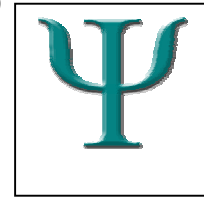




**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**



**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA**

**PRESENCIA DE RASGOS DEPRESIVOS EN NIÑOS DE PRIMARIA EN RELACIÓN  
CON VARIABLES PERSONALES DESDE LA VALORACIÓN DE MAESTROS Y  
ALUMNOS**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**EDITH ARACELI MALAGÓN HERNÁNDEZ**

**DIRECTORA DE TESIS: MTRA. MA. TERESA GUTIÉRREZ ALANÍS**

**MÉXICO, D. F., JUNIO 2006**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## ÍNDICE

	INTRODUCCIÓN	4
I	PREVALENCIA E HISTORIA NATURAL DE LA DEPRESIÓN	7
I.1	Epidemiología	8
II	CLASIFICACIÓN	11
II.1	CIE-10	12
II.2	DSM-IV	12
II.3	Características clínicas	21
III	FACTORES ETIOLÓGICOS. MODELOS EXPLICATIVOS	27
III.1	MODELOS NO BIOLÓGICOS	29
III.1.1	Enfoque psicodinámico	29
III.1.2	Enfoques interpersonales y culturales	34
III.1.3	Enfoques cognitivos y conductuales	36
III.1.4	Modelos evolutivos	42
III.2	MODELOS BIOLÓGICOS	43
III.2.1	Neuroquímica de la depresión	46
III.2.2	Hipótesis neuroendocrinas	51
III.2.3	Neurofisiología de la depresión	52
IV	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	55
IV.1	Comorbilidad	61
V	CONDICIONES ASOCIADAS A LA DEPRESIÓN INFANTIL	63
V.1	Suicidio infantil	64
V.2	Depresión, edad y género	69

V.3	Rendimiento y conducta escolares	71
V.4	Alteraciones somáticas	78
VI	ESCALAS DE MEDICIÓN	81
VII	TRATAMIENTOS	83
VII.1	Tratamientos farmacológicos	84
VII.2	Tratamientos psicológicos	88
VIII	PREVENCIÓN	96
IX	DEPRESIÓN INFANTIL DESDE LA PERSPECTIVA DE ALUMNOS Y MAESTROS	99
X	MÉTODO	103
X.1	Objetivos	104
X.2	Hipótesis de trabajo	104
X.3	Variables	105
X.4	Participantes e instrumentos	107
X.5	Escenario y procedimiento	110
X.6	Análisis de datos	111
XI	RESULTADOS	112
XII	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	119
XIII	BIBLIOGRAFÍA	127
XIV	ANEXOS	133

## INTRODUCCIÓN

En un apartado del Programa Nacional de Salud 2001-2006 de la SSA, se menciona que dentro de las principales causas de daños a la salud en los adolescentes y adultos jóvenes se encuentran los suicidios. Se presentaron 468 suicidios, que representan el seis por ciento de las muertes totales en adolescentes. (SSA 2001).

En el 2000 se presentaron casi cuatro millones de personas con depresión y cada vez este padecimiento abarca más etapas de la vida.

La depresión infantil es un problema importante de salud pública que requiere de atención e investigación significativas, dada la tendencia en las cifras epidemiológicas donde parece aumentar su incidencia.

Desde el lactante hasta el anciano, se considera que una de cuatro personas, está expuesta a lo largo de su vida a sufrir una crisis depresiva. (Avellanosa, 1988).

La prevalencia de depresión con inicio temprano en México es menos de la mitad de la que se observa en otros países como E.U.A., donde se estima en 5.8% (Benjet et. al., 2002). En México el 2.0% de la población ha padecido depresión en la infancia o adolescencia con un promedio de siete episodios a lo largo de la vida durante los cuales generalmente no reciben tratamiento (Benjet et. al., 2002). Esta falta de tratamiento es producto de varios factores, entre ellos la falta de diagnóstico, presentándose así, un problema de salud pública que requiere atención e investigación significativas.

La depresión infantil se manifiesta en diversas áreas del desarrollo del niño afectando su adaptación al medio. El niño deprimido manifiesta síntomas físicos,

cognoscitivos, emocionales que afectan su desarrollo normal tanto en la escuela como en el hogar.

La mayoría de los niños que presentan un estado depresivo son enviados al especialista ya sea por disminución del rendimiento escolar, por trastornos del comportamiento o por alteraciones psicósomáticas. (Ayuso y Saiz, 1981). Por lo que la depresión infantil como un problema social debe ser detectada con base en ciertos síntomas que se presentan dentro de la casa y dentro de la escuela, a partir de la observación de los adultos.

Es importante que los padres y los adultos cercanos al niño deprimido conozcan la sintomatología de la depresión, para que al identificarla se pueda brindar la intervención adecuada, prevenir así la depresión grave, coadyuvar al desarrollo normal de la personalidad del niño, y reducir el riesgo de suicidio como una de las consecuencias fatales. Dentro de la escuela primaria, el profesor puede ser una fuente de información respecto a los síntomas de la Depresión de sus alumnos, para detectarla y ofrecer la intervención adecuada, previniéndose episodios posteriores. Así, se ha considerado trascendente estudiar las diferencias y similitudes en la prevalencia de depresión de los niños desde el autoinforme y desde el informe de sus profesores para identificar su nivel de percepción en cuanto a los síntomas depresivos.

El estudio planteado ayudará, a conocer qué síntomas depresivos identifican tanto los alumnos como sus profesores.

El objetivo del presente estudio fue detectar la presencia de depresión infantil en los alumnos de los grupos de 4<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup> y 6<sup>a</sup> de una escuela primaria del Distrito Federal, mediante la aplicación del Cuestionario de Depresión para Niños (Children Depression Scale) de Lang y Tisher, aplicado lo mismo a profesores y alumnos para obtener ambos puntos de vista. Se analizaron las similitudes y diferencias de ambas fuentes,

identificando qué tanto el maestro de un alumno deprimido lo detecta así como qué tanto el niño mismo se percibe como deprimido.

Además, se relacionó esa depresión con variables personales, para obtener información importante que pueda ser utilizada en modelos de prevención desde la escuela.

En este trabajo se presentan de inicio la epidemiología, la clasificación, las características clínicas de la depresión infantil así como los factores etiológicos desde diferentes enfoques y comorbilidad. Se anexan dentro de la clasificación de la depresión como factor determinante de otros problemas un capítulo del suicidio infantil, del rendimiento y conducta escolares, así como de alteraciones somáticas dentro del marco de la relación entre profesor y alumno. Y al final se mencionan el diagnóstico, las escalas de medición y tratamientos.

## I. PREVALENCIA E HISTORIA NATURAL DE LA DEPRESIÓN INFANTIL

La depresión es un trastorno psicológico cuyas tasas han ido en aumento en los últimos tiempos (Klerman & Weissman 1989, citado en Pérez A. M. y García M. J.). La prevalencia de la depresión en la población general española puede estimarse entre el 9 y el 20% y, aunque sólo la mitad o menos termina recibiendo atención especializada, los pacientes depresivos constituyen entre el 20 y el 25% de los pacientes que consultan al médico de familia por algún problema psiquiátrico (Bernardo, 2000, citado en Pérez A. M. y García M. J.). Es importante añadir, como revelan todos los estudios, que la proporción de mujeres que padecen depresión es, como poco, el doble de los hombres (excepto en la depresión bipolar en la que los sexos están equilibrados) y que la edad de comienzo es cada vez más temprana, empezando a darse la mayor incidencia entre los 15 y 19 años, la cual se mantiene igualmente elevada, hasta los 40 años en los hombres y los 50 en las mujeres (dentro de su proporción), si bien se ha observado un despunte para la mujer en edades posteriores (Wu & Anthony, 2000, citado en Pérez A. M. y García M. J.).

La depresión y en particular el trastorno depresivo mayor tienen una historia natural de recuperación y recurrencia. En concreto, del orden del 55% de los pacientes con depresión mayor (que por definición dura al menos dos semanas) mejoran solos a lo largo de 6 meses, del orden del 70% en un año, del 85% en 2 años y del 97% en 6 años (Hammen, 1997 y Roth y Fonagy, 1996 citados en Pérez A. M. y García M. J.). Esto quiere decir también que del orden del 30% mantienen una persistente depresión (durante un año al menos). Por otro lado, las recaídas y las recurrencias son igualmente «muy naturales», del orden del 50% en un año y del 75% en 5 años, siendo más probable que ocurran en los primeros meses de la recuperación (Hammen, 1997, citado en Pérez A. M. y García M. J.).



## **I.1 EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN**

Datos de la Organización Mundial de la Salud situaban en aproximadamente 450 millones las personas aquejadas de algún tipo de trastorno mental en todo el mundo. (OMS, 2001).

En México, poco más de 40% de la población es menor de 18 años (Caraveo-Anduaga JJ, et. al., 2002). La prevalencia de los problemas de salud mental de la población infantil urbana que tiene entre 3 y 12 años se ha estimado en 16% mediante el Cuestionario de Reporte para Niños (RQC). Encontrado que a mayor edad y para ambos sexos, fue superior el reporte de síntomas. (Caraveo-Anduaga JJ, et. al., 2002).

La Depresión Mayor es el trastorno psicológico con mayor prevalencia en el mundo occidental. La OMS sitúa la incidencia de la depresión (clínicamente diagnosticable) entre la población de los países más desarrollados en un 15%. Su expansión e incidencia es creciente en todos los grupos de edad aunque muy especialmente entre los más jóvenes.

Con este ritmo de crecimiento y progresión, según la OMS, para el año 2020 se convertirá en la segunda causa más importante de incapacitación y muerte, tan sólo superada por las enfermedades cardiovasculares.

Entre 2000 y 2020 el grupo de edad más grande de la población mexicana será el de 10 a 19 años (SSA 2001). Siendo así la población con mayor riesgo de presentar depresión.

En una investigación realizada en México entre 2001 y 2002 (Benjet, C. et. al. 2004) acerca de la prevalencia de la depresión con inicio temprano por medio de la aplicación en adultos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, se obtuvo que el 2.0% de la población ha padecido depresión en la infancia o adolescencia con un promedio de siete episodios a lo largo de la vida (comparado con tres para los de inicio en la adultez), el primero persiste por unos 31 meses (comparado con 16 meses), durante los cuales generalmente no reciben tratamiento y concluyendo con que la mayor duración del primer episodio y el mayor número de episodios en la vida de aquellos con depresión de inicio temprano se debe a la falta de detección y tratamiento oportuno en jóvenes.

La prevalencia de depresión con inicio temprano en México es menos de la mitad de la que se observa en otros países como EUA, donde se estima en 5.8%. Sin embargo, es preocupante la menor proporción de jóvenes necesitados que reciben servicios, la larga espera para buscar atención de los que sí recibieron tratamiento y el impacto que eso tiene en la duración del primer episodio y la reincidencia de episodios. (Benjet, C. et. al.2004)

Las tasas de frecuencia de depresión en la población infantil varían ampliamente según la población empleada y los criterios diagnósticos usados. 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, en el campo infantil no han encontrado esta diferencia en niños prepuberales donde la depresión aparece en la misma proporción en ambos sexos. (Solloa, 1997).

En muchos estudios se ha encontrado que el trastorno depresivo coexiste frecuentemente no sólo 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. (Solloa, 1997).

En 1987 Goldstein (Solloa, 1997) 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 desordenes 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.

En cuanto a las diferencias sintomatológicas por género se han encontrado algunas entre los niños y las niñas deprimidos; por ejemplo, determinadas asociaciones entre depresión y otras características (como conducta no verbal, impopularidad, quejas somáticas) parecen ser mayores y más consistentes en las niñas que entre los niños. (Solloa, 1997).

## II. CLASIFICACIÓN

La clasificación en tipos de depresión cuenta, con una variedad de categorías. Tradicionalmente han sido dominantes dos dicotomías, no excluyentes entre sí. Una es la que distingue entre depresión endógena, cuya línea asociativa conlleva la condición psicótica (de carácter no-reactivo y de supuesto origen biológico), y la depresión no-endógena, cuya línea asociativa conlleva la condición neurótica (de carácter reactivo y de supuesto origen psicológico). Esta dicotomía ha sido mayormente abandonada pero no carece todavía de reivindicación por lo que se refiere, en particular, a la endogeneidad biológica (Vallejo, 2000. citado en Pérez Á. y García M.).

La segunda dicotomía distingue entre depresión bipolar, cuando el episodio depresivo alterna con uno de índole maníaca (versión actual de la psicosis maniaco-depresiva), y depresión unipolar, cuando únicamente cuenta con el polo depresivo. Se ha de añadir que la dicotomía bipolar-unipolar no se corresponde exactamente con la endógena/no-endógena. Esta dicotomía (bipolar-unipolar) vertebró la clasificación de los trastornos del estado de ánimo de la DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994/1995), así como está también en la base de la clasificación de los trastornos del humor de la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992).

Las más relevantes clasificaciones actuales (DSM-IV y CIE-10) no han incluido las depresiones infantiles dentro de los trastornos referidos a la infancia, sino que las integran – con ciertos matices precisos, como la duración- en los cuadros análogos que se dan en los adultos.

## **II. 1 CIE-10**

En la CIE-10 se establece una clasificación en la que los trastornos afectivos se encuentran en la sección F3 y están subdivididos en episodio maniaco, trastorno bipolar, episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente, trastornos del humor persistentes y otros.

El episodio depresivo se clasifica, en función de la severidad, en ligero, moderado y severo (con o sin síntomas psicóticos, con o sin síntomas somáticos). De otro lado la distimia ha sido incorporada a los trastornos persistentes del humor.

## **II. 2 DSM-IV**

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR, 2002), dentro del apartado "Trastornos del estado de ánimo" se clasifican los trastornos del estado de ánimo en: trastornos depresivos, trastornos bipolares, trastornos del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del ánimo inducido por sustancias.

Dentro del trastorno depresivo unipolar se distinguen, a su vez, varios subtipos, en concreto, los siguientes, de acuerdo con el DSM-IV (básicamente coincidente con el CIE-10), episodio depresivo mayor, trastorno depresivo mayor (recidivante), trastorno distímico, trastorno depresivo no-especificado (premenstrual, menor, breve recidivante) y otros trastornos del estado de ánimo (debido a enfermedad médica, inducido por sustancias, y no-específico).

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores que puede ser: leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial/en remisión total, no especificado.

Los criterios para el diagnóstico del episodio depresivo mayor son la presencia de cinco o más de los siguientes síntomas, al menos durante un periodo de dos semanas y uno de estos síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o placer de acuerdo al DSM-IV-TR (American Psychiatric Association; 2000).

- 1.- Estado de ánimo depresivo. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
- 2.- Pérdida de interés en las actividades diarias
- 3.- Pérdida significativa de peso. En niños fracasos en los intentos de aumento de peso esperables
- 4.- Insomnio o hipersomnia frecuente
- 5.- Agitación motora o lentitud
- 6.- Fatiga frecuente
- 7.- Sentimientos de culpa o inutilidad
- 8.- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse
- 9.- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida.

Los síntomas centrales de un episodio depresivo mayor son los mismos para niños y adolescentes, aunque hay datos que sugieren que las manifestaciones de los síntomas característicos pueden cambiar con la edad. Algunos síntomas como las quejas somáticas, la irritabilidad y el aislamiento social, son especialmente habituales en los niños, mientras que el enlentecimiento psicomotor, la hipersomnia y las ideas delirantes son menos frecuentes antes de la pubertad que en la adolescencia y en la

edad adulta. En la edad prepuberal los niños y niñas están afectados en la misma proporción, mientras que en la adolescencia y a partir de ella es dos veces más frecuente en mujeres que en varones. (DSM-IV-TR, 2002).

En el caso de los niños y los adolescentes sólo se proporciona información sobre la sintomatología asociada según la edad, así como la necesidad de establecer el diagnóstico diferencial con el trastorno distímico y el trastorno por angustia de separación. (Becerril, 1989).

De acuerdo a la gravedad, la cronicidad y las características particulares de los síntomas Birmaher, B. (citado en Meneghello, R. 2000) identifica los subtipos del trastorno depresivo mayor de la siguiente manera:

- Depresión con rasgos psicóticos: Es un TDM con y/o delirios, congruentes o incongruentes con el estado de ánimo. En los adultos, la depresión con rasgos psicóticos se asocia con depresión más grave, mayor recurrencia, mayor morbilidad a largo plazo y resistencia a la monoterapia con antidepresivos. Tanto en los adultos como en los niños se asocia con un aumento del riesgo de suicidio y de trastorno bipolar.
- Depresión atípica: Este subtipo comienza generalmente en la adolescencia y se caracteriza por el retardo psicomotor, la hipersomnía, el aumento del apetito/peso y el deseo de ingerir carbohidratos.
- Trastorno afectivo estacional (TAE): Afecta aproximadamente al 5% de los adultos en Estados Unidos. Se observa por lo general en personas que viven en latitudes donde hay marcada diferencia en las estaciones y se manifiesta con baja energía, aumento del sueño y aumento del apetito, con una preferencia por ingerir hidratos de carbono. Estos síntomas son similares a los de la depresión atípica, aunque el TAE es episódico y la depresión atípica tiende a presentar un curso crónico.

- Depresión refractaria: Es aquella depresión que no responde a dos intentos terapéuticos con dos clases diferentes de antidepresivos, en dosis adecuadas y durante un periodo de por lo menos seis semanas cada uno.
- Depresión subclínica: Los síntomas de depresión subclínica presentes antes de la aparición del trastorno depresivo mayor y después del episodio agudo, se asocian con un incremento del riesgo de desarrollar un trastorno depresivo mayor subsiguiente y con dificultades escolares psíquicas y sociales. Estos datos resaltan la importancia de implementar estrategias de prevención y de tratamiento eficaz de la depresión.
- Depresión crónica y depresión grave: Aproximadamente el 6-10% de los niños y adolescentes deprimidos presentan un curso crónico. La depresión grave se define por uno de los siguientes factores: más de 25 puntos en la escala de depresión de Hamilton, síntomas de melancolía, presencia de rasgos psicóticos, riesgo grave de suicidio, necesidad de hospitalización, y/o pobre funcionamiento general. La presencia de estas características se relacionan con una respuesta desfavorable al tratamiento y con un aumento de la morbilidad psiquiátrica y psicosocial.
- Trastorno bipolar: Los síntomas de la depresión bipolar y la depresión unipolar son similares, pero la presencia de hipomanía inducida por fármacos, retardo psicomotor, síntomas psicóticos o historia familiar de bipolaridad, puede indicar que el paciente deprimido corre el riesgo de desarrollar un trastorno bipolar. El trastorno bipolar II presenta periodos de hipomanía asociados a un trastorno depresivo mayor y parece tener una mayor prevalencia que el trastorno bipolar I en adolescentes. Es importante evaluar con mucho cuidado los síntomas de hipomanía (Ej. Momentos de gran despliegue de energía y actividad, actuar en forma tonta con risitas exageradas, sin necesidad de dormir).

Solloa menciona que en 1997 aunque se habían hecho pocos estudios empíricos en relación con la depresión infantil, el consenso general era que si se presenta la



depresión en los niños y que es similar a la depresión de los adultos, sin embargo, por otro lado estaban los partidarios que consideran que la depresión en los niños tiene características propias.

Cantewll y Carlson, (1983) distinguen los siguientes puntos de vista acerca del síndrome depresivo en la infancia.

- 1.- Los del enfoque psicoanalítico, que niegan la ocurrencia del trastorno en niños prepúberes y menores
- 2.- Los que aceptan la existencia de la depresión en niños con variaciones en síntomas asociados según la edad.
- 3.- Los que apoyan la idea de la depresión enmascarada, expresada a través de equivalentes depresivos.
- 4.- Los que buscan encontrar diferencias y similitudes entre los cuadros depresivos de adultos y niños.

Para conocer como ha evolucionado el concepto de depresión infantil, Solloa (1997) plantea las cuatro principales líneas de pensamiento en torno al tema:

1. la concepción de que la depresión infantil 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. 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 no puede aparecer durante la niñez.

Con las aportaciones de Klein y colaboradores, la teoría psicoanalista 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. 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 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.

Jiménez explica que lo fundamental no es determinar si la depresión tal como la experimenta el adulto puede existir también en los niños, sino dilucidar la manera en que las limitaciones cognitivas y afectivas propias de cada periodo de la infancia modifican la vivencia y la expresión de las emociones en general.

2. la depresión infantil enmascarada: Algunos autores como Glaser en 1968 y Malmquist en 1977 (Solloa, 1997), propusieron que la depresión existe en los niños pero como una entidad patológica interna inobservable que adopta manifestaciones externas diferentes a las de los adultos.

Los síntomas “enmascarados” más comúnmente citados son:

- Hiperactividad
- Desobediencia
- Somatización
- Enuresis
- Delincuencia
- Irritabilidad
- Berrinches
- Fobias
- Jugar con fuego
- Dificultades escolares

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 que permita dilucidarla de trastornos de ansiedad, de conducta y de problemas de aprendizaje.

3. la depresión infantil como un aspecto transitorio del desarrollo. Rutter y colaboradores 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.

En 1971, Niessen 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, sentimiento 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.

4. la concepción de la depresión infantil como un desorden clínico paralelo al del adulto: En 1967, Beck (Solloa 1997) 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.

De los cuatro enfoques analizados, este 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 si 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 (Solloa, 1997).

Cytrin y cols. (Cita en Polaino, 1988) distinguieron tres formas clínicas de depresión en la infancia: depresión enmascarada o atípica, depresión aguda y depresión crónica. La distinción entre estas tres formas clínicas, se hizo en función de los siguientes criterios: manifestaciones clínicas, antecedentes familiares, duración de la enfermedad, historia premórbida y factores precipitantes.

- Las depresiones enmascaradas o atípicas infantiles se caracterizan por lo siguiente: desorganización y severa psicopatología familiar, alteraciones de la personalidad infantil caracterizadas por conductas obsesivas, histéricas y compulsivas, manifestaciones constantes de ansiedad, fantasías cuyo contenido se refiere a la violencia, agresividad, explosiones de carácter y

muerte, expresión mediante el dibujo y la conducta verbal de las anteriores fantasías, utilización de numerosos mecanismos de defensa contra la ansiedad, presencia de numerosos conflictos con su ambiente y comportamiento desadaptado y presencia constante y numerosa de alteraciones psicósomáticas.

- La depresión aguda infantil se caracteriza por buen ajuste pre-mórbido, proporcionalidad entre los síntomas y la intensidad de los eventos traumáticos padecidos, como la pérdida de la madre, que ordinariamente preceden a la aparición del episodio depresivo, presencia de un factor precipitante en todos los casos, antecedentes familiares de comportamiento neurótico moderado en ausencia de alteraciones psicopatológicas importantes, fuerte cohesión familiar, inexistencia de antecedentes familiares depresivos, e incapacidad de utilizar los mecanismos de defensa bien empleados hasta el momento de la aparición del hecho traumático, manifestándose por negativismo y otros signos correspondientes a la personalidad pasivo-agresiva.
- La depresión infantil crónica se caracteriza por presencia de sentimientos y conductas depresivas con inclusión de ideas suicidas desde edades muy tempranas, presencia de depresión crónica en la madre, imposibilidad de encontrar un factor precipitante inmediato, aunque exista una historia repetida de abandonos, separación conyugal , etc., aparición de conductas pasivas, dependientes y desvalidas de larga evolución, y ausencia de ansiedad aguda que, de alguna forma, está relacionada con el cuadro depresivo.

### II.3 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA DEPRESIÓN INFANTIL

Las referencias de depresión infantil difieren radicalmente en cuanto a la consideración nosológica, descriptiva, patogénica y evolutiva (Ayuso.1981)

La depresión en la infancia puede presentarse como un síntoma acompañante de diferentes cuadros clínicos o como un síndrome con toda su constelación sintomática. (Becerril, 1989).

Para diversos autores existen tres niveles de depresión:

1.- Como síntoma.- se presentan tristeza, apatía o desánimo que es la forma más frecuente de aparición en la infancia y en la adolescencia, es decir, con fenómenos aislados sin organizar (Cobo, 1992). Aunque Solloa (1997) maneja un significado más amplio que va desde un estado de ánimo triste o de infelicidad, hasta sentirse desdichado o melancólico, o bien indicar un estado de ánimo disfórico, síntomas que son relativamente comunes a lo largo de la vida, y que también pueden formar parte de un trastorno psiquiátrico determinado, aunque no necesariamente de tipo afectivo

2.- Como síndrome.- además de los síntomas anteriores, hay problemas de apetito y de sueño, dificultades de rendimiento escolar e intelectual y problemas relacionales. (Cobo, 1992). Conjunto de signos y síntomas que incluyen además de cambios afectivos, trastornos vegetativos, psicomotores, cognitivos y motivacionales. Se acepta de un modo generalizado que la depresión como síndrome consiste en nueve síntomas primarios (DSM-IV) 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 (Solloa 1997).

3.- Como enfermedad mental organizada (Cobo, 1992) Se presenta como un cuadro muy específico, con antecedentes hereditarios, una evolución determinada, complejidad de trastornos, un cierto perfil de personalidad y con una determinada respuesta a la medicación, cuya presentación es más rara en la niñez. O también llamada trastorno depresivo (Solloa 1997) que 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.

Según Solloa (1997) 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 en la interacción social y conductas de aislamiento.

Weinberg y cols. (Marcelli, 1992) destacan las 10 conductas siguientes como los síntomas más importantes de la depresión en el niño

1.- Humor disfórico

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

e) Negativista, difícil de complacer.

## 2.- Autodesprecio

- a) Sentimientos de inutilidad, incapacidad, fealdad, culpabilidad (autoconcepto negativo)
- b) ideas de persecución
- c) Deseos de muerte
- d) Deseos de marchar, escaparse de casa
- e) Tentativas de suicidio

## 3.- Comportamiento agresivo (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, hostil, agitado
- e) Discusión, peleas excesivas o ira súbita

## 4.- Trastornos del sueño

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

## 5.- Modificación del 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.- Disminución de la relación social

- a) Menor participación en grupo
- b) Menos simpático (a), agradable, sociable
- c) Retraimiento social
- d) Pérdida de intereses sociales habituales

7.- Modificación en la actitud hacia la escuela

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

8.- Quejas somáticas

- a) Cefalagias 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.-Modificación del apetito y/o del peso habitual.

Weinberg propone que los síntomas deben representar un cambio en la conducta habitual del niño y haber estado presentes durante un mes como mínimo. (Solloa, 1997).

J. Sandler y W.G. Joffe (citado en Asociación Psiquiátrica Mexicana, 1988) describieron algunos rasgos que permiten determinar la reacción depresiva:

- Niños que parecen tristes
- Niños que muestran cierto retraimiento, poco interés por las cosas, impresión de que se aburren.
- Niños descritos como descontentos y raramente satisfechos.
- Niños que dan la impresión de ser rechazados o no amados y pronto abandonan los objetos que los decepcionan.
- Niños no dispuestos a aceptar ayuda o consuelo. Incluso cuando lo piden, parecen aceptarlo manifestando decepción y descontento.
- Presentan trastornos del sueño.
- Presentan actividades autoeróticas y otras actividades repetitivas.
- La angustia, incertidumbre, la agresividad.
- La enuresis
- Mutismo (permanecen callados cuando se espera que hablen, con otros niños, o con adultos, comunicación verbal sin problemas en el ámbito familiar).
- La onicofagia (muerden sus uñas).

Entre los síntomas que Calderón (1984) considera como integrantes del cuadro depresivo en niños están: la fatiga, frecuentes actos de rebeldía, llanto, somnolencia, lentitud en el pensar y en el actuar, pérdida de memoria, rendimiento escolar deficiente, pasividad o resistencia pasiva contra el estudio, distracciones, actitud taciturna, torturada o molesta, y quejas hipocondríacas como dolores abdominales, cefaleas y dolor de garganta.

De acuerdo a Niessen, cuando se clasifican los síntomas según su frecuencia, los más frecuentes son las dificultades de contacto, la angustia, la inhibición, la incertidumbre, la agresividad, la enuresis, el insomnio, el mutismo y la onicofagia. (Ajuriaguerra, 1983).

En 1987, Goldstein 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 el niño:

- 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 asilamiento social
- 6.- Su aprovechamiento escolar decrece
- 7.- Se observa fatiga que puede 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.

F. del Castillo, 1989, (citado en J. Tomas) señala que los niños deprimidos, en la escuela, se niegan a esforzarse, presentan bajo rendimiento escolar, tiene una escritura casi ininteligible, insegura y sin firmeza. En el cálculo son lentos y su pensamiento impreciso, la creatividad es muy pobre o no existe. La lectura es lenta y con desgana. Los dibujos son también tristes y están faltos de expresividad, no suelen usar colores y si lo hacen son grises u oscuros.

### III. FACTORES ETIOLÓGICOS. MODELOS EXPLICATIVOS

En 1975 Akiskal y McKinney (cita en Cantewll y Carlson, 1983) probaron integrar diez modelos conceptuales de la depresión en un marco clínico exhaustivo para una mejor comprensión de la depresión en adultos. Estos diez modelos eran reflejo de cinco escuelas predominantes de pensamiento sobre la etiología de la depresión: la psicoanalítica, la conductista, la sociológica, la existencial y la biológica. Los cuatro modelos psicoanalíticos comprendían: la agresión dirigida hacia uno mismo, la pérdida de objeto, la pérdida de la autoestima y el patrón cognitivo negativo. Los modelos conductistas incluían la desesperanza aprendida y la pérdida de reforzadores, los modelos de las escuelas sociológica y existencial refieren la pérdida del estatus del papel o rol y la pérdida del sentido de la existencia, respectivamente y los modelos biológicos, las teorías de las aminas biógenas y las teorías neurofisiológicas.

En su integración de todos estos modelos, consideran que la depresión es producto de diversos procesos que implican como mínimo cuatro grandes áreas: factores genéticos, estresores fisiológicos, estresores psicosociales y factores evolutivos.

De acuerdo a Cantewll y Carlson (1983), todos los trastornos psiquiátricos infantiles, incluyendo la depresión, presentan una etiología multifactorial.

Calderón (1984) menciona algunos factores que originan la depresión infantil, dentro de los desencadenantes psicosociales, se encuentra la pérdida de personas importantes (pérdida de uno o los dos padres), el desprecio y rechazo (niños maltratados), trastornos afectivos de los padres (por identificación con el adulto o por la mala atención recibida) y tensionantes físicos (enfermedades).

Dentro de las teorías psicodinámicas se ha llegado a la conclusión de que la calidad e intensidad de los lazos afectivos entre los padres e hijos constituyen la variable etiológica más poderosa en la génesis de la depresión. (Becerril, 1989).

Cobo (1992) menciona los siguientes factores intervinientes en la depresión:

Factores genéticos, menciona que los niños de familias con depresión endógena padecen más frecuentemente trastornos depresivos que la población infantil global.

Factores biológicos. El componente biológico de las depresiones es complejo. Los diversos datos biológicos que se van encontrando en las depresiones pueden interpretarse como causa orgánica de la depresión, pero asimismo como manifestación, más bien, de la vertiente orgánica.

Factores psicológicos, la escuela psicoanalítica ha abordado la depresión desde experiencias recogidas en la infancia. Melanie Klein describió la posición depresiva como una etapa evolutiva normal de la infancia alrededor de los primeros meses de vida. Rene Spitz describió la depresión anaclítica. Ambos coinciden en que la figura materna es decisiva para comprender el núcleo de la depresión infantil.

Factores sociológicos.- en los tiempos de la transmutación social y como consecuencia de las contradicciones inherentes, aparecen más personalidades infantiles e inmaduras, más psicopatías y más depresiones

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 (Solloa, 1997).

Solloa (1997) expone los modelos que explican la depresión desglosados en cinco enfoques principales; el psicodinámico, los modelos cognitivo-conductuales, los modelos interpersonales, los biológicos y el modelo evolutivo. Mismos que se exponen a continuación.

### **III.1 MODELOS NO BIOLÓGICOS**

#### **III.1.1 Enfoque psicodinámico**

Freud, (Solloa, 1997) en su artículo “Duelo y melancolía” enfatizó la importancia de las relaciones objetales más que de la represión en la psicopatología. Según Ariete y Bemporad, Freud identificó tres factores condicionantes para la melancolía: la pérdida del objeto, un alto grado de ambivalencia, y una regresión libidinal en el yo.

Freud (Solloa, 1997) 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. Sin embargo sólo en la melancolía hay una disminución de la autoestima que da lugar a autoreproches y a expectativas irracionales de castigo.

Freud (Solloa, 1997) 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 se retrajo hacia el yo produciendo así una identificación entre un sector del yo y el 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 está fusionado con una parte del yo.

Freud, (Solloa, 1997) en el artículo “El yo y el ello”, aclara que la melancolía es el resultado de un superyó que manifiesta su rabia contra un yo aparentemente indefenso; la agresión se vuelca contra el propio sujeto. Con este modelo, el psicoanálisis propuso un modelo para explicar la depresión.

En 1911, Abraham (Solloa, 1997) publicó que la ansiedad surge cuando la represión impide el logro de la gratificación deseada, mientras que la depresión aparece cuando el individuo ha renunciado a la esperanza de satisfacer sus tendencias libidinales. El individuo no puede sentirse amado ni capaz de llegar a la intimidad emocional. Así se percibe la ambivalencia del depresivo, su incapacidad de amar verdaderamente a los demás, su excesiva preocupación por si mismo y la manera en que utiliza la culpa para llamar la atención.

Abraham (Solloa, 1997) postuló que los desordenes afectivos se desarrollan como consecuencia de la sensación de ser incapaz de enfrentar las responsabilidades de un rol adulto en la sociedad, debido a una regresión a la fase oral en la que prevalece el deseo de destruir al objeto oralmente. La etiología de la depresión se encuentra entonces en un desengaño amoroso que tuvo lugar antes del periodo edípico, cuando la libido del niño era aún narcisista, y puesto que el trauma ocurre en una época tan temprana de la vida, probablemente es consecuencia de una inadecuada actitud materna y no de la rivalidad edípica.

#### Repercusiones de la teoría estructural

Sandor Rado (Solloa, 1997) estudió la depresión y la manía en función de las interrelaciones entre el yo, el superyó y el objeto amado. Observó que el individuo propenso a la depresión necesita sentirse cubierto de amor y admiración y no tolera que esta necesidad se frustre. Tan pronto como el depresivo está seguro del amor del otro, le da un mal trato; provocando el distanciamiento de la persona amada,

entonces el individuo cae en la depresión recurriendo a un método diferente de coerción, se muestra compungido y arrepentido, implora perdón y espera recuperar el objeto perdido induciendo piedad y culpa.

Según Rado, (Solloa, 1997) este patrón de hostilidad, culpa y contrición tiene su origen en la temprana infancia, cuando el niño aprendió que podría ser perdonado y recuperar el imprescindible amor de su madre exhibiendo una actitud de remordimiento. Si el depresivo no consigue recuperar el amor del objeto perdido, su melancolía avanza hacia una forma más maligna, en la cual el conflicto interpersonal es reemplazado por una lucha intrapsíquica en la que se renuncia a los objetos externos y el yo busca el perdón del superyó que ha tomado el lugar del objeto amado.

El depresivo no puede, debido a su dependencia del objeto amado, manifestar abiertamente su hostilidad, cuando pierde el objeto amado, dirige su rabia contra sí mismo, con la esperanza de recuperar el objeto amado. Así para Rado, la depresión es una persistente pero ineficaz modalidad de reacción ante la pérdida del amor.

### Depresión y psicología del yo

En 1945, Fenichel (Solloa, 1997) se refirió a los depresivos como adictos al amor que insisten en recibir un flujo constante de benevolencia, sin preocuparse demasiado por las necesidades reales de quien se lo otorga.

Para este autor, (Solloa, 1997) el yo es el encargado de calibrar la autoestima en función de la discrepancia sentida entre el estado real de la personalidad y el ideal del yo al que se aspira, por tanto, la autoestima es la vivencia que expresa dicha disparidad.



Jacobson (Solloa, 1997) postula que en la infancia, la desvalorización de los otros causada por una frustración trae aparejada también una desvalorización del sí mismo, puesto que éste se encuentra aún fusionado con la representación de los otros. En la depresión se produce una catectización agresiva del sí mismo con escasa diferenciación superyóica y ausencia de una adecuada separación entre las representaciones objetales y el ideal parental de la infancia.

Sandler y Hoffe (Solloa, 1997) señalan que la depresión es un afecto básico que es experimentado cuando el individuo cree haber perdido algo que era esencial para su bienestar y se siente incapaz de anular esa pérdida. También diferencian entre depresión como respuesta psicobiológica básica que surge automáticamente ante las situaciones descritas, y la depresión clínica que es una elaboración ulterior o una persistencia anormal de la reacción básica displacentera.

Malmquist, en 1985, (Solloa, 1997) explicó que la depresión en los niños es realmente un problema de autoestima que se origina en una relación poco empática con los padres en donde el niño continuamente se tiene que adaptar a lo que él cree que sus padres esperan y quieren de él ignorando sus verdaderas necesidades emocionales. Es así como el niño se tiene que esforzar por mantener un falso self a través de conductas omnipotentes (a través de demandas perfeccionistas por el éxito y el logro) o mediante conductas masoquistas (autodesprecio) que finalmente lo dejan vacío y con una sensación de ser “un fraude”.

La psicología del yo modificó los criterios psicoanalíticos tradicionales, al subrayar la importancia del yo y de la autoestima en la depresión; sin embargo, la caída de la autoestima es un factor necesario pero no suficiente para explicar la depresión, puesto que ésta se produce también en otros desórdenes.

## Teoría de las relaciones objetales

En la teoría de Klein (Solloa, 1997) la depresión adquiere un significado nuevo; es una etapa normal del desarrollo que implica una forma específica de ansiedad que el niño enfrentará con mecanismos defensivos normales o patológicos. Así el conflicto depresivo no resuelto es la base etiológica a la mayor parte de los desórdenes neuróticos.

Klein (Solloa, 1997) postuló dos etapas básicas durante el primer año de vida a las que denominó posiciones. La primera es la posición esquizo-paranoide caracterizada por la escisión y parcialización de los objetos, en donde la agresión es proyectada para salvaguardar una sensación interna de bondad. De este modo el niño vivencia la ansiedad persecutoria, no obstante haber sido él mismo quien proyectó los malos objetos internos en el mundo externo.

La segunda etapa, llamada posición depresiva, surge durante el cuarto o quinto mes de vida. El bebé pasa por una crisis provocada por el temor de que la agresión, que ahora reconoce como propia, destruya los objetos buenos, tanto externos como internos; de ahí que el principal temor que experimenta se denominó ansiedad “depresiva”, es decir, el temor del bebé de haber sido él mismo el causante de la pérdida o destrucción de su sensación de bienestar. La posición depresiva se resuelve cuando el niño puede reconocer que aunque sus acciones o deseos pueden haber causado la pérdida temporal de los objetos buenos, éstos pueden ser recuperados mediante la reparación. Según Klein, el factor que más predispone a la melancolía es la incapacidad del yo del niño de construir buenos objetos de amor. Este fracaso determina una permanente vivencia de maldad que queda incorporada en la imagen de sí mismo.

Sperling (Solloa, 1997) afirma que la depresión infantil es un trastorno que se origina en la etapa oral del desarrollo caracterizado por una alteración de la relación objetal

en la que el bebé teme perder a su objeto de amor. También señala que dada la edad de gestación de este trastorno, los síntomas generalmente son de índole somática (colitis ulcerosa, insomnio, prurito), ya que el niño no ha adquirido la capacidad de simbolizar.

### **III.1.2 ENFOQUES INTERPERSONALES Y CULTURALES**

La corriente culturista propone una interpretación de la depresión en la cual el acento está puesto en la reacción a las exigencias sociales, el efecto que la sintomatología produce en los demás y la utilización de la depresión para satisfacer objetivos anormales. Valiéndose de la autocompasión, el depresivo extorsiona a los demás provocando conmiseración y forzándolos a complacer sus deseos y a sacrificarse por él. Está dispuesto a hacer cualquier cosa por mostrarse enfermo e incapacitado y evadir las obligaciones sociales y la reciprocidad en sus relaciones afectivas.

#### **Familiar-social**

En 1949 y 1954, Cohen y colaboradores, (Solloa, 1997) adoptaron el enfoque social de Sullivan, dando especial importancia a la atmósfera familiar en la que crece el futuro individuo depresivo, el efecto del paciente sobre otras personas y las características generales de la personalidad depresiva. Observaron que las familias de los pacientes maniaco-depresivos se retraían de la comunidad y utilizaba al hijo como instrumento para mejorar la posición social. Los hijos debían cumplir con pautas muy altas de buena conducta y ser exitosos para contrarrestar la sensación de inferioridad en la familia. De esta manera, los vástagos de estas familias crecen con la idea de que el amor está condicionado al buen comportamiento y al logro, lo que los desvaloriza como personas por derecho propio.

Cohen, en 1954, (Solloa, 1997) comentó que una característica especial de los depresivos es su incapacidad para apreciar a las otras personas salvo en función de sus propias necesidades de dependencia.

Bonime en 1960, 1962 y 1976 (Solloa, 1997) opinó que la depresión es una modalidad cotidiana de interacción, donde los principales componentes patológicos son las tendencias manipuladoras, la aversión a la influencia de los demás, la renuencia a brindar gratificación, una sensación básica de hostilidad y la vivencia de ansiedad. La etiología se halla en una infancia carente de estímulo y respeto donde las necesidades del niño fueron ignoradas o sofocadas, de modo que aquél creció sintiéndose defraudado y con el convencimiento de que los demás están en deuda con él.

Rapee, en 1997 (Solloa, 1997) señaló que existe una vasta evidencia que sugiere que la depresión en los niños está asociada al control excesivo y al rechazo parental, principalmente a este último. Esto no tiene un sentido unilateral; por un lado se encuentra el temperamento del niño y por el otro las características de personalidad de los padres; como se sabe, los padres tienden a reaccionar de forma negativa ante los hijos con temperamentos difíciles o con alguna psicopatología, lo que a su vez exagera el conflicto emocional del niño que siente (o es realmente) rechazado o incluso maltratado.

#### Modelos interpersonales

En 1976, Coiné (Solloa, 1997) explicó la depresión con base en un estilo de interacción social, caracterizado por un predominio de conductas de quejas, lamentaciones y autodesprecio.

Estos autores (Solloa, 1997) asumen que la cadena causal que termina en un episodio depresivo se inicia con la ocurrencia de un acontecimiento estresante, ya

sea de naturaleza interpersonal, intrapsíquica o bioquímica, que puede interactuar con factores de vulnerabilidad interpersonales (como la calidad y cantidad de apoyo social, cohesión de la familia, etc.) o intrapersonales (por ejemplo, cogniciones poco adaptativas, pocas habilidades de afrontamiento y manejo del estrés, etc.) Una vez que la depresión se ha iniciado, se mantiene o se agrava por la conjunción de dos factores. El primero, es el factor interpersonal que tiene que ver con la naturaleza y calidad de la respuesta de los otros al depresivo, y su influencia en la conducta sintomática. El segundo, se refiere al sesgo cognitivo del depresivo que se traduce en un aumento de la atención y de la sensibilidad a los aspectos negativos de su ambiente.

Se ha visto que hay una relación entre la depresión con factores como no tener amigos, ser rechazado, tener una escasa o nula interacción con los compañeros, etc. También los factores relativos a la familia como cohesión familiar, abuso y maltrato físico y la psicopatología parental son aspectos muy ligados a la depresión infantil. (Solloa, 1997)

#### Factores de vulnerabilidad y eventos traumáticos o estresantes

Las personas deprimidas o que más tarde cumplen los criterios para la depresión informan de más acontecimientos estresantes que los no deprimidos; sin embargo, el impacto que tengan los eventos traumáticos en la vida de una persona dependerá también de ciertos factores de vulnerabilidad como el estilo atribucional, el ambiente familiar y las redes de apoyo social

### **III.1.3 ENFOQUES COGNITIVOS Y CONDUCTUALES**

Otras teorías 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. (Solloa, 1997)

## Modelo de aprendizaje social

Los teóricos del aprendizaje vinculan la depresión a patrones de reforzamiento social inadaptados. En 1971, Liberman y Raskin (Solloa, 1997) postularon el concepto de ganancia secundaria para explicar la causa de la depresión, explicando que el depresivo emite conductas depresivas porque éstas son reforzadas frecuentemente por el medio, pues quienes lo rodean suelen intentar ayudarlo. En 1972, Costello (Solloa, 1997) 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 Fester (Solloa, 1997) 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 más elaborado y que ha ejercido mayor influencia clínica es el que formuló Lewinson en 1974 (Solloa, 1997). 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 (Solloa, 1997) propone que la depresión está 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. Se activa un círculo vicioso en el que a medida que la depresión aumenta, disminuyen las habilidades sociales, y con ello las probabilidades de reforzamiento.

### La teoría cognitiva de Beck

En 1976, la teoría cognitiva de Beck (Solloa, 1997) propuso que la cognición es el factor primario que da lugar a la depresión, donde la tristeza del paciente es una consecuencia inevitable de su sensación de privación, pesimismo y autocrítica.

El paradigma de Beck se centra en tres factores cognitivos:

1.- La tríada cognitiva. En la depresión se presenta una forma de distorsión cognitiva característica que Beck llamó la “tríada cognitiva” compuesta por expectativas negativas respecto del ambiente, autoapreciación negativa y expectativas negativas respecto al futuro.

2.- Los esquemas depresógenos. Son una forma estable de asimilar y explicar las experiencias de vida en la que los sujetos atienden selectivamente a los estímulos negativos y tienden a conceptualizar las situaciones en forma pesimista.

3.- Los errores cognitivos. Son esquemas de pensar negativo que se desarrollan temprano en la vida y son reactivados en respuestas ante el estrés. Así, las experiencias son filtradas a través de estos esquemas que distorsionan la realidad en una forma negativa. Ej. Inferencia arbitraria, abstracción selectiva, excesiva generalización, maximización o minimización, personalización y pensamiento absolutista.

Ellis (Solloa, 1997) menciona que los niños en la etapa evolutiva de las operaciones concretas pueden hacer inferencias a partir de la realidad concreta. Tienen la capacidad cognitiva de experimentar síntomas de depresión como la culpa, baja autoestima, atribuciones erróneas de la culpa y sentimientos de rechazo. Sin embargo, quizá no tienen la capacidad de experimentar la desesperanza. Los niños en la etapa de operaciones concretas están ligados a las realidades del aquí y el ahora, por lo que tienen mayor dificultad para anticipar el futuro y para inferir consecuencias.

Si bien los niños deprimidos aún no han desarrollado esta tríada cognitiva, si presentan una pobre autoestima, se perciben menos competentes, muestran distorsiones en sus pensamientos y se sienten desesperanzados en relación con su futuro.

El modelo de “desesperanza aprendida” de Seligman

En 1981, Seligman (Solloa, 1997) propuso que la depresión puede ser definida por cuatro grupos de déficits: motivacionales, cognitivos, afectivo-somáticos y de autoestima. Las premisas de la teoría incluyen que la persona espera que los resultados deseados sean poco probables, la persona espera que los resultados aversivos sean muy probables, la persona espera o anticipa que nada de lo que haga cambiará estos eventos, el fracaso es atribuido a eventos internos, y el éxito, a causas externas.

El depresivo no ve relación alguna entre sus respuestas y el apoyo que recibe del ambiente. La experiencia de repetidas situaciones de prueba, en las que el individuo comprobó que sus esfuerzos no le redituaban recompensa alguna, hace que este conjunto de actitudes aprendidas se generalice y quede internalizado como un rasgo de personalidad.



El depresivo presenta el típico antecedente de haber fracasado en el control de las recompensas ambientales. La depresión surge cuando el individuo siente haber perdido todo control sobre las respuestas de los otros y debido a su reconocida indefensión se considera incapaz de modificar su situación negativa. La persona cae entonces en un estado de pasividad, miseria y desesperanza y cree que su conducta carece de sentido, puesto que no le brinda apoyo alguno.

### Estilo atribucional

De acuerdo a Solloa (1997) este modelo es una reformulación del modelo de “desesperanza aprendida” de Seligman y de las contribuciones de Beck. Postula que el estilo atribucional filtra la experiencia de tal manera que provoca los déficits afectivos motivacionales y de autoestima asociados con la depresión. Cuando la persona experimenta un evento aversivo la forma en que atribuye o explica la causa del evento determinará si se sentirá esperanzada o desesperanzada y por tanto deprimida.

Las atribuciones fundamentales son las siguientes:

- Locus de control interno-externo. Existe predisposición a la depresión cuando el sujeto atribuye sus fracasos y falta de control a factores internos, y sus éxitos a factores o causas externas.
- Estabilidad-inestabilidad. Los depresivos establecen atribuciones estables a sus fracasos, e inestables, a sus éxitos.
- Generalidad-especificidad. Los depresivos atribuyen sus fracasos a factores generales, y sus éxitos, a factores específicos.

### Autocontrol o autorregulación

Este modelo, propuesto por Rehm en 1977, (Solloa, 1997) incorpora los modelos anteriores; como la importancia del refuerzo positivo, las distorsiones cognitivas y las

expectativas negativas. Partiendo de las formulaciones de la teoría del aprendizaje social establece que el autocontrol es un proceso que incluye tres niveles de retroalimentación:

- Autoobservación. Los sujetos depresivos muestran una atención selectiva a estímulos aversivos y a conductas indeseables de sí mismos.
- Autoevaluación. Las personas deprimidas tienden a tener criterios muy estrictos y elevados para el éxito o para juzgar su conducta.
- Autorreforzamiento. Los depresivos se autorrefuerzan poco, y en cambio se autocastigan en demasía y por cualquier cosa.

En este modelo se piensa que las personas deprimidas tienen deficiencias en uno o más de estas etapas o fases; por tanto, la depresión se origina en déficits en el autocontrol.

Los niños deprimidos se caracterizan por realizar autoevaluaciones negativas más que por presentar deficiencias en el procesamiento de la información; es decir, que la depresión se debe a distorsiones cognitivas y no a deficiencias cognitivas.

Los niños depresivos realizan atribuciones depresógenas, tienen un locus de control externo y atribuyen la causa de los acontecimientos positivos a causas externas, inestables y específicas. También manifiestan una serie de errores cognitivos como la sobregeneralización de las predicciones negativas, una visión catastrófica de las consecuencias negativas, una tendencia a responsabilizarse incorrectamente de los fracasos y una atención selectiva sobre los aspectos negativos de los acontecimientos.

### III.1.4 MODELOS EVOLUTIVOS

#### El apego

Spitz en 1965 (Solloa, 1997) se dio cuenta de que la característica común de la depresión en infantes era la separación de la madre, especialmente en niños entre los seis y los ocho meses, y denominó este síndrome “depresión anaclítica”, que trata de una depresión asociada a la pérdida del objeto y a la necesidad de apego.

Bowlby en 1980, (Solloa, 1997) examinó el apego y su relación con la pérdida, la separación, la aflicción y la depresión en niños. 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. Según él, los niños con depresión presentan los siguientes estados o fases al ser separados de sus madres.

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 apatía generalizada así como una gran indiferencia ante las relaciones afectivas.

Desde la teoría de Bowlby, (Solloa, 1997) se postula que un apego inseguro en épocas tempranas de la vida contribuye a la depresión infantil.

Main y colaboradores en 1985, (Solloa, 1997) encontraron que los niños que presentaban un patrón de apego desorganizado a los 12 meses, se mostraban deprimidos y con signos de pensamiento irracional a los seis años

## Modelo transaccional

En este modelo se consideran las múltiples transacciones entre una diversidad de factores como los recursos ambientales, las características del cuidador y las del niño como atribuciones dinámicas para la depresión infantil.

La depresión en los niños se presentará cuando los factores potenciadores predominen sobre los compensadores, sobrepasándose un determinado umbral.

Los factores protectores son aquellas condiciones individuales, familiares, sociales y ambientales, algunas de naturaleza persistente, y otras con un carácter eventual que pueden servir para proteger al niño durante periodos de estrés.

Los factores de riesgo son ciertas características relativamente estables del niño; por ejemplo su familia y su contexto social ambiental. Carey y colaboradores (Solloa, 1997) encontraron que la frecuencia con la que los niños se involucran en actividades no placenteras y los pensamientos negativos automáticos son elementos de vulnerabilidad para la depresión en los niños.

Chess y Thomas, en 1991, (Solloa, 1997) encontraron que los niños con temperamentos difíciles están en mayor riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos. Goodyer y colaboradores en 1993, (Solloa, 1997) en un estudio con adolescentes deprimidos, encontraron que dentro de los factores temperamentales la tendencia a tener reacciones emotivas negativas frecuentes es un factor de riesgo para la depresión, especialmente en mujeres adolescentes.

## **III.2 MODELOS BIOLÓGICOS**

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.
- 2.- Productos de la enfermedad
- 3.- Marcadores de enlace

#### Factores familiares genéticos

Son bastantes los datos a favor de la hipótesis de que en los trastornos afectivos primarios hay factores genéticos que ejercen un papel etiológico. No se ha determinado ningún modo de transmisión genética precisa, pero la investigación ha sugerido un modo de transmisión ligado al cromosoma X en algunos trabajos sobre trastorno afectivo bipolar. (Solloa, 1997).

Los primeros estudios de este tipo, como los llevados a cabo en 1966 por Rutter, (Solloa, 1997) encontraron que era más probable que los hijos de padres con enfermedades psiquiátricas también presentaran trastornos psiquiátricos que los hijos de padres con enfermedades médicas crónicas.

En 1977, Welter y sus colegas (Solloa, 1997) encontraron que cerca de una cuarta parte de todos los padres hospitalizados por un trastorno depresivo primario tenían al menos un hijo con cinco o más síntomas de depresión, mientras que ninguno de los hijos de padres sanos manifestaba tantos síntomas.

A pesar de los datos antes mencionados, aún se sabe muy poco sobre el peso relativo que desempeñan los factores genéticos y ambientales en el síndrome del trastorno afectivo en la infancia.

Aunque no se posee evidencia confirmatoria absoluta y conclusiva, los datos parecen potenciar la idea de que en la etiología de la depresión endógena juegan un papel importante, aunque no único, posibles alteraciones en los mecanismos neurotransmisores del sistema nervioso central y en los procesos neuroendocrinos.

Los enfoques neuroquímicos han planteado que la norepinefrina y la serotonina están específicamente vinculadas con la depresión.

Midiendo el nivel de metabolitos en el líquido cefalorraquídeo y en la orina, se puede tener una medida indirecta de la actividad de estas sustancias de los sistemas centrales. Los sujetos con depresión endógena suelen manifestar una hipoactividad funcional de la función noradrenérgica y/o de la actividad serotoninérgica en el sistema nervioso central.

### III.2.1 NEUROQUÍMICA DE LA DEPRESIÓN

Cameron (Gutiérrez Alanís T., 1992). realizó uno de los primeros estudios acerca de los aspectos bioquímicos de la depresión, en 1942 revisó los hallazgos bioquímicos relativos a la manía y a la depresión. Estableció las siguientes consideraciones: a)no existe una correlación entre el metabolismo basal y el estado de ánimo; b)la tensión arterial carece de relaciones con el estado de ánimo; c)la reacción de la tensión arterial ante la inyección de adrenalina muestra algunas diferencias entre el estupor y la excitación, pero no entre la elación y la depresión; d)la determinación de glucosa sanguínea después de la administración de efedrina, no reporta cambios significativos; e)la prueba de tolerancia a la glucosa no tiene relación con el cambio de la dirección del humor; f)la secreción salival de la glándula parótida es normal en enfermos maniacos y esta disminuida en los deprimidos; g)la acidez gástrica aumenta en los estados maniacos y en las depresiones ansiosas y disminuye en las depresiones con componente de retardo. En cuanto al metabolismo de los electrolitos se ha demostrado que la cantidad de sodio permutable es mayor en enfermos deprimidos, lo que disminuye con el tratamiento. Se ha sugerido que este aumento de sodio ocurre principalmente dentro de los depósitos de sodio intracelular.

En 1959, Everett y Toman (Gutiérrez Alanís T., 1992) postularon por primera vez la hipótesis de que las catecolaminas y la serotonina desempeñaban un papel importante en la depresión. Estudios posteriores reforzaron esta teoría que se basó en observaciones clínicas efectuadas con el uso de los medicamentos del tipo de la reserpina y los IMAOs. Observaron que la reserpina, entonces utilizada en el tratamiento de la hipertensión arterial, producía depresión en algunos pacientes, como consecuencia de la depresión que produce de los niveles de norepinefrina dopamina y serotonina en animales de laboratorio. Por su parte, algunos IMAOs que se empleaban en el tratamiento de la tuberculosis, producían un cierto efecto euforizante y una importante acción antidepresiva. La causa se atribuyó a que

estas sustancias bloquean las acciones de las enzimas monoaminooxidasas (MAO), las cuales degradan a los neurotransmisores serotonina y noradrenalina.

Los IMAOs forman un grupo heterogéneo de drogas que tienen en común la capacidad de bloquear a la degradación que ocurre por desaminación oxidativa de las aminas biógenas. La MAO es una enzima que se localiza en la cara externa de las mitocondrias de las terminales sinápticas que inactiva a las aminas naturales y a las sintéticas. Los sustratos de esta enzima son numerosos e incluyen a la serotonina, la noradrenalina, la dopamina, la adrenalina, la tiamina, la triptamina, la fenetilamina y la quinuramina. Además, existen dos tipos de MAOs. La denominada MAO-A inactiva mediante desaminación selectivamente a la serotonina y a la noradrenalina. La MAO-B tiene como sustratos a la fenetilamina y a la N-metilhistamina.

Los antidepresivos tricíclicos como la imipramina y otros, bloquean la recaptura de serotonina y de noradrenalina. La acción sobre estos neurotransmisores es compartida por los IMAOs, lo que sugiere la participación de la noradrenalina y la serotonina al menos en las acciones de los antidepresivos de este tipo. Luego entonces al inhibir la degradación de los neurotransmisores aumentaría su disponibilidad.

La investigación de las aminas biógenas en relación con la depresión se ha orientado a las catecolaminas (noradrenalina y dopamina) y a la serotonina. Para su estudio se han utilizado medidas indirectas de las aminas o de sus metabolitos en los líquidos corporales. Algunos enfermos con trastornos maníaco depresivos tienen una excreción urinaria más baja de noradrenalina y de su metabolito, la normetanefrina, durante el episodio depresivo y los niveles de excreción se elevan conforme avanza el tratamiento. El metabolito cerebral principal de la noradrenalina y la normetanefrina, es el ácido 3-metoxi-4 hidroxifenilglicol (MHPG). Diversos estudios han demostrado que la excreción urinaria de MHPG está



disminuida durante la depresión y los niveles alcanzan la normalidad en forma paralela a la recuperación clínica.

El metabolismo de la serotonina da origen al ácido 5-hidroxiindol acético (5-HIAA). Se han reportado concentraciones bajas de este metabolito en el líquido cefalorraquídeo (LCR) de los enfermos deprimidos. Además al analizar el tejido cerebral proveniente de necropsias de deprimidos, se encuentran concentraciones menores a la normalidad de este metabolito. Shopsin y Feiner (Gutiérrez Alanís T., 1992) hicieron una revisión de la relación entre la serotonina y los estados de ánimo. Los estudios sobre la serotonina en humano, implican la evaluación de las concentraciones de este neurotransmisor en el LCR y la captura de imipramina en plaquetas. Los estudios postmortem de deprimidos muestran bajos niveles de serotonina y/o de sus metabolitos en zonas habitualmente ricas en este neurotransmisor, como sería el caso de los núcleos medio y dorsal del raf,. Al estudiar las concentraciones de 5-HIAA en el LCR se han encontrado resultados variables que van desde la ausencia de correlación entre función serotoninérgica y depresión, hasta niveles bajos de 5-HIAA en el LCR de enfermos deprimidos. En este sentido es importante mencionar que los niveles mas bajos de este metabolito se encuentran en deprimidos con alto riesgo de suicidio. A partir del estudio de ligando de imipramina en agregados plaquetarios, se sugiere que la captura de serotonina esta reducida en pacientes con trastornos bipolares. Cabe mencionar que el sitio de ligado de imipramina en las plaquetas es compartido por la serotonina. (Gutiérrez Alanís T., 1992)

Los estudios farmacológicos son de tres tipos. Inducción de incremento de la síntesis de neurotransmisores; reducción de la síntesis de un neurotransmisor; y, uso de agonistas y antagonistas pre y post sinápticos de los neurotransmisores. La administración de precursores de las monoaminas cerebrales modifica la síntesis de ese neurotransmisor. El precursor de la serotonina es el triptofano al cual se le han atribuido algunas propiedades antidepresivas, acciones que son

potenciadas por la administración simultánea de IMAOs. Van Praag (Citado en Gutiérrez Alanís T., 1992) encontró que el subgrupo de pacientes deprimidos con niveles bajos de 5-HIAA en el LCR, responden favorablemente a la administración de triptofano. El precursor más inmediato de la serotonina, es el 5-hidroxitriptofano (5-HTP). También ha sido administrado experimentalmente en pacientes deprimidos por vía intravenosa, con resultados alentadores. (Gutiérrez Alanís T., 1992).

Van Praag (Gutiérrez Alanís T., 1992) estudió las acciones de los precursores de síntesis de serotonina, dopamina y noradrenalina en el tratamiento de la depresión. La hipótesis es que si los precursores tienen acciones positivas, reafirmaría que el aumento de la función neuronal en sitios que emplean estos neurotransmisores constituye el mecanismo antidepresivo. En este sentido los resultados de la administración de triptofano son variables. Hay quienes reportan efectos parecidos al tricíclico amitriptilina. Por su parte la administración de 5-HTP se ha comparado en eficacia a la clorimipramina y la combinación potencia los efectos particulares. Además el 5-HTP fue más efectivo en pacientes con baja respuesta de 5-HIAA al probenecid en comparación a los sujetos con respuesta normal. Se ha sugerido incluso que el 5-HTP produce una respuesta eufórica en sujetos sanos. La L-tirosina se ha reportado como poseedora de acciones antidepresivas. Algunos estudios ilustran que la tirosina potencia el efecto antidepresivo del 5-HTP, a la vez que aumenta el metabolismo de las catecolaminas.

En cuanto a la L-DOPA se ha observado que influye en la actividad motora de los deprimidos, pero sin influir sobre el estado de ánimo. En cualquier caso son necesarios más estudios controlados.

Existen fármacos que afectan específicamente diversos pasos de la síntesis, inactivación, recaptura y liberación de serotonina en el sistema nervioso. Hamon et al. y Darraugh et al. (Gutiérrez Alanís T., 1992) estudiaron al indalpine que es un

bloqueador de la recaptura de serotonina y favorece entonces la neurotransmisión en las terminales que contienen serotonina. El indalpine se ha utilizado exitosamente en pacientes deprimidos y en algunos que sufren de dolor crónico.

### III.2.2 HIPÓTESIS NEUROENDOCRINAS DE LA DEPRESIÓN

En la depresión endógena se han observado disfunciones en los ejes neuroendocrinos que controlan la actividad de la tiroides, corticosuprarrenal, de las hormonas sexuales y de las hormonas del crecimiento. (Solloa, 1997).

Alrededor de 50% de los adultos con depresión mayor endógena hipersegregan cortisol durante la enfermedad esta característica retorna a la normalidad tras la recuperación del síndrome depresivo. (Solloa, 1997).

En 1972, Orange y Wilson (Solloa, 1997) encontraron que la hormona liberadora de tirotrófina es un eficaz antidepresivo. Se ha demostrado que alrededor de 40 a 50% de los depresivos endógenos adultos hiposegregan hormona del crecimiento (GH) en respuesta a la hipoglicemia inducida por insulina (ITT).

Otro campo de interés bioquímico tiene que ver con la transmisión de la membrana neuronal y el balance electrolítico. Se ha formulado que el litio altera la concentración iónica del sodio y del potasio en las membranas de las neuronas y que retarda la transmisión neuronal, calmando así al paciente maniaco. Algunos investigadores sugieren que el litio también altera el metabolismo de las catecolaminas, pues también ha resultado efectivo con el tratamiento de pacientes deprimidos. (Solloa, 1997).

Los estudios neuroquímicos y neuroendocrinos de niños depresivos han representado un campo limitado de trabajo. Los resultados sobre neuroendocrinología tienden a validar la existencia de la depresión mayor en edad prepuberal y su semejanza con la depresión mayor en adultos. (Solloa, 1997).

### III.2.3 NEUROFISIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN

Con base en los hallazgos clínicos se ha observado que el paciente deprimido tiene dificultades para experimentar placer. En consecuencia la alteración subyacente podría ubicarse en los centros límbicos susceptibles del fenómeno de autoestimulación eléctrica intracraneal (AEI). En este sentido se ha demostrado que la tasa de AEI aumenta bajo la acción de antidepresivos tricíclicos o de inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAOs) en ratas pretratadas con amfetamina. Es decir, se requiere de una sensibilización del receptor catecolaminérgico. Sin embargo esta hipótesis aun aguarda su apoyo experimental. (Gutiérrez Alanís T., 1992).

En un intento por sistematizar el sustrato anatomofuncional de las emociones se ha propuesto que podrían estar reguladas por aquellas porciones del sistema nervioso que forman un circuito que involucra vastas áreas de la corteza cerebral y algunas diencefálicas. Este circuito recibió el nombre de sistema límbico para referirse a una serie de estructuras que involucran al hipocampo, al núcleo ventral anterior del tálamo, los cuerpos mamilares y la circunvolución del cíngulo. Poco antes de que recibiera el nombre de sistema límbico, se incluyeron otras estructuras como son la corteza orbitofrontal, la ínsula, la corteza anterior del lóbulo temporal, los núcleos de la amígdala del lóbulo temporal, el núcleo dorsomediano del tálamo y finalmente los núcleos septales. Cabe destacar que las relaciones entre el septum, el hipocampo y la circunvolución del cíngulo serían las responsables de expresiones conductuales diversas conducentes a la sociabilización. Mientras que las conductas relacionadas con la preservación de la especie -reproducción y alimentación- tendrían como sustrato a las porciones relacionadas con los núcleos amigdalinos.

En la actualidad el concepto de sistema límbico puede ser entendido como aquel formado por dos componentes. El componente medial quedaría vecino a las estructuras diencefálicas. A los lados y por debajo de estas estructuras se ubica

el componente basolateral. La conducta adecuada estaría determinada por la interacción entre estos dos componentes.

Existen algunos resultados de tipo neurofarmacológico que apoyan la hipótesis de que las zonas en las que se da el AEI son sensibles al tratamiento con compuestos y tónicas eficaces en el humano deprimido. En efecto las neuronas de los núcleos septales modifican su tasa de disparo conforme avanza el tratamiento con diversos antidepresivos en la rata. Este resultado puede ser interpretado como una acción específica de tales tratamientos en estructuras mediales del sistema límbico.

Estudios de Polisomnografía en la Depresión.

Mientras en adultos se ha encontrado la existencia de una serie de anomalías del electroencefalograma durante el sueño, como por ejemplo, disminución del tiempo total del sueño, latencia MOR (movimientos oculares rápidos) acortada, disminución de la eficacia del sueño y despertar intermitente y/o matutino, los estudios llevados a cabo con niños no han revelado cambios de este tipo antes de la adolescencia. (Solloa, 1997).

En 1975, Akiskal y Mc Kinney (Solloa, 1997) proporcionaron un modelo biocomportamental para explicar la depresión, el cual integra: 1.- La vulnerabilidad genética, 2.- acontecimientos evolutivos (por ejemplo, pérdida temprana del objeto), 3.- acontecimientos psicosociales, 4.- estresantes fisiológicos y 5.- rasgos de personalidad. Propone que estas influencias alteran el sistema nervioso central y convergen en una vía común final que está implicada en los sustratos biológicos de respuesta al reforzamiento ambiental.

Durante el curso de un trastorno afectivo puede haber una cascada de alteraciones y adaptaciones neuroquímicas y neuroendocrinas, con diversos subpatrones

relacionados con diferencias individuales genéticas y ambientales, así como con el nivel de desarrollo, por ello, la investigación sobre la depresión infantil tiende a ir por caminos que tomen en cuenta que los trastornos afectivos son diferentes en las diversas etapas de la vida como un reflejo de los cambios evolutivos biológicos, cognitivos y afectivos y de las variaciones en el mundo social del niño. (Solloa, 1997).

#### **IV. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS**

Desde la perspectiva multidimensional del diagnóstico del síndrome depresivo (Polaino Lorente A., 1988), la evaluación de la depresión deberá realizarse en función de criterios psicobiológicos, neuroendocrinos, poligráficos, clínicos y conductuales.

Los correlatos psicobiológicos constituyen uno de los aspectos mejor estudiados en los desordenes afectivos de los adultos. Los datos más recientes apuntan a una cierta semejanza entre la depresión Infantil y la del adulto.

Cytryn y Col. (citado en Polaino Lorente A., 1988) demostraron que los cambios que se producen en la secreción de metabolitos urinarios en los niños son similares a los hallados en los adultos.

Dentro de los correlatos neuroendocrinos se encuentra que los niños diagnosticados con depresión endógena ante el Test de Tolerancia de la Insulina, responden con hiposecreción de la hormona del crecimiento. Esto sugiere un funcionamiento neuroendocrino anormal en los niños que han sufrido un episodio depresivo endógeno. Anormalidad que puede ser un factor de riesgo para futuros episodios depresivos.

El test de supresión con dexametasona, estandarizado por Carroll es una de las pruebas más utilizadas para la detección de depresión, puesto que en los pacientes deprimidos, cuando se administra la dexametasona, no se bloquea el aumento ultradiano de cortisol. (Meneghello, 2000).



En los correlatos poligráficos por lo que respecta a los niños depresivos, no se han detectado diferencias significativas, respecto a las alteraciones del sueño, entre el grupo de pacientes y el grupo control. No obstante Kane y col. y Lahmeyer y cols. (citado en Polaino Lorente A., 1988) probaron que el acortamiento de las latencias MOR es idéntico tanto en adultos como en niños depresivos.

Los correlatos clínicos-conductuales constituyen los aspectos mejor conocidos de la depresión, no sólo por las evidencias con que se presentan, sino más bien por la facilidad con que pueden ser diagnosticados.

Todos los criterios requieren la presencia del humor disfórico, en el DSM, solamente en el caso de que sea manifiesto verbalmente por el niño, los criterios de Poznanski y Weinber (citado en Polaino Lorente A., 1988), admiten también la posibilidad de evaluar la manifestación no verbal del síntoma, siempre y cuando tal análisis lo realice un clínico experimentado.

Weinberg en 1973, (Becerril, 1989) especificó los criterios diagnósticos antes de clasificar a los niños de su muestra como deprimidos o no deprimidos. Refinó los requisitos de inclusión y exclusión y legó el primer sistema de criterios diseñados específicamente para niños.

En 1973, McConville y colaboradores (citado en Solloa, 1997) diferenciaron tres tipos de síndromes depresivos en niños de 8 a 13 años:

- 1.- El tipo afectivo, visto en los niños de seis a ocho años, el cual consiste sobre todo en exteriorizaciones de tristeza e indefensión.
- 2.- El tipo de autoestima negativa, caracterizado por la verbalización de sentimientos de desvalorización, carencia de amor y explotación por parte de los demás. Aparece en niños de 8 a 10 años.

3.- El tercer tipo es el llamado de culpa, porque su síntoma distintivo consiste en que el niño cree firmemente que es malo y merece morir o que otros lo maten. Este desorden apareció en niños de 10 a 13 años.

En 1968, Frommer (citado en Solloa, 1997) afirmó que la depresión es común en los niños, constituyendo 20% de la totalidad de la psicopatología infantil y distinguió tres tipos:

1.- Depresión con enuresis: se caracteriza por la marcada incidencia de enuresis y encopresis. Estos niños tienen además problemas de aprendizaje y retraimiento social.

2.- Depresión simple: los niños en esta categoría se caracterizan por irritabilidad, debilidad y tendencias a reiterados estallidos temperamentales.

3.- Depresión con fobia: se llama así por la gran incidencia de ansiedad y falta de confianza.

En 1972, Cytryn y McKnew (citado en Solloa, 1997) realizaron otra división de la depresión:

1.- Reacción depresiva encubierta. Se presenta con síntomas como hiperactividad, conducta agresiva, trastornos psicósomáticos o tendencias delictivas.

2.- Reacción depresiva aguda. Aparece como resultado de una situación externa claramente identificable, vinculada por lo general con la pérdida de la atención de una persona amada.

3.- Reacción depresiva crónica. Se presenta cuando no se detecta un hecho desencadenante.

En un estudio sobre las características de los niños y adolescentes cuyos padres solicitan tratamiento psicológico en un Centro Comunitario de Salud de Madrid. (Aláez M., et al., 2000). Se presentan las tasas de prevalencia diagnóstica y su relación con la edad y el género de los sujetos. La muestra se compone de 404 sujetos (265 varones y 139 mujeres) con edades comprendidas entre los 0 y los 18 años. Los trastornos más prevalentes fueron los de conducta (23.0 %), seguidos de los depresivos (14.6 %). La mayor prevalencia de trastornos depresivos que encontraron, se debe a los Trastornos de Adaptación, subtipo depresivo (con un 7.2 por ciento de los sujetos).

Resultando los trastornos más prevalentes en los varones, por este orden, los de conducta (24.2 por ciento), del desarrollo (14.4 por ciento), eliminación (12.8 por ciento), de ansiedad (11.4 por ciento), y depresivos (10.6 por ciento). En las mujeres, la prevalencia mayor la poseen los trastornos depresivos (22.3 por ciento), seguidos de los trastornos de conducta (21.0 por ciento), ansiedad (16.5 por ciento), y del desarrollo (9.4 por ciento).

Aláez M., et al., (2000) mencionan que otros autores han analizado también la relación entre género y diagnóstico. Y que la mayoría coinciden en encontrar asociación entre ambas variables. Bragado et al. (1995) informan de una relación cercana a la significación entre ambas variables, con los varones presentando más trastornos de conducta, eliminación y del sueño, y las mujeres más trastornos de ansiedad, depresión y alimentación.

La sintomatología depresiva del niño no ofrece, las manifestaciones típicas del adulto, como sentimientos de culpabilidad o ideas de ruina, tratándose generalmente de formas depresivas no interiorizadas, ya que la inmadurez de las instancias psíquicas del niño impide el conflicto interior entre la conciencia y el yo. En cambio a medida que el niño avanza en su desarrollo, se constata un aumento de los síntomas

psíquicos propios del adulto y una disminución de las características psicósomáticas de la depresión infantil. (Ayuso J. y Saiz J., 1981).

Remedi, C., (citado en Meneghello, 2000) menciona que muchos de los niños con depresión llegan a la consulta médica por su “conducta”, apareciendo como:

- Irritables, desafiantes, negativistas, rehúsan hacer la tarea escolar, manifiestan exabruptos emocionales importantes en la escuela y en el hogar. (correspondiendo a un episodio depresivo mayor)
- Con quejas somáticas inexplicables, cefaleas, dolores abdominales (correspondiendo a un episodio depresivo mayor)
- Hiperactivos, impulsivos, actúan como si tuvieran un motor en marcha; son disruptivos, agresivos y niegan permanentemente lo que les acontece. (alude a un trastorno bipolar).

En 1988, Kazdin (citado en Solloa, 1997) señaló que para que un síntoma o conjunto de síntomas sean significativos, deben tener una serie de características:

- El síntoma debe reflejar un cambio en la conducta habitual del niño
- El afecto depresivo debe tener una consistencia en el tiempo.
- La ausencia de un precipitante claro, con frecuencia, es importante.
- El criterio más importante es el impacto de los síntomas en el funcionamiento diario del niño.

Del Barrio en 1990 (citado en Solloa, 1997), resumió los criterios para diagnosticar depresión en los niños que han tenido una mayor difusión y cuya evolución abarca casi 20 años, estos síntomas son:

- Disforia
- Aumento/disminución de apetito/peso
- Insomnio o hipersomnias
- Reproche o culpabilidad
- Retraimiento social
- Anhedonia

- Pensamientos suicidas o de muerte
- Cambio en rendimiento escolar
- Falta de energía o fatiga
- Quejas somáticas
- Agitación-retraso motor
- Falta de interés en las actividades
- Pobre concentración
- Irritabilidad
- Agresividad
- Ideas persecutorias
- Fobia escolar
- Llantos inmotivados
- Ensoñaciones

## IV.1 COMORBILIDAD

Remedi, C., (citado en Meneghello, 2000) menciona que el niño deprimido es un niño 20% más vulnerable a presentar comorbilidad psiquiátrica. Lo es mucho más que otros niños que no están deprimidos.

Los niños y los adolescentes con trastornos afectivos tienen alto riesgo de suicidio, abuso de drogas, consumo de tabaco, enfermedades médicas, bajo rendimiento escolar y problemas psíquicos y sociales. También se observa que los niños que tuvieron depresión, continúan presentando una importante morbilidad clínica y psicosocial después de su remisión. Parte de esta morbilidad se manifiesta en síntomas subclínicos de depresión, problemas de conducta, ansiedad, consumo de cigarrillos y una excesiva dependencia emocional de otras personas. (Meneghello, R. J., 2000).

Birmaher, (Meneghello, 2000) menciona que el 40-70% de niños y adolescentes con depresión presentan comorbilidad con otro trastorno psiquiátrico y el 20-50% tiene dos o más diagnósticos de comorbilidad. La comorbilidad más frecuente es con distimia y trastornos de ansiedad, y en segundo lugar trastornos de conducta y abuso de sustancias.

Rodríguez, S., (1998) menciona como la patología que se asocia con más frecuencia a la depresión infantil a la ansiedad. Weissman y col., (1984) señalan que entre un 40% y un 70 % de los niños y adolescentes con trastornos depresivos también se podían diagnosticar como pacientes que sufren algún tipo de trastorno de ansiedad.

En un estudio de 40 adolescentes (12 a 15 años) varones de una escuela secundaria en la ciudad de México, se encontró una prevalencia del 12 % de TDM (Trastorno depresivo mayor) y el 7.5 % de TD (Trastorno distímico),

aproximadamente 70% de los sujetos con TD de inicio temprano tenían un TDM concomitante, 50% tenía otro trastorno psiquiátrico, siendo los más frecuentes los trastornos de ansiedad (40%), el Trastorno de conducta (30%) y el TDAH (24%). Se menciona que la comorbilidad fue frecuente en los adolescentes con TDM, 4 de los 5 sujetos presentaban algún otro padecimiento. Siendo las implicaciones clínicas y funcionales de la comorbilidad en los adolescentes diversa: aumentan los riesgos de depresiones recurrentes, se prolongan los episodios depresivos, se incrementan las conductas o ideas suicidas, disminuye la respuesta al tratamiento, se gastan más recursos y se generan un mayor deterioro en el funcionamiento familiar, con sus compañeros y en el nivel académico de los adolescentes. (De la Peña F., et. al. 1999).

## V. CONDICIONES ASOCIADAS A LA DEPRESIÓN INFANTIL

La depresión es un trastorno emocional que se presenta de manera global porque cuando se presenta en los niños abarca las esferas somática, psíquica y conductual. (Polaino Lorente A., 1988).

Solloa (1997) menciona que los desórdenes 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

Ayuso y Saiz (1981) mencionan que la mayoría de los niños que presentan un estado depresivo son enviados al especialista por cualquiera de los tres principales motivos:

1.- Disminución del rendimiento escolar: resultado de la dificultad de mantener la atención y del enlentecimiento del pensamiento y de la rememoración.

2.- Trastornos del comportamiento: La inhibición en la esfera de la actividad se traduce por la inercia, la pasividad, la tendencia al aislamiento y el rechazo a participar en juegos colectivos, conducta inestable ya sea impulsiva o antisocial.

3.- Alteraciones psicosomáticas: Los síntomas somáticos son muy frecuentes aunque la intensidad variable, según la edad. En gran número de casos los equivalentes somáticos se sitúan en el primer plano de la sintomatología: anorexia, enuresis, encopresis, insomnio y cefalea



## V.1 SUICIDIO INFANTIL

La depresión está ligada al suicidio en los niños y adolescentes (Wicks, 1997) y se ha hallado que constructos, como la desesperanza, relacionados con la depresión pueden predecir la conducta suicida

Polaino Lorente A. (1988) menciona como rasgos de la personalidad característicos del comportamiento suicida infantil los siguientes:

Pésima tolerancia a la frustración, déficit en el repertorio de sus habilidades sociales, percepción real o imaginaria de que sus padres no los quieren lo suficiente, dificultades para elaborar los conflictos y las dificultades ordinarias, incapacidad de comunicar y compartir con otros sus pequeños o grandes sufrimientos, déficit de la autoestima y, sobre todo, dificultades escolares y decepciones amorosas (en adolescentes), Orbach (citado en Polaino Lorente A., 1988) señala como características desde el punto de vista familiar las siguientes: antecedentes familiares de suicidio, casi siempre en la madre,; conflictos y crisis en las relaciones familiares; percepción de un nivel de exigencias – reales o imaginarias – que son superiores a su capacidad personal; inexistentes o insatisfactorias relaciones con los adultos; fantasías respecto de la muerte; y ambivalencia afectiva que va de la desesperación y la depresión al deseo de experimentar placer y felicidad, al mismo tiempo.

Existe suficiente investigación para afirmar que muchas de las tentativas suicidas y de los suicidios consumados en la infancia están causados por el padecimiento de una depresión (Polaino Lorente A., 1988). Pfeffer y cols. (citado en Polaino Lorente A., 1988) incluyen a la depresión en el primer lugar del conjunto de factores de riesgo con el comportamiento suicida, seguido de la desesperanza, los sentimientos de inutilidad, el deseo de morir, la existencia de una depresión severa en la madre, la presencia de depresión y conducta suicida en los padres y la preocupación del niño por la muerte, así como la idea de que ésta es placentera y transitoria.

Otros factores psicopatológicos de riesgo asociados al comportamiento suicida son los siguientes: ansiedad intensa, agresividad, preocupación acerca de los resultados escolares, dificultades en el aprendizaje, temor al castigo paterno, separación de los padres, abusivas exigencias familiares, dificultades en las relaciones conyugales y funcionamiento deficitario del yo. (Polaino Lorente A., 1988)

Sin embargo, la conducta suicida puede producirse aunque no se haya diagnosticado ningún trastorno, estando ligada a problemas de comportamiento tales como la conducta de agresión y la impulsividad, con la independencia o no de que vayan acompañados de depresión (Wicks, 1997).

A nivel individual, entre los factores de riesgo podrían incluirse la depresión, la desesperanza, la impulsividad y la conducta de agresión. No obstante, las influencias y las alteraciones familiares, los altos niveles de estrés en la escuela y en las relaciones sociales, así como las influencias socioculturales, entre las que se incluye el fácil acceso a las armas de fuego, son factores que podrían contribuir a aumentar el riesgo. (Wicks, 1997).

En los estudios psicológicos de niños con tendencias suicidas se han observado tres tipos predominantes de personalidad (Solloa, 1997): 1.- niños que se sienten rechazados por los demás, 2.- niños callados y poco comunicativos, y 3.- niños perfeccionistas y autocensurantes. Con familias con alta incidencia de intentos de suicidio y depresión

La gravedad de la ideación suicida reside en su persistencia o estabilidad temporal. Algunos estudios, como el de Pfeffer, Lipkins, Plutchick y Mizruchi (citado en Polaino Lorente A., 1988), parecen indicar una cierta estabilidad en un considerable porcentaje de casos, concretamente el 50% después de dos años de seguimiento. Mas recientemente, Domenech-Llaberia, Canals y Fernández-Ballart, 1992 (citado en

Polaino Lorente A., 1988), han observado que el 27% de las niñas y el 18,4% de los niños mantiene estas ideas después de tres años de seguimiento. Además de la persistencia, otro importante factor de riesgo para la conducta suicida es la depresión. Numerosos estudios (citado en Polaino Lorente A., 1988), señalan a la depresión como uno de los principales factores de riesgo de la conducta suicida. Polaino Lorente A, (1988) menciona que cuando evaluamos la conducta suicida en la infancia debemos tener en cuenta el grado de conocimiento que tiene el niño de la muerte, ya que si este conocimiento es incorrecto o insuficiente, resulta arriesgado juzgar como suicidio un acto que acaso no lo sea, por no existir la voluntad expresa de quitarse la vida.

La ideación suicida es bastante frecuente en niños deprimidos y es él mismo, por norma general, la mejor fuente de información sobre este síntoma. (Cantewll y Carlson, 1983).

El estudio de Viñas F. et al. (2000) evalúa la ideación suicida infantil y su severidad a partir de la información proporcionada por el propio niño. Para ello se aplicó el Children's Depression Inventory a una muestra representativa de 361 escolares de edades comprendidas entre los 8 y 12 años. Un mes más tarde se ha verificado la persistencia de los deseos de morir mediante la Children's Depression Rating Scale-Revised. Se evalúa la severidad de la ideación suicida autoinformada con relación a la persistencia, la alteración del estado de ánimo y el conocimiento intelectual de la muerte. Los resultados indican que la persistencia de la intencionalidad suicida está asociada a una mayor sintomatología depresiva.

Asarmow et al. (citado en Gutiérrez Alanís T., 1992) evaluaron los factores asociados a la depresión y al suicidio en niños de 8 a 13 años hospitalizados psiquiátricamente (12 mujeres y 18 hombres). La conducta suicida se asoció con una tendencia de los niños a percibir a sus familias como estresantes, bajas en control y cohesividad, que ofrecían poco apoyo y control, pero ricas en conflictos. Observándose en los niños

suicidas la triada cognitiva de la caracterizada por visiones negativas de si mismo, del mundo y del futuro.

En un estudio (González F. C., et. al., 2003) en el que participaron 508 hombres y 428 mujeres estudiantes en el Centro Histórico de la Ciudad de México, cuya edad promedio fue de 13,7 años se muestra la presencia de conductas suicidas en estudiantes de Secundaria, en una proporción de casi tres mujeres por cada varón: 16.6% y 6.6%. Estudios en México con muestras representativas con estudiantes de Secundaria y Bachillerato en la Ciudad de México evidencian también la presencia de este tipo de conductas en proporción 3:1 en la Ciudad de México: 12.2% mujeres y 4.3% hombres (González-Forteza, Villatoro et al., 2002); y en proporción 2:1 en la ciudad de Pachuca, Hidalgo: 13.3% en mujeres y 6.3% en varones (González-Forteza, Mariño et al., 1998).

Dado el indicador de intento suicida alguna vez en la vida, la edad del único/último intento se refiere en su mayoría a un evento del pasado reciente. En el estudio representativo de la Ciudad de México de González-Forteza, Villatoro et al., 2002 (citado en González F. C., et. al., 2003), el promedio de edad del único/último intento en los estudiantes de Secundaria fue a los 12 años y en los de Bachillerato a los 14 años y en el de Pachuca de González-Forteza, Mariño et al., 1998 (citado en González F. C., et. al., 2003) fue a los 13 años para ambos sexos Como se observa, las edades reportadas remiten a los últimos años de la Primaria y mientras se cursa la Secundaria.

En este estudio (González F. C., et. al., 2003), la edad del único/último intento fue a los 11 años en los hombres y a los 12 en las mujeres. Se trata entonces de intentos suicidas que en su mayoría acontecieron en los varones de esta muestra hace dos años y en las mujeres hace uno. Cabe destacar que en la semana previa a la encuesta, la depresión y la ideación suicida también estuvieron presentes, evidenciando la importancia de atender la ocurrencia de intentos suicidas y la

detección de depresión e ideación suicida actuales en los estudiantes; así como su traslape, reconociendo además que la presencia de la depresión y la ideación suicida son indicadores de riesgo para diversos tipos de conductas problemáticas, como consumo de drogas, trastornos alimentarios, violencia, etc.

González F. C., et. al., (2003) menciona que identificar y reconocer la presencia de la conducta suicida y de los indicadores emocionales es de suma importancia para arribar a propuestas de prevención y de promoción de la salud. Por un lado, se ha documentado que el intento suicida es un importante predictor de futuros intentos suicidas e incluso de suicidios consumados (Lewinsohn et al., 1994; Wichstrom, 2000); y por el otro, la literatura científica evidencia que los trastornos depresivos y la ideación suicida se relacionan con la conducta suicida en los/as adolescentes (Hollis, 1996; Prigerson y Slimack, 1999; Wichstrom, 2000). Como factores de riesgo, cabe señalar que es la interacción entre ellos lo que potencializa el riesgo, porque cada uno de ellos contribuye en alguna medida, y por ello es importante incidir en la prevención y tratamiento en etapas tempranas, a fin de minimizar las consecuencias (Leviton, Snell y MsGinnis, 2000 citado en González F. C., et. al., 2003).

## V.2 DEPRESIÓN, EDAD, Y GÉNERO

Solloa (1997) menciona que la sintomatología de los niños deprimidos varía mucho según las condiciones ambientales y con la edad. Según Niessen (citado en Ajuriaguerra, 1983), la sintomatología prevalente depende de la edad y del sexo:

En los niños de edad escolar o mayores, la sintomatología depresiva se refiere sobre todo a la esfera cognitiva (Rumiación, ideas e impulsos suicidas, sentimientos de inferioridad y de depresión), siendo dominante la cefalea como síntoma somático.

Durante la edad escolar se suele observar como característica importante en los niños deprimidos que se dan por vencidos con facilidad, esta tendencia los predispone a sentirse impotentes y desesperanzados ante las lesiones infligidas a su autoestima. (Solloa, 1997).

Si bien los síntomas depresivos (en la población infanto-juvenil) son similares a los del adulto, su manifestación se tiñe con peculiaridades evolutivas de cada etapa como las que se presentan en el siguiente cuadro. (Cuadro 1).

La distribución por el género demuestra que las niñas depresivas son en general tranquilas e inhibidas, con tendencia a las fluctuaciones del humor y a la rumiación; mientras que los chicos se caracterizan por la dificultad de establecer contacto por la tendencia al aislamiento, que combinado con inhibiciones de aprendizaje y de irritabilidad, pueden conducir a dificultades escolares y a la agresividad. (Ajuriaguerra, 1983).

**CUADRO 1. SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES**

SINTOMAS DEPRESIVOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES		
PREESCOLARES	ESCOLARES	ADOLESCENTES
TRANQUILIDAD	INSEGURIDAD	ABATIMIENTO
TIMIDEZ	ASOCIABILIDAD	RUMIACIONES
AGITACION	IRRITABILIDAD	OSCILACIONES DEL ANIMO
AGRESIVIDAD	FALTA DE CONCENTRACION	IMPULSOS SUICIDAS
RENUNCIA A JUGAR	MAL RENDIMIENTO	HUMOR DEPRESIVO
HUMOR DEPRESIVO	HUMOR DEPRESIVO	TRASTORNO DEL APETITO
DESCARGA DE LLANTO	ABURRIMIENTO	CEFALEAS
POCO APETITO	AISLAMIENTO	QUEJAS SOMATICAS
TRASTORNO DEL SUEÑO	DESCARGA DE LLANTO	
MOV. ESTEREOTIPADOS	ONICOFAGIA	
MANIPULEO GENITAL	PAVOR NOCTURNO	
	QUEJAS SOMATICAS	
	ENURESIS	

Fuente: Tomado de Remedi, C., (citado en Meneghello, 2000).

Diversos estudios señalan que el género femenino se ha asociado sistemáticamente al incremento de la probabilidad de desarrollar depresión, efectivamente la sintomatología es más alta en las niñas que en los niños, sobre todo en los rangos que sobrepasan los 12 años, antes de esta edad es raro encontrar diferencias entre géneros (Del Barrio, 1997).

Aunque Wicks Nelson R., (1997) menciona que normalmente no suele hallarse ninguna diferencia de género en niños con edades comprendidas entre los seis y doce años.

### V.3 RENDIMIENTO ESCOLAR

El rendimiento escolar es la actividad del alumno y el resultado de la misma (Furk, 1961, citado en Medina, 1999), así como una manifestación del comportamiento escolar de los alumnos, expresado a través de notas o calificaciones, las que se consideran un indicador de los logros escolares de los alumnos. (Camarena y Gómez, 1986, citado en Ledesma. 1992).

Existen dos tipos de alumnos con bajo rendimiento: aquel alumno que lo presenta durante un largo periodo de tiempo y otro que lo muestra solamente en un determinado momento a consecuencia de alguna experiencia traumática; tal como un cambio de escuela, una muerte en la familia o una vivencia fuertemente emocional

El bajo rendimiento escolar es signo de ciertos problemas personales o sociales que el alumno vive. “Muy raramente son el resultado de defectos de la enseñanza o de pérdidas de oportunidad u ocasiones educativas: la causa radica más bien en el niño – alumno – mismo”. (Hurlock, 1987, citado en Ledesma).

El bajo rendimiento escolar de los niños deprimidos no es ni causa ni consecuencia de una disminución en las habilidades escolares básicas. De hecho, el bajo rendimiento escolar de los niños con trastornos del aprendizaje pudiera ser la expresión de un desinterés por participar y de los sentimientos derrotistas de autodepreciación relacionados con la depresión primaria. Sin embargo, algunos autores suelen llegar la conclusión de que depresión, frustración y desanimo son secundarios a las alteraciones del aprendizaje y no constituyen un estado primario. Cantewll y Carlson, (1983). En este sentido, Weinberg y Rehtmet (Solloa, 1997) 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.



Las causas que originan el bajo rendimiento escolar son múltiples y variadas. Bricklin, 1988 (citado en Medina) señala cuatro áreas que pueden afectar el rendimiento escolar: Causas físicas, pedagógicas o del método de enseñanza, en cuya virtud el niño no puede aprender, ya que se le enseña en forma deficiente; sociológicas y emocionales en donde el niño no puede dar un rendimiento satisfactorio por culpa de determinadas actitudes emocionales conflictivas.

Bastin, 1980 (citado en Ledesma, 1992) considera que el bajo rendimiento escolar es un fenómeno bastante complicado, en el que interactúan una serie de elementos que rebasan el campo de las capacidades intelectuales. Divide en dos clases las causas del bajo rendimiento: a) Endógenas; aquellas que son consecuencia de factores intelectuales, rasgos de personalidad, nivel de maduración, motivaciones de orden fisiológico, es decir, características propias del sujeto. b) Exógenas son aquellas que pertenecen al medio que rodea al individuo; la familia, la escuela, la sociedad y sobre las cuales él no tiene un manejo total.

Pedreira (Cornella I. C. J. en Bassas N. y Tomas J. 1996) menciona las siguientes causas de los problemas en el rendimiento escolar:

- 1.- Inmadurez
- 2.- Conflictos emocionales
- 3.- Conflictos con la personalidad del maestro
- 4.- Hiperactividad
- 5.- Dificultades en el aprendizaje
- 6.- Retraso mental
- 7.- Problemas médicos
- 8.- Problemas emocionales
- 9.- Entorno familiar inadecuado

Hernán Montenegro (citado en Meneghello, R. J. 2000) agrupa las causas del bajo rendimiento escolar en tres categorías: las derivadas del niño mismo, las de su medio ambiente familiar y las del medio ambiente escolar.

Entre las primeras destaca:

- Una inteligencia subnormal o limítrofe
- Trastornos específicos del aprendizaje como la dislexia, la disgrafía o discalculia
- Trastornos sensoriales como la sordera, hipoacusia, problemas visuales
- Enfermedades físicas como anemia, hipotiroidismo, ciertas enfermedades crónicas, etc.
- Daños orgánicos cerebrales como parálisis cerebral, ciertas epilepsias, disfasias, etc.
- El Síndrome de déficit de atención con hiperactividad o sin ella
- Trastornos emocionales como síndromes depresivos, angustiosos, fobia escolar, etc.
- Efecto secundario de ciertos tratamientos farmacológicos (ej. Fenobarbital).

Con respecto al medio ambiente familiar, éste puede producir una privación sociocultural al no brindarle al niño los estímulos necesarios para el desarrollo de las funciones intelectuales que el sistema escolar requiere

El nivel de expectativas de los padres, así como la autoestima del menor son factores importantes.

En cuanto al sistema escolar menciona los defectos cuantitativos y cualitativos de la enseñanza, tanto materiales como humanos.

Bricklin y Bricklin, 1981 (citado en Ledesma. 1992) señalan que por lo menos el 80% de los casos de alumnos con bajo rendimiento escolar tienen como causa principal conflictos emocionales. Estos alumnos realizan sus actividades en forma poco

satisfactoria debido a que afrontan situaciones debilitadoras y no encuentran motivación para el estudio. 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.

En una escuela secundaria de la Ciudad de México, se aplicó una entrevista semiestructurada para adolescentes (ESA) a 40 adolescentes (con edades de entre los 12 y 15 años), encontrándose una prevalencia del 12% de Trastorno Depresivo Mayor y de 7.5% para el Trastorno Distímico. (De la Peña F., et. al. 1999). De los cuales los adolescentes con trastornos internalizados presentaron calificaciones más bajas en las materias de español e inglés, que los adolescentes sanos y con trastornos externalizados.

Señalan también al Trastorno Depresivo Mayor y Trastorno Distímico como las psicopatologías más comunes de los adolescentes, que afectan directamente el aprovechamiento académico. (De la Peña F., et. al. 1999). Estudios recientes han reportado que 92% de los adolescentes deprimidos manifiestan un decremento en su productividad académica (Heiligenstein E. y cols., citado en De la Peña F., et. al., 1999).

## V.4 CONDUCTA ESCOLAR

La escuela en muchas ocasiones no sólo influye sino determina el éxito o fracaso de sus estudiantes a través de las altas exigencias académicas sin dar importancia a la seguridad emocional y apoyo afectivo que requieren sus alumnos. Siendo la excelencia académica no la prioridad sino la norma. (Valdéz G., 2004)

Becerril (1989) constata que el trastorno depresivo se asocia a un impedimento de la capacidad adaptativa escolar y social del niño e infiere que la depresión, es uno de los factores que pudieran influir en el bajo rendimiento escolar y en los problemas de conducta.

Hernán Montenegro, (citado en Meneghello, R. J. 2000) afirma que el trastorno de conducta se refiere a una perturbación de la conducta del niño que provoca disrupción, trastorno y conflicto en su medio ambiente, acompañado generalmente de desaprobación, desagrado y sanciones por parte de quienes lo rodean. En contraste con el concepto de trastorno emocional que alude a una alteración psíquica generalmente acompañada de angustia o depresión (o una combinación de estos síntomas) que como tales no producen disrupción del medio ambiente y, por ende, incluso es posible que este trastorno emocional pase inadvertido.

Desde esta perspectiva algunos niños presentan trastornos emocionales y otros conductuales debido a varios factores entre los cuales se mencionan las características temperamentales en la línea introversión-extroversión. Un niño constitucionalmente introvertido frente a una situación de conflicto generadora de estrés, tenderá a reaccionar volcando su problema hacia adentro, angustiándose o deprimiéndose. En cambio, el temperamentalmente extrovertido, frente a la misma situación estresante tenderá a volcar su problema hacia fuera (al acting out) y exhibirá conductas disruptivas, como por ejemplo irritabilidad, agresividad,

desobediencia, negativismo, mentiras, robos, etc. Otros factores que pueden influir son el grado de madurez de su sistema nervioso y factores genéticos.

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 la depresión puede coexistir con el TDA y con los trastornos de conducta. (Solloa, 1997).

“Una conducta anormal que se repite o una constante respuesta inapropiada a determinados estímulos nos dan como resultado un problema de conducta. Se le puede definir también como el deterioro del desarrollo del medio ambiente y de la energía del menor que no ha alcanzado determinadas etapas para una utilización mínima de sus capacidades” (Miranda 1982, citado en Becerril, 1989).

En un estudio de Feinstein et al. (Gutiérrez Alanís T., 1992), concluye que la depresión infantil va acompañada de trastornos conductuales y que se requiere una discriminación precisa entre ambos.

Los trastornos de conducta en sí son síntomas. En los varones, la agresividad es el síntoma más frecuente, siguiéndole en orden de importancia el hecho de que los niños se orinen en la cama o en su propia ropa cuando ya no están en edad de hacerlo; en seguida están los berrinches o la hiperquinesia, posteriormente, los niños con trastornos de aprendizaje y al último, otro tipo de alteraciones como desobediencia, delincuencia, irritabilidad, fobias.

Miranda 1982, (citado en Becerril,1989) menciona que en las niñas ocupan el primer lugar los berrinches, después los trastornos de aprendizaje, luego el de orinarse en su ropa y al último la agresividad.

De un estudio efectuado en México, se deduce que aproximadamente el 30% de los problemas de conducta en el niño pueden ser resueltos por los padres o maestros (Miranda 1982, citado en Becerril, 1989).

## V.5 ALTERACIONES SOMÁTICAS

Sperling (1993) explica el predominio de sintomatología somática en la depresión infantil por el hecho de que el niño pequeño tiende a expresar la depresión en equivalentes somáticos sobre la base de que es incapaz de tolerar sensaciones y los impulsos dolorosos sin la liberación inmediata a través de vías corporales, sin tomar conciencia de ellos. Mencionando la presencia de una estructura del yo inmadura, junto con cierto tipo de relación de objeto de naturaleza primitiva.

Kielholz (citado en Calderón, 1984) señaló que entre los antecedentes personales de pacientes con depresión endógena, con frecuencia se mencionaba que en su infancia o adolescencia habían tenido que permanecer en casa por dolores de garganta, de estómago o de otro tipo, y que después, los identificaron como de naturaleza depresiva.

Como manifestaciones somáticas prevalentes en la depresión grave, Sperling (1993) encuentra frecuentes perturbaciones en el aparato digestivo, dolores de cabeza de tipo jaquecoso, retardo de los movimientos y de las funciones vegetativas, graves perturbaciones del sueño como el insomnio, prurito generalizado o localizado con dermatitis o sin ella.

En un estudio de depresión enmascarada en una muestra de adolescentes, Lesse (citado en Gutiérrez Alanís T., 1992) refiere que la hipocondriasis y los desórdenes psicosomáticos son los síntomas más frecuentes de depresión enmascarada. En el caso de los niños implica flojera, aburrimiento, actos antisociales, fobias y bajo rendimiento escolar. En niños mayores se incrementa la frecuencia de manifestaciones sociopáticas. La hipocondriasis y los trastornos somáticos son poco frecuentes en niños pequeños aunque pueden presentarse como dolores de cabeza, tics, quejas abdominales, náusea y vómito.

Jacobsen et al. (citado en Gutiérrez Alanís T., 1992) buscaron los correlatos conductuales para los trastornos depresivos en una población de 109 niños normales de 2º a 7º grados de educación elemental, aplicando escalas a niños y maestros explorando diferentes síntomas. Encontrando que la depresión se correlacionó con quejas somáticas e impopularidad, siendo esas correlaciones, en general, más altas para las niñas que para los niños.

Teixido M. L., et. al., (citado en Bassas N. et. al., 1996) consideran que las reacciones somáticas pasajeras son frecuentes en el niño y el adolescente, pero no han tenido tiempo para organizarse como en los adultos bajo la forma de trastornos psicósomáticos.

Un niño puede presentar un trastorno psicósomáticos cuando estando sometido a una situación estresante responde simultáneamente a dos niveles:

- 1.- Nivel psicológico. La situación provoca una reacción emocional (ansiedad, tristeza, cólera,).
- 2.- Nivel somático. El estrés activa el sistema nervioso autónomo provocando un cambio en el funcionamiento, por ejemplo espasmos, hipersecreciones, etc. Si el estímulo estresante persiste puede ocasionar un cambio de estructura en los órganos, por ejemplo úlcus duodenal, colitis, etc.

La somatización podría ser definida como todo trastorno somático con componente psicológico con o sin modificación anatomopatológica transitoria o prolongada.

Teixido M. L., et. al., (citado en Bassas N. et. al., 1996) menciona que el término somatización engloba los trastornos psicósomáticos de tipo funcional (sin lesión anatomopatológica) y los trastornos psicofisiológicos o trastornos somatomorfos, de tipo lesional (con lesión anatomopatológica demostrable. Y clasifica los trastornos psicósomáticos de de la siguiente forma:



### Trastornos psicósomáticos

ALIMENTARIOS	DIGESTIVOS	ELIMINATORIOS	RESPIRATORIOS	NEUROLOGICOS	CUTANEOS
Anorexia	Cólicos	Enuresis	Asma	Dolores	Eczema
Mericismo	Vómitos	Encopresis	Espasmos del sollozo	Migrañas	Pelada
Bulimia	Dolores abdominales	Constipación	Hiperventilación	Cefaleas	Psoriasis
Obesidad	Úlcus gastroduodenal	Diarrea		Insomnio	

Fuente: Teixido M. L., et. al., (citado en Bassas N. et. al., 1996)

## VI. ESCALAS PARA MEDIR DEPRESIÓN

El desarrollo de técnicas adecuadas y psicométricamente más válidas para medir la depresión arranca prácticamente a finales de la década de los setenta y adquiere un amplio desarrollo a partir de los ochenta. (Polaino-Lorente, 1988).

Polaino sugiere clasificar las escalas para la evaluación de la depresión de la siguiente manera (J. Tomás, M. L. Teixido, X. Gastaminza en Bassas N. et. al., 1996):

Las autoaplicables, elaboradas para ser contestadas por los mismos niños, por ejemplo:

El “Childrens Depresión Inventory” o la CDI (Kovacs, M., E.E.U.U., 1977), y la “Center for Epidemiologic Studies Depresión Scale” o CES-CD (Weissman, M.M., Orvaschel, H. Y Padian, N. 1980).

Las heteroaplicadas, para ser contestadas por los adultos que conocen bien al niño, habitualmente los padres y maestros

Las mixtas disponen de una forma autoaplicada y de otra forma para padres y maestros, por ejemplo:

La “Children Depresión Scale” o CDS (Tisher, M., Lang, M. Australia, 1978).

Las que recogen la información de los compañeros de edad semejante que el niño a evaluar, y que denominaremos con el término de “evaluación por iguales”:

Como la “Peer Nomination Inventory of Depresión” o PNID (Lefcowitz, Monroe M. Y Tesiny, Edward P. E.E.U.U., 1980).

e) En mención aparte están aquellas escalas dirigidas a adultos cuya finalidad es valorar una información más global sobre todas las posibles alteraciones de conducta del niño.

Algunas contienen subescalas o algunos Ítems que se refieren a la depresión infantil. Entre ellas están:

La “Child Behavior Checklist” o CBCL (Achenbach, Th. M. E.E.U.U., 1979).

El “Personality Inventory for Children” o PIC (Wirt, R. R.; Lachar, D.; Klinedisntt, J. K., Seat, P.D. E.E.U.U., 1977; 1984).

La “Revised Behavior Problem Checklist” o RBPC (Quay, H. C.; Peterson, D. R. E.E. U.U. 1967, 1979, 1983, 1984).

## VII. TRATAMIENTOS

Con gran variedad de teorías etiológicas, se postulan varias modalidades terapéuticas para los trastornos depresivos en el niño, pero prevaleciendo el punto de vista de su etiología multifactorial.

Petti y col., 1980 (citado en Cantewll y Carlson, 1983) subraya la importancia de un enfoque terapéutico multimodal, en un intento de establecer estrategias para la evaluación y el tratamiento de los múltiples problemas que presentan los niños crónicamente deprimidos.

Los componentes exactos de este programa terapéutico multimodal variarían de un niño a otro, dependiendo de los resultados de una evaluación diagnóstica comprensiva de cada niño y de su familia. Las modalidades deberían incluir: terapéuticas biológicas, como fármacos antidepresivos, litio y terapia electroconvulsiva, varios tipos de psicoterapia, diversos programas de modificación de la conducta y distintos tipos de intervención psicopedagógicas.

Ayuso (1981) menciona que hay que considerar la medicación antidepresiva en psiquiatría infantil como un mero complemento de otras modalidades terapéuticas y no debe administrarse sin haber valorado e intentado modificar las circunstancias ambientales.

Dado que los niños están estrechamente vinculados tanto con la familia como con la escuela, y que son seres en desarrollo, es probable que la intervención psicosocial pueda jugar un papel de interés en los trastornos depresivos de la infancia, por lo menos tan importante como el que tiene en los adultos. (Cantewll y Carlson, 1983)

Cobo (1992) menciona que los pilares claves del tratamiento del niño deprimido son: los psicofármacos y la psicoterapia. La medicación antidepresiva ejerce fundamentalmente su acción sobre los síntomas de fatiga y apatía y sobre los trastornos de sueño y alimentación, mientras que la psicoterapia actúa principalmente ayudando a resolver los trastornos relacionales y más puramente afectivos. Mismos que se revisan a continuación.

## **VII.1 TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS**

La farmacoterapia se apoya en la hipótesis neuroquímica de la depresión, ya que los medicamentos utilizados actúan a nivel de neurotransmisores como la serotonina, noradrenalina y dopamina. (Solloa, 1997).

Es práctica común tratar la depresión en los niños y en los adolescentes con los mismos fármacos con que se trata a los adultos, ya que los toleran sin dificultad (Ajuriaguerra, 1983). Existen varios tipos de medicación antidepresiva en adultos, cuya tipología no está uniformemente establecida. Así, por ejemplo, la revisión de Fava y Rosenbaum, 1995 (citado en Pérez Á. M. y García M. J., 2001) se vale de cinco categorías de fármacos: antidepresivos tricíclicos, antidepresivos tetracíclicos, inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y antidepresivos atípicos. Por su parte, Hammen 1997(citado en Pérez Á. M. y García M. J., 2001) utiliza cuatro categorías: antidepresivos tricíclicos, IMAO, heteróclitos de la segunda generación e ISRS. Freemantle, Anderson y Young, 2000 (citado en Pérez Á. M. y García M. J., 2001) utilizan tres: antidepresivos tricíclicos, ISRS y otros (atípicos y tetracíclicos). Entre los nuevos fármacos antidepresivos figuran los inhibidores reversibles de la MAO (moclobemida, mirtazapina, nefazodona, venlafaxina) de eficacia comparable a los clásicos, con la ventaja que tenga la reversibilidad de su acción, siendo de señalar la prometedora eficacia de la venlafaxina en la depresión melancólica. Figuran obviamente entre los nuevos fármacos antidepresivos los ISRS, llegando a tener uno de ellos notoriedad

popular, como la tuvo la fluoxetina a través de la marca comercial Prozac, pero son varios más los nombres genéricos a tomar en cuenta, como la fluoxamida, la paroxetina, la sertralina y el citalopram.

Se puede decir, en general, que los resultados de estos nuevos antidepresivos son similares a los conocidos de los clásicos, con la ventaja que puedan tener de una menor incidencia de efectos secundarios. No obstante, no se dejaría de señalar que otras revisiones han venido a decir que los ISRS pueden ser menos efectivos que los antidepresivos tricíclicos (Anderson, 2000, citado en Pérez Á. M. y García M. J., 2001). No obstante, debido a que los fármacos antidepresivos se elaboran y comercializan principalmente para adultos, las normas para su administración y los datos sistemáticos que existen en cuanto a su seguridad no están tan bien determinados. (Wicks, 1997).

Cobo (1992) menciona que hay tres tipos principales de fármacos que se utilizan en la depresión infantil: Los antidepresivos, los ansiolíticos y los inductores del sueño.

Los ansiolíticos se asocian al tratamiento cuando hay ansiedad o irritabilidad en el niño. Existen de corta, media y larga vida, los de corta vida, actúan enseguida, su acción se agota pronto y la sustancia se elimina rápidamente; en la infancia se usan de preferencia los ansiolíticos de corta y media vida.

Los principales antidepresivos administrados en niños deprimidos son: los tricíclicos, IMAO (inhibidores de la monoaminoxidasa), sales de litio y a veces algunas fenotiazinas. (Cobo, 1992).

La mayoría de los estudios en niños y adolescentes evaluaron los efectos de los antidepresivos tricíclicos, y más recientemente los inhibidores selectivos de la

recaptación de serotonina. Otros antidepresivos como los heterocíclicos (p. ej.: amoxapina, maprotilina), bupropión, venlafaxina y nefazodona, han demostrado eficacia en la depresión en los adultos, pero no han sido bien estudiados en niños y adolescentes deprimidos. (Meneghello, 2000).

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) se han convertido en el tratamiento farmacológico de primera elección para la depresión en todas las edades por su demostrada eficacia y el buen perfil relativo de efectos secundarios asociados. Bloquean selectivamente la recaptación presináptica neuronal de la serotonina con una afinidad leve o nula para los receptores adrenérgicos, colinérgicos o histaminérgicos. (Shaffer, 2003).

Estudios no controlados han comunicado el 70-90% de respuesta a la sertralina o fluoxetina en adolescentes con trastornos depresivo mayor y un estudio doble ciego de 8 semanas de duración en un grupo numeroso de niños y adolescentes con trastorno depresivo mayor, demostró una mejoría significativa en pacientes que recibían fluoxetina ( 58 %) comparado con placebo (32%). La respuesta a la fluoxetina fue igual en niños y adolescentes, sin diferencia entre sexos. (Meneghello, 2000).

En adultos se han realizado muchos estudios aleatorizados con la participación de miles de pacientes que demuestran una clara superioridad terapéutica de los Antidepresivos Tricíclicos (ADT) frente al placebo. En niños y adolescentes hay sólo 12 estudios doble ciego con un total de 330 pacientes, y estos estudios mostraron una respuesta similar de nortriptilina, desipramina y amitriptilina frente al placebo, aunque el tamaño pequeño de la muestra y otras limitaciones metodológicas hacen que estos resultados deban ser considerados preliminares y no conclusivos. (Meneghello, 2000).

Algunos pacientes pueden responder selectivamente a los ADT y no a los antidepresivos más modernos. Los ADT pueden estar indicados como estrategia para potenciar un tratamiento con ISRS y para aquellos pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) comórbido con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Un estudio reciente sugería que la imipramina, junto con la terapia cognitivo-conductual, podría ser útil en el tratamiento del absentismo escolar en adolescentes con TDM y trastornos de ansiedad. (Shaffer, 2003).

En la edad juvenil los triciclitos muestran una absorción más rápida, una vida media más corta y una mayor proporción de droga libre, datos que pueden parcialmente explicar la relativa rapidez de la respuesta clínica y la posibilidad de alcanzar en el sistema nervioso central o en el tejido cardíaco concentraciones más altas que en los adultos con iguales niveles plasmáticos. (Ayuso, 1981).

Solloa, (1997) menciona que los antidepresivos tricíclicos ayudan a mejorar síntomas como: estados de tristeza, problemas de pasividad, sentimientos de culpabilidad, estados de agitación, pérdida de apetito, pérdida de energía. Aunque después comenta que la utilización única de antidepresivos no ha sido muy efectiva en niños como lo ha probado ser en los adultos; y recomienda combinar el tratamiento farmacológico con otro tipo de intervenciones como la psicoterapia, la terapia familiar, la terapia cognitivo-conductual y el entrenamiento de habilidades sociales que han sido los enfoques de mayor efectividad en el tratamiento de la depresión en los niños.



## VII.2 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

Hay tres tratamientos psicológicos que tienen mostrada su eficacia en la depresión en adultos. Son: A) Terapia de Conducta, B) Terapia Cognitiva y C) Psicoterapia Interpersonal. De todos ellos se puede decir que son tratamientos bien establecidos. Todos ellos consisten en un programa estructurado del orden de 12-16 sesiones, con algunas adicionales, y disponen de un manual de aplicación (incluyendo a veces un manual del paciente). Igualmente, todos son susceptibles de su aplicación en grupo, y no sólo como tratamiento agudo, sino también como continuación y mantenimiento. (citado en Pérez Á. M. y García M. J., 2001)

### A) Terapia de Conducta

La Terapia de Conducta ofrece un planteamiento completo de la depresión, como de cualquier otro trastorno psicológico (Pérez Á. M. y García M. J., 2001). En este sentido, dispone tanto de una teoría psicopatológica, como de la evaluación psicodiagnóstica y del procedimiento terapéutico correspondientes.

Dentro de la Terapia de Conducta se pueden reconocer seis procedimientos terapéuticos, todos dentro de una misma prosodia conductual pero con distinto acento. Sobre una concepción de la depresión en términos de disminución de conducta reforzada positivamente y/o inadecuación de habilidades sociales, Peter M. Lewinsohn y colaboradores (citado en Pérez Á. M. y García M. J., 2001) han desarrollado tres formas de tratamiento: 1) Programa de Actividades Agradables, 2) Entrenamiento en Habilidades Sociales, y 3) Curso para el Afrontamiento de la Depresión. Los otros tres procedimientos son los siguientes, cuyo acento también está declarado por el título: 4) Terapia de Autocontrol de Rehm, 1977, 5) Terapia de Solución de Problemas de Nezu, 1987, y 6) Terapia Conductual de Pareja de Beach & O'Leary, 1992; Jacobson, Dobson, Fruzzetti, Schmalting & Salusky, 1991, (citado en Pérez Á. M. y García M. J., 2001). Que se describen a continuación.

1) El Programa de Actividades Agradables consiste en un programa altamente estructurado, en 12 sesiones, dirigido a cambiar la cantidad y la calidad de las interacciones del paciente depresivo, mediante un conjunto de estrategias que incluyen el entrenamiento asertivo, la relajación, la toma de decisiones, la solución de problemas, la comunicación y el manejo del tiempo.

2) El Entrenamiento de Habilidades Sociales es también un programa estructurado en 12 sesiones dirigido a mejorar tres clases de conductas: la aserción negativa (implicando conductas que permiten a la persona defender sus derechos y actuar de acuerdo con sus intereses, a la vez que se es considerado con los demás), la aserción positiva (relativa a la expresión de sentimientos positivos hacia otros) y las habilidades conversacionales (desde la iniciación, la realización de preguntas y la revelación apropiada de sí mismo, hasta la terminación de conversaciones), todo ello en los distintos ámbitos de las relaciones sociales (con extraños, con amigos y familiares y en el trabajo o la escuela). (Pérez Á. M. y García M. J., 2001).

3) El Curso para el Afrontamiento de la Depresión, (CAD) es igualmente un programa altamente estructurado, de 12 sesiones, con dos más de apoyo (al mes y a los 6 meses), para ser llevado en grupo. Se viene aplicando desde finales de los setenta, sobre la base del texto Control your depression (Lewinsohn, et. al., 1978 citado en Pérez Á. M. y García M. J., 2001) disponiendo además de un libro-de-trabajo para el participante (Brown & Lewinsohn, 1979 (citado en Pérez Á. M. y García M. J., 2001) y de un manual del instructor (Lewinsohn, et. al., 1985). El curso, inicialmente diseñado para adultos con depresión, se ha extendido a una variedad de poblaciones y condiciones tales como adolescentes, mayores, cuidadores de mayores, grupos minoritarios, y en la prevención de la recaída y la prevención primaria y secundaria (Cuijpers, 1998; Lewinsohn & Golib, 1995, citado en Pérez Á. M. y García M. J., 2001). El programa se concibe como un tratamiento psico-educativo, donde el terapeuta hace más bien el papel-de-instructor o líder del grupo que el papel de terapeuta tradicional, mientras que, por su lado, los participantes son más

participantes de un curso de aprendizaje que pacientes receptores de un tratamiento. Los contenidos del programa son multimodales, pero su núcleo está en la programación de actividades agradables, el entrenamiento en habilidades sociales, la modificación de cogniciones (tomando, por ejemplo, estrategias de la terapia de Beck) y, finalmente, lo que constituye la última sesión y, por tanto, el sentido del curso, los «planes de la vida», donde se tratan los valores personales, las metas y el estilo de los participantes (Lewinsohn, et. al., 1985). (citado en Pérez Á. M. y García M. J., 2001)

Hammen, 1997 (citado en Pérez Á. M. y García M. J., 2001) afirma que el CAD forma parte de todo un Proyecto de investigación, entre cuyos objetivos, además de la eficacia, figuran el estudio de las variables del terapeuta y del participante en relación con el resultado (Lewinsohn, et. al., 1985, citado en Pérez Á. M. y García M. J., 2001), habiéndose centrado especialmente en la intervención con adolescentes, incluyendo la prevención, donde este programa es probablemente el más relevante.

En relación con su aplicación a la depresión en la adolescencia bastaría citar el estudio de Lewinsohn, et. al., 1990 (citado en Pérez Á. M. y García M. J., 2001), con una amplia muestra. Este estudio dispuso de tres condiciones: aplicación del CAD a un grupo de adolescentes, aplicación igual a otro grupo, cuyos padres también lo seguían en grupo aparte, y un grupo-de-espera. Contaba con seguimientos de 1, 6, 12 y 24 meses. Los resultados muestran la eficacia del programa respecto del no-tratamiento, con las mejorías mantenidas después de dos años, observándose una tendencia en las distintas medidas en favor de la condición que incluía a los padres. concluyendo dicho autor que el CAD es un tratamiento eficaz para la depresión. (citado en Pérez Á. M. y García M. J., 2001)

4) La Terapia de Autocontrol de Rehm, 1977 (citado en Pérez Á. M. y García M. J., 2001) asume que la depresión se caracteriza por déficits específicos en el manejo de la conducta de uno mismo. La terapia consiste en un programa estructurado de 6 a

12 sesiones, centrado en cada uno de dichos aspectos, disponible también para su aplicación en grupo. Esta terapia ha sido objeto de estudios de desmantelamiento de componentes, mostrándose que cada componente por individual (auto-seguimiento, auto-evaluación y auto-reforzamiento) es tan efectivo como el conjunto. Los resultados son igualmente efectivos aunque los objetivos sean cognitivos, conductuales o ambos combinados y con independencia de si los participantes son deficitarios en las condiciones cubiertas por dichos objetivos. Es decir, independientemente de los objetivos que focalice el programa y de la condición de los participantes para la que se supone que los objetivos eran específicos, los resultados son efectivos por igual. (Pérez Á. M. y García M. J., 2001).

5) La Terapia de Solución de Problemas relaciona la depresión, como ya declara el nombre, con la ineficiencia en la solución de problemas. La depresión ocurriría ante situaciones problemáticas, de modo que si no son resueltas traerían como consecuencia la «baja tasa de reforzamiento positivo» y de ahí la depresión (Nezu, 1987). El procedimiento consiste en un programa estructurado, tanto para ser llevado en grupo como individualmente, de 8-12 sesiones, con una variedad de técnicas Areán, 2000; Nezu, Nezu & Perri, 1989 (citado en Pérez Á. M. y García M. J., 2001).

## B) Terapia Cognitiva

La Terapia Cognitiva de la Depresión fue desarrollada por Aaron T. Beck, desde finales de los años cincuenta (citado en Pérez Á. M. y García M. J., 2001), quedando asociada a su nombre, al punto de ser conocida también como «terapia de Beck». La Terapia Cognitiva de Beck tiene el gran mérito de ser un tratamiento diseñado específicamente para la depresión (sin perjuicio de su extensión posterior a otros trastornos), que ha sido probada en relación con los tratamientos establecidos en su campo, que no eran otros que los tratamientos farmacológicos. En este sentido, la Terapia Cognitiva se ha hecho un nombre, como tratamiento psicológico, en el ámbito psiquiátrico, y ha llegado a ser una terapia de referencia para cualquier otra

(farmacológica o psicológica) que quiera establecerse. (citado en Pérez Á. M. y García M. J., 2001)

La Terapia Cognitiva, al igual que la Terapia de Conducta, ofrece un planteamiento completo de la depresión, de manera que dispone de una teoría, de una evaluación diagnóstica y de un procedimiento terapéutico. Concibe la depresión en términos de pensamientos negativos sobre sí, el mundo y el futuro, debidos a ciertos esquemas depresógenos y a errores lógicos en el procesamiento de la información.

La Terapia Cognitiva de la Depresión es un procedimiento altamente estructurado, de 15 a 25 sesiones, incluyendo las de continuación y terminación, siendo 12 las sesiones básicas. La terapia se concibe como un enfoque psicoeducativo, diseñado tanto para modificar cogniciones como conductas, de modo que no en vano se denomina también (y quizá más justamente) terapia cognitivo-conductual Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979/1983; Sacco & Beck, 1995 (citado en Pérez Á. M. y García M. J., 2001).

Dentro del enfoque psicodinámico, se asume que una de las principales causas de la depresión en los niños se debe a una alteración de la relación afectiva entre el niño y sus padres, así pues, el objetivo terapéutico es, por una parte, modificar las relaciones objetales, canalizar los impulsos hostiles por vías más adaptativas, disminuir las fuentes de frustración y por la otra, reconstruir la relación del niño y sus padres y reforzar las áreas de gratificación y estima. (Solloa, 1997)

El objetivo del tratamiento cognitivo-conductual es incrementar las habilidades y promover un pensamiento real y adaptativo. Para lo cual Stark y colaboradores (Solloa, 1997) llevaron a cabo un programa de tratamiento que incluye la evaluación, y el programa de tratamiento.

### C) Psicoterapia Interpersonal

La Psicoterapia Interpersonal, a diferencia de la Terapia de Conducta y de la Terapia Cognitiva, no ofrece una teoría general de la depresión, sino un procedimiento terapéutico de base clínico-empírica. Sobre la observación clínica de la importancia de cuatro áreas en la depresión (el duelo, las disputas interpersonales, la transición de rol y los déficits en habilidades sociales), Gerald L. Klerman y colaboradores, 1984 (citado en Pérez Á. M. y García M. J., 2001) han desarrollado una terapia de continuación y mantenimiento que terminó por ser un tratamiento agudo. Ahora bien, una vez establecida, esta terapia no deja de invocar sus fundamentos teóricos y científicos, y de expandirse a otros campos.

La Psicoterapia Interpersonal es una terapia estructurada por fases y objetivos, según las áreas señaladas, para ser llevada en 16 sesiones, de 50-60 minutos, programadas semanalmente (por lo común, primero dos a la semana y después una semanal). Cuenta con un manual de aplicación (Klerman, Weissman, Rounsaville & Chevron, 1984, incluido en español en Schramn, 1996/1998). Obviamente, cuando se utiliza como terapia de continuación o de mantenimiento, la programación tiene una escala mensual. Su aplicación distingue tres fases, cada una con sus contenidos bien estructurados.

La Psicoterapia Interpersonal mostró también su eficacia en el tratamiento de la depresión de adolescentes, respecto de un grupo de control de seguimiento clínico (Mufson, et. al., 1999). En su aplicación con adolescentes, es interesante un estudio en el que se comparó directamente la Psicoterapia Interpersonal con la Terapia Cognitiva (Roselló & Bernal, 1999). Ambas terapias redujeron significativamente los síntomas depresivos respecto del grupo de control (lista de espera). Sin embargo, la Psicoterapia Interpersonal mostró una tendencia superior a la Terapia Cognitiva tanto en el porcentaje de adolescentes que alcanzaron el rango funcional en el postratamiento (82% frente a 59%) como en la mejoría del auto-concepto y de la adaptación social. Los autores discuten esta superioridad de la Psicoterapia

Interpersonal (dentro de la eficacia de ambas) en términos de la mayor compatibilidad de la Psicoterapia Interpersonal con los valores culturales de Puerto Rico, señalando a este respecto la preferencia por los contactos personales en situaciones sociales y la tendencia a poner los intereses de la familia sobre los del individuo (Roselló & Bernal, 1999). (citado en Pérez Á. M. y García M. J., 2001)

La Psicoterapia Interpersonal ha mostrado igualmente su eficacia en el tratamiento de continuación y de mantenimiento que es, de hecho, para lo que fue diseñada y donde empezó a evidenciar su competencia. De acuerdo con esto, lo propio parece ser la combinación de ambas.

Otro estudio mostró una relativa eficacia de la Psicoterapia Interpersonal como terapia de mantenimiento en depresión recurrente después de la mejoría tras un tratamiento combinado de imipramina y Psicoterapia Interpersonal (Frank, et. al., 1990 citado en Pérez Á. M. y García M. J., 2001)

Esta eficacia ha mostrado ser, como mínimo, igual a la eficacia de la medicación antidepressiva (lo que está directamente más evidenciado por parte de la Terapia Cognitiva y de la Psicoterapia Interpersonal). Esta comparación es importante, puesto que la medicación es el tratamiento de referencia (por ser el primero y el más establecido). Esta eficacia de los tratamientos psicológicos (particularmente la Terapia Cognitiva y la Psicoterapia Interpersonal) se ha mostrado tanto en el tratamiento agudo, como en la continuación (previniendo recaídas) y en el mantenimiento (previniendo recurrencias). Es importante reparar en que esta eficacia toma como criterio el trastorno depresivo mayor, tanto en su condición menos severa como en la más severa. Es decir, los tratamientos psicológicos se han mostrado igualmente eficaces en las depresiones más graves (unipolares), incluyendo además de la depresión mayor recidivante, la distímica, la atípica y la depresión con ansiedad. Obviamente, de las depresiones episódicas y menores ni que decir tiene que las terapias psicológicas son eficaces. Es más, un meta-análisis ha mostrado

que la Terapia Cognitiva, al igual que la Terapia de Conducta, son más eficaces que la medicación en pacientes con depresión media o moderada (Gloaguen, et. al., 1998 citado en Pérez Á. M. y García M. J., 2001).

En relación con la eficacia de la combinación de medicación y tratamiento psicológico, los resultados son controvertidos, mientras unos, más bien los más, muestran que la combinación no es mejor que cada terapia por separado, otros resultados apoyan su aplicación conjunta. Quizá donde las cosas puedan estar más a favor de la combinación sea en la depresión crónica, a juzgar por la envergadura del estudio que lo muestra (Keller, et. al., 2000 citado en Pérez Á. M. y García M. J., 2001).

Dado que, como mínimo, el tratamiento psicológico tiene la misma eficacia que la medicación (y es igualmente efectivo y podría ser incluso más eficiente), sería preferible a la medicación en la medida en que trata la depresión en su propio contexto psico-social y, en todo caso, ahorra los inconvenientes que siguen teniendo inclusive los psicofármacos más seguros (Antonuccio, et. al., 1999 citado en Pérez Á. M. y García M. J., 2001).



## VIII. PREVENCIÓN

González F. C., (2003) destaca a la autoestima como correlato protector de depresión y/o ideación suicida, tanto para las mujeres como para los hombres. Por su importancia, la autoestima ha sido objeto de estudio, y cabe señalar la estrecha relación que tiene con el ambiente familiar de los adolescentes, con énfasis en que el adolescente perciba de los padres o sustitutos/as parentales su afecto y reconocimiento, establezca lazos de comunicación fincados en la aceptación del hijo/a y para la orientación de sus inquietudes, y perciba también de sus padres un auténtico interés por sus relaciones con los amigos/as, y le establezca límites para regular sus salidas y promover la seguridad de su hijo/a.

González F. C., (2003) menciona que si bien la madre o figura materna tiene una gran importancia para las hijas y los hijos, cabe destacar que el padre o figura paterna también «nutre» la autoestima. En particular, se ha observado que la relación con la figura parental del mismo sexo del hijo/a ejerce notable influencia tratándose de los vínculos de comunicación y de los límites, y que el afecto y la aceptación de la figura parental del sexo opuesto al hijo/a se asocia significativamente con altos puntajes de autoestima.

A su vez, diversos estudios han identificado que las relaciones padre/madre-hijo/a también influyen sobre el estado emocional de los/as adolescentes (Hollis, 1996; Roberts y Chen, 1995; Wagner, 1997, citado en González F. C., 2003). y también sobre conductas problemáticas, como el consumo de drogas (Muñoz-Rivas y Grana-Gómez, 2001, citado en González F. C., 2003). En este estudio se detectó su relevancia como correlato protector de depresión o de ideación suicida, particularmente en los varones que percibieron una buena relación con sus padres o sustitutos. Esto indica que la dinámica familiar influye con similitudes y diferencias en los hijos y las hijas, y que el efecto de género matiza las relaciones familiares

imprimiendo diversos significados, por lo que la inclusión de la perspectiva de género en las propuestas de educación y prevención es imprescindible, así como orientar esfuerzos preventivos en el adolescente y sus familiares emocionalmente más significativos para potencializar un mayor efecto protector. (González F. C., 2003).

En un estudio de construcción y diseño de instrumentos de tamizaje para la detección oportuna de adolescentes en riesgo suicida y de malestar emocional (depresión e ideación suicida) (Desjarlais, et. al., 1995, cita en González F. C., 2003) se consideraron las semejanzas y diferencias que por género se detectaron, a fin de aprehender con mayor certeza la problemática de cada género, para identificar a los estudiantes en riesgo, los resultados obtenidos ponen de manifiesto que la impulsividad y las respuestas de afrontamiento agresivas son importantes correlatos de riesgo, más aún cuando ambas variables coexisten, constituyéndose en una combinación de alto riesgo para la depresión, la ideación y el intento suicida, y tanto en los hombres como en las mujeres. Asimismo, cabe señalar que la impulsividad ha sido también identificada como un importante factor de riesgo para el consumo de drogas (Muñoz-Rivas y Grana-Gómez, 2001, citado en González F. C., 2003), así como para la conducta antisocial en adolescentes (Herrero, Ordóñez, Salas y Colom, 2002, citado en González F. C., 2003), por lo que su identificación, detección y prevención es un elemento muy importante a considerar en el campo de la prevención y de la promoción de la salud mental de los adolescentes. (González F. C., 2003).

La identificación de adolescentes en riesgo conlleva en sí misma el compromiso de establecer canales de referencia efectivos, considerando los recursos disponibles y la adecuación cultural. Por ello, es muy importante que las escuelas establezcan vínculos efectivos de canalización y comunicación; es decir, contar con su sistema de referencia, canalización y seguimiento de los estudiantes en riesgo y estar alertas para contribuir al desarrollo del estudiante. (González F. C., 2003).

Desjarlais et al. 1995, (citado en González F. C., 2003), enfatizan que se necesitan implementar mejores servicios de salud mental para niños/as y adolescentes, incluyendo el desarrollo de programas educativos, de prevención y de detección temprana. Asignar prioridad al establecimiento y desarrollo de servicios de salud mental no basta; éstos deben ser integrados en todas las modalidades de atención a la salud de una forma congruente con las necesidades locales, y de acuerdo con el contexto cultural de que se trate. La escuela es una de las principales instituciones para promover el desarrollo cognitivo y emocional de los niños. Los maestros pueden ser capacitados para reconocer los signos y síntomas de los correlatos de riesgo. También pueden ser adiestrados para manejar tempranamente los problemas que surjan en el aula y canalizar a los servicios de salud a quienes requieran atención. Esto puede ser posible con una auténtica relación maestro-alumno fincada en la confianza y el respeto, y por ello la importancia de sensibilizar al personal docente en su labor no sólo académica, sino también en su potencial como agentes promotores de salud y de prevención. (González F. C., 2003).

## **IX. DEPRESIÓN INFANTIL DESDE LAS PERSPECTIVAS DE ALUMNOS Y MAESTROS**

El maestro de escuela es parte esencial del desarrollo educativo, desempeña varias funciones: líder, administrador, disciplinador y sustituto de los padres; es un modelo importante para el niño, es una figura representativa ante la sociedad al promover la socialización y el desarrollo en el niño (Sarafino, 1989 citado en Medina 1999).

Dentro del salón de clases las interacciones presentes entre el maestro y alumno, tienen importantes consecuencias en los comportamientos de ambos, y repercuten inevitablemente, en el desempeño académico. (Ovejero 1989, citado en Medina 1999). Por lo que resulta importante tomar en cuenta la empatía del profesor, así como las expectativas que tenga el alumno respecto de la asignatura, de su maestro y por ende de si mismo (Sánchez, 2001).

Le Gall en su obra “Los fracasos escolares”, 1988 (citado en Ledesma 1992) reconoce que en la personalidad del educador se inician muchas situaciones que dan como resultado el fracaso escolar. El comportamiento del docente, sus conocimientos, la didáctica que emplee así como los motivos que lo condujeron al ejercicio de la docencia y su situación personal se conjugan para determinar si la relación maestro-alumno será favorable o no.

Tanto el hogar como la escuela ejercen una influencia decisiva en el desarrollo de los niños en su autoconcepto, en sus habilidades, valores y aspiraciones. Por lo que las características de los maestros, en particular y dentro del proceso educativo son de gran importancia para que se tenga efectividad en el proceso de aprendizaje. (Medina, 1999).

Dichas interacciones generan una serie de conductas en ambos, por lo que el profesor debe ser percibido por sus alumnos como agente de formación que comprende y acepta sus aportaciones, favoreciendo así el proceso de enseñanza aprendizaje. (Sánchez, 2001).

Rosenthal, 1978 (citado en Medina, 1999) señaló que cuando un profesor deposita en un joven expectativas de éxito, será muy posible que el joven aumente su rendimiento, pero en el caso contrario cuando el mismo maestro deposita en el pocas esperanzas, es muy probable que el estudiante no logre resultados satisfactorios en la escuela.

Cada maestro tiene su propia personalidad con sus alumnos y esto lo reflejan a través de sus interacciones con ellos, como lo es su tono de voz, su modo de tratar a sus alumnos y esto puede ser el medio a través del cual probablemente le comunica a sus alumnos sus expectativas (Medina, 1999).

En un estudio del autoconcepto, proceso de atribución causal y metas académicas en niños con y sin dificultades de aprendizaje (González J., et. al., 2000) se muestra que los estudiantes con dificultades de aprendizaje, en relación a sus iguales sin dificultades, presentan una imagen de si mismos más negativa a nivel general y especialmente, en las áreas académicas, aunque también en las dimensiones de naturaleza social; atribuyen sus fracasos más a causas internas que externas y se responsabilizan menos de sus éxitos, aunque en ambos casos consideran el esfuerzo como factor fundamental de cara a sus resultados académicos; y finalmente se encontraron menos motivados hacia el aprendizaje escolar y la búsqueda de aprobación social.

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 continuo, por lo que los padres y profesores no se dan cuenta de su existencia. (Solloa, 1997).

En un estudio realizado por León et al., (Gutiérrez Alanís T., 1992) investigaron las perspectivas del niño, padres y maestros en la depresión infantil de una muestra de 302 niños de 3º a 6º grados de educación elemental; obteniéndose dos grupos (deprimidos y no deprimidos) con 21 niños cada uno y una media de edad de 10.9 años. Los resultados indican que los padres reportan como característica principal de los niños deprimidos la alta frecuencia de problemas de conducta. Mientras que los maestros reportan más conductas de inatención y de pasividad. Observando en los deprimidos más conductas problema, ansiedad, alternancia de impulsividad e hiperactividad, problemas de aprendizaje, trastornos psicossomáticos, perfeccionismo y tensión muscular.

En un estudio de la Universidad Autónoma de Barcelona se analizó la concordancia entre la información de padres y de educadores acerca de la sintomatología depresiva de los niños y niñas de edad preescolar. Se evaluaron 998 niños/as de edad preescolar (3-6 años). Se administró «The General Rating of Affective Symptoms for Preschoolers» (GRASP).

Los resultados informan que los padres detectan con más precisión los aspectos psicossomáticos (alimentación, sueño, malestar, etc.) de la depresión del niño que los puramente afectivos. Los educadores en cambio, tienden a ver con mayor claridad los problemas conductuales que los problemas emocionales de sus alumnos/as y pueden llegar a confundir los niños/as depresivos con niños modelo, convirtiendo de esta manera el sufrimiento infantil en una virtud. (Jané M., et al., 2000).

En un estudio “Valoración de padres y maestros de las emociones negativas en la adolescencia: concordancia de fuentes y percepción de cambio” (Olmedo, M., et. al., 2000) se aplicó el Cuestionario de Depresión Infantil CDI-S de Kovacs, (1992) y el

Cuestionario de autoevaluación de ansiedad (STAIC, Spielberger et., 1973); en una muestra de 225 adolescentes, los padres de cada uno y su profesor. En el artículo se analizan las diferencias halladas en la información proporcionada por las distintas fuentes de información. Los resultados señalan que los informes proporcionados por los profesores, padres y madres, reflejan unos promedios más bajos, tanto en depresión como en ansiedad, que los obtenidos mediante la valoración que realiza el adolescente. Concretamente, la estimación más alta en ambas variables es la procedente del autoinforme, seguida de la proporcionada por los profesores y la correspondiente a los padres. Con esto se podría argumentar la existencia de una tendencia generalizada en las personas adultas a restar importancia a los problemas emocionales que puedan tener los más jóvenes.

Pese al acuerdo generalizado de que los jóvenes tanto niños como adolescentes, reportan con mayor confiabilidad los síntomas internalizados, se han utilizado los informes de maestros y padres para medir los síntomas depresivos; las evaluaciones de los maestros identifican menor competencia social que las evaluaciones de los propios adolescentes deprimidos (Dalley M. B., et.al., citado en De la Peña F., 1999).

Los niños y adolescentes no suelen buscar ayuda por sí mismos. El reto de hacer llegar la atención necesaria a los menores de edad debe incluir una mejor campaña educativa para padres de familia y maestros, con el fin de que puedan identificar cuándo es necesario buscar atención para sus hijos o alumnos. A diferencia de los trastornos de la conducta o el déficit de atención con hiperactividad que suelen provocar molestias en los padres de familia y los maestros en los salones de clase, el menor de edad con depresión muchas veces pasa desapercibido. El primer paso para aumentar el uso de servicios para la depresión con inicio temprano, y disminuir el impacto negativo que tiene en diversos ámbitos de la vida de los jóvenes, es conocer las necesidades de atención en estas edades menos protegidas. (Benjet C., 2004).

## **X. MÉTODO**

Planteamiento del problema:

Dada la incidencia creciente de trastornos depresivos en la infancia y sus consecuencias sobre diversas áreas del desarrollo del niño, así como el riesgo latente de suicidio, es importante que los maestros de educación primaria como adultos cercanos a los niños, conozcan cómo es que la depresión infantil se manifiesta a través de diversos síntomas y que los identifiquen en los escenarios donde se presentan, en este caso dentro de la escuela. Todo lo anterior tiene como fin detectar oportunamente el problema e incidir en la solución o poder programar tareas preventivas. De ahí que el objetivo del presente estudio sea detectar la sintomatología depresiva en niños de primaria desde la óptica de maestros y alumnos.

Preguntas de investigación:

- 1.- ¿Cuál es la prevalencia de sintomatología depresiva en los alumnos de 4º, 5º y 6º grados de la primaria Alberto Lenz del Distrito Federal, mediante la aplicación del CDS de Lang y Tisher desde el autoinforme y desde la valoración de las profesoras de los alumnos?
  
- 2.- ¿Cuáles son las diferencias y similitudes de los puntajes obtenidos a partir de la aplicación del CDS a alumnos y a sus profesoras?
  
- 3.- ¿Cuál es la relación de la prevalencia sintomatología depresiva de los alumnos con su género, con la edad y grado escolar?



## **X.1 OBJETIVOS**

1. Detectar la sintomatología depresiva en una muestra de escolares y conocer las variables asociadas a ella, mediante la evaluación directa (niños) e indirecta (profesores) en una muestra de la escuela primaria “Alberto Lenz” por medio de la aplicación del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) de M. Lang y M. Tisher.

1.1 Identificar la sintomatología depresiva en los alumnos desde el autoinforme y desde la valoración que hacen las profesoras de sus alumnos.

1.2 Analizar las diferencias halladas en los resultados proporcionados por las dos fuentes de información (alumnos y sus profesoras) de la sintomatología depresiva.

1.3 Relacionar la sintomatología depresiva de los niños con el género, la edad, el grado escolar.

## **X.2 HIPÓTESIS DE TRABAJO**

Se partió de los supuestos:

1. Que existirían rasgos depresivos en los niños de primaria de la muestra
2. Que esos rasgos podrían ser detectados por alumnos y sus profesoras de manera diferencial
3. Que podrían asociarse con variables personales (edad, género, grado escolar).

Hipótesis 1. La sintomatología depresiva en la muestra de alumnos de la escuela Alberto Lenz es similar a la reportada en la literatura la cual informa que en México la depresión infantil oscila entre el 2.0% y 61%, y que los estimados caen típicamente entre 10 y 20 %

Hipótesis 2. Se encontrará mayor sintomatología depresiva en los alumnos a partir de su autoinforme que la obtenida por la valoración de sus profesoras.

Hipótesis 3. La sintomatología depresiva de los alumnos está relacionada con su género, su edad y su grado escolar.

Por lo que los resultados se presentan en diferentes apartados que dan respuesta a esos cuestionamientos

### **X.3 VARIABLES**

Variable dependiente: Depresión

Definición conceptual: El episodio depresivo mayor: La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. Al menos otro cuatro síntomas de los siguientes: pérdida de interés en las actividades diarias, pérdida significativa de peso (en niños fracasos en los intentos de aumento de peso esperables), insomnio o hipersomnia frecuente, agitación motora o lentitud, fatiga frecuente, sentimientos de culpa o inutilidad, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida. DSM-IV-TR (American Psychiatric Association; 2000).

Definición operacional: Los rasgos depresivos se verificarán mediante los puntajes obtenidos en el CDS.

Variables independientes: edad, género, grado escolar

Definición conceptual:

Edad: Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento

Género: Agrupación de seres bajo la cualidad común femenino y masculino.

Grado escolar: En las escuelas es cada una de las secciones en que se agrupan los alumnos según su edad y conocimientos.

Definición operacional: Estos datos se tomarán de la ficha de identificación del CDS

### **TIPO DE ESTUDIO:**

El tipo de estudio con el que se inició este trabajo fue descriptivo (Hernández S., 1998), porque se seleccionaron las visiones de los alumnos y de sus profesoras acerca del diagnóstico de depresión de los alumnos. Se midió cada una de ellas independientemente a partir de la aplicación del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) de M. Lang y M. Tisher; para así describir las diferencias y similitudes encontradas.

Posteriormente se aplicó un tipo de estudio correlacional (Hernández S., 1998) puesto que las variables independientes: edad, género y grado escolar se midieron y se evaluó el grado de relación de las mismas con la prevalencia de depresión obtenida de la aplicación del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) a los alumnos.

Se llevó a cabo una investigación no experimental transeccional o transversal descriptiva y correlacional (Hernández S., 1998) puesto que se recolectaron datos en un solo momento (diagnóstico de depresión en la muestra) y se analizó la incidencia para describir comparativamente las visiones de los alumnos y de sus profesoras. Se relacionaron las variables personales con el diagnóstico de depresión en la muestra en un momento dado.

#### **X.4 PARTICIPANTES**

- Niñas y niños de los grados escolares 4º, 5º y 6º de primaria, de la Escuela Primaria Oficial “Alberto Lenz” ubicada en el Distrito Federal.
- Profesoras titulares de los grados 4º, 5º y 6º de primaria, de la Escuela Primaria Oficial “Alberto Lenz”.

##### Selección de la Muestra:

Los niños que conformaron la muestra fueron elegidos aleatoriamente por medio de la lista del grupo proporcionada por cada profesora y se equiparó una muestra equivalente de niños y niñas, que en total fueron 54 alumnos de los grados escolares 4º, 5º y 6º de primaria, que representa el 60% del total de alumnos de los tres grados mencionados; de los cuales 27 fueron del sexo femenino; y 27 del sexo masculino. Sus edades fluctuaron entre los 9 y 13 años que se distribuyeron y agruparon en 3 rangos de edad; las edades de 9 a 10 años, de 11 años y los niños de 12 y 13 años. El promedio de edad de los niños de la muestra es de 11 años (rango de 9 a 13 años) con una desviación estándar de 0.98.

Las profesoras que formaron parte del estudio fueron aquellas que se encontraban como titulares de los grados correspondientes.

#### **INSTRUMENTOS**

1. Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) de M. Lang y M. Tisher. (1990).

El cuestionario CDS contiene 66 elementos, 48 de tipo depresivo y 18 de tipo positivo. Estos dos conjuntos se mantienen separados formando dos subescalas: Total Depresivo (TD) y Total Positivo (TP). La subescala Total Depresivo (TD) contiene seis subescalas: Respuesta Afectiva (RA), Problemas Sociales (PS), Autoestima (AE), Preocupación por la muerte/salud (PM), Sentimiento de

Culpabilidad (SC), Depresivos Varios (DV). La subescala Total Positivo (TP) contiene dos subescalas: Animo-Alegría (AA), Positivos Varios (PV). (Ver Cuadro 2).

Los elementos del CDS pueden ser modificados cambiando el sujeto de la oración, de primera a tercera persona, y contestados por un adulto cercano al niño con problemas depresivos, para obtener otra visión de los aspectos depresivos del niño. Todo el conjunto de datos puede ser utilizado para obtener un índice más fiable y para observar diferencias significativas.

Cuadro 2. Descripción de las escalas del CDS

ESCALA	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
TOTAL DEPRESIVO		
RA	Respuesta Afectiva	Hace alusión al estado de humor de los sentimientos del sujeto
PS	Problemas Sociales	Se refiere a las dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad del niño
AE	Autoestima	Se relaciona con los sentimientos, conceptos y actitudes del niño en relación con su propia estima y valor
PM	Preocupación por la muerte/salud	Alude a los sueños y fantasías del niño en relación con su enfermedad y muerte
SC	Sentimiento de culpabilidad	Se refiere a la autopunición del niño
DV	Depresivos varios	Incluye aquellas cuestiones de tipo depresivo que no pudieron agruparse para formar una entidad
TOTAL POSITIVO		
AA	Ánimo-Alegría	Alude a la ausencia de alegría, diversión y felicidad en la vida del niño, o a su incapacidad para experimentarlas
PV	Positivos varios	Incluye aquellas cuestiones de tipo positivo que no pudieron agruparse para formar una entidad

El CDS es aplicable a niños de edades comprendidas entre los ocho y dieciséis años, para su administración colectiva se utilizan hojas de respuesta y la plantilla de corrección, con una duración variable, entre 30 y 40 minutos. Mientras que para la aplicación individual se cuenta con 66 tarjetas con la redacción de las oraciones y cinco tarjetas de clasificación. (Anexos 1 y 2).

El CDS presenta un buen nivel de estabilidad o consistencia interna, debido a que los índices de consistencia encontrados en una muestra de 730 niños de ocho a catorce años mediante la formulación de Kuder-Richardson (K-R 20) son satisfactorios. Lo que se verificó al calcular también los coeficientes K-R 20 en las dos subescalas Depresiva y Positiva (DT y PT) con índices de 0,91 y 0,69, respectivamente.

Los resultados obtenidos en el retest después de un año, muestran coeficientes bajos en relación con los obtenidos con la fórmula KR-20 debido tal vez, además de a la homogeneidad de la muestra, a que el intervalo de tiempo es bastante grande para la estabilidad de unas variables que son más de tipo estado que de rasgo. Sin embargo la mayor de las correlaciones entre una subescala de la aplicación del test y todas las subescalas de aplicación retest es la que señala el coeficiente de fiabilidad.

Las variables del CDS se relacionaron con las escalas de personalidad apreciadas por el Cuestionario EPQ-J de Eysenck (TEA Ediciones, 1978) obteniendo los siguientes valores críticos de significación: 0.142 y 0.187, mostrando que todos los aspectos depresivos, excepto el conjunto variado de elementos PV, se relaciona positivamente con la inestabilidad de la personalidad (escala N del EPQ-J).

## 2.- Entrevista a las profesoras

Se llevó a cabo una entrevista breve con cada profesora de los grados correspondientes, en la que se les informó acerca del objetivo, organización y aplicación del estudio. Acordando las fechas de la aplicación del CDS.

## **X.5 ESCENARIO**

El lugar de la aplicación del CDS a los niños fue el Foro Abierto de la escuela Alberto Lenz que se encuentra en la parte posterior de la misma y que se acondicionó para la aplicación grupal con bancas largas. El lugar de aplicación del CDS para las profesoras fue el salón de clases de cada una de ellas.

## **PROCEDIMIENTO**

La aplicación del CDS a las profesoras y alumnos se llevó a cabo durante mayo, junio y julio de 2004.

1.- Se contactó con las autoridades de la Escuela Primaria y se solicitó la autorización correspondiente para la aplicación tanto a alumnos de 4°, 5° y 6° grados como a las profesoras de los mismos.

2.- Se llevó a cabo una entrevista con la profesora de cada grado por separado para informarles acerca del proceso y elaborar conjuntamente con cada una de ellas la organización para la realización de las aplicaciones, tanto a sus alumnos como a ellas mismas.

3.- Después de la autorización y el llamado de la profesora de grado a los alumnos para instalarse en las bancas ya colocadas en el foro de la escuela, se llevó a cabo la aplicación del CDS a los alumnos de cada grado en un día diferente (3 aplicaciones), aproximadamente 20 alumnos del mismo grado en cada aplicación. Se repartió el CDS por nombre del alumno, previamente preparado. Se les dieron las indicaciones iniciales, al término del mismo.

4.- Se aplicó el CDS modificado para el profesor, de cada niño a cada profesora en sesiones divididas en varios días durante algunas semanas de acuerdo a la agenda de las profesoras. En promedio se llevaron a cabo cinco aplicaciones diarias a cada profesora, se le leyeron las preguntas, una a una, para que las contestara en la hoja de respuestas.

5.- Se llevó a cabo la calificación y codificación de los resultados obtenidos del CDS para formar la base de datos.

## **X.6 ANÁLISIS DE DATOS**

- Se capturaron los datos del CDS de los alumnos y de las profesoras (codificadas las respuestas) en una base de datos en Excel misma que fue transportada al programa estadístico JMP 4.0 para el análisis de datos.
- Se obtuvo la distribución de los puntajes conforme a las variables en estudio (frecuencia y porcentaje).
- Con los puntajes obtenidos del CDS totales y por subescala se correlacionaron con las variables personales a partir de la prueba estadística Ji cuadrada ( $X^2$ ) para evaluar si existía relación entre los puntajes obtenidos del CDS y las variables edad, género y grado escolar
- Se compararon los puntajes obtenidos del CDS de los alumnos y de sus profesoras, a partir de la comparación de las medias obtenidas de ambos puntajes.



## XI. RESULTADOS

La muestra de niños de la escuela primaria Alberto Lenz estuvo conformada de la siguiente manera, la mayoría de los niños tenían 11 años de edad y cursaban el 5° año de primaria (ver Tabla 1).

**TABLA 1. DISTRIBUCION DE LA MUESTRA POR VARIABLES PERSONALES**

<b>VARIABLES PERSONALES</b>	<b>N =54</b>	<b>%</b>
<b>EDAD</b>		
9 - 10 AÑOS	16	29%
11 AÑOS	23	42%
12 - 13 AÑOS	15	27%
<b>GENERO</b>		
FEMENINO	27	50%
MASCULINO	27	50%
<b>GRADO ESCOLAR</b>		
4o.	12	22%
5o.	24	44%
6o.	18	33%

FUENTE: RECOPIADO DE LA APLICACIÓN DEL CDS A LOS ALUMNOS (N=54) DE LA ESCUELA ALBERTO LENZ. NOV-2004.

Para el manejo de los datos obtenidos de la aplicación del CDS a profesoras y alumnos, se formaron los siguientes grupos de acuerdo a las variables estudiadas:

a) Grupos definidos por la puntuación TD (Total Depresivo) del CDS:

- 1.- “Bajo”
- 2.- “Medio”
- 3.- “Alto”

b) Se formaron grupos de niños de acuerdo a la edad

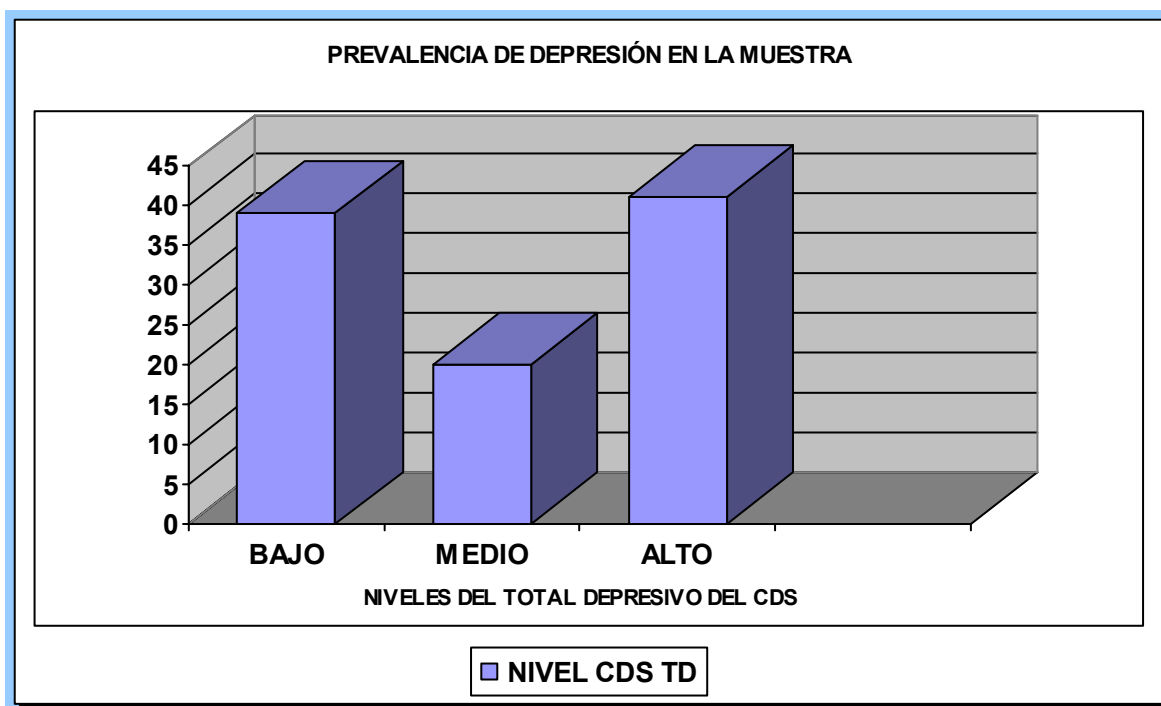
- 1.- 9-10 años
- 2.- 11 años
- 3.- 12-13 años

c) Grado escolar: 4º, 5º y 6º grados de primaria

d) Género: Femenino y masculino

Para dar respuesta a la probable prevalencia de depresión en los niños desde la autoevaluación, se deriva del análisis estadístico, que la prevalencia de depresión en la muestra fue de un 41% (con una n= 22 casos) según el total depresivo nivel de intensidad alto, el 20% (con una n=11 casos) mostró niveles de intensidad moderado y el 39% (con una n=21 casos) bajo. (Ver Gráfica 1).

Gráfica 1. Prevalencia de depresión en la muestra de alumnos



Fuente: Aplicación del CDS a la muestra de alumnos. Escala TD. NOV-2004.

Acerca de los rasgos depresivos y su relación con variables personales se observa primero que la edad se relaciona con la escala RA (respuesta afectiva) que expresa una sensación de tristeza, los niños más pequeños (9-10 años) son los que muestran puntajes más altos o el rasgo más acentuado. Además con la escala PS (problemas sociales) los niños de 9-10 años y de 11 años muestran niveles altos que implican dificultades en la interacción con los demás y aislamiento. En la escala PM (pensamientos de muerte) que indica preocupación por la muerte y/o la salud; también los niños de 9-10 años muestran mayor puntaje, así como en la escala SC (sentimientos de culpabilidad) que denota autopunición del niño. Los niños de 9-10 años obtuvieron mayor puntaje en TD (total depresivo). (ver tabla 2).

**TABLA 2. RELACION DE LA EDAD Y ESCALAS DEL CDS SIGNIFICATIVAS**

ESCALAS DEL CDS	EDAD			X2	P
<b>RESP. AFECTIVA</b>	<b>9-10 AÑOS</b>	<b>11 AÑOS</b>	<b>12-13 AÑOS</b>	14.230	<b>0.006</b>
BAJO	0	50	50		
MEDIO	20	47	33		
ALTO	<b>52</b>	36	12		
<b>PROB. SOCIALES</b>				9.215	<b>0.05</b>
BAJO	6	47	47		
MEDIO	36	36	28		
ALTO	<b>43</b>	<b>43</b>	14		
<b>P. MUERTE</b>				12.737	<b>0.01</b>
BAJO	0	45	55		
MEDIO	21	58	21		
ALTO	<b>50</b>	29	21		
<b>SENT. CULP.</b>				16.769	<b>0.002</b>
BAJO	11	46	43		
MEDIO	27	55	18		
ALTO	<b>66</b>	27	7		
<b>T. DEPRESIVOS</b>				13.410	<b>0.009</b>
BAJO	5	52	43		
MEDIO	27	46	27		
ALTO	<b>55</b>	32	13		

FUENTE: RECOPIADO DE LA APLICACIÓN DEL CDS A LOS ALUMNOS (N=54) DE LA ESCUELA ALBERTO LENZ.. NOV-2004. Se presentan sólo las relaciones significativas.

Al respecto de la relación de rasgos depresivos y el género tenemos que la Respuesta Afectiva fue más alta en niñas (68) que en niños (32) de manera significativa, así como la escala Problemas Sociales (70-30) y Depresivos Varios (73-27). (Ver tabla 3).

**TABLA 3. RELACIÓN ENTRE EL GÉNERO Y ESCALAS DEL CDS SIGNIFICATIVAS**

ESCALAS	GENERO		X <sup>2</sup>	P
	FEMENINO	MASCULINO		
<b>RESP. AFECTIVA</b>			6.050	<b>0.04</b>
BAJO	36	64		
MEDIO	33	67		
ALTO	<b>68</b>	32		
<b>PROB. SOCIALES</b>			6.135	<b>0.04</b>
BAJO	35	65		
MEDIO	36	64		
ALTO	<b>70</b>	30		
<b>DEPRESIVOS V.</b>			6.533	<b>0.03</b>
BAJO	27	73		
MEDIO	50	50		
ALTO	<b>73</b>	27		

FUENTE: RECOPIADO DE LA APLICACIÓN DEL CDS A LOS ALUMNOS (N=54) DE LA ESCUELA ALBERTO LENZ. NOV-2004.

Respecto al grado escolar, la distribución de la muestra estudiada incluyó 12 alumnos de cuarto grado (22 %), 24 de quinto grado (44 %) y 18 de sexto grado (33%) de primaria. Las relaciones de los rasgos depresivos y el grado escolar, muestran que los puntajes altos en RA ,PM, así como en las escalas SC, AE (Autoestima) y TD se concentraron en los niños de 4° grado de primaria y el total positivo fue más alto en los de 5° grado, lo que se observó incluso en la aplicación de las pruebas siendo más participativos estos niños. En contraste los alumnos de sexto

grado fueron quienes mostraron los puntajes más bajos en las subescalas antes mencionadas. (ver Tabla 4).

**TABLA 4. RELACIÓN ENTRE EL GRADO ESCOLAR Y ESCALAS DEL CDS SIGNIFICATIVAS**

ESCALAS	GRADO ESCOLAR			X <sup>2</sup>	P
<b>RESP. AFECTIVA</b>	<b>1 (4ºGRADO)</b>	<b>2 (5º GRADO)</b>	<b>3 (6º GRADO)</b>	13.685	<b>0.0084</b>
BAJO	0	50	50		
MEDIO	7	60	33		
ALTO	44	32	24		
<b>AUTOESTIMA</b>				10.981	<b>0.0268</b>
BAJO	13	42	45		
MEDIO	0	80	20		
ALTO	44	39	17		
<b>P. MUERTE</b>				20.440	<b>0.0004</b>
BAJO	0	45	55		
MEDIO	0	63	37		
ALTO	50	29	21		
<b>SENT. CULP.</b>				27.482	<b>0.0001</b>
BAJO	4	46	50		
MEDIO	9	73	18		
ALTO	67	20	13		
<b>T. POSITIVO</b>				8.734	<b>0.0681</b>
BAJO	33	34	33		
MEDIO	0	56	44		
ALTO	25	<b>63</b>	13		
<b>T. DEPRESIVO</b>				17.330	<b>0.0017</b>
BAJO	0	52	48		
MEDIO	9	55	36		
ALTO	50	32	18		

FUENTE: RECOPIADO DE LA APLICACIÓN DEL CDS A LOS ALUMNOS (N=54) DE LA ESCUELA ALBERTO LENZ. NOV-2004.

Se puede concluir que la relación de variables personales con las escalas del CDS a partir de la autoevaluación indica que:

Los niños de menor edad (9-10 y 11 años) obtuvieron puntajes más altos en la escala RA (respuesta afectiva) que expresa una sensación de tristeza y en la escala PS (problemas sociales) que implican dificultades en la interacción con los demás y aislamiento. Así como en la escala PM (pensamientos de muerte) que denota preocupación por la muerte y/o la salud; y en la escala SC (sentimientos de culpabilidad) que indica autopunición del niño. Con lo que mostraron mayor puntaje en TD.

Mientras que las niñas presentaron mayor puntaje en las escalas Respuesta Afectiva, Problemas Sociales y Depresivos Varios.

### **ANÁLISIS DE LA COMPARACIÓN DE PUNTAJES DEL CDS ENTRE ALUMNOS Y PROFESORAS.**

Este análisis tiene la finalidad de determinar las diferencias entre los puntajes obtenidos de la aplicación del CDS desde el propio alumno y su profesora. Así tenemos que en general los puntajes promedio de las escalas depresivas son más altos en los alumnos que en sus profesoras (ver tabla 5).

**TABLA 5 PUNTAJES OBTENIDOS DE LAS ESCALAS DEL CDS ENTRE LOS ALUMNOS Y LAS PROFESORAS**

ESCALAS CDS	ALUMNOS		PROFESORAS	
	MEDIA	DS	MEDIA	DS
ANIMO-ALEGRIA (AA)	15.11	4.84	14.64	6.45
RESP. AFECT. (RA)	22	8.1	12.07	4.9
PROB. SOCIALES (PS)	22.44	7.31	12.77	5.47
AUTOESTIMA (AE)	19.87	7.72	12.16	5.52
PREOCUP. MUERTE (PM)	20.61	5.51	12.64	4.48
SENT. DE CULPAB. (SC)	24.05	6.34	14.72	6.65
DEP. VARIOS (DV)	30.81	5.98	18.66	6.07
POSITI. VARIOS (PV)	20.48	7.1	21.2	5.74
T. POSITIVO (TP)	35.29	9.99	35.85	11.61
T. DEPRESIVO (TD)	139.64	36.09	82.64	28.29

FUENTE: RECOPIADO DE LA APLICACIÓN DEL CDS A LOS ALUMNOS (N=54) Y A SUS PROFESORAS DE LA ESCUELA ALBERTO LENZ.. NOV-2004.

A pesar de no existir grandes diferencias entre los puntajes promedio de uno y otros, se aprecia esta tendencia a puntajes más altos en los alumnos que en las profesoras, mostrando que una buena parte de la problemática o su intensidad pasa inadvertida por los adultos que conviven con el niño.

## **XII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

En el presente estudio se exploró la presencia de sintomatología depresiva en una muestra de niños, obteniéndose un 41% de los niños con puntajes altos de depresión, Solloa (1997) menciona que aunque las tasas de frecuencia de depresión en la población infantil varían ampliamente según la población estudiada y los criterios diagnósticos usados, los resultados de los diferentes estudios oscilan entre 0.14 y 61%, aunque los estimados caen típicamente entre 10 y 20 %. Solloa también 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 desordenes de conducta y con problemas de aprendizaje. La prevalencia de depresión con inicio temprano en México es menos de la mitad de la que se observa en otros países como E.U.A., donde se estima en 5.8% (Benjet et. al., 2002). Y el 2.0% de la población ha padecido depresión en la infancia o adolescencia con un promedio de siete episodios a lo largo de la vida durante los cuales generalmente no reciben tratamiento (Benjet et. al., 2002). 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. (Solloa,1997). Mostrando con esto que los porcentajes obtenidos en el presente estudio caen dentro del rango mencionado.

En lo referente al género, Bragado et al. (1995) informan que los varones presentan más trastornos de conducta, problemas de control de esfínteres y trastornos del sueño, y las mujeres más trastornos de ansiedad, depresión y en la alimentación.

Solloa, (1997) menciona que mientras que en la adolescencia y en la edad adulta la depresión muestra una prevalencia mayor en las mujeres, en el campo infantil no se ha encontrado esta diferencia en niños prepuberales donde la depresión aparece en la misma proporción en ambos sexos. Aunque menciona que en cuanto a las



diferencias sintomatológicas por género se han encontrado algunas entre los niños y las niñas deprimidos; por ejemplo, determinadas asociaciones entre depresión y otras características (como conducta no verbal, impopularidad, quejas somáticas) parecen ser mayores y más consistentes en las niñas que entre los niños.

Según la información de Del Barrio (1997) diversos estudios señalan que el género femenino se ha asociado sistemáticamente al incremento de la probabilidad de desarrollar depresión, efectivamente la sintomatología es más alta en las niñas que en los niños, sobre todo en los rangos que sobrepasan los 12 años, antes de esta edad es raro encontrar diferencias entre géneros.

De acuerdo a lo que obtuvimos en nuestro estudio podemos decir que la Escala de RA así como la escala PS y DV fueron más altas en niñas que en niños de manera significativa, lo que indica que en las niñas se presentan mayores rasgos depresivos que manifiestan a través de sus estados emocionales que en los niños, los que manifiestan estos rasgos a través equivalentes depresivos.

Mientras que Ajuriaguerra, (1983) menciona que la distribución por el género demuestra que las niñas depresivas son en general tranquilas e inhibidas, con tendencia a las fluctuaciones del humor y a la rumiación; y que los chicos se caracterizan por la dificultad de establecer contacto por la tendencia al aislamiento, combinado con inhibiciones de aprendizaje y de irritabilidad.

En este análisis se determinó en cuanto a la edad que los niños de 9-10 años obtuvieron puntajes más altos en la escala RA (respuesta afectiva) que expresa una sensación de tristeza. Así como en la escala PS (problemas sociales) que implican dificultades en la interacción con los demás y aislamiento; en la escala PM (pensamientos de muerte) que indica preocupación por la muerte y/o la salud; en la

escala SC (sentimientos de culpabilidad) que denota autopunición del niño, resultando mayor puntaje en el Total depresivo en niños de 9-10 años.

Solloa menciona que en los niños de edad escolar o mayores, la sintomatología depresiva se refiere sobre todo a la esfera cognitiva (rumiación, ideas e impulsos suicidas, sentimientos de inferioridad y de depresión), siendo dominante la cefalea como síntoma somático. Y que durante la edad escolar se suele observar como característica importante en los niños deprimidos que se dan por vencidos con facilidad, esta tendencia los predispone a sentirse impotentes y desesperanzados ante las lesiones infligidas a su autoestima.

Los alumnos de 4º grado escolar presentaron puntajes altos en la escala RA, en la escala PM, así como en las escalas SC y TD, que indican rasgos que expresan el trastorno en la esfera afectiva y no conductual como los que se presentan en niños mayores, tal cual se observa en la literatura al respecto.

En cuanto a las perspectivas de alumnos y maestros Solloa menciona 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 continuo, por lo que los padres y profesores no se dan cuenta de su existencia.

En un estudio los padres reportan como característica principal de los niños deprimidos la alta frecuencia de problemas de conducta. Mientras que los maestros reportan más conductas de inatención y de pasividad. Observando en los deprimidos más conductas problema, ansiedad, alternancia de impulsividad e hiperactividad, problemas de aprendizaje, trastornos psicósomáticos, perfeccionismo y tensión muscular.

Otro estudio señala que los informes proporcionados por los profesores, padres y madres, reflejan unos promedios más bajos, tanto en depresión como en ansiedad, que los obtenidos mediante la valoración que realiza el adolescente. Concretamente, la estimación más alta en ambas variables es la procedente del autoinforme, seguida de la proporcionada por los profesores y la correspondiente a los padres. Con esto se podría argumentar la existencia de una tendencia generalizada en las personas adultas a restar importancia a los problemas emocionales que puedan tener los más jóvenes.

Pese al acuerdo generalizado de que los jóvenes tanto niños como adolescentes, reportan con mayor confiabilidad los síntomas internalizados, se han utilizado los informes de maestros y padres para medir los síntomas depresivos; las evaluaciones de los maestros identifican menor competencia social que las evaluaciones de los propios adolescentes deprimidos (Dalley M. B., et.al., citado en De la Peña F., 1999).

El presente estudio muestra coincidencia en que los alumnos estiman más altos sus niveles de depresión que sus profesoras como lo muestran los puntajes promedio de escalas depresivas, siendo más altos los obtenidos desde el autoinforme de los niños que el de las profesoras, lo que va de acuerdo con la literatura en el tema.

Parece ser que las profesoras del presente estudio detectan la depresión infantil a través de sus equivalentes depresivos, tal es el caso de lo expresado en la entrevista acerca de las quejas somáticas o problemas de salud presentados, coincidentemente por los alumnos, con puntajes altos de depresión y por otro lado, por la sensibilidad de la subescala PM (Pensamientos de muerte) que se refiere precisamente a la esfera de lo somático, misma que apareció como rasgo depresivo relevante, tanto para los alumnos como para las profesoras.

Aún cuando no necesariamente lo relacionen o lo detecten como que el niño pueda estar deprimido, sí lo contemplan como algo que le sucede al niño y lo afecta en su

desempeño o en sus relaciones. Lo cual nos sugiere, que explorar estos equivalentes depresivos puede ser un buen indicador para detectar el trastorno en su conjunto de manera oportuna, esto es, que frente a la sospecha de que algo afecta el comportamiento, la salud o el aprovechamiento del niño, es conveniente explorar la posibilidad de que pueda estar pasando por un episodio de depresión.

En muchos estudios se ha encontrado que el trastorno depresivo coexiste frecuentemente no sólo 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. (Solloa, 1997).

Los niños y adolescentes no suelen buscar ayuda por sí mismos. El reto de hacer llegar la atención necesaria a los menores de edad debe incluir una mejor campaña educativa para padres de familia y maestros, con el fin de que puedan identificar cuándo es necesario buscar atención para sus hijos o alumnos. A diferencia de los trastornos de la conducta o el déficit de atención con hiperactividad que suelen provocar molestias en los padres de familia y los maestros en los salones de clase, el menor de edad con depresión muchas veces pasa desapercibido. El primer paso para aumentar el uso de servicios para la depresión con inicio temprano, y disminuir el impacto negativo que tiene en diversos ámbitos de la vida de los jóvenes, es conocer las necesidades de atención en estas edades menos protegidas. (Benjet C., 2004).

Los lugares donde puede ser detectado el trastorno depresivo en los niños son la casa y la escuela, de ahí nuestro interés por conocer que tan visible es esta problemática para los profesores que están en contacto con los niños, pues sus observaciones atinadas ayudarían definitivamente en la detección oportuna del

trastorno. Si partimos de la afirmación de Benjet, C. (2004) de que al diagnosticar y tratar oportunamente el episodio temprano de depresión estaríamos garantizando la prevención a largo plazo del mismo, la tarea de preparar a padres y maestros en la detección del mismo es indudablemente importante para los niños de hoy que serán los adultos de mañana. El ser sensibles al estado de ánimo del niño, expresado de diversas maneras, podrá facilitar la tarea de los profesionales en la salud mental que confirmen la sospecha de padres y maestros y puedan así, resolver el problema a tiempo.

## **CONCLUSIONES:**

- En referencia a la hipótesis 1 acerca de la similitud de la prevalencia de sintomatología depresiva de la muestra con la que menciona la literatura, se puede mencionar que en la muestra de niños de la escuela Alberto Lenz se encontró una prevalencia de sintomatología depresiva similar a la reportada en la literatura
- Se confirma la hipótesis 2 que se refiere a mayor sintomatología depresiva en los alumnos desde el autoinforme puesto que fue mayor desde este último que la obtenida desde la valoración de las profesoras.
- En cuanto a la hipótesis 3: Se puede mencionar que la sintomatología depresiva encontrada en los resultados de la aplicación del CDS de los alumnos está relacionada con su género, su edad y su grado escolar, puesto que se encontraron en las niñas mayores rasgos depresivos que en los niños, resultados que se relacionan con diferentes estudios en los que se han encontrado síntomas mas frecuentes en las mujeres de ansiedad, depresión y alimentación, conducta no verbal, impopularidad, quejas somáticas, inhibición, con tendencia a las fluctuaciones del humor y a la rumiación que en los hombres.

- En este análisis se determinó en cuanto a la edad que los niños de 9-10 años obtuvieron puntajes más altos en el Total depresivo que los niños de las otras edades estudiadas, observado en las escalas: Respuesta afectiva (sensación de tristeza), Problemas sociales (dificultades en la interacción con los demás y aislamiento); Pensamientos de muerte (preocupación por la muerte y/o la salud); y Sentimientos de culpabilidad (autopunición del niño). Resultados que coinciden con los encontrados en los alumnos de 4º grado escolar.
- Las profesoras de la muestra detectaron el problema de una forma diferente a la de los alumnos, pero fueron capaces de notar equivalentes depresivos que pueden proporcionar datos importantes para detectar el trastorno.
- La detección oportuna del trastorno garantiza el tratamiento del problema actual y previene el problema a futuro.

En cuanto a problemas detectados para realizar este estudio:

- ❖ Se puede mencionar que la aplicación de las pruebas tuvo algunos inconvenientes en cuanto a que, el escenario fue un foro abierto atrás de la escuela que pudo no haber sido propicio para la concentración de los alumnos.
- ❖ La aplicación fue grupal por lo que las respuestas pudieron haber sido influenciadas entre los compañeros.

Se sugiere para próximas investigaciones:

- La aplicación grupal en un lugar cerrado con suficiente espacio para distribuir a los niños

- La utilización del CDS, que mostró ser sensible para detectar los rasgos depresivos en la muestra de estudio, además de su fácil aplicación y calificación
- Aplicación de una prueba además del CDS, que esté estandarizada, para medir variables asociadas
- Aumentar el tamaño de la muestra y diversificarla por escuelas privadas y oficiales
- Es importante seguir considerando el punto de vista de los adultos (profesores, padres) que rodean al niño para la detección oportuna del problema.
- Se propone a los profesores darle importancia al desarrollo psicológico de los niños, así como a los problemas emocionales de los mismos.

### **XIII. BIBLIOGRAFÍA**

1. Ajuriaguerra, J. de (1983). Manual de Psiquiatría Infantil. Masson, Barcelona, España.
2. American Psychiatric Association; (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR Barcelona, España.
3. Arciniega F. M., Berzunza Del R. G. M. (1996). Incidencia de síntomas de depresión en un grupo de niños con síndrome de maltrato. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
4. Asociación Psiquiátrica Mexicana.(1988).Temas de paidopsiquiatría clínica.
5. Avellanosa, I. (1988). Depresión. Superarla de una vez por todas. Vita. España.
6. Ayuso, J. L.; Saiz, J. (1981). Las depresiones. Nuevas perspectivas clínicas, etiopatogénicas y terapéuticas. Interamericana, España.
7. M.L. Teixido, J. Tomas “Psicosomática en infancia y adolescencia”. En Bassas Nuria y Tomas Joseph (1996). Laertes. Barcelona.
8. Joseph Cornella i Canals “Líneas guía en el diagnóstico de los niños con problemas escolares. Estudio y terapéutica”. En Bassas Nuria y Tomas Joseph (1996). Laertes. Barcelona.



9. Tomas J., Teixido M.L., Gastaminza X. "La depresión en la infancia y adolescencia". En Bassas Nuria y Tomas Joseph (1996). Laertes. Barcelona.
10. Arxe Closa S., Fornieles Martínez R., Guillén N. C. "Estrategias terapéuticas en la infancia y juventud" (de 0 a 18 años)". En Bassas Nuria y Tomas Joseph (1996). Laertes. Barcelona.
11. Becerril C. R. (1989). Estudio epidemiológico descriptivo de las características y síntomas de la depresión en una población infantil. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
12. Calderón Narvárez G. (1984). Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento. Trillas, México.
13. Cantwell, D. P. y Carlson, G. A. (1983). Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia. Martínez Roca, España.
14. Cobo C. (1992). La depresión infantil. Temas de hoy. Madrid.
15. Del Barrio, Ma. Victoria (2002). Emociones infantiles: Evolución, Evaluación y Prevención. Pirámide, España.
16. Gutiérrez Alanís T. (1992). Estudio de la prevalencia de la depresión infantil en un colegio particular para instrucción primaria de la ciudad de México. Ensayo de la "Children Depresión Scale" (CDS), Versión española. Tesis de Licenciatura Facultad de Psicología. UNAM.

17. Hernández Sampieri R., Fernández C. C., Baptista L. P. (1998). Metodología de la investigación. Mc Graw-Hill, México.
18. Lang, M. y Tisher, M. (1990). Cuestionario de depresión para niños CDS. Tea. Madrid.
19. Ledezma R. M. (1992). Rendimiento Escolar y Depresión en adolescentes. Estudio comparativo. Tesis de Licenciatura Facultad de Psicología. UNAM.
20. Marcelli, D. (1992). Adolescencia y depresión. Masson, España.
21. Meneghello, R. J. (2000). Psiquiatría y Psicología de la Infancia y Adolescencia. Grau Martínez A. Panamericana. Argentina.
22. Montenegro Hernán “Los trastornos conductuales en el niño”. En Meneghello, R. J. (2000). Psiquiatría y Psicología de la Infancia y Adolescencia. Grau Martínez A. Panamericana. Argentina.
23. Haeussler Isabel M. “Desarrollo emocional del niño”. En Meneghello, R. J. (2000). Psiquiatría y Psicología de la Infancia y Adolescencia. Grau Martínez A. Panamericana. Argentina.
24. Medina G. G., (1999). Ansiedad en grupos de niños con maestros autoritarios. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
25. Olmedo M. M., Del Barrio G. M. y Santed G. M. (2000). Valoración de padres y maestros de las emociones negativas en la adolescencia: concordancia de

- fuentes y percepción de cambio. Rev. De Psicol. Gral. Aplic., 2000, 53 (4), 717-731.
26. Organización Mundial de la Salud (1992). Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid. Mediator.
  27. Programa Nacional de Salud 2001-2006 de la SSA
  28. Polaino Lorente A.(1988). Las depresiones infantiles. Morata, Madrid.
  29. Rodríguez S. J. (1998). Psicopatología del niño y adolescente. Tomo I, Sevilla, España.
  30. Shaffer D. (2003). Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes. Psiquiatría Editores, S. L. Barcelona, España.
  31. Solloa G. L. M. (1997). Los trastornos psicológicos en el niño. Etiología, características, diagnóstico y tratamiento. Trillas. México.
  32. Sperling M. (1993). Psicoterapia del niño neurótico y psicótico. Argentina.
  33. Vázquez J., especialista del Hospital de Psiquiatría "San Fernando", del IMSS, "De cada 100 niños, 15 tienen tendencia o ideas suicidas" Notimex.

34. Valdéz G. M., (2004). El rendimiento de los y las adolescentes como producto de la percepción familiar y escolar. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
35. Wicks Nelson R. (1997). Psicopatología del niño y del adolescente. Madrid.

#### REFERENCIAS WEB

1. Aláez M., Martínez R. y Rodríguez C. Psicothema 2000. Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. Madrid, Universidad Complutense de Madrid. Vol. 12 , nº 4 , pp. 525-532.
2. Benjet C., Borges G., Medina M. E., Fleiz B. C., Zambrano R. A. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. Instituto Nacional de Salud Pública. México. Vol. 46 No. 5 Sep-oct 2004.
3. Bragado, C. (1994). Terapia de conducta en la infancia. Trastornos de ansiedad. Madrid. F.U.E.
4. Bragado, C., Carrasco, I, Sánchez-Bernardos, M., Bersabe, R., Loriga A. y Monsalve, T. (1995). Prevalencia de los trastornos psicopatológicos en niños y adolescentes. Resultados preliminares. Clínica y Salud, 6 (1), 67-82
5. Caraveo-Anduaga JJ, Colmenares-Bermúdez E, Martínez-Vélez NA. Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. Salud Publica México 2002; Vol. 44, Núm. 6  
<http://www.insp.mx/salud/index.html>

6. De la Peña F., Estrada A., Almeida L., Páez F. Prevalencia de los trastornos depresivos y su relación con el bajo aprovechamiento escolar en estudiantes de secundaria. *Salud Mental* V, 22, No. 4. México, D. F. (1999).
7. González J., Núñez J., González S., Álvarez L., Rocés C., García M., González P., Cabanach R. y Valle A. *Psicothema* 2000. Autoconcepto, proceso de atribución causal y metas académicas en niños con y sin dificultades de aprendizaje. Universidad de Oviedo y Universidad de La Coruña. Vol. 12 , nº 4 , pp. 548-556.
8. González F. C., Ramos L. L., Caballero G. M. A. y Wagner E. F. A. Correlatos Psicosociales de Depresión, Ideación e Intento Suicida en Adolescentes Mexicanos. *Psicothema*. 2003 . Vol. 15 , nº 4 , pp. 524-53
9. Jané M., Araneda N., Valero S., Doménech-Lloberia E. *Psicothema*, 2000. Evaluación de la sintomatología depresiva del preescolar: correspondencia entre los informes de padres y de maestros. Universidad Autónoma de Barcelona. Vol. 12 , nº 2 , pp. 212-215
10. Pérez Á. M. y García M. J. Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 2001. Universidad de Oviedo y Universidad de Almería Vol. 13, nº 3, pp. 493-510
11. Viñas F., Claustre M., Ballabriga J. y Domenech E. *Psicothema* 2000. Evaluación de la severidad de la ideación suicida autoinformada en escolares de 8 a 12 años. Universidad de Girona y Universidad Autónoma de Barcelona. Vol. 12, nº 4, pp. 594-598

# **ANEXOS**

## **CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS (CDS) DE M. LANG Y M. TISHER VERSIÓN NIÑOS Y PROFESORES**

## XIV. ANEXOS

### Anexo 1: CDS para niños

Instrucciones:

Anota tus datos en la parte superior de la hoja.

Otros niños han contestado a las frases que voy a leer, diciendo cómo piensan o cómo sienten, si están de acuerdo o no sobre lo que se dice en esas frases. Sólo yo veré las contestaciones para conocer sus problemas.

Yo leeré un número y una frase, y ustedes contestarán en la Hoja que tienen delante, poniendo una marca sobre uno de los círculos que hay después de ese número. Voy a poner un ejemplo de cómo se contesta.

Ejemplo:

75. Me gustan las visitas a los museos

75. ++    +    +/-    -    --  
    —    —    —    —    —

muy de acuerdo, de acuerdo, no estas seguro entre estar de acuerdo o en desacuerdo, en desacuerdo, muy en desacuerdo

1. Me siento alegre la mayor parte del tiempo
2. Muchas veces me siento desdichado en la escuela
3. A menudo pienso que nadie se preocupa por mi
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 made/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 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 la escuela
18. Estando en la escuela, muchas veces me dan ganas de llorar
19. A menudo soy incapaz de mostrar lo desdichado 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 desdichado/triste
27. Muchas veces me siento solo y como perdido en la escuela
28. A menudo me odio a mi 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 desdichado por causa de mis tareas escolares
32. Cuando alguien se enfada conmigo, yo me enfado con él
  
33. Casi siempre la paso bien en la escuela
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 mi 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 orgullosos de mi
  
41. Soy una persona muy feliz
42. Cuando estoy fuera de casa me siento muy desdichado
43. Nadie sabe lo desdichado que me siento por dentro
44. A veces me pregunto si en el fondo soy una persona muy mala
45. Estando en la escuela 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 menudo pienso que no soy de utilidad para nadie

52. Cuando fallo en el colegio pienso que no valgo para nada
53. A menudo 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 desdichada
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 mi
66. A veces creo que dentro de mi hay dos personas que me empujan en distintas direcciones

## **Anexo 2: CDS para adultos cercanos**

Para ser contestado por el adulto cercano al niño con rasgos depresivos

Instrucciones:

Conteste las siguientes frases de acuerdo a lo que ha observado en el comportamiento del niño y la información que tenga de él.

Ejemplo:

75. Le gustan las visitas a los museos

75. ++    +    +/-    -    --  
    —    —    —    —    —

muy de acuerdo, de acuerdo, no estas seguro entre estar de acuerdo o en desacuerdo, en desacuerdo, muy en desacuerdo

1. El niño se siente alegre la mayor parte del tiempo
2. Muchas veces el niño se siente desdichado en la escuela
3. A menudo el niño piensa que nadie se preocupa por él
4. A menudo el niño cree que vale poco
5. El niño se despierta a menudo durante la noche
6. El niño piensa muchas veces que deja en mal lugar a su madre/padre
7. El niño cree que se sufre mucho en la vida
8. El niño se siente orgulloso de la mayoría de las cosas que hace

9. El niño siempre cree que el día siguiente será mejor
10. A veces al niño le gustaría estar muerto
11. El niño se siente solo muchas veces
12. El niño frecuentemente esta descontento consigo mismo
13. El niño se siente más cansado que la mayoría de los niños que conoce
14. A veces cree que su madre/padre hace o dice cosas que le hacen pensar que ha hecho algo terrible
15. Se pone triste cuando alguien se enfada con el
16. Muchas veces su madre/padre lo hace sentir que las cosas que hace son muy buenas
  
17. Siempre esta deseando hacer muchas cosas cuando esta en la escuela
18. Estando en la escuela, muchas veces le dan ganas de llorar
19. A menudo es incapaz de mostrar lo desdichado que se siente por dentro
20. Odia la forma de su aspecto o de su comportamiento
21. La mayoría del tiempo no tiene ganas de hacer nada
22. A veces temo que lo que hace pueda molestar o enfadar a mi madre/padre
23. Cuando se enfada mucho casi siempre termina llorando
24. En mi familia todos se divierten mucho juntos
25. se divierte con las cosas que hace
26. Frecuentemente se siente desdichado/triste
27. Muchas veces se siente solo y como perdido en la escuela
28. A menudo se odia a si mismo
29. Muchas veces le dan ganas de no levantarme por las mañanas
30. Frecuentemente piensa que merece ser castigado
31. A menudo se siente desdichado por causa de sus tareas escolares
32. Cuando alguien se enfada con el, el se enfada con esa persona

33. Casi siempre la pasa bien en la escuela
34. A veces piensa que no vale la pena vivir esta vida
35. La mayoría del tiempo cree que nadie lo comprende
36. A menudo se avergüenza de si mismo
37. Muchas veces se siente muerto por dentro
38. A veces esta preocupado porque no ama a su madre/padre como debiera
39. A menudo la salud de su madre le preocupa/inquieta
40. Cree que su madre/padre están muy orgullosos de el
  
41. Es una persona muy feliz
42. Cuando esta fuera de casa se siente muy desdichado
43. Nadie sabe lo desdichado que se siente por dentro
44. A veces se pregunta si en el fondo es una persona muy mala
45. Estando en la escuela se siente cansado casi todo el tiempo
46. Cree que los demás lo quieren, aunque no lo merezca
47. A veces sueña que tiene un accidente o se muere
48. Piensa que no es nada malo enfadarse
  
49. Cree que tiene buena presencia y es atractivo
50. Algunas veces sin saber por qué le dan ganas de llorar
51. A menudo piensa que no es de utilidad para nadie
52. Cuando falla en la escuela piensa que no vale para nada
53. A menudo imagina que se hace heridas o que se muere
54. A veces cree que hace cosas que ponen enfermo a su madre/padre
55. Muchas veces se siente mal porque no consigue hacer las cosas que quiere

56. Duerme como un tronco y nunca se despierta durante la noche
  
57. le salen bien casi todas las cosas que intenta hacer
58. Cree que su vida es desdichada
59. Cuando esta fuera de casa se siente como vacío
60. La mayor parte del tiempo cree que no es tan bueno como quiere ser
61. A veces se siente mal porque no ama y escucha a su madre/padre como se merece
62. Piensa a menudo que no va a llegar a ninguna parte
63. Tiene muchos amigos
64. Utiliza su tiempo haciendo con su padre cosas muy interesantes
65. Hay mucha gente que se preocupa bastante por el
66. A veces cree que dentro de el hay dos personas que lo empujan en distintas direcciones