

ESCUELA DE PSICOLOGIA  
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



ESTUDIO DE LA RELACION ENTRE DEPRESION E HIPERACTIVIDAD  
EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A  
LAURA ISABEL DOMINGUEZ CALDERON

DIRECTOR DE TESIS:  
LIC. LUCIA REYES ROMERO



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

## AGRADECIMIENTOS

A mi padre porque desde pequeña ha sido para mí un hombre grande y maravilloso que siempre he admirado. Gracias por guiar mi vida con energía, esto es lo que ha hecho de mí lo que soy. Muchas gracias papá.

A mi madre que es el ser más maravilloso del mundo. Gracias por el apoyo moral, su cariño y comprensión que desde pequeña me ha brindado, por guiar mi camino y estar siempre junto a mí en los momentos más difíciles. Gracias por ser mi mejor amiga.

A mis hermanos Conchis, Fernando, Joaquín y Alejandro, por compartir todos los momentos buenos y malos a mi lado, por ser mis amigos y compañeros en el camino de la vida.

A mis sobrinos María Fernanda, Valeria, Fernandino y Ximena, por darle luz y vida a esta familia.

A mis cuñadas Sofía y Karina por formar parte de mi familia.

A Ramiro por formar parte importante de mi vida, por motivarme y apoyarme para salir adelante en este proyecto, y en mi vida personal, por compartir los momentos más bellos de mi existencia. Gracias amor por aparecer en mi vida y sobre todo "gracias por existir".

A mi amiga Lilia por estar siempre a mi lado, por apoyarme y escucharme en todo momento, por compartir buenos y malos tiempos. Gracias Lili por estar siempre ahí.

A mis amigos Luigi, Alfredo, Cano, Paty y Liz por brindarme su amistad incondicional, porque con ustedes he pasado momentos inolvidables.

A la Lic. Lucía Reyes Romero, por motivarme y hacer esto posible.

Al Centro Educativo Albatros por su confianza, enseñanza, cariño y por abrirme sus puertas.

Dios gracias por hacer posible esta investigación.

GRACIAS.

# INDICE

<b>INTRODUCCION .....</b>	<b>8</b>
<b>I TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION / HIPERACTIVIDAD.....</b>	<b>13</b>
1.1 Etiología.....	14
1.1.1 Hipótesis de un factor Hereditario.....	14
1.1.2 Hipótesis Neuroanatómicas.....	15
1.1.3 Hipótesis Neurofisiológicas.....	16
1.2 Características clínicas.....	17
1.2.1 Características conductuales.....	17
1.2.2 Desarrollo socioemocional.....	19
1.2.2.1 Infancia.....	19
1.2.2.2 Niñez media.....	19
1.2.2.3 Niñez tardía.....	20
1.2.2.4 Adolescencia.....	21
1.2.3 Subtipos.....	22
1.2.4 Características asociadas.....	23
1.3 Diagnóstico.....	23
1.3.1 Tipos de diagnóstico.....	26
1.3.2 Diagnóstico diferencial.....	27
1.4 Trastornos asociados al TDA-H.....	28
1.4.1 Trastorno conductual.....	28
1.4.2 Trastorno oposicionista / desafiante.....	30
1.4.3 Ansiedad / depresión.....	32
1.4.4 Trastorno específico del aprendizaje.....	33
1.4.5 Trastorno en la coordinación motora.....	35
1.4.6 Somatización.....	37
1.4.6.1 Trastorno del sueño.....	37

1.4.6.2 Dolores referidos en pacientes con TDA-H.....	38
1.4.6.3 Trastornos de la alimentación en pacientes con TDA-H.....	38
1.4.6.4 Síntomas acompañantes.....	39
1.5 Curso y pronóstico.....	40
1.6 Tratamiento.....	40
1.6.1 Tratamiento farmacológico.....	41
1.6.2 Modificación cognitiva – conductual.....	43
1.6.3 Otras terapias.....	44
<b>II DEPRESION INFANTIL.....</b>	<b>46</b>
2.1 Antecedentes históricos.....	46
2.2 Trastornos del estado de ánimo.....	52
2.2.1 Definición: síntoma, síndrome y trastorno depresivo.....	53
2.3 Teorías sobre la depresión.....	54
2.3.1 Enfoque Psicodinámico.....	54
2.3.2 Enfoques cognitivos y conductuales.....	56
2.3.3 Los enfoques psicobiológicos.....	58
2.3.4 Modelos evolutivos.....	58
2.4 Los trastornos depresivos en niños y adolescentes.....	59
2.4.1 Diferentes conceptualizaciones de la depresión infantil.....	60
2.4.1.1 La depresión en la niñez no existe.....	60
2.4.1.2 Depresión enmascarada.....	62
2.4.1.3 La depresión en la niñez es transitoria.....	63
2.4.1.4 La depresión en la niñez es paralela a la del adulto.....	65
2.5 Manifestaciones de la depresión durante el desarrollo.....	67
2.5.1 Edad escolar.....	68
2.6 Epidemiología.....	71
2.7 Características clínicas de la depresión en los niños.....	72
2.8 Evaluación y diagnóstico.....	77
2.8.1 Diagnóstico diferencial.....	77
2.9 Curso y pronóstico.....	79
2.9.1 Suicidio en niños y adolescentes.....	80

2.10 Tratamiento.....	81
<b>III METODOLOGIA.....</b>	<b>82</b>
3.1 Objetivos.....	82
3.2 Hipótesis.....	82
3.3 Hipótesis nula.....	83
3.4 Variables.....	83
3.4.1 Variable independiente.....	83
3.4.2 Variable dependiente.....	84
3.5 Muestra.....	84
3.6 Instrumento.....	85
3.7 Tipo de estudio.....	91
3.8 Material.....	92
3.9 Procedimiento.....	92
3.10 Aplicación.....	92
3.11 Análisis estadístico.....	94
<b>IV RESULTADOS.....</b>	<b>95</b>
<b>V DISCUSION DE RESULTADOS.....</b>	<b>114</b>
<b>VI ALCANCES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....</b>	<b>117</b>
6.1 Alcances.....	117
6.2 Limitaciones.....	117
6.3 Sugerencias.....	118
<b>VII CONCLUSIONES.....</b>	<b>120</b>

## **BIBLIOGRAFIA**

## **APENDICES**

Apéndice A "Cuestionario EDAH"

Apéndice B "Cuestionario CDS"

## INTRODUCCION

La vida puede ser difícil para niños que presentan hiperactividad y déficit de atención. Ellos son los que a menudo tienen problemas en la escuela no pueden terminar un juego y pierden amistades. Pueden pasar horas angustiantes luchando para concentrarse en la tarea y luego olvidarse de llevarla a la escuela.

No es fácil hacer frente a estas frustraciones día con día. Algunos niños liberan su frustración actuando de manera contraria, iniciando peleas o destruyendo propiedades. Algunos vuelcan su frustración en dolencia de cuerpo, tal como el niño que tiene dolor de estómago todos los días antes de la escuela. Otros mantienen sus necesidades y temores adentro para que nadie pueda ver lo mal que se sienten.

También es difícil tener un hermano o hermana o compañero de clase que se enoja, te saca los juguetes o pierde tus cosas. Los niños que viven o comparten un aula con un niño con hiperactividad y déficit de atención también se frustran. Pueden también sentirse abandonados en tanto que sus padres o maestros tratan de arreglárselas con el niño hiperactivo como puedan. Pueden sentir resentimiento hacia el hermano o hermana que nunca termina sus deberes en el hogar o sentirse atropellados por un compañero de clase.

Es especialmente difícil ser el padre de un niño que está lleno de actividades descontroladas, deja desordenes, hace rabietas y no escucha o sigue instrucciones. Los padres a menudo se sienten impotentes y sin recursos, por lo que reaccionan golpeándolos, le ridiculizan y le gritan al hijo a pesar de que saben que no es apropiado.

Su respuesta deja a todos más alterados que antes, entonces se culpan a sí mismos por no ser buenos padres.

Una vez que se diagnostica al niño y recibe tratamiento, algo de la perturbación emocional dentro de la familia comienza a desvanecerse.

La medicación ayuda a controlar parte de los problemas de comportamiento que provocan el tumulto familiar. Pero más a menudo, hay otros aspectos del problema que la medicación no puede tocar. A pesar de que la hiperactividad principalmente afecta el comportamiento de una persona, el tener el trastorno lleva a repercusiones emocionales. Para algunos niños, el ser regañado es la única atención que reciben. Tienen pocas experiencias que aumenten su sentido de valor y competencia. Si son hiperactivos, a menudo se les dice que son "malos" y se les castigan por ser destructivos. Si son demasiado desorganizados y distraídos como para terminar tareas, otros los pueden acusar de haraganes. Si agarran juguetes impulsivamente, interrumpen o empujan a compañeros de clase, pueden tener problemas en la escuela. El enfrentar las frustraciones diarias que acompañan al niño hiperactivo puede hacer que las personas teman que son raros, anormales o estúpidos.

El ciclo de frustración, culpa y enojo ha existido años atrás, por lo que llevará algún tiempo para deshacerlo. Tanto los padres como los niños pueden necesitar ayuda especial para desarrollar técnicas para manejar los esquemas de comportamiento.

Ante estos sentimientos de frustración, culpa, enojo y la constante lucha de ser aceptado por los demás e incluso por sus padres, puede llegar a producir en el niño síntomas de depresión.

Díaz Calvo (1995) menciona algunos síntomas de la depresión en la edad escolar, y señala que en esta etapa la depresión se manifiesta con la pérdida de interés en casi todas las actividades, bajo rendimiento académico, desinterés en el juego, y descuido en el arreglo personal.

El rechazo y / o las exigencias desmedidas e irrealizables de los padres pueden hacer que el niño sienta que nunca llegará a triunfar y que no tiene sentido esforzarse. Una característica importante que puede observarse en los niños deprimidos durante este periodo; es que se dan por vencidos con facilidad; esta tendencia los predispone a sentirse impotentes y desesperanzados ante las lesiones infligidas a su autoestima.

A esta edad la autoestima del niño depende en gran parte de las acciones de las figuras parentales, de modo que la desaprobación o el rechazo por parte de ellas tiene efectos devastadores e inhibe el comportamiento que acarrió la desaprobación.

Tal vez sea posible diferenciar dos tipos de estado de tristeza en los niños de esta edad: el primer tipo se observa en familias en las cuales los padres establecen ideales irrealizables, utilizan el bochorno como una modalidad de castigo y se sienten amenazados por la individuación del hijo; el segundo tipo aparece en familias en las que los padres son depresivos o exhiben una constante actitud de rechazo. Ambos tipos se manifiestan también en niños que sufren una enfermedad que les impide disfrutar, de las actividades infantiles (Seligman, 1995, citado en, Solloa, 2001).

A menudo la distracción y las conductas negativas son utilizadas como único recurso defensivo contra la tristeza. El niño no hace más que prestar atención a asuntos más agradables que las condiciones ambientales que le causan dolor, por lo que también es factible confundir la depresión con el déficit de atención y con los trastornos de conducta.

La presente investigación pretende encontrar si existe una relación entre depresión e hiperactividad en niños de 6 a 12 años con hiperactividad y niños de 6 a 12 años que no presentan hiperactividad.

Esta investigación se realiza en un colegio de la Ciudad de México, utilizando niños a nivel primaria con una población de 170 niños aproximadamente de ambos sexos.

En la presente investigación se plantean los siguientes objetivos:

- 1) Realizar un estudio de la relación entre depresión e hiperactividad en niños de 6 a 12 años.
- 2) Utilizar dos pruebas psicométricas. Una que mide hiperactividad: "Escala para la evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (Farré A., 2000)". Y otra que mide depresión en niños: "Cuestionario de Depresión para niños (Lang , 2000)".
- 3) Determinar el grado de depresión y el grado de déficit de atención e hiperactividad y así correlacionar el grado de déficit de atención e hiperactividad con la depresión.

Se plantea la hipótesis: Los niños con déficit de atención e hiperactividad, presentan conductas antisociales que les genera rechazo e incomprensión, tendrán un grado de depresión significativamente mayor que los niños que no presentan déficit de atención e hiperactividad

Con el fin de alcanzar los objetivos de la investigación, se tomó como muestra a los estudiantes de nivel primaria de una escuela particular mixta, de nivel socioeconómico medio, medio alto, a los cuales se les aplicó un Cuestionario de Depresión Infantil (CDS) con el fin de saber como se sentían emocionalmente tanto en sus casas como en la escuela.

Para los resultados de la hiperactividad, se aplicó una Escala para la evaluación del Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH). El cual es un cuestionario que es contestado por la maestra del niño.

De las pruebas aplicadas se obtuvieron 16 niños hiperactivos y 56 niños depresivos. 51 niños no presentaron problemas de depresión ni hiperactividad y solo 14 niños presentaron hiperactividad con depresión.

Para comprobar la hipótesis se tomaron dos muestras, la de niños depresivos, y otra de niños hiperactivos con depresión, de ambas pruebas se tomaron al azar 15 niños depresivos y 14 niños hiperactivos depresivos, esto debido a que la muestra de niños hiperactivos depresivos era muy pequeña comparada con la muestra de los niños depresivos. Se realizó una distribución t-student para pequeñas muestras y en ella se realiza una prueba de hipótesis referente a la diferencia de dos medias con muestras chicas.

Los resultados demuestran que no existe diferencia significativa de depresión entre niños con déficit de atención e hiperactividad y niños sin déficit de atención e hiperactividad. Esto es debido a que la mayor parte de los niños presentan depresión, sin ser niños hiperactivos.

Así como también se realizó un coeficiente de correlación de Pearson para determinar si existe o no relación entre depresivos e hiperactivos.

El resultado de las pruebas de dicha investigación señalan una correlación de 0.78 lo cual si existe una correlación medianamente alta, por lo que si hay una relación entre depresión e hiperactividad.

Lo que permite concluir que la hiperactividad no siempre es la causante de la depresión, y que sería conveniente que en futuras investigaciones se realice un estudio buscando las causas de la depresión y tomando en cuenta en que edades aparece más frecuente la depresión.

# CAPITULO I

## TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION HIPERACTIVIDAD

El trastorno por déficit de atención, hiperactividad ( TDA-H ) ha capturado el interés de los investigadores a lo largo de las últimas décadas, y actualmente es uno de los síndromes infantiles más estudiados y controvertido.

El trastorno por déficit de atención, hiperactividad es un conjunto de manifestaciones clínicas que afectan el aprendizaje y la conducta del niño/a.

El estudio de este trastorno se remonta aproximadamente hacia el año 300 a.C y se mantiene vigente hasta nuestros días debido al interés del ser humano por entender en qué consiste el pensamiento.

El TDA-H aparece en la infancia con una incidencia de 5 a 15 % entre los niños/as sanos y se caracteriza por falta de atención, y grados variables de impulsividad e hiperactividad, produciendo una modificación en la forma de estructurar la personalidad y el conocimiento en quienes presentan estos síntomas.

Existen factores de riesgo para su presentación: nacimientos prematuros o de bajo peso al nacer (menos de 3 kg.) y asociación con otros padecimientos (conductas desafiantes o agresividad).

Se estima que entre 3 y 10 % de los niños en edad escolar presentan este trastorno, el cual frecuentemente se encuentra acompañado por problemas de aprendizaje.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV (1995), la prevalencia del trastorno es de 3 % , presentándose con mayor frecuencia en los varones en una proporción de nueve varones por seis mujeres.

## **1.1 ETIOLOGÍA**

Existen diferentes hipótesis que se han estudiado con el fin de hallar y explicar las causas de este trastorno (Solloa, 2001). Dentro de las principales hipótesis se encuentran:

### **1.1.1 HIPOTESIS DE UN FACTOR HEREDITARIO**

Generalmente, al obtener los antecedentes familiares del niño con déficit de atención, hiperactividad, se encuentra que el padre presentó los mismos síntomas de pequeño. Así mismo, el hecho de que el trastorno se manifieste con mayor frecuencia en hombres, ha llevado a que se investiguen los antecedentes hereditarios y familiares del padre y la madre con el fin de identificar las patologías familiares ligadas al síndrome, encontrándose una mayor prevalencia de sociopatía, histeria y alcoholismo en los padres y madres de estos niños.

## 1.1.2 HIPOTESIS NEUROANATOMICAS

En el ser humano, las lesiones específicas o generalizadas provocadas por infecciones como encefalitis o traumatismo craneoencefálicos, puede producir un síndrome hiperquinético. De los anteriores se deduce que el TDA-H podría ser una reacción inespecífica cuando el cerebro es lesionado por cualquier agente nocivo. Se sabe que los niños que padecen este síndrome presentan con mayor frecuencia que la población normal antecedentes de dificultades durante la gestación así como problemas perinatales y otras complicaciones médicas durante los primeros años de vida (Muñoz Millan 1989; citado en, Solloa 2001).

Un área de interés particular en las investigaciones actuales es identificar estructuras o zonas cerebrales relacionadas con la sintomatología de este trastorno. Las técnicas utilizadas para investigación en esta área son: tomografía axial computarizada "TAC" (que es la reconstrucción por medio de un ordenador de un plano tomográfico de un objeto. La tomografía se obtiene mediante el movimiento combinado del tubo de rayos X hacia un lado mientras la placa radiográfica se mueve hacia el contrario, por lo que una superficie plana de la anatomía humana es perfectamente visible), tomografía por emisión de positrones "TEP" (es una técnica que permite realizar imágenes que muestran el metabolismo, y el funcionamiento de tejidos y órganos) y la resonancia magnética (se utiliza para observar que es lo que sucede dentro del cuerpo obteniendo imágenes, sin la necesidad de cirugía o la utilización de radiaciones ionizantes, como son los rayos X).

Se ha estudiado principalmente el lóbulo frontal basándose en la suposición de que una desinhibición de éste lóbulo puede ser responsable de la sintomatología del TDA-H, ya que el lóbulo frontal anterior y medial se asocia a las funciones que son inadecuadas en este trastorno.

### 1.1.3 HIPOTESIS NEUROFISIOLOGICAS

#### Estudios electroencefalográficos

Se ha encontrado que un alto porcentaje de 35 a 50 % de los niños diagnosticados con TDA-H tienen estudios electroencefalográficos anormales, la anomalía reportada con mayor frecuencia es una actividad cerebral lenta, difusa y en general ausencia de una cantidad apropiada de ondas alfa para la edad. Todo esto se denomina como patrones inmaduros de funcionamiento y se interpreta como un retraso en la maduración del sistema nervioso central.

#### Estudio de los neurotransmisores.

Los estimulantes parecen tener un efecto altamente específico, ya que no solo actúan como tranquilizantes, sino que también aumentan los lapsos de atención disminuyen la agresión y mejoran la conducta en general.

El error de conceptualizar el efecto de los fármacos estimulantes como paradójico se hizo al ligar la conducta "más calmada y menos activa" que resulta de utilizar el medicamento, con la suposición de que el medicamento ejercía una acción farmacológica sedativa. Lo que realmente sucede es que los niños con déficit en la atención poseen niveles inhibitorios bajos en el sistema nervioso central, y los medicamentos estimulantes realmente actúan como estimulantes activando el sistema nervioso central y aumentando los bajos niveles de inhibición. Se ha encontrado además que el sistema nervioso central tiene una correlación negativa con el grado de severidad de la conducta hiperquinética M. Portal (2001); citado en, Solloa (2001)

## OTRAS HIPOTESIS

Algunos autores (B. Shaywitz, 1984; H. Johnson, 1988; E. Pino, 1982; citados en Solloa, 2001) han señalado que los alimentos con aditivos, colorantes y saborizantes artificiales, así como salicilos naturales y azúcares refinadas son las causantes de los síntomas de este trastorno, esta creencia fue aceptada a pesar de que en los textos científicos no encontraron datos que apoyaran esta hipótesis, los investigadores, a través de un estudio llevado a cabo por el Departamento de Pediatría de la Universidad de Vanderbilt en Estados Unidos de América, no encontraron evidencia de que el azúcar o el aspartame afectara la conducta y la función cognitiva de niños con TDA-H, a pesar de que los padres si pensaban que estos niños eran sensibles al azúcar.

En otro estudio llevado a cabo en Australia, se encontró una relación entre la hiperactividad y un colorante sintético para las comidas (H. Johnson, 1988)

Otro factor que se ha considerado como posible causa del TDA-H es la intoxicación por plomo. La investigación experimental con animales apoya la noción de que el plomo puede contribuir a síntomas como la hiperactividad. En este punto se piensa que el niño hiperactivo tiene altos niveles de plomo en su organismo (E. Pino, 1982)

## 1.2 CARACTERISTICAS CLINICAS

### 1.2.1 CARACTERISTICAS CONDUCTUALES

El niño con trastorno por déficit de atención, hiperactividad (TDA-H), es aquel que manifiesta grados inapropiados de inatención, hiperactividad e impulsividad. Los niños con este desorden muestran dificultades en cada una de estas áreas pero en diferentes grados.

Generalmente los síntomas se agravan en aquellas situaciones que requieren de atención sostenida, por ejemplo: atender en una clase, hacer la tarea o cumplir con los deberes de la casa o la escuela.

Los síntomas del desorden pueden disminuir y aún desaparecer cuando el niño recibe reforzamiento frecuente o un control muy estricto o cuando se encuentra en una situación nueva.

En la escuela, la inatención y la impulsividad se manifiestan por una incapacidad para seguir instrucciones, terminar las tareas, organizar su trabajo y para modular y sostener su atención. A menudo se tiene la impresión de que el niño no está escuchando, interrumpe a la maestra durante la clase o habla con otros niños durante periodos de trabajo silencioso. La hiperactividad se manifiesta por una dificultad para permanecer sentado; el niño suele correr en el salón de clases, brincar por todas partes de manera excesiva, manipular objetos y retorcerse en su asiento.

En el hogar la inatención se hace evidente en el hecho de que el niño no termina lo que se le pide, cambia frecuentemente de una actividad a otra. Los problemas de impulsividad consisten en interrumpir y entrometerse con otros miembros de la familia, y una tendencia a sufrir accidentes. La hiperactividad se refleja como una incapacidad para permanecer sentado en situaciones en las que se espera que lo haga y porque el niño es muy ruidoso.

En sus relaciones interpersonales la inatención se hace evidente en la incapacidad para seguir reglas de juegos estructurados o escuchar a otros niños; la impulsividad se demuestra frecuentemente en su dificultad para esperar su turno en los juegos, interrumpiendo tomando objetos sin permiso e involucrándose en actividades potencialmente peligrosas sin considerar las posibles consecuencias. La hiperactividad se puede manifestar por una plática excesiva y por una incapacidad para jugar silenciosa y tranquilamente.

## 1.2.2 DESARROLLO SOCIOEMOCIONAL

Según Portal (2001), citado en, Solloa, (2001) el curso del trastorno en diferentes periodos del desarrollo es la siguiente:

**1.2.2.1 Infancia ( 0 - 4 años ) :** Durante los primeros años de vida, estos niños son extremadamente activos y difíciles de manejar. Al principio los padres generalmente piensan que los problemas para manejar a sus hijos se debe a que se encuentra en una edad difícil ( dos años), pero comienzan a dudarlo cuando el niño continua presentando problemas después de esta edad y cuando observan que otros niños ya han desarrollado autocontrol y son obedientes.

A esta edad lo que más preocupa a los padres es el exceso de actividad del niño y el que requiera de continua supervisión para prevenir accidentes, su naturaleza temperamental, sus problemas para dormir y su dificultad para relacionarse con otros niños.

Reportan también infecciones frecuentes de las vías respiratorias, daños físicos menores, son "quisquillosos" para comer y sus demandas de atención son excesivas. A esta edad ya se empieza a distinguir un subgrupo de niños que además presentan ansiedad y tensión, estos niños generalmente manifiestan hábitos nerviosos como morderse las uñas, y generalmente son preocupones, miedosos y aprensivos.

**1.2.2.2 Niñez media ( 4 - 8 años ) :**En esta etapa emergen preocupaciones adicionales debidas a problemas de conducta en el salón de clases, desobediencia reto a la autoridad, mentiras y bajo rendimiento académico. A menudo se manifiestan problemas de aprendizaje, por lo que el niño es referido a evaluación psicopedagógica para determinar sus necesidades educativas.

Las dificultades en sus relaciones interpersonales continúan y el niño es aún difícil de manejar en situaciones fuera del hogar. Los niños pueden preferir relacionarse con niños menores y generalmente son percibidos por sus compañeros como egoístas, demandantes e inmaduros.

Según la valoración de los profesores del niño, estos reportan que el niño se muestra inquieto, impulsivo, con falta de atención, agresivo y desobediente. Con frecuencia está distraído, no parecen escuchar cuando se les habla, no sabe jugar solo y las relaciones con sus compañeros se caracterizan por peleas y discusiones. Estos niños no saben jugar solos y además tienden a apartarse con los juguetes que son más novedosos para ellos, los manipulan hasta que se cansan y los dejan destrozados. No admiten perder, no son capaces de seguir las reglas del juego. Esto hace que sean rechazados por sus compañeros.

**1.2.2.3 Niñez tardía ( 8 - 13 años ) :** Durante este periodo las quejas anteriores en la casa y en la escuela continúan y surgen nuevas preocupaciones por depresión en el niño, baja autoestima, agresividad, robos o destructividad. Estos niños parecen no pensar en las consecuencias de sus acciones, ni demuestran preocupación por su futuro inmediato como otros niños de su edad. En la escuela se reporta falta de motivación y muchos niños muestran una actitud aversiva hacia la escuela. Si los problemas de aprendizaje no se habían hecho evidentes antes, lo serán ahora, o bien el niño comienza a tener rezagos y lagunas en su aprendizaje académico. Continúa la conducta perturbadora y la falta de atención, los padres con frecuencia se preocupan por sus hijos, no tienen amigos y los maestros hacen notar la naturaleza sociopática del comportamiento del niño.

A esta edad el niño pasa a ocupar el primer plano en la clase. Su problema le hace que no sepa mantener la disciplina en clase y además tiene más dificultades de aprendizaje que sus compañeros.

En algunas ocasiones, los profesores, pensando que es un problema de inmadurez le aconseja a los padres que el niño repita curso. Esto a su vez incrementa la conducta hiperactiva en el niño. En otras ocasiones se invierten los papeles y pasan a desempeñar el papel de "líder" de la clase ya que sus actitudes frecuentemente son vistas como hazañas y como algo que divierte. A esta edad debido a su impulsividad también se caracteriza por cometer pequeños hurtos, todo esto genera en el niño sentimientos, estados y sensaciones de inseguridad, fracaso e insatisfacción.

No es fácil percibir en el niño una autoestima y auto concepto bajo, debido a que frecuentemente mienten para ganarse la aprobación de todos los que le rodean (maestros, padres compañeros...)

**1.2.2.4 Adolescencia:** Los padres del adolescente con TDA-H se muestran preocupados por la falta de amistades de su hijo, o bien, porque sus amigos son una mala influencia para el joven. La motivación hacia la escuela y el aprendizaje se ven decrementados aún más y algunos jóvenes abandonan sus estudios antes de graduarse. Los problemas de aprendizaje cuando los hubo, persisten haciendo mayor el problema motivacional, son comunes la falta de respeto hacia los padres y otras figuras de autoridad, así como violación de normas. En este periodo se dan confrontaciones continuas entre padres e hijos ya que estos no cumplen con sus obligaciones en el hogar ni en la escuela, el uso de alcohol y cigarro es frecuente, sin embargo el uso de psicotrópicos no es más frecuente en adolescentes con TDA-H que en los adolescentes normales. Mentir, robar y otras conductas continúan durante esta etapa. Mientras que la excesiva actividad motora ha disminuido por el momento, la inatención, la inquietud y la impulsividad persisten. Cuando el adolescente termina la escuela y comienza a trabajar, tiene menos problemas con su comportamiento, pero manifiesta dificultad para planear su futuro, para aceptar sus responsabilidades y en su relación con figuras de autoridad.

### 1.2.3 SUBTIPOS

Existe evidencia de que hay niños referidos a instituciones de salud mental con dificultades en áreas académicas y sociales que presentan dificultades de inatención pero no son hiperactivos. Los niños con TDA sin hiperactividad se caracterizan por tener menos problemas de conducta y ser menos impulsivos, pero manifiestan mayor desorganización al trabajar, índices más altos de ansiedad y síntomas depresivos, y son socialmente más retraídos.

En 1984, Strauss y Frame, citados en, Solloa, (2001) encontraron que existen diferencias entre los niños con TDA y sin hiperactividad, por ejemplo afirman que el TDA va acompañado de bajo rendimiento escolar, mientras que el TDA-H se acompaña además de conductas agresivas. Shaywitz (1984), citado en, Farré, (2000), considera que los niños con TDA con o sin hiperactividad muestran medidas similares en atención, pero los que si son hiperactivos presentan más problemas en su rendimiento académico y en su conducta social.

En 1981, Schachar (citado en, Solloa, 2001) y colaboradores proporcionaron evidencia bastante convincente de la utilidad clínica que representa el distinguir el trastorno cuando se presenta en forma situacional (cuando solo se presenta en un contexto sea la casa o la escuela) o generalizada (cuando se presenta en todos los contextos). Encontramos que los niños con hiperactividad generalizada presentan más problemas conductuales, mayor persistencia de los síntomas y más impedimentos cognoscitivos que los niños que tenían TDA situacional y que los niños normales.

Shaywitz (1984), explicó que las características del TDA-H difieren en las niñas y en los niños, donde las mujeres presentan más déficit cognoscitivos y más dificultades en el área social (se les dificulta hacer amigos y agradar a los maestros), mientras que los niños muestran mayor agresividad física y pérdida de control. La importancia de esto es que como las conductas de los niños llaman más la atención por ser más evidentes en el

contexto del salón de clases, son referidos a tratamiento con mayor frecuencia que las niñas, quienes quedan ignoradas y con un mayor riesgo de presentar dificultades académicas y sociales.

#### 1.2.4 CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS

Las características asociadas varían en función de la edad y del estado evolutivo, pudiendo incluir baja tolerancia a la frustración, arrebatos emocionales, testarudez, insistencia excesiva en que se satisfagan sus peticiones, labilidad emocional, disforia, rechazo por parte de compañeros, y baja autoestima. Con frecuencia el rendimiento académico está afectando, lo que conduce típicamente a conflictos con la familia y el profesorado. Su dificultad para realizar tareas que requieren de un esfuerzo sostenido suele interpretarse por los demás como pereza, escaso sentimiento de responsabilidad y comportamiento oposicionista.

Se ha encontrado que los niños con TDA-H con frecuencia presentan otros trastornos asociados, dentro de éstos los más comunes son los trastornos de aprendizaje, los trastornos de conducta (negativismo desafiante y trastorno antisocial), los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad (Asociación Psiquiátrica Americana DSM IV, 1995).

### 1.3 DIAGNOSTICO

Los criterios para el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad según el DSM IV son:

**A) 1 o 2:**

**1-** Seis o más de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.

**DESATENCIÓN**

**1-** No pone atención a los detalles y comete errores evidentes al momento de realizar sus tareas escolares, trabajos o actividades diarias.

**2-**Tiene dificultad para mantener la atención en juegos o tareas asignadas en casa.

**3-**No parece escuchar lo que se le dice.

**4-**No sigue correctamente las instrucciones ni termina las tareas escolares ni asume las obligaciones en casa a pesar de comprender las órdenes.

**5-**Tiene dificultad en organizar actividades o tareas.

**6-**Evita actividades o cosas que requieran un esfuerzo mental sostenible (como realización de tareas o jugar a completar un rompecabezas).

**7-**Pierde sus útiles escolares o cosas necesarias para sus actividades (juguetes, libros, útiles escolares).

**8-**Se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes.

**9-**Se olvida de cosas importantes en actividades diarias.

**2-** Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

#### **HIPERACTIVIDAD**

**1-** Está inquieto con las manos o los pies mientras esta sentado

**2-** Se levanta de su lugar en el salón de clases o en otras situaciones donde se espera que se mantenga sentado (a la hora de comer o con las visitas).

**3-** Corre o trepa en situaciones inapropiadas.

**4-** Tiene dificultades al jugar o compartir sus juegos.

**5-** Actúa como si estuviera “manejado por un motor con batería continua”.

**6-** Habla demasiado

#### **IMPULSIVIDAD**

**1-** Contesta o actúa antes de que se le terminen de formular las preguntas.

**2-** Tiene dificultades en esperar su turno.

**3-** Interrumpe las conversaciones o los juegos de los demás.

**B)** Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los siete años de edad.

**C)** Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (en la escuela, en el trabajo, en la casa).

**D)** Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

**E)** Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, o un trastorno de la personalidad).

### 1.3.1 Se pueden llevar a cabo tres tipos de diagnóstico de TDA-H

1-Trastorno por déficit de atención con predominio de síntomas de inatención: cuando se cumplen los criterios para inatención pero no todos los de hiperactividad-impulsividad.

2-Trastorno por déficit de la atención con predominio de síntomas de la hiperactividad-impulsividad: cuando se cumplen los criterios de hiperactividad pero no los de inatención.

3-Trastorno por déficit de atención, hiperactividad, tipo combinado: cuando se cumplen los criterios de inatención y de hiperactividad-impulsividad.

La mayoría de los síntomas descritos en el diagnóstico están presentes en todos los niños en ciertos grados y en ciertos momentos particulares. Estas características son anormales cuando son excesivas en cuanto a su frecuencia, intensidad y duración. Las manifestaciones conductuales suelen producirse en múltiples contextos, que incluyen el hogar, la escuela, el trabajo, y las situaciones sociales. Para establecer el diagnóstico se precisa que exista alguna alteración en por lo menos dos de tales situaciones.

El diagnóstico de este trastorno se debe hacer con mucho cuidado, ya que los síntomas de inatención e hiperactividad pueden presentarse en otro tipo de problemas como la depresión infantil, los trastornos de ansiedad, y trastornos de conducta. Por ello se requiere de una evaluación psicológica que incluya, además de las entrevistas y pruebas que se utilizan normalmente, un examen cuidadoso del comportamiento del niño en la casa y en la escuela y la valoración neurológica.

Existen métodos de evaluación además del DSM IV que se emplean como parte del protocolo clínico, como son la entrevista, listas de revisión y cuestionarios para padres y maestros, medidas de laboratorio y observación sistemática.

### 1.3.2 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El proceso diagnóstico es complejo y, por tanto, se recomienda seguir un análisis cuidadoso y metódico en el que se incluyan los siguientes pasos propuestos por Portal, (2001), citado en, Solloa, (2001).

**a)** Determinar si la actividad motora excesiva que presenta el niño es efectivamente inapropiada para su edad.

Una de las formas para determinar si la conducta del niño es inapropiada, es a través de la realización cuidadosa de la historia del desarrollo, en busca de evidencia que apoye la cronicidad y persistencia de los síntomas. Los datos de observación en la escuela, son esenciales pues es generalmente en este ambiente, tan estructurado en donde la hiperactividad se hace más evidente.

**b)** Una vez que se haya determinado que las dificultades de atención y la actividad motora excesiva son inadecuadas para la edad del niño, se debe valorar si estas conductas son un reflejo de ansiedad y / o depresión.

Un niño o adolescente puede ser hiperactivo y tener dificultad para concentrarse por una variedad de razones, la causa más común puede ser ansiedad, los niños con frecuencia descargan su ansiedad a través de un aumento en la actividad motora.

La depresión puede también causar hiperactividad, a pesar de que la depresión comúnmente se manifiesta por retraimiento, silencio, aislamiento, y dificultad para concentrarse, en los niños es frecuente la depresión enmascarada que se puede mostrar a través de irritabilidad y berrinches; los niños que manifiestan su depresión de esta manera pueden parecer hiperactivos.

Finalmente, el diagnóstico del TDA-H se debe hacer con el mayor cuidado posible, sobre todo en niños cuyos padres presentan trastornos mentales, como esquizofrenia o trastorno maniaco-depresivo, ya que lo anterior lo coloca en situación de alto riesgo para desarrollar estos trastornos en la adultez. Se ha demostrado que en muchas situaciones un comportamiento parecido al TDA-H es precursor de estos trastornos y el tratamiento con estimulantes está contraindicado en dichos casos.

## **1.4 TRASTORNOS ASOCIADOS AL TDA-H**

Entre los trastornos más frecuentes asociadas con el TDA-H (E. Barragán, 2001) se encuentran los siguientes:

### **1.4.1 Trastorno conductual**

Es un conjunto de signos y síntomas caracterizados por la falla persistente en el control del comportamiento apropiado, que impide respetar las reglas sociales establecidas. Se presenta asociado al TDA-H hasta un 45 % de los casos. En los

trastornos conductuales se encuentran la personalidad destructiva, el comportamiento agresivo y las conductas antisociales.

Las manifestaciones se modifican de acuerdo con la edad. Los niños o niñas pequeños suelen mostrar con mayor frecuencia signos de un comportamiento oposicionista, a diferencia de los niños grandes o adolescentes que manifiestan trastornos de conducta.

Los trastornos de conducta son diagnosticados en 4-10 % de la población infantil. Esta alteración se observa en ciudades con mayor deprivación social. En los niños se manifiesta tres veces más frecuente que en las niñas. La edad de inicio puede ser variable, pero casi siempre sus primeros síntomas se observan entre los tres y seis años de edad. Se tiende a observar más en los extremos socioeconómicos (alto y bajo), así como en familias numerosas o con hijos únicos.

Aunque es frecuente observar las alteraciones conductuales en grupos de familias, la genética del comportamiento indica que en este tipo de conductas es más importante la experiencia y el ambiente familiar que la herencia. Considerando que el 50 % del temperamento es heredado y el otro 50 % corresponde al entorno social, un ámbito desfavorable hará que se manifiesten con mayor intensidad este tipo de conductas.

Las manifestaciones son múltiples. La agresividad es la más problemática. Desde empujones hasta mordidas, el niño va limitando su espacio y provoca el rechazo del grupo. Al igual que todas las manifestaciones de los trastornos de conducta, la agresividad va en aumento. Esto provoca dificultad para encontrar un colegio que lo acepte, un grupo de amigos que lo inviten o unos padres que lo toleren.

En el adolescente la conducta antisocial se vuelve con frecuencia su mayor pasatiempo, rayar paredes, romper ventanas, tomar alcohol o drogas se vuelve parte de su vida diaria. Estos adolescentes son jóvenes adaptados en situaciones estructuradas

(como la escuela), pero en situaciones de libertad pierden el control y tienden a llevar sus impulsos al máximo (E. Barragán, 2001).

#### 1.4.2 Trastorno oposicionista / desafiante ( TOD )

Es un trastorno que se manifiesta con agresividad, hostilidad rechazo u oposicionismo inusual y una tendencia a ser aburrido e irritable con otros. Las alteraciones en su comportamiento causan una alteración significativa en su conducta y en su desempeño social, ocupacional, académico y familiar.

No se sabe a ciencia cierta que lo causa. El patrón usual de inicio es de 1 a 3 años de edad. En muchas ocasiones este tipo de comportamiento es normal para un niño o niña de dos años, el problema es que persiste o se agrava conforme avanza la edad.

Cerca del 65 – 70 % de los pacientes con TDA-H presentan esta asociación. En niños o niñas pequeños es más frecuente observarlo en varones que en mujeres, en una relación de 4:1.

A veces la diferencia (particularmente en niños/as preescolares) entre un comportamiento esperado para la edad y el trastorno oposicionista depende de lo “frecuente” de los síntomas.

A continuación se da una lista de la frecuencia de estos síntomas encontrada en pacientes con TOD :

Ocurren a todas horas:

- Es vengativo
- Culpa a otros por sus errores o por su mal comportamiento.

Ocurren al menos dos veces por semana:

- Es molestado fácilmente por otros.
- Es temperamental ante eventos poco importantes.
- Discute con los adultos acerca de cualquier tema, aún sobre cosas que no corresponde.
- Desafía o rehuye el planteamiento de reglas con los adultos.

Ocurren al menos cuatro veces por semana:

- Esta enojado y resentido.
- Deliberadamente molesta a la gente.

Tienden a observarse las mismas conductas dentro del núcleo familiar lo cual sugiere un patrón hereditario (E. Barragán, 2001). Si el padre es alcohólico y tiene problemas sociales, el niño o la niña tendrá tres veces más las probabilidades de presentarse con un TOD. Las niñas generan mayores resentimientos sociales que los niños. Un 20 % de los pacientes con TOD tendrán problemas con el manejo de sus emociones y presentarán síntomas de ansiedad.

La depresión en estos niños puede ubicarse entre la agresividad y las conductas desafiantes. Este tipo de conductas angustia a los padres (sobre todo a mamá), los cuales

de manera constante se preguntan quién tolerará a su hijo con ese carácter, que será de él o ella en un futuro de seguir así.

Las conductas de estos niños se manifiestan de tres maneras diferentes: un comportamiento desafiante puede ser verbal o corporal ( cuando se le llama la atención el pequeño volteá a ver y sigue su camino), opositorista ( el niño siempre responde diferente a los padres: quiero comer / “yo no” , vamos al cine / “no, mejor al teatro” ) o retador ( Juan, haz tu cama/ “no quiero y qué, si quieres hazla tú, de lo contrario no molestes”).

Los síntomas explorados (desafiante, opositorista o retador) habitualmente se genera en presencia de una persona cariñosa o apegada al niño. Con frecuencia los padres refieren que únicamente lo hace con papá conmigo es un ángel. El niño siempre manifiesta este comportamiento con las personas más allegadas. ¿Por qué? Debido a que conoce las debilidades de su cuidador. Sabe de ante mano que cuando uno le dice: “o dejas de rayar o te golpeo” esto no sucederá. Los padres siempre amenazan con castigos fuertes que nunca cumplirán.

### 1.4.3 Ansiedad / depresión

Son dos enfermedades que a pesar de parecer muy graves y de gente adulta se dan con mucha frecuencia en la edad pediátrica.

Depresión: (definida así por la condición del paciente como si estuviera “hundido”), es la principal asociación que padecen los pacientes con TDA-H y también su principal diagnóstico diferencial. Su frecuencia varía de 2 % en la población general a 64 % en escuela para alumnos con dificultades en el aprendizaje.

Ansiedad: es comprendida como la manifestación de miedo ante una situación particular. Sin embargo al igual que la depresión puede tener una variedad de signos y síntomas como hiperactividad, fatiga, baja concentración, irritabilidad, tensión muscular, y alteraciones del sueño. La ansiedad no es una enfermedad sino la manifestación clínica de muchos trastornos, la mayoría de los pacientes con depresión comparten síntomas de ansiedad.

Su frecuencia varía de 4 a 48 % en la población general. Se diagnostica en 35 % de los pacientes con TDA-H , especialmente los que manifiestan el subtipo de hiperactividad / impulsividad. La ansiedad se observa con mayor frecuencia en el genero femenino desde la primera edad, con la relación de 3:1, la cual se incrementa al llegar a la etapa de la adolescencia y la juventud (E. Barragán, 2001).

#### 1.4.4 Trastornos específicos del aprendizaje

Ya que el TDA-H con frecuencia está asociado a problemas de aprendizaje, es esencial evaluar el rendimiento académico del niño. Si el niño efectivamente tiene un bajo rendimiento y no está adquiriendo nuevas habilidades, se debe realizar una evaluación pedagógica, intelectual, psicológica, y neurológica.

August y Garfinkel (1990); citados en, Solloa, (2001), explican que los lapsos de atención cortos y la dificultad para concentrarse pueden ocurrir tanto en el TDA-H como en los problemas de aprendizaje, por tanto, la inatención no es una característica distintiva. Por otro lado, el bajo rendimiento académico, que es la característica principal de los problemas de aprendizaje, también aparecen en un grado considerable en los niños con TDA-H, por lo que tampoco se puede utilizar como un factor de diferenciación.

Fenton y Wood (1989); citados en, Solloa (2001), realizaron tres estudios para investigar la diferencia entre niños con TDA-H y problemas de aprendizaje y encontraron que el efecto del TDA-H en diferentes medidas neurocognoscitivas es más complejo y abarca más variables como son: deficiencia en la percepción visual, en tareas de memoria a corto plazo y deficiencia en los procesos de análisis de la información. Por otro lado, los niños con problemas de lectura presentan deficiencias más específicas como dificultades en la fluidez verbal y en la sensibilidad fonológica. Así pues, concluyen que la presencia de TDA-H no es una condición suficiente para provocar un problema de aprendizaje, ya que hay niños con TDA-H que no presentan diferencias en su aprovechamiento escolar.

Al conjunto de alteraciones en los procesos de aprendizaje específicos como la lectura, escritura y el cálculo se le denomina Trastornos Específicos del Aprendizaje (TEA), dentro de estos trastornos se encuentran la dislexia, la disgrafía, y la discalculia. La frecuencia de asociación con el TDA-H es de 35 %.

La dislexia es un desorden en el aprendizaje y dominio de la lectura, a diferencia del pensamiento general que la conceptúa como un problema de “cambiar letras al escribir”. Esta alteración impide que los niños efectúen una lectura adecuada, omitan o confundan las letras o “deletrean” al momento de realizarla, tartamudeando en la lectura oral. Les cuesta trabajo llevar una lectura estructurada he incluso puede tener problemas en la automatización del proceso. Por lo general, la dislexia es mucho más común en mujeres que en hombres. En más de un 80 % de los casos un familiar (mujer) tiene el mismo problema. Las personas con dislexia son flojas para la lectura, desaprovechan la lectura en público y se cansan con facilidad.

La disgrafía consiste en un desorden en el aprendizaje y dominio de la escritura, estos niños tienen problemas con la redacción y la ortografía al igual que con el tamaño de la letra, colocan una letra por otra “p” por “d”, no respetan los espacios entre las palabras ni las líneas para la escritura. Por lo general, se acompaña de dislexia y esto afecta el rendimiento escolar del niño. Tiene una mayor presentación en sujetos de sexo masculino.

La discalculia es un problema en la resolución de operaciones matemáticas que comprende errores y omisiones en la colocación de los números, así como el mal manejo de los espacios dentro de las ecuaciones. A diferencia de los niños con TDA-H (que normalmente hacen bien toda la ecuación, pero al final siempre se equivocan en el resultado por la falta de un número), los niños con discalculia tienen problemas desde el inicio de la misma (E. Barragán, 2001).

#### 1.4.5 Trastornos en la coordinación motora

El TDA-H se acompaña en 32 % de los casos con deficiencias en la organización y coordinación del movimiento. Por lo general, estos niños tienen problemas motores que se manifiestan desde los primeros meses de vida. Algunos de los signos y síntomas más comunes se describen a continuación:

En el primer año de vida:

- Normalizan el gateo
- Pobre desarrollo de la pinza fina

En los primeros años de vida:

- Problemas para adquirir habilidades motoras
- Movimientos muy rígidos y pesados
- Los objetos resbalan con facilidad de sus manos
- Dificultad para aprender ciertas actividades (andar en bicicleta).

En la edad escolar:

- Problemas de postura
- Dificultad para jugar en equipo, especialmente juegos de pelota
- Problemas de escritura.

Manifiestan problemas en el manejo de las manos en la mesa, tirando con frecuencia utensilios y vasos como si tuvieran “mantequilla” en las manos. Su marcha se vuelve lenta e insegura, con poco movimiento de balanceo de los brazos. Cuando se sientan su espalda se encuentra encorvada o sus hombros están desalineados. Se cansan muy pronto de caminar por tener los pies planos (por falta de un tono muscular adecuado). De igual manera son niños o niñas tranquilos que prefieren sentarse a resolver un rompecabezas que ir a jugar con los demás niños al parque.

La incapacidad que muestran para su desenvolvimiento físico propicia que sean “rechazados” por el grupo al no poder intervenir en los juegos colectivos, y cuando lo intentan, no falta la ocasión para que sean motivo de burla.

Casi siempre estos niños o niñas muestran problemas de autoestima, por lo que una de sus primeras metas será apoyar su desarrollo muscular, el cual se puede estimular con ejercicios físicos como clases de natación, baile o terapias de neurodesarrollo (E. Barragán, 2001).

## 1.4.6 Somatización

Los procesos de somatización se pueden dividir en:

- Trastornos del sueño
- Trastornos de la alimentación
- Dolores referidos

### 1.4.6.1 Trastornos del sueño

Insomnio primario: Presentan problemas para conciliar el sueño, tarda mucho en dormirse y necesita la presencia de algunos de los padres para acostarse. No es raro observar que muchos de estos niños aún sigan durmiendo con sus padres en edades escolares ( 6 o 7 años de edad).

Insomnio final: Los pacientes se despiertan muy temprano por la mañana, y una vez despiertos, no pueden volver a conciliar el sueño. Además, sin importar el día de la semana o la hora en que se durmieron, se levantan en la madrugada.

Despertares frecuentes en la noche: Miedos nocturnos, pesadillas o gran inquietud.

Eneuresis: Se pierde el control sobre el esfínter urinario, provocando que moje su cama varias noches a la semana. Este es un síntoma común en pacientes con problemas de ansiedad. También puede presentar encopresis (pérdida de control sobre el esfínter anal), lo cual provoca evacuaciones involuntarias. En ambas ocasiones existe un gran impacto negativo en la autoestima del niño.

Los niños con problemas de sueño tienden a presentar ojos cansados, ojeras, respiración con boca abierta (aún durante el día) y coloración blanco cenizo. Algunos

refieren la presencia de estornudos constantes, cosquilleo en la nariz, coloración roja de los ojos. Estos síntomas son comunes en enfermedades de anginas, adenoides o alergias y deben ser tratados por el especialista correspondiente (E. Barragán, 2001).

#### **1.4.6.2 Dolores referidos en pacientes con TDA-H**

Dolores de cabeza: Es común que refieran la presencia de dolor de cabeza o de nuca durante la tarde, con sensación "ardorosa" o "hueca". A veces tienen síntomas característicos de migraña. Esto es secundario a contracciones de los músculos que se encuentran alrededor de la cabeza y que pueden dar múltiples manifestaciones. O bien se acompaña de vómito (especialmente en días previos a los exámenes).

También manifiestan dolores estomacales, cólicos, estreñimientos, dolores musculares (en las piernas), secundarios en la mayoría de las ocasiones al aumento generalizado de la contracción muscular.

#### **1.4.6.3 Trastornos de la alimentación en pacientes con TDA-H**

Alteración en la velocidad de alimentarse: Algunos de estos niños muestran alteraciones en la forma de comer. Existen dos características principales en estos niños; un grupo de éstos come rápido, de manera compulsiva o varias veces al día. Esto genera aumento de peso, y una obesidad exógena, que en el caso del género femenino o de los adolescentes favorece un sentimiento de malestar y rechazo a su estructura corporal, lo cual genera ansiedad. El otro come despacio masticando miles de veces el bocado e ingiriendo sus alimentos fríos. En ambas situaciones representa alteraciones acompañantes del trastorno ansiedad / depresión.

#### 1.4.6.4 Síntomas acompañantes

Todas estas manifestaciones originan algunos comportamientos o fallas en conductas específicas (E. Barragán, 2001).

Síntomas emocionales: Cerca de 30 – 45 % de los niños afectados muestran síntomas emocionales significativos, dentro de los cuales encontramos sentimientos de infelicidad, problemas de ansiedad / depresión, alteraciones en el apetito, llanto fácil, cambio súbito de temperamento, poca tolerancia a las equivocaciones o peticiones de los demás. Parecen “cuerdas de guitarra” ante cualquier movimiento suenan, pero de igual forma desciende su emotividad.

Fallas escolares: La mayoría de estos pacientes tienen rendimientos escolares bajos, además de déficit específicos de aprendizaje. Estadísticamente un tercio de los niños con trastornos conductuales muestran una alteración específica de la lectura. Por otro lado, los pacientes que tienen un trastorno específico del aprendizaje con trastorno de la lectura muestran alteraciones conductuales. Esta asociación puede corresponder a tres posibilidades: la primera es que el comportamiento disruptivo, puede interferir con el aprendizaje dentro del salón de clases. En segundo término, los niños que no tienen señalamientos por parte del grupo y el maestro, lo cual genera sentimientos de frustración e incapacidad que resultan en un comportamiento disruptivo e incluso pueden generar agresividad. En la tercera posibilidad, ambas alteraciones pueden acompañar a la hiperactividad o la inatención.

Fallas en la socialización y relaciones interpersonales: Los niños con TDA-H suelen ser poco populares entre sus compañeros de clase y es raro que puedan generar amistades sólidas y estables. Muestran dificultades en mantenerse concentrados en un juego y seguir sus reglas, mala socialización y afectos negativos.

## **1.5 CURSO Y PRONOSTICO**

Es necesario tener en cuenta que el curso y el pronóstico dependen también de los recursos del niño, es decir de su capacidad intelectual, de su medio familiar, de la severidad de los síntomas, de la presencia de conductas agresivas y de su nivel socioeconómico, aspectos que tendrán una influencia importante en el curso del desarrollo del niño con TDA-H (L. M. Solloa, 2001).

Se ha considerado que el niño con TDA-H a menudo evoluciona a ser un adulto antisocial, lo que causa gran preocupación a la sociedad, por ello, detectar subtipos de este trastorno es de suma importancia, ya que permite identificar grupos de alto riesgo, lo que es esencial para la prevención (L. M. Solloa, 2001).

El hecho de que los niños con TDA-H presentan problemas de conducta, tiene implicaciones importantes para el pronóstico. Se ha hablado mucho sobre las consecuencias negativas de los problemas de conducta en el desarrollo emocional y social del niño. Cantwell (1989), señala que la conducta rebelde y agresiva es un mejor indicador del pronóstico, que las conductas propias del TDA-H, e incluso algunas investigaciones han encontrado que en la adolescencia hay una alta incidencia de conducta antisocial y abuso de sustancias que se exacerban en aquellos sujetos que en la niñez manifestaron TDA-H junto con problemas de oposicionismo y de conducta. De allí la importancia de detectar y dar tratamiento temprano a estos problemas como una forma de prevención.

## **1.6 TRATAMIENTO**

Es necesaria la intervención de profesionales de distintas disciplinas como: neurólogos, psicólogos, trabajadores sociales y maestros de educación especial. Cada uno aporta su experiencia para abordar problemas específicos. Los tratamientos más

efectivos están enfocados a reducir los síntomas. Hay evidencia de que la terapia multimodal por periodos largos reduce el riesgo de un pronóstico negativo en la adolescencia y la adultez. El tratamiento también debe tomar en cuenta a la familia y a los maestros en el manejo del niño; por lo tanto la meta de la terapia es afrontar más que curar y se requiere de intervenciones periódicas para guiar al niño a través de los distintos periodos problemáticos de su desarrollo. Las principales conductas que requieren de intervención son: los periodos cortos de atención, la impulsividad o falta de autocontrol, y la desobediencia.

Hasta el momento las intervenciones que han demostrado ser más efectivas son: farmacoterapia, modificación conductual, tratamiento cognitivo-conductual, y orientación a padres.

### 1.6.1 Tratamiento farmacológico.

El uso de estimulantes en el tratamiento del TDA-H ha sido muy estudiado, más de 70 % de los niños con TDA-H que son tratados con medicamentos muestran mejorías conductuales de acuerdo con cuestionarios aplicados a padres y maestros, pruebas de ejecución en laboratorio y observaciones directas.

Existe una gran cantidad de fármacos en el mercado, cada tipo actúa sobre el cerebro de manera diferente y se pueden dividir en dos categorías: estimulantes y antidepresivos. Los estimulantes incrementan el nivel de alerta del sistema nervioso central dada su estructura similar a ciertos neurotransmisores del cerebro y se les llama "agentes simpatomiméticos". Los tres estimulantes más comúnmente usados para el tratamiento del TDA-H son el clorhidrato de metifenidato (Ritalin), la anfetamina (Dexedrina) y la pemolina (Cylert). Entre los antidepresivos, el más utilizado es la imipramina (Tofranil) y se recomienda cuando por alguna razón los estimulantes están contraindicados.

Tradicionalmente la dosis del medicamento se ha establecido con base en el peso del niño, normalmente se requiere de una dosis de metilfenidato de 1 mg por cada kg de peso corporal. El medicamento se administra en dosis divididas en el desayuno y el almuerzo, siendo la dosis del desayuno el doble de la del almuerzo para prevenir el insomnio. Los efectos colaterales más frecuentes son pérdida de apetito e insomnio, otros síntomas relacionados con los estimulantes son síntomas somáticos como inhibición del crecimiento e incremento en el ritmo cardiaco (Weiss 1985; citado en, A. Farré, 2000).

Otros niños experimentan dolores abdominales y de cabeza, síntomas que normalmente desaparecen si se disminuye la dosis o si se cambia de estimulante. Algunos niños reaccionan con tics nerviosos como el morderse las uñas o los labios; inclusive existe el riesgo de producir el síndrome de la Tourette en ciertos pacientes, sobre todo en niños con niveles altos de ansiedad y con una historia previa de tics nerviosos.

Algunos estudios demuestran que los niños con TDA-H medicados con estimulantes observan un marcado incremento en la atención y una disminución en la impulsividad y en el nivel de actividad, especialmente en situaciones estructuradas que normalmente conducen a comportamientos inadecuados. Los efectos de los estimulantes en las funciones cognoscitivas y en la memoria son positivos pareciera ser no tanto por alguna propiedad de la medicina, sino más bien por el incremento en la atención (R. Barkley 1987; citado en, E. Barragán 2001).

Un reto que se han impuesto muchos investigadores es el poder pronosticar que niños se beneficiarán del uso de los estimulantes y cuales no. Todavía es difícil predecir cómo va a responder un niño a un medicamento, pero si se ha encontrado que en general los niños de seis años en adelante responden más positivamente al efecto de los estimulantes que los menores de cinco años; además cabe mencionar que para los niños menores de tres años, los estimulantes están contraindicados. En el caso de los niños tensos, miedosos o ansiosos se han visto mejores resultados usando un antidepresivo tricíclico como la imipramina (K. Gadow 1983; citado en, Solloa 2001).

En resumen, el tratamiento farmacológico no tiene efectos terapéuticos a largo plazo, pues los efectos de la medicina dejan de existir una vez que la sustancia es eliminada del organismo. No todos los niños se benefician del tratamiento farmacológico algunos no obtienen resultados y para otros los efectos secundarios son demasiado severos. Por estos motivos es de suma importancia considerar otras estrategias de intervención no farmacológica en el tratamiento del TDA-H.

### 1.6.2 Modificación cognitiva-conductual (CBM)

La CBM es un tratamiento actual y muy utilizado que parte del trabajo Luria y Vigotski (1991); citados en, Solloa (2001), quienes sugirieron que los niños en el curso del desarrollo aprenden a controlar su conducta utilizando verbalizaciones autodirigidas. Según su teoría, el niño se socializa y gana autocontrol respondiendo a las instrucciones de otros y después en una forma abreviada usa "autoinstrucciones" para guiar y controlar su propia conducta.

#### Entrenamiento en autoinstrucciones

El objetivo terapéutico de esta estrategia es la modificación mediante el hablarse a uno mismo (*self-talking*) de las cogniciones que preceden y acompañan a la conducta. Aplicada a niños con TDA-H, esta estrategia está dirigida a suprimir las respuestas impulsivas, a aumentar la capacidad de mantener la atención y facilitar el automonitoreo y el autorreforzamiento.

El terapeuta enseña a los niños con TDA-H a generar e implementar autoinstrucciones que le ayudarán a resolver problemas en forma independiente, mejorando a la vez sus lapsos de atención y reduciendo la impulsividad.

## Orientación y entrenamiento a padres

Es importante que el terapeuta conozca otras modalidades de tratamiento, en especial acerca del tratamiento farmacológico, para que en caso de que su paciente este medicado pueda brindar apoyo y orientación a los padres en este sentido.

Un ejemplo de estos programas para padres de niños con TDA-H, es el desarrollado por Du Paul (1991), que consta de nueve sesiones las cuales pueden ser individuales o en grupo. La duración de cada sesión es de una hora y media a dos horas. Cada sesión sigue una secuencia similar, primero se revisa la información proporcionada en la sesión anterior, se conversa sobre las dificultades que se presentan durante la semana y se supervisan las tareas que se hayan dejado. Después de esto, el terapeuta introduce la nueva información. La sesión concluye con retroalimentación y asignación de una nueva tarea.

### 1.6.3 Otras terapias

#### Manejo del niño con TDA-H en el salón de clases

Una de las situaciones más problemáticas para los niños con TDA-H es la escuela. Es evidente que los requerimientos como: permanecer sentado, permanecer quieto, terminar el trabajo, son estándares muy difíciles de lograr para estos niños, quienes típicamente exhiben conductas como estar fuera de su lugar o no realizar las tareas asignadas, molestar a otros niños, jugar con sus útiles, etc. En cuanto a su desempeño académico por lo general no terminan sus trabajos a tiempo, o si los terminan, están hechos precipitadamente y con muy poco cuidado (R. Barkley, 1987, citado en, Barragán, 2001).

En el patio de juego, los problemas típicos de interacción surgen debido a la inmadurez del niño y a su egoísmo; además otras conductas agresivas son frecuentes, debido a su déficit en la atención y en el control de impulsos.

Los lineamientos generales que se plantearán a continuación deben ser tomados en cuenta por el maestro que tienen en sus grupos uno o varios niños con este trastorno:

- 1- Es importante que el niño esté sentado cerca del maestro, de tal forma que éste pueda dar una retroalimentación continua y tener un monitoreo cercano del alumno. Los niños con TDA-H requieren de una retroalimentación específica y más frecuente que sus demás compañeros de clase.
- 2- Cuando las labores académicas sean extensas y largas deben ser divididas en unidades de trabajo breves, con el fin de disminuir el exceso de imposición en la atención del niño.
- 3- Es conveniente pedir al niño que repita las instrucciones para estar seguros de que las entendió y además cuando sea posible, alternar diferentes tipos de asignaturas.
- 4- Es conveniente que el maestro canalice la actividad física del niño en tareas productivas a través de "ayudas al maestro", por ejemplo, borrar el pizarrón, traer el material para la clase, levantar la basura, llevar o traer mensajes, etc.

En general se pueden utilizar actividades preferidas como el recreo y el acceso a la computadora como reforzadores. Las recompensas específicas empleadas deben ser variadas y rotarlas frecuentemente, para prevenir el aburrimiento o la saciedad.

## CAPITULO II

### DEPRESION INFANTIL

#### 2.1 ANTECEDENTES HISTORICOS

El término depresión ha sido definido de diversas maneras y ampliamente estudiado a lo largo de los siglos, sin embargo desde el punto de vista psicológico actual, la depresión es un término genérico que se aplica a un conjunto de desórdenes de la afectividad, cuyo rasgo esencial y común es una alteración del estado de ánimo unida a problemas cognitivos, psicomotores, psicofisiológicos e interpersonales, que ocurren como condiciones únicas o acompañados de otros estados patológicos, es decir, la esfera psíquica, la somática y la conductual, son perturbadas en grados diversos.

Los signos y síntomas de la depresión ocurren generalmente en forma episódica y recurrente (Kaplan, H., Sadock, B. J., 1996, citados en, Solloa, 2001). Se trata por lo tanto de un desorden global de la personalidad que cubre una amplia gama de cambios de estados emocionales, que en términos de gravedad fluctúan entre cambios normales del humor en la vida cotidiana hasta episodios depresivos crónicos (De la Fuente, 1992).

De esta forma, tanto la depresión como otros trastornos hoy denominados afectivos pueden hallarse en muchos documentos, inclusive antes de la existencia de Cristo. Así podemos remontarnos a la historia del Rey Saúl y Job en el Antiguo Testamento, quienes describen el síndrome depresivo, la melancolía y el pensamiento suicida (Jb.7 15; cf 2s 17

23; Organón Internacional, 1997), como también en la historia del suicidio de Ajax Telamonio, en la Iliada de Homero (Encarta 2000, citado en, Solloa, 2001).

Hacia el 450 a. C. Hipócrates utilizó los términos manía y melancolía para describir las alteraciones mentales. Posteriormente hacia el año 100 d. C., el médico latino Cornelio Celso describió la melancolía en su obra "*De re Medica*" como una depresión producida por bilis negra, y el término siguió siendo utilizado por otros autores médicos, incluidos Areteo de Capadocia de Roma (120 – 180 d. C.), Claudio Galeno (129 – 199 d. C.) y Alejandro de Trallers, en el siglo VI (Kaplan, H., Sadock, B. J., 1996, citados en, Solloa, 2001).

Más adelante durante la Edad Media, en los países islámicos, los médicos Rhazes, Avicena y el médico judío Maimónides consideraron a la melancolía como una enfermedad diferenciada de otros trastornos psicopatológicos.

No fue sino hasta mediados del siglo XIX, cuando Jules Farlet describió una enfermedad denominada "*folie circulaire* o locura circular", en la que el paciente experimenta estados de ánimo alternos de depresión y manía. Durante el mismo periodo otro psiquiatra francés, Jules Baillarger, describió la enfermedad de "*folie à double forme* o locura de doble forma" en la que el paciente se volvía totalmente deprimido y caía en un estado de estupor del cual eventualmente se recuperaba (Solloa, 2001).

Posteriormente en 1882, el psiquiatra alemán Karl Kahlbaum describió la manía y la depresión como fases de la misma enfermedad. Pero no fue hasta 1896, cuando el psiquiatra Emil Kraepelin desarrolla la categoría de enfermedad maniaco-depresiva, utilizada actualmente, basada en el conocimiento de un trastorno obtenido por los psiquiatras franceses y alemanes que le precedieron (Solloa, 2001).

A partir de esto muchas generaciones de psiquiatras (incluida la actual) han realizado numerosos intentos para mejorar la clasificación de los trastornos depresivos.

Fruto de dichos esfuerzos son los de St. Louis Criteria, los Research Diagnostic Criteria, donde se denomina Trastorno Depresivo Mayor, clasificación que es retomada en 1980, por el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III). Siete años más tarde en la versión revisada de este último DSM-III-R, se consignan por primera vez criterios diagnósticos para niños y adolescentes con el Trastorno Depresivo Mayor con apartados específicos (Kaplan, H., Sadock, B.J, 1996; citados en, Solloa 2001).

A partir de la aparición de estos criterios diagnósticos en el DSM-III-R, se comienza a considerar la existencia real de la depresión como un síndrome en los niños.

A pesar de que esta condición en infantes fue aceptada hasta fines del siglo XX, las referencias al contenido de los que constituyen las depresiones infantiles son relativamente extensas y datan desde hace muchos años, sin que exista una delimitación precisa, ni cronológica, ni conceptual. Por dicha razón, Polaino A. Lorente, Doménech E., García A. y Ezpeleta L. (1988), citados en, Lang, M., Tisher, M., (2000) elaboraron una división respecto a la evolución del estudio de las depresiones infantiles en cuatro grandes periodos, que son descritos a continuación:

**1)** Un periodo inicial que comprende del siglo XVII al siglo XVIII, en los cuales se hace referencia al concepto de melancolía. Entre los textos más representativos de este periodo se encuentran *"La anatomía de la melancolía"* escrito por el clérigo Robert Burton en 1621, donde se valoran principalmente las experiencias durante la etapa infantil y el tipo de educación recibida, sin embargo las referencias a la infancia son reducidas. Posteriormente en 1775, la publicación del médico George Baker *"De affectibus animo et morbis inde oriundis"*, refiere que una de las causas de la melancolía era la evidencia y puede darse en la más tierna edad, considerando que <<es posible ver enfermar y languidecer a un niño, más por influencia de las emociones que por una causa física>>; insistiendo que los niños no se encuentran libres de esta grave enfermedad.

**2)** El siglo XIX representó el inicio de la aparición de textos de psiquiatría infantil, como las obras del pediatra Charles West en Gran Bretaña y de Emminghaus en Alemania, las de Delasiauve, Filibliu o Moreau de Tours en Francia, y de Vidal Perera en España, donde aparecen referencias muy numerosas acerca del tema concreto del suicidio infantil relacionándolo obviamente con la depresión. En 1807, el médico James Parkinson publicó su obra titulada "Observations on the excessive indulgence of Children" en donde admitía la existencia y aparición de una forma de melancolía posiblemente debida a pautas educativas inconsistentes de los padres en la etapa infantil. Del mismo modo el profesor alemán Wilhelm Griesinger (1845), en su obra "Pathologie und Therapie der Psychischen Krankheiten" –la cual tuvo una gran influencia en la psicopatología infantil–, afirma que una buena parte de las enfermedades que describen a las del adulto se observan también en niños, como la melancolía.

**3)** El tercer periodo comprende la primera mitad del siglo XX, caracterizado por el creciente interés despertado por pedagogos y psicólogos. Sería muy difícil explicar el interés suscitado por la depresión, sin apelar a las aportaciones realizadas por el psicoanálisis que son predominantes en aquel contexto histórico y científico (Polaino, A. et al., 1998). Dentro de esta línea se encuentra Melanie Klein, quien fue la primera psicoanalista que introdujo el término de depresión referido a la infancia y su polémico planteamiento de la "posición depresiva" de la segunda mitad del primer año de vida, caracterizada por los sentimientos de culpa que surgen en respuesta a las tendencias agresivas que aparecen en la etapa anterior denominada "posición esquizo-paranoide". Ambas consideradas como un proceso normal en el desarrollo de la personalidad (Solloa, 2001).

A partir de este planteamiento se desarrollaron nuevas teorías, debido a la importancia y trascendencia que la depresión infantil comenzó a adoptar en el ámbito psicopatológico, pediátrico y pedagógico.

Sobre estas teorías destacan los trabajos realizados por Spitz, R., quien durante la década de los treinta, describió un estado al que llamo "Depresión Anaclítica" en lactantes institucionalizados, privados del contacto con sus madres, encontrando en ella la causa de ciertas muertes inexplicables de bebés y niños internados en hospitales. Spitz, R., ligó esta depresión a una carencia afectiva muy marcada, ya que desde el punto de vista médico, los niños estaban bien cuidados, alimentados, cubiertos contra infecciones y limpios; sin embargo, como nadie reparaba en la necesidad de esas "proteínas" llamadas afecto (por ejemplo: no los sostenían en brazos, no les hablaban, etcétera) al poco tiempo los bebés caían en la depresión anaclítica: perdían peso, no querían alimentarse, hasta que finalmente morían de marasmo nutricional ( Kaplan, H., 1996; Sadock, B. J., 1996; Spitz., R. y col. 1969; Wolman, B., 1972, citados en, Solloa, 2001).

Posteriormente y dentro de esta misma línea Bowlby con su llamada "Teoría del Apego" describió las reacciones secuenciales de los niños con respecto a la pérdida de su protector principal, como una respuesta caracterizada por desesperación y más adelante por desapego ( Wolman, B., 1972, citado en, Solloa, 2001).

**4)** La etapa actual de la historia de la depresión infantil, abarca los últimos treinta y cuatro años, datando su arranque en 1966, cuatro años más tarde, es decir, en la década de los setenta, surgen dos conceptos que actualmente no parecen útiles y están en desuso: la "depresión enmascarada" y los "equivalentes depresivos". Donde el niño podría padecer una depresión, pero se encontraría "enmascarada" y daría "la cara" con una sintomatología que tiene poco o nada que ver con la depresión, tal y como se manifiesta en el adulto.

Respecto a los equivalentes depresivos, podrían considerarse la hiperactividad, la enuresis, el aumento de agresividad, la ansiedad y el insomnio (Toolan, 1962; Glaser, 1968; Cytrin, 1980; citado en, Solloa 2001).

Al principio de esta década, en las investigaciones y publicaciones en torno al tema, prevalecía la idea de que la depresión en el niño era equiparable a la del adulto. Más tarde, surgen numerosas investigaciones en torno a la depresión infantil, entre estas resaltan las de Kashani Y Simons 1979, (citados en, Solloa, 2001), quienes observaron que el 1.9 % de la población infantil cumplía con los criterios del DSM para el trastorno de depresión mayor, y más del 17 % de los niños mostraban tristeza o depresión significativa. De esta forma en los años setenta, la aceptación de un síndrome depresivo específico de la infancia era casi unánime, donde el interés se centro en la obtención de criterios diagnósticos válidos, inicialmente clínicos y psicológicos y más tarde también biológicos.

Alrededor del decenio de los ochenta, hubo un aumento en el consenso en cuanto a que la depresión en niños no sólo existía, sino que era frecuente (prevalencia del casi 2 % en niños en edad escolar). Los psiquiatras observaron a estos niños y notaron una alteración en su funcionamiento cognitivo-conductual. De igual forma, psicopatólogos del desarrollo criticaron y pusieron en discusión la aplicación uniforme de los criterios de la depresión adulta a los niños (Goldman, H., 1996, citado en, Solloa, 2001).

A partir de esta década, las nuevas realidades socioculturales del mundo occidental: divorcio, acceso de la madre al mundo laboral, maltrato infantil, etc., provocaron que se replantearan la concepción de la depresión infantil de la primera infancia (Solloa, 2001).

Las investigaciones realizadas en estos años, muestran un aumento en la prevalencia con relación en la encontrada en la década de los setenta, así en 1987, Cantwell y Carlson, encontraron que de 1974 a 1984 del 20 al 30 % de la población infantil presentaba síntomas leves, moderados o severos de depresión. Posteriormente en 1989, Kovacs observo que del 2 al 5 % de los niños presentaron una sintomatología que cumplía con los criterios de un episodio depresivo mayor (Ramírez, M., 2000; citado en, Solloa, 2001).

Sin embargo a pesar de todos los esfuerzos realizados por demostrar la existencia y especificidad de la depresión en la infancia, ésta parece un tanto silenciada y hasta relegada. No obstante aunque la depresión adulta ha sido aceptada durante muchos siglos, ambas han concurrido con la misma suerte en lo que a su definición se refiere, ya que no existen definiciones integrales que abarquen tanto el punto de vista de la Neurofisiología como de la Farmacología y de la Clínico-Conductual.

## **2.2 TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO**

La depresión en los adultos ha sido un fenómeno estudiado desde hace varios siglos; sin embargo, la depresión en los niños fue aceptada como una entidad nosológica hace muy poco tiempo. Esto se debió a la controversia que existía sobre el hecho de si realmente existía esta patología y su naturaleza en la población infantil. En pocos años se paso de negar su existencia, a visualizar la depresión en los niños como un aspecto normal e inherente al desarrollo hasta llegar a conceptualizaciones más claras acerca de las manifestaciones normales y patológicas de la depresión durante el periodo del desarrollo.

En años recientes la depresión en los niños y adolescentes ha sido un foco de atención e investigación que se ha ido incrementando, hasta llegar a ser una de las áreas que mayor atención ha recibido dentro de la clínica infantil. Hoy es un hecho aceptado que la depresión infantil, es un trastorno que puede llevar incluso al suicidio y que se manifiesta a través de un conjunto de signos y síntomas que afectan tanto el estado afectivo como la esfera cognitiva y la conductual en donde la experiencia subjetiva de tristeza es un punto central de la definición clínica.

### 2.2.1 Definición: síntoma, síndrome y trastorno depresivo

Ya que la palabra *depresión* es ampliamente utilizada en el lenguaje coloquial, resulta conveniente explicar las diferentes concepciones que puede tener el ámbito de la psicología clínica, en donde la depresión puede ser discutida como un síntoma, un síndrome o como un trastorno del estado del ánimo. (Carlson y Cantwell 1995; citados en, Solloa, 2001).

**Síntoma depresivo:** La palabra depresión cuando se utiliza como un síntoma individual, tiene un significado muy amplio (Carlson y Cantwell, 1995) desde un estado de ánimo triste o de infelicidad, hasta sentirse desdichado o melancólico, o bien indicar un estado de ánimo disfórico. Estos síntomas depresivos son relativamente comunes a lo largo de la vida, pero también pueden formar parte de un trastorno psiquiátrico determinado, aunque no necesariamente de tipo afectivo.

**Síndrome depresivo:** En el síndrome depresivo hay un conjunto de signos y síntomas que ocurren juntos regularmente y no están asociados por casualidad. Se acepta de un modo generalizado que la depresión como síndrome consiste en nueve síntomas primarios (DSM IV, 1995) junto con un estado de ánimo depresivo y la pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, por lo menos durante dos semanas. (Carlson y Cantwell, 1995).

Dichos síntomas no se refieren exclusivamente a cambios afectivos, sino que también incluyen trastornos vegetativos y psicomotores, cognitivos y motivacionales. Un síndrome depresivo puede ocurrir como un problema concomitante con una amplia variedad de otros trastornos médicos o psicológicos, como ansiedad, esquizofrenia, alcoholismo y trastornos de conducta o tener lugar como consecuencia de ciertos tipos de estrés vital; por ejemplo la pérdida de un ser querido.

**Trastorno depresivo:** El término “trastorno depresivo” posee connotaciones todavía más específicas que el de síndrome. El uso de depresión para designar un trastorno no sólo significa que existe un síndrome depresivo que es hasta cierto punto incapacitante en importantes áreas de la vida (como en el rendimiento escolar y relaciones interpersonales), sino que también existe un cuadro clínico característico con un tiempo de duración, una historia característica, una respuesta particular al tratamiento y determinados correlatos familiares, ambientales, biológicos, cognitivos o una combinación de ellos.

## 2.3 TEORIAS SOBRE LA DEPRESIÓN

Las causas y los tratamientos sugeridos para la depresión se han ido modificando permanentemente como reflejo de las tendencias etiológicas y teóricas de cada época.

Como el estudio de la depresión infantil ha ido a la zaga de la de los adultos, para tener una comprensión profunda de sus causas y características, es necesario estudiar las diferentes concepciones teóricas sobre la depresión, incluso aquellas en las que se consideraba que éste era un trastorno “solo para adultos”.

Los modelos que explican la depresión se pueden desglosar en 4 enfoques principales; el psicodinámico, los modelos cognitivos-conductuales, los biológicos y el modelo evolutivo (Solloa, 2001).

### 2.3.1 Enfoque Psicodinámico

Uno de los principales motivos de la atracción que el psicoanálisis ejerció sobre los psiquiatras fue el énfasis que puso en que la enfermedad mental como un desorden cuyos

síntomas son de origen psicológico, tiene un significado que puede ser revelado a través de la investigación de las experiencias del paciente a lo largo de su vida. Por ello en este apartado comenzaremos revisando los conceptos sobre la depresión propuestos por el creador del psicoanálisis: Sigmund Freud.

En su artículo "Duelo y melancolía", (Freud 1915), Freud enfatizó la importancia de las relaciones objetales más que de la represión en la psicopatología y bosquejó una instancia psíquica que habría de convertirse en el superyó. Según Arieti y Bemporad (1915) Freud identificó tres factores condicionantes para la melancolía; la pérdida del objeto, un alto grado de ambivalencia y una regresión libidinal en el yo.

En este artículo Freud comparó la melancolía con el fenómeno del duelo, señalando que en ambos hay una dolorosa sensación de abatimiento por una pérdida, falta de interés en el mundo externo, pérdida de la capacidad de amar e inhibición de la actividad.

Freud explicó que en la infancia el melancólico estableció una intensa relación objetal, que resultó deteriorada por el desengaño causado por la persona amada. La ruptura de la relación fue seguida por un retiro de la carga libidinal, pero la libido liberada no pasó a otro objeto quizá debido al tipo de vinculación básicamente narcisista. Por el contrario esta libido se retrajo hacia el yo produciendo así una identificación entre un sector del yo y un objeto abandonado. Las pérdidas posteriores reactivan la pérdida original y hacen que la furia del paciente se descargue en contra del objeto que infligió la decepción original, que ahora esta fusionando con una parte del yo. En casos extremos, el sadismo es tan virulento que el paciente llega al suicidio en su afán de destruir la imagen interna del objeto. En la manía, el yo ha dominado su rabia internalizada y arroja el problema hacia fuera.

En el artículo " El yo y el ello" (Freud 1923), aparece la hipótesis estructural, y es aquí donde Freud aclara que la melancolía es el resultado de un superyó que manifiesta su rabia contra un yo aparentemente indefenso; la agresión no se expresa hacia fuera,

sino que se vuelca contra el propio sujeto. Con este modelo, el psicoanálisis propuso un modelo enteramente nuevo para explicar la depresión.

### 2.3.2 Enfoques cognitivos y conductuales

Las teorías más modernas enfatizan que las variables conductuales y cognitivas son centrales a la depresión, pero hay varios modelos dentro de esta línea cuyas explicaciones sobre la depresión son complementarias más que excluyentes. Estos modelos se revisarán a continuación:

#### Modelo de aprendizaje social

Los teóricos del aprendizaje social vinculan la depresión a patrones de reforzamiento social inadaptados. Los autores más representativos son Ferster, Liberman, y Raskin, Costello, y Lewinsohn.

En 1971 Liberman y Raskin, citados en, Solloa (2001), postularon el concepto de ganancia secundaria para explicar la causa de la depresión, explicando que el depresivo emite conductas depresivas porque estas son reforzadas frecuentemente por el medio, pues quienes le rodean suelen intentar ayudarlo. En 1972 Costello; (citado en, A. Farré, 2000) señaló que la depresión está determinada básicamente porque el sujeto posee aptitudes sociales inadecuadas; así un niño con pocas aptitudes sociales puede desarrollar fácilmente depresión ante pérdidas poco importantes al no encontrar formas de reforzamiento alternativas en su vida.

En 1973, la hipótesis de Ferster; (citado en, Solloa, 2001), establece que la depresión se produce porque existe una baja frecuencia de conductas reforzadas positivamente, lo que está relacionado con los siguientes factores:

- 1- Se produce depresión cuando la persona es reforzada con poca frecuencia, lo que se traduce en lo que se podría llamar un "programa prolongado de extinción".
- 2- La presencia de ansiedad puede también debilitar la tasa de frecuencia de la conducta.
- 3- Los cambios repentinos en el ambiente pueden, en ciertas ocasiones, debilitar la frecuencia con que se produce la conducta.

El modelo conductual más elaborado y que ha ejercido mayor influencia clínica es el que formuló Lewinson en 1974. Para este autor la característica principal de la depresión es un déficit conductual, y la causa primaria es una baja tasa de refuerzo positivo contingente. Lewinson (1974); citado en, Solloa, (2001), propone que la depresión esta ocasionada por el siguiente paradigma: baja frecuencia de respuesta al reforzamiento positivo contingente. La baja tasa de respuesta está ocasionada por una falta de habilidades sociales; deficiencia que provoca que haya poco reforzamiento del ambiente. Al mismo tiempo el ambiente también contribuye a mantener las conductas depresivas, pues la persona deprimida aprende a obtener reforzamiento social en forma de atención y preocupación por sus conductas depresivas verbales y no verbales.

A medida que el niño recibe menos reforzamiento social por conductas sociales apropiadas, aumenta la probabilidad de que se deprima aún más, pues su inadecuación conductual ocasionará problemas con la autoestima, sentimientos de inferioridad, etc. Así se activa un círculo vicioso en el que a medida que la depresión aumenta, disminuyen las habilidades sociales, y con ello las posibilidades de reforzamiento. Este modelo presenta consistencia con el de Costello (1995), (citado en, Solloa, 2001) sobre la relevancia de las aptitudes sociales en la etiología de la depresión.

### 2.3.3 Los enfoques psicobiológicos

Dentro de los enfoques psicobiológicos hay una gama muy amplia que abarca desde los modelos genéticos a los neuroendocrinos. La investigación de los factores biológicos se ha hecho a través de los "marcadores biológicos". Un marcador biológico es un indicador medible de un trastorno. Los marcadores biológicos pueden dividirse en grupos, no necesariamente excluyentes entre sí:

1-Indicadores etiológicos: Indicadores de este tipo para la depresión serían los posibles datos biológicos íntimamente implicados en la causa del trastorno, por ejemplo los niveles de serotonina en el líquido cefalorraquídeo.

2-Productos de la enfermedad: Por ejemplo el metabolito de la serotonina (el 5-hidroxi-indol ácido acético).

3-Marcadores de enlace: Marcadores que aparecen ligados, aunque pueden no tener relación directa con la enfermedad. Son posibles marcadores de este tipo para la depresión los genes responsables del sistema HLA (Human Leukocyte Antigen), los cuales son un grupo de genes localizados en el cromosoma 6, y los genes implicados en la ceguera al color.

### 2.3.4 Modelos evolutivos

Mucho del trabajo realizado sobre la relación que guarda la depresión infantil con el desarrollo se ha centrado en el papel del apego. En este contexto hay que considerar la investigación clásica de Spitz de 1965. Este autor se dio cuenta de que la característica común de la depresión en infantes era la separación de la madre, especialmente en niños entre los 6 y los 8 meses, y denominó este síndrome "depresión anaclítica", que trata de una depresión asociada a la pérdida del objeto y a la necesidad del apego.

Un examen posterior del apego y su relación con la pérdida, la aflicción, la separación y la depresión en niños, fue proporcionado por Bowlby en 1980, (citado en, Solloa, 2001), después de sus investigaciones en la Clínica Tavistock de Londres. Para este autor los primeros cinco años de vida son el periodo más sensible para el desarrollo del apego y la reestructuración de la conducta que regirán desde entonces todas las futuras relaciones del mismo. Por tanto, la principal patología de esta época es el desapego.

Para Bowlby (1980) los niños con depresión presentan una serie de estados o fases al ser separados de sus madres. Estas fases son:

- 1- La fase reactiva o de protesta, caracterizada por ansiedad, gritos, dificultades para dormir, y terrores nocturnos.
- 2- La fase depresiva o de desesperación, caracterizada por una disminución de la movilidad y plasticidad psicomotora, indiferencia ante estímulos externos y pérdida de iniciativa.
- 3- La fase autodestructiva o de desapego, caracterizada por una empatía generalizada así como una gran indiferencia ante las relaciones afectivas.

Desde la teoría de Bowlby, (1980), se postula que un apego inseguro en épocas tempranas de la vida contribuye a la depresión infantil.

## **2.4 LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES**

En general se han hecho pocos estudios empíricos en relación con la depresión infantil debido a la controversia sobre la existencia de esta patología y su naturaleza en la población infantil. Actualmente el consenso general es que sí se presenta la depresión en los niños y que es similar a la depresión en los adultos; sin embargo, la aceptación de la

existencia de depresión infantil, no supuso una unicidad de criterios: por un lado están los partidarios de que la depresión en los niños es equiparable a la del adulto; y por otro lado los que consideran que la depresión en los niños tienen características propias; entre estos últimos cabe distinguir la línea de los desarrollistas, que piensan que la depresión en los niños va cambiando según la etapa evolutiva, y por ende, en cada una hay una sintomatología propia, no equiparable a la de los adultos.

Para tener un panorama claro de cómo ha evolucionado el concepto de la depresión infantil, a continuación se revisarán las principales líneas de pensamiento en torno a este tema.

#### 2.4.1 Diferentes conceptualizaciones de la depresión infantil

Cuatro son las orientaciones o modelos principales que nos van a servir de guía en cuanto a la concepción de la depresión infantil:

- 1-La concepción de que la depresión infantil no existe
- 2-La depresión infantil enmascarada
- 3-La depresión infantil como un aspecto transitorio del desarrollo
- 4-La concepción de la depresión infantil como un desorden clínico paralelo al del adulto.

##### 2.4.1.1 La depresión en la niñez no existe

Esta primera perspectiva fue tomada por el psicoanálisis clásico en el que se consideraba que el niño no tiene la madurez intrapsíquica para experimentar una depresión. En este modelo se propone que por razones estructurales este trastorno no puede aparecer en la niñez; ya que la depresión es un fenómeno del superyó que incluye

agresión que se vuelca sobre el yo. El conflicto en el superyó es el que provoca los sentimientos de culpa, que es uno de los síntomas centrales de la depresión. Ya que el superyó del niño no está completamente desarrollado, la depresión no puede existir. (Séller, 1935; citado en, Solloa, 2001).

Otros psicoanalistas, también explicaron la depresión como un problema de baja autoestima que resulta de la discrepancia entre el yo real y el yo ideal. Ya que la representación estable del yo, no se logra hasta la adolescencia, bajo esta perspectiva la depresión tampoco puede aparecer durante la niñez.

Mas adelante con las aportaciones de Klein (1935); citado en, Solloa (2001) y colaboradores (Bowlby, 1976; Spitz, 1948) la teoría psicoanalítica reconoció no sólo que la depresión es un estado afectivo que se presenta como un aspecto normal del desarrollo desde el primer año de vida, sino que también puede adquirir un carácter psicopatológico y llevar al niño incluso a la muerte (Spitz, 1948; citado en, Solloa, 2001). Se puntualizó con estas aportaciones que la depresión infantil se presenta en ocasión de pérdidas, separaciones, o de una relación tóxica con la madre y que sus manifestaciones dependerán del desarrollo intrapsíquico del niño. Estos autores que no dan tanta importancia al desarrollo de las estructuras, aceptan que la depresión en niños es posible y que se manifiesta con distorsiones afectivas y cognitivas ocasionadas por interacciones padre-hijo patológicas. Estas interacciones dan lugar a problemas de autoestima, por la sensación de no poder influir y modificar el medio y por la dependencia exagerada de las figuras importantes para recibir gratificación.

En una línea muy diferente a la psicoanalítica, en 1978, Lefkowitz y Burton; (citados en, Solloa, 2001), tomando una perspectiva estadística del concepto de normalidad, propusieron tres puntos para afirmar que la depresión no existe en la niñez:

- Como las condiciones “depresivas” son muy comunes entre los niños normales, entonces las manifestaciones clínicas no son atípicas estadísticamente, ni psicopatológicas; por lo tanto, el síndrome no existe.
- Las características principales del síndrome son un fenómeno transitorio de desarrollo, que desaparece con el tiempo, por lo tanto, no se puede decir que sea algo psicopatológico.
- Ya que los síntomas remiten espontáneamente, el tratamiento no es necesario.

A esta postura se le ha criticado que el síndrome está constituido por muchos síntomas, no por una sola conducta o manifestación que efectivamente puede ser común en una población y porque el desajuste que trae un síntoma depresivo no es aminorado por el hecho de que aparezca con mucha frecuencia en la población o en cierto periodo del desarrollo.

#### **2.4.1.2 Depresión enmascarada**

Algunos autores como Glaser, en 1968 y Malmquist en 1977; citados en, Solloa (2001), propusieron que la depresión existe en los niños pero como una entidad patológica interna inobservable que adopta manifestaciones externas diferentes a la de los adultos; es decir, que la depresión esta encubierta o “enmascarada”.

Los síntomas “enmascarados” más comúnmente citados son:

- Hiperactividad
- Desobediencia
- Somatización
- Enuresis
- Delincuencia
- Irritabilidad

- Berrinches
- Fobias
- Jugar con fuego
- Dificultades escolares

La principal crítica a esta postura es que cualquier síntoma es considerado como un posible indicador de depresión y que no hay forma de asegurar que efectivamente éstos “enmascaran” una depresión, pues son quejas y síntomas conductuales típicos de la niñez que pueden ser conductas adaptativas en respuesta a eventos estresantes. Así pues, a menos que el síndrome depresivo pueda ser claramente observado, el diagnóstico de depresión de la niñez , no está garantizado.

Estudios posteriores han permitido llegar a la conclusión de que la depresión no está enmascarada si se lleva a cabo una evaluación diagnóstica exhaustiva y minuciosa. Por ello la función de un buen clínico es realizar una intervención diagnóstica adecuada que permita dilucidar si debajo de síntomas como irritabilidad, hiperactividad, dificultades escolares, etc., se encuentran síntomas depresivos o si únicamente se trata de un problema conductual o incluso si ambos trastornos se encuentran presentes.

Esta posición de la “depresión enmascarada” o de “equivalentes depresivos”, ha sido prácticamente abandonada en la actualidad, pero hace hincapié en la observación clínica de que la depresión puede acompañar frecuentemente a otras formas de psicopatología infantil como trastornos de ansiedad, de conducta y problemas de aprendizaje.

#### **2.4.1.3 La depresión en la niñez es transitoria**

Alguno de los pioneros dentro de esta conceptualización son Rutter y colaboradores (M, Jiménez, 1995), quienes conciben la depresión como un aspecto del desarrollo en

donde la depresión puede surgir en cualquier momento pero la sintomatología se dispersaría en función de la edad. Lo que pone de manifiesto esta alternativa es que los síntomas de la depresión pueden variar a través de los distintos estadios de desarrollo y por tanto no hay que confundir los síntomas que son comunes al desarrollo normal con aquellos que son específicos de un desorden depresivo.

Estos autores explican que lo que suele parecer en ocasiones como un trastorno depresivo es solo un estado pasajero porque el niño no puede tolerar durante mucho tiempo sentimientos de tristeza o angustia y no tarda en desplazar su atención hacia pensamientos o actividades más placenteras.

Señalan que el niño posee todavía suficiente fluidez entre fantasía y realidad como para evitar las verdades desagradables y orientar la conducta hacia el placer inmediato, deteniendo así los elementos cognitivos, afectivos y conductuales que dan lugar a las vivencias depresivas; por tanto los niños son capaces de defenderse de la depresión mediante diferentes actitudes, pero estas actitudes no son equivalentes depresivos, ni evidencias de una depresión encubierta, son, más bien, intentos de adaptación para enfrentar una situación que, a juicio del diagnosticador, es capaz de provocar depresión en un adulto.

En 1971 Niessen; citado en, Lang, 2000, estableció una correspondencia entre las distintas edades y diferentes síntomas depresivos en diversas etapas evolutivas.

- Edad preescolar: rechazo de juego, agitación, timidez, crisis de llanto, encopresis, insomnio, hiperactividad y dificultades para alimentarse.
- Edad escolar: irritabilidad, inseguridad, resistencia a jugar, timidez, dificultades en el aprendizaje, enuresis o encopresis, onicofagia, terrores nocturnos, crisis de llanto y gritos.
- Adolescencia: rumiación, impulsos suicidas, abatimiento, sentimientos de inferioridad y cefaleas.

En este modelo, la psicopatología es entendida como la falta de una organización e integración entre las competencias cognitivas, afectivas y sociales, implicadas en diferentes estadios del desarrollo, lo que conduce a la inadaptación del niño. Las nociones de competencia y adaptación poseen una especial importancia en este enfoque. En 1983 Waters y Sroufe (1995); citados en, Solloa (2001), definieron al niño competente como aquel que es capaz de recuperar los recursos internos y externos para alcanzar una adaptación evolutiva satisfactoria. La adaptación es un nivel evolutivo particular implica la resolución adecuada de las tareas evolutivas más importantes en dicho periodo; por tanto la psicopatología infantil no debería examinarse solamente a la luz de la sintomatología manifiesta, sino también en términos de desviación en relación con el desarrollo normal.

Los partidarios de este enfoque sugieren que desde una perspectiva evolutiva no es realista esperar un isomorfismo en la sintomatología de la depresión entre niños y adultos ni tampoco entre niños de diferentes edades y niveles evolutivos.

#### **2.4.1.4 La depresión en la niñez es paralela a la del adulto**

Los autores que siguen esta línea de pensamiento (Garber 1984, Jiménez 1995, Matson 1991; citados en, Solloa, 2001) proponen que la depresión en los niños es un desorden no encubierto y similar a la del adulto.

Beck señaló que las cuatro categorías de síntomas depresivos en los adultos, también se presentan en los niños; estas categorías comprenden:

- Síntomas afectivos: disforia, cambio en el estado de ánimo, lloriqueo, apatía, sentimientos de soledad.
- Síntomas cognitivos: baja autoestima, autodesprecio, culpa, indecisión, pesimismo.
- Síntomas motivacionales: evitación, escape, pasividad, baja energía para socialización.

- Síntomas vegetativos y psicomotores: problemas con el sueño, alimentación, y quejas somáticas.

Además de estos síntomas pueden aparecer problemas asociados al periodo de desarrollo, por ejemplo: enuresis, encopresis, fobia escolar, bajo rendimiento académico, y conducta antisocial, o agresiva; pero siempre en conjunción con la sintomatología depresiva antes descrita.

En el DSM IV establece que las características enlistadas dentro de los trastornos del estado de ánimo, son las mismas en los adultos que en los niños, y el diagnóstico de adulto es apropiado para los niños; sin embargo, menciona que las características asociadas pueden ser diferentes en ambos. Incluye dos notas referidas a los niños; la primera relativa al estado de ánimo que puede ser irritable, más que un estado de tristeza manifiesto, y la segunda, relacionada con la pérdida de peso en el sentido de que hay que considerar si se dan las ganancias que cabría esperar para el desarrollo del niño.

En el caso del CIE 10 ( Jiménez, 1995), no se hace ninguna referencia a la edad o cualquier característica típica por el hecho de tratarse de niños. En la sección relativa a los trastornos de comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, hace referencia al trastorno disocial depresivo, en el que se incluye el trastorno disocial asociado a un trastorno depresivo y remite a la descripción que se hace de dichos trastornos para los adultos.

Tomando en cuenta lo expuesto anteriormente, se puede decir que la depresión en el niño es una entidad clínica diferente pero cuyas características son isomórficas con las del adulto.

De los cuatro enfoques conceptuales analizados, el último es el que goza de mayor aceptación en la actualidad. Lo importante tal vez sea la consideración de que las distintas

aproximaciones no son excluyentes entre sí, sino complementarias y no olvidar que la concurrencia entre trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, y trastornos de conducta es la norma y no la excepción (Petty, Ollendick, Hersen, Martinez 1993).

## **2.5 MANIFESTACIONES DE LA DEPRESIÓN DURANTE EL DESARROLLO**

Hay una gran controversia acerca del momento en que se puede decir que un infante experimenta en forma diferencial emociones como la tristeza, el enojo, la alegría, etc. Por su parte Arieti y Bemporad sostienen que es imposible sentir ciertas emociones cuando no se ha desarrollado la capacidad de hacer una apreciación cognitiva, de determinados aspectos de la experiencia. Esto no significa necesariamente que los procesos cognitivos que dan origen a las emociones deban ser conscientes, como tampoco lo son las estructuras cognitivas descritas por Piaget; son más bien principios inconscientes que organizan la experiencia, y al otorgarle significado, determinan su contenido emocional. Krause (1999) explica que los aspectos son consecuencia de las pulsiones y que su desarrollo parte de las experiencias placer-displacer en la relación con el mundo externo y los objetos. Los afectos requieren de la internalización de estructuras así como de una parte observadora en las estructuras para ir adquiriendo los matices específicos que caracterizan los diferentes estados emocionales.

Muchos autores consideran que la sintomatología depresiva con sus correlatos de tristeza, pérdida de autoestima, anhedonia, etc..., es muy rara en los niños antes de la fase edípica. En 1975, Anthony sugirió que una de las posibles causas, por la cual hay una posible escasez de casos registrados de depresión infantil, es la incapacidad del niño pequeño de expresar en palabras como se siente.

## 2.5.1 Edad escolar

A medida que se acerca la edad escolar, se han observado periodos más claros y prolongados de autentica tristeza. Díaz Calvo (1995), señala que en esta etapa la depresión se manifiesta con la pérdida de interés en casi todas las actividades, bajo rendimiento académico, desinterés en el juego, y descuido en el arreglo personal. Cuando los síntomas son severos, pueden aparecer ideas de muerte y en niños de ocho y nueve años incluso intentos de suicidio.

Una de las características más relacionadas con la depresión es tener un concepto negativo de sí mismo. En los últimos años un aspecto que ha cobrado relevancia especial en nuestra cultura, son los ideales de atractivo físico, lo que fácilmente puede verse al hojear cualquier revista. McCabe y Marwit, en 1993, (citados en, Solloa, 2001) encontraron que los niños disfóricos se perciben a sí mismos menos atractivos físicamente que los niños normales, lo que apoya el supuesto de Beck acerca de que una imagen personal negativa, es un componente cognitivo importante de la depresión.

Como se sabe durante el periodo comprendido entre los siete y los doce años (latencia), se da un desarrollo importante en la esfera cognitiva y social del niño. Al entrar en la escuela y comenzar a utilizar el lenguaje de manera más eficiente para intercambiar información, los niños están mejor capacitados para discriminar y describir sentimientos. El niño comienza a formarse un juicio estable sobre sí mismo fundado en su propia evaluación y, como es lógico, sus ideas acerca de sí mismo serán influidas por su desempeño académico y social, pero su estado de ánimo y su autoconcepto aún son dependientes de la situación familiar en que se vive.

En este periodo los niños pueden reaccionar con tristeza ante una situación crónica de privación ambiental o ante una situación aguda de pérdida de las fuentes de gratificación requeridas. La tristeza no necesariamente refleja un conflicto interno, pues el niño es aún muy dependiente de su ambiente y especialmente de su familia.

El rechazo y/o las exigencias desmedidas e irrealizables de los padres pueden hacer que el niño sienta que nunca llegará a triunfar y que no tiene sentido esforzarse. Una característica importante que suele observarse en los niños deprimidos durante este periodo es que se dan por vencidos con facilidad; esta tendencia los predispone a sentirse impotentes y desesperanzados ante las lesiones infligidas a su autoestima. Es posible que esta temprana forma de resignación derive del cúmulo de experiencias previas, en las cuales las reacciones de personas significativas impidieron la adquisición de autoestima, y lo llevan a sentir que es un fracasado. Estos hallazgos tienden a confirmar que el paradigma de "desesperanza aprendida" de Seligman (1995); citado en, Solloa (2001), está muy relacionado con la depresión.

Lo que parece ocurrir es que los padres permitan ciertas conductas y demuestran amor solo cuando el hijo realiza actividades que debilitan su individuación y su gratificación autónoma. A esta edad la autoestima del niño depende en gran parte de las respuestas de las figuras parentales, de modo que la desaprobación o el rechazo por parte de ellas tiene efectos devastadores e inhibe el comportamiento que acarrió la desaprobación.

Tal vez sea posible diferenciar dos tipos de estado de tristeza en los niños de esta edad: uno, en el cual los padres inhiben poco a poco las reacciones capaces de producir una sensación de satisfacción o placer; y otro, en el cual el hijo responde directamente a la carencia de gratificación de su entorno. El primer tipo se observa en familias en las cuales los padres establecen ideales irrealizables, utilizan el bochorno como una modalidad de castigo y se sienten amenazados por la individuación del hijo; el segundo tipo aparece en familias en la que los padres son depresivos o exhiben una constante actitud de rechazo. Ambos tipos se manifiestan también en niños que sufren una enfermedad física que les impide disfrutar, de las actividades infantiles normales.

Durante esta etapa, el niño pasa, gran parte de su tiempo en la escuela, y el desempeño académico y social adquieren una importancia crucial en el desarrollo. El niño

deriva una sensación de competencia y seguridad cuando logra los éxitos esperados en su rendimiento académico y cuando es aceptado y querido por sus compañeros. Por ello, durante este periodo, cualquier fracaso en alguna de estas áreas predispone al niño a un trastorno del estado de ánimo. En este sentido Weinberg y Rehmert, 1987, señalan que los niños con dificultades de aprendizaje al ser incapaces para derivar reforzamientos positivos de su ambiente escolar son particularmente vulnerables a la depresión y al aislamiento.

Esto plantea un nuevo problema para el diagnóstico de los trastornos del estado de ánimo en esta etapa, en el sentido de tener que dilucidar cual problema es primario y cual secundario. Por ejemplo, se sabe que un síntoma de la depresión en esta etapa es la baja en el rendimiento escolar (en donde la depresión sería primaria), pero también puede ser que esta baja se deba a un problema de aprendizaje y que los síntomas depresivos sean una consecuencia; es decir, secundario a las frustraciones y fracasos que enfrenta el niño con problemas de aprendizaje.

A menudo la distracción y las conductas negativas son utilizadas como único recurso defensivo contra la tristeza. El niño no hace más que prestar atención a asuntos más agradables que las condiciones ambientales que le causan dolor, por lo que también es factible confundir la depresión con el TDA y con los trastornos de conducta; aunque, como ya se explicó antes, también puede coexistir; es este hecho lo que ha llevado a pensar en la depresión enmascarada.

El problema de los "equivalentes depresivos" o "la depresión enmascarada" es complejo y a veces confuso. También se han mencionado como equivalentes depresivos, las rabietas, los robos, las huidas del hogar y la propensión a los accidentes. Sperlíng, (1996), por su parte ve como equivalente de la depresión en la infancia los desordenes del sueño y los trastornos gastrointestinales. Pero en estos casos nuevamente es necesario recordar que para hablar de un trastorno depresivo es necesario tener evidencia que lo confirme.

## 2.6 EPIDEMIOLOGIA

La prevalencia aportada varía ampliamente según la población empleada y los criterios diagnósticos usados, de modo que las tasas de frecuencia de depresión en la población infantil varía ampliamente. Los resultados de los diferentes estudios oscilan entre 0.14 y 61 % aunque los estimados caen típicamente entre 10 y 20 %. Mientras que en la adolescencia y en la edad adulta la depresión muestra una prevalencia mayor en las mujeres, hasta la fecha las investigaciones en el campo infantil, no han encontrado esta diferencia en niños prepuberales donde la depresión aparece en la misma porción en ambos sexos.

El desorden varía a través de las edades y es más frecuente mientras mayor es el niño; por tanto, es más común entre adolescentes que entre niños. Entre la población escolar, la incidencia del trastorno es muy rara, en un estudio de 1000 niños sólo 9 cumplieron los criterios diagnósticos (A. Petti, 1983). La depresión también es más frecuente entre familias en la que los padres también están deprimidos.

En México, la Clínica de Trastornos Emocionales del Hospital Infantil Psiquiátrico estima que entre 5 y 10 % de la población infantil llega a padecer alteraciones depresivas. (Díaz Calvo, 1995).

El Instituto de Salud Mental de Estados Unidos de América estima que la prevalencia de la depresión varía de casi no ocurrencia hasta 53 % debido a la diferencia en los criterios diagnósticos, edades y nivel socioeconómico de las muestras utilizadas en diferentes estudios.

Existen muchos estudios que han examinado la concurrencia de trastornos de ansiedad (ansiedad de separación, ansiedad generalizada, fobia escolar, fobia social y pánico) y el trastorno depresivo en niños, adolescentes y adultos. En general, se han

encontrado que el trastorno depresivo coexiste frecuentemente no solo con la ansiedad (lo más frecuente), sino con otros padecimientos como el trastorno negativista, el trastorno por déficit de atención, los problemas de aprendizaje y los trastornos de conducta. La ansiedad suele anteceder a los trastornos depresivos en la mayoría de los casos, y los trastornos de conducta tienden a preceder a los trastornos depresivos cuando ambas condiciones están presentes. (Jiménez 1995).

En 1987, Goldstein señaló que los estados depresivos afectan a 10 % de los niños menores de 12 años, pero que se observa en un mayor porcentaje en aquellos niños que además cursan con problemas de ansiedad, déficit de atención, con desórdenes de conducta y con problemas de aprendizaje. En niños con problemas de aprendizaje se ha estimado que la prevalencia de depresión es de 35 a 40 % siendo aún más frecuente y severa, mientras más joven es el pequeño. Por otro lado, si los padres son depresivos o con desórdenes bipolares el riesgo de padecer depresión aumenta.

Así pues lo que parece claro dentro del tema de la epidemiología de la depresión infantil es el hecho de que no existen datos concluyentes al respecto. Se requiere del uso de criterios descriptivos estandarizados con fines diagnósticos, y el desarrollo de entrevistas diagnósticas estandarizadas con el fin de lograr una mayor claridad y fiabilidad en los datos.

## **2.7 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA DEPRESIÓN EN LOS NIÑOS**

Los síntomas depresivos afectan cinco áreas de la personalidad:

- 1-Afectiva: sentimientos de desesperación, tristeza, culpa, vacío, etc.
- 2-Motivacional: conducta pasiva y dependiente.
- 3-Física y motora: pérdida de apetito, insomnio, fatiga, inquietud, movimientos lentos, etc.
- 4-Cognitiva: ideas personales de desvalorización, visión pesimista del mundo y del futuro.

5-Social: la depresión involucra una marcada disminución de la interacción social y conductas de aislamiento.

Aunque en los últimos años han habido muchas aportaciones en cuanto a los síntomas de la depresión en los niños, los criterios propuestos en 1973 por Weinberg, citado en Solloa (2001), siguen siendo muy utilizados por los clínicos; ya que este autor presenta los síntomas en una forma clara y descriptiva que permite operacionalizar el síndrome. A continuación procederemos a exponer los criterios de Weinberg:

**1- Estado de ánimo disfórico (melancolía):**

- a) Expresiones o muestras de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo.
- b) Cambios en el estado de ánimo, mal humor.
- c) Irritable, se enfada con facilidad.
- d) Hipersensible, llora fácilmente
- e) Negativista, difícil de complacer.

**2- Ideación autodespreciativa:**

- a) Sentimiento de inutilidad, incapacidad, fealdad, culpabilidad (autoconcepto negativo).
- b) Ideas de persecución
- c) Deseo de muerte
- d) Deseo de marchar, escaparse de casa.
- e) Tentativa de suicidio.

**3- Conducta agresiva (agitación).** Dos o más de los siguientes síntomas:

- a) Dificultades en las relaciones interpersonales.
- b) Peleonero, pendenciero.
- c) Poco respeto por la autoridad.
- d) Beligerante.
- e) Discusión, peleas excesivas o ira súbita.

**4-Alteraciones del sueño:**

- a) Insomnio de conciliación.
- b) Sueño inquieto.
- c) Insomnio terminal.
- d) Dificultad para despertar por la mañana.

**5-Cambios en el rendimiento escolar:**

- a) Quejas frecuentes de los maestros: ensimismado, poca concentración, escasa memoria.
- b) Disminución del esfuerzo habitual en tareas escolares.
- c) Pérdida del interés habitual en tareas escolares.
- d) Pérdida del interés habitual por actividades escolares no académicas.

**6-Socialización disminuida:**

- a) Menor participación en grupo.
- b) Menos simpático(a), agradable, sociable.

- c) Retraimiento social.
- d) Pérdida de interés sociales habituales.

**7- Cambio de actitud hacia la escuela:**

- a) No disfruta con actividades escolares.
- b) No quiere o se niega acudir a la escuela

**8- Quejas somáticas:**

- a) Cefalalgias no migrañosas.
- b) Dolores abdominales.
- c) Dolores musculares.
- d) Otras preocupaciones o quejas somáticas.

**9- Pérdida de la energía habitual:**

- a) Pérdida de interés por actividades, y entretenimientos extraescolares.
- b) Disminución de la energía. Fatiga física y/o mental.

**10- Cambio en el apetito y /o peso habituales.**

Weinberg propone que los síntomas deben representar un cambio en la conducta habitual del niño y haber estado presentes durante un mes como mínimo.

En 1987 Goldstein (citado en, Solloa, 2001), identificó 10 patrones de conducta, que representan en forma clara las categorías conductuales propuestas por Weinberg y que pueden ayudar a detectar síntomas de depresión en los niños:

- 1-Afectos planos y mirada de tristeza.
- 2-No expresa placer por nada.
- 3-Se autodevalúa y tiene baja autoestima.
- 4-Reporta sentimientos de culpa.
- 5-Experimenta aislamiento social.
- 6-Su aprovechamiento escolar decrece.
- 7-Se observa fatiga que pueda llegar a ser crónica.
- 8-Presenta niveles bajos de energía.
- 9-Tiene dificultades para dormir y de apetito.
- 10-Los pensamientos suicidas pueden llegar a ser comunes.

Es importante hacer notar que los niños y adolescentes, tanto en la escuela como en la casa, pueden estar pasando por una depresión; sin embargo, el problema de su detección es que las manifestaciones no siempre se presentan en un continuo, por lo que los padres y profesores no se dan cuenta de su existencia. De aquí la importancia de revisar a profundidad los criterios de evaluación y diagnóstico.

## 2.8 EVALUACIÓN Y DIAGNOSTICO

En la evaluación infantil se han venido utilizando de manera rutinaria, tanto en la práctica clínica como en la investigación, dos fuentes de información además de la que proporciona el paciente: los padres y la escuela, esto es necesario dadas las limitaciones cognitivas de los niños, lo que hace imposible que ellos aporten una estructura cronológica y una descripción fiel del episodio actual de su enfermedad.

En el caso de niños se considera aconsejable entrevistar en primer lugar a los padres sobre la historia y síntomas del chico. Esta entrevista debe ser en un principio no estructurada, para así permitir que los padres relaten espontáneamente todos los problemas que motivan la consulta y cómo se ha ido desarrollando el problema. De este modo es posible obtener una cronología del padecimiento y una evaluación de cada uno de los síntomas. Una vez claro tanto el modo de inicio del episodio actual como la duración del mismo y la índole de todos los problemas que motivan la consulta, el entrevistador pasa a una evaluación global y semiestructurada que abarque otras áreas de funcionamiento para tener una visión biopsicosocial del niño. De la misma manera también hay que explorar trastornos psiquiátricos infantiles que estén coexistiendo, enmascarando o agravando la depresión del niño.

### 2.8.1 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Ya que los síntomas depresivos pueden estar presentes en una gran variedad de condiciones médicas y psicológicas que no necesariamente constituyen un trastorno del estado de ánimo, es preciso hacer un diagnóstico diferencial exhaustivo y profundo. Weller y Weller 1995 (citados en, Solloa, 2001), nos presentan de una manera clara las condiciones médicas que pueden dar lugar a síntomas que son isomórficos a la depresión:

1-Esquizofrenia: En ésta hay normalmente síntomas depresivos aislados, pero cuando un episodio depresivo está superpuesto a la esquizofrenia se debe realizar un diagnóstico

adicional de trastorno depresivo no identificado” o “trastorno adaptativo con estado de ánimo ansioso”, no de depresión mayor.

2-Trastorno esquizoafectivo: En éste hay periodos de dos semanas como mínimo durante las cuales se presentan ideas delirantes y alucinaciones sin alteración del estado de ánimo.

3-Duelo no complicado: Después de la muerte de un ser querido la depresión es una reacción normal; sin embargo, una duración prolongada o un marcado deterioro sugieren que el duelo se ha complicado con una depresión mayor, en cuyo caso se tiene que hacer el diagnóstico.

4-Diferenciar si se trata de una depresión mayor o de un trastorno distímico: La depresión mayor consiste en uno o más episodios depresivos discretos que pueden diferenciarse de la conducta habitual del sujeto; quien después del episodio regresa a su forma anterior de actuar y funcionar, (remisión completa de síntomas). La depresión mayor generalmente dura seis meses sin tratamiento, mientras que la distimia es un síndrome depresivo leve crónico que se ha mantenido durante años.

5-Trastornos de ansiedad, trastornos de conducta y TDA-H: Durante todos estos trastornos pueden presentarse episodios depresivos; sin embargo para el tratamiento es muy importante saber cual conlleva a cuál, ya que un trastorno de conducta no mejora si se trata como depresión, en cambio una depresión con un trastorno de conducta concomitante al tratar la depresión, se elimina el problema conductual.

6-Fluctuaciones normales del estado de ánimo: Las fluctuaciones normales del estado de ánimo no son tan frecuentes ni tan graves como los cambios afectivos que están presentes en los pacientes deprimidos; además éstos no interfieren en la actividad social y escolar del niño.

## 2.9 CURSO Y PRONOSTICO

Los desordenes afectivos que aparecen en la infancia o adolescencia son recurrentes si no se tratan adecuadamente, y pueden producir complicaciones como:

- Bajo rendimiento académico
- Abuso de sustancias
- Deterioro en los patrones psicosociales
- Trastornos de conducta Suicidio

Cuando el trastorno aparece en la niñez, sigue un curso más crónico y puede desarrollar más fácilmente consecuencias secundarias como déficits psicosociales, trastornos de conducta, alcoholismo, abuso de sustancias y personalidad antisocial, entre otros.

En la población infantil, el rendimiento escolar invariablemente está afectado por la incapacidad del niño para concentrarse, por su trabajo lento, su falta de interés y poca motivación, cansancio y preocupaciones. Durante los episodios depresivos, la relación con los padres y los amigos, se deteriora; pero todo lo anterior cambia al recuperarse el niño del episodio depresivo.

En la adultez es muy frecuente que el trastorno depresivo continúe de manera recurrente. En estos pacientes se detecta una cierta rigidez en su personalidad y es cada vez más fácil predecir sus acciones futuras, hasta que el patrón predominante termina por excluir cualquier otra forma de vida.

A menudo su devoción al deber, se manifiesta como devoción al orden, exagerada pulcritud, perseverancia y firmeza.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

Según Arieti y Bemporad, 1993, estos pacientes pueden llegar a superar algunas de sus dificultades, o bien encontrar buenos métodos para canalizar su baja autoestima y la rigidez superyóica. Lo que tratan de hacer lo hacen bien, tienen convicciones profundas y principios que dan motivación a su vida; son dedicados y eficientes, los que no los conocen bien pueden considerarlos como personas adaptadas y sin problemas; sin embargo, no son felices. El tratar de complacer a los demás y vivir de acuerdo con las expectativas de otros les impide estar en contacto con ellos mismos, no escuchan sus deseos, ignoran lo que significa ser ellos mismos, trabajan sin cesar y, sin embargo, se sienten inútiles y vacíos, tratan de convencerse de que han triunfado para ocultar su desdicha. El paciente está convencido de que si es infeliz o siente que su vida no tiene objeto, es por su culpa o porque no merece otra cosa, tiende a subestimarse, como si tuviera el deber de menospreciarse. Se forma así un círculo vicioso que se repite cada vez con más intensidad.

El paciente coloca a sus superiores o maestros en un papel parental y autoritario, siente encono hacia ellos porque le exigen demasiado, no sabe qué hacer, si aceptar la autoridad de estas personas o bajar de su pedestal; pero si opta por esta alternativa, quedará un vacío. Las figuras de mando son parte de él mismo, de sus valores, y no puede prescindir de ellas.

Exigen ser gratificados por los demás y se sienten despojados y tristes cuando no lo consiguen. Cuando encuentran de una persona a la que pueden depender hacen que se sienta culpable si se resiste a hacer lo que ellos desean. Generalmente esta persona (cónyuge o pareja) desempeña un papel dominante en la vida del paciente.

### 2.9.1 Suicidio en niños y adolescentes

El hablar de suicidio en niños ha sido un tema muy controversial; especialmente en cuanto a si corresponde atribuir a las actitudes autodestructivas de los niños pequeños

una intención verdaderamente suicida, puesto que estos aún no tienen una visión cabal de lo que significa la muerte. También se cuestiona si es correcto asociar indiscriminadamente suicidio y depresión infantil. En 1986, Hawton; citado en, Solloa (2001), señalo que el suicidio en niños menores de 12 años es muy raro.

A diferencia de los demás síntomas depresivos, la conducta suicida es muy distinta en niños y adultos. Se ha comprobado con cierta frecuencia que los padres ignoran por completo los pensamientos, los planes e incluso las conductas suicidas de sus hijos, esto se debe en parte, como lo señalo en 1986 Walker; citado en, Solloa (2001), a que la mayoría de niños deprimidos no muestran los signos de "aviso" que manifiestan los adultos (verbalización de infelicidad, pensamiento de suicidio, gestos suicidas y manifestaciones muy abiertas de depresión). Además en los niños la posibilidad del suicidio está más asociada a la sintomatología de los trastornos de conducta que a los depresivos, y esto hace muy difícil la distinción entre los niños suicidas y los "actinosos".

## **2.10 TRATAMIENTO**

El tratamiento con niños depresivos ha incluido diferentes aproximaciones: desde las intervenciones profundas en el nivel psicodinámico y en la relación del niño con sus padres hasta la modificación de los síntomas a través de técnicas conductuales. Incluso se ha utilizado la farmacoterapia como apoyo en los tratamientos de índole psicológica. La utilización única de medicamentos (en estos casos con antidepresivos) no ha sido muy efectiva en niños como lo ha probado ser en adultos; por ello es necesario combinar el tratamiento farmacológico con otro tipo de intervenciones como la psicoterapia, la terapia familiar, la terapia cognitivo conductual, y entrenamiento de habilidades sociales que han sido los enfoques de mayor efectividad en el tratamiento de la depresión en los niños.

## CAPITULO III

### METODOLOGÍA

#### 3.1 OBJETIVO

1- El objetivo de la presente investigación es realizar un estudio de la relación entre depresión e hiperactividad en niños de 6 a 12 años.

Para ésta investigación se utilizaron dos pruebas psicométricas:

2- Escala para la evaluación del trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad **EDAH** (Anna Farré, Juan Narbona García, 2000).

3- Cuestionario de Depresión para Niños **CDS** (Lang, M. y Tisher, M. 2000) con el fin de determinar si los niños hiperactivos presentan mayor nivel de depresión que los niños que no presentan hiperactividad, en una población normal mexicana de ambos sexos, de 6 a 12 años de edad, pertenecientes a un nivel socioeconómico medio, medio-alto.

4- Se realiza un estudio para determinar el grado de depresión y el grado de déficit de atención e hiperactividad y así correlacionar el grado de déficit de atención e hiperactividad con la depresión.

#### 3.2 HIPOTESIS

Si los niños con déficit de atención e hiperactividad presentan conductas antisociales que les genera rechazo e incomprensión, entonces tendrán un grado de

depresión significativamente mayor que los niños que no presentan déficit de atención e hiperactividad.

### 3.3 HIPOTESIS NULA

No existe diferencia significativa de depresión entre niños con déficit de atención e hiperactividad y niños sin déficit de atención e hiperactividad.

### 3.4 VARIABLES

**3.4.1 Variable independiente:** Hiperactividad: es un trastorno en el desarrollo de atención, control de impulsos y la conducta gobernada por reglas (obediencia, autocontrol y solución de problemas), que surge en el desarrollo temprano, es significativamente crónico y afecta todas las áreas de funcionamiento, no se atribuye a retraso mental, sordera, ceguera, impedimentos neurológicos gruesos o desordenes emocionales severos. (Barkley, 1987, citado en, Solloa, 2001).

Déficit de Atención: Luria, (1984) definía la atención como “el proceso selectivo de la información necesaria, la consolidación de los programas de acción elegibles y el mantenimiento de un control permanente sobre el curso de los mismos”.

Bajo la etiqueta de trastornos de la atención se engloban una serie de alteraciones relacionadas, y que pueden tener efectos a medio o largo plazo sobre la conducta del niño, el rendimiento escolar, y el funcionamiento cognitivo. La atención puede estar disminuida en distintos estados psicopatológicos o en trastornos neurológicos, pero en el TDAH es un trastorno específico de la atención (Narbona y Chevie Muller, 1997).

**3.4.2 Variable dependiente:** Depresión: la psiquiatría considera que la depresión cubre una amplia gama de cambios en los estados emocionales, que en términos de gravedad fluctúan entre cambios normales del humor en la vida cotidiana y episodios psicóticos graves (De la Fuente, 1992).

De este modo el uso del término "depresión" en los diversos campos científicos, alude al deseo de que mecanismos comunes subyacen a los diversos fenómenos tanto neurofisiológicos, farmacológicos, psicológicos, como clínicos. En consecuencia, muchos clínicos e investigadores han postulado que los síntomas depresivos clínicos son el resultado de una reducción de alguna función generalizada del sistema nervioso central, y por lo tanto, se debe tratar con un fármaco que contrarreste dicho efecto (Kaplan, Sadock, 1996).

El término "trastorno depresivo" posee connotaciones todavía más específicas que el de síndrome. El uso de depresión para designar un trastorno no solo significa que existe un síndrome depresivo que es hasta cierto punto incapacitante en importantes áreas de la vida (como en el rendimiento escolar y relaciones interpersonales), sino que también existe un cuadro clínico característico con un tiempo de duración, una historia característica, una respuesta particular al tratamiento y determinados correlatos familiares, ambientales, biológicos, cognitivos o una combinación de ellos. (Arieti 1993, citado en, Solloa, 2001).

### **3.5 MUESTRA**

Se utilizan 170 sujetos normales escolarizados, de los cuales 33 fueron eliminados, por no haber contestado el Cuestionario de Depresión Infantil. Resultando así un diseño experimental constituido por 137 sujetos de ambos sexos, comprendidos entre las edades de 6 a 12 años, de primero, segundo, tercero, cuarto, quinto y sexto año de primaria, con

un nivel socioeconómico medio, medio-alto. Todos ellos pertenecientes a una Institución Educativa Privada ubicada en la Ciudad de México.

### **3.6 INSTRUMENTO**

Se utilizaron dos pruebas; una para medir hiperactividad y déficit de atención (Escala para la evaluación del trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad EDAH, Farré 1998), que consiste en un cuestionario el cual debe ser contestado únicamente por los profesores de cada grado y salón, el cual contiene 20 ítems, con 2 subescalas de 10 ítems cada una:

**1- Hiperactividad – déficit de atención**

**2- Trastorno de conducta**

A su vez, la primera subescala se compone de dos apartados, que llamaremos igualmente subescalas, con 5 ítems cada uno: Hiperactividad – impulsividad y Déficit de atención.

En el cuestionario definitivo, los ítems de las distintas áreas se han mezclado entre ellos para que funcionen como distractores.

A continuación se presentan los ítems distribuidos por factores:

**Área I: Hiperactividad/Impulsividad/Inatención.**

- Hiperactividad / Impulsividad

1- Tiene excesiva inquietud motora.

- 5- Exige inmediata satisfacción a sus demandas.
- 3- Molesta frecuentemente a otros niños
- 13- Se mueve constantemente, intranquilo.
- 7- Es impulsivo e irritable.

- Déficit de atención

- 4- Se distrae fácilmente, muestra escasa atención.
- 7- Está en las nubes, ensimismado.
- 8- Deja por terminar las tareas que empieza.
- 19- Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante.
- 2- Tiene dificultades de aprendizaje escolar.

**Área II: Trastornos de conducta.**

- 11- A menudo grita en situaciones inadecuadas.
- 12- Contesta con facilidad. Es irrespetuoso y arrogante.
- 15- Tiene explosiones impredecibles de mal genio.
- 14- Discute y pelea por cualquier cosa.
- 9- Es mal aceptado por el grupo.
- 16- Le falta el sentido de la regla, del "juego limpio".
- 10- Niega sus errores o echa la culpa a otros.
- 18- Se lleva mal con la mayoría de sus compañeros.
- 6- Tiene dificultad para las actividades cooperativas.
- 20- Acepta mal las indicaciones del profesor.

Se trata de un instrumento de gran sencillez tanto por el tipo de material utilizado, como por la facilidad de corrección y puntuación. Para el profesor supone poco esfuerzo puesto que los ítems son pocos y de fácil comprensión, por lo tanto la inversión de tiempo

es mínima. El evaluador puede hacer una rápida valoración cuantitativa y la subclasificación permite también dar orientaciones en base a una evaluación cualitativa.

**Fiabilidad:** Se hallan las correlaciones de cada ítem con su factor, de cada ítem con el total, y de cada factor con el total. Se halla el índice de fiabilidad (coeficiente alpha de Cronbach), tanto de los factores como de los cuestionarios en sus distintas versiones, en la siguiente tabla se presentan los coeficientes de fiabilidad de cada una de las subescalas y de cada escala Global. El mayor índice corresponde a la escala Global ( $\alpha = 0,929$ ). La subescala Trastornos de Conducta tiene una fiabilidad  $\alpha = 0,899$  inferior a la Global, pero también con la mitad de ítems. Con casi la misma fiabilidad, aunque solo con 5 ítems, se presenta la subescala Déficit de Atención ( $\alpha = 0,898$ ). La subescala Hiperactividad/Impulsividad ha obtenido el coeficiente menor ( $\alpha = 0,849$ ). Por último si se toman las dos subescalas como una sola, el coeficiente es de 0,874.

	HIPERACTIVIDAD/ IMPULSIVIDAD	DEFICIT DE ATENCIÓN	HDA	TRASTORNOS DE CONDUCTA	GLOBAL
<b>No. Ítems</b>	5	5	10	10	20
<b>Alpha</b>	0,849	0,898	0,874	0,899	0,929

**Validez:** Para el estudio de la validez se hallaron las correlaciones entre la EDHA (Escala para la evaluación del trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad) y los criterios del DSM-III. Los resultados se expresan en la siguiente tabla. Se observa que existe prácticamente la misma correlación entre la puntuación en el DSM-III y la escala Global (de 20 ítems) que entre la misma puntuación del DSM-III y la subescala Hiperactividad/ Déficit de Atención. Puesto que en la clasificación el DSM-III no se contemplan los trastornos de conducta, no se halló la correlación con esta subescala.

Escala	Correlación
Global (20 ítems)	0,6779
Hiperactividad/Déficit de Atención (10 ítems)	0,6761

El Cuestionario de depresión (Cuestionario de Depresión para niños CDS. Lang 1978) tiene por objetivo la evaluación global y específica de la depresión infantil, cuya funcionalidad reside en el establecimiento de la intensidad y comprensión de la naturaleza de la depresión y así facilita la comunicación entre el terapeuta y la familia.

El CDS consta de cinco conceptos operativos referentes a la sintomatología de la depresión, con el fin de definir la entidad que pretende evaluar el CDS, los cuales son:

- Respuesta afectiva: sentimientos de tristeza/desgracia y llanto.
- Autoconcepto negativo: sentimientos de inadecuación, poca autoestima, inutilidad, desamparo, desesperanza y falta de cariño.
- Disminución de la productividad mental y de los impulsos: aburrimiento, alejamiento, falta de energía, descontento, poca capacidad para el placer y para aceptar la ayuda y el confort, así como retraso motriz.
- Preocupaciones: por la muerte, la enfermedad, el yo o los otros, así como pensamientos suicidas y sentimientos de pérdida (real o imaginaria).
- Problemas de agresión: irritabilidad y explosiones de mal humor.

De estos cinco últimos junto con las informaciones psiquiátricas obtenidas a través de test proyectivos como el T.A.T y de Frases incompletas, así como de las descripciones acerca de experiencias y fenómenos referidas en la literatura, resultando los 66 elementos que conforman la presente escala. De los cuales 18 son positivos y los 48 restantes

constituyen los elementos negativos, todos ellos agrupados en dos grandes dimensiones: Total Depresivo (TD) de las que se desprenden 6 subescalas que miden:

- Respuestas Afectivas (RA): (8 elementos) Alude al estado de humor de los sentimientos del sujeto.
- Problemas Sociales (PS): (8 elementos) Refiere a las dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad del niño.
- Autoestima (AE): (8 elementos) Alude a sentimientos, conceptos y actitudes del niño en relación con su propia estima y valor.
- Preocupación por la Muerte (PM): (7 elementos) Alude a sueños y fantasías del niño en relación con su enfermedad y muerte.
- Sentimientos de Culpa (SC): (8 elementos) Se refiere a la autopunición del niño.
- Depresivos Varios (DV): (9 elementos) Incluye cuestiones de tipo depresivo que no pudieron agruparse para formar una entidad.
- Total Positivo (TP): que comprende elementos puntuados en el polo opuesto de la depresión.
- Ánimo – Alegría (AA): (8 elementos) Alude a la ausencia de alegría, diversión y felicidad en la vida del niño, o a su incapacidad para experimentarlas.
- Positivos Varios (PV): (10 elementos) Incluye cuestiones de tipo positivo que no pudieron agruparse para formar una entidad.

Todas estas subescalas son útiles para especificar e interpretar una determinada puntuación total depresiva o positiva, puesto que los niños pueden manifestar su depresión de muy distintas maneras.

**Confiabilidad:** Para la obtención de los índices de confiabilidad de la escala, fueron empleados el Alpha Cronbach, obteniéndose un índice  $\alpha = 0,9012$ , y por Split-Half  $r = 0,8682$ . Lo cual indica que el CDS presenta un alto nivel de estabilidad y consistencia interna.

En la tabla siguiente se muestran los índices de confiabilidad obtenida de cada una de las ocho subescalas (AA, RA, PS, AE, PM, SC, DV, y PV) y de las dos dimensiones superiores (TP, TD).

<b>Subescalas</b>	<b>Alpha de Cronbach</b>
AA	0,6614
RA	0,7804
PS	0,8026
AE	0,8114
PM	0,6578
SC	0,7472
DV	0,6194
PV	0,5781
TP	0,7519
TD	0,9366

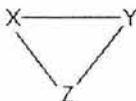
### 3.7 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio correlacional, transversal, prospectivo.

El estudio transversal es el tipo de estudio que se realiza en un momento determinado y describe el fenómeno como se presenta en ese tiempo, no importa los sucesos que hayan ocurrido ni antes, ni después (López Velasco, 1979).

El estudio prospectivo es un estudio técnico científico que se realiza en un momento dado para hacer proyecciones del futuro y prevenir las condiciones que eviten riesgos para un grupo determinado (López Velasco, 1979).

Los estudios correlacionales pretenden responder a preguntas de investigación, es decir, este tipo de estudio tienen como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables (en un contexto en particular). En ocasiones solo se analiza la relación entre dos variables lo que podría representarse como  $X-----Y$ ; pero frecuentemente se ubican en el estudio relaciones entre tres variables, lo cual se podría representar así:



Los estudios correlacionales miden las dos o más variables que se pretenden ver si están o no relacionadas en los mismos sujetos y después se analiza la correlación.

La utilidad y el propósito principal de los estudios correlacionales son saber como se pueden comportar un concepto o variable conociendo el comportamiento de otra u otras variables relacionadas. Es decir, para intentar predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos en una variable, a partir del valor que tiene en la variable o variables relacionada.

### **3.8 MATERIAL**

Para su aplicación se utilizó el manual de ambas pruebas, hoja de respuesta, lápices, gises y pizarrón para ejemplificar la forma de responder.

Para la parte de calificación del Cuestionario de Depresión infantil, se emplea la plantilla de corrección correspondiente incluida en la prueba.

### **3.9 PROCEDIMIENTO**

Se inició el presente estudio con la búsqueda de una Institución Educativa que cumpliera con las características necesarias para los fines de la presente. Ya una vez encontrada la Institución se establecieron los contactos con el Director y los Coordinadores de la escuela, con el fin de solicitar la autorización para llevar a cabo las aplicaciones de las pruebas de Depresión e Hiperactividad.

Para tener acceso a la muestra se solicitó a cada maestra titular de grado, su cooperación para contestar el EDAH (Escala para la evaluación del trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad) así como la cooperación de los alumnos de cada grado para la contestación del CDS (Cuestionario de depresión).

### **3.10 APLICACIÓN**

La aplicación de la Escala para evaluar trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH), se llevo a cabo durante dos días consecutivos debido a la disposición de las maestras para contestar la prueba.

La prueba EDAH debía ser contestada por la maestra del niño. La respuesta a cada elemento se valoran en una escala de 0 a 3 puntos de acuerdo con el grado de frecuencia con que se percibe la conducta descrita siendo:

Nada =	0
Poco =	1
Bastante =	2
Mucho =	3

En cuanto a la aplicación del Cuestionario de depresión infantil (CDS), tuvo una duración de 4 días consecutivos y en un horario escolar (matutino), y fue aplicado en forma colectiva en cada uno de los 12 grupos que representan los seis grados escolares (dos grupos por cada grado).

El examinador ingreso a cada una de las aulas, en donde proporcionó a los sujetos el material necesario para contestar el cuestionario. Una vez dadas las hojas de respuesta a los sujetos, se les pidió anotar sus datos personales (nombre, edad, sexo, grupo y fecha), procediendo así con las instrucciones, siendo estas las mismas para todos los sujetos de acuerdo con el manual del CDS:

**“Otros niños han contestado a las frases que les voy a leer, diciendo como piensan o como se sienten, si están de acuerdo o no en lo que se dice en esas frases. Yo leeré un número y una frase, y ustedes deberán contestar en la hoja que tienen en sus manos, poniendo una marca sobre uno de los circulitos que hay después de ese número. Para que vean como se contesta voy a poner un ejemplo en el pizarrón”.**

<75. Me gustan las visitas a los museos 75. ++ + +/- - --  
○ ○ ○ ○ ○

“Si contestan debajo del (++) querrán decir que están muy de acuerdo con lo que dice la frase, que les gusta mucho las visitas a los museos. Si contestan (+) querrán decir que están de acuerdo. Si contestan (+/-) querrán decir que no están seguros con lo que dice la frase y que están entre el si y el no. Si contestan (-) significa que están en desacuerdo y (-) sería que están muy en desacuerdo, es decir que no les gustan las visitas a los museos. ¿Han entendido?”.

A continuación el examinador lee pausadamente, mencionando el número de frase y la frase con claridad de manera que los sujetos puedan escuchar y entender la frase y concediendo tiempo suficiente para que todos contesten. Se repitieron las frases en las que existían confusión, pero no fueron aclaradas con palabras distintas; únicamente y siguiendo las recomendaciones del manual del CDS, el examinador utilizó el término “triste” en aquellos reactivos que incluían el término “desgraciado”, debido al significado que éste último tiene en nuestro país. Cuando en la redacción se incluyen los términos madre/padre, ambos se leen para que los sujetos puedan inclinarse a uno de ellos.

Una vez terminada la lectura de los elementos, el examinador recogió las hojas de respuesta, comprobando que todos los cuestionarios estuvieran completos, de lo contrario se volvió a leer las frases correspondientes.

### **3.11 ANALISIS ESTADISTICO**

Para este estudio se utiliza la Prueba de Hipótesis referente a la diferencia entre dos medias con muestras chicas. Para esta prueba tenemos muestras aleatorias independientes de poblaciones que se pueden aproximar por medio de distribuciones normales con la misma desviación estandar. Por lo tanto se puede basar nuestra decisión en la estadística, cuya distribución de muestreo es la distribución t-student.

Se utiliza también un coeficiente de correlación de Pearson para determinar el grado de dependencia lineal entre dos conjuntos de datos (un conjunto de niños hiperactivos depresivos y otro conjunto de niños depresivos).

## CAPITULO IV

### RESULTADOS

A continuación se expondrán los resultados obtenidos de las pruebas CDS (Cuestionario de Depresión para niños) y EDAH (Escala para la evaluación del trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad), aplicados a niños de 6 a 12 años de edad, de escolaridad primaria.

De ambas pruebas se obtuvieron 16 niños hiperactivos, 56 niños depresivos, 51 niños no depresivos ni hiperactivos y 14 niños hiperactivos con depresión. (gráficas # 3, 4, 5, 6 y 7).

Para obtener los resultados, se tomaron dos muestras una de niños depresivos, y otra de niños hiperactivos con depresión, de los cuales se tomaron muestras al azar de 15 niños depresivos y 14 niños hiperactivos depresivos. Se realizó una distribución t-student para pequeñas muestras, obteniendo los siguientes resultados:

**x** = media de la muestra

**S** = desviación estándar de la muestra

**n** = tamaño de la muestra

**p** = promedio de la muestra

Niños hiperactivos + depresión

Niños depresivos no hiperactivos

$$x = 125.15$$

$$x = 106.75$$

$$s = 13.22$$

$$s = 49.22$$

$$n = 14$$

$$n = 15$$

$$p = 119.64$$

$$p = 125.8$$

El estadístico de prueba es el siguiente:

$$t = \frac{X_{Hip} - X_{NoHip}}{\sqrt{\frac{(n_{Hip} - 1)S^2_{Hip} + (n_{NoHip} - 1)S^2_{NoHip}}{n_{Hip} + n_{NoHip} - 2} \left( \frac{1}{n_{Hip}} + \frac{1}{n_{NoHip}} \right) n}}$$

Se realizó una prueba de hipótesis referente a la diferencia de dos medias con muestras chicas, así como también se realizó un coeficiente de correlación para determinar si existe o no relación entre depresivos e hiperactivos.

Para realizar la correlación se tomó en cuenta todos los sujetos de la muestra incluyendo grado, número de niños por grado y la correlación entre el resultado de la prueba de hiperactividad y el resultado de la prueba de depresión. (tabla # 3)

## CONCLUSION

Se acepta la hipótesis nula, ya que permite concluir que no existe diferencia significativa entre los promedios de las poblaciones en estudio.

# RESULTADOS DE LAS PRUEBAS Y CORRELACIONES

**TABLA # 1                      DEPRESION E HIPERACTIVIDAD**

<i>Grupos</i>		<i>Prueba</i>	
		<i>Depresión</i>	<i>Hiperactividad</i>
<b>1°</b>	<b>10</b>		
JCM		170	29
PGL		78	0
DVE		78	25
DAS		69	15
CMG		92	3
MRC		103	23
CT		165	9
ASM		174	23
GFM		99	3
AAC		97	24
<b>2°</b>	<b>2</b>		
AT		97	1
NA		95	0
<b>3°</b>	<b>12</b>		
MGR		101	2
ASV		85	0
SGR		90	23
HLP		86	27
MAC		92	2
JRM		104	1
ACJ		97	0
GDV		88	8
MMF		102	1
MPM		174	15
MCP		85	5
ASB		97	15
<b>4°</b>	<b>12</b>		
CE		86	2
SGC		68	13
FA		91	8
FSM		184	4
FVG		164	13
PST		97	0

<i>JVP</i>		171	21
<i>NAM</i>		83	0
<i>MMG</i>		187	10
<i>JAR</i>		93	6
<i>MJZ</i>		101	2
<i>JTP</i>		99	8
<b>5°</b>	<b>17</b>		
<i>DM</i>		71	28
<i>JR</i>		71	18
<i>MS</i>		95	24
<i>DF</i>		92	12
<i>DG</i>		87	8
<i>CAM</i>		75	27
<i>FJ</i>		98	28
<i>FA</i>		89	4
<i>JMT</i>		89	16
<i>GS</i>		85	19
<i>ALA</i>		64	8
<i>MRE</i>		93	2
<i>MLP</i>		71	2
<i>AEF</i>		102	2
<i>GGR</i>		94	6
<i>DAG</i>		77	6
<i>SAE</i>		59	0
<b>6°</b>	<b>3</b>		
<i>PS</i>		94	25
<i>FMM</i>		78	9
<i>AMG</i>		98	13

X	Y	X <sup>2</sup>	Y <sup>2</sup>	XY
170	29	28900	841	4930
78	0	6084	0	0
78	25	6084	625	1950
69	15	4761	225	1035
92	3	8464	9	276
103	23	10609	529	2369
165	9	27225	81	1485
174	23	30276	529	4002
99	3	9801	9	297
97	24	9409	576	2328
97	1	9409	1	97
95	0	9025	0	0
101	2	10201	4	202
85	0	7225	0	0
90	23	8100	529	2070
86	27	7396	729	2322
92	2	8464	4	184
104	1	10816	1	104
97	0	9409	0	0
88	8	7744	64	704
102	1	10404	1	102
174	15	30276	225	2610
85	5	7225	25	425
97	15	9409	225	1455
86	2	7396	4	172
68	13	4624	169	884
91	8	8281	64	728
184	4	33856	16	736
164	13	26896	169	2132

97	0	9409	0	0
171	21	29241	441	3591
83	0	6889	0	0
187	10	34969	100	1870
93	6	8649	36	558
101	2	10201	4	202
99	8	9801	64	792
71	28	5041	784	1988
71	18	5041	324	1278
95	24	9025	576	2280
92	12	8464	144	1104
87	8	7569	64	696
75	27	5625	729	2025
98	28	9604	784	2744
89	4	7921	16	356
89	16	7921	256	1424
85	19	7225	361	1615
64	8	4096	64	512
93	2	8649	4	186
71	2	5041	4	142
102	2	10404	4	204
94	6	8836	36	564
77	6	5929	36	462
59	0	3481	0	0
94	25	8836	625	2350
78	9	6084	81	702
98	13	9604	169	1274

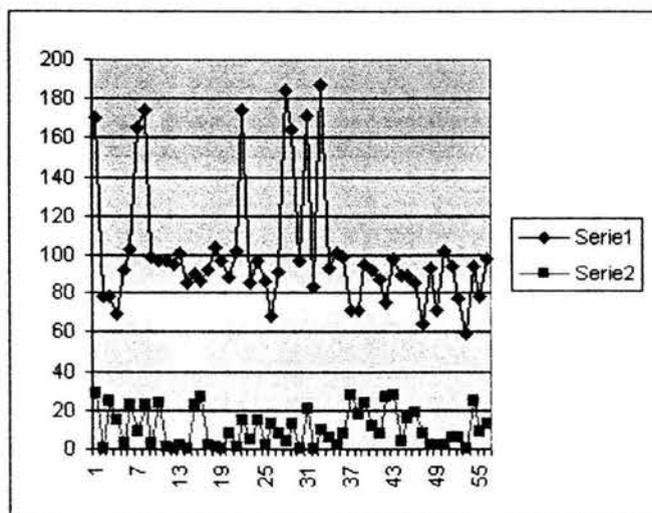
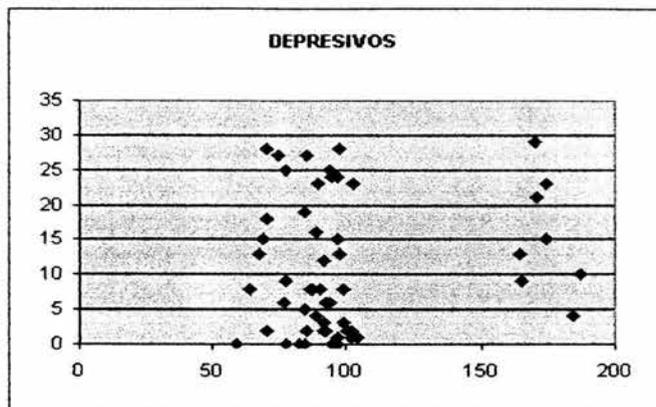
$\Sigma$  **5624**    **598**    **621324**    **11360**    **62518**

**Coefficiente de correlación**

**r =**                    0.74414376

existe una relacion moderada

# GRAFICA # 1



**TABLA # 2**

**Hiperactividad con  
depresión**

Grupos	Prueba	
	Depresión	Hiperactividad
1°	0	
2°	4	
JPG	93	34
PVL	197	41
RG	78	34
BRR	192	55
3°	0	
4°	2	
VAC	172	32
ST	96	48
5°	1	
ASE	163	40
6°	7	
SV	94	49
MHM	102	41
ANT	62	40
ALM	182	41
GFM	87	31
JG	75	36
MSD	82	34

14

X	Y	X^2	Y^2	XY
93	34	8649	1156	3162
197	41	38809	1681	8077
78	34	6084	1156	2652
192	55	36864	3025	10560
172	32	29584	1024	5504
96	48	9216	2304	4608
163	40	26569	1600	6520
94	49	8836	2401	4606
102	41	10404	1681	4182
62	40	3844	1600	2480

182	41	33124	1681	7462
87	31	7569	961	2697
75	36	5625	1296	2700
82	34	6724	1156	2788

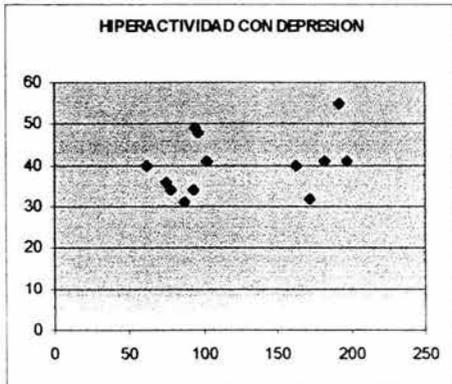
$\Sigma$

**1675    556    231901    22722    67998**

### Coefficiente de correlación

$$r = 0.93674536$$

existe una relación de alta dependencia



**TABLA # 3**

X	Y	X <sup>2</sup>	Y <sup>2</sup>	XY
0	59	0	3481	0
0	83	0	6889	0
0	97	0	9409	0
0	97	0	9409	0
0	85	0	7225	0
0	95	0	9025	0
0	78	0	6084	0
0	143	0	20449	0
1	102	1	10404	102
1	104	1	10816	104
1	97	1	9409	97
1	140	1	19600	140
2	102	4	10404	204
2	71	4	5041	142
2	93	4	8649	186
2	101	4	10201	202
2	86	4	7396	172
2	101	4	10201	202
2	92	4	8464	184
2	130	4	16900	260
2	138	4	19044	276
2	132	4	17424	264
3	99	9	9801	297
3	92	9	8464	276
3	127	9	16129	381
4	89	16	7921	356
4	184	16	33856	736
4	115	16	13225	460
4	146	16	21316	584
5	85	25	7225	425
5	112	25	12544	560
5	129	25	16641	645
5	128	25	16384	640
5	118	25	13924	590
5	107	25	11449	535
6	77	36	5929	462
6	94	36	8836	564
6	93	36	8649	558

6	107	36	11449	642
6	126	36	15876	756
6	142	36	20164	852
8	64	64	4096	512
8	87	64	7569	696
8	99	64	9801	792
8	91	64	8281	728
8	88	64	7744	704
8	117	64	13689	936
8	131	64	17161	1048
8	139	64	19321	1112
9	78	81	6084	702
9	165	81	27225	1485
9	141	81	19881	1269
9	136	81	18496	1224
9	107	81	11449	963
10	187	100	34969	1870
10	105	100	11025	1050
11	113	121	12769	1243
11	139	121	19321	1529
11	111	121	12321	1221
12	139	144	19321	1668
12	92	144	8464	1104
13	157	169	24649	2041
13	112	169	12544	1456
13	98	169	9604	1274
13	164	169	26896	2132
13	68	169	4624	884
14	109	196	11881	1526
15	120	225	14400	1800
15	97	225	9409	1455
15	174	225	30276	2610
15	69	225	4761	1035
16	107	256	11449	1712
16	125	256	15625	2000
16	89	256	7921	1424
17	106	289	11236	1802
17	115	289	13225	1955
17	113	289	12769	1921
18	113	324	12769	2034
18	135	324	18225	2430
18	71	324	5041	1278
19	136	361	18496	2584
19	85	361	7225	1615
20	123	400	15129	2460
21	171	441	29241	3591

22	138	484	19044	3036
23	90	529	8100	2070
23	174	529	30276	4002
23	103	529	10609	2369
23	114	529	12996	2622
24	95	576	9025	2280
24	97	576	9409	2328
25	94	625	8836	2350
25	78	625	6084	1950
25	112	625	12544	2800
25	142	625	20164	3550
26	144	676	20736	3744
26	124	676	15376	3224
27	75	729	5625	2025
27	86	729	7396	2322
27	120	729	14400	3240
28	98	784	9604	2744
28	71	784	5041	1988
29	170	841	28900	4930
29	130	841	16900	3770
29	148	841	21904	4292
29	136	841	18496	3944
29	115	841	13225	3335
31	87	961	7569	2697
32	172	1024	29584	5504
32	152	1024	23104	4864
32	140	1024	19600	4480
33	105	1089	11025	3465
33	92	1089	8464	3036
34	82	1156	6724	2788
34	78	1156	6084	2652
34	93	1156	8649	3162
34	105	1156	11025	3570
34	111	1156	12321	3774
34	106	1156	11236	3604
34	146	1156	21316	4964
35	123	1225	15129	4305
36	75	1296	5625	2700
36	133	1296	17689	4788
39	150	1521	22500	5850
40	62	1600	3844	2480
40	163	1600	26569	6520
41	182	1681	33124	7462
41	102	1681	10404	4182
41	197	1681	38809	8077
44	107	1936	11449	4708

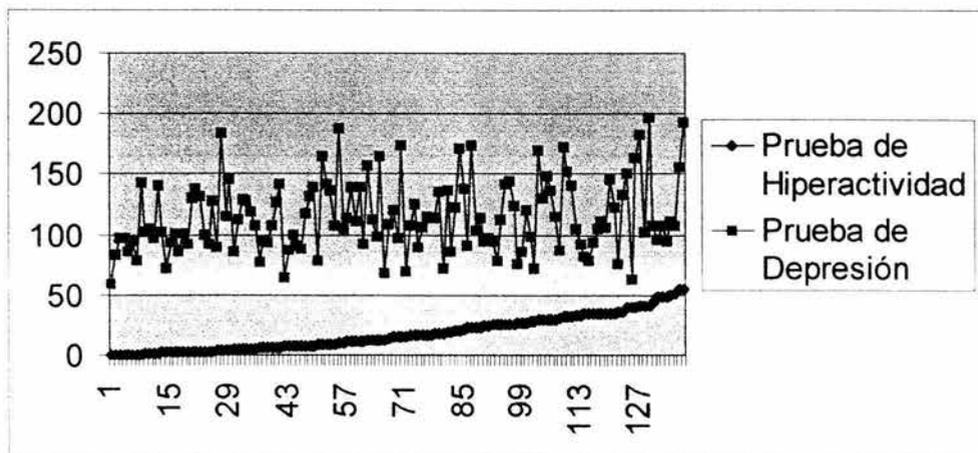
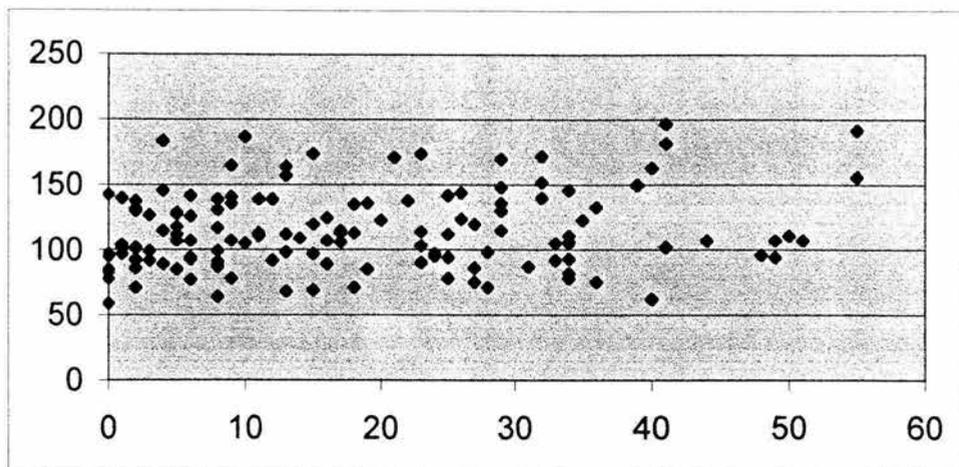
48	96	2304	9216	4608
49	107	2401	11449	5243
49	94	2401	8836	4606
50	111	2500	12321	5550
51	107	2601	11449	5457
55	156	3025	24336	8580
55	192	3025	36864	10560
<b>2449</b>	<b>15662</b>	<b>72021</b>	<b>1913092</b>	<b>290880</b>

**Coefficiente de Correlacion**

$r = 0.78363957$

**Existe una relación moderada**

## GRAFICA # 2



### GRAFICA # 3

Hiperactividad con depresión 14 Niños

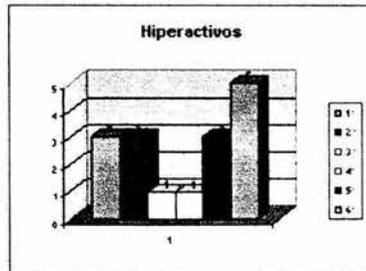
Grupos		
1°	0	Niños
2°	4	Niños
3°	0	Niños
4°	2	Niños
5°	1	Niños
6°	7	Niños



### GRAFICA # 4

Hiperactivos 16 Niños

Grupos		
1°	3	Niños
2°	3	Niños
3°	1	Niños
4°	1	Niños
5°	3	Niños
6°	5	Niños



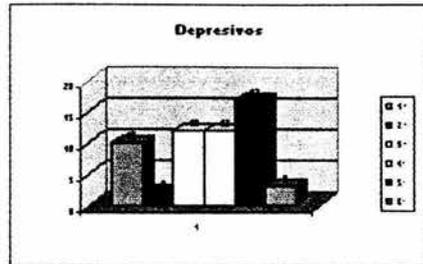
## GRAFICA # 5

Depresivos

56

Grupos

1°	10	Niños
2°	2	Niños
3°	12	Niños
4°	12	Niños
5°	17	Niños
6°	3	Niños



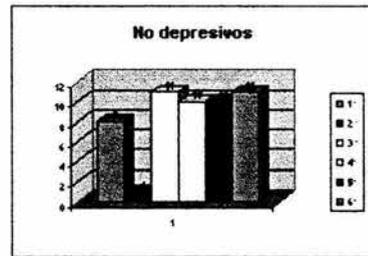
## GRAFICA # 6

No depresivos

51

Grupos

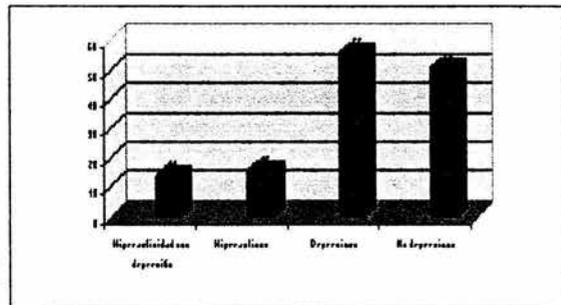
1°	8	Niños
2°	1	Niños
3°	11	Niños
4°	10	Niños
5°	10	Niños
6°	11	Niños



## GRAFICA # 7

Hiperactividad con depresión	14
Hiperactivos	16
Depresivos	56
No depresivos	51

137



X Hiperactividad con depresión  
Y Depresivos

X	Y	X <sup>2</sup>	Y <sup>2</sup>	XY
0	10	0	100	0
4	2	16	4	8
0	12	0	144	0
2	12	4	144	24
1	17	1	289	17
7	3	49	9	21

SUMATORIAS 

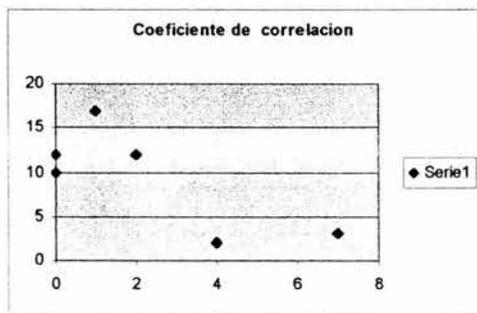
<b>14</b>	<b>56</b>	<b>70</b>	<b>690</b>	<b>70</b>
-----------	-----------	-----------	------------	-----------

COEFICIENTE DE CORRELACION

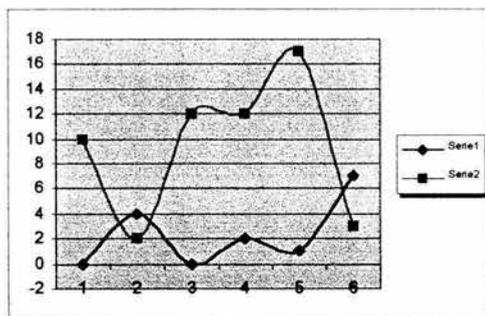
$r = 0.319$

existe una relacion muy ligera

## GRAFICA # 8



## GRAFICA # 9



## CAPITULO V

### DISCUSION DE RESULTADOS

El objetivo de la presente investigación es realizar un estudio de la relación entre depresión e hiperactividad en niños de 6 a 12 años. Ya que algunos autores comentan que la hiperactividad es la causante de la depresión.

Para este estudio se utilizaron dos pruebas psicométricas: una Escala para la evaluación del trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (EDAH) y un cuestionario de Depresión Infantil (CDS) con el fin de determinar si los niños hiperactivos presentan mayor nivel de depresión que los niños que no presentan hiperactividad , en una población normal mexicana de ambos sexos de 6 a 12 años de edad, pertenecientes a un nivel socioeconómico medio, medio alto.

Se realiza un estudio para determinar el grado de depresión y el grado de déficit de atención e hiperactividad y así correlacionar el grado de déficit de atención e hiperactividad con la depresión. En este estudio se encontró una correlación de 0.78 lo cual sí existe una correlación medianamente alta, por lo que si hay una relación entre hiperactividad y depresión.

La hipótesis en la que se plantea que los niños con déficit de atención e hiperactividad presentan conductas antisociales que les genera rechazo e incomprensión, tendrán un grado de depresión significativamente mayor que los niños que no presentan déficit de atención e hiperactividad.

Sin embargo no hay una diferencia significativa. Por lo que se acepta la hipótesis nula (Ho) que expone que no existe diferencia significativa de depresión entre niños con déficit de atención e hiperactividad y niños sin déficit de atención e hiperactividad.

Es importante mencionar que de 170 niños a los que se les aplicó el cuestionario de depresión, un 33 % de los niños presentan depresión, y solo un 8.5 % de los niños, presentan depresión con hiperactividad. Lo que nos indica que una gran parte de la muestra presenta depresión.

Estos resultados están en contra de lo que mencionan los autores que consideran que la hiperactividad es la causante de la depresión. Por ejemplo Portal (1995), menciona que los niños en edad escolar (6 – 12 años) debido a su hiperactividad y déficit de atención, tienen una baja autoestima, falta de motivación e interés y no tienen amigos debido a que su conducta es frecuentemente agresiva, y lleva al niño a caer en la depresión.

Otra teoría es la expuesta por E. Barragán (2001), este autor define la depresión como la condición del paciente como si estuviera "hundido" y menciona que la depresión es la principal asociación que padecen los pacientes con déficit de atención e hiperactividad. Barragán hace hincapié en que la depresión puede tener una variedad de signos y síntomas como es la hiperactividad, fatiga, baja concentración, irritabilidad, tensión muscular, ansiedad y alteraciones del sueño.

Por otro lado Weinberg y Rehmert (1995), proponen que el niño deriva una sensación de competencia y seguridad cuando logra los éxitos esperados tanto en su conducta como en su rendimiento académico, y cuando es aceptado y querido por sus compañeros. Por ello durante este periodo cualquier fracaso en alguna, de estas áreas, predispone al niño a un trastorno del estado de ánimo. En este sentido Weinberg y Rehmert señalan que los niños con dificultades de aprendizaje al ser incapaces de derivar

reforzamientos positivos de su ambiente escolar son particularmente vulnerables a la depresión y al aislamiento.

Goldstein (1987) menciona que los estados depresivos afectan a un 10 % de los niños menores de 12 años, pero que se observa en un mayor porcentaje en aquellos niños que además padecen problemas de ansiedad, déficit de atención, con desordenes de conducta y con problemas de aprendizaje.

Costello (1995) señaló que la depresión está determinada básicamente porque el sujeto posee aptitudes sociales inadecuadas; así un niño con pocas aptitudes sociales puede desarrollar fácilmente depresión.

Por el contrario Solloa (2001), considera que la depresión puede causar también hiperactividad a pesar de que la depresión comúnmente se manifiesta por retraimiento, silencio, aislamiento, y dificultad para concentrarse, en los niños es frecuente la depresión enmascarada que se puede mostrar a través de irritabilidad y berrinches; los niños que manifiestan su depresión de esta manera pueden parecer hiperactivos.

Un hallazgo importante de este estudio es que se encontró que la mayor parte de la muestra presentan síntomas de depresión.

Por lo que es necesario que estos niños tengan una atención y seguimiento terapéutico, así como estudiar más detalladamente a estos niños depresivos, ahondar en las causas y enfrentarlas.

En cuanto a la hiperactividad, aún cuando son pocos los niños que presentan hiperactividad (16 niños) es conveniente realizar entrevistas con maestros, para conocer detalladamente como es el comportamiento del niño en clase, la relación que lleva con sus compañeros, como se siente el niño en el salón de clases, así como determinar si la hiperactividad se debe a un problema emocional o neurológico, y referir al niño con especialistas.

## CAPITULO VI

### ALCANCES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

#### 6.1 ALCANCES

Esta investigación posee dos temas de gran importancia para la actualidad, como lo son: el déficit de atención e hiperactividad y la depresión infantil, estos temas dan paso a la psicología en un campo poco explorado por la mayoría de los padres de familia, quienes desconocen las problemáticas de sus hijos.

Los resultados obtenidos señalan que no hay una diferencia significativa de depresión entre niños con déficit de atención e hiperactividad, por lo que la hipótesis nula fue aceptada debido a que hay más depresivos y no se pueden generalizar los datos.

#### 6.2 LIMITACIONES

Las limitaciones de la presente investigación son las siguientes:

- 1) El cuestionario CDS se tuvo que aplicar de manera grupal, grado por grado, por lo que al aplicarse de manera grupal, los niños dejaban reactivos sin contestar, por lo que esas pruebas fueron anuladas.

- 2) La muestra elegida corresponde a una sola escuela perteneciente al Estado de México, por lo que los resultados obtenidos no pueden ser generalizados a la población infantil de la República.
- 3) La muestra elegida es de niños de 6 a 12 años, por lo que los resultados no pueden ser generalizados a una población de edad diferente.
- 4) La muestra elegida corresponde a una escuela particular con un nivel socioeconómico medio, medio alto, por lo que los resultados no pueden generalizarse a poblaciones con un nivel socioeconómico diferente.

### **3.3 SUGERENCIAS**

Para futuras investigaciones se sugiere lo siguiente:

Realizar la investigación tomando en cuenta diferentes escuelas.

Realizar la investigación en escuelas especializadas en niños con déficit de atención e hiperactividad y comparar resultados con otras escuelas regulares.

Buscar las causas de la depresión y relacionarla con la edad del niño, para valorar si realmente existe depresión, o son cambios que forman parte del desarrollo del niño.

Realizar investigaciones utilizando otro tipo de pruebas que midan hiperactividad y depresión, y comparar esos resultados con otras pruebas que midan lo mismo, para así tener un resultado más detallado.

5) Realizar entrevistas a padres de familia, con el propósito de saber como es la conducta del niño en casa, así como conocer su historia familiar, y así poder investigar la causa de la depresión.

6) Realizar entrevistas a maestros, con el propósito de saber, como es la conducta del niño en la escuela, en el salón de clases y como es la relación con sus compañeros, para determinar la causa de la depresión y la hiperactividad.

7) Mandarlos a tratamiento así como elaborar programas en las escuelas para detectar esta problemática y buscar la manera de apoyarlos.

## CAPITULO VII

### CONCLUSIONES

El objetivo de la presente investigación es encontrar una relación entre depresión e hiperactividad, en niños con déficit de atención e hiperactividad y niños sin déficit de atención e hiperactividad y así poder ayudar en estas problemáticas, y detectar a tiempo ambas enfermedades. Es importante exponer ambos temas para poder concluir con algunas soluciones.

Tal como se reviso en el trabajo, se ha encontrado que no solo son los adultos los que se deprimen; de acuerdo a los resultados de la presente investigación, los niños pueden también sufrir de depresión, que es una enfermedad tratable.

El comportamiento de los niños deprimidos es diferente al comportamiento de los adultos deprimidos. Los psiquiatras de niños le recomiendan a los padres que estén atentos a síntomas de depresión que pueden presentar sus niños, tales como lloriqueo, desesperanza, falta de interés y motivación etc.

Es probable que los niños que viven con mucha tensión, que han experimentado una pérdida, o que tienen desordenes de la atención, del aprendizaje o de la conducta corren mayor riesgo de sufrir depresión.

Los niños que se portan mal en la casa y en la escuela pueden estar sufriendo de depresión sin que nadie se de cuenta de ello. Los padres y los maestros no se percatan de que la mala conducta es a veces un síntoma de depresión ya que estos niños no siempre

dan la impresión de estar tristes. Sin embargo si les preguntan directamente, los niños algunas veces admiten que están tristes o que son infelices.

El diagnóstico y tratamiento temprano de la depresión es esencial para los niños deprimidos. Esta es una enfermedad real que requiere ayuda profesional. Un tratamiento comprensivo a menudo incluye ambas terapias; individual y de familia; así como incluir el uso de medicamentos antidepresivos. Para ayudarles, los padres deben pedirle a su medico de familia que los refiera a un psiquiatra de niños, quien puede diagnosticar y tratar la depresión en niños.

En cuanto al tema de hiperactividad es importante concluir que es difícil encontrar el punto que separa a un niño muy inquieto, de otro hiperactivo. Por lo que cuando se presenta puede generar confusión o duda, sin embargo al realizar algunas pruebas psicológicas y neurológicas, el diagnóstico queda confirmado y con esta la necesidad de atenderse.

La hiperactividad representa para el niño una situación incómoda y dolosa que obstaculiza su interacción con el medio, limitando su capacidad de aprendizaje y de relación con sus semejantes.

Aunque en esta investigación los resultados de la prueba de hiperactividad muestran que es muy poco el porcentaje de niños hiperactivos, no por eso deja de ser importante toda vez que los maestros mencionan que es muy difícil tratar con estos niños dentro del salón de clases, ya que frecuentemente interrumpen en clase y rompen con la dinámica de grupo; los compañeros con los que comparte la clase se desesperan con el niño hiperactivo, pues suelen reaccionar o jugar de manera agresiva, no respetan turnos y quieren ser líderes.

Es importante que tanto los padres como los educadores del niño en estas situaciones (depresión, hiperactividad) estén enterados y debidamente preparados para

coadyuvar con el tratamiento médico y psicológico, y que la recuperación del niño se realice en un ambiente lleno de comprensión, entendimiento y aceptación.

Un niño hiperactivo o que sufre de depresión puede y debe tener una educación especial, sin necesidad de exclusiones dañinas o innecesarias. Su crecimiento y desarrollo puede sucederse en centros sociales y educativos comunitarios, lo único que requiere de especial es la atención conciente de sus padres y educadores.

Es bien sabido que tanto un niño depresivo y en especial un niño hiperactivo con un tratamiento y atención oportuna y adecuada, puede alcanzar un desarrollo afectivo e intelectual que le permita y ofrezca un crecimiento sin huellas nocivas importantes para su sano desenvolvimiento ulterior.

Es importante mencionar que en esta investigación se encontró que una gran parte de la muestra; es decir que un 33 % de 170 niños presentaron un alto grado de depresión, mostrándose especialmente en los grupos de tercero, cuarto y quinto de primaria, sin ser niños hiperactivos y que solo un 8.5 % de los niños presentaron ambas problemáticas (hiperactividad y depresión) y esto se muestra en los grados de segundo y sexto de primaria.

Lo que permite concluir que la hiperactividad no siempre es la causante de la depresión, y que sería conveniente que en futuras investigaciones, se realice un estudio buscando las causas de la depresión y tomando en cuenta en que edades aparece más frecuente la depresión.

## CAPITULO VIII

### BIBLIOGRAFIA

ARIETI, S., y BEMPORAD, J., (1993) Psicoterapia de la depresión. México. Paidós

BARRAGAN, E. (2001) El niño y el adolescente con Trastornos por Déficit de Atención, su mundo y sus soluciones. México. Altius Editores

BOWLBY, J. (1978) La separación afectiva. España. Paidós

CANTWELL, D. (1984) The attention Déficit Disorder. Los Angeles. American Academy of Child Psychiatry

DE LA FUENTE, R. (1992) Psicología medica. México. Fondo de Cultura Económica

DIAZ, C. (1995) Depresión infantil: infinito de tristeza. México. Periódico Reforma

DSM-IV (1995) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona. Masson

DU PAUL, D. (1991) Attention Déficit Hyperactivity Disorder. E.U. Morris

FARRE, A. (2000) Escalas para la evaluación del trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Madrid. TEA Ediciones

FREUD, S. (1923) El yo y el ello. Biblioteca Nueva España. Obras completas, vol. II

- FREUD, S. (1915) Duelo y melancolía. Biblioteca Nueva España. Obras completas, vol II
- JIMENEZ, J. (1995) Miedos, fobias y trastornos de ansiedad en la infancia. España. Aljibe
- KRAUSE, R. (1999) Teoría psicoanalítica contemporánea de los afectos. México. Centro Médico Nacional Siglo XXI
- LANG, M. (2000) Cuestionario de Depresión para niños. Madrid. TEA Ediciones
- LURIA, A. (1984) Atención y memoria. Barcelona. Martínez Roca
- MALMQUIST, C. (1977) The Functioning of Self-Esteem in Childhood Depression. E.U.A. International University Press
- MATSON, J. (1991) Treating Depression in Children and Adolescents. E.U.A. Pergamon Press
- NARBONA, G., y MULLER, C. (1997) Déficit de atención e hiperquinesia. Barcelona. Masson
- PETTI, T. (1983) Enfoques conductuales en el tratamiento de niños deprimidos. México. Martínez Roca
- PETTI, T., OLLENDICK, T., y HERSEN, M. (1993) Psicopatología infantil. México. Martínez Roca
- SOLLOA, L. M., (2001) Los trastornos psicológicos en el niño. Etiología, características, diagnóstico y tratamiento. México. Trillas
- SPERLING, M. (1996) Psicoterapia del niño neurótico y psicótico. México. Hormé

WEISS, G. (1985) Hyperactive Children grown up. New York. Guilford Press

WEINBERG, W., y REHMET, A. (1987) El trastorno afectivo infantil y los problemas escolares. España. Martínez Roca

# APÉNDICE A

# EDAH

## HOJA DE ANOTACIÓN

Nombre \_\_\_\_\_

Centro \_\_\_\_\_

Nivel escolar: \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Sexo VARON \_\_\_\_\_

MUJER \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

RESPONDA A CADA CUESTIÓN ROTONDEANDO CON UN CÍRCULO EL GRADO EN QUE EL ALUMNO PRESENTA CADA UNA DE LAS CONDUCTAS DESCRITAS

NADA

POCO

BASTANTE

MUCHO

0

1

2

3

1	Tiene excesiva inquietud motora	0	1	2	3
2	Tiene dificultades de aprendizaje escolar	0	1	2	3
3	Molesta frecuentemente a otros niños	0	1	2	3
4	Se distrae fácilmente, muestra escasa atención	0	1	2	3
5	Exige inmediata satisfacción a sus demandas	0	1	2	3
6	Tiene dificultad para las actividades cooperativas	0	1	2	3
7	Está en las nubes, ensimismado	0	1	2	3
8	Deja por terminar las tareas que empieza	0	1	2	3
9	Es mal aceptado por el grupo	0	1	2	3
10	Niega sus errores o echa la culpa a otros	0	1	2	3
11	A menudo grita en situaciones inadecuadas	0	1	2	3
12	Contesta con facilidad. Es irrespetuoso y arrogante	0	1	2	3
13	Se mueve constantemente, intranquilo	0	1	2	3
14	Discute y pelea por cualquier cosa	0	1	2	3
15	Tiene explosiones impredecibles de mal genio	0	1	2	3
16	Le falta sentido de la regla, del «juego limpio»	0	1	2	3
17	Es impulsivo e irritable	0	1	2	3
18	Se lleva mal con la mayoría de sus compañeros	0	1	2	3
19	Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante	0	1	2	3
20	Acepta mal las indicaciones del profesor	0	1	2	3

NO DESEGUER ESTE EJEMPLAR O LA APLICACIÓN Q/EDAPÁ INVÁLIDA



Autor: A. Ferrás y J. Narbona.

Copyright © 1998 by TEA Ediciones, S.A. - Esta TEA Ediciones, S.A. es Fray Bernardino de Sahagún, 24. 28036 MADRID. Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este tipo de tinta se expresa en DOS TINTAS de lo presentado en esta página en una reproducción real. En el resto de la profesión y en el tipo normal. NO LA TINTA. Printed in Spain. Impreso en España.

# **APÉNDICE B**

## Elementos del CDS

1. *Me siento alegre la mayor parte del tiempo.*
2. *Muchas veces me siento desgraciado en el colegio.*
3. *A menudo pienso que nadie se preocupa por mí.*
4. *A menudo creo que valgo poco.*
5. *Me despierto a menudo durante la noche.*
6. *Pienso muchas veces que dejo en mal lugar a mi madre / padre.*
7. *Creo que se sufre mucho en la vida.*
8. *Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago.*

→

9. *Siempre creo que el día siguiente será mejor.*
10. *A veces me gustaría estar ya muerto.*
11. *Me siento solo muchas veces.*
12. *Frecuentemente estoy descontento conmigo mismo.*
13. *Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco.*
14. *A veces creo que mi madre / padre hace o dice cosas que me hacen pensar que he hecho algo terrible.*
15. *Me pongo triste cuando alguien se enfada conmigo.*
16. *Muchas veces mi madre / padre me hace sentir que las cosas que hago son muy buenas.*

→

17. *Siempre estoy deseando hacer muchas cosas cuando estoy en el colegio.*
18. *Estando en el colegio, muchas veces me dan ganas de llorar.*
19. *A menudo soy incapaz de mostrar lo desgraciado que me siento por dentro.*
20. *Odio la forma de mi aspecto o de mi comportamiento.*
21. *La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada.*
22. *A veces temo que lo que hago pueda molestar o enfadar a mi madre / padre.*
23. *Cuando me enfado mucho casi siempre termino llorando.*
24. *En mi familia todos nos divertimos mucho juntos.*

→

25. *Me divierto con las cosas que hago.*
26. *Frecuentemente me siento desgraciado / triste / desdichado.*
27. *Muchas veces me siento solo y como perdido en el colegio.*
28. *A menudo me odio a mí mismo.*
29. *Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas.*
30. *Frecuentemente pienso que merezco ser castigado.*
31. *A menudo me siento desgraciado por causa de mis tareas escolares.*
32. *Cuando alguien se enfada conmigo, yo me enfado con él.*

→

33. *Casi siempre lo paso bien en el colegio.*
34. *A veces pienso que no vale la pena vivir esta vida.*
35. *La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende.*
36. *A menudo me avergüenzo de mí mismo.*
37. *Muchas veces me siento muerto por dentro.*
38. *A veces estoy preocupado porque no amo a mi madre / padre como debiera.*
39. *A menudo la salud de mi madre me preocupa / inquieta.*
40. *Creo que mi madre / padre está muy orgulloso de mí.*

→

41. *Soy una persona muy feliz.*
42. *Cuando estoy fuera de casa me siento muy desdichado.*
43. *Nadie sabe lo desgraciado que me siento por dentro.*
44. *A veces me pregunto si en el fondo soy una persona muy mala.*
45. *Estando en el colegio me siento cansado casi todo el tiempo.*
46. *Creo que los demás me quieren, aunque no lo merezco.*
47. *A veces sueño que tengo un accidente o me muero.*
48. *Pienso que no es nada malo enfadarse.*

→

49. *Creo que tengo buena presencia y soy atractivo.*
50. *Algunas veces no sé por qué me dan ganas de llorar.*
51. *A veces pienso que no soy de utilidad para nadie.*
52. *Cuando fallo en el colegio pienso que no valgo para nada.*
53. *A menudo me imagino que me hago heridas o que me muero.*
54. *A veces creo que hago cosas que ponen enfermo a mi madre / padre.*
55. *Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero.*
56. *Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche.*

→

57. *Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer.*
58. *Creo que mi vida es desgraciada.*
59. *Cuando estoy fuera de casa me siento como vacío.*
60. *La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser.*
61. *A veces me siento mal porque no amo y escucho a mi madre/padre como se merece.*
62. *Pienso a menudo que no voy a llegar a ninguna parte.*
63. *Tengo muchos amigos.*
64. *Utilizo mi tiempo haciendo con mi padre cosas muy interesantes.*
65. *Hay mucha gente que se preocupa bastante por mí.*
66. *A veces creo que dentro de mí hay dos personas que me empujan en distintas direcciones.*

N.º 122

## CDS Hoja de respuestas

++	Muy de acuerdo
+	De acuerdo
+/-	No estoy seguro
-	En desacuerdo
--	Muy en desacuerdo

Apellidos y nombre .....

Curso ..... Edad ..... Sexo ..... (V. o M.) Fecha .....

Centro .....

## SEÑALA SOLO UNA RESPUESTA

	++	+	+/-	-	--		++	+	+/-	-	--	PD
1...	<input type="radio"/>	33...	<input type="radio"/>	AA								
2...	<input type="radio"/>	34...	<input type="radio"/>	RA								
3...	<input type="radio"/>	35...	<input type="radio"/>	PS								
4...	<input type="radio"/>	36...	<input type="radio"/>	AE								
5...	<input type="radio"/>	37...	<input type="radio"/>	PM								
6...	<input type="radio"/>	38...	<input type="radio"/>	SC								
7...	<input type="radio"/>	39...	<input type="radio"/>	DV								
8...	<input type="radio"/>	40...	<input type="radio"/>	PV								
9...	<input type="radio"/>	41...	<input type="radio"/>	TP								
10...	<input type="radio"/>	42...	<input type="radio"/>	TD								
11...	<input type="radio"/>	43...	<input type="radio"/>									
12...	<input type="radio"/>	44...	<input type="radio"/>									
13...	<input type="radio"/>	45...	<input type="radio"/>									
14...	<input type="radio"/>	46...	<input type="radio"/>									
15...	<input type="radio"/>	47...	<input type="radio"/>									
16...	<input type="radio"/>	48...	<input type="radio"/>									
17...	<input type="radio"/>	49...	<input type="radio"/>									
18...	<input type="radio"/>	50...	<input type="radio"/>									
19...	<input type="radio"/>	51...	<input type="radio"/>									
20...	<input type="radio"/>	52...	<input type="radio"/>									
21...	<input type="radio"/>	53...	<input type="radio"/>									
22...	<input type="radio"/>	54...	<input type="radio"/>									
23...	<input type="radio"/>	55...	<input type="radio"/>									
24...	<input type="radio"/>	56...	<input type="radio"/>									
25...	<input type="radio"/>	57...	<input type="radio"/>									
26...	<input type="radio"/>	58...	<input type="radio"/>									
27...	<input type="radio"/>	59...	<input type="radio"/>									
28...	<input type="radio"/>	60...	<input type="radio"/>									
29...	<input type="radio"/>	61...	<input type="radio"/>									
30...	<input type="radio"/>	62...	<input type="radio"/>									
31...	<input type="radio"/>	63...	<input type="radio"/>									
32...	<input type="radio"/>	64...	<input type="radio"/>									
						65...	<input type="radio"/>					
						66...	<input type="radio"/>					

