de un estudio epidemiológico las características y -

síntomas depresivos de una población infantil que presentaban "bajo rendimiento escolar y/o problemas de conducta".

## 2.- Hipótesis

Debido a que este estudio se planteó como un estudio epidemiológico descriptivo, no fue posible establecer hipótesis como en un estudio experimental ex-post-fact. Sin embargo, conceptualmente para la presente investigación partimos de la hipótesis de que un alto porcentaje (+50%) de los niños que asistieron a consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" durante el período comprendido de enero de 1986 a octubre de 1987 y cuyo motivo de consulta principal fue "El bajo rendimiento escolar y/o problema de conducta", presentaban características y síntomas que correspondían a un cuadro de depresión.

Para lo cual se definió el bajo rendimiento escolar como: el desempeño del escolar inteligente de bajo rendimiento académico, que es un niño cuya eficiencia diaria en la escuela es muy inferior a lo que podría esperarse de su capacidad; y los problemas de conducta como una constante respuesta inapropiada a determinados estímulos.

## 3.- Variables

Se tomaron como variables dependientes el Cociente Intelectual mayor a 80 reportado en la prueba de inteligencia

para niños de Wechsler, así como la ausencia de alteraciones perceptomotoras sugerentes de Disfunción Cerebral, detectadas a través del Test Gestáltico visomotor de L. Bender.

Así mismo la edad del menor que comprendía entre 6 y 13 años y la escolaridad de 1º a 6º de primaria.

El motivo de consulta de "bajo rendimiento escolar y/o problemas de conducta".

Se plantea como variables independientes a las características y síntomas depresivos fueron evaluados a través de las pruebas proyectivas tales como: Frases Incompletas Para Niños de Sacks, Test de Apercepción Infantil de Bellak, de Apercepción Temática de Murray, Técnica HTP de Buck (árbol, persona, casa) y la Escala de Madurez Intelectual de Harris Goodenough. Considerándose las siguientes variables tomadas de los reportes psicológicos elaborados en la institución por los psicólogos de la misma:

1. Sentimientos de minusvalía
2. Sentimientos de tristeza
3. Sentimientos de soledad
4. Sentimientos de culpa
5. Sentimientos de pérdida
6. Sentimientos de desamparo
7. Pesimismo

( SM )

( ST )

( SS )

( SC )

( SP )

( SD )

( P )

8.	Rebeldfa	( R )
9.	Ansiedad	( A )
10.	Temor al fracaso	( TF )
11.	Apatfa	( AP )
12.	Desinterés	( D )
13.	Ideación suicida	( IS )
14.	Ideación de fuga del núcleo familiar	( IF )
15.	Irritabilidad	( I )
16.	Enurésis	( E )
17.	Aislamiento	( AI )
18.	Anorexia	( AN )
19.	Hiperfagia	( H )
20.	Agresividad	( AG )
21.	Temor al rechazo	( TR )
22.	Imagen negativa de sí mismo	( IN )
23.	Sentimientos de inseguridad	( SI )
24.	Baja tolerancia a la frustración	( BTF )
25.	Trastorno del sueño	( TS )
26.	Necesidad de aceptación	( NA )

De las 26 variables sólo ocho resultaron significativas de acuerdo a la frecuencia que se obtuvo, considerándose significativas solo aquellas mayores de 50, siendo éstas:

- Sentimientos de minusvalía ( SM )
- Sentimientos de tristeza ( ST )

- Sentimientos de soledad ( SS )
- Ansiedad ( A )
- Agresividad ( A )
- Temor al rechazo ( TR )
- Sentimientos de inseguridad ( SI )
- Necesidad de aceptación ( NA )

#### 4. Material

Para realizar la presente investigación, se utilizaron:

1. Expedientes clínicos
2. Estudios Psicológicos

Los expedientes clínicos estaban integrados de una -- preconsulta de donde se obtuvo el motivo de consulta, así como de los estudios clínicos necesarios para cada caso.

Los estudios psicológicos se componían de una batería de pruebas psicológicas, tales como: El Test Gestáltico - Visomotor de L. Bender, Escala de Inteligencia para Niños de Wechsler (WISC), Escala de Madurez Intelectual de Harris Goodenough, Prueba de Frases Incompletas para Niños de - - Sacks, Prueba de Apercepción Infantil de Bellak, Prueba de Apercepción Temática de Murray, la Técnica HTP de Bucks y Prueba de Frases Incompletas de Forer.

El Test Guestáltico Visomotor de L. Bender, es una - - prueba gráfica de lápiz y papel. Consta de 8 dibujos que - el menor tiene que reproducir. Se utiliza en dicho hospi- tal para descartar alteraciones percepto-motoras sugerentes de disfunción cerebral.

La escala de Inteligencia para Niños de Wechsler (WISC) es una prueba de inteligencia para niños, compuesta por 12 pruebas divididas en 2 escalas identificadas como verbal y de ejecución. Estas son: Información, comprensión, aritmética, semejanzas, vocabulario, retención de dígitos, figuras incompletas, ordenación de dibujos, diseño con cubos, - composición de objetos, claves y laberintos.

En la prueba de Frases Incompletas para Niños de Sacks, se pide al sujeto que complete una serie de frases cuyas -- primeras palabras le son dadas por el examinador. Consta - de 100 frases que abarcan 8 áreas: motivación, personal, so cial, familiar, relación con personas del mismo sexo y el - opuesto, temores, preocupaciones y frustraciones; en el men cionado Hospital solo se realiza una evaluación cualitativa más no cuantitativa (esta prueba está relacionada con la - técnica de asociación de palabras). Proporciona datos del contenido de la personalidad tales como: los sentimientos, actitudes y reacciones específicas ante personas y objetos más que de la denominada estructura subyacente de la perso nalidad.

La Prueba de Frases Incompletas de Forer es una técnica de asociación de palabras, consta de 100 frases. Su elaboración está estructurada para incluir: actitudes hacia los hermanos, relaciones heterosexuales, actitud ante la autoridad; temores, culpa, actitudes hacia las propias habilidades, ambiciones, actitudes hacia los hombres, relaciones interpersonales, actitudes hacia los padres, y, actitud ante la frustración.

La Prueba de Apercepción Temática de Murray, consta de 30 láminas sobre las cuales se construyen narraciones. Estas láminas estimulan la imaginación, permiten explorar de una manera más o menos sistemática, las posibles áreas de conflicto o de importancia motivacional. Además la reacción perceptiva del sujeto ante la lámina proporciona una fuente adicional de información respecto a su visión del mundo que lo rodea.

La Prueba de Apercepción Infantil del Bellak, consta de 10 láminas con dibujos de animales de donde los menores tienen que estructurar un cuento de cada lámina.

La Técnica HTP, de Buck, recibe esta denominación porque en ella se pide al sujeto que dibuje una casa, un árbol y una persona (House-Tree-person). Es una prueba gráfica de lápiz y papel que nos proporciona elementos proyectivos.

de la dinámica del individuo.

La Escala de Madurez Intelectual de Harris Goodenough también es una prueba gráfica de lápiz y papel. Consiste en solicitarle al menor que realice 2 dibujos (de un niño y una niña). Sus resultados están dados en percentiles. Aún cuando no es una prueba proyectiva, proporciona datos de la dinámica afectiva del menor que se corrobora con otras pruebas y la entrevista.

##### 5. Muestra

La muestra fue de tipo intencional, ya que fue producto de una selección de casos según el criterio del investigador.<sup>(47)</sup> La selección de ésta se realizó a través de los expedientes clínicos de la consulta externa del Hospital -- Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" a partir de enero de 1986 hasta octubre de 1987, considerándose el motivo de consulta de "bajo rendimiento escolar y/o problemas de conducta".

El Cociente Intelectual de los sujetos de ambos sexos se obtuvo a través de los datos reportados de la Escala de Inteligencia para Niños de Wechsler, mejor conocida como - WISC. Seleccionándose solo aquellos niños con un C.I. superior a 80, o sea que se ubican en un rango de Normalidad en adelante. Asimismo se descartaron todos los niños con

alteraciones percepto-motoras sugerentes de Disfunción  
bral a través del Test Gestáltico Visomotor de L. Bender.

La muestra quedó integrada por 105 menores; 42 de sexo  
femenino y 63 masculino, con una edad comprendida entre 7 y  
13 años y una escolaridad de 1º a 6º de primaria.

#### 6. Procedimiento

Se procedió a solicitar la autorización de los respon  
sables del Hospital de referencia para llevar a cabo la re  
visión de expedientes clínicos y estudios psicológicos para  
seleccionar la muestra con las características ya especifica  
das.

Se revisaron tanto la historia clínica, elaborada por  
el médico psiquiatra tratante, así como los resultados de  
las evaluaciones psicológicas que comprendían tanto el as  
pecto psicométrico como el proyectivo, siendo éstos últimos  
elaborados por el grupo de psicólogos adscritos a la sec  
ción de Psicodiagnóstico del Departamento de Psicología de  
dicha institución.

#### 7. Diseño Experimental

Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo, --  
donde se estableció relación de las diferentes variables -

medidas como características y síntomas depresivos, con el bajo rendimiento escolar y/o los problemas de conducta a través de los resultados obtenidos con la utilización de técnicas psicológicas.

#### 8.- Resultados

La tabla No. 1 muestra el número de frecuencias obtenidas de las variables evaluadas en una población de niños de 7 a 13 años de edad con problemas de bajo rendimiento escolar y/o de conducta. Como podemos observar en la gráfica 1, existe una diversidad de frecuencias entre las diferentes variables, expresadas en porcentajes.

Las variables que mostraron una frecuencia entre 0 y 10% son: sentimientos de pérdida (Nº 5); pesimismo (Nº 7); apatía (Nº 11); ideación suicida (Nº 13); ideación de fuga del núcleo familiar (Nº 14); anorexia (Nº 18); hiperfagia (Nº 19) y trastornos del sueño (Nº 25), por lo que no fueron significativas.

Con 10% al 20% están: rebeldía (Nº 8), temor al fracaso (Nº 10) y desinterés (Nº 12), quedaron sin significancia.

Sentimientos de desamparo (Nº 6), enuresis (Nº 16) y aislamiento (Nº 17) tuvieron de 20 al 30%.

GRAFICA No 1

PORCENTAJE DE FRECUENCIAS DE VARIABLES EVALUADAS EN UNA POBLACION DE NIÑOS DE 7 A 13 AÑOS CON PROBLEMAS DE BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR Y/O DE CONDUCTA

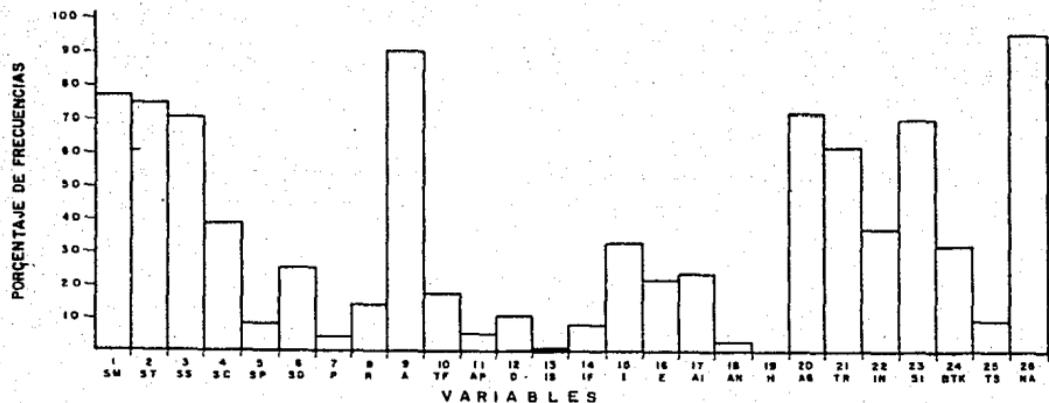


TABLA N° 1

FRECUENCIA DE VARIABLES EVALUADAS EN UNA POBLACION DE NIÑOS DE 7 A 13 AÑOS CON PROBLEMAS DE BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR Y/O CONDUCTA

EDAD	SM	ST	SS	SC	SP	SD	P	R	A	TF	AP	D	IS	IF	I	E	AI	AN	H	AG	TR	IN	SI	BTF	TS	NA
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
7	8	12	10	3	0	4	0	0	12	0	0	1	1	0	4	2	4	0	0	11	8	4	7	3	1	12
8	9	7	6	5	1	5	0	1	11	2	0	0	0	3	3	4	3	1	0	8	5	5	7	4	2	11
9	14	15	13	5	1	4	2	1	14	5	3	3	0	0	4	4	5	1	0	13	12	8	12	7	3	14
10	17	16	16	7	2	2	1	3	21	4	1	3	0	1	6	5	6	1	0	16	11	4	15	5	2	23
11	21	18	18	10	3	8	1	7	21	5	1	3	0	4	11	4	4	0	0	15	17	10	19	5	1	23
12	8	7	9	7	1	3	1	3	11	3	1	2	0	1	6	4	1	0	0	9	8	7	10	7	1	12
13	4	4	3	4	1	1	0	0	4	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	4	4	1	4	3	0	5
TOTAL	81	79	75	41	9	27	5	15	95	19	6	12	1	9	35	23	24	3	0	76	65	39	74	34	10	100

- SM = Sentimientos de minusvalía
- ST = Sentimientos de tristeza
- SS = Sentimientos de soledad
- SC = Sentimientos de culpa
- SP = Sentimientos de pérdida
- Su = Sentimientos de desamparo
- P = Pesimismo
- R = Rebelión
- A = Ansiedad
- TF = Temor al fracaso
- AP = Apatía
- D = Desinterés
- IS = Ideación suicida
- IF = Ideación de fuga del núcleo familiar

- I = Irritabilidad
- E = Enuresis
- AI = Aislamiento
- AN = Anorexia
- H = Hiperfagia
- AG = Agresividad
- TR = Temor al rechazo
- IN = Imagen negativa de sí mismo
- SI = Sentimientos de inseguridad
- BTF = Baja tolerancia a la frustración
- TS = Trastornos del sueño
- NA = Necesidad de aceptación

TABLA Nº 2  
 FRECUENCIA DE VARIABLES SIGNIFICATIVAS EVALUADAS EN UNA POBLACION DE NIÑOS  
 DE 7 A 13 AÑOS CON PROBLEMAS DE BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR Y/O CONDUCTA

EDAD (AÑOS)	VARIABLES SIGNIFICATIVAS (FRECUENCIA)							
	SM 1	ST 2	SS 2	A 9	AG 20	TR 21	SI 23	NA 26
7	8	12	10	13	11	8	7	12
8	9	7	6	11	8	5	7	11
9	14	15	13	14	13	12	12	14
10	17	16	16	21	16	11	15	23
11	21	18	18	21	15	17	19	23
12	8	7	9	11	9	8	10	12
13	4	4	3	4	4	4	4	5
TOTAL	81	79	75	95	76	65	74	100

SM = Sentimientos de minusvalía  
 ST = Sentimientos de tristeza  
 SS = Sentimientos de soledad  
 A = Ansiedad

AG = Agresividad  
 TR = Temor al rechazo  
 SI = Sentimientos de inseguridad  
 NA = Necesidad de aceptación

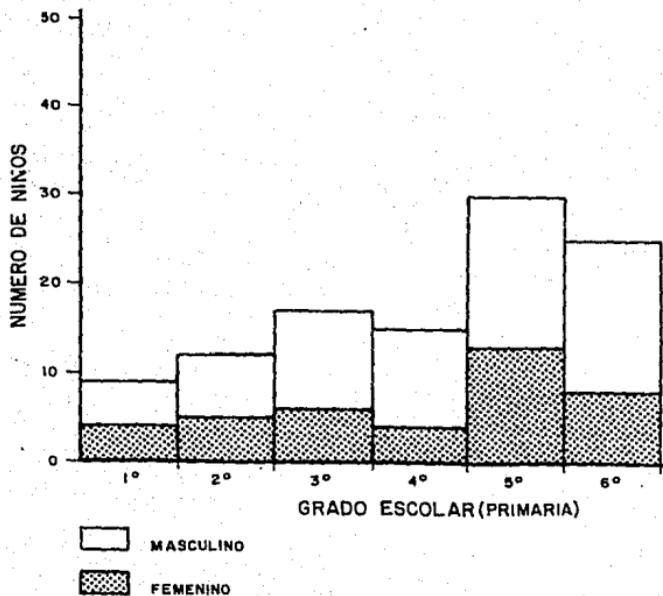
Las que tuvieron entre 30 y 40% son: sentimiento de culpa (Nº 4); irritabilidad (Nº 15); imagen negativa de sí mismo (Nº 22) y baja tolerancia a la frustración (Nº 24). - tampoco tuvieron un nivel de significancia importante.

Las variables que mostraron un porcentaje mayor de 50 y fueron relevantes para nuestra hipótesis son las siguientes: sentimientos de minusvalía (Nº 1); sentimientos de tristeza (Nº 2); sentimientos de soledad (Nº 3); ansiedad (Nº 9); agresividad (Nº 20); temor al rechazo (Nº 21); sentimientos de inseguridad (Nº 23) y necesidad de aceptación (Nº 26). (Tabla 2). Debido a ésto consideramos importante enfocar el estudio de ellas.

La gráfica Nº 2 señala la distribución de los menores por grado escolar, observándose una mayor cantidad en el 5o. año de primaria en ambos sexos y en segundo término los de 6o. año. Contrastando el primer año que muestra un menor número de niños.

La gráfica No. 3 muestra la distribución del porcentaje de frecuencias de sentimientos de minusvalía denotándose un incremento mayor en el sexo masculino sobre todo en la edad de 11 años y disminuyendo a los 12. En el sexo femenino hay un aumento entre los 9 y 10 años y empieza a descender a partir de los 11 para volver a ascender a los

GRAFICA 2  
ESCOLARIDAD DE LA POBLACION



13. La tabla 3 representa numéricamente tanto el porcentaje - como la frecuencia obtenida en esta variable.

La distribución del porcentaje de frecuencia de - los sentimientos de tristeza se representa en la gráfica N° 4, en donde podemos apreciar que en los niños hay un mayor porcentaje a los 11 años para disminuir a los 12, así mismo ocurre en los 8 años. En cuanto a las niñas estos senti--- mientos se agudizan a los 9 años para disminuir hasta los - 12 e incrementarse a los 13; existe también una disminución a los 8 años. En la Tabla N° 4 se especifica frecuencia y porcentaje por edad y sexo.

Los sentimientos de soledad se representan en la gráfi- ca N° 5, observándose un mayor porcentaje de frecuencias a los 11 ñaos en el sexo masculino que decae totalmente a los 13. Por otro lado, las niñas muestran un mayor porcentaje a los 10 años para disminuir en los 11 y 12 e incrementarse a los 13. En ambos sexos se observa una disminución a los 8 años. La representación aritmética se muestra en la Tabla N° 5.

La ansiedad fue una de las variables con mayor porcenta- je de frecuencia en ambos sexos (Gráfica 6), siendo mayor a los 10 años en las niñas y a los 12 años en los niños. Dis- minuye entre 11 y 12 y aumenta a los 13 en el sexo femenino,

TABLA No. 3

## SENTIMIENTOS DE MINUSVALIA

EDAD (AÑOS)	FRECUENCIA F	PORCENTAJE	FRECUENCIA M	PORCENTAJE
7	2	5.0	6	9.5
8	3	7.1	6	9.5
9	6	14.3	8	12.7
10	6	14.3	11	17.5
11	5	12.0	16	25.4
12	1	2.4	7	11.1
13	2	5.0	2	3.1
SUMA	25		56	

GRAFICA No. 3

## SENTIMIENTO DE MINUSVALIA

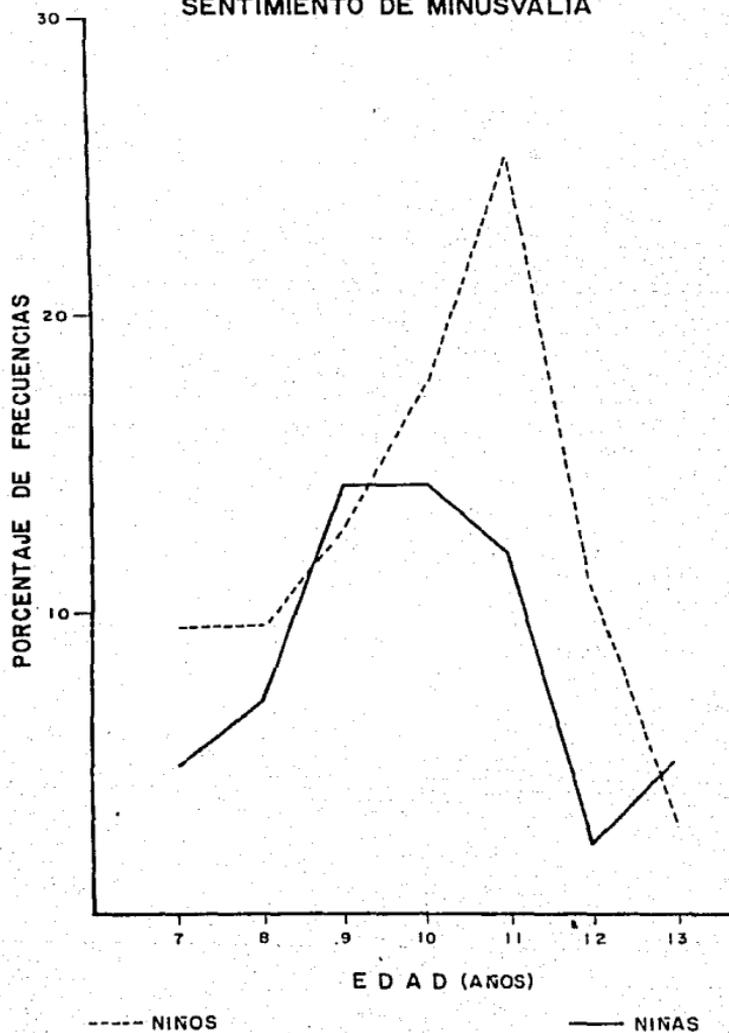


TABLA No. 4

## SENTIMIENTOS DE TRISTEZA

EDAD (AÑOS)	FRECUENCIA F	PORCENTAJE	FRECUENCIA M	PORCENTAJE
7	6	14.3	6	9.5
8	3	7.1	4	6.3
9	7	16.6	8	12.7
10	6	14.3	10	15.9
11	3	7.1	15	23.8
12	1	2.4	6	9.5
13	2	5.0	2	3.1
SUMA	28		51	

GRAFICA No. 4

## SENTIMIENTO DE TRISTEZA

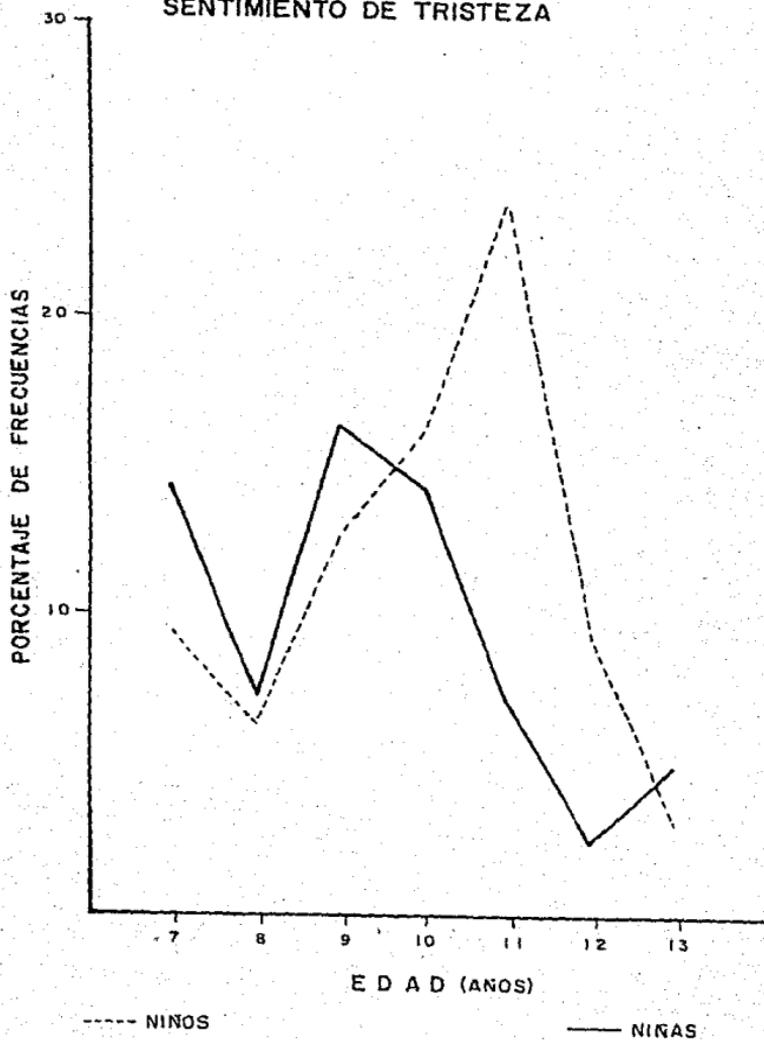


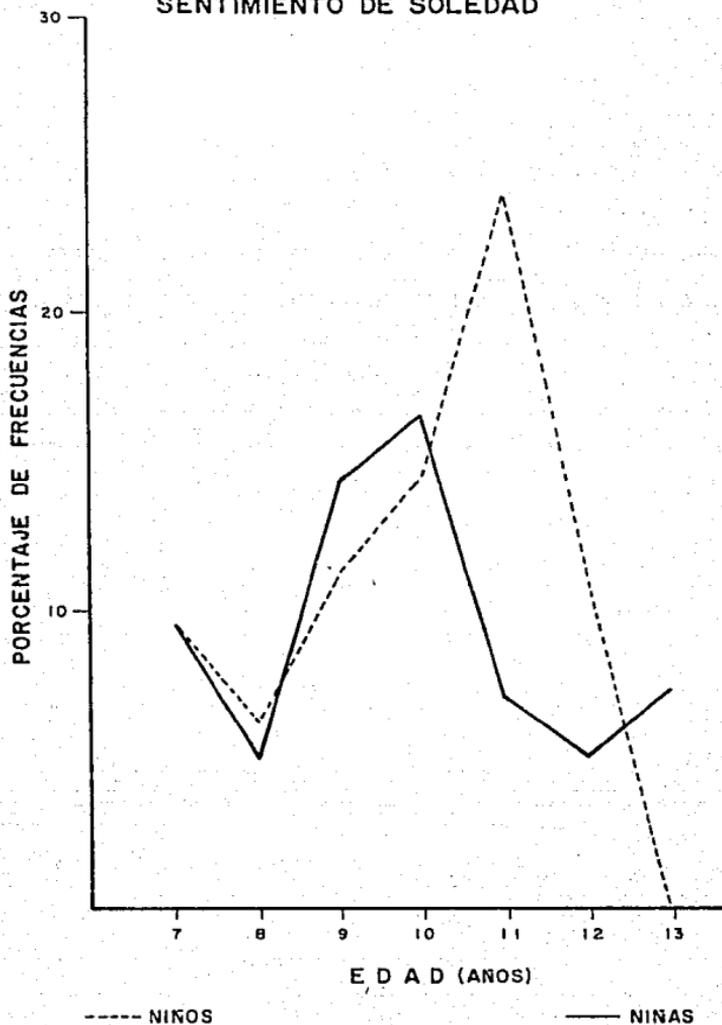
TABLA No. 5

## SENTIMIENTOS DE SOLEDAD

EDAD (AÑOS)	FRECUENCIA F	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE M
7	4	9.5	6	9.5
8	2	5.0	4	6.3
9	6	14.3	7	11.1
10	7	16.6	9	14.3
11	3	7.1	15	23.8
12	2	5.0	7	11.1
13	3	7.1	0	-
<b>SUMA</b>	<b>27</b>		<b>48</b>	

GRAFICA No. 5

## SENTIMIENTO DE SOLEDAD



contrariamente con lo que ocurre con los niños que decae a los 13.

También se puede apreciar que a los 7 años el patrón de las niñas muestra un mayor porcentaje de frecuencia de la ansiedad que disminuye a los 9, contrariamente al patrón -- del sexo masculino. La Tabla 6 muestra el porcentaje y la frecuencia de esta variable.

El porcentaje de frecuencia con respecto a la variable de agresividad es similar tanto en los niños como en las -- niñas. En las niñas se inicia a los 7 años con un mayor -- porcentaje, que disminuye drásticamente a los 8, elevándose a los 9 para mostrar un máximo a los 10 y descender hasta - los 13 años.

El patrón de porcentajes de frecuencias en los niños - muestra 2 incrementos, a los 8 y 11 con una ligera disminu- ción a los 9 y una mayor a partir de los 12. La representa- ción aritmética de frecuencia y porcentaje se muestra en la Tabla N° 7.

La gráfica N° 8 y la Tabla N° 8 nos muestra el porcen- taje de frecuencia de la variable de temor al rechazo. Los niños reflejan 2 picos de elevación, el más significativo a los 11 años y el otro a los 9, descendiendo a los 13. En las niñas la elevación máxima se da a los 10 años, en menor

TABLA No. 6

## ANSIEDAD

EDAD (AÑOS)	FRECUENCIA F	PORCENTAJE	FRECUENCIA M	PORCENTAJE
7	7	16.6	6	9.5
8	3	7.1	8	12.7
9	6	14.3	8	12.7
10	11	26.2	10	15.9
11	6	14.3	15	23.8
12	2	5.0	9	14.3
13	3	7.1	1	1.6
SUMA	38		57	

ANSIEDAD

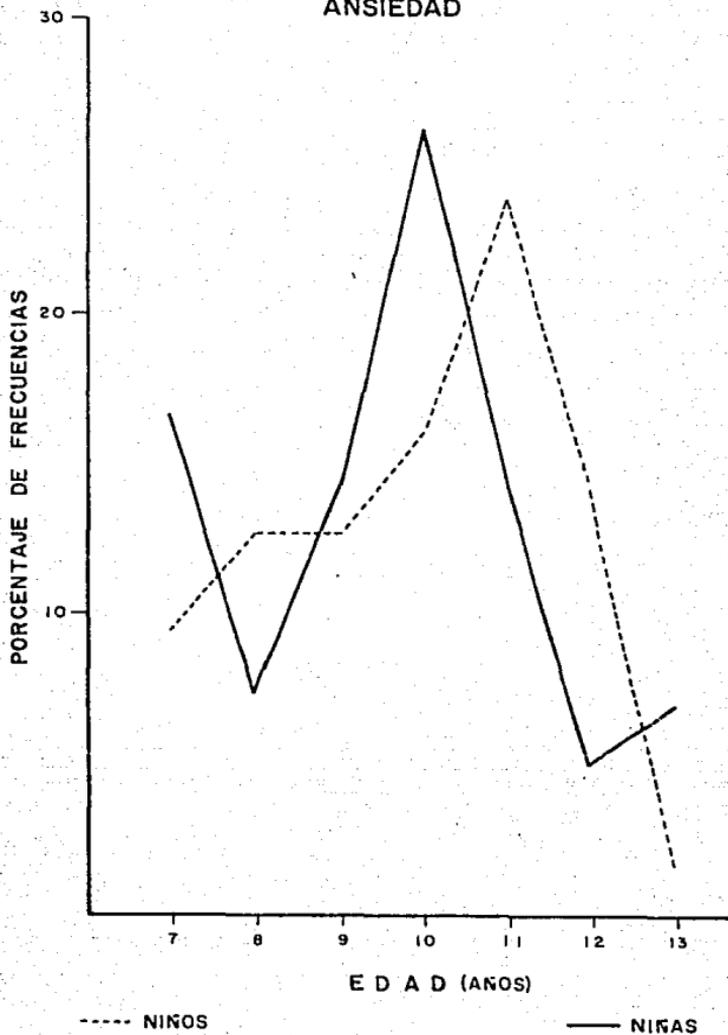


TABLA No. 7

AGRESIVIDAD

EDAD (AÑOS)	FRECUENCIA F	PORCENTAJE	FRECUENCIA M	PORCENTAJE
7	5	12.0	6	9.5
8	0	0.0	8	12.7
9	6	14.3	7	11.1
10	7	16.6	9	14.3
11	5	12.0	10	15.9
12	2	5.0	7	11.1
13	2	5.0	2	3.1
<b>SUMA</b>	<b>27</b>		<b>49</b>	

GRAFICA No. 7

## AGRESIVIDAD

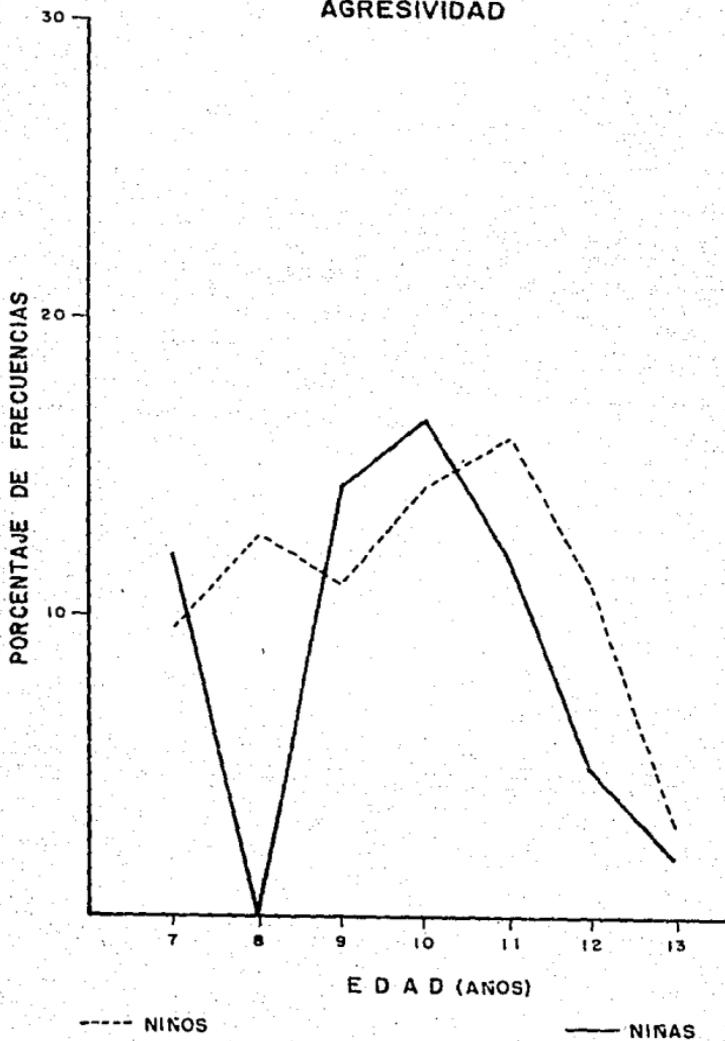


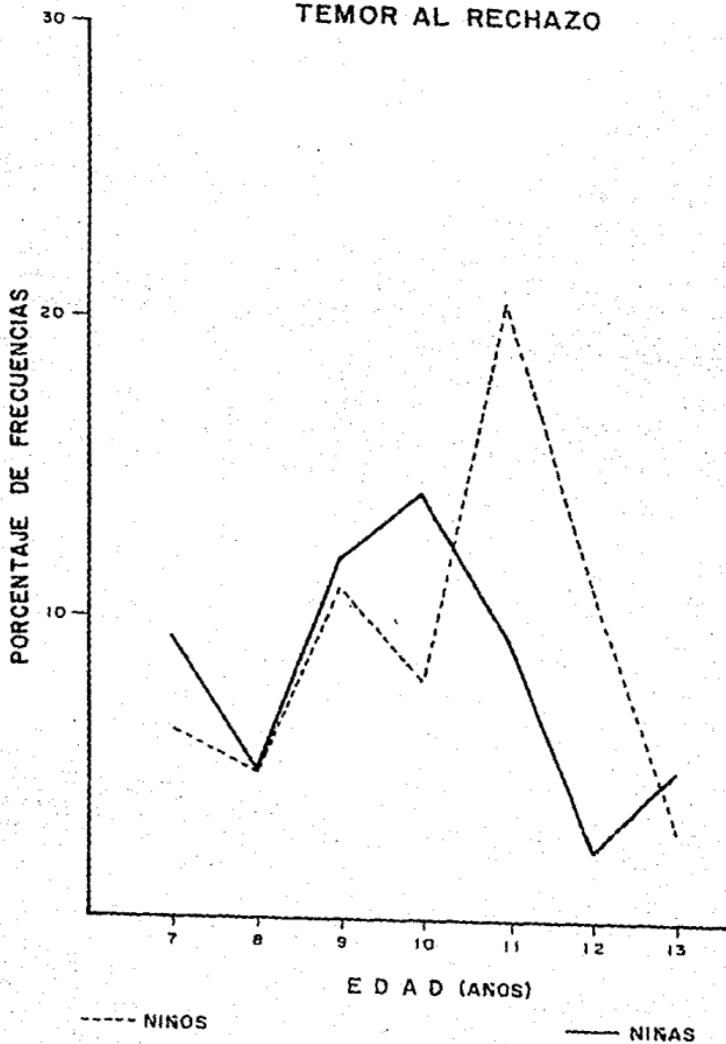
TABLA No. 8

## TEMOR AL RECHAZO

EDAD (AÑOS)	FRECUENCIA F	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE M
7	4	9.5	4	6.3
8	2	5.0	3	4.8
9	5	12.0	7	11.1
10	6	14.3	5	8.0
11	4	9.5	13	20.6
12	1	2.4	7	11.1
13	2	5.0	2	3.1
SUMA	24		41	

GRAFICA No. 6

## TEMOR AL RECHAZO



grado a los 9 y 10, declinando a los 12 años para volverse a incrementar a los 13. A la edad de 8 años ambos sexos - disminuyen su porcentaje de frecuencia.

Los sentimientos de inseguridad se representan en la gráfica y Tabla N° 9. En el sexo masculino la incidencia - mayor de esta variable se observa a los 11 años, disminuyendo levemente a los 12 y 10 y drásticamente a los 13. En el sexo femenino el porcentaje de frecuencias es mayor a la edad de 10 y a partir de los 11 años desciende hasta los 12 y se incrementa a los 13, fenómeno que no sucede con los niños.

La última variable significativa de acuerdo a nuestra hipótesis es la necesidad de aceptación. Esta muestra un -- mayor incremento en las niñas a los 10 años, en menor grado a los 9, 11 y 7 y declina a los 12 para incrementarse a los 13 años. En los niños el máximo porcentaje de frecuencias se observa a los 11 años, en menor escala a los 12, 8 y 9 - años, y un descenso significativo a los 13. (Gráfica y Tabla N° 10).

TABLA No. 9

## SENTIMIENTOS DE INSEGURIDAD

EDAD (AÑOS)	FRECUENCIA F	PORCENTAJE	FRECUENCIA M	PORCENTAJE
7	3	7.1	4	6.3
8	2	5.0	5	8.0
9	5	12.0	7	11.1
10	8	19.0	7	11.1
11	7	16.6	12	19
12	1	2.4	9	14.3
13	2	5.0	2	3.1
<b>SUMA</b>	<b>28</b>		<b>46</b>	

GRAFICA No. 9

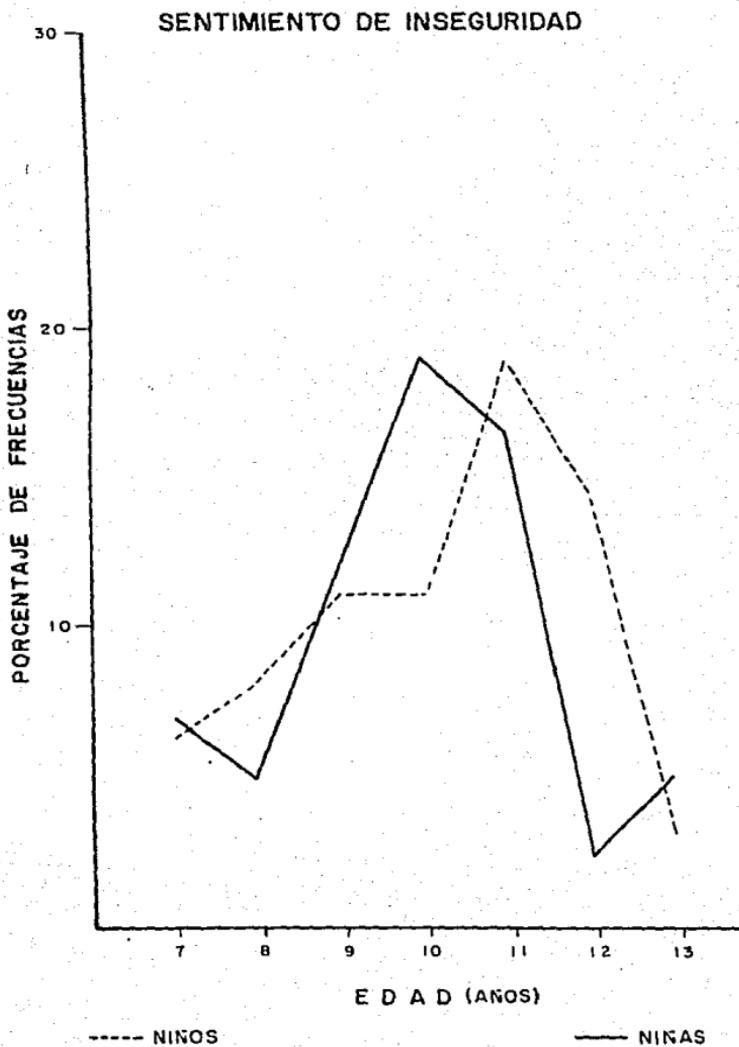
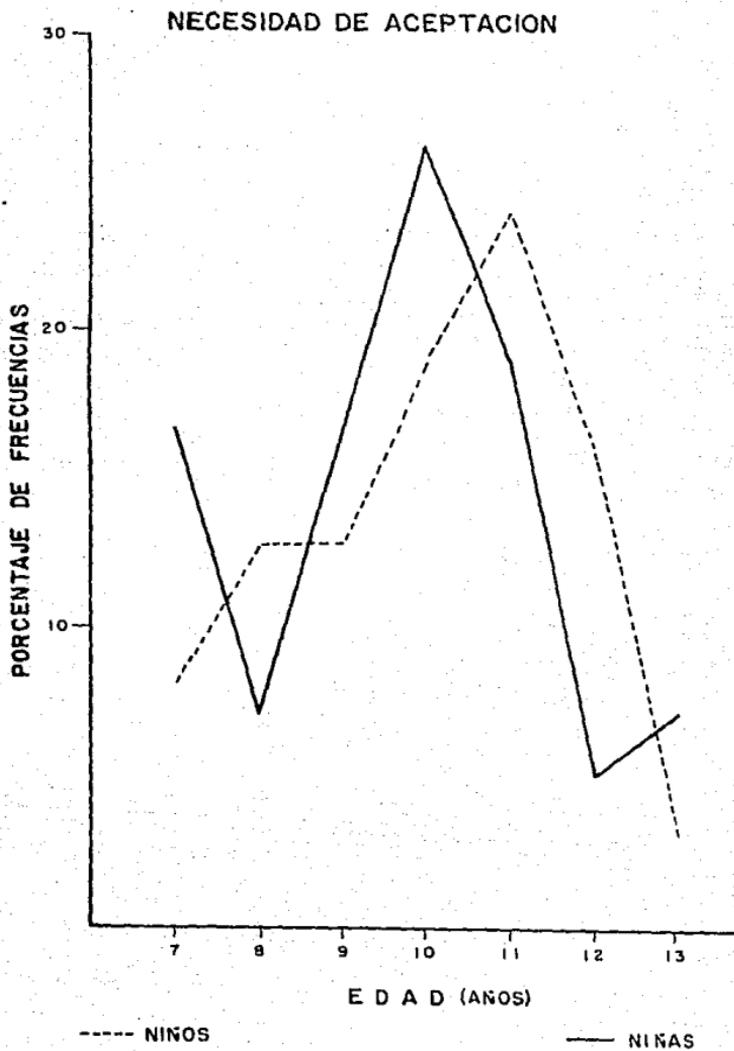


TABLA No. 10

## NECESIDAD DE ACEPTACION

EDAD (AÑOS)	FRECUENCIA <sub>F</sub>	PORCENTAJE	FRECUENCIA <sub>M</sub>	PORCENTAJE
7	7	16.6	5	8.0
8	3	7.1	8	12.7
9	6	14.3	8	12.7
10	11	26.2	12	19.0
11	8	19.0	15	23.8
12	2	5.0	10	15.9
13	3	7.1	2	3.1
<b>SUMA</b>	<b>40</b>		<b>60</b>	

GRAFICA No. 10



## 9. Conclusiones

A través del presente estudio se pudo constatar que -- como mencionan Cytryn y Mcknew (15), "el trastorno depresivo se asocia a un impedimento de la capacidad adaptativa escolar y social del niño". Esto claramente se aprecia con el porcentaje de las ocho variables que fueron significativas en esta investigación: sentimientos de minusvalía, sentimientos de tristeza, sentimientos de soledad, ansiedad, agresividad, temor al rechazo, sentimientos de inseguridad y la necesidad de aceptación.

Estadísticamente se observó mayor incidencia en el sexo masculino que presenta bajo rendimiento escolar, problemas de conducta y características y síntomas depresivos, esto quizá se deba a que en nuestro medio sociocultural, al niño se le impide expresar sus emociones, exigiéndosele un desarrollo mayor en el aspecto intelectual y con la consiguiente dificultad para conciliar estos dos aspectos, creando en niños vulnerables una presión importante en relación en temor al fracaso.

En las niñas es menos frecuente ya que culturalmente se muestra más tolerancia al fracaso intelectual en función a -- que tradicionalmente se espera que una mujer se deba preparar más para permanecer en el hogar desempeñando actividades de

esposa y madre, aunque parece que en algunos medios socioculturales ésto está cambiando.

De acuerdo con lo que plantea Anneli<sup>(5)</sup> también podríamos decir que encontramos relación epidemiológica de la depresión con los problemas conductuales y escolares. No obstante, es difícil detectarlo en la práctica clínica ya que - como refieren algunos autores la sintomatología cambia según los distintos niveles de desarrollo (edad).

Este trabajo vuelve a plantear la discrepancia que existe entre los profesionales de la salud mental y de la educación, en determinar acerca de que viene primero, si el problema educativo o el emocional. Algunos refieren que la frustración resultante de realizar un trabajo en forma deficiente - produce tensión en el niño porque el problema educativo es - fundamental. Otros dicen que el niño hubiera trabajado satisfactoriamente de no haber existido algún conflicto.

Con este estudio se intenta enfatizar la importancia -- del trabajo multidisciplinario que podría ser una solución - para el tratamiento de la población infantil que presenta bajo rendimiento escolar, problemas de conducta y depresión, - por lo que la comunicación entre los profesionales de diferentes áreas, tales como el psicólogo, psiquiatra, maestro, trabajador social y sobre todo los padres son indispensables. pa-

ra el éxito del tratamiento.

Por ser éste un estudio epidemiológico, no es posible profundizar en la relación de la problemática de aprendizaje, y conducta con las características y síntomas depresivos de la población que acude a solicitar atención especializada en un centro hospitalario.

Para posteriores estudios se propondría profundizar en esta problemática a través de investigaciones longitudinales en donde se enfatice el estudio a profundidad de la dinámica familiar, social y escolar y de este modo poder contar con datos que faciliten el conocer la relación entre la sintomatología depresiva en la infancia y el fracaso escolar que permita brindar una ayuda oportuna, evitando la cronicidad en este tipo de trastornos y por otro lado poder establecer programas de prevención de estos padecimientos en donde participen los diferentes profesionales involucrados en el proceso.

## BIBLIOGRAFIA

1. Abraham, K. (1927). The Infantile prototype of melancholic depression. En Selected papers of K. Abraham. New York. Basic Books, 464-469
2. Ajuriaguerra, J. de (1983) Manual de psiquiatría infantil. Barcelona: Masson, S.S., 4a. ed.
3. American Psychiatric Association. (1983) DSM-111. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, S.A.
4. Anastasi, A. (1980) Tests psicológicos. Madrid: Aguilar, 3a. ed.
5. Ansell, A. (1972). Depressive states in Childhood and adolescence. New York: Halsted Press.
6. Anthony, J. & Scott, P. (1969) Manic depressive psychosis in childhood. Journal of the American Academy of child psychiatry, 1, 53.
7. Rivera, J.O., Esquivel A.F. Lucio G.M.E.(1987) Integración de estudios psicológicos. Mexico: Diana, K.E.
8. Billings, A.G. & Moss, R.H. (1983). Comparison of children of depressed and non depressed parents: A social-environmental perspective. Journal of abnormal child psychology, 11 (4) 463-485
9. Birlleson, P. (1980). The validity of depressive disorders in childhood and the development of a self-rating scale: A research report. Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines, 22 (1), 73-88.

2.

10. Bosworth, H.T. & Murray, M.E. (1983). Locus of control and achievement motivation in dyslexic children. Journal of development and behavioral pediatrics, 4 (4), 253-256
11. Breen, M.J. & Barkley, R.A. (1983). The Personality inventory for children (PIC): Its clinical utility with hyperactive children. Journal of pediatric psychology, 8 (4), 359-366
12. Brickling, B., Brickling P. (1985) Causas Psicológicas del Bajo Rendimiento Escolar. Pax México. -- 3a. ed.
13. Caplan, M.G. & Douglas, V.I. (1969). Incidence of parental loss in children with depressed mood. -- Journal of child psychology and psychiatry, 10, -- 225-232
14. Carlson, G.A. & Cantwell, D.P. (1980) Unmasking masked depression in children and adolescents. American journal of psychiatry, 137, 445-449
15. Cytryn, . & McKnew, D.H.(1974) Factors influencing the changing clinical expression of the depressive process in children. American journal of psychiatry, 131 (8), 869

3.

16. Cytryn, L., McKnew, D.H. & Bunney, W.E. (1980) --  
Diagnosis of depression in children: A reassess--  
ment. American journal of psychiatry, 137, 22-25
17. Chambers, W., Puig-Antich, J. & Iabrizi, M.A. (1978)  
The ongoing development of the Kiddie-SADS (Schedu  
le for affective disorders and schizophrenia) - -  
Journal of the American academy of child psychiatry,  
17 (2), 105-115
18. Chiles, J.A., Miller, M.L. & Cox, G.B. (1980) De-  
pression in adolescent delinquent population. - -  
Archives of general psychiatry, 37, 1179-1184
19. DiCagno, L., & Ravetto, F. (1977) Dépression et -  
carences maternelles partielles: Aspects cliniques  
et psychopathologiques. En Ansell, A. (Ed) Etats  
dépressifs chez l'enfant et l'adolescent. Stockholms:  
Almqvist & Wiksell, 84.
20. Feinster, S.C. & Wolpert, E.A. (1973) Juvenile --  
manic-depressive illness: Clinical and therapeutic  
considerations. Journal of the American academy of  
psychiatry, 12, 123
21. French, A. (ed) (1979) Depression in children and  
adolescents. New York: Human Sciences Press.
22. Fernández de Castro, P.J. (1988) Epidemiología, Mé  
todos y Práctica. Sin publicar.

4.

23. Freud, S. (1973) Duelo y melancolía. obras completas. Madrid: Biblioteca Nueva, Vol. II, 2091-2100.
24. Greenacre, P. (Ed.) (1961) Affective disorders. New York: International Press.
25. Heinecke, C. & Westheimer, I. (1965) Brief separations. New York: International Universities Press.
26. Kashani, J.H., Barbero, G.J. & Bolander, F.D. (1981) Depression in hospitalized pediatric patients. Journal of the American academy of child psychiatry, - 20, 123-134.
27. Kazdin, A.E., French N.H., Unis, A.S., Esveldt---- Dawson, K. & Sherick, R.B. (1983). Hopelessness, -- depression and suicidal intent among psychiatric -- ally disturbed in-patient children. Journal of - - consulting and clinical psychology, 51 (4), 504-510
28. Kazdin, A.E. & Petti, T.A. (1982). Self-report and interview measures of child-hood and adolescent -- depression. Journal of child psychology and psychia try and allied disciplines, 23 (4), 437-457
29. Kissel, S., Freeling, N.W. (1974). A brief note on the relationship between hyperkinesis and depression. Bulletin of the Rochester Mental Health Center, 6 (1.2), 11-13

5.

30. Klein, M.A. (1948) A contribution to the psychogenesis of Manic-depressive states: En Klein, H (Ed) Contributions to psychoanalysis , 1921-1945. London: Hogarth Press.
31. Kovacs, M. (1978). Rating scales to assess depression in school aged children. Acta paedopsychiatrica, 46, 305-315.
32. Kovacs, M. & Bech, A.T. (1977). An empirical clinical approach towards a definition of childhood depression. En Schultzebrandt, J. G. and Raskin, A. (Ed) Depression in childhood: Diagnosis, treatment, and conceptual models New York: Raven Press, 1-26
33. Lefkowitz, M.M. & Tesiny, E.P. (1980) Assessment -- of childhood depression. Journal of consulting and clinical psychology, 48 (1) 43-50
34. Lempp, R. (1971) Depressions in children with slight brain damage. En Annell, A. (Ed) Depressive states in childhood and adolescence. Stockholm: Almqvist - & Wiksell. 233-238
35. Lewin, M, (1979) Understanding psychological research New York John Wiley & Sons.
36. Lewis, M. & Lewis, D.O. (1977) A psychobiological - view of depression in childhood. En French, A. (Ed)

6. Depression in childhood and adolescence. New York: Human Sciences Press, 29-45
37. Lewis M. & Lewis D.O. (1981) Depression in Childhood: a biopsychosocial perspective. American Journal of psychotherapy, XXXV (3), 323-329.
38. Ling, W Oftedal, G. Weinberg, W. (1970) Depressive illness in childhood present as severe headache. - American journal of the disturbed child, 120 (2), 122-124
39. Mahler, M.S. (1961) On sadness and grief in infancy and childhood. Psychoanalytic study of the child, 16, 332-351.
40. McKnew, D.H., Cytryn, L. Efron A.M., Gershon, E.S. Bunney, W.E. (1979) Offspring of patients with - - affective disorders. British journal of psychiatry, 134, 148-152.
41. McKnew, D.H. Cytryn, L. & White, I, (1974) Clinical and biochemical correlates of hypomania in a child. Journal of the American academy of child psychiatry, 13 (3), 576.
42. Mendelson, R.W. (1983) Divorce, depression, perceived maternal depression and autonomy. Dissertation abstracts, part B, 44 (1), 318-B

7.

43. Mendelson, M. (1974) Psychoanalytic concepts of depression. New York: Spectrum Publications.
44. Mezzich, A.C. & Mezzich, J.E. (1979) Symptomatology of depression in adolescence, Journal of personality assessment, 43, (3), 267-275.
45. Miranda P.E., Araiza A.M.V., Charles P.V. (1982) - Trastornos de la conducta y del aprendizaje del niño.- Dirección Gral. de Servicios Coordinados de - Prevención y Readaptación Social. México
46. Muson, S.E. (1984) The relationship between perceived child reading practices and depression in college-age women. Dissertation abstracts international. No. 75-8422, 84.
47. Padua, J. (1979) Técnicas de Investigación aplicadas a las Ciencias Sociales. México. Fondo de Cultura Económica. 1a. edición.
48. Peterson, J.L. (1982) The relationship of family structure to the psychological adjustment of children. Dissertation abstracts international, 43,(7) A, 2290
49. Petti, T.A. (1978) Depression in hospitalized child psychiatry patients: approaches to measuring depression. Journal of the American academy of child psychiatry, 17 (1). 49-59

8.

50. Petti, T.A. (Ed) (1983) Childhood depression. New York: The Haworth Press.
51. Poznanski, E.O., Cook, S.C., Carroll, B.J. (1979) A depression rating scale for children. *Pediatrics*, 64 (4), 442-450.
52. Pritchard, P.B., Lombroso C.T. & Mc Intyre, M. --- (1980) Psychological complications of temporal lobe epilepsy. Neurology, 30, 227-232
53. Puig-Antich, J. (1980) Affective disorders in - - childhood: A review and perspective. Psychiatric Clinics of North America, 3 (3), 403-424.
54. Rangel, J.A. (1984) Suicidio en los adolescentes. Tesis no publicada de licenciatura de Psicología, Universidad Iberoamericana, México.
55. Reporte No. 66 Conmitte Group American Psychiatry (1972).
56. Rie, H.E. (1966) Depression in chilhood: Survey of some pertinent contributions. *Journal of the American Academy of child psychiatry*, 5 (4). 653.
57. Sandler, J. & Joffe, W.G. (1965) Notes of childhood depression. International journal of psychoanalysis, 46, 88-96.

- 9.
58. Schiff, R. y Boschetto, H. (1971) Depresión en la adolescencia. En Reca, T. (Ed). Temas de psicología y psiquiatría de la niñez y la adolescencia. Argentina: CEAM, 165-180.
59. Schulterbrandt, J.G. & Raskin, A. (Eds.) (1977) -- Depression in childhood: Diagnosis, treatment, and conceptual models. New York: Raven Press.
60. Seisdedos, N. (1983) Cuestionario de depresión para niños. Manual. Madrid: Tea Ediciones, S.A. Secc. de Estudio de Test. Serie menor, Núm. 122.
61. Seligman, M.E.P. (1975) Helplessness: On depression, development and death. San Francisco: W.H. Freeman.
62. Spitz, R.A. (1969) El primer año de vida del niño. México: Fondo de Cultura Económica.
63. Teri, L. (1980) Depression in adolescence: And - - investigation of depression in adolescence and its relationship to social skills, assertion and various aspects of selfimage. Dissertation abstracts international, 41 (6) B, 2350.
64. Tesiny, E.P. Lefkowitz, M.M. & Gordon, N.H. (1980) Childhood depression, locus of control and school achievement. Journal of educational psychology, 72, (4) 506-510.

10.

65. Toolan, J.M. (1981) Depression and suicide in children: And overview. American journal of psychotherapy, 35 (3) 311-322.
66. Weinberg, W.A. Rutman, J., Sullivan, L., Penick, E.E. & Dietz, S.C., (1973) Depression in children referred to an educational diagnostic clinic: --- diagnosis and treatment. Journal of pediatrics, 83 (6), 1065.
67. Werry, J.S. & Quay, H. (1971) The prevalence of - behavior symptoms in younger elementary school -- children. American journal of orthopsychiatry, 41, 136-143.
68. Winnicott, D.W. (1954) The depressive position in normal emotional development. British journal of medical psychology, 28, 89-100