

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

**PRESENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA ASOCIADA A
CONDUCTAS ANTISOCIALES Y DELICTIVAS EN NIÑOS DE 8 A 15 AÑOS
EN DOS ESCUELAS PÚBLICAS DE LA ZONA DE ECATEPEC.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N:

REYES LANGUREN MARIA TERESA

VILLANUEVA HERNANDEZ SANDRA MIREYA

ASESORA DE TESIS: MTRA. MARIA TERESA GUTIERREZ ALANIS

MÉXICO D.F

MAYO DE 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A MI ESPOSO:

Jorge Cruz Cruz

Por tu cariño y apoyo incondicional en esta ardua labor,
por darme ánimos cuando lo necesité y por ser mi compañero
en los momentos difíciles de mi vida.

A MIS HIJOS:

Fabiola, Juan Jesús, Katia y Perlita

Por el tiempo que les robe en este proceso, por darme
su amor y su presencia en todo momento, por sus risas
y su alegría que fueron mi mejor estímulo para continuar.

A MI PADRE:

José Soledad Reyes Cuellar

Por darme la vida y un gran ejemplo de valentía para enfrentar
la desgracia, por enseñarme que la fe en dios nos da la fuerza
para enfrentar la adversidad.

A MI MAMA: Q.E.P.D

Gloria Languren Velásquez

Porque hasta en el último momento demostraste tu gran
calidad humana, y aunque partiste, tu esencia se quedó en mi corazón
impulsándome a llegar a la meta. Y porque estoy segura que allá en
donde te encuentras compartes conmigo este triunfo ¡gracias mamá!

A mi hermana Angélica:

Por tu espíritu solidario y por tus palabras de aliento,
gracias por el tiempo que le dedicaste a mis hijos
cuando yo no estaba, ya que esto me permitió poder
concluir éste trabajo.

A MIS SOBRINOS, HERMANOS Y AMIGOS:

**Efrén, Carlos, Lalito, Gloria, Salvador,
Karla, Blanca, Alva y Rosita.**

Por su afecto y su cariño, por estar presentes en mi vida
en estos momentos, por las cosas que me han enseñado.

A MI COMPAÑERA:

Sandra Villanueva Hernández

Por tu ardua labor, paciencia y perseverancia, por que
A pesar de las dificultades que encontramos no perdiste
el buen humor y la disposición al trabajo. Y por ser una
persona tan comprensiva.

GRACIAS, DE TODO CORAZÓN

TERE.

Dedico este trabajo:

A mi ESPOSO, JULIO, que ha sido un cómplice incondicional, y que ha representando mi apoyo y mi fuerza. A ti con todo mi amor, por que sabes que este logro también es tuyo al haber sido parte imprescindible de mi vida y por estar codo a codo en mi carrera profesional.

A mi PADRE, donde quiera que este,
Que cumplió al dejarme la mejor herencia que un padre puede dar. Por que con nada pago todo lo que me dio en vida.

A mi MADRE, que con su ejemplo me ha enseñado la importancia de la lucha continua y sin tregua. Por su valor y entrega frente a la vida.

A mis HERMANOS Y HERMANAS, a todos (a los 8),
Por ser parte de mí, de mi historia y por compartir conmigo momentos maravillosos. Por que me han apoyado siempre y sin condiciones.

Por último, quiero agradecer profundamente
A TERE Y A SU FAMILIA: JORGE, FABI, JUAN, KATY,
PERLA Y ANGÉLICA, por su paciencia y cooperación.
Por dejarme entrar a su intimidad tarde tras tarde,
fines de semana enteros y siempre recibirme con
una sonrisa. De verdad Gracias.

CON TODO MI CARIÑO,

SANDRA

ÍNDICE TEMÁTICO

INTRODUCCIÓN	4
---------------------	----------

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1: ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA DEPRESIÓN

1.1 Historia de los trastornos depresivos	8
1.2 Teorías acerca de la depresión	11
1.3 Clasificación de la depresión	17

CAPÍTULO 2: FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN

2.1 Factores biológicos	21
2.2 Factores familiares y ambientales	30
2.3 Factores psicológicos	36

CAPÍTULO 3: DEPRESIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE

3.1 Escalas para medir la depresión en niños y adolescentes	49
3.2 Tratamiento de la depresión infantil y adolescente	53

CAPÍTULO 4: CONDUCTA ANTISOCIAL Y DELICTIVA

4.1 Antecedentes históricos de la conducta antisocial y delictiva	58
4.2 Definición de conducta antisocial y delictiva	62
4.3 Abordaje teórico de la conducta antisocial y delictiva	65
4.3.1 Clasificación de la delincuencia	68
4.3.2 Curso de la conducta antisocial y delictiva	69

CAPÍTULO 5: FACTORES CAUSALES DE LA CONDUCTA ANTISOCIAL Y DELICTIVA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

5.1 Factores biológicos	76
5.2 Factores psicológicos y diferencias sexuales	83
5.3 Factores sociales y culturales	90

CAPÍTULO 6: RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN INFANTIL Y CONDUCTA ANTISOCIAL Y DELICTIVA

98

CAPITULO 7: METODO

7.1 Planteamiento del problema	105
7.2 Objetivos	105
7.3 Definición de variables	106
7.3.1 Definición conceptual	106
7.3.2 Definición operacional	108
7.4 Escenario	111
7.5 Selección de la muestra	113
7.6 Tipo de diseño	114
7.7 Instrumento	114
7.8 Procedimiento	115

CAPÍTULO 8. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

8.1 Análisis estadístico	115
8.2 Análisis de resultados	117

CAPÍTULO 9. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

132

BIBLIOGRAFÍA

152

ANEXOS

165

INTRODUCCIÓN

Actualmente se ha observado un incremento de trastornos psicológicos relacionados con desajustes de los individuos a las condiciones de la vida moderna y a los cambios tan acelerados de ésta. La capacidad de adaptación psicobiológica de los seres humanos ha sido rebasada dando origen a múltiples padecimientos.

Entre los principales trastornos detectados se encuentran los relacionados con alteraciones del estado de ánimo, dentro de los que destacan los vinculados con la depresión. Esta puede manifestarse en diferentes etapas de la vida de las personas, e independientemente de la etapa en que se presente ocasiona serios problemas en el desempeño de las actividades del individuo.

El trastorno depresivo infantil y del adolescente constituye en la actualidad un problema de salud pública que se presenta cada vez con mayor frecuencia en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004) reporta que el 50% de las personas en el mundo que se quitan voluntariamente la vida sufrían algún trastorno depresivo.

Por otro lado, la misma OMS (2004) estima que para el año 2020 una de cada 20 personas sufrirá al año una depresión y más del 15% de la población mundial padecerá un episodio depresivo a lo largo de su vida, de los cuales, el 9.5% se presentará en mujeres y el 5.8% en hombres. La depresión, ha sido considerada la enfermedad del siglo, debido a que se ha calculado que entre el 3 y 6% de la población general, según la región, padece o ha padecido algún tipo de trastorno

depresivo (Rojtenberg, 2001). Mientras que aproximadamente 1 de cada 20 niños y adolescentes tendrán un episodio depresivo antes de cumplir 19 años y sólo la mitad recibirá un tratamiento adecuado (Soutullo, 2005).

En fechas recientes, los datos epidemiológicos sugieren que la edad de inicio de algún trastorno relacionado con la depresión está disminuyendo (Diagnostic and Statistical Manual [DSM-IV-TR], 2002). Éste padecimiento, que hasta antes de los años cuarenta era considerado inexistente, comenzó a ser investigado en distintas áreas de la psicología aplicada y empezaron a realizarse estudios acerca de la depresión infantil (Akerson, 1942; Spitz 1945; Bowlby, 1962; Harlow ,1961; citados en Solloa, 2001)

Uno de los problemas principales que encuentran los profesionales de la salud es el diagnóstico oportuno de tales padecimientos; que si bien en la etapa adulta es difícil de determinar, en la infancia representa dificultades adicionales debido a la variabilidad de la sintomatología que presentan (Polaino, 1988).

Recientemente los investigadores están estudiando de manera más cuidadosa la comorbilidad entre dos o más trastornos, que pueden ocasionar el agravamiento de los cuadros clínicos. En un estudio de Feinstein, et al. se demuestra que la depresión infantil va acompañada de trastornos conductuales y que es necesario una diferenciación entre ambos (Gutiérrez, 1992).

También se ha observado en estudios realizados en México, una mayor comorbilidad en niños y adolescentes que en adultos (De la Peña, Ulloa y Páez,

1999 y Benjet, et al. 2003). Los hallazgos señalan de manera particular una comorbilidad superior de la depresión de inicio temprano, con ciertos trastornos de ansiedad y de conducta como el trastorno negativista desafiante, el trastorno disocial y dependencia a las drogas, que los deprimidos con origen en edad adulta.

Puesto que los niños y adolescentes pasan algunas veces más de la tercera parte del día en las escuelas, no es raro suponer que las expresiones de cualquier tipo de trastorno se manifiestan en ellas a través de diversos síntomas y características conductuales, motoras y/o cognitivas, lo cual puede asumirse solo como una expresión de los mismos, sin embargo, tal como lo menciona Polaino(1988): respecto al papel de la escuela “ lo que podría tomarse como causa, también puede ser su consecuencia”(p. 43) .

De ahí que el propósito del presente estudio fue detectar la sintomatología depresiva en una muestra de estudiantes de primaria y secundaria en relación con conductas antisociales y delictivas mediante el uso de dos escalas: para la depresión el Children's Depression Scale (CDS) de Lang y Tisher (1990) y para la conducta antisocial y delictiva el Cuestionario A-D de Nicolás Seisdedos (2001).

El estudio se llevó a cabo en dos escuelas públicas: primaria “Emiliano Zapata” y secundaria “Generalísimo José Ma. Morelos y Pavón”. Ambas ubicadas en el municipio de Ecatepec, Estado de México, en fecha 22, y 24 de junio de 2005 en una muestra de N=606 alumnos de 8 a 15 años de edad. Se utilizó para el análisis estadístico, la chi cuadrada (χ^2) para correlacionar y Pearson (P) para el nivel de significancia.

Los resultados obtenidos arrojaron que el 39% de la muestra estudiada reportó niveles bajos de síntomas depresivos, el 19% niveles medios y, finalmente el 42% alcanzó índices altos; ocupando el primer lugar con un 18% los niños de 8 a 10 años, en segundo lugar con un 13% los niños de 13 a 15 años, y por último, con un 11% los niños entre 11 y 12 años. También se pudo observar que el sexo femenino ocupó el 24% de la cifra, dejando al sexo masculino con un 18%. Además se mostró que la variable de estructura familiar se correlacionó significativamente con los síntomas depresivos.

Por otro lado, se observó que los puntajes de conducta antisocial se presentaron de la siguiente manera: 47% con nivel bajo, 18% nivel medio y 35% nivel alto. Mientras que la conducta delictiva reportó 34% de la muestra obtuvieron nivel bajo, el 41% medio y el 25% alto. Cabe señalar que un 14% del total de la muestra mostró puntajes altos tanto en sintomatología depresiva como en la conducta delictiva.

Polaino (1988) estudió la influencia de los aspectos familiares, escolares y de salud en la aparición de la depresión, sin embargo en nuestro país las indagaciones al respecto siguen siendo escasas. Dado que el cuadro depresivo de la infancia y adolescencia está íntimamente relacionado con variables personales (familia, edad y sexo) y, a su vez, la depresión con las conductas antisociales y/o delictivas, se espera que el estudio que aquí se realizó contribuya a una mejor comprensión del trastorno depresivo en la infancia y la adolescencia, y la comorbilidad con trastornos conductuales, con lo que se busca promover la investigación profunda acerca de ello.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1: ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA DEPRESIÓN

1.1 Historia de los trastornos depresivos

El concepto de depresión tal como se concibe en la actualidad ha sido producto de varios siglos de estudio y de modificaciones a través del tiempo. Sin embargo, en ninguna época se han logrado unificar criterios ya que su estudio ha sido en muchos de los casos poco práctico y/o profundo.

Desde el siglo IV a. de C., Hipócrates realizó una clasificación de algunos padecimientos basados en los humores o fluidos corporales. Mencionó que la melancolía era producida por la bilis negra o atrabilis (citado en Calderón, 1984). Desde ese momento ya se hacía referencia a síntomas como tristeza, desesperanza y tendencia al llanto; no obstante la melancolía no era considerada como una enfermedad o trastorno sino como un tipo de personalidad.

Ya en el siglo I de nuestra era, en Roma, Celso en el volumen III de su obra *De Re Medica* (citado en García, 1989) hacía mención sobre el tratamiento de los que padecían melancolía y recomendaba el uso correcto del lenguaje, la música y la lectura en grupo. Otro autor que vale la pena mencionar es Areteo de Capadocia (citado en García, 1989) señaló los síntomas del trastorno maníaco- depresivo, dando lugar a estudios posteriores.

Durante la edad media, se hacía referencia a la melancolía partiendo de que quien la poseía se encontraba bajo la influencia de los demonios y los astros. Fue así como Juan Crisóstomo, en el siglo IV de nuestra era, consideraba la melancolía como una prueba divina que se toleraría gracias a la razón (citado en García, 1989).

Con el Renacimiento y el auge humanista surgen autores como Johann Weyer, considerado como el primer psiquiatra, quien también describe la depresión dentro de su compendio de enfermedades. Y en el siglo XVI Paracelso en su libro *De las enfermedades que privan al hombre de la razón* (citado en García, 1989) habla acerca de lo que posteriormente se llamó psicosis maníacodepresiva.

Robert Burton en el año 1621 (citado en Calderón, 1984) realizó un estudio sobre Anatomía de la melancolía, en el que hablaba sobre la etiología de la depresión y aseguraba que ésta se debía a factores hereditarios y temperamentales. Refería que los melancólicos descendían de padres melancólicos.

No fue sino hasta finales del siglo XIX, con el surgimiento del psicoanálisis y con los avances farmacológicos de la época, que se dan a conocer los precedentes de la depresión ya como entidad nosológica y se comienza a dar importancia a ésta. Kraepelin (1896/1989) realizó la primera diferenciación entre las psicosis maníacodepresivas y la demencia precoz. Posteriormente se hizo referencia a la presencia de síndromes depresivos en la psicosis maníaco-depresiva (Mendels, 1989).

Ya en el siglo XX aparecen los primeros autores que hablan sobre las causas y orígenes de lo que se consideró depresión como una patología independiente con etiología y curso propios. Entre ellos se encuentran Abraham (1911), Freud (1917) entre otros (citados en Mendels, 1989). Dentro del psicoanálisis se comienza a abordar la etiología de la depresión (aun sin acuñarse el concepto como tal), el cual propone que la pérdida del objeto y fallos en la elaboración del duelo provoca posteriormente en alguna etapa de la vida la presencia de síntomas depresivos.

En la década de los sesenta, la Psiquiatría aportaba datos que sugerían que la presencia de síntomas depresivos se debía principalmente a factores físicos. Con el uso de medicamentos se observó que la alteración en la cantidad de algunos neurotransmisores en el organismo, como la adrenalina y la noradrenalina, provocan cambios en el estado de ánimo (Rojtenberg, 2001), mismo que se modifica al administrar algunos medicamentos de los que hablaremos posteriormente.

Éste hecho llevó a formular hipótesis en las que se determinaba que la etiología de la depresión se debía únicamente a factores bioquímicos. Se demostró que a pesar de que un gran porcentaje de casos de pacientes deprimidos mejoraban con tratamiento médico, otro porcentaje no respondía a éste tipo de método. Ante ello las hipótesis resultaron insuficientes (Rojtenberg, 2001)

Los estudios actuales sobre la depresión integran factores ambientales, genéticos, psicológicos y orgánicos como parte de la etiología de la depresión; sin embargo, aun no se logra unificar criterios respecto a la etiología del cuadro depresivo, no obstante que la sintomatología, en el caso del adulto, tiene características muy

claras en las que ya no hay lugar a dudas sobre las particularidades de este trastorno.

1.2 Teorías acerca de la depresión

La teoría psicoanalítica del desarrollo de la depresión en la infancia recibió impulsos fundamentalmente de Freud, Abraham, Klein y Winnicott. Según estos autores, en los niños pequeños depresivos podemos encontrar la tríada nosológica de ambiente, predisposición y estructura de la personalidad (Acosta, et al. 1989).

Sigmund Freud en *Duelo y Melancolía* compara ambos estados y refiere que los comparte la dolorosa sensación de tristeza por una pérdida de un objeto libidinal. Ante tal pérdida menciona síntomas como: inhibición, retracción, tristeza, etc. Y en la melancolía se agregan un sentimiento de desvalorización, ideas de ruina y empobrecimiento; una sensación que oscila entre el extrañamiento y la desrealización, la expectativa irracional de castigo y los autorreproches (Rojtenberg, 2001).

La principal diferencia entre el duelo y la melancolía, de acuerdo con Freud, está en que en la melancolía la relación con el objeto perdido era una relación narcisista (citado en Marcinavicius, 2001). Así la pérdida del objeto genera una pérdida en el propio yo, a ello se debe el sentimiento de pobreza y vacío. En cambio en el duelo, el sujeto sabe a quién perdió y con el trabajo de elaboración se va percatando de lo que con ese objeto perdió.

Con el trabajo de Karl Abraham (1912/2001), se desencadenó un gran auge en los estudios de las depresiones infantiles. Puso particular acento a la participación del sentimiento ambivalente en el vínculo con el objeto en la génesis de la melancolía y a las sucesivas decepciones, al narcisismo infantil en los vínculos amorosos, sobre todo si fueron preedípicos y a un importante factor constitucional ligado a una acentuación de la oralidad por la gran exigencia de gratificación que requiere de esa zona, y del intenso disgusto que experimentan ante la frustración del desengaño amoroso en otras épocas de la vida (Rojtenberg, 2001).

Donald Winnicott, (citado en Rojtenberg, 2001) menciona que la depresión tiene que ver con la tarea personal de asimilar los propios impulsos de agresión y destrucción. De este modo las pulsiones agresivas juegan un papel preponderante en el descubrimiento de la realidad externa, pues precisan para descargarse de objetos reales, destructibles, vivos, consistentes, sensibles y que de ser posible resistan exitosamente la destrucción intencional que durante la posición depresiva deben soportar.

Conforme a Winnicott (citado en Rojtenberg, 2001) en el periodo que transcurre en la segunda mitad del primer año de vida, el niño necesita un objeto sensible, con poco riesgo para él mismo, que no tome represalias ante sus actitudes agresivas y que las incorpore a su existencia. La madre debe generar los espacios para que el infante manifieste sus sentimientos de agresión y destrucción, de no ser así puede generar síntomas depresivos en otro momento evolutivo del sujeto.

Por otro lado, Spitz en 1947 (citado en Acosta, et al., 1989) describió las fases de la que llamó depresión anaclítica que se presenta en los lactantes y que describe cómo es que los niños que pasan largo tiempo separados de sus madres y privados de su afecto cursan un ciclo que comienza con una fase de protesta caracterizada por mucha agitación; seguido por una fase de desesperación con llanto y un nivel de actividad reducido, y finalmente con una fase de rechazo. De acuerdo con Spitz, la depresión anaclítica puede producir incluso la muerte del lactante cuando éste se niega a comer o por infecciones por supresión del sistema inmunológico.

Por su parte, Melanie Klein (citada en Rojtenberg, 2001) describe las etapas depresivas en el niño como parte del desarrollo normal. Menciona que el niño se ve expuesto desde su nacimiento a la pérdida y al duelo, ya que la acción del instinto de muerte esta actuando permanentemente en su organismo. Estando este sentimiento en el interior del sujeto no hay otra manera de sentir alivio sino proyectándolo al exterior sobre un objeto, el pecho de la madre, lo que le va a generar sentimientos de persecución y temor a ser atacado y dañado por el mismo. Así el pecho es un objeto persecutorio pero que al mismo tiempo provee de satisfacciones (alimento) y por lo tanto también es un objeto bueno. Klein denominó a esta etapa como posición esquizo-paranoide.

De este modo, Melanie Klein señala que las buenas experiencias, desde el ambiente y desde el interior del niño, favorecen la percepción del objeto como único, aceptando la ambivalencia hacia el mismo y experimentando el temor de haberlo dañado, llevando al niño al sentimiento de culpa y deseo de repararlo; surgiendo de aquí la segunda posición: la posición depresiva, que se caracteriza por la ansiedad

depresiva, la relación con un objeto total, la instrumentación de defensas maniacas (negación, idealización, denigración, control de objetos) utilizadas para controlar la ansiedad persecutoria. También postuló que el niño pasa por estados mentales comparables con el duelo del adulto y de acuerdo con la forma cómo los resuelve en esa etapa, en épocas posteriores podrá resolver sus pérdidas y para ello es esencial la instrumentación del juicio de realidad (citada en Rojtenberg, 2001)

En el enfoque cognitivo conductual destacan los modelos del aprendizaje social en los que se vincula a la depresión con patrones de reforzamiento social inadaptados (Solloa, 2001).

En 1971, Liberman y Raskin (citados en Solloa, 2001) postularon el concepto de ganancia secundaria para explicar la causa de la depresión, explicando que el depresivo emite conductas depresivas por que éstas son reforzadas frecuentemente por el medio, pues quienes le rodean suelen intentar ayudarlo. En 1972 Costello (citado en Solloa, 2001) señaló que la depresión esta 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.

Beck en 1976 (citado en Solloa, 2001), propone la teoría cognitiva donde plantea que la cognición es el factor primario que da lugar a la depresión, en donde la tristeza del paciente es una consecuencia inevitable de su sensación de privación, pesimismo y autocrítica. Según este autor, en los estados depresivos se producen distorsiones características que parecen apartarse de lo que la mayoría de los

individuos consideraría una manera realista de pensar o interpretar la realidad y por ello el individuo deprimido carece de elementos que son básicos para su felicidad. El paradigma de Beck se centra en tres factores cognitivos (citado en Solloa, 2001):

1. La triada cognitiva, compuesta por expectativas negativas respecto del ambiente, autoapreciación negativa y expectativas negativas respecto al futuro. Se han encontrado datos empíricos de que los elementos de esta triada cognitiva están asociados a la depresión.

2. Los esquemas depresógenos. Beck se refiere a ellos como una forma estable de asimilar y explicar las experiencias de la 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 pensamiento negativo que se desarrollan temprano en la vida y son reactivos en respuestas ante el estrés. Así, las experiencias son filtradas a través de estos esquemas que distorsionan la realidad en forma negativa, estos esquemas son: la inferencia arbitraria, la abstracción selectiva, excesiva generalización, maximización o minimización, personalización y el pensamiento absolutista.

Albert Ellis (citado en Solloa, 2001) menciona que los niños de 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, ya que están ligados a las realidades del aquí y el ahora, por lo que tienen mayor dificultad para anticipar el futuro y para inferir sus consecuencias.

El modelo cognitivo ha sido aceptado principalmente por sus características comprensivas y porque el tratamiento cognitivo basado en este paradigma ha resultado bastante eficaz para mejorar los cuadros depresivos neuróticos. También se han desarrollado programas de terapia cognitiva para niños que guardan algunas similitudes con la terapia cognitiva en adultos (Solloa, 2001).

En fechas recientes han comenzado a destacar los modelos interpersonales. Autores como Coyne, en 1976, (citado en Solloa, 2001) explican a la depresión con base en un estilo de interacción social, caracterizado por un predominio de conductas, de quejas, lamentaciones y autodesprecio, las cuales son reforzadas porque se produce un falso estado de seguridad y apoyo de otras personas.

Gotlib y Colby, en 1987 (citados en Solloa, 2001) extienden el modelo de Coyne resaltando el papel que juegan el individuo y el medio en el agravamiento de un episodio depresivo. Los autores 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 interaccionar con factores de vulnerabilidad interpersonales o intrapersonales. Una vez que la depresión se ha iniciado, se mantiene o se agrava por la conjunción de dos factores, el primero 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 la sensibilidad a los aspectos negativos de su ambiente.

Un estudio realizado por Furr y Funder (citado en Solloa, 2001) demostró como la tristeza y la insatisfacción personal están relacionadas con el comportamiento, la percepción de uno mismo, la reputación social y la manera en como uno es tratado por los demás. También se demostró que la actitud negativa hacia uno mismo está muy asociada con interacciones sociales no adaptativas, conductas que provocan respuestas negativas de otros y una reputación social negativa que deteriora el autoconcepto.

Solloa (2001) considera que este modelo tiene especial importancia en el caso de la depresión infantil, dada la relevancia que últimamente se le viene dando a la calidad y cantidad de apoyo social proveniente principalmente del grupo de pares. 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.

De forma independiente al enfoque teórico que se aborde la depresión, es aún más importante el que el trastorno sea detectado oportunamente y tratado de manera eficaz para el mejor pronóstico de quien lo padece.

1.3 Clasificación de la Depresión.

La depresión según Mendels (1989) se caracteriza por abatimiento, desganado y pérdida de interés. Etimológicamente depresión viene del latín *depressio*, que

significa *hundimiento*. Actualmente la depresión se asocia a una alteración del estado de ánimo acompañado de síntomas de inhibición y sensación de vacío emocional, entre otros.

El modelo médico representado por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) así como el de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) a través de del Manual Estadístico de los Trastornos Mentales en su versión IV revisada, reconoce y clasifica la depresión dentro de los trastornos del estado de ánimo dividiéndola en: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado. En él se hace referencia a episodios en los que se toma en cuenta la cantidad de síntomas y la duración de los mismos para poder realizar un diagnóstico diferencial. Es así como el trastorno depresivo mayor se caracteriza por la presencia de uno (trastorno depresivo mayor, episodio único), o más episodios depresivos mayores (trastorno depresivo mayor, recidivante) en el cual existe una pérdida del interés o placer en casi todas las actividades durante al menos 2 semanas.

En el trastorno distímico, el estado de ánimo es depresivo durante al menos 2 años en los que no han pasado dos meses en los que el paciente se encuentre libre de síntomas como anhedonia, anorexia o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, así como sentimientos de desesperanza. Finalmente, en el trastorno depresivo no especificado, se engloban aquellos que no cumplen con los criterios de un trastorno depresivo mayor o distímico (DSM-IV-TR).

La depresión infantil no se encuentra reconocida en el modelo del DSM-IV-R, por lo que suelen diagnosticarse otros trastornos de la conducta como el Trastorno por

Déficit de atención con hiperactividad, Trastorno Negativista Desafiante, trastorno disocial, etc., y algunos otros trastornos del aprendizaje. Aunque muchos autores coinciden en la existencia de la depresión infantil como una entidad diferenciada de la depresión en adultos como Polaino-Lorente (1988); Ledesma Jimeno y Ledesma Herrera (1989); y recientemente Benjet, et.al.(2004).

Existen partidarios evolucionistas de la depresión, quienes sostienen que la depresión infantil se va transformando según la etapa evolutiva de la vida del niño en la que se presenta como Spitz (1945), Bolwby (1951), Harlow (1961) etc (citados en Solloa, 2001).

Otro tipo de clasificación de la depresión es la que suele dividirla por su etiología, refiriéndose a depresión endógena cuando el origen de la misma se debe a factores biológicos u orgánicos como disfunciones del sistema neuroendocrino, disminución de la actividad de la serotonina, y/o por efecto de la herencia. La depresión exógena se refiere a una etiología externa determinada por factores psicológicos, emocionales y sociales (entorno familiar, escolar y cultural).

Algunos autores señalaron la presencia de las llamadas depresiones enmascaradas (Ledesma Jimeno, 1989) describiéndola como aquella en la que no se presentan claramente los síntomas de la depresión, algunas ocasiones sólo se manifiestan dolores de algunos órganos que no ceden con las terapias habituales o cefaleas, es decir, somatizaciones de la tristeza o angustia que se traducen en síntomas corporales dando lugar a la autoagresión.

Por otro lado, a partir del cuarto Congreso de la Unión Europea, celebrado en Estocolmo en 1970 (citado en De la Peña, 1993) hubo consenso para excluir los síntomas somáticos y algunas conductas consideradas como depresiones enmascaradas.

Aunque en el DSM-IV no exista un apartado especial para la depresión infantil, sí existen numerosos autores que otorgan información para que el diagnóstico, no solo sea oportuno, sino exacto, que contribuya a un tratamiento adecuado.

CAPÍTULO 2. FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN

2.1 Factores biológicos

Es conocido que la depresión es un trastorno que puede estar desencadenado por factores biológicos. De acuerdo con Rojtenberg (2001), dichos factores biológicos pueden dividirse en 4 grupos: disfunciones del sistema neuroendocrino, alteraciones en los neurotransmisores, por efecto de la herencia y por alteraciones en la anatomía del cerebro; sus formas clínicas pueden ir desde aquellas más leves e indetectables, hasta aquellas graves y riesgosas. Así como ocurre con los adultos, en la depresión infantil no hay una causa única, clara y definida que responda a la génesis de la depresión.

A) Disfunciones del sistema neuroendócrino.

El incremento en la tasa de depresión en las niñas después del inicio de la pubertad, sugieren que las hormonas sexuales, pueden estar asociadas de manera causal a los trastornos del estado de ánimo según Angold y cols., (citados en Shaffer y Waslick, 2003). Algunos estudios han sugerido una asociación entre la depresión infantil y la desregulación en la secreción de la hormona del crecimiento (Ryan y cols., 1994; citados en Shaffer y Waslick, 2003).

Ryan y Puig-Antich (1986) y antes que ellos Graham y Rutter (1985; citados en Marcelli, 1992) han sugerido un factor hormonal para explicar la distribución diferencial según el sexo en favor de las jóvenes: estos autores plantean la

hipótesis de que la liberación de estrógenos en la joven durante la pubertad podría desempeñar un papel facilitador, mientras que la liberación de andrógenos en el muchacho podría desempeñar un papel ya sea protector contra la depresión o bien disimulador, favoreciendo unos comportamientos que enmascararían la depresión.

Una de las hipótesis sobre la depresión durante la adolescencia, que es particularmente notable en niñas, esta vinculada a los cambios hormonales y a la maduración del cerebro que se acompaña en el desarrollo puberal (Susman et al., 1987; Brooks-Gunn & Warren, 1989; Petersen et al., 1991; Angold & Rutter, 1992; citados en McCauley et al., 2001). Estudios longitudinales en niños que atraviesan la pubertad, Angold y cols. (1998; citados en McCauley et al; 2001) encontraron diferencias en los riesgos de padecer depresión entre niños y niñas. Para los niños, el desarrollo puberal se encuentra marcado por un cambio físico al ser más alto, tiene mínimos efectos a corto plazo en la prevalencia de la depresión. En las niñas, en cambio la pubertad media esta marcada por un incremento en el riesgo de tener depresión. Este incremento en el riesgo en las niñas estuvo relacionado directamente a los cambios neuroendócrinos y de manera indirecta a los efectos sociales y a las implicaciones emocionales que traen los cambios físicos en las niñas.

Las teorías difieren sobre el alcance de los procesos fisiológicos en el surgimiento de la depresión y en la recuperación de sus episodios. Los procesos fisiológicos principales son: **1)** una respuesta a los eventos ambientales, con desregulación biológica como resultado de factores psicosociales; **2)** las diferencias individuales previas a la ocurrencia de algún evento ambiental que llevan a tener un episodio

depresivo; o **3**) una reflexión de susceptibilidad genética y desregulación biológica asociada a la depresión.

Las evidencias revisadas en niños, adolescentes y adultos giran en torno a las siguientes áreas: desregulación biológica en los ejes hipotalámico-pituitario, déficit en los neurotransmisores y los vínculos con este eje, y otras posibles influencias fisiológicas. Datos en niños incluyeron algunas diferencias en las repuestas fisiológicas entre niños y adolescentes que pudieron deberse a los cambios dramáticos en los ejes hipotalámico-pituitario-gonadal (HPG) e hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) durante la pubertad. Es posible que los estudios fueran realizados en adolescentes tempranos o tardíos. Si los cambios en el sistema neuroendocrino en la pubertad influyen los patrones asociados a la desregulación biológica, probablemente estos adolescentes tardíos, teniendo terminado el proceso puberal en este punto, evidencian patrones fisiológicos más parecidos a los del adulto que los adolescentes tempranos en la mitad de la pubertad (McCauley et al; 2001).

Varios sistemas endocrinos están involucrados en la depresión. En todos los casos, una liberación de hormonas en el hipotálamo que lleva a la glándula pituitaria estimula la liberación de hormonas. Estas hormonas se secretan en la circulación donde los actos de inhibición y producción de la liberación de hormonas estimulantes están en el hipotálamo y la pituitaria (Shelton et al., 1991; citado en Brooks-Gunn et al., 2001).

Dos preguntas son relevantes en la depresión. La primera tiene que ver con los cambios fisiológicos tempranos adrenales y gonadales y si éstos tienen algún efecto sobre la conducta infantil, en este caso con la depresión infantil. Las investigaciones no vieron cambios fisiológicos en la niñez intermedia, en cada periodo todos los niveles de esteroides sexuales activaron las secreciones pulsátiles. La segunda tiene que ver con el diagnóstico clínico de la depresión infantil. (Brooks-Gunn & Warren, 1989; citados en McCauley et al; 2001)

Las investigaciones concluyeron que los cambios hormonales no son causa suficiente para la aparición de la depresión, mencionan que el desarrollo en las niñas tiene un riesgo similar al de las mujeres adultas. Los cambios hormonales que se relacionan al cambio de humor no se explican mejor con el humor depresivo como con los estresores ambientales (Brooks-Gunn & Warren, 1989; citados en McCauley et al; 2001). No obstante, los cambios físicos y ambientales asociados a los cambios en el desarrollo son un importante riesgo en el inicio de la depresión en el adolescente (en McCauley et al; 2001).

B) Alteraciones de los neurotransmisores.

La hipótesis catecolaminérgica de los trastornos afectivos fue propuesta en la década de 1960, y abrió la investigación bioquímica en depresión. Esta hipótesis propone que al menos algunas formas de depresión están asociadas con una deficiencia funcional de la norepinefrina. Las evidencias en las que se basan estas proposiciones fueron farmacológicas e indirectas: 1) la observación de que la iproniazida, Inhibidor de la Monoaminoxidasa (IMAO), produce mejoría de la

depresión, y bloquea la destrucción de la NE; 2) la imipramina bloquea la recaptura de NE y produce una mejoría de la depresión; 3) la reserpina bloquea el almacenamiento de catecolaminas, por lo cual se aumenta su destrucción y decrece su disponibilidad a nivel de la hendidura sináptica (Salín, 2003).

En 1967 Joseph Schildkraut y Seymour Kety, (Rosenzweigh y Leiman, 1999) desarrollaron la denominada hipótesis monoaminérgica de la depresión. Según este enfoque, la enfermedad depresiva esta asociada con una disminución en la actividad sináptica de las conexiones que emplean noradrenalina y serotonina. Esta disminución es especialmente característica en los circuitos hipotalámicos y el sistema límbico. La evidencia de esta hipótesis enfatiza la efectividad de dos formas de tratamiento. Las drogas antidepresivas que inhiben la monoaminoxidasa (MAO) y elevan por tanto el nivel de noradrenalina disponible. El tratamiento electroconvulsivo que tiene un intenso impacto sobre las aminas biógenas. En contraste, el fármaco reserpina que disminuye la noradrenalina y serotonina encefálicas (liberando monoaminoxidasa intraneuronal, escindiendo por tanto estos transmisores), provoca una profunda depresión.

La investigación bioquímica fundamental es muy pobre en la depresión del adolescente. McKnew y Cytryn (1985; Citados en Marcelli; 1992) Mencionan una tasa de 3-metoxi-hidroxifeniletilglicol (MHPG) más elevada en los adolescentes deprimidos graves que en una población de adolescentes normales. El MHPG es un catabolito urinario de la norepinefrina. Sin embargo, el número de pacientes estudiados es demasiado escaso como para sacar una conclusión general.

El Test de supresión de la dexametasona propuesto por Carol en 1981 (citado en Marcelli, 1992) en el adulto, ha sido estudiado en el adolescente por numerosos autores (Crumley y cols., 1982; Exteni y cols., 1982; Targum y Lapodano, 1983; Alessi y Robbins; 1984; Ha y cols., 1984; Dugas y cols., 1984; Straubert y cols. 1986; Appelboom-Fondu y cols., 1988; citados en Marcelli, 1992). Todos estos estudios muestran, en el conjunto, un porcentaje más elevado de ausencia de supresión de la secreción de cortisol tras la inyección de dexametasona en el adolescente deprimido.

Salín (2003) señala que algunas evidencias preliminares sugieren que la disminución en la actividad de la serotonina (5-HT) puede, de hecho, aumentar la vulnerabilidad para la depresión, o ser un factor causal. Algunos de los eventos del sistema serotoninérgico que se han encontrado alterados en los enfermos con depresión son: disminución en la disponibilidad del triptófano cerebral, para que éste sea metabolizado hacia (5-HT); disminución de la frecuencia del disparo de las neuronas (5-HT) secundario a la hipersensibilidad del autorreceptor; aumento de los mecanismos de recaptura y disminución en la respuesta del receptor postsináptico.

La investigación del principal catabolito de la (5-HT) en el LCR, el (5-HIAA) produjo en un principio resultados contradictorios, pero recientemente dos estudios han demostrado una reducción en los niveles del (5-HIAA). Algunos trabajos han correlacionado la baja de este catabolito con alguna sintomatología y han propuesto que se correlaciona con la ideación e intentos suicidas.

Por otro lado, los niveles de triptófano plasmático -principal precursor de la (5-HT)- han sido reportados como reducidos en enfermos deprimidos. El sistema de recaptura de la serotonina y los sitios de unión a imipramina en las plaquetas también han sido estudiados. Existen bastantes trabajos en donde se ha encontrado una disminución en la recaptura de la 5-HT plaquetaria en los pacientes con depresión, esto es secundario a la baja del número de sitios de recaptura plaquetarios para la 5-HT (Salín, 2003).

Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) son un grupo de antidepresivos con estructura química diferente entre ellos pero con un efecto parecido. Su mecanismo de acción es inhibir la recaptura de serotonina. Ésta es liberada de la neurona y actúa en el receptor de la siguiente neurona, una vez que hace su función se vuelve a meter en la misma neurona de la que fue liberada. Los ISRS impiden que la serotonina vuelva a meterse en la neurona y por lo tanto sigue actuando, esto hace que se compense en parte el déficit de serotonina que existe en la depresión (Soutullo, 2005).

C) Herencia

Los estudios realizados con familias en muestras infantiles por Klein et al., 2001; Kovacs y cols., 1997; Puig-Antich y cols., 1989 (citados en Shaffer y Waslick, 2003) confirman la naturaleza familiar de los trastornos depresivos, destacando que éstos son más frecuentes en familiares adultos de niños y adolescentes deprimidos. De igual manera, los estudios con gemelos demuestran que hay una mayor

concordancia en las tasas depresivas entre gemelos monocigóticos que en gemelos dicigóticos (Eaves y cols., 1997, citado en Shaffer y Waslick, 2003).

Rojtenberg (2001) señala que el riesgo de padecer depresión es de 2 a 6 veces mayor en parientes de primer grado que en aquellos que no tienen antecedentes familiares y en aquellos con una historia familiar de problemas afectivos o alcoholismo, enfermedades crónicas, trastornos de la personalidad e historia de eventos traumáticos tempranos de abuso infantil. Estos estudios sugieren la presencia de un componente genético en los casos de depresión infantil aunque sin evidencias concluyentes.

Otros estudios confirman lo anterior señalando que los hijos de padres deprimidos tienen un riesgo seis veces mayor con riesgo adicional si ambos padres la padecen (Weissman et. al., 1987; Mitchel et. al., 1989; Downey y Cogne, 1990; citados en McCauley, et. al. 2001)

Aunque los niños de padres con trastornos afectivos están en riesgo de adquirir algún trastorno conductual y problemas emocionales, la depresión infantil parece que esta específicamente asociada con la depresión en sus padres. (McCauley, et. al., 2001). También subraya que existen una variedad de mecanismos que tienen como propósito explicar por qué los hijos de padres deprimidos son vulnerables a desarrollar problemas afectivos. Aunque principalmente los factores genéticos incrementan el riesgo de padecer depresión (Beardslee y Weelock, 1994; citados en McCauley, et. al., 2001) también hay evidencia de que la interacción de factores

genéticos y ambientales desarrollan las formas más severas de depresión. (Rende, et. al. 1993; citado en McCauley, et al., 2001).

D) Alteraciones en la anatomía del cerebro.

Con base en los hallazgos clínicos, se observado que el paciente deprimido tiene dificultades para experimentar placer. En consecuencia la alteración subyacente podría ubicarse en los centros límbicos susceptibles de fenómenos 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 monoaminoxidasa (IMAO'S) en ratas pretratadas con anfetamina. Es decir, se requiere de una sensibilización del receptor catecolaminérgico; Sin embargo, esta hipótesis aún aguarda su apoyo experimental. (Gutiérrez, 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 bastas áreas de la corteza cerebral y algunas diencefálicas. Éste circuito recibe el nombre de sistema límbico para referirse a una serie de estructuras que involucran al hipocampo, al núcleo ventral del tálamo, los cuerpo 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 socialización. 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. (Gutiérrez; 1992)

En la actualidad el concepto de sistema límbico puede ser entendido como aquel formado por dos componentes: el 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. (Gutiérrez, 1992)

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. (Gutiérrez, 1992)

2.2 Factores ambientales y familiares.

Los factores ambientales y familiares como causa de la depresión han merecido la atención de los investigadores desde la segunda mitad del siglo pasado (Agras, 1959; Buell, 1962; Weber, 1967; Nissen, 1971; citados en Polaino, 1988a). Polaino

(1988b) afirma que los factores ambientales estresantes pueden favorecer la aparición de pensamientos y sentimientos depresivos; de tal modo que la reiteración de una experiencia de fracaso puede contribuir a generar en el niño estilos cognitivos que facilitan el establecimiento del comportamiento depresivo.

Calderón (1984) señala algunas causas ecológicas que son importantes de mencionar dadas las condiciones ambientales actuales que prevalecen en las grandes ciudades, entre ellas se encuentran: la sobrepoblación, la contaminación atmosférica, los problemas de tránsito y el ruido excesivo. El autor señala que los mecanismos de defensa de los seres humanos han sido rebasados por los grandes avances científicos y tecnológicos del último siglo, ocasionando cada vez con mayor frecuencia la aparición de problemas de salud física y mental.

Existen varios modelos, que desde la perspectiva ecológica, tratan de dar explicación a las conductas del individuo. Una de ellas es la teoría de la estimulación, que sostiene que el ambiente físico es una fuente de información sensorial vital para el bienestar, e incluye estímulos simples y complejos. Por otro lado, existen teorías que se basan en el control y enfatizan que se logra la adaptación a ciertos niveles de estimulación mediante el control que se tiene (o se cree tener) sobre los estímulos del ambiente. El modelo de la conducta restringida, hace referencia al hecho de que los eventos ambientales limitan o restringen nuestra conducta, lo que provoca una experiencia de desagrado o de efectos negativos (Flores, 1996).

Lewin en 1951 (citado en Fischer, 1990) consideró al ambiente como un factor determinante del comportamiento humano. Precisó la importancia de la interdependencia de la persona y su entorno, y mostró que el individuo está englobado en un sistema en el que, de una manera o de otra, todas las conductas están en función del ambiente en donde se manifiesta.

A partir de los trabajos de Lewin, la psicología ecológica ha estimado el ambiente o entorno como un marco o escenario de comportamientos. Todo ambiente se considera allí como un sistema de interacciones entre unas características físicas y sociales que interfieren con datos culturales propios en una situación dada (Fischer, 1990).

En cuanto a las interacciones sociales, Parsons (1986), plantea que el sistema social se compone de la interacción de los individuos humanos, cada uno de sus miembros es a la vez actor y objeto de orientación, tanto para los demás actores como para sí mismo. Al mismo tiempo, estos individuos son también organismos, personalidades y participantes en los sistemas culturales. Esto puede conocerse como contexto sociocultural en el que se desarrolla cada individuo; dentro de este contexto se menciona a la familia, debido a que ésta reproduce patrones culturales en él; por tanto es importante considerar que la estructura y las funciones de la familia se han ido modificando a lo largo de la historia (Fuentes, et al., 1996).

A través de los estudios realizados por Nissen, 1971 (citado en Polaino, 1988b) demuestran que la familia constituye un ambiente especialmente importante, ya que actúa como una caja de resonancia dadas las influencias que ejerce en el

comportamiento infantil, como por el conjunto de relaciones que en ella se configuran; así, cualquier pequeño conflicto que se suscite en su seno incidirá agitando sus consecuencias sobre la conducta del niño.

Varios estudios en México de carácter social y demográfico (Fuentes, et al., 1996) constatan que en el transcurso de las últimas dos décadas han ocurrido profundas transformaciones en los hogares y las familias mexicanas entre las cuales destacan: el incremento de hogares ampliados y compuestos frente a los nucleares; la reducción del número de hijos por familia; el aumento de hogares formados por la pareja sin hijos; la creciente proporción de los hogares encabezados por mujeres; el incremento de las familias uniparentales; el mayor número de familias reconstituidas y, la mayor proporción de hogares formados por personas que viven solas (López, 2001).

Las diferencias en el clima emocional de las familias esta marcado por la conducta consciente e inconsciente de los adultos hacia los niños en las maneras de expresar, manejar y hablar las emociones de modo que se ajusten a su grupo social. Durante la infancia, la depresión de los padres provoca una reducción del afecto positivo hacia los hijos; se dan menos sonrisas, mas aversión a la mirada y menos interés en el entorno, y como consecuencia el infante actúa deprimido (Shaffer, 2000).

Soutullo (2005) confirma que el ambiente es un factor predisponente muy importante para la aparición de la depresión y menciona que un niño no deseado, con poca o mala relación con sus padres y hermanos, o que es víctima de abuso o de abandono tiene mayor riesgo de padecer depresión.

El mismo autor señala que si la madre ha sufrido depresión en el período inmediatamente después del parto probablemente no ha formado bien el vínculo con el niño. Además asegura que los niños de madres deprimidas tienen más complicaciones en el momento del parto, y manifiesta que si el niño está sometido a un estrés constante puede padecer depresión con mayor frecuencia.

Otro factor de riesgo importante para desarrollar depresión es si ha habido en la infancia cualquier tipo de pérdida importante, como la incapacidad de relacionarse con uno de los padres (especialmente la madre) por que hayan sufrido depresión crónica o alguna enfermedad médica importante o incapacitante. Soutullo (2005) menciona que también es causa de depresión la separación de los padres, el divorcio o la muerte de alguno de los progenitores. Por otra parte, también Hammen en 1992 (citado en McCauley, et. al, 2001) describe un patrón de incremento persistente de factores estresantes en la familia asociado a una madre deprimida.

En México se han hecho estudios en los que se evalúa el ambiente familiar y su relación con estados emocionales de tipo depresivo, dichos estudios han sido enfocados a la estimación de los estresores cotidianos familiares y a la relación que los hijos mantienen con sus padres (González-Forteza y Andrade-Palos, 1995a; González-Forteza et al., 1995b; González-Forteza et al., 1997). En ellos se observó que los adolescentes hombres que percibían mayor violencia en su ambiente familiar, presentaron ánimo depresivo, somatización, sentirse mal con los demás y tener pensamientos sobre la muerte. Mientras que para las mujeres, la mayor fuente de estrés familiar se agrupó en tres tipos: la violencia, el tener problemas con los hermanos y que uno o ambos padres enfermaran. Ellas expresaron su malestar

emocional con falta de apetito, pérdida de peso, problemas de sueño, sentirse, deprimidas, tristes y con ganas de llorar; estas diferencias pueden ser explicadas debido a los diferentes procesos de socialización, en los que a los hombres se les orienta hacia el dominio del mundo externo y por lo mismo se les expone a mayor violencia, a diferencia de las mujeres que se les inculcan funciones cuidadoras, se ven obligadas a cubrir un rol cuando uno de los padres (sobre todo la madre) no lo puede ejercer; están más orientadas hacia la atención a los demás y hacia el mundo interpersonal (González, et al., 1997). También se ha visto que la función restrictiva que la madre ejerce sobre la hija se correlaciona con el malestar emocional (González, et al., 1995b).

En este mismo grupo de estudios se encontró que la relación que los hijos mantienen con los padres como la comunicación, el apoyo y afecto, se relaciona con el presentar sintomatología depresiva en las mujeres. En los hombres no se halló correlación entre la relación con los padres y los síntomas depresivos. Esto quizá sugiere que los hombres son más sensibles al ambiente familiar violento que a las fuentes de apoyo y comunicación que se puedan encontrar en el seno de la familia, probablemente a que se le exige mayor autonomía (González, et al., 1997).

Así, podemos observar que el ambiente y la familia son factores importantes, aunque no los definitivos, en la aparición de trastornos emocionales como la depresión.

2.3 Factores psicológicos

Según Freud, los factores predisponentes o etiológicos de la melancolía son: la pérdida de objeto, el alto grado de ambivalencia en relación con el objeto y una (doble) regresión, una regresión al sadismo anal y al narcisismo. También puede deberse a una acción depresiva retardada en el tiempo, la resignificación que hace el niño de ciertos acontecimientos por un proceso personal de crecimiento, maduración cognitiva y elaboración psíquica. (Solís, 1988).

Siguiendo el enfoque psicoanalítico, en los niños la pérdida que desencadena una reacción depresiva puede ser la falla en cumplimentar elevados ideales, que durante la latencia siguen muy ligados a las aspiraciones parentales o necesidades de dependencia no satisfechas. (Marcinavicius, 2001).

En una investigación realizada en México (Caraveo, 1994) se estudió la presencia de sintomatología depresiva y de desesperanza en el adulto en relación con la presencia o ausencia de sintomatología psiquiátrica en los niños. Los resultados arrojaron que la presencia de dicha sintomatología en el adulto está asociada de manera significativa con la presencia de síntomas de depresivos y de desesperanza en los niños.

Desde el punto de vista psicoanalítico, la pérdida del objeto es uno de los factores más importantes en el origen de la sintomatología y, en el niño, se refiere básicamente a la pérdida real o simbólica de uno de los padres, por lo que se trataría de una reacción de duelo, ya sea inmediato o tardío, según la edad en la que

se haya presentado la pérdida Esto va a depender de su capacidad para percibir la desaparición de objeto como permanente, lo cual se sitúa entre los 7 y 8 años. En los casos de reacción tardía, la pérdida se vincula con alguna situación actual (fracaso escolar, pérdida real de algún miembro de la familia, etc.) que sirve como factor desencadenante para la aparición de la depresión. (Solís, 1988) .

Las causas psicológicas pueden intervenir en la génesis de cualquier tipo de depresión, pero son especialmente importantes en la depresión neurótica. Como en casi todas las neurosis, los factores emocionales desempeñan un papel preponderante, presentándose desde los primeros años de vida, determinando rasgos de personalidad tan enraizados en el modo de ser del individuo, que algunos psiquiatras se refieren a ellos como rasgos constitucionales. Tales rasgos son aprendidos a través de la estrecha relación y la dependencia los miembros de la familia (Calderón, 1984). También se plantea como causas determinantes de la depresión las situaciones problemáticas no resueltas durante la infancia. De igual forma, considera necesario advertir la presencia de sentimientos de culpa, de conflictos creados por necesidades inconscientes, de incidentes que en la vida del paciente han tenido algún significado y las tensiones familiares. Las causas desencadenantes pueden ser la pérdida de un ser querido, pérdida de una situación económica, la pérdida de la salud y la pérdida de poder (Calderón, 1984).

Vale la pena remarcar que la depresión no tiene una causa única y que cuando se conjugan múltiples factores favorece la aparición de la misma. Por ello es importante tomar en cuenta los agentes que favorecen ésta y tomarlos como una medida de prevención.

CAPÍTULO 3. DEPRESIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE

En México se estima que el 2% del total de la población ha padecido un trastorno depresivo mayor en las etapas de infancia y adolescencia (De la Fuente, 1994). Y que 1 de cada 5 jóvenes habrá de sufrir depresión en el curso de su vida. Mientras que Solloa (2001) señala que la clínica de Trastornos Emocionales del Hospital Infantil Psiquiátrico, estima que entre 5 y 10% de la población infantil llega a padecer alteraciones depresivas.

De la Fuente (1997), encontró que durante la etapa infantil, la prevalencia de los Trastornos depresivos varía de acuerdo al grupo de edad que se estudie. En la etapa preescolar es un padecimiento poco frecuente que afecta a menos del 1% de la población, mientras que en la etapa escolar que va de los 6 a los 11 años la frecuencia se incrementa al 2 y 3% en una población abierta. Finalmente, en un estudio realizado en una muestra de 1000 adolescentes, el 34% refirió algún tipo de depresión. También enfatiza que la depresión en la infancia tiene una distribución de tres a cuatro niños por cada niña; sin embargo, es importante hacer notar que esta relación se va invirtiendo conforme aumenta la edad del grupo de estudio.

Mientras que Soutullo (2005) establece la diferencia en la frecuencia de la depresión relacionada con el género y menciona que antes de la pubertad la depresión es igual de frecuente en niños y niñas (0.9% en niños en edad preescolar, 1.9 % en edad escolar, y 4.7% en adolescentes). Soutullo indica que a partir de la pubertad la depresión es más frecuente en chicas que en chicos, y también ellas tienen un riesgo mayor de sufrir más de un episodio.

Soutullo (2005) sostiene que la depresión es una enfermedad psiquiátrica bastante frecuente y seria en niños y adolescentes. Estima que aproximadamente un 5% (uno de cada 20) tendrá un episodio depresivo antes de cumplir 19 años. Afirma que la depresión es la primera causa de baja laboral en adultos en Estados Unidos y que el suicidio es la tercera causa de muerte en jóvenes entre 15 y 24 años, así como la sexta en niños entre 5 y 14 años de edad.

Igualmente menciona que el suicidio produce más muertes que las guerras y que otras enfermedades como el SIDA o la enfermedad isquémica cardiaca, además de que la depresión es la principal causa de suicidio en todas las edades. Al mismo tiempo indica que entre el 1 y el 4% de los adultos, y entre el 2 y el 10% de los jóvenes han intentado alguna vez quitarse la vida.

Greden (2003) señala que al inicio de la adolescencia la prevalencia de depresión es superior en las mujeres que en los hombres en una proporción 2:1, subrayando que el trastorno depresivo mayor es del 4.7% en adolescentes en población abierta y del 27% en adolescentes ingresados en unidades psiquiátricas. Finalmente, subraya que la presencia de síntomas depresivos a lo largo de la vida aumenta con la edad, destacando que las diferencias sexuales en la prevalencia de la depresión aparecen aproximadamente a los 12 años de edad, al inicio de la pubertad.

Por otro lado, Soutullo (2005) clasifica a la depresión dentro de los llamados trastornos del humor o del estado de ánimo, y esta descrita desde hace siglos en distintas culturas. De acuerdo con Soutullo (2005), hasta hace relativamente poco tiempo los expertos dudaban de la existencia de la depresión en niños y

adolescentes. Los libros de texto y manuales médicos afirmaban que los niños no podían experimentar la sensación de depresión porque tenían una personalidad inmadura. Pero desde principios de los años 1970, y con más fuerza en los años 1980, se empezó a reconocer la presencia de síntomas depresivos en niños que acudían a las consultas de psiquiatría infantil y adolescente. En la década de los 80 se empezó a diagnosticar la depresión en los niños usando los mismos criterios que en los adultos. Investigaciones recientes muestran que los niños y adolescentes si pueden padecer depresión, con síntomas a veces parecidos a los de los adultos, y también con otros síntomas específicos y diferentes según la edad.

En 1973, Weinberg (citado en Solloa, 2001) propuso criterios diagnósticos para la depresión infantil y menciona que los siguientes síntomas deben estar presentes durante un mes como mínimo:

1. Estado de ánimo disfórico: tristeza, soledad, cambios en el estado de ánimo. Mal humor, irritabilidad, hipersensibilidad y negativismo.
2. Ideación autodespreciativa: sentimientos de inutilidad, incapacidad, fealdad (autoconcepto negativo), ideas de persecución, deseos de muerte, deseos de marcharse de casa, tentativas de suicidio.
3. Conducta agresiva (agitación). Dos o más de los siguientes síntomas: dificultades en las relaciones interpersonales, peleonero, poco respeto por la autoridad, beligerante, hostil, peleas excesivas o ira súbita.

4. Alteraciones del sueño: insomnio de conciliación, sueño inquieto, insomnio terminal, dificultad para despertar por la mañana.

5. Cambios en el rendimiento escolar: los maestros suelen quejarse de que el niño es ensimismado, con poca concentración o escasa memoria, disminución del esfuerzo en tareas escolares, pérdida del interés en tareas escolares, y por actividades escolares no académicas.

6. Socialización disminuida: menor participación en grupo, se muestra menos agradable o sociable, retraimiento social, pérdida de intereses sociales.

7. Cambio de actitud hacia la escuela: no disfruta con actividades escolares, no quiere o se niega a acudir a la escuela.

8. Quejas somáticas: cefaleas no migrañosas, dolores abdominales y/o musculares, otras preocupaciones o quejas somáticas.

9. Pérdida de la energía habitual: pérdida de interés por actividades y entretenimientos extraescolares, disminución de la energía. Fatiga física y/o mental.

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

En 1987, Goldstein (citado en Solloa, 2001) identificó diez patrones de conducta basándose en Weinberg:

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

Actualmente la discusión sobre la existencia de la depresión infantil ha quedado atrás y ahora es más fácil que los especialistas reconozcan el trastorno desde edades tempranas. De la Fuente, (1997) sostiene que en los primeros seis meses de vida, ante la pérdida de la figura que ejerce el papel maternal, los lactantes reaccionan exclusivamente en forma conductual con síntomas tales como llanto, retraimiento y apatía, así como desgano para alimentarse, pérdida de peso o incapacidad para incrementarlo, alteraciones en el sueño o disminución en el desarrollo. De los seis meses a los cuatro años de edad, reconocen que como causa de la depresión puede estar la pérdida de la persona más cercana al niño dando lugar a una reacción de protesta seguida de desesperación y retraimiento.

Conforme aumenta la edad, (De la Fuente, 1997) el niño va adquiriendo mayores habilidades cognoscitivas, afectivas, verbales y motoras que le permiten la expresión de síntomas como:

- Tendencia frecuente al llanto
- Diversos grados de ansiedad
- Temores y miedos diversos como separarse de los padres, a la oscuridad, etc.
- Quejas somáticas diversas como cefalea, dolores abdominales, etc.
- Aumento o disminución del apetito
- Problemas para dormir
- Irritabilidad, baja autoestima, autorreproche, culpa e inadecuación
- Anhedonia
- Conducta temeraria
- Pensamientos suicidas

Según Solloa (2001), 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 de desvalorización y visión pesimista del mundo y del futuro.
5. Social. Disminución en la interacción social y aislamiento.

Acosta y cols. (1989) reconocen la existencia de la depresión en el niño mayor y en el adolescente dividiéndola en 3 síndromes: el primero es el síndrome de resignación tranquila con tristeza, adaptación excesiva, timidez, autoaislamiento,

onicofagia y gran agresividad; el segundo es el síndrome que se caracteriza por inhibición y reducción de los impulsos con retraso psicomotor, apatía, dudas sobre sí mismo, promiscuidad, mutismo y pasividad; y finalmente, el síndrome agitado-ansioso con auto y heteroagresividad, inseguridad, abuso de drogas, llantos sin motivo aparente y comportamiento suicida.

Calderón (1984) reconoce que durante la adolescencia los jóvenes suelen padecer alteraciones emocionales y ligeros cambios de personalidad que pueden ser transitorios, cuando se resuelven adecuadamente durante esta etapa; no obstante hay factores que influyen en el desarrollo normal del adolescente originándole severas depresiones que podrían llevarlo hasta el suicidio. Estos factores son: su ambivalencia en relación con el logro de su independencia, el inicio de su actividad sexual y las presiones de sus compañeros. También señala que la pérdida de objeto en la adolescencia coincide con la pérdida de la protección familiar. El abandonar la imagen de sus progenitores como seres poderosos, supremos e infalibles le origina depresión, que generalmente se manifiesta como una reacción de rebeldía y desafío.

Toolan (citado en Macías, 1985), reconoce que hay tres manifestaciones de la depresión de acuerdo al momento evolutivo del adolescente. En la adolescencia temprana la depresión se manifiesta por tendencias al *acting out* o a la delincuencia. En la adolescencia media la depresión se parece más a la del adulto, a la cual se agrega un sentido de confusión de la propia identidad. Finalmente, en la adolescencia tardía el alcohol, la droga y el sexo impiden a menudo al adolescente enfrentar sus propios sentimientos dolorosos.

Shaffer y Waslick (2003) describen la depresión en los niños y adolescentes como un conjunto de problemas clínicos que con frecuencia son motivo de consulta, entre ellos:

a) Cambios de humor distintos y duraderos (Puig-Antich y Weston, 1983; citados en Shaffer y Waslick 2003), los niños y adolescentes derivados para evaluación pueden manifestar, ante todo un inicio reconocible de síntomas que afectivos que provoquen malestar y deterioro. Se puede notar un incremento de infelicidad, llanto, reacciones de enfado o verdaderos ataques de rabia ante provocaciones mínimas.

b) Problemas escolares: el bajo rendimiento académico, los problemas de ausentismo y el fracaso escolares son problemas concomitantes comunes en niños y adolescentes deprimidos (Hammen y cols., 1999; citado en Shaffer y Waslick, 2003).

c) Conflicto familiar. Hammen en 1999 (citado en Shaffer y Waslick , 2003) también señala que el incremento de los conflictos familiares es una de las causas relacionadas con la depresión en jóvenes. La irritabilidad en los niños puede conducir a frecuentes interacciones insatisfactorias con los padres y hermanos, además pueden aparecer disputas relacionadas con los roles familiares cuando el niño deprimido es incapaz de mantener la funciones que le han sido asignadas.

d) Síntomas somáticos: Ryan y cols. (citados en Shaffer y Waslick 2003) encontraron que los niños y adolescentes deprimidos suelen acudir a los

profesionales sanitarios con síntomas físicos tales como, dolor de cabeza, fatiga crónica, síntomas gastrointestinales y dolor musculoesquelético. Shaffer y Waslick., (2003) señalan que la depresión en los jóvenes puede ser un estado comorbido o una complicación de una enfermedad o tratamiento médicos.

e) Incremento del abuso de sustancias legales. Los síntomas afectivos pueden ser anteriores, simultáneos o posteriores a un periodo de consumo o abuso de sustancias ilícitas en niños y adolescentes (Costello y cols., 1999; Kandel y cols., 1999; citados en Shaffer y Waslick, 2003).

f) También pueden aparecer crisis suicidas especialmente en adolescentes, que pueden ser el resultado directo o indirecto de la expresión de pensamientos o ideas suicidas, o de una forma de comportamiento autolesivo, que oscilan desde la autoagresión no suicida hasta atentados graves contra la propia vida, acompañados de un deseo expreso de morir (Shaffer y Waslick, 2003).

Por otro lado, Knobel (Aberasturi y Knobel, 1988) menciona que durante la adolescencia los duelos por el cuerpo infantil y por los padres infantiles, aunado a la crisis de identidad, surgen síntomas que podrían tomarse como depresivos, sin embargo son parte de lo que el autor llama Síndrome de la adolescencia normal y, por tanto, no forman parte de los trastornos depresivos.

No obstante, autores como Marcelli (1992) señalan que en los adolescentes existen síntomas depresivos similares a los que se observan en el adulto, en particular después de los 14-15 años, manifestándose como:

- Enlentecimiento psicomotor. La expresión mímica es pobre y la gestualidad enlentecida, pero el adolescente rara vez presenta la máscara depresiva que presenta el adulto deprimido (las facciones del adolescente no están caídas, no presenta el ceño fruncido y no presenta un aspecto realmente abatido). El adolescente puede tener un aspecto hostil, enfadado e incluso terco o hasta cerrado, inhibido o totalmente indiferente.
- El humor depresivo. El adolescente no lo reconoce directamente, pero se detecta con bastante facilidad. El adolescente puede referir falta de entusiasmo, de interés o de placer; empero, en algunos casos, el adolescente expresa todo lo contrario.
- La ansiedad se presenta de manera menos frecuente que en la crisis ansiosa-depresiva.
- Retraimiento social, familiar y afectivo son frecuentes, mezclándose con manifestaciones de impulsividad y de rabia.
- La fatiga, la pérdida de energía pueden estar asociadas al desinterés o presentarse de manera independiente.
- Menosprecio o sentimiento de indignidad ligado al ambiente escolar o las relaciones con sus pares.
- Las ideas sobre la muerte son frecuentes, desde el simple pensamiento hasta el deseo de muerte o de suicidio.
- Dificultades de concentración y atención son habituales.
- Cambios en la conducta alimentaria, ya sea por disminución o indiferencia.
- Los trastornos del sueño son frecuentes: dificultades para conciliar el sueño, despertares frecuentes, despertar precoz o por el contrario, somnolencia matutina.

- El adolescente suele referir pesadillas que pueden tener un carácter repetitivo.

Marcelli (1992) describe que ante la ausencia de síntomas evidentes de depresión en el adolescente, como la tristeza y los sentimientos de menosprecio es cuando se puede hablar de depresión enmascarada; en cambio, cuando los síntomas observados no parecen acompañarse de otros síntomas que sugieran más directamente una depresión, incluso si se los busca, se habla entonces de equivalentes depresivos por que los síntomas parecen mejorar o desaparecer bajo tratamiento con antidepresivos o porque el abordaje psicoterapéutico revela la existencia de un carácter depresivo subyacente al síntoma. De este modo se encuentran síntomas tan diferentes como:

- Anorexia nerviosa
- Crisis de bulimia
- Fracaso escolar
- Fobias escolares
- Conductas toxicofílicas
- Conductas delictivas, etc.

Por tanto, según Marcelli (1992) los equivalentes depresivos suelen aparecer como otras tantas manifestaciones de lucha para no experimentar sentimientos depresivos. Refiere que los síntomas depresivos evolucionan claramente en función de la edad: primero una depresión anaclítica apenas característica con predominio de las manifestaciones somáticas, después una multiplicación de las conductas de

protesta y aparición de fracaso en los aprendizajes y, por último el establecimiento progresivo de conductas psicopáticas y delictivas. En los adolescentes, señala Marcelli , después de un intento de reconstrucción defensiva e idealizante, pero al mismo tiempo, cuyo objetivo es la negación del sufrimiento y el sentimiento de pérdida, para llegar luego, a la aplicación de mecanismos defensivos que constituyen la única salida pulsional vivida como posible: agredir, tomar de los demás lo que nunca se podrá obtener espontáneamente.

La discusión sobre la existencia de la depresión infantil ha quedado atrás, sin embargo, los síntomas que se presentan son diversos y esto suele dificultar del diagnóstico. Lo importante es que los involucrados en el desarrollo del niño tengan tanta información como les sea necesaria para la detección oportuna de este padecimiento en edades tempranas.

3.1 Escalas para medir la depresión en niños y adolescentes

A medida que la aceptación de la depresión prepuberal ha sido cada vez más unánime (Graham, 1974; Hersov, 1977; Puig-Antich y cols., 1978; Nissen, 1983; Diodon y Gotlib, 1985; Rutter y cols., 1986; en Polaino-Lorente, 1988a) se ha visto la necesidad de evaluarlas con técnicas más adecuadas y psicométricamente más validas (Rosenbaum y Carlson, 1985; citados en Polaino, 1988 a).

El desarrollo de este tipo de técnicas constituye un hecho relativamente reciente, que arranca prácticamente a finales de la década de los setenta y adquiere un amplio desarrollo a partir de los ochenta (Polaino, 1988b).

De acuerdo con Polaino (1988b) las primeras evaluaciones objetivas de la depresión, con escalas propias, se publicaron en 1977: “Children’s Depression inventory” o CDI (Kovacks y Beck, 1977) y “Personality Inventory for Children-Depression Scale” o PIC-D (Wirt y cols., 1977) ambas escalas se originaron a partir de las ya existentes para adultos.

Posteriormente en 1981, Birston (citado en Polaino, 1988b) publicó una nueva escala más breve y de aplicación sencilla, con la intención de poder evaluar a niños con edades cada vez más tempranas o con mayores dificultades psicológicas. Después de estas primeras escalas se han introducido bastantes más y las escalas que van apareciendo son revisadas muy rápidamente con la finalidad de perfeccionarlas.

En el ámbito de las escalas actuales Polaino (1988b) estableció la siguiente clasificación:

- Las que han sido construidas para ser contestadas por los mismos niños como por ejemplo, “Children’s Depression Inventory” (CDI) o “Center for Epidemiologic Studies Depresión Scale” (CES-CD), que denominaremos como autoaplicadas;
- Las que deben ser contestadas por los adultos que conocen bien al niño, y que por lo general suelen ser los padres o los maestros, que se designan como heteroaplicadas;
- Las que son mixtas, por disponer de una forma autoaplicada y de otra forma para padres y maestros. Este es el caso de la “Children Depresión Scale” .

- Las que recaban información de los compañeros de la misma o parecida edad que el niño que se desea evaluar, por ejemplo, el “Peer Nomination Inventory of Depresión” (PNID) o el PEI denominadas de evaluación por iguales.

Polaino (1988b) considera un apartado distinto a cuestionarios dirigidos a adultos, cuya finalidad es recabar información más global sobre alteraciones de la conducta del niño, pero que contienen alguna subescala o ítems que se refieren a la depresión infantil. Entre ellos están: la “Child Behavior Checklist” (CBCL), el “Personality Inventory for Children”, (PIC) y la “Revised Behavior Problem Checklist” (RPBC).

La “Children’s Depresión Scale” (CDS) elaborada por Lang M. y Tisher M. en 1978 fue elaborada específicamente para los niños.

Debido a que la Children’s Depresión Scale (CDS) es el instrumento mediante el cual se midió la sintomatología depresiva en el presente estudio. Éste se describe a continuación:

En la CDS los ítems se construyeron basándose en los registros obtenidos durante la psicoterapia y durante otras situaciones observacionales de niños clínicamente deprimidos, así como en las descripciones disponibles en la literatura. Se intentó expresar los ítems de forma que los niños deprimidos pudieran reconocer en ellos sus experiencias (Polaino, 1988b).

La escala CDS se aplica a niños entre 8 y 16 años, de manera individual o colectiva y el tiempo de aplicación varía entre 30 y 40 minutos. El cuestionario consta de 66 ítems que pueden agruparse en dos escalas: escala de depresión (48 ítems) y

escala positiva (18 ítems). A su vez estas escalas se subdividen en 8 diferentes subescalas.

Escala de depresión (D)

RA – respuestas afectivas (8 ítems): se refieren al estado de humor y a los sentimientos del sujeto.

PS – Problemas sociales: se refieren a las dificultades encontradas en la interacción social y a las experiencias de aislamiento y soledad sufridas por el niño.

AE – Autoestima (8 ítems): se refiere a los sentimientos, conceptos y actitudes del niño en relación con su propia estima y valor.

PM – Preocupación por la muerte/salud (7 ítems): se refiere a los sueños y fantasías del niño en relación con su enfermedad y muerte.

SC – Sentimientos de culpabilidad (8 ítems): se refieren a la autopunición del niño.

DV – Otros síntomas depresivos (9 ítems): se refieren a otros ítems de tipo depresivo que no pudieron agruparse en los anteriores o formar una escala independiente

Escala positiva (P)

AA – Animo-alegría (8 ítems): se refieren a la ausencia de alegría, diversión y felicidad en la vida del niño o su incapacidad para experimentarlos.

PV – Positivos varios (10 ítems): se refieren a otros ítems de tipo positivo que no pudieron agruparse para formar una escala independiente.

Los ítems de cada escala son mutuamente excluyentes, es decir, cada ítem pertenece tan solo a una escala.

3.2 Tratamiento de la depresión infantil y adolescente

El estudio realizado por Benjet, y cols. (2004) en México intenta conocer la prevalencia de la depresión con inicio temprano y compara el curso natural, la comorbilidad y la latencia para buscar tratamiento entre los deprimidos con inicio temprano y aquellos con inicio en la edad adulta. Los resultados destacan que el 2% de la población ha padecido depresión en la infancia o adolescencia con un promedio de siete episodios a lo largo de la vida.

Benjet et al. (2004) también señalaron que el 29% de personas que han cursado un episodio de depresión en algún momento de su vida han consultado alguna vez algún tipo de profesional. Este porcentaje no varía por la edad de inicio del trastorno, sin embargo, el consultar para un episodio, sea éste el primero o el subsiguiente, sí varía con la edad. Por lo tanto, se pudo observar que los sujetos con depresión

durante la infancia o adolescencia tardaron en promedio hasta 10.6 años desde el inicio del primer episodio depresivo hasta buscar atención, mientras que el inicio en la adultez tardaron en promedio 1.8 años.

Actualmente el tratamiento de la depresión suele ser médico y psicológico. El psiquiatra es el especialista en llevar los aspectos médicos del tratamiento y el psicólogo infantil es el más apropiado para los aspectos psicológicos del niño deprimido.

A) Tratamiento médico.

Los medicamentos más usados para el manejo de la depresión en niños y adolescentes son los antidepresivos, los cuales son de varios tipos. Los más utilizados actualmente son los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS). Este tipo de medicamento suele tardarse varias semanas en hacer efecto, en algunas ocasiones tienen efectos secundarios ligeros y breves como náuseas, ardor de estómago o sueño; pero la mayoría de las veces los niños los toleran sin ningún efecto secundario (Soutullo, 2005).

Su mecanismo de acción es inhibir la recaptura de serotonina. La serotonina es liberada de la neurona y actúa en el receptor de la siguiente neurona. Una vez que hace su función se vuelve a meter en la misma neurona de la que fue liberada. Los ISRS impiden que la serotonina vuelva a meterse en la neurona y por lo tanto sigue actuando, esto hace que se compense en parte el déficit de serotonina que existe en la depresión (Soutullo, 2005).

Existen también los antidepresivos tricíclicos que por sus efectos secundarios se les clasifica como medicamentos de segunda o tercera línea: para usar cuando fallan otras posibilidades más seguras. Inhiben la recaptación de noradrenalina y dopamina. Los estudios hechos con niños no han sido fehacientes en su eficacia. Este tipo de medicamentos se usaron hasta la década de 1980, después se sustituyeron casi por completo por los ISRS que son más seguros. Los antidepresivos tricíclicos tienen como efectos secundarios boca seca, estreñimiento, sedación y descenso postural de la presión arterial (Soutullo, 2005).

Existen también otro tipo de antidepresivos como el Bupropion, la Mirtazapina y que suelen usarse con poca frecuencia debido al éxito de los ISRS y su costo en el mercado. (Soutullo, 2005)

Tal parece que sin importar el tipo de medicamento que se use, los antidepresivos suelen tardar varias semanas en hacer efecto. Se requieren de al menos de 3 a 4 semanas para notar mejoría. Los tratamientos suelen ser largos debido a que tras recuperarse el niño, cuando hayan desaparecido todos los síntomas, el tratamiento debe continuar de unos 9 a 12 meses. Así se reduce el riesgo de recurrencia de nuevos episodios en el futuro (Soutullo, 2005).

B) Tratamiento psicológico

Hay diferentes tratamientos psicológicos que se utilizan para el manejo de la depresión, entre ellos están: la terapia individual, terapia de juego, terapia

introspectiva (psicodinámica) y terapia cognitiva conductual. También hay terapia grupal, familiar y de entrenamiento de los padres (Soutullo, 2005).

La atención psicológica es importante ya que la depresión en el niño crea tensiones en la familia y en la pareja. Muchas veces los padres se culpan de los problemas del hijo. Por otro lado, el infante se ha acostumbrado a percibir las cosas negativamente, y a esperar automáticamente que todo salga mal, sea culpa suya o a fracasar siempre. Estas ideas negativas deben ir cambiando con el tratamiento a una visión más realista y poner los medios necesarios para el sano desarrollo del niño (Soutullo, 2005).

De acuerdo con Soutullo (2005), el tratamiento con terapia cognitivo-conductual de la depresión, se basa en la idea que los niños y adolescentes tienen una serie de pensamientos automáticos negativos ante diferentes situaciones en las que se sienten humillados, inferiores o inseguros, lo que genera sentimientos de culpa, humillación, impotencia, inutilidad y tristeza. Una vez detectadas estas ideas se ordenan y se les reta a ver si son verdaderas o falsas. El niño o adolescente se va dando cuenta de que son falsas, de que no tiene ninguna base ni fundamento, y en vez de pensar siempre en negativo, empieza a tener ideas alternativas, algunas que generan sentimientos neutros y otros positivos.

Soutullo (2005) menciona, además, que el apoyo terapéutico familiar y conyugal es importante debido a que favorece la discriminación sobre cuáles son los problemas prioritarios y cuál es la respuesta del niño al tratamiento. No es aceptable ninguna forma de tratamiento donde los padres sólo participan en llevar al niño a la consulta

y en recogerle cuando esta termina. Ni es bueno para el niño, ni se considera eficaz.

Sin embargo, lo más importante es el diagnóstico temprano de la depresión y el tratamiento adecuado para garantizar la vida saludable del individuo durante su desarrollo.

CAPÍTULO 4. CONDUCTA ANTISOCIAL Y DELICTIVA

4.1 Antecedentes históricos de la conducta antisocial y delictiva.

La conducta socialmente desajustada expresada como antisocial, ha representado un serio conflicto en la vida de los seres humanos. La expresión de agresión y las acciones dañinas hacia los demás ha sido objeto de atención a través del tiempo y ha encontrado explicaciones populares y morales sobre el comportamiento inadecuado.

A principios del siglo XIX, Philippe Pinel y Benjamín Rush (citados en Stoff, Breiling, Maser, 2002) realizaron el primer trabajo que permitió identificar y encontrar la etiología de la conducta antisocial, lo cual permitió que se interviniera en ella desde el punto de vista clínico. Estos psiquiatras observaron que los individuos que mostraban este tipo de conducta también tenían características morales y sociales perturbadas.

Silva (2003a) ubica los orígenes de la antisocialidad desde la aparición del hombre. Los estudios ubican sus inicios en el florecimiento del iluminismo, cuyo elemento más importante es el postulado fundamental del clasicismo, que establecía como meta principal buscar siempre la protección de los derechos del hombre de la corrupción y de los excesos de las instituciones existentes en ese periodo histórico.

Beccaria (citado en Silva, 2003a), durante el clasicismo, fue el principal exponente de los estudios sobre la antisocialidad, los cuales se apoyaban en tres supuestos: en

el primero de ellos se sostenía la existencia de un consenso social en relación con la moralidad imperante y con la característica de inmutabilidad de la actual forma como están distribuidos los bienes entre los miembros de la sociedad. En segundo lugar, el comportamiento ilegal es considerado patológico o irracional porque violenta el contrato social celebrado entre los miembros de una sociedad; y en tercer lugar, establece que los teóricos del contrato social poseían la facultad especial de conocer los criterios para identificar la racionalidad de un acto. Así, el control social desempeña un papel fundamental y se fundamenta en la premisa de que todo hombre es libre de elegir entre distintos cursos de acción. Por ello es responsable de sus actos y no es posible perdonarle los comportamientos que violenten el contrato social, aunque existan elementos atenuantes o ausencia de responsabilidad

Los principios del Clasicismo, en que se menospreciaban las diferencias individuales entre los delincuentes fueron modificados por el neoclasicismo y resultó lo que hoy es la base de los regímenes jurídicos tanto de oriente como de occidente. Desde esta visión neoclásica se puso especial interés en las situaciones específicas de la vida del delincuente, sus antecedentes penales y su grado de responsabilidad. Esto trajo como consecuencia en primer lugar, dirigir la atención hacia el medio físico y social en que se había desarrollado o se encontraba el delincuente, con la finalidad de que al imponer una pena se tuvieran en cuenta las circunstancias atenuantes. En segundo lugar, considerar la historia biográfica de las personas para dictaminar las penas, pues cuantos más antecedentes penales tuviera una persona, más podríamos estimar que estaba condicionada por circunstancias externas (Silva, 2003a).

Posteriormente, con el surgimiento del positivismo se generalizan los principios que rigen la conducta antisocial y se sustenta que las cuestiones valorativas no deben tener cabida, ya que no son de interés científico, por tal motivo, el rumbo que se debería de seguir es aquél que se interesa exclusivamente por los medios que utilizó el sujeto para alcanzar determinados fines. La orientación positivista ha centrado sus esfuerzos en encontrar las leyes a las que es sometida la conducta antisocial, intentando explicar tanto la conducta desviada como el delito. (Silva, 2003a).

Una vez rebasada la segunda mitad del siglo XIX comienzan a surgir estudios de la escuela cartográfica y antroposocial para explicar las causas de la conducta antisocial (Rodríguez, 1989; citado en Silva, 2003a). El exponente principal de la escuela cartográfica fue A. Quételet, quien señalaba que el crimen es producto de la sociedad y que resultan manipulables, por tanto elaboró sus leyes térmicas en las que establece que los delitos varían de acuerdo a la estación del año, así en primavera se cometerían más delitos sexuales, en invierno delitos contra la propiedad y en verano contra las personas. (Silva, 2003a)

Rodríguez, 1989 (citado en Silva, 2003a) señala que la escuela antroposocial se encuentra representada por los estudios de Lacassagne, quién afirmaba que la conducta criminal depende del ambiente en el que se desarrolle el sujeto, combatió la idea del criminal nato sustentada por Lombroso, al señalar que el criminal no está predestinado a delinquir, sino que hay sujetos predispuestos a la antisocialidad.

Con los estudios de Gabriel Tarde (citado en Silva, 2003a) se establece la pauta para estudios posteriores de las causas psicológicas de la antisocialidad. Tarde

señalaba que los factores causantes de la criminalidad no son la pobreza o la riqueza (factores socioambientales) sino el sentimiento de felicidad o infelicidad, de satisfacción o insatisfacción del individuo, sin dejar aun lado los factores sociales.

Ya para finalizar el siglo XX aparecen estudios (Sutherland y Cressey, 1989, citados en Silva, 2003a) que afirman que la conducta criminal es básicamente aprendida y que este aprendizaje incluye técnicas para cometer el crimen, orientación de móviles, tendencias impulsivas y razonamientos y actitudes. Otros criminólogos (Georgelina, 1989; Caso, 1982; citados en Silva, 2003a) señalaron que el surgimiento de las nuevas formas de antisocialidad está ligado, por un lado, a los grandes cambios ocurridos en las sociedades en transición en las que se vive una evolución acelerada de tipo económico e industrial, que traen como consecuencia de pérdida de valores, inseguridad social e inestabilidad familiar.

La conducta antisocial es básicamente aprendida y puede estar modificada por rasgos caracterológicos y temperamentales, tendencias impulsivas, razonamientos y actitudes, y al igual que los trastornos depresivos se ha relacionado con los grandes cambios ocurridos en las sociedades en donde se vive una evolución acelerada de tipo social económico y ambiental.

Todos estos antecedentes de lo que se ha considerado como conducta antisocial, si bien han sido enfocados básicamente desde el aspecto criminológico y jurídico, nos permiten conocer la manera como han evolucionado a través del tiempo las conductas consideradas como antisociales y/o delictivas e identificar aspectos psicológicos significativos para el propósito del presente estudio. Aspectos tales

como las repercusiones a nivel de convivencia social entre los individuos, la importancia de tomar en cuenta las situaciones particulares de la vida del delincuente, el ambiente en el que se halla desarrollado, sus sentimientos de felicidad o infelicidad, etc.

Podemos concluir esclareciendo que la conducta antisocial, aunque no es en sí misma una conducta delictiva, sí puede predisponer al individuo a presentar una conducta abiertamente delictiva o criminal, de ahí la importancia de detectar la presencia de tales rasgos antisociales de manera temprana y la comorbilidad con los trastornos depresivos que empeora el pronóstico.

4.2 Definición de conducta antisocial y delictiva

La conducta antisocial se define como “ cualquier tipo de conducta que refleje una violación de una norma o regla social y/o constituya un acto contra otros, independientemente de su severidad” (Cuevas, 2003;) cuyas manifestaciones pueden ser las siguientes: desobediencia, agresividad, impulsividad, problemas de conducta, delincuencia, criminalidad, ataques, homicidios, violencia en los medios masivos de comunicación, delitos sexuales, maltrato infantil, maltrato conyugal, trastornos de conducta y trastornos de personalidad antisocial. (Stoff, Breiling, Maser, 2002). Aunque Rapaport (citado en Rutter y Giller, 2000) menciona que se ha reconocido que en la delincuencia hay una considerable versatilidad de síntomas y que también es posible que los patrones representen una significativa heterogeneidad en variedades de conducta antisocial.

Según lo anterior, la conducta antisocial contiene a la delincuencia como una de sus manifestaciones. Rutter y Giller (1988) y Malvey, Arthur y Repucci (1993) (citados en Rutter y Giller, 2000), definen la conducta delictiva o delincuencia como aquella que tiene una connotación legal o jurídica que incluyen conductas que son capaces de ser seguidas por procesos judiciales. De este modo la conducta antisocial en niños y adolescentes se conoce como actos delictivos, sin embargo con base en normas legales la edad representa un obstáculo para tipificarlo o definirlo como un delito (Hinshaw y Zupan, 2002). Como lo dijo Perlman (citado en Hurlock, 1987) “desde el punto de vista legal, el delincuente juvenil es aquel que comete un acto delictuoso según lo define la ley a quien un tribunal apropiado califica así” (p.52), por lo que en algunos estados de México la edad mínima para ser juzgado por autoridades es a los 18 años.

Sin embargo, para Ajuriaguerra (2001) la delincuencia se refiere a una norma social y a un equilibrio en el ámbito de una determinada sociedad. De ésta manera se consideraría delincuente a los que rompen las reglas y tabúes admitidos por un importante núcleo de la población, y que corresponde a los hábitos y costumbres de la población en que se vive.

En la tradición psiquiátrica, se establecen categorías de diagnóstico para clasificar la conducta antisocial en niños y adolescentes; La APA a través del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-R, 2002), otorga distintos criterios para los trastornos del comportamiento, específicamente los Trastornos Negativista Desafiante (TND) y disocial (TD); y por la Organización

Mundial de la Salud (OMS) se encuentra la Clasificación Internacional de las Enfermedades, en su décima versión (CIE-10,1992)

Entre las características que menciona el DSM-IV-R (2002) para el diagnóstico del Trastorno negativista desafiante se encuentran patrones conductuales como desobediencia, desafío, comportamiento negativista y hostilidad dirigida a las figuras de autoridad. Estos signos deben persistir durante por lo menos 6 meses. La edad promedio de aparición del TND es en la niñez temprana.

Por otro lado, el Trastorno Disocial tiene como criterios el comportamiento persistente del niño o adolescente, en el que se violan los derechos básicos de los otros, así como normas sociales. El DSM-IV-R divide este trastorno en cuatro grupos: 1) comportamiento agresivo que causa daño físico o amenaza con él a otras personas o animales; 2) comportamiento no agresivo que causa pérdidas o daños a la propiedad; 3) fraudes o robos; y 4) violaciones graves a las normas.

Tanto el TND como el TD aparecen en la niñez y/o adolescencia, convirtiéndose en antecedentes del Trastorno Antisocial (DSM-IV-R) y de la conducta delictiva (desde el punto de vista legal). Por ello es importante el diagnóstico oportuno y eficaz para que la sociedad sea cada vez más sana.

4.3 Abordaje teórico de la conducta antisocial y delictiva.

Desde el punto de vista psicoanalítico, se han formulado distintas interpretaciones sobre la psicodinámica implicada en edades tempranas para el desarrollo de las personalidades antisociales.

O. Fenichel (citado en Ajuriaguerra, 2001) encontró en los delincuentes juveniles un Superyó incompleto o patológico lo cual se debe a la imposibilidad de establecer relaciones duraderas e identificaciones estables con la figura parental. Friendlander (citado en Ajuriaguerra, 2001) atribuye la personalidad antisocial a la no resolución de un conflicto edípico y a una pobre interiorización de la figura paterna, lo que impide al niño aceptar una disciplina y reprimir sus impulsos aunando a un fracaso del Yo para ajustarse al principio de realidad.

Melanie Klein, por el contrario, destaca la existencia de un Superyó severo generador de sentimientos de culpa que desencadena personalidades antisociales. Su tendencia agresiva impulsa a los niños a atacar los objetos que les rodean, incrementando la ansiedad y siendo cada vez más intolerable ésta. Todo ello determina la creación de un círculo vicioso que los lleva a la repetición de los actos destructivos no sólo como descarga, sino también como búsqueda inconsciente de castigo que atenúe su tensión interna. (citado en Solís Musketochv, en Gisbert, et. al., 1988)

Jonson y Szurek (citado en Solís Musketochv, en Gisbert, et. al., 1988) sostienen que la conducta antisocial y/o delictiva puede ser estimulada, activa o pasivamente

por los padres que proyectan inconscientemente su hostilidad en el hijo. Describen la existencia de un superyó lacunar en la personalidad de los jóvenes, que resulta de la excesiva tolerancia o de la inducción directa de las actividades delictivas por parte de los padres.

Diversos autores coinciden con el hecho de que la conducta antisocial y/o delictiva, pueden ser reactivas, pero también por modificaciones de la personalidad del individuo que, si bien responden a las presiones del exterior, éstas se internalizan para convertirse en alteraciones crónicas (Solís, 1988).

De acuerdo con Bovet (1951) (citado en Solís, 1988) y desde el enfoque psicodinámico menciona que los cambios en la personalidad del delincuente juvenil se deben a factores como los defectos cualitativos en la formación del superyó, es decir, a la introyección de valores morales distintos a los habituales, en donde dentro del contexto familiar las situaciones delictivas se aceptan.

Por otro lado, Bovet (citado en Solís, 1988) explica que los retrasos parciales en el desarrollo de la personalidad es otro factor de una personalidad alterada, entendiendo por ello retrasos en la formación del Yo y en la formación del Superyó, en donde el sujeto no ha podido abandonar el principio del placer por el principio de realidad y el principio del deber.

Los problemas neuróticos son el tercer factor que incide en la delincuencia, en el que Bovet (citado en Solís, 1988) menciona que las neurosis protegen al individuo de las conductas antisociales, es decir, los sentimientos de abandono, de culpa y de

agresión inconscientes pueden llevar al sujeto a cometer actos delictivos en un deseo mágico de adquirir el reconocimiento y aceptación de los demás.

Otra teoría que explica el origen de la conducta antisocial y/o delictiva es el modelo ecológico propuesto por Bronfenbrenner en 1987 (citado en Frías, et al., 2003), en él concibe al ambiente ecológico como un conjunto de estructuras seriadas y estructuradas en diferentes niveles, en donde en cada uno de esos niveles contiene al otro. El autor denomina a esos niveles el microsistema, el mesosistema, el exosistema y el macrosistema. El microsistema constituye el nivel más inmediato en el que se desarrolla el individuo (generalmente la familia); el mesosistema comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente; al exosistema lo integran contextos más amplios que no incluyen a la persona como sujeto activo; finalmente, al macrosistema lo configuran la cultura y la subcultura en la que se desenvuelve la persona y todos los individuos de su sociedad.

Belsky en 1980 (citado en Frías et. al., 2003) propone los mismos sistemas de Bronfenbrenner, pero los define de manera diferente. Para Belsky, las relaciones dentro de la familia constituyen el vínculo más próximo y el sistema más inmediato en el que se desenvuelven los niños, al que denomina microsistema. El barrio y la escuela son contextos importantes para los menores, pero constituyen otro nivel de interacción, al cual llama el exosistema y por último, Belsky considera que la cultura constituye al macrosistema.

Emery y Lauman-Billings en 1988 (citado en Frías, et. al., 2003) utilizaron el modelo ecológico para analizar las causas y las consecuencias de las relaciones familiares abusivas y establecieron a la familia como el contexto más inmediato. El contexto ecológico más amplio lo constituyen las cualidades de la comunidad en las que esta inmersa la familia, tales como la pobreza, la ausencia de servicios, la violencia, la desorganización social, la carencia de identidad dentro de sus miembros, y la falta de cohesión en ella. Por su parte, el contexto sociocultural esta formado por los valores y las creencias culturales.

McCord en 2001 (citado en Frías, et.al.,2003) planteó que los padres o cuidadores forjan criminales a través de las prácticas de crianza en tres formas: 1) por la transmisión de valores a través de sus propias acciones y las acciones que ellos aprueban; 2) en el desarrollo, por la falta de vínculos entre los miembros de la familia, y 3) estableciendo la legitimidad de las acciones antisociales, a través de los métodos que ellos utilizan para lograr sus deseos en sus hijos(as). Los niños (as) aprenden lo que es valorado dentro del ambiente familiar, sea esto bueno o malo para el resto de la sociedad.

4.3.1 Clasificación de la conducta delictiva

Solís (1988) clasifica la delincuencia en cuatro grupos: la delincuencia reactiva en la que el individuo reacciona delinquiendo ante un contexto sociocultural inadecuado. Uno de los factores que más inciden en la aparición de la delincuencia reactiva en niños y adolescentes, es el ambiente familiar hostil, que va desde la separación de

los padres hasta la violencia en su plenitud, pasando por el alcohol y cualquier tipo de adicciones en el seno familiar (Solís, 1988).

La delincuencia neurótica obedece a una organización neurótica de la personalidad del adolescente y puede deberse a fallas en el desarrollo del superyó o bien a retrasos en los procesos psíquicos del desarrollo de la personalidad (Solís, 1988).

Solís (1988) menciona la existencia de la delincuencia verdadera en la que caben dos criterios: a) los casos situados en el límite de la neurosis. Y b) los casos asóciales con disgenesia del Yo que origina un comportamiento delictivo no neurótico. En el primer caso los adolescentes se encuentran en lucha consigo mismos, por lo que una parte de su personalidad se opone a sus instintos y de este modo el comportamiento delictivo proviene de sus propias tendencias. En el segundo caso, el Yo de los adolescentes no se ha constituido aún y el sujeto se haya en conflicto con el exterior. Finalmente, el autor menciona la existencia de la delincuencia psicótica o parapsicótica, la cual no es más que un síntoma de una enfermedad mental, ya sea de algún tipo de esquizofrenia o de un caso border-line. En este tipo de delincuencia el individuo no tiene conciencia de los motivos auténticos del delito, existe una tendencia al masoquismo y posible ausencia de sentimientos de culpa.

4.3.2 Curso de la conducta antisocial y delictiva

Algunas investigaciones hacen referencia la prevalencia de conducta antisocial como un trastorno que afecta a un importante numero de niños y adolescentes, entre

el 4% y el 12% en población abierta y entorno al 30-50% en población clínica (González, García, y Tapia, 2002). Así mismo podemos hablar de un conjunto de conductas que producen un gran deterioro en la vida individual y social de quien lo padece, que tienden a ser estables tanto a corto como a más largo plazo y resistentes al cambio, incluso cuando se planifican tratamientos. Su pronóstico suele ser bastante negativo, prediciendo con frecuencia conductas posteriores de alcoholismo, conductas delictivas y trastornos psiquiátricos de muy difícil abordaje terapéutico.

De acuerdo con Juárez, Villatoro, Fleiz, Medina, Carreño, Amador y Bermúdez (2005), la conducta antisocial se ha incrementado en los últimos años, en especial la delincuencia. Así por ejemplo, el número de menores puestos disposición del consejo de menores, aumentó de 2,623 en 1999 a 3,506 en el 2003; presentándose también infracciones más graves. Los autores señalan que aumentaron las conductas antisociales en los estudiantes de la Ciudad de México del nivel medio y medio superior y la tasa fue mayor en las mediciones hechas entre 2000 y 2003. En general, se incrementaron en mayor medida las conductas relacionadas con el factor de violencia y robos, situación que también se repite en los actos graves, aunque estos presentan menor crecimiento. Tales conductas no se asocian únicamente con factores de desventaja y marginación; las nuevas formas de relacionarse de los adolescentes ha favorecido el incurrir en conductas de riesgo a diferentes niveles, que incluyen la sexualidad en situaciones de riesgo, el consumo de sustancias, el robo y la violencia, aspectos que afectan a los adolescentes de todos los estratos socio-económicos.

Por otro lado, la delincuencia juvenil en la Ciudad de México se ha incrementado un 36% (Zamora, 2002). El 65% de las personas que están en los reclusorios de la ciudad tienen un promedio de edad menor de 25 años según la Secretaría de Seguridad Pública (Orozco y Ocampo, 2002).

Yunes (1993), muestra que en la población de 15 a 24 años, México ha sido el país con la tasa de mortalidad más alta por homicidios (34.1 por 100,000 habitantes) en el continente americano. Stafford y Galle, (citados en Ramos, 1994) explican la circunstancia apuntando hacia situaciones de estilo de vida que expone más a los adolescentes al riesgo de ser victimizado.

En un estudio realizado por Ramos (1994) se demostró que las personas de menor edad percibieron más deterioro social, lo que probablemente podría responder a que el estilo de vida de este grupo de edad los lleva a interactuar con más frecuencia en situaciones públicas.

Desde el punto de vista cognoscitivo, Elkind en 1978 (citado en Villatoro, Doménech, Medina, Fleiz, y Fresán, 1997) plantea que en la etapa de la adolescencia el individuo no llega a distinguir entre lo que le preocupa a él y lo que le preocupa a los demás, haciendo demasiado caso a sus propios sentimientos creando lo que se conoce como fábula personal. Si el adolescente piensa que es invencible y no tiene miedo de que le suceda algo, es posible que no tome precauciones para evitar asaltos personales. Es el egocentrismo que ocurre al inicio de las operaciones formales el que permite que la fábula personal tenga lugar. Algunos autores verifican

que entre los 14 y 16 años se actúa más en términos de consecuencias próximas o inmediatas que distantes o mediatas (Casullo, 1998)

El aumento de las estadísticas de conductas antisociales en todas las sociedades y a través del tiempo ha tenido como consecuencia el estudio sobre la génesis de la conducta antisocial, que como ya se ha mencionado anteriormente, tiene una gran influencia de Melanie Klein, quien a partir del trabajo de Freud desarrolla una teoría que reconoce los sentimientos de hostilidad y agresión desde edades tempranas en el individuo.

Posteriormente David Winnicott (citado en Winnicott, 1990) retoma algunos términos acuñados previamente por el psicoanálisis, como el de voracidad el cual lo considera como una síntoma ligado a la inhibición del apetito estrechamente vinculado a la privación previa, es decir, si un bebé no cubre sus necesidades básicas orales que provienen del ello, provoca una respuesta voraz frente al ambiente.

El bebé es capaz de inducir a la madre a que acuda a su atención para que ésta cubra su privación, lo cual se manifiesta a través de la voracidad, siendo ésta precursora de la conducta antisocial y del robo. Winnicott (1990) también sugiere que la voracidad se contiene cuando la madre accede a atender y proveer al niño sin caer en la excesiva indulgencia. A esto le llama Terapia Materna en la que la misma madre es la que puede curar las necesidades del infante.

Así como la voracidad es una manifestación de la privación y de la tendencia antisocial durante la etapa oral, la enuresis, la tendencia destructiva y la tendencia a

armar líos son todas manifestaciones de la conducta antisocial a largo de las diferentes etapas infantiles.

Una característica propuesta por Loeber en 1990 (citado en Cuevas, 2003) consiste en el “ordenamiento” (las comillas son del autor) o progresión de diversas manifestaciones de comportamiento disruptivo y conducta antisocial desde la niñez hasta la adolescencia que se inician en el comportamiento difícil, continuando con hiperactividad, agresión, aislamiento, relaciones inadecuadas con pares, dificultades académicas, asociación con pares desajustados, arrestos por delincuencia y reincidencia.

Shaw y Winslow (2002) señalan que el desarrollo de la conducta antisocial comienza en la etapa preescolar y que hay una continuidad en la exteriorización de la infancia a la edad escolar; citan una correlación de 0.76 entre la agresión a los 2 y 5 años de edad. En cuanto a la prevalencia, Eron (2002) señala que la agresión es un rasgo de personalidad del individuo que se mantiene constante en las diversas situaciones y a lo largo del tiempo, que los niños agresivos tienden a volverse adultos antisociales y delincuentes.

Bowlby (1972) señala la importancia del apego y los cuidados maternos en edades tempranas y menciona que la privación ya sea parcial o completa, tiene efectos adversos que varían en grados. Describe un estudio de 102 delincuentes perseverantes entre los 15 y 18 años de edad de un reformatorio inglés, que demostró claramente la manera en que las ansiedades que surgen de relaciones poco satisfactorias en la infancia predispone a los niños a responder de un modo

antisocial a tensiones posteriores. La mayor parte de las primeras situaciones de ansiedad entre estos jóvenes, eran aspectos particulares de privación materna.

Es importante que la sociedad contribuya a tratar las conductas antisociales y delictivas como un trastorno psicológico y/o psiquiátrico como factor que prevenga y favorezca la detección oportuna del padecimiento.

CAPÍTULO 5: FACTORES CAUSALES DE LA CONDUCTA ANTISOCIAL Y DELICTIVA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Cuevas (2003), señala la relevancia de identificar los factores de riesgo del sujeto como apoyo para desarrollar enfoques preventivos que permitan identificar la conducta o resultado indeseados antes de que estos ocurran y poder actuar sobre ellos. Destaca la importancia de diferenciar de manera precisa tales factores, con la finalidad de saber como cuando y con quien ejercer la acción para reducir la incidencia y prevalencia del fenómeno.

También señala que hay relativa coincidencia en que los factores de riesgo de la conducta antisocial provienen fundamentalmente del sujeto y del contexto familiar, escolar y social. Otra categorización planteada, discrimina entre factores proximales y distales (Patterson, 1982; Kazdin, 1985; Baum, 1989; Litton, 1992; Celso y Stewart, 1986; Loeber, 1990; Robins, 1992; Kellam y Rebok, 1992; Farrington, 1987 West y Forehand, 1895; citados en Cuevas, 2003).

Se han identificado varios factores que sitúan al niño en riesgo de conducta antisocial (Kazdin, 1988). Los signos precoces de conducta molesta o revoltosa en el hogar o en la escuela son predictores significativos. Además, se han identificado diversas características de los padres y familias como factores de riesgo, incluyendo la criminalidad, la conducta antisocial, el alcoholismo, los conflictos conyugales y la disciplina dura e inconsistente. Se han estudiado conjuntamente las contribuciones de la herencia y el ambiente. Los estudios de gemelos han confirmado la importancia de las influencias genéticas, y también que estas influencias interactúan con diversas variables ambientales, del sujeto y demográficas.

Kamphaus y Frick, (2000) señalan cuatro categorías de factores causales de los trastornos de conducta y en particular de la conducta antisocial: los factores biológicos, contexto familiar, ecología social y compañeros.

Los modelos actuales caracterizan la función de varios procesos causales complejos e interactivos que conducen al desarrollo del comportamiento antisocial (Moffit, 1993; Patterson et al., 1992; citados en Hinshaw y Zupan, 2002). Los factores que tienen una función causal o que influyen en el mantenimiento o exacerbación del comportamiento desviado incluyen una serie diversa, que abarca desde componentes hereditarios, temperamento temprano, trastornos psicopatológicos familiares, composición y condición familiar, estilos de crianza, relaciones con compañeros y desempeño académico, hasta síntomas tempranos de deficiencias neuropsicológicas.

A pesar de la relativa coincidencia entre los autores en cuanto a las causas de la conducta antisocial, básicamente dichas causas, en el presente estudio, se agrupan en factores biológicos, psicológicos y socioculturales.

5.1 Factores biológicos

Los factores los podemos dividir en factores médicos y genéticos, los cuales se explican a continuación:

5.1.1 Factores médicos

Actualmente los investigadores han puesto mayor énfasis en la relación entre la conducta antisocial y los factores médicos. Una de las teorías más importantes es Moffitt (1993) quien señala que los factores médicos que se presentan a temprana edad generarán resultados antisociales graves. En el contexto más amplio de las investigaciones sobre los riesgos de desarrollo, los estudios se han centrado en riesgos biológicos que aparecen en tres períodos del desarrollo infantil temprano: el prenatal, el perinatal y posnatal.

Los estudios en los que se ha marcado una distinción entre factores prenatales y perinatales para pronosticar consecuencias conductuales se han concentrado comúnmente los trastornos conductuales más que en comportamiento antisocial o delictivo. Sin embargo en un estudio realizado con 68 niños de 5 años de edad con diversos grados de exposición prenatal al alcohol se descubrió que los comportamientos exteriorizados, como agresividad y reacciones exageradas, se relacionaban con dicha exposición alcohólica prenatal. En comparación de comportamientos interiorizados como la ansiedad y la depresión no se vincularon a este factor de riesgo prenatal (Moffitt, 1993).

Por otro lado, Kandel y Mednick (citados en Brennan y Mednick, 2002) compararon los efectos diferenciales de las complicaciones de parto en la trasgresión violenta o los daños a la propiedad en adultos jóvenes y descubrieron que los transgresores violentos, en especial los reincidentes, habían experimentado significativamente más complicaciones de parto que los sujetos de control o los invasores de la propiedad.

Del mismo modo, en 1977, Lewis y Shanok (citados en Brennan y Mednick, 2002) descubrieron que era particularmente probable que los criminales violentos tuvieran antecedentes de problemas perinatales.

En cuanto a los aspectos postnatales algunos autores dan por hecho que las disfunciones del sistema nervioso central cumplen un papel mediador en la conducta antisocial y delictiva (Brennan y Mednick, 2002). Las lesiones cerebrales, la toxicidad mineral y factores relacionados con la alimentación son aspectos de salud que se han estudiado con mayor frecuencia en relación con el comportamiento antisocial. En varios estudios realizados con prisioneros violentos y condenados a muerte se descubrió que contaban con antecedentes médicos de lesiones cerebrales postnatales (Bach-y-rita y Veno, 1974; citados en Brennan y Mednick, 2002).

Otro posible factor de riesgo postnatal con consecuencias antisociales es la toxicidad mineral. Se ha descubierto que los niveles tóxicos de plomo y de otros minerales como el cadmio y el manganeso, se asocia con lesiones cerebrales y disfunciones neurológicas que a su vez pueden aumentar el riesgo de consecuencias antisociales. (Chandra y Srivastava, 1970; Needlman, et. al, 1979; Gottschalk, Rebello, Bushsbaom, Tucker y Hodges, 1991; Marlowe, et.al, 1985; Pihl y Ervin, 1990; citados en Brennan y Mednick, 1997).

Diversos informes han evidenciado una relación entre los niveles elevados de consumo de azúcar y el comportamiento agresivo, irritabilidad e hiperactividad (Shoenthaler, 1982; Shoenthaler y Doraz, 1983; Shoenthaler, 1991). En cambio, algunos autores señalan que la hipoglucemia o concentraciones bajas de azúcar en

la sangre da como resultado irritabilidad y agresividad (Marks, 1981). Por tanto parece sugerirse que los niveles de azúcar en la sangre es una variable de salud que se asocia al comportamiento agresivo e irritable, lo que a su vez contribuye a la aparición de la conducta antisocial.

Otros autores (Brain y Susman, 2002) señalan que el factor hormonal ejercen una función en la conducta humana, no obstante señalan que lo hacen relacionándose con otros factores de riesgo relacionados por ejemplo con enfermedades coronarias. Hay paralelismo claros con los esfuerzos por relacionar la agresividad humana con factores como el consumo de alcohol como lo señala Brain (1983; citado en Brain y Susman, 2002).

Sin embargo, existen pruebas sólidas que varias hormonas actúan en el potencial conductual del neonato, durante la pubertad y durante la edad adulta, por tanto alteran los niveles de agresividad en la conducta.

La conducta es resultado de interacciones complejas, de factores biológicos, determinantes situacionales y experiencias acumuladas. Es difícil esclarecer estos factores, especialmente en el caso de la conducta antisocial y delictiva. Los principales componentes del sistema endocrino que se vinculan con la agresividad humana son las hormonas de las gónadas y la corteza suprarrenal, aunque se han correlacionado otros órganos endocrinos (en especial la tiroides y la médula suprarrenal) con algunos actos hostiles directos e indirectos (Brain y Susman, 2002).

En 1992, Brain y Haug (citados en Brain y Susman, 2002) examinaron los intentos por vincular las hormonas con la agresión en ratas y ratones (en la mayoría de los estudios) y concluyeron que las situaciones preparadas para evaluarla comprenden, en efecto, una gama variada de motivaciones, entre las que se encuentran ataque, defensa y depredación. En las diversas pruebas se aprecian varias respuestas a las manipulaciones comunes de esteroides sexuales suprarrenales, lo que confirma que este paradigma no mide lo mismo ello significa que no habrá una endocrinología distintiva para todas las formas de agresión.

Dent en 1983, (citado en Brain y Susman, 2002) señaló algunas de las dificultades de relacionar la conducta agresiva de nuestra especie con el funcionamiento endocrino. También sostuvo que muchas veces se da una definición inadecuada de la agresividad, una confianza excesiva en los inventarios de hostilidad propuesto por Buss y Durkee y una incapacidad de apreciar los complicados esquemas de secreción de las hormonas. Dent continúa diciendo que los exámenes basados en una sola muestra de sangre son de utilidad muy limitada. Dichas conclusiones las ampliaron Brain y cols., 1994 (citado en Brain y Susman, 2002) quienes destacaron la naturaleza heterogénea de la agresividad y la violencia humanas, de modo que el mismo delito (p. ej. asalto con violencia, homicidio o agresión verbal) puede tener varias etiologías.

Brain en 1989 (citado en Brain y Susman, 2002) presentó un modelo de la relación entre hormonas y conductas, en el que destacó lo siguiente: a) las glándulas endocrinas se relacionan unas con otras; b) en el metabolismo las hormonas cambian en otras sustancias químicas y en diversos sitios, con lo que entregan

diversos mensajes químicos; c) las hormonas se dirigen al sistema nervioso central, los órganos de los sentidos, los productores de claves sociales (p. ej. La superficie corporal o la las glándulas odoríferas) o a otras glándulas endocrinas para producir sus efectos; d) estos destinos modificarán varios de los elementos conductuales que ejercen influencias recíprocas de maneras complejas; e) las experiencias obtenidas de la expresión de la conducta ofrecen retroalimentación que influye en los procesos de conversión metabólica del objetivo endocrino y en sus actividades consecuentes.

Brain y Susman (2002) señalan que la conducta es el resultado de interacciones complejas que contienen factores biológicos (incluidas las hormonas), determinantes situacionales (contexto y/o ambiente) y experiencias acumuladas (aprendizaje); por lo que es difícil explicar cual de estos factores adquiere mayor importancia ante la presencia de la conducta antisocial y delictiva.

5.1.2 Factores genéticos

Durante los años sesenta y setenta, capturó la atención de muchos estudiosos del tema de la antisocialidad la hipótesis de un factor genético a partir de que se detectó una relación entre el triple cromosómico XYY y cierta predisposición a la delincuencia. Muchos estudios (Caset, et al, 1966; Nielsen, 1968 y 1969; Price y Whatmore, 1967; citados en Solloa, 2001), parecían confirmar una frecuencia relativamente más elevada de anormalidades cromosómicas en los criminales que en la población en general. Estos descubrimientos en el campo de los cromosomas renovaron la tesis del criminal “nato” o constitucional. Es conveniente recordar que la tendencias al acto no implica fatalmente la acción; es decir, que es poco factible que

este trastorno cromosómico implique una tendencia específica hacia la criminalidad; más bien predispone a la persona que lo padece a una infinidad de problemas para adaptarse, que en un momento dado pueden manifestarse a través de conductas agresivas (Solloa, 2001).

Carey y Goldman (2002) mencionan que los méritos principales de la investigación genética molecular en lo referente a la agresión son: a) la comprensión de la diversidad en la variación del comportamiento humano, que forma parte de la individualidad humana; b) el aumento de la comprensión de los mecanismos del comportamiento normal y patológico; c) la creación de mejores intervenciones para el comportamiento patológico; d) el perfeccionamiento de los métodos de diagnóstico, como medio para la individuación de la terapia o para evitarla en caso de ser inútil, y e) la identificación de influencias del ambiente que la variación genética enmascara.

Los mismos autores (Carey y Goldman, 2002) señalan que la heredabilidad de los rasgos antisociales y agresivos, tanto en seres humanos como en otros animales, implican que las variantes naturales de los genes (alelomorfos) originan diferencias en la fisiología del cerebro, en el desarrollo o en algún otro aspecto. También identificaron diversos genes alelomorfos asociados con el comportamiento agresivo en la secuencia del ácido desoxirribonucleico (ADN). Estas variantes de genes difieren considerablemente en sus frecuencias en poblaciones, en la medida que su presencia predice el comportamiento y en los mecanismos de sus efectos.

El temperamento es incluido entre los factores biológicos y se afirma que niños con temperamento "difícil" (las comillas son del autor) exhiben respuestas de mayor intensidad, negativas y variables, pero no presentan fácil adaptación a variaciones de rutinas o medioambientales, estos comportamientos parecen predisponer al niño al desarrollo ulterior de conductas problema, al ocurrir en un contexto interactivo inadecuado de padres o cuidadores (McMahon y Forehand, 1988; Baum, 1989; Patterson, 1982; citados en Silva 2003a).

Se puede admitir que las lesiones prenatales o postnatales que alteran el desarrollo infantil pueden consecuentemente engendrar desordenes afectivo caracterológicos, arrastrando al individuo a cometer actos delictivos a causa de su perturbación, su gran susceptibilidad y sus reacciones impulsivas, pero hasta el momento no se conoce ningún padecimiento transmitido genéticamente que de lugar a la conducta violenta, a excepción del síndrome Lesch-Nyhan, que si ocasiona conductas autolesivas y, ocasionalmente agresión hacia los demás (Palmour, 1983; citado en Solloa, 2001).

5.2 Factores psicológicos y diferencias sexuales

5.2.1 Factores psicológicos

Cuevas (2003), considera a la antisocialidad desde un enfoque biopsicosocial en el cual reconoce que cualquier evento del organismo, comportamiento o enfermedad debe ser analizado desde la perspectiva biopsicoambiental, el cual reorienta los conceptos, la investigación y la relación entre las disciplinas médicas, psicológicas y

sociales, considerando los diferentes grados de participación de cada uno de ellos. Este modelo biopsicosocial ofrece una alternativa integradora que resuelve las limitaciones de las posiciones anteriores.

Algunos autores sostienen que el comportamiento y las manifestaciones psicobiológicas son señaladas como resultantes de interacciones complejas de variables de diversos niveles; no es posible enunciar eventos unicastales o productos de relaciones lineales simples, todo comportamiento emergente de lo psicológico tiene un referente biológico eléctrico, bioquímico, neuroendocrino, etc. (Castro, 1993; Taylor, 1986; Genest y Genest, 1987; en Silva 2003a)

Cuevas (2003) menciona también que esta interacción implica asumir la multicausalidad incluidos, obviamente, elementos contextuales dentro de un proceso de macronivel; además, esta visión molar involucra eventos que no están en sucesión temporal inmediata pero que tienen relación con un resultado actual.

Dentro de los principales factores que podemos distinguir en la personalidad de los menores infractores encontramos los relacionados con algún fracaso (escolar u otro), el consumo –abuso- de drogas, el ser impulsivo o agresivo, tener una baja autoestima, provenir de una familia desestructurada, ser una persona con poca afectividad emocional, carecer de habilidades de adaptarse socialmente, etc. (Sayeg, 2006).

En un estudio realizado por Sobral, Romero, Luengo y Marzoa (2000) en la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago, en España; en una muestra de 3, 186

adolescentes se encontró que desde el autorreporte, la conducta antisocial se correlacionó significativamente con características de la personalidad como la Impulsividad y la búsqueda de sensaciones. Por otro lado, la autoestima y la empatía se mostraron como factores de protección, con fuertes asociaciones negativas con la conducta antisocial, además se sospecha razonablemente que esos factores tienen una profunda capacidad para intermediar los efectos de algunas variables psicobiológicas tales como la propia búsqueda de sensaciones, la impulsividad y el psicoticismo (Baron y Kenny, 1986; Romero et. al., 1999; citados en Sobral, et al., 2000)

Cuevas (2003) menciona que entre los predictores más frecuentes de la conducta antisocial esta la conducta agresiva temprana, especialmente si ocurre en múltiples contextos y persiste más allá de la edad de aparición normal.

Numerosas investigaciones sobre hiperactividad y conducta antisocial han llegado a un punto de convergencia al establecer que los problemas de inatención, impulsividad y sobreactividad característicos del desorden de déficit de atención e hiperactividad, son riesgos para el desarrollo del comportamiento antisocial. Las características del cuadro conllevan a dificultades del niños en los niveles cognitivo, relacional y emocional, que a su vez son factores de riesgo para realizar una conducta antisocial (Loeber, 1992; Robins, 1966; Achembach y Eldebrock, 1978; citados en Silva 2003a).

La relación inadecuada con pares, surgida en términos de aislamiento, conflictos frecuentes o asociación con grupos de pares desajustados, también esta asociada

con la conducta antisocial. El rechazo de pares parece a su vez favorecer la asociación con grupos inadecuados. La retroalimentación de la competencia o incompetencia social es un factor importante para el desarrollo y mantenimiento de la conducta antisocial (Dishion, Patterson y Griesler, 1994; Dodge, Coie y Brakke, 1982; Coie y col., 1991; Musen, Congerm, Kagan y Gerwitz, 1979; Kellam y Rebok, 1992; citados en Silva, 2003a).

5.2.2 Diferencias sexuales

A través de la historia se escuchan aseveraciones acerca de que los varones suelen presentar más comportamientos antisociales que las mujeres. Esta diferencia de géneros se sostiene de manera constante a lo largo de periodos históricos, regiones geográficas, categorías de edad y estratos socioeconómicos. Durante muchos años los estudios (Giordano, P y Cernkovich, 2002) sobre mujeres se vieron obstaculizados por graves problemas conceptuales, de muestreo y de medición, aunque a partir de los años sesenta se registró un considerable incremento en los estudios tanto en adolescentes como en mujeres adultas. Éstas discrepancias de las tasas de conducta antisocial por género pudieran explicarse por las afirmaciones de C. Lombroso (citado en Giordano, P y Cernkovich, 2002) quien afirmaba que la constitución fisiológica y psicológica básica de la mujer impedía en gran medida su participación en conductas delictivas y agresivas.

Giordano y Cernkovich (2002) señalan que el hecho de que las mujeres cometan *menos* (las cursivas son de los autores) actos de conducta antisocial es irrefutable, sin embargo para los autores tiene mayor relevancia conocer si las pautas de

trasgresión femeninas difieren de las masculinas y de ahí la discrepancia en las estadísticas entre hombres y mujeres. Ellos sostienen que las mujeres cometen fundamentalmente distintos tipos de delitos, en especial que participan de manera desproporcionada en trasgresiones menores (conductas como faltar a la escuela, que sólo son sancionadas en menores de edad). Estas afirmaciones se basan en el hecho de que antes de los cambios en las legislaciones de sus comunidades donde se despenalizó a los delincuentes que cometían delitos menores, las estadísticas oficiales arrojaban datos en los que las mujeres tenían muchos más arrestos que los hombres.

La mayor parte de la investigación desarrollada a cerca de la relación entre desajuste infantil y conducta antisocial en la edad adulta se ha concentrado en la conducta agresiva de los niños (Serbin, Moskowitz, Schwartzman y Lerdingham, 1991; citados en Silva 2003b). Numerosos estudios reportan una gran estabilidad para la agresión masculina y proporcionan amplia evidencia sobre la agresión temprana en niños como un predictor de actividades antisociales y conducta delictiva en la adolescencia y la adultez (Eron, Lefkowitz, Walder y Huesman, 1974; Loeber, 1982; Magnusson, 1985; citados en Silva 2003b), pero existen relativamente pocos estudios de resultados de niñas agresivas. Estos últimos indican una estabilidad moderada para agresión y pocos resultados negativos en comparación con los niños (Huessman, Eron, Lefkowitz, y Walter, 1984; Olweus, 1979,1984; citados en Silva 2003b).

Algunos autores como Giordano y Cernkovich (2002) sostienen que los estudios en los que se registran incrementos en la delincuencia femenina no tienen un amplio

sustento debido a que tales resultados pueden hallarse sesgados por las tendencias de las estadísticas oficiales, cambios en los procesos oficiales o una combinación de ambos fenómenos.

En cuanto a la investigación sobre la aparición de conductas antisociales en edades tempranas Kazdin (1988) menciona que los estudios epidemiológicos generalmente han encontrado que las conductas antisociales son más frecuentes en niños que en niñas en el curso del desarrollo. Así, el estudio de McFarlane, et. al. en 1954 (citado en Kazdin, 1988) encontró tasas mayores de robar, holgazanear, destruir y mentir en los varones a lo largo del desarrollo. De modo similar, en el estudio de la isla de Wight, los padres y maestros informaron que los chicos estuvieron implicados en robar, holgazanear, pelearse, mentir, destruir y amenazar dos o tres veces más que las chicas (Rutter y cols., 1970; citados en Kazdin, 1988).

Las diferencias de sexo que favorecen una mayor conducta antisocial en los niños no carecen de excepciones significativas. Por ejemplo, a las edades de 2 a 7 años, la frecuencia de arrebatos tal como es evaluada por los padres, se encontró que era mayor en los niños que en las niñas (Goodenough, 1931; citado en Kazdin, 1988), sin embargo, desde la edad de 12 a 13 años, este patrón se invierte a favor de las chicas. De un modo similar, aunque las conclusiones se basan en número de casos pequeños, se ha demostrado que el espíritu pendenciero es mayor en los chicos normales que en las chicas (de 7 a 9 años), pero las diferencias decrecen y el patrón incluso se invierte en momentos específicos durante algunos años después (10 a 13 años). Dentro de un período más estrecho (5 a 8 años), las tasas de prevalencia de las diferencias de sexo en la conducta antisocial pueden variar en función de la

edad. Por ejemplo, entre los niños normales se ha encontrado que las peleas, la desobediencia y la destructividad eran significativamente más prevalentes en los varones de cada edad, según el estudio transversal realizado por Werry y Quay en 1971 (en Kazdin, 1988). Otras conductas antisociales como robar u holgazanear, solo eran más prevalentes en los niños a los 5 años; la diferencia entre niños y niñas en los años restantes no era significativa (Kazdin, 1988).

En conjunto, los resultados anteriores sugieren que las tasas tienden a ser más altas en los varones en cuanto a muchas conductas antisociales que aparecen en el curso del desarrollo normal. De todos modos, este patrón no es en absoluto invariable para todas las conductas o para cada conducta particular en todas las edades (Kazdin, 1988).

Un estudio longitudinal realizado por Martínez y Gras (2002) en una población infantil de 3 a 5 años en el cual se intentó descubrir las primeras manifestaciones de conducta antisocial en la escuela, se demostró que a lo largo de este período se produjo un cambio con propiedades inversas en los niños y en las niñas. Mientras que en los chicos la conducta antisocial se va incrementando, en las chicas se produce una clara regresión. Es posible hipotetizar que el proceso de socialización presenta desde el principio para los niños una diferente trayectoria que para las niñas. Las causas del por qué se producen estas desigualdades podrían venir determinadas por las diferencias en la intervención de los adultos en los contextos educativos, tanto familiar como escolar y social. También se observó que en las edades de 3 a 5 años, el tipo cuantitativamente más importante de comportamiento antisocial es la conducta agresiva, tanto para los niños como para las niñas; los

autores sugieren que posteriores desarrollos pueden hacer posible la aparición de formas más sofisticadas de conducta antisocial, que se pueden predecir desde los resultados de los autores, por ejemplo, en el grupo de las niñas, la conducta de obligar o forzar a otros compañeros a realizar cosas que no desean.

Otros estudios en México, referentes a la delincuencia de menores, destaca la participación femenina en las actividades delictivas. A este respecto Sánchez Galindo (1990; en Sayeg, 2006) señala que, en particular en el Distrito Federal las menores delinquen en una proporción de 1 a 20 en relación con los varones. Su tendencia se dirige a robo, delitos contra la salud, daño en propiedad ajena, aborto, infanticidio y homicidio. Sin embargo, de acuerdo con las estadísticas del INEGI (citado en Sayeg, 2006) esta proporción a escala nacional es de 1 a 10 para los años 1999 a 2002, es decir durante estos años se puso a disposición de los consejos de menores a una mujer por cada 10 varones. Para el año 2002, se cuenta con información por entidad federativa, donde se aprecia que la entidad donde existe la mayor incidencia de menores infractores del sexo femenino es Colima, cuyo índice de feminidad de menores infractoras es 21, lo cual significa que se pone a disposición de los consejos de menores a 21 mujeres por cada 100 hombres. Asimismo, el segundo sitio de mayor participación femenina lo ocupó Oaxaca con el 19%, y el tercero el Estado de México con 17%.

5.3 Factores sociales y culturales

De acuerdo con Delval (1990) si el joven encuentra poco espacio para desarrollarse y actuar en su entorno, tiene pocas posibilidades de sentirse útil y capaz de hacer cosas, le puede llevar al desprecio de los valores sociales y, vinculados con otros en

su misma situación, a producir conductas antisociales y delictivas. Las bandas de adolescentes ponen de manifiesto esa deficiente integración y pueden considerarse, como una conducta de rechazo desesperada, que también puede llevar a la drogadicción.

Dentro de los factores familiares se mencionan tres importantes dimensiones relacionadas consistentemente con los problemas de conducta infantiles: adaptación psiquiátrica de los padres, inestabilidad marital/divorcio y practicas de socialización de los padres (Frick, 1994; citado en Kamphaus y Frick, 2000).

Un metaanálisis de las investigaciones a cerca de la relación entre funcionamiento familiar y trastornos de conducta en jóvenes, encontró que las prácticas de socialización de los padres tales como la participación de los padres en las actividades de sus hijos, la supervisión parental del niño y el ejercer la disciplina de manera inconsistente o estricta, fueron especialmente importantes (Kamphaus y Frick, 2000).

La responsabilidad principal de la familia es la socialización de sus miembros, además de promover la unión e individuación, es dentro de este grupo social en donde se cultivan los lazos afectivos y la identidad, se aprenden estrategias para la participación social, incluido el rol sexual y se impulsa el desarrollo creativo de cada persona (Akerman, citado en Velasco y Sinibaldi, 2001).

De tal modo que las pautas de interacción que se dan al interior de la familia, influirán sobre las relaciones que se den fuera de ella. La meta de la socialización es

que los individuos encajen en su sociedad particular; desde la familia los padres serán los agentes que transmitirán las normas culturales y lo harán introduciendo a los hijos en los requerimientos de la vida familiar, de manera que asumirán las reglas de convivencia dentro de casa, las cuales posteriormente aplicará en otros grupos sociales (Shaffer, 2000).

En este proceso iniciado por los adultos y conceptualizado en los niños ha generado diversas hipótesis sobre el papel que los padres desempeñan en la socialización, Shaffer (2000) plantea los siguientes modelos:

Laissez-Faire: La socialización es considerada como un proceso que los niños inician por sí mismos, se interesa poco por la conducta de los adultos, pues considera que su papel es mínimo; en este modelo se prestó mayor atención en el niño y a la manera en que las habilidades preformadas llegaban a manifestarse en la conducta vigente.

Modelado con arcilla: Se centra en la conducta de los adultos que cuidan del niño; la manera en que se dan los premios y los castigos, el cómo se entrena al niño en los hábitos, etc., pues considera que la socialización depende de estos factores.

Conflicto: Manifiesta que la socialización se da como un conflicto entre la naturaleza antisocial del niño y el papel de los padres de someter los deseos impulsivos a través de las prohibiciones.

Mutualidad: los niños toman parte activa en su propia crianza, la interacción entre los padres y los hijos genera una adaptación mutua.

Shaffer (2000) menciona que la socialización se refiere a los procesos por medio de los cuales se transmiten las normas de una sociedad específica de una generación a la siguiente, propósito que se inicia desde la infancia, es importante considerar que no se forma con principios morales generales del tipo “no debes” por que son demasiado abstractos para que los niños pequeños lo entiendan. Más bien se inicia con muestras de conductas muy específicas y concretas como utilizar una cuchara en lugar de los dedos para comer, ser amable cuando se juega con otros niños, no tomar las cosas que no son de uno, etc.

Es importante mencionar que la relación entre el padre o la madre y el niño forman el contexto en el que ocurre la socialización. El amor y el afecto son factores que influyen notablemente en esta socialización mientras que el rechazo y la hostilidad se relacionan con el desarrollo de las conductas antisociales. El afecto demostrado por los padres proporcionan sentimientos de seguridad y confianza; la manera en que se lleva a cabo la socialización depende tanto de las características del niño como de las metas y los valores del adulto. Cada sociedad elabora reglas de manifestación que son las convenciones que rigen la expresión patente de emoción (Viguer y Serra, 1998).

En lo que se refiere al conflicto, pueden ser marcadas las consecuencias en el desarrollo emocional de los niños cuando están expuestos a una continua confrontación y agresión con los demás (Shaffer, 2000). En estas circunstancias, los afectos son sobre todo de tipo “externalizante”, es decir, los niños se vuelven

también agresivos, siendo la ira la emoción predominante en sus relaciones interpersonales, sobretodo, si no se fomenta en los niños el que controlen sus tendencias impulsivas. Cuando la tensión es sostenida, lejos de habituarse al conflicto, se vuelven más sensibles a él y es más probable que se comporten también de manera emocionalmente inapropiada.

De este modo, se sabe que la familia es el primer agente socializador y se va pasando, a lo largo del desarrollo, por una situación de dependencia e influencia casi absoluta, hacia estadios de menor dependencia y de un incremento de influencia de otros agentes sociales (amigos, escuela, medios de comunicación, etc.) Pero a pesar de ello, en la etapa adolescente, la influencia de los padres y madres es todavía grande, perdurando de manera importante en valores, actitudes y creencias de sus hijos sobretodo en las decisiones relacionadas con el futuro (Gómez y Villar, 2001).

También se ha podido observar que el papel de la familia en la etiología de los trastornos de la conducta se ha abordado desde la perspectiva estructural de la familia como el número de hermanos, nivel socioeconómico, presencia o ausencia de los padres, etc., los datos encontrados muestran la existencia de cierta relación entre conductas como el consumo de drogas y la delincuencia a un mayor número de hermanos o la falta de algunos de los padres en el hogar (Gómez y Villar, 2001).

Otro tipo de relación clínicamente importante (Frick y cols 1989; citados en Khampaus 2000), lo constituyen los factores dentro de la amplia ecología social del

niño que pueden jugar un papel causal en el desarrollo de problemas de conducta, entre los cuales destaca el nivel socioeconómico bajo.

Rutter y Giller en 1983, (citados en Khampaus, 2000) señalaron algunos factores ecológicos, muchos de los cuales se relacionaron con el nivel socioeconómico bajo, tales como viviendas pobres, escuelas pobres y vecindarios en situaciones de desventaja que se han vinculado al desarrollo de problemas de conducta.

Algunas investigaciones realizadas en 1984 por Roff y Wirt, 1984 (Khampaus, 2000) han probado una relación entre el rechazo de los compañeros en la educación primaria y el desarrollo posterior de problemas de conducta. Además el rechazo de los compañeros en la escuela primaria es predictivo de la asociación con grupos nocivos de compañeros en la preadolescencia (Dishion, Paterson y Skinner, 1989; citados en Khampaus, 2000).

Otros estudios sobre prácticas disciplinarias, señalan que los padres de jóvenes delincuentes y antisociales tienden a ser duros en sus actitudes y prácticas disciplinarias (Farrington, 1978; Glueck y Glueck, 1968; McCord y cols., 1961; Nye, 1958, citados en Kazdin, 1988). Los estudios también han demostrado que el grado de agresión infantil en poblaciones no clínicas está positivamente relacionado con la severidad de los castigos en el hogar. Los jóvenes antisociales son mucho más propensos que los niños normales y los “clínicos” que no muestran conducta antisocial a ser víctimas del maltrato infantil y a residir en hogares donde se produce maltrato conyugal (Behar y Stewar, 1982; Lewis y cols., 1979, 1983, citados en Kazdin, 1988).

La investigación ha demostrado que los conflictos constantes en la familia (relaciones conyugales problemáticas, el conflicto interpersonal y la agresión) caracterizan las relaciones de los padres de los delincuentes y los niños antisociales. Estén o no los padres separados, lo que está asociado con el riesgo de conducta antisocial y disfunción infantil es el grado de discordia (Hetherington, Cox y Cox, 1979; Nye, 1958; Rutter, 1971; Tait y Jodges 1962, citados en Rutter, 1988). Por lo tanto, la discordia más que la separación y el divorcio, parecen ser el factor de riesgo. A pesar de todo, la discordia o la separación pueden actuar solo como factores de riesgo cuando ocurre dentro de los primeros cuatro o cinco años en la vida del niño (Wadsworth, 1979, citado en Kazdin, 1988), y aun así no actuar como predictores sólidos de conducta antisocial.

CAPÍTULO 6: RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN INFANTIL Y CONDUCTA ANTISOCIAL Y DELICTIVA

Tal parece que el trastorno depresivo en niños y adolescentes se encuentra asociado a otros trastornos de la conducta y del estado de ánimo. En un estudio realizado por el Instituto Mexicano de Psiquiatría (De La Peña, Ulloa y Páez, 1999) se encontró que el 90% de los adolescentes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) presentó por lo menos un diagnóstico comorbido, y el 70% presentó dos o más diagnósticos comorbidos, siendo el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) el más frecuente, con un 54% de prevalencia, con un claro predominio entre los hombres. En segundo lugar se ubicó el trastorno distímico (TD) con un 40%, seguido del trastorno de conducta (TC) con el 38%.

Actualmente varios autores coinciden con el hecho de que el trastorno depresivo en la infancia y adolescencia se correlaciona de manera significativa con los trastornos de conducta (Contreras, Gutiérrez y Lara, 1994; De la Peña, Higuera, Domínguez, y Palacios, 2001; McCauley et. al, 2001, Ajuriaguerra, 2001; Benjet, y cols., 2004) ya sea que consideren la conducta antisocial y/o delictiva como manifestaciones de la depresión infantil, o bien, como trastornos independientes que se correlacionan concomitantemente. De acuerdo con Benjet y cols. (2004) la depresión está ligada a trastornos comorbidos como la agorafobia, fobia social, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y a la dependencia de drogas. Del mismo modo lo señalan Contreras, Gutiérrez y Lara (1994) mencionando que la depresión en etapas tempranas de la vida aparece de modo frecuente ligada a conducta suicida y antisocial.

También existen pruebas de que los niños y adolescentes con trastornos de conducta tienen más probabilidades que los jóvenes sin estos problemas de sufrir ansiedad y depresión (Zoccolillo, 1992 citado en Hinshaw y Zupan, 2002). Asimismo, los autores señalan que: a) los trastornos de conducta y la depresión ocurren de manera simultánea a niveles más que aleatorios en muestras clínicas; b) los trastornos de conducta que se manifiestan en la niñez pueden poner en riesgo a los sujetos (especialmente a jóvenes del sexo femenino) de sufrir depresión en la adolescencia y en la edad adulta; c) los episodios depresivos en algunos adolescentes provocan comportamientos antisociales, y d) los trastornos comorbidos de conducta y la depresión pueden relacionarse con un riesgo mayor de comportamientos suicidas.

De acuerdo a la investigación realizada por De la Peña, et al. (2001) el Trastorno depresivo mayor (TDM) durante la adolescencia se relaciona a un mal funcionamiento adaptativo en la vida adulta temprana. Señala que en un estudio con 976 familias realizado en Nueva York, con seguimiento en tres etapas distintas, la última en 1992, se encontró que los adolescentes con TDM tenían 10 veces más riesgo de presentar Trastorno de personalidad antisocial. De la Peña, et al. concluyen señalando que la aparición del TDM aumenta significativamente el riesgo de presentar Trastorno de personalidad antisocial, histriónico, dependiente y pasivo-agresivo, independientemente de la comorbilidad.

Por tanto la delincuencia juvenil y las conductas antisociales en menores son problemas complejos que atraen la atención de la sociedad por sus manifestaciones cada vez más frecuentes y violentas. En México fueron arrestados 58,720 menores

en el año de 1997 y 56,448 en 1998 (INEGI, 1998; citado en Frías Armenta, et. al., 2003). Este número solo representa el número de menores internados en los centros de atención por algún delito grave, pero el número de menores denunciados por alguna infracción es mucho mayor debido a que únicamente entre el 10 y el 15% son internados, lo cual indicaría un gran porcentaje de la población juvenil (entre el 15 y 30%) en México se involucra en actividades criminales (Frías Armenta, et. al., 2003). Esto constituye una preocupación que requiere la comprensión de los determinantes de la antisocialidad de la población juvenil.

Bowlby (1972) señaló que la privación parcial de los cuidados maternos produce ansiedad, una excesiva urgencia de cariño, poderosos sentimientos de venganza y, como resultados de éstos últimos, sentimientos de culpa y depresión. La privación completa de los cuidados maternos, en cambio, tiene efectos de mayor alcance sobre el desarrollo del carácter y puede invalidar completamente la capacidad de relacionarse con otras personas dando lugar a la inadaptación o trastorno mental.

De acuerdo con Kovacs (1996; citado en Shaffer y Waslick; 2003) en la práctica clínica solo una minoría de los casos de trastornos depresivos en los jóvenes no presentan complicaciones por otros trastornos del eje I o del eje II (siguiendo los ejes del DSM-IV). También en las muestras de población abierta se observa esta elevada tasa de comorbilidad de los trastornos depresivos con otros trastornos (Bird y cols., 1993; Lewinshon y cols., 1995; citados en Shaffer y Waslick, 2003). Los estudios realizados con ambas muestras (clínicas y de población abierta) de jóvenes deprimidos, muestran que los niños con trastornos del estado de ánimo habitualmente representan una variedad de otros diagnósticos concomitantes, entre

los que se incluyen trastorno de ansiedad, trastorno del comportamiento alterado y abuso o dependencia de sustancias, trastorno del comportamiento alimentario y dificultades del aprendizaje (Shaffer y Waslick, 2003).

Sin embargo, como lo señalan Harrington y cols. en 1991, la comorbilidad de la depresión con los trastornos del comportamiento ha predicho los peores resultados a largo plazo cuando se han comparado estos grupos con sujetos con una depresión no complicada (Shaffer y Waslick, 2003).

Los autores que coinciden en la existencia de una depresión enmascarada como Glaser en 1968 y Malmquist en 1977 (citados en Solloa, 2001) mencionan que la hiperactividad, desobediencia, somatización, enuresis, delincuencia, irritabilidad, berrinche, fobias, jugar con fuego y las dificultades escolares son manifestaciones de la depresión en niños y adolescentes.

De acuerdo con Contreras, Gutiérrez y Lara (1994) cada día aparecen más estudios que señalan la existencia de una relación entre los estados depresivos en etapas tempranas de la vida con la conducta antisocial y de manera importante con el suicidio demostrando la presencia de éstas manifestaciones en la depresión enmascarada. Señalan que Blunberg y Azuyo y cols. en 1981, sustentaron que ante la dificultad infantil para expresar sus preocupaciones pueden aparecer enuresis, fobias, pesadillas y ansiedad, así como cambios en los patrones de alimentación y del sueño. Por otro lado, los autores señalan que Christ y cols. en 1981 realizaron un estudio en población admitida en un hospital psiquiátrico de niños y adolescentes durante un periodo de 20 años, encontraron que un 8% fue

diagnosticado como depresión y los síntomas considerados como “enmascarados” (las comillas son de los autores) incluyeron agresividad notable, comportamiento incontrolable o indeseable a la comunidad, la casa o la escuela.

La comorbilidad de la depresión con trastornos del comportamiento perturbador es de interés, así lo informó Christ en 1990 (citado en Kamphaus, 2000) encontrando que de 11 a 46% de los niños depresivos también tenían un diagnóstico comorbido de trastorno de conducta.

Del mismo modo, señala Kamphaus (2000) que los niños con problemas de conducta con frecuencia también tiene un trastorno emocional comorbido. En una muestra de n=177 en donde se estableció un diagnóstico con el DSM-III-R, 62% de la muestra de niños con Trastorno Disocial tuvo un diagnóstico comorbido de Trastorno de Ansiedad (Walker y cols., 1991; citados en Kamphaus, 2000). Los niños con Trastorno disocial y un trastorno de ansiedad comorbido tienden a estar menos deteriorados, responder mejor al tratamiento y tiene mejor pronóstico a largo plazo (Quay y Love, 1977; Walker y cols., 1991; citados en Kamphaus, 2000). Estos estudios también indican que los niños con Trastorno Disocial también muestran un alto porcentaje de depresión (Harrington y cols., 1991; Kovacs y cols., 1988; Puigh-Antich, 1982; citados en Kamphaus, 2000), aunque no existe evidencia convincente de que la presencia de depresión afecte la gravedad o el pronóstico del Trastorno disocial.

Por otro lado, Marcelli, (1992) menciona que ciertas conductas delictivas pueden aparecer en realidad como otras tantas manifestaciones de lucha para no

experimentar sentimientos depresivos. Destaca la expresión de equivalentes depresivos como los trastornos de alimentación, conductas toxicofílicas e hiperactividad.

Rutter y Giller (2000) señalan que tanto los estudios epidemiológicos como los clínicos han demostrado la muy elevada frecuencia con que los individuos tienden a ser objeto no de uno sino de varios diagnósticos psiquiátricos. Este fenómeno de comorbilidad de dos o más trastornos supuestamente independientes es potencialmente importante por la luz que podría arrojar sobre los mecanismos causales de la conducta antisocial.

Los mismos autores destacan que lo importante en cuanto a la multiplicidad de la conducta antisocial es si las causas, curso, correlatos y el resultado de ésta difiere cuando va acompañada de una perturbación emocional. Señalan que se ha prestado atención primordial a la comorbilidad con la depresión centrándose en las diferencias entre patrones de comorbidez, conducta antisocial “pura” y depresión “pura” (las comillas son de los autores) (Rutter y Giller, 2000).

Las investigaciones de diversos autores (Garber, et. al., 1991; Quiggler, et. al., 1992; Gjone y Stevenson, 1997; O’Connor et. al; Kovacs y Getsonis, 1989, Harrington et. al., 1991; Harrington, Rutter y Fombonne, 1996; Rutter et. al., 1993; citados en Rutter y Giller, 2000) subrayan que en la medida en que la conducta antisocial va acompañada de perturbaciones depresivas, el riesgo de suicidio y de conductas suicidas se eleva de manera considerable, por tanto, la comorbilidad entre los

trastornos de la conducta y los trastornos depresivos, muestran un pronóstico poco alentador.

Finalmente, en España se realizó un estudio en el que se correlacionaba el CDS con la conducta antisocial y delictiva a través del Cuestionario A-D en su edición experimental (1982), en una muestra de 129 niños de 5to. y 6to. grado de un centro escolar de Madrid, en donde se demostró que la conducta Antisocial se relacionó significativamente con los aspectos depresivos negativos del CDS, sobre todo con Respuesta afectiva y Preocupación por la muerte y consecuentemente el total depresivo. Sin embargo, la conducta delictiva no mostró una elevación sustancial del fenómeno depresivo. Los aspectos depresivos negativos, sobre todo el total depresivo, se elevó sustancialmente al aumentar la conducta antisocial y en mayor medida cuando lo delictivo es bajo o nulo, como si el fenómeno delictivo hiciera a los sujetos más “duros” (las comillas son de los autores) e independientes del fenómeno depresivo y las faltas antisociales que cometen los sujetos que puntuaron más alto tanto en Antisocial como en delictivo no les afectará ya (Lang y Tisher, 1990).

De ahí la importancia del presente estudio, ya que arrojará datos en población mexicana sobre éste tipo de trastornos que al presentarse de manera conjunta predisponen a los jóvenes a un peor pronóstico.

CAPÍTULO 7. MÉTODO

7.1 Planteamiento del problema

Tomando en cuenta que la depresión en la infancia y la adolescencia se presenta cada vez con mayor frecuencia, es menester que la detección de éste trastorno se lleve a cabo con prontitud, por tanto conocer las diferentes manifestaciones que se presentan durante estas etapas del desarrollo es elemental. La comorbilidad con las conductas antisociales y/o delictivas representa sólo uno de los caminos para la detección oportuna del padecimiento por lo que la observación tanto en la escuela como en casa resulta crucial; por otro lado, si consideramos que la escuela es el espacio donde el niño se integra, se conoce así mismo y se independiza, se constituye ésta como el escenario idóneo para la detección de sintomatología depresiva en niños y adolescentes (Children's Depression Scale) para asociarla a variables conductuales: antisociales y/o delictivas (Cuestionario A-D), así como a variables sociodemográficas (edad, sexo y estructura familiar), como parte de algunas de las medidas de prevención primarias para la detección y diagnóstico oportuno del trastorno depresivo.

7.2 Objetivos:

7.2.1 Detección de sintomatología depresiva en niños entre 8 y 15 años de las escuelas primaria "Emiliano Zapata" y Secundaria "Generalísimo José Ma. Morelos y Pavón" de la zona de Ecatepec, a través del Children's Scale Depression de M. Lang y M. Tisher (1986).

7.2.2 Detección de la presencia de conductas antisociales y delictivas en niños entre 8 y 15 años de las escuelas primaria “Emiliano Zapata” y Secundaria “Generalísimo José Ma. Morelos y Pavón” de la zona de Ecatepec, a través del Cuestionario A-D de Nicolás Seisdedos (2001).

7.2.3 Detección de sintomatología depresiva en niños entre 8 y 15 años de las escuelas primaria “Emiliano Zapata” y Secundaria “Generalísimo José Ma. Morelos y Pavón” de la zona de Ecatepec, asociada a variables de conducta antisocial y delictiva.

7.2.4 Detección de sintomatología depresiva en niños entre 8 y 15 años de las escuelas primaria “Emiliano Zapata” y Secundaria “Generalísimo José Ma. Morelos y Pavón” de la zona de Ecatepec, asociada a variables sociodemográficas (edad, sexo, estructura familiar).

7.2.5 Detección de Conductas Antisociales y Delictivas en niños entre 8 y 15 años de las escuelas primaria “Emiliano Zapata” y Secundaria “Generalísimo José Ma. Morelos y Pavón” de la zona de Ecatepec, asociada a variables personales (edad, sexo, estructura familiar).

7.3 Definición de variables.

7.3.1 Descripción conceptual de las variables.

Se consideran las siguientes:

A) Conductuales

Antisocial: De acuerdo a Seisdedos (1992), la conducta antisocial alude a comportamientos característicos que no alcanzan a cruzar la frontera de la ley, algo sociópatas sin que se presente el trastorno. Incorpora conductas como “llamar a la puerta de alguna casa y salir corriendo”, “ensuciar las calles o aceras rompiendo botellas o volcando cubos de basura” y “coger fruta que no es tuya de un jardín o huerto”.

Delictiva: incorpora comportamientos que fácilmente caen fuera de la ley que tienen como consecuencia sanciones legales y sociales severas, es decir, se comete un delito, por ejemplo: “robar cosas de los coches”, “llevar algún arma como un cuchillo o navaja, por si es necesaria en una pelea” y “conseguir dinero amenazando a personas más débiles”.

B) Personales

Edad: Tiempo que la persona ha vivido desde que nació (Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, 1996). Es el período entre la fecha de nacimiento y la fecha del último cumpleaños del sujeto (INEGI, 1990).

Sexo: Se refiere a la condición biológica y orgánica que distingue a los hombres y mujeres (INEGI; 1990).

Estructura familiar: La forma en que se encuentra constituida la familia, sus miembros e individuos que comparten el mismo techo.

Sintomatología depresiva: La presencia de signos y síntomas de depresión que alcanzan un nivel significativo y que generan conflictos en la vida cotidiana de quien los padece de acuerdo a los criterios establecidos en el CDS.

7.3.2 Descripción operacional de las variables.

A) Conductuales

Antisocial: se considera que poseen conducta antisocial moderada aquellos estudiantes que se ubican entre el percentil 40 y 64. Los estudiantes que se ubican por encima de éste rango, es decir más de 65 se consideran con niveles antisociales graves o altos en el instrumento que se seleccionó: Cuestionario A-D.

Delictiva: se considera que poseen conducta delictiva a aquéllos estudiantes que se ubican por arriba del percentil 65 del mismo instrumento.

B) Personales

Edad: Dado que el cuadro depresivo se modifica de acuerdo a la evolución del individuo, se pretende encontrar datos que indiquen si existe una asociación entre la edad del individuo y la sintomatología depresiva.

Sexo: se tomará en cuenta el sexo biológico del individuo, ya que en estudios recientes reportan diferencias en la sintomatología depresiva entre mujeres y hombres.

Estructura familiar: Factores como el número de integrantes, la ausencia de alguno de los padres y pérdidas significativas cercanas, se asociarán con la variable dependiente en la búsqueda de más datos que expresen un contexto más amplio del cuadro depresivo en niños y adolescentes. Para el presente estudio las familias se clasificaron en 5 tipos:

- Familia nuclear: En este rubro se consideraron aquellas familias que están constituidas por ambos padres con uno o más hijos.
- Familia Uniparental: Aquellas familias que están constituidas por padre o madre con uno o más hijos.
- Familia Extensa: Aquí se agruparon las familias que además de los padres e hijos viven con otras personas con las que se tiene afinidad sanguínea.
- Otros Familiares: en esta categoría se encuentran los sujetos que no viven con ninguno de sus padres, pero que tienen tutor con el que existe un lazo sanguíneo (abuelos, tíos y/o hermanos).
- No especificados: en esta categoría entraron todos aquellos sujetos que no señalaron claramente los lazos familiares de las personas con las que vivían.

Sintomatología depresiva: Entre los síntomas que integran el cuadro depresivo en los niños y adolescentes, se toman en consideración los siguientes: tristeza, fatiga, irritabilidad, aislamiento social, llanto, somnolencia, lentitud en el pensamiento y en

el actuar, pérdida de memoria, anhedonia, baja autoestima, sentimientos de rechazo o de no ser amado, problemas sociales, pasividad, o resistencia pasiva contra el estudio, distracciones, actitud taciturna y en muchas ocasiones quejas hipocondríacas como cefaleas, dolor abdominal y de garganta.

Como instrumento de medición de la variable se empleó la Escala de Depresión para niños en su versión en español CDS que tiene las siguientes características:

Escala de depresión (D)

RA – respuestas afectivas (8 ítems): se refieren al estado de humor y a los sentimientos del sujeto. A mayor puntaje mayor carencia de afecto.

PS – Problemas sociales: se refieren a las dificultades encontradas en la interacción social y a las experiencias de aislamiento y soledad sufridas por el niño. A mayor puntaje mayor desamparo.

AE – Autoestima (8 ítems): se refiere a los sentimientos, conceptos y actitudes del niño en relación con su propia estima y valor. En puntajes altos se denota menos autoestima.

PM – Preocupación por la muerte/salud (7 ítems): se refiere a los sueños y fantasías del niño en relación con su enfermedad y muerte. A mayor puntaje más ansiedad.

SC – Sentimientos de culpabilidad (8 ítems): se refieren a la autopunición del niño. En puntajes altos se observa más sentimientos culposos.

DV – Otros síntomas depresivos (9 ítems): se refieren a otros ítems de tipo depresivo que no pudieron agruparse en los anteriores o formar una escala independiente. Puntajes altos denotan mayor depresión.

TD – Total Depresivo: Es la suma de las subescalas depresivas y los puntajes altos indican mayor depresión.

Escala positiva (P)

AA – Animo-alegría (8 ítems): se refieren a la ausencia de alegría, diversión y felicidad en la vida del niño o su incapacidad para experimentarlos. A mayor puntaje más alegría.

PV – Positivos varios (10 ítems): se refieren a otros ítems de tipo positivo que no pudieron agruparse para formar una escala independiente. Puntajes altos hablan de una actitud más optimista.

TP – Total Positivo: Es la suma de las subescalas positivas y los puntajes altos indican una actitud más positiva.

7.4 Escenario.

El municipio de Ecatepec se ubica en la región nororiental del Estado de México y cuenta con una extensión territorial de 186.9 kilómetros cuadrados; colinda al norte con los municipios de Tultitlán, Jaltenco, Tecámac y Tonanitla; al sur con el D.F (Delegación Gustavo A. Madero) y los municipios de Texcoco y Netzahualcóyotl; al oriente con los municipios de Acolman y Atenco y; al poniente con la Delegación Gustavo A. Madero y con los municipios de Coacalco y Tlalnepantla.

El territorio del municipio de Ecatepec está distribuido de la siguiente forma: 1 ciudad, 7 pueblos, 1 ranchería, 12 barrios, 163 fraccionamientos y 359 colonias. Según el INEGI (2000), el Municipio cuenta con una población de un millón 622 mil habitantes, aunque extraoficialmente se habla de tres millones y medio de personas. Tiene una densidad de población de 10 mil 436 habitantes por kilómetro cuadrado.

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo en las Escuelas públicas “Emiliano Zapata” y “Generalísimo Ma. Morelos y Pavón”, primaria y secundaria respectivamente, ubicadas ambas en San Cristóbal Ecatepec, Estado de México y pertenecientes a la Secretaría de Educación, Cultura y Bienestar Social (SECyBS), del turno matutino.

Los dos instrumentos se aplicaron en una sola sesión y en las instalaciones de las escuelas. Se nos proporcionó, en el caso de la primaria, la biblioteca escolar y un aula de clases para la aplicación. Ambos contaban con ventilación e iluminación adecuadas, el espacio era suficiente. En el caso de la biblioteca los niños se ubicaron en cuartetos, mientras que en el aula se sentaron por pares y al azar, se utilizaron como material de apoyo carteles y pizarrón para dar las instrucciones.

7.5 Selección de la muestra

Las escuelas para el presente estudio fueron elegidas debido al acceso que se obtuvo para realizar la investigación. Cabe señalar que las escuelas ocupan el segundo lugar en matrícula escolar de la zona.

La selección de la muestra se realizó por medio del método de selección sistemática de elementos y por racimos, con un intervalo de $K=3$ por lo que se procedió a seleccionar cada tercer sujeto de la lista. (Hernández, Fernández y Baptista, 2001)

La población escolar se encontraba distribuida de la siguiente manera:

Primaria.- 1351 niños en el turno matutino

Secundaria.- 923 adolescentes en el turno matutino (VER CUADRO 1).

La muestra quedó constituida de la siguiente manera:

Cuadro 1. Distribución de la muestra estudiada por Escuela de Procedencia.

GRADO	PRIMARIA				SECUNDARIA			TOTAL
	3°	4°	5°	6°	1°	2°	3°	
MASCULINO	42	33	36	34	55	54	42	296
FEMENINO	35	38	36	34	49	54	64	310
TOTAL	77	71	72	68	104	108	106	N=606

Fuente: Aplicación de instrumentos a niños y adolescentes de la Escuela Primaria Emiliano Zapata y la Escuela Secundaria Generalísimo José María Morelos y Pavón, Junio 2005.

7.6 Tipo de diseño.

Se realizó un estudio transversal para determinar la presencia de sintomatología depresiva en una muestra de alumnos de los niveles de primaria (3º a 6º grado) y

secundaria (1º a 3º grado). Se determinará si existe alguna relación entre sintomatología depresiva asociada a variables de conducta antisocial y delictiva, así como la edad, sexo y estructura familiar, en niños de 8 a 15 años de edad.

7.7 Instrumentos.

Se utilizó el cuestionario de depresión para niños (CDS) en su versión española para determinar la prevalencia de la sintomatología depresiva en los niños y adolescentes, el cual consta de 66 ítems 48 de ellos son depresivos y los restantes son de tipo positivo, de ellos se desprenden 8 subescalas que sondean diferentes aspectos asociados a la sintomatología depresiva y que por sus elementos cumplen con los mismos criterios para su estudio y se distribuyen de la siguiente manera: 8 ítems que sondean la Respuesta Afectiva (RA), 9 para Problemas Sociales (PS), 8 para Autoestima (AE), 7 que sondean la Preocupación por la Muerte o Salud, 8 para Sentimientos de Culpa (SC), y 9 más de elementos Depresivos Varios (DV). También cuenta con 8 ítems para evaluar Ánimo-Alegría, y finalmente 10 para evaluar Positivos Varios (PV).

Por otro lado, se aplicó cuestionario A-D de Nicolás Seisdedos, validado y estandarizado en México para detectar conductas antisociales y delictivas. El cuestionario cuenta con 40 reactivos, de los cuales 20 detectan conductas antisociales y 20 conductas delictivas. Los reactivos se encuentran distribuidos de tal forma que cada reactivo supera al siguiente.

7. 8 Procedimiento

El diseño operativo estuvo a cargo de nosotras y se hizo hincapié en la importancia de la confidencialidad así como del mantenimiento de una conducta neutral para evitar sesgos en las respuestas de las pruebas. Las instrucciones se dieron de manera verbal, utilizando como material de apoyo láminas en donde se representó el formato de respuesta y su llenado, se les indicó a los sujetos que sus respuestas serían tratadas confidencialmente.

Se realizó la aplicación en grupos distribuidos de la siguiente manera: se dividió en dos subgrupos de acuerdo al grado y al grupo escolar y se aplicaron las pruebas de forma simultánea, de este modo se garantizó que no se dieran a conocer los contenidos. Cada subgrupo estuvo constituido en promedio por 35 sujetos. Las aplicaciones tuvieron un promedio de 55 min. de duración y se terminaron de aplicar en un día para cada una de las escuelas (un día en la primaria y otro día en la secundaria).

CAPÍTULO 8. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.

8.1 Análisis estadístico

- Se realizó la captura en Excel de los resultados obtenidos de la aplicación de la prueba CDS y el cuestionario A-D a los alumnos de primaria y secundaria. Se capturaron también los datos ordinales de las variables personales (edad, sexo y estructura familiar), se transportaron todos los datos al programa estadístico JMP 4.0 para el análisis de datos. El análisis estadístico incluyó lo siguiente:

- Se obtuvo la distribución general de la muestra con base en las variables personales y el nivel de escolaridad.

- Se obtuvo la distribución de los puntajes de la prueba CDS.

- Se obtuvo la distribución de los puntajes de la prueba A-D.

-Se realizó el cruce de las diferentes subescalas del CDS con las variables personales (edad, sexo y estructura familiar). Se obtuvo la χ^2 para determinar la relación entre variables y posteriormente el valor del coeficiente de correlación con la P de Pearson.

- Se relacionaron las variables personales y las escalas del A-D

- Se relacionaron las escalas del CDS y las escalas A-D

8.2 Análisis de resultados.

Tabla 1. Distribución de la muestra conforme a las variables personales.

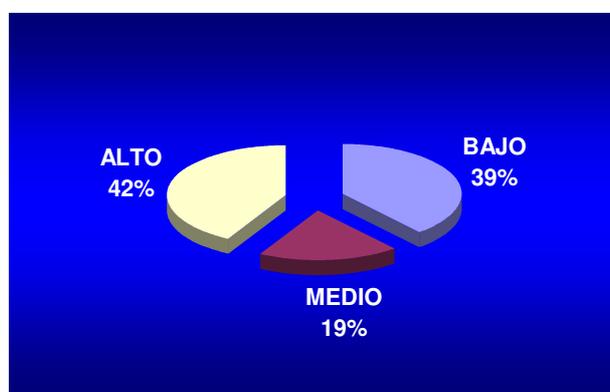
VARIABLES	N=606	PORCENTAJE %
EDAD		
8-10 AÑOS	180	29
11-12 AÑOS	174	29
13-15 AÑOS	252	42
GÉNERO		
MASCULINO	296	49
FEMENINO	310	51
COMPOSICIÓN FAMILIAR		
FAM. NUCLEAR	405	67
FAM. UNIPARENTAL	116	19
FAM. EXTENSA	48	8
OTROS FAMILIARES	10	2
NO ESPECIFICADO	27	4
NIVEL		
PRIMARIA	288	48
SECUNDARIA	318	52

Fuente: Aplicación de instrumentos a niños y adolescentes de la Escuela Primaria Emiliano Zapata y la Escuela Secundaria Generalísimo José María Morelos y Pavón, Junio 2005.

Como se dijo el primer análisis se refiere a la distribución de la muestra conforme a las variables personales, podemos observar que el 40% tienen entre 13 y 15 años de edad, el 51% son niñas y el 67% pertenecen a una familia nuclear. (Tabla 1).

Distribución de la muestra conforme a los puntajes de las escalas del CDS.

FIGURA 1. Porcentajes de sintomatología depresiva según el CDS



N= 606

Fuente: Aplicación de instrumentos a niños y adolescentes de la Escuela Primaria Emiliano Zapata y la Escuela Secundaria Generalísimo José María Morelos y Pavón, Junio 2005.

Tabla 2. Distribución de la muestra conforme a los puntajes de las subescalas del CDS.

ESCALA	MEDIA (N=606)	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
ÁNIMO-ALEGRÍA	40.59	30.72
RESPUESTA AFECTIVA	56.74	29.87
PROBLEMAS SOCIALES	57.57	28.97
AUTOESTIMA	44.60	30.83
PREOCUPACIÓN POR LA MUERTE	52.68	29.70
SENTIMIENTOS DE CULPA	40.31	30.44
DEPRESIVOS VARIOS	46.4	30.3
POSITIVOS VARIOS	53.4	31.10
TOTAL POSITIVO	47.6	31.6
TOTAL DEPRESIVO	52.2*	31.3

* lo que equivale de acuerdo a los rangos de severidad de los síntomas a una depresión moderada en la totalidad de la muestra

Fuente: Aplicación de instrumentos a niños y adolescentes de la Escuela Primaria Emiliano Zapata y la Escuela Secundaria Generalísimo José María Morelos y Pavón, Junio 2005.

Distribución de la muestra conforme a la Conducta Antisocial y Delictiva

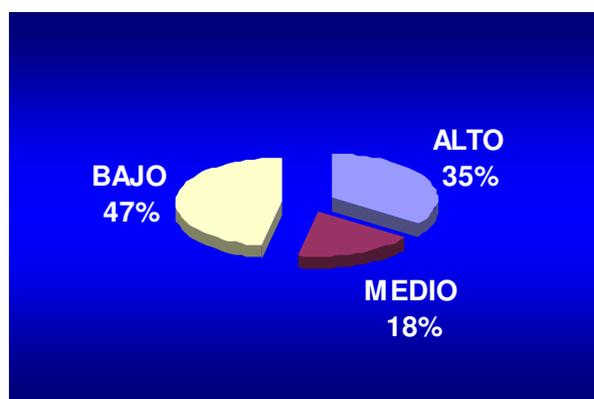
Tabla 3. Distribución de la muestra conforme a la conducta antisocial y delictiva del A-D.

Escalas A-D	Media (N=606)	Desviación Estándar
ANTISOCIAL	46.3*	30.2
DELICTIVA	52.1*	26.1

* lo que equivale de acuerdo a los rangos de severidad de la conducta antisocial y delictiva a moderada en la totalidad de la muestra

Fuente: Aplicación de instrumentos a niños y adolescentes de la Escuela Primaria Emiliano Zapata y la Escuela Secundaria Generalísimo José María Morelos y Pavón, Junio 2005.

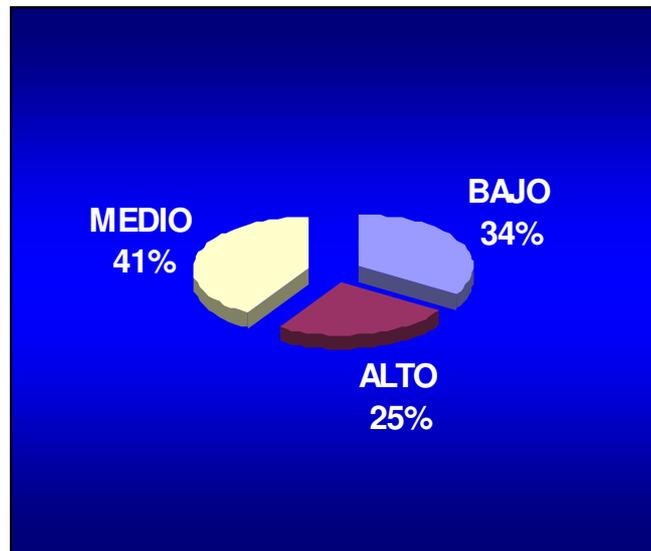
Figura 2. Porcentajes de los niveles de conducta antisocial según el Cuestionario A-D



N= 606

Fuente: Aplicación de instrumentos a niños y adolescentes de la Escuela Primaria Emiliano Zapata y la Escuela Secundaria Generalísimo José María Morelos y Pavón, Junio 2005.

FIGURA 3. Porcentajes de los niveles de conducta delictiva según el cuestionario A-D



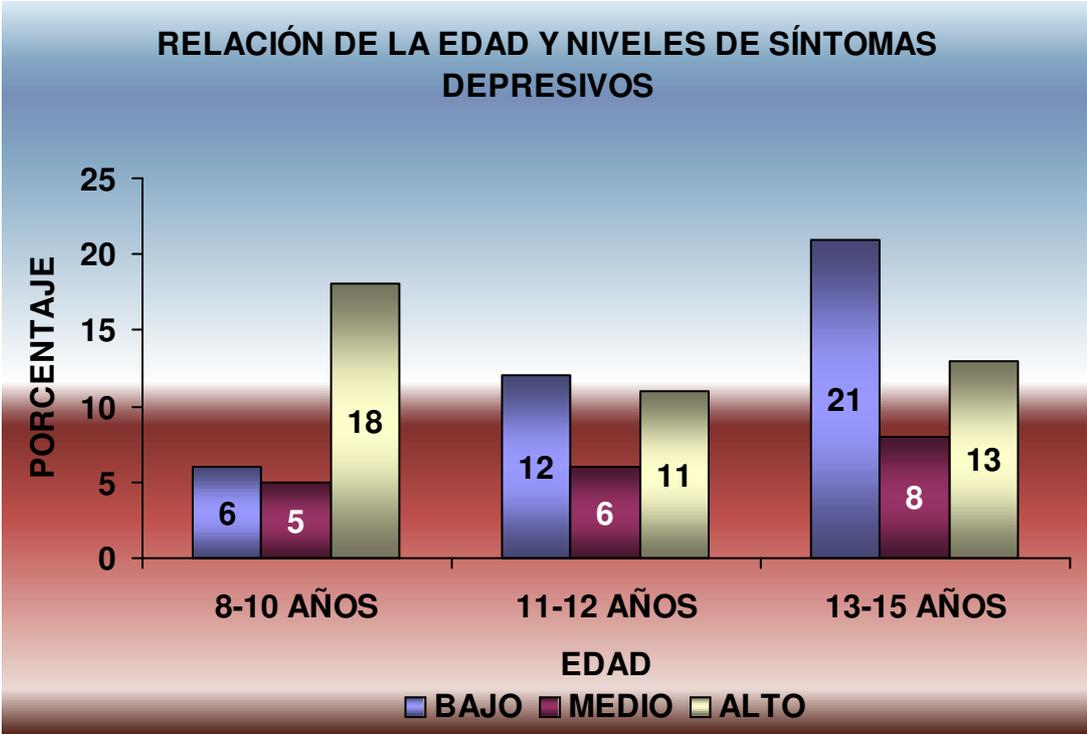
N= 606

Fuente: Aplicación de instrumentos a niños y adolescentes de la Escuela Primaria Emiliano Zapata y la Escuela Secundaria Generalísimo José María Morelos y Pavón, Junio 2005.

Los resultados muestran que tanto la escala antisocial como la delictiva caen en el rango moderado. Destaca, sin embargo, la conducta delictiva lo que probablemente se relacione con la subescala de Problemas sociales debido a las dificultades para la interacción y el sentimiento de soledad y aislamiento en el sujeto. (ver Tabla 3)

(Figuras 2 y 3)

Figura 4. Relación de la edad y las subescalas significativas del CDS



N= 606
Fuente: Aplicación de instrumentos a niños y adolescentes de la Escuela Primaria Emiliano Zapata y la Escuela Secundaria Generalísimo José María Morelos y Pavón, Junio 2005.

En la figura 4 se observa el comportamiento de la muestra de acuerdo a la edad, en donde se puede prestar atención a los rangos medios o moderados ya que en las tres categorías de edad fue el que se mantuvo constante, por el contrario, el rango bajo y alto muestran mayor variabilidad.

Tabla 4. Relación de la edad y las subescalas significativas del CDS

ESCALAS	EDAD						χ^2	P
	8-10		11-12		13-15			
	n	%	n	%	n	%	35.33	.0001
RESPUESTA AFECTIVA								
BAJO	41	7	63	10	107	18		
MEDIO	24	4	39	6	54	9		
ALTO	115	19	72	12	91	15		
PROBLEMAS SOCIALES	n	%	n	%	n	%	49.10	.0001
BAJO	34	5	58	9	97	16		
MEDIO	25	4	39	6	71	12		
ALTO	121	20	77	13	84	14		
AUTOESTIMA	n	%	n	%	n	%	26.28	.0001
BAJO	75	12	90	15	161	27		
MEDIO	30	5	29	5	40	7		
ALTO	75	12	55	9	51	8		
PREOCUPACIÓN POR LA MUERTE	n	%	n	%	n	%	34.65	.0001
BAJO	45	7	73	12	102	17		
MEDIO	26	4	35	6	65	11		
ALTO	109	18	66	11	85	14		
SENTIMIENTOS DE CULPA	n	%	n	%	n	%	27.84	.0001
BAJO	63	10	74	12	144	24		
MEDIO	38	6	38	6	52	9		
ALTO	79	13	62	10	59	10		
DEPRESIVOS VARIOS	n	%	n	%	n	%	34.31	.0001
BAJO	67	11	86	14	162	27		
MEDIO	37	6	33	5	40	7		
ALTO	76	13	55	9	50	8		
POSITIVOS VARIOS	n	%	n	%	n	%	34.32	.0001
BAJO	96	16	70	11	78	13		
MEDIO	37	6	39	6	41	7		
ALTO	47	8	65	11	133	22		
TOTAL POSITIVO	n	%	n	%	n	%	27.69	.0001
BAJO	104	17	83	14	90	15		
MEDIO	33	5	38	6	47	8		
ALTO	43	7	53	9	115	19		
TOTAL DEPRESIVO	n	%	n	%	n	%	46.37	.0001
BAJO	40	6	72	12	127	21		
MEDIO	30	5	34	6	49	8		
ALTO	110	18	68	11	76	13		

*Se muestran solo las subescalas que se correlacionan significativamente.

Fuente: Aplicación de instrumentos a niños y adolescentes de la Escuela Primaria Emiliano Zapata y la Escuela Secundaria Generalísimo José María Morelos y Pavón, Junio 2005.

N=606

Al relacionar la edad con las diferentes subescalas del CDS podemos observar que en todos los casos los puntajes más altos y que reflejan mayor problema se concentran en los niños entre 8 y 10 años, mientras que las escalas positivas muestran como más optimistas a los niños entre 13 y 15 años (ver Tabla 4). Cabe señalar que todas las subescalas se correlacionaron, excepto Ánimo-Alegría.

Relación del sexo y las escalas significativas del CDS

Tabla 5. Relación del sexo y las escalas significativas del CDS

ESCALAS CDS	SEXO				χ^2	P
	MASCULINO		FEMENINO			
RESPUESTA AFECTIVA	n	%	n	%	24.01	.0001
Bajo	125	21	86	14		
Medio	65	11	52	9		
Alto	106	17	172	28		
PROBLEMAS SOCIALES	n	%	n	%	13.81	.0010
Bajo	100	17	89	15		
Medio	80	13	55	9		
Alto	116	19	166	27		
DEPRESIVOS VARIOS	n	%	n	%	13.29	.0013
Bajo	176	29	139	23		
Medio	43	7	67	11		
Alto	77	13	104	17		
TOTAL DEPRESIVO	n	%	n	%	7.02	.0298
Bajo	127	21	112	18		
Medio	61	10	52	9		
Alto	108	18	146	24		

*Se muestran solo las subescalas que se correlacionan significativamente.

Fuente: Aplicación de instrumentos a niños y adolescentes de la Escuela Primaria Emiliano Zapata y la Escuela Secundaria Generalísimo José María Morelos y Pavón, Junio 2005.

N=606

En el análisis de estas variables se puede observar que las niñas puntuaron más alto en comparación con los niños en todos los casos, sin embargo la diferencia porcentual se acentúa en la subescala de respuesta afectiva en la que los puntajes elevados en los niños fue del 17%, mientras que en las niñas se incrementó hasta el 28% lo cual posiblemente sea un indicador de que las mujeres, desde la infancia, se encuentran mayormente sensibles hacia los asuntos afectivos y manifiestan su preocupación ante la ausencia o pobreza del afecto hacia sí mismas. (Ver Tabla 5)

Por otro lado, observamos que la diferencia más estrecha entre los niños y las niñas se encuentra en la subescala de Depresivos varios con 13% para los niños y 17% para las niñas, lo que probablemente señale que tanto niños como niñas experimentan síntomas semejantes de depresión. Finalmente, se observa que para el Total Depresivo la diferencia no fue del todo amplia ya que los niños que

puntuaron alto corresponden al 18%, mientras que en las niñas fue del 24%, mostrando que son ellas quienes refieren mayormente síntomas depresivos en todas las edades que se muestrearon. (Ver Tabla 5)

Cabe mencionar que la tendencia es, aparentemente, que los síntomas depresivos disminuyen con la edad en ambos sexos y ésta tendencia se acentúa en el sexo masculino. (Ver tabla 5.1)

5.1 Tabla de porcentajes de la correlación de edad/sexo y el total depresivo.

EDAD	8 A 10 n=180				11 A 12 n=174				13 A 15 n=252			
	MASCULINO		FEMENINO		MASCULINO		FEMENINO		MASCULINO		FEMENINO	
SEXO	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total Depresivo**	51	58	59	64	30	34	38	44	27	23	49	37

*Se muestran solo las subescalas que se correlacionan significativamente.

**se tomaron en cuenta sólo los sujetos de la muestra que puntuaron alto en esta subescala.

Fuente: Aplicación de instrumentos a niños y adolescentes de la Escuela Primaria Emiliano Zapata y la Escuela Secundaria Generalísimo José María Morelos y Pavón, Junio 2005.

N=606

Relación de la estructura familiar y las escalas significativas del CDS.

Tabla 6. Relación de la estructura familiar y las escalas significativas del CDS

ESCALAS	ESTRUCTURA FAMILIAR										X ² 17.30	P .0271
	FAMILIA NUCLEAR		FAMILIA UNIPARENTAL		FAMILIA EXTENSA		OTROS FAMILIARES		NO ESPECIF.			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
RESPUESTA AFECTIVA												
BAJO	158	26	30	5	15	2.5	2	.5	6	1		
MEDIO	81	13	17	3	12	2	2	.5	3	1		
ALTO	166	27	69	11	21	3.5	6	1	16	3		
PROBLEMAS SOCIALES											18.14	.0201
BAJO	138	23	27	5	14	2	1	.5	9	1.5		
MEDIO	94	15	21	3.5	13	2	0	0	7	1		
ALTO	173	29	68	11	21	3	9	1.5	11	2		
AUTOESTIMA											27.54	.0006
BAJO	237	39	45	8	30	5	2	.5	12	2		
MEDIO	60	10	20	3	10	2	2	.5	7	1		
ALTO	108	18	51	8	8	1	6	1	8	1		
SENTIMIENTOS DE CULPA											16.81	.0321
BAJO	206	34	44	7	20	3	3	.50	8	1		
MEDIO	79	13	23	4	14	2	2	.50	10	2		
ALTO	120	20	49	8	14	2	5	1	9	1.5		
DEPRESIVOS VARIOS											27.57	.0006
BAJO	224	37	43	7	32	5	4	.5	12	2		
MEDIO	71	12	22	3	6	1	1	.5	10	2		
ALTO	110	18	51	8	10	2	5	1	5	1		
TOTAL POSITIVO											17.64	.0240
BAJO	182	30	54	9	18	3	8	1	15	2		
MEDIO	90	15	14	3	4	1	1	.5	4	1		
ALTO	133	22	43	7	26	4	1	.5	8	1		
TOTAL DEPRESIVO												
BAJO	180	30	31	5	19	3	2	.5	7	1		
MEDIO	76	12	18	3	11	2	1	.5	7	1		
ALTO	149	25	67	11	18	3	7	1	13	2		

*Se muestran solo las subescalas que se correlacionan significativamente.

** Cabe recordar que la categoría FAMILIA NUCLEAR incluye al 67% de la muestra lo que sesga los datos.

Fuente: Aplicación de instrumentos a niños y adolescentes de la Escuela Primaria Emiliano Zapata y la Escuela Secundaria Generalísimo José María Morelos y Pavón, Junio 2005. N=606

En relación con la estructura familiar encontramos que las subescalas más significativas son las de Autoestima y Depresivos varios. Debido a que la familia tradicional ocupa un gran porcentaje de la muestra, no es posible determinar en esta tabla si la estructura familiar influye en la aparición de síntomas depresivos (ver Tabla 6). Por tanto consideramos pertinente y más ilustrativo obtener en términos porcentuales la proporción de la n por tipo de familia y no la N total. (ver Tabla 6.1)

Tabla de porcentajes estructura familiar y los puntajes altos de las escalas significativas del CDS

Tabla 6.1 Tabla de porcentajes de estructura familiar y los puntajes altos de las escalas significativas del CDS

TIPO DE FAMILIA	NUCLEAR		UNIPAREN TAL		EXTENSA		OTROS FAM.		NO ESPECIF.	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
RESP. AFECT.	162	40	68	59	20	43	6	60	16	64
PROBLEMAS SOCIALES	174	43	68	59	21	44	9	90	11	44
AUTOESTIMA	109	27	51	44	8	17	6	60	8	32
SENTIMIENTOS DE CULPA	121	30	49	42	14	29	5	50	9	36
DEPRESIVOS VARIOS	109	27	51	44	9	20	5	50	5	20
TOTAL POSITIVO	133	33	43	37	26	54	1	10	8	30
TOTAL DEPRESIVO	149	37	67	58	18	37	7	70	13	48
TOTAL	405 (67%)		116 (19%)		48 (8%)		10 (1.6%)		27 (4.4%)	

*Se muestran solo las subescalas que se correlacionan significativamente con los puntajes altos.

Fuente: Aplicación de instrumentos a niños y adolescentes de la Escuela Primaria Emiliano Zapata y la Escuela Secundaria Generalísimo José María Morelos y Pavón, Junio 2005.

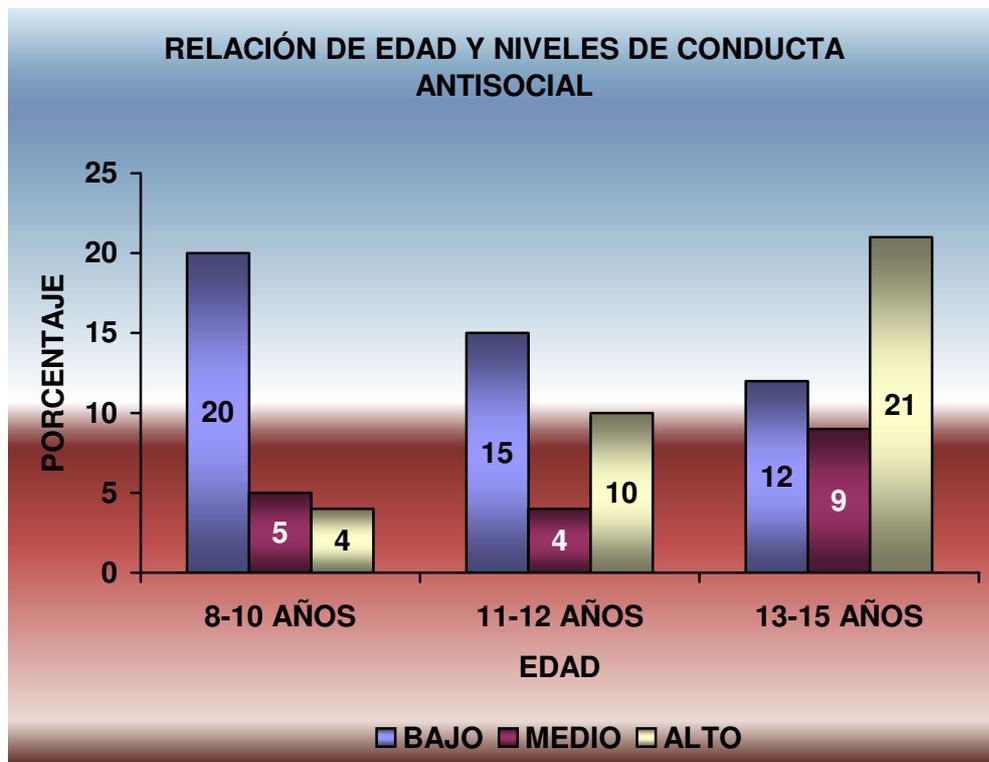
N=606

Esta tabla muestra que los sujetos que pertenecen a la categoría de familia uniparental son más proclives a presentar sintomatología depresiva, destacando las subescalas de Respuesta afectiva y Problemas sociales con un 59% de los sujetos, lo que probablemente se deba a la escasa calidad de las relaciones parentales. Cabe señalar que aunque la categoría de Otros Familiares es la más elevada, no podemos interpretarla debido al tamaño de la categoría (n=10).

Es menester señalar que la categoría con menos porcentaje de puntajes altos es la de familia extensa, seguida de la nuclear lo que señala que las familias mejor estructuradas son más contenedoras. (ver Tabla 6.1)

Relación de la edad y las escalas del A-D

Figura 5.



N= 606

Fuente: Aplicación de instrumentos a niños y adolescentes de la Escuela Primaria Emiliano Zapata y la Escuela Secundaria Generalísimo José María Morelos y Pavón, Junio 2005.

Tabla 7. Relación de la edad y las escalas del A-D

ESCALAS	EDAD						χ^2	P
	8-10 AÑOS		11-12 AÑOS		13-15 AÑOS			
ANTISOCIAL*	n	%	n	%	n	%	81.35	.0001
BAJO	124	20	87	15	74	12		
MEDIO	34	5	25	4	51	9		
ALTO	22	4	62	10	127	21		

*Se muestran solo las subescalas que se correlacionan significativamente.

Fuente: Aplicación de instrumentos a niños y adolescentes de la Escuela Primaria Emiliano Zapata y la Escuela Secundaria Generalísimo José María Morelos y Pavón, Junio 2005.

N=606

Respecto a la relación de la edad y las conductas antisociales y delictivas se encontró que la conducta antisocial es significativa con la edad y enfatiza que el 21% de la muestra presenta con mayor frecuencia conductas antisociales dato que recae

en los adolescentes de 13 a 15 años (ver Tabla 7). Por tanto podemos decir que los niños mayores presentan más conductas de tipo de antisocial. No se encontraron relaciones significativas con lo delictivo. (Figura 5)

Relación del sexo y las escalas del A-D

Figura 6.

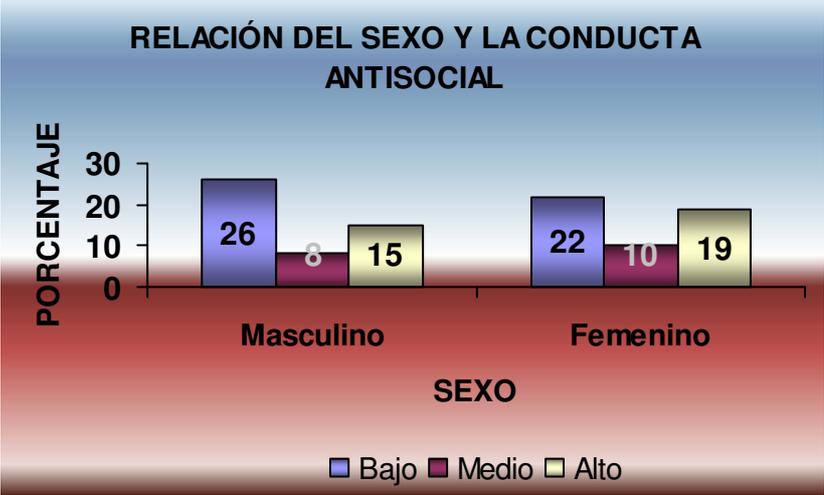


Figura 7.

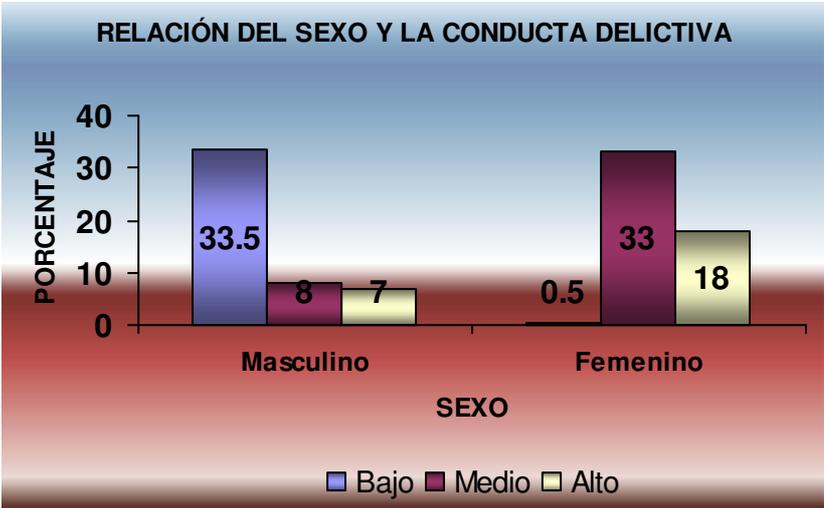


Tabla 8. Relación del sexo y las escalas del A-D

ESCALAS	SEXO				χ^2	P
	MASCULINO		FEMENINO			
	n	%	n	%		
ANTISOCIAL					6.61	.0366
BAJO	155	26	130	22		
MEDIO	48	8	62	10		
ALTO	93	15	118	19		
DELICTIVA					325.28	.0001
BAJO	205	33.5	1	.5		
MEDIO	46	8	202	33		
ALTO	45	7	107	18		

Fuente: Aplicación de instrumentos a niños y adolescentes de la Escuela Primaria Emiliano Zapata y la Escuela Secundaria Generalísimo José María Morelos y Pavón, Junio 2005.
N=606

Podemos observar que las niñas revelaron poseer mayor número de conductas antisociales y delictivas con un 19 y 18%, respectivamente, contra el 15 y 7% que revelaron los niños (ver Figura 6 y Figura 7)., de igual forma se mostró mayor relación de la sintomatología depresiva y el sexo femenino (ver Tabla 3), lo que probablemente este sugiriendo que las niñas además de ser más vulnerables también presentan equivalentes depresivos que la literatura señala como preferentemente masculinos (ver Tabla 8).

Relación de las escalas del A-D Y las subescalas del CDS

Tabla 9. Relación de las escalas del CDS y del A-D.

ESCALAS*	A-D															
	ANTISOCIAL						X ²	P	DELICTIVO						X ²	P
CDS	BAJO		MEDIO		ALTO				BAJO	MEDIO		ALTO				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
ÁNIMO-ALEGRÍA																
BAJO	173	28	38	6	74	12	12.99	.0113								
MEDIO	60	10	23	4	28	5										
ALTO	104	17	28	5	79	13										
RESPUESTA AFECTIVA	n	%	n	%	n	%	11.85	.0185	n	%	n	%	n	%	26.83	.0001
BAJO	110	18	47	8	128	21			95	16	43	7	68	11		
MEDIO	40	7	15	2	55	9			79	13	48	8	121	20		
ALTO	61	10	55	9	95	16			37	6	26	4	89	15		
PROBLEMAS SOCIALES									n	%	n	%	n	%	16.91	.0020
BAJO									79	13	52	9	75	12		
MEDIO									76	12	52	9	120	20		
ALTO									34	6	31	5	87	14		
AUTOESTIMA									n	%	n	%	n	%	12.17	.0161
BAJO									126	21	26	4	54	9		
MEDIO									130	21	49	8	69	11		
ALTO									70	12	24	4	58	10		
SENTIMIENTOS DE CULPA									n	%	n	%	n	%	10.03	.0398
BAJO									105	17	42	7	59	10		
MEDIO									120	20	54	9	74	12		
ALTO									56	9	32	5	64	11		
PREOCUPACIÓN POR LA MUERTE	n	%	n	%	n	%	17.00	.0019	n	%	n	%	n	%	17.53	.0015
BAJO	127	21	51	8	107	18			87	14	45	7	74	12		
MEDIO	35	6	27	4	48	8			95	16	53	9	100	16		
ALTO	58	10	48	8	105	17			38	6	28	5	86	15		
DEPRESIVOS VARIOS									n	%	n	%	n	%	29.17	.0001
BAJO									136	22	28	5	42	7		
MEDIO									121	20	46	7	81	13		
ALTO									58	10	36	6	58	10		
POSITIVOS VARIOS	n	%	n	%	n	%	28.53	.0001								
BAJO	143	23	47	8	95	16										
MEDIO	40	6	29	5	41	7										
ALTO	61	10	41	7	109	18										
TOTAL POSITIVO	n	%	n	%	n	%	27.61	.0001								
BAJO	151	25	53	9	81	13										
MEDIO	53	9	28	4	29	5										
ALTO	73	12	37	6	101	17										
TOTAL DEPRESIVO									n	%	n	%	n	%	26.71	.0001
BAJO									105	17	37	6	64	11		
MEDIO									95	16	47	8	106	17		
ALTO									39	6	29	5	84	14		

*Se muestran solo las subescalas que se correlacionan significativamente.

Fuente: Aplicación de instrumentos a niños y adolescentes de la Escuela Primaria Emiliano Zapata y la Escuela Secundaria Generalísimo José María Morelos y Pavón, Junio 2005.

N=606

Al realizar el análisis de la relación entre las subescalas del CDS y del A-D encontramos que la subescala de Respuesta Afectiva es significativa con ambas escalas del A-D. Los sujetos que obtienen puntajes altos en esta subescala constituyen el 16% de la muestra para conducta antisocial y 15% de la muestra para los que revelaron conductas delictivas. Lo cual puede ser indicador de que los sujetos que presentan carencia de afecto son más propensos a manifestar conductas antisociales o abiertamente delictivas. Como la literatura lo señala, también la subescala de Problemas sociales se encuentra significativamente relacionada con la presencia de conductas delictivas como lo muestra la Tabla 8 con el 14% de la muestra total que obtuvieron puntajes altos en ambos casos.

Por otro lado, la subescala de Sentimientos de culpa se relaciona significativamente con la presencia de conducta delictiva. Cabe señalar que el 33% del total de la muestra obtuvo puntajes altos en este rubro, sin embargo solo el 11% revela que experimenta sentimientos de culpa (ver Tabla 9). En lo que se refiere a Preocupación por la Muerte se relaciona significativamente con ambas subescalas del A-D, destacando que el 17% del total de la muestra también obtuvo puntajes altos en la presencia de conducta antisocial y el 15% en conductas delictivas, lo cual puede ser indicador de actitudes y actos extrapunitivos.

La subescala de Depresivos Varios se correlacionó con la subescala de Conductas delictivas en la que el 10% de la población de la muestra alcanzó puntajes altos para ambas escalas, sin embargo el 13% de la muestra que reveló la presencia elevada de conductas delictivas obtuvieron solo puntajes moderados en la subescala depresiva (ver Tabla 9).

Finalmente, la subescala de Total Depresivo correlacionada con la presencia de conductas delictivas resultó significativa. El 14% de la muestra obtuvieron puntajes altos tanto para la depresión como para la conducta delictiva. Lo que probablemente sugiera que la conducta delictiva se manifiesta como equivalente depresivo (ver Tabal 9).

CAPÍTULO 9. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el mundo se estima que el 15% de la población mundial padece algún tipo de depresión ([OMS](#), 2004). Esta cifra implica que los trastornos afectivos como la depresión mayor, no distinguen edad, sexo o raza para presentarse; en estudios realizados en Estados Unidos se estima una prevalencia de depresión mayor entre niños de 9 a 17 años de edad de alrededor del 5% (Benjet y cols. 2004).

Los resultados obtenidos en el presente estudio sobre la prevalencia de sintomatología depresiva nos indican que el 42% de los niños estudiados presentaron puntajes altos; el 19% obtuvieron puntajes medios y el 39% obtuvieron niveles de síntomas depresivos bajos (ver Figura 1). Lo cual es de llamar la atención, debido a que es mayor el porcentaje encontrado en éste estudio que el reportado por la literatura.

Goldstein (1987; citado en Solloa, 2001) estima que las tasas de prevalencia de depresión en Estados Unidos en niños menores de 12 años oscilan alrededor del 10% y se observa en un mayor porcentaje en niños que además cursan con problemas de ansiedad, déficit de atención, desórdenes de conducta y problemas de aprendizaje. Mientras que en México, De La Fuente (1994) señala que 2% del total de la población ha padecido un trastorno depresivo mayor en las etapas de infancia y adolescencia y que 1 de cada 5 jóvenes habrá de sufrir depresión en el curso de su vida, también señala que en una muestra de 1000 adolescentes, el 34% refieren algún tipo de depresión.

En lo que se refiere a la prevalencia relacionada con la edad, Soutullo (2005) señala que el 0.9% de la población en edad preescolar, el 1.9% de los niños en edad escolar y el 4.7% de los adolescentes padecen depresión; De la Fuente (1997) encontró que la depresión en la etapa preescolar es un padecimiento poco frecuente que afecta a menos del 1% de la población; mientras que en la etapa escolar que va de los 6 a los 11 años la frecuencia se incrementa al 2 y 3% en una población abierta. Según estas cifras, se muestra que la depresión en poblaciones de niños y adolescentes es un problema creciente de salud pública en el mundo, de ahí que cobre importancia el presente trabajo pues, además de detectar la prevalencia de depresión en una muestra de niños y adolescentes mexicanos, explora la comorbilidad de los rasgos depresivos con otros cuadros como la conducta antisocial.

En la muestra estudiada en el presente trabajo se observa que el 18% de los niños entre 8 y 10 años, el 11% de los niños entre 11 y 12 años y, 13% de los adolescentes entre 13 y 15 años reportaron puntajes altos de sintomatología depresiva (Figura 4); por tanto es de fundamental importancia el diagnóstico oportuno del padecimiento, debido a que los resultados en los estudios realizados por Benjet y cols. (2004) señalan que una prevalencia del 2% de la población mexicana con depresión en la infancia o adolescencia posee riesgo de padecer a lo largo de la vida un promedio de 7 episodios depresivos, es muy probable que los criterios para dar un diagnóstico de depresión sean diferentes en el estudio de Benjet, donde se da cuenta del cuadro clínico completo, en el presente trabajo se están detectando rasgos o síntomas que pueden esbozar el cuadro, de ahí

probablemente la diferencia tan grande en las cifras, sin embargo, es importante destacar que se hace una aportación en el estudio de poblaciones mexicanas.

La literatura sugiere que la prevalencia de la depresión en los niños aumenta de acuerdo a la edad, mostrándose los índices más altos en los adolescentes. Mientras que los resultados observados en la muestra estudiada, por el contrario, nos señalan que los niños entre 8 y 10 años de edad refieren mayor sintomatología depresiva que los adolescentes (Figura 4). Por otro lado, si tomamos en cuenta que en nuestro estudio la conducta antisocial obtuvo una prevalencia del 35%, y donde el 21% pertenece al rango de edad de 13 a 15 años (Tabla 7), probablemente se esté insinuando que la manifestación de conductas antisociales son un equivalente depresivo en esta etapa ya que se puede observar que se presenta el fenómeno a la inversa, debido a que en este caso los niños de 8 a 10 años fueron quienes con un 20% obtuvieron puntajes bajos.

Tal como lo señalaron Contreras, Gutiérrez y Lara (1994), quienes puntualizaron la existencia de una relación entre los estados depresivos en etapas tempranas de la vida con la conducta antisocial, lo que coincide con lo señalado anteriormente. Los mismos autores encontraron que Christ y cols. en 1981, realizaron un estudio en población admitida en un hospital psiquiátrico de niños y adolescentes durante un periodo de 20 años, encontrando que un 8% fue diagnosticado como depresión y los síntomas considerados como “enmascarados” (las comillas son de los autores) incluyeron agresividad notable, comportamiento incontrolable o indeseable a la comunidad, la casa o la escuela.

Es importante destacar que los niños de todas las edades de éste estudio obtuvieron puntajes más altos en subescalas como Respuesta Afectiva, Problemas sociales y Preocupación por la Muerte, lo cual posiblemente refleja los sentimientos de soledad, vacío, aislamiento y pensamientos catastróficos, que redundan en la pobreza de las relaciones con los otros y que podrían llevarles a expresar ese malestar en forma de agresión contra sí mismos (conductas de riesgo, ideación o intentos suicidas) o contra los demás, así como conducta antisocial con propensión a incurrir en prácticas delictivas (Tabla 4). Aunque, por otro lado, los sujetos de 13 a 15 años e obtuvieron mayor puntaje en los síntomas positivos, lo cual explica que refieran menos síntomas depresivos, pero al mismo tiempo mayor frecuencia de conductas antisociales y delictivas (Figura 5).

En relación al sexo, De la Fuente (1997) menciona que la distribución del padecimiento entre niño/niña es de tres a cuatro niños por cada niña (3:1), sin embargo enfatiza que esta relación se va invirtiendo conforme aumenta la edad del grupo de estudio. También Soutullo (2005) señala la diferencia en la frecuencia de la depresión relacionada con el sexo y menciona que antes de la pubertad la depresión es igual de frecuente en niños y niñas, y que a partir de ésta la depresión es más frecuente en chicas que en chicos, del mismo modo ellas tienen un riesgo mayor de sufrir más de un episodio depresivo.

En los resultados obtenidos en ésta muestra se observó que de manera general el 18% de los hombres obtuvieron puntajes altos en sintomatología depresiva, mientras que el 24% de las mujeres obtuvieron también puntajes altos (Tabla 5). A pesar de

presentar una diferencia significativa ($P=.0298$), se encuentra por debajo de la proporción clásica 2:1 reportada.

En una investigación realizada en dos ciudades de México (Saltillo, Coahuila y Cuautilán Izcalli, Estado de México) en la que se estudiaron las diferencias de género en síntomas depresivos en adolescentes mexicanos, no se encontraron diferencias significativas, en cambio señalan que las diferencias se acentúan en ciudades desarrolladas y no aparecen en las ciudades no desarrolladas (Masten, Caldwell-Colbert, Williams, Jerome, Mosby, Barrios y Helton, 2003).

Cabe señalar que en el presente estudio $n=110$ (18%) de los sujetos que obtuvieron puntajes altos en sintomatología depresiva corresponden al rango de edad de 8 a 10 años, donde $n=51$ (46%) son niños y $n=59$ (54%) son niñas (Tabla 5.1). Es pertinente destacar que la diferencia porcentual es amplia, por tanto al parecer ya se manifiestan diferencias por sexo relacionadas con la sintomatología depresiva antes de la pubertad, o bien, parece señalar que la pubertad está apareciendo en edades más tempranas en las nuevas generaciones.

Por otro lado, los resultados arrojan que los niños entre 11 y 12 años de edad que obtuvieron puntajes altos en sintomatología depresiva corresponde a $n=68$ (11%) de los sujetos del total de la muestra, de los cuales $n=30$ (44%) pertenece a los niños y $n=38$ (56%) a las niñas. Por tanto, tal parece que en la muestra estudiada, la pubertad no es necesariamente el marcador que haga la diferencia entre las proporciones de síntomas depresivos relacionadas con el sexo, aún cuando de manera sutil son más los casos de niñas con sintomatología depresiva que de niños,

quizás debido a que estos cambios biológicos-hormonales se están presentando en un momento diferente al esperado.

Greden, J. (2003) señala que al inicio de la adolescencia, la prevalencia de depresión es superior en las mujeres que en los hombres en una proporción 2:1, subrayando que el trastorno depresivo mayor es del 4.7% en adolescentes en población abierta. Destaca que las diferencias sexuales en la prevalencia de la depresión aparecen aproximadamente a los 12 años de edad, al inicio de la pubertad.

De acuerdo a lo obtenido, en la adolescencia que abarca de los 13 a los 15 años de edad, encontramos que n=76 sujetos (13%) del total de la muestra obtuvieron puntajes altos en sintomatología depresiva, de los cuales n=27 (36%) son hombres y n=49 (64%) corresponde a las mujeres, lo cual es consistente con lo señalado por Greden. Estudios longitudinales con niños en la pubertad llevados a cabo por Angold y cols. (1998; Citados en McCauley et al; en Goodyer, 2005) encontraron diferencias en los riesgos de padecer depresión entre niños y niñas. Para los niños, en desarrollo puberal, se encuentra marcado por un cambio físico al ser más alto, tiene mínimos efectos a corto plazo en la prevalencia de la depresión. En las niñas, en cambio la pubertad media esta marcada por un incremento en el riesgo de tener depresión. Este incremento en el riesgo en las niñas estuvo relacionado directamente a los cambios neuroendócrinos y de manera indirecta a los efectos sociales y a las implicaciones emocionales que traen los cambios físicos en las niñas.

Cabe señalar que de manera general las niñas de todas las edades obtuvieron puntajes más altos en comparación con los niños en las subescalas de Respuesta afectiva, Problemas sociales, Depresivos varios y, por tanto, en el Total depresivo, lo cual es consistente con lo señalado por González-Forteza (1995a, 1995b, 1997) acerca de que las mujeres expresan su malestar emocional con la necesidad de afecto, sentirse deprimidas, tristes y con ganas de llorar; estas diferencias pueden ser explicadas debido a los diferentes procesos de socialización, en los que a los hombres se les orienta hacia el dominio del mundo externo y por lo mismo se les expone a mayor violencia, a diferencia de las mujeres que se les inculcan funciones cuidadoras y se ven obligadas a cubrir un rol cuando uno de los padres, sobre todo la madre, no lo puede ejercer; están más orientadas hacia la atención a los demás y hacia el mundo interpersonal, siendo más sensibles a detectar problemas sociales en su ambiente.

En lo que se refiere a la variable de Estructura Familiar, Fuentes et al., (1996) y López (2001) señalan que en los hogares y las familias mexicanas se han incrementado el número de hogares ampliados y compuestos frente a los nucleares; la reducción del número de hijos por familia; el aumento de hogares formados por la pareja sin hijos; los hogares encabezados por mujeres; el incremento de las familias uniparentales y el mayor número de familias reconstituidas; todo ello representa una transformación social y un incremento en los problemas que tienen que ver con la salud mental, sobretodo en los menores, a quienes impacta principalmente.

En cuanto a la correlación de la familia y la sintomatología depresiva la literatura es extensa, sin embargo en lo que se refiere a la estructura familiar no lo es tanto. No

obstante se ha encontrado que también es causa de depresión el no contar con la presencia de alguno o ambos progenitores, como lo señala Soutullo (2005), quien afirma que la separación de los padres, el divorcio o la muerte de alguno de ellos son causas para padecer depresión.

En el presente estudio pudimos observar que $n=254$ sujetos que representan el 42% total de la muestra presentaron puntajes altos en sintomatología depresiva, de los cuales $n=149/405$ (37%) pertenece a los sujetos que provienen de familias nucleares, en comparación con los sujetos que pertenecen al tipo de familia uniparental que corresponden a una $n=67/116$ (58%). Lo que sugiere que, efectivamente, la falta de alguno de los padres es un factor importante para la presencia de síntomas depresivos.

También es significativo señalar que en las familias extensas $n=18/48$ sujetos (37%), presentaron altos puntajes en sintomatología depresiva, lo cual es consistente con lo reportado por los sujetos pertenecientes a la familia nuclear y con la literatura, debido a que la familia representa una red de apoyo que contiene de manera positiva los síntomas depresivos.

Por otro lado, cabe señalar que los sujetos del presente estudio que reportaron vivir con otros familiares, en los que no se incluyen sus padres, y que obtuvieron puntajes altos en sintomatología depresiva corresponden a $n=7/10$ (70%); si bien es cierto que este estrato de la muestra total es pequeño, nos parece significativo señalar que el dato es consistente con lo que señala Soutullo (2005) quien afirma que el ambiente familiar es un factor predisponente muy importante para la aparición de la

depresión y menciona que un niño no deseado, con poca o mala relación con sus padres y hermanos, o que es víctima de abuso o de abandono tiene mayor riesgo de padecer depresión.

La familia uniparental esta constituida por 116 (19%) sujetos del total de la muestra, de los cuales n=68 (59%) obtuvieron altos puntajes en las subescalas de Respuesta afectiva y Problemas sociales, en comparación con la familia extensa n=48 (8% del total de la muestra) y nuclear n= 405 (67% del total de la muestra), cuyos puntajes en éstas subescalas fluctuaron entre el 40% y 44% respectivamente; lo que confirma lo que se ha mencionado con respecto a la importancia de la participación de los miembros de la familia en el desarrollo emocional armónico del individuo, ya que las familias mejor estructuradas refieren menos conflictos en las áreas afectivas y sociales.

De manera general podemos señalar que la familia extensa fue la que arrojó menores puntajes en lo que se refiere a los síntomas depresivos, en cambio en los síntomas positivos obtuvo los mejores puntajes en comparación con el resto de los tipos de familia. Por el contrario los sujetos que viven con otros familiares (n=10) mostraron altos puntajes en los síntomas depresivos y bajos en los positivos.

Los resultados encontrados en lo referente a la presencia de Conducta antisocial en el presente estudio nos indican que el 35% (n=211) del total de la muestra de los sujetos de las escuelas estudiadas reportaron puntajes altos y el 25% (n=152) de los sujetos puntuaron alto en el rubro de presencia de Conducta delictiva. En nuestros resultados se mostró que de éste 35% de los sujetos que obtuvieron

puntajes altos $n=22$ (11%) corresponde a los niños entre 8 y 10 años en lo que se refiere a la presencia de conductas antisociales; mientras que $n=62$ (29%) corresponde a los niños entre 11 y 12 años, y $n=127$ (60%) de los adolescentes entre 13 y 15 años también obtuvieron puntajes altos en éste rubro. Así observamos que la presencia de las conductas antisociales, aumentan con la edad.

Podemos ver que algunas investigaciones realizadas en España por la Universidad de Salamanca hacen referencia a la prevalencia de conducta antisocial en niños y adolescentes entre el 4% y el 12% en población abierta y en torno al 30-50% en población clínica (González , García y Tapia, 2002). Por tanto, en la muestra estudiada observamos que el porcentaje encontrado rebasa ésta estadística.

En México la mayoría de las estadísticas provienen desde los reclusorios y de las instituciones de seguridad pública y no se pueden tomar en cuenta como resultados de salud, sin embargo nos sugieren el grado de desajuste social. De acuerdo con Juárez García, F. et. al., (2002), la conducta antisocial va en aumento en los últimos años, en especial la delincuencia. Y menciona que el número de menores puestos disposición del consejo de menores, aumentó de 2,623 en 1999 a 3,506 en el 2003; presentándose también infracciones más graves. Los autores señalan que aumentaron las conductas antisociales en los estudiantes de la Ciudad de México del nivel medio y medio superior y la tasa fue mayor en las mediciones hechas entre 2000 y 2003.

Por otro lado, la delincuencia juvenil en la Ciudad de México se ha incrementado en un 36% (Zamora, 2002). Orozco y Ocampo (2002) señalan que 65% de las

personas que están en los reclusorios de la ciudad tienen un promedio de edad menor de 25 años según la Secretaría de Seguridad Pública.

Los resultados obtenidos en el presente estudio nos indican que el 25% (n=152) del total de la muestra obtuvieron altos puntajes en la presencia de conductas delictivas, aunque no existió correlación entre la presencia de dichas conductas y la edad es importante destacar que éstos resultados pueden ser un indicador de la presencia de conductas delictivas desde edades tempranas (antes de los 18 años).

En cuanto a la correlación entre la presencia de conductas antisociales y delictivas y el sexo, se observó una importante correlación donde destaca que de n=211 (35%) sujetos del total de la muestra, que obtuvieron puntajes altos en la presencia de conductas antisociales, n=93 (44%) son hombres y n=118 (56%) son mujeres. Mientras que de n=152 (25%) sujetos que reportaron la presencia de conductas delictivas, n=45 (30%) corresponde a los hombres y n=107 (70%) corresponde a las mujeres.

Para el año 2002, en México, se cuenta con información por entidad federativa, donde se aprecia que la entidad donde existe la mayor incidencia de menores infractores del sexo femenino es Colima, cuyo índice de feminidad de menores infractoras es 21, lo cual significa que se pone a disposición de los consejos de menores a 21 mujeres por cada 100 hombres. Asimismo, el segundo sitio de mayor participación femenina lo ocupó Oaxaca con 19 niñas y adolescentes por cada 100 varones, y el tercero el Estado de México con 17 niñas por cada 100 varones.

La discrepancia observada entre el presente estudio y las estadísticas pueden justificarse con lo que señala Kazdin (1988) en lo que se refiere al desarrollo evolutivo del sujeto, menciona que a las edades de 2 a 7 años, la frecuencia de arrebatos se encontró que era mayor en los niños que en las niñas (Goodenough, 1931; en Kazdin, 1988), sin embargo, desde la edad de 12 a 13 años, este patrón se invierte a favor de las chicas. De un modo similar, se ha demostrado que el espíritu pendenciero es mayor en los chicos normales que en las chicas (de 7 a 9 años), pero las diferencias decrecen y el patrón incluso se invierte en momentos específicos durante algunos años después (10 a 13 años). Dentro de un período más estrecho (5 a 8 años), las tasas de prevalencia de las diferencias de sexo en la conducta antisocial pueden variar en función de la edad. Otras conductas antisociales como robar u holgazanear, solo eran más prevalentes en los niños a los 5 años; la diferencia entre niños y niñas en los años restantes no era significativa.

De acuerdo con Kazdin (1988), lo anterior parece sugerir que las tasas tienden a ser más altas en los varones en cuanto a muchas conductas antisociales, pero este patrón no es absoluto e invariable para todas las conductas o para cada conducta particular en todas las edades.

En lo que se refiere a la variable de Estructura familiar y la presencia de Conductas antisociales y delictivas no se encontró correlación significativa. Sin embargo, en la literatura se ha podido observar que el papel de la estructura de la familia en la etiología de los trastornos de la conducta es importante, ya que algunos datos encontrados muestran la existencia de cierta relación entre conductas como el

consumo de drogas y la delincuencia a un mayor número de hermanos o la falta de algunos de los padres en el hogar (Gómez et. al., 2001).

Otro aspecto trascendental, sugiere que el clima emocional de las familias se encuentra fuertemente vinculado a la presencia de conductas antisociales y delictivas. Lo cual nos indica que ambos factores deben tomarse en cuenta.

Sobre los resultados obtenidos en el presente estudio, es de destacar la correlación entre las escalas del CDS y del A-D. Las correlaciones significativas entre las escalas del cuestionario CDS y la conducta antisocial se dieron en las subescalas animo-alegría con $n=79$ (13%), respuesta afectiva $n= 95$ (16%), pensamientos de muerte $n=105$ (17%), positivos varios $n= 109$ (18%) y total positivo $n=101$ (17%). Lo cual nos habla de una actitud más positiva de los sujetos frente a su entorno, sin embargo la correlación de respuesta afectiva y pensamientos de muerte, nos hablan de una carencia de afecto y mayor ansiedad, lo cual ocurre probablemente debido a que los sujetos del estudio muestran actitudes compensatorias, o bien, tendencia a presentar conductas temerarias derivadas de síntomas depresivos que contribuyen una falta de conciencia del daño hacia los demás y hacia sí mismos. Así lo señalan diversos autores, entre ellos Goldstein, 1987 (en Solloa, 2001); Polaino-Lorente (1988); Marcelli, (1992); De la Fuente, (1997); Shaffer y Waslick, (2003), entre otros.

Por otro lado, es necesario señalar que del 35% de los sujetos que obtuvieron puntajes altos en la conducta Antisocial, el 4% corresponde a los niños de 8-10 años, el 10% a los de 11 y 12 años y 21% a los de 13 a 15. Lo cual coincide con lo señalado por Marcelli (1992), quien menciona que los síntomas depresivos

evolucionan claramente en función de la edad: primero una depresión anaclítica apenas característica con predominio de las manifestaciones somáticas, después unan multiplicación de las conductas de protesta y aparición de fracaso en los aprendizajes y, por último el establecimiento progresivo de conductas psicopáticas y delictivas. En los adolescentes, señala Marcelli (1992), después de un intento de reconstrucción defensiva e idealizante, cuyo objetivo es la negación del sufrimiento y el sentimiento de pérdida, para llegar luego, a la aplicación de mecanismos defensivos que constituyen la única salida pulsional vivida como posible: agredir, tomar de los demás lo que nunca se podrá obtener espontáneamente.

En lo que se refiere a la correlación entre las escalas del CDS y la conducta delictiva, se encontró que el 25% de los sujetos que puntuaron alto en conducta delictiva en el presente estudio, se correlacionaron con las subescalas de Respuesta Afectiva, Problemas Sociales, Autoestima, Sentimientos de Culpa, Preocupación por la Muerte, Depresivos Varios y, por tanto, el Total Depresivo. En donde podemos destacar que las escalas de Respuesta Afectiva y Preocupación por la Muerte fueron las más altas con un 15% (n=89), lo cual pone en evidencia la falta de afecto y la presencia de ansiedad; seguido de Problemas sociales con 14% (n=87), mostrando mayor desamparo, soledad y tendencia al aislamiento; le sigue Sentimientos de culpa con el 11% (n=64) , que nos señala la culpa que experimentan los sujetos y por lo tanto el autodesprecio; lo que se liga indiscutiblemente con Autoestima, en donde se alcanzó el 10% (n=58) lo que indica la desvalorización y el poco respeto hacia sí mismos; por último se encuentra la subescala de Depresivos varios también con el 10% indicando mayor tristeza y desesperanza. Todo ello incrementa, como consecuencia, el resultado en el Total depresivo, en donde se alcanzó el 14%

(n=84) lo que señala que éstos sujetos con altos puntajes en síntomas depresivos también obtuvieron altos puntajes en conducta delictiva. Lo cual nos demuestra que la correlación entre ambas variables se da de manera más que aleatoria en la muestra de la población estudiada.

Lo anterior, es consistente con lo señalado por Marcelli, (1992) quien menciona que ciertas conductas delictivas pueden aparecer en realidad como otras tantas manifestaciones de lucha para no experimentar sentimientos depresivos, destacando la expresión de equivalentes depresivos tales como trastornos de alimentación, conductas toxicofílicas e hiperactividad.

Finalmente, comparando el presente estudio con el citado por Tisher y Lang (1990) en el que se correlacionaba el CDS con la conducta antisocial y delictiva a través del Cuestionario A-D en su edición experimental de 1982, y donde los resultados arrojaron que la conducta Antisocial se relacionó significativamente con los aspectos depresivos negativos del CDS, sobre todo con Respuesta afectiva y Preocupación por la muerte y consecuentemente el total depresivo. En nuestros resultados encontramos que las subescalas de Respuesta afectiva y Preocupación por la muerte, efectivamente, se correlacionan significativamente con la presencia de conducta Antisocial, no así con el Total Depresivo. Sin embargo, en el estudio citado en Tisher y Lang (1990), la conducta delictiva no mostró una elevación notable del fenómeno depresivo. Los aspectos depresivos negativos, sobre todo el total depresivo, se elevó sustancialmente al aumentar la conducta antisocial y en mayor medida cuando lo delictivo es bajo o nulo, como si el fenómeno delictivo hiciera a los sujetos más “duros” (las comillas son de los autores) e independientes

del fenómeno depresivo y las faltas antisociales que cometen los sujetos que puntuaron más alto tanto en Antisocial como en delictivo no les afectara.

En cambio, en el presente estudio, todos los aspectos negativos del CDS se correlacionaron de manera importante con la conducta delictiva, lo que parece señalar que dichas conductas son síntomas enmascarados de la depresión, sobretudo en los adolescentes, lo cual es consistente con la literatura. Toolan (citado en Macías Valadez, 1985), reconoce que hay tres manifestaciones de la depresión de acuerdo al momento evolutivo del adolescente. En la adolescencia temprana la depresión se manifiesta por tendencias al *acting out* o a la delincuencia. En la adolescencia media la depresión se parece más a la del adulto, a la cual se agrega un sentido de confusión de la propia identidad. Finalmente, en la adolescencia tardía el alcohol, la droga y el sexo impiden a menudo al adolescente enfrentar sus propios sentimientos dolorosos.

Las discrepancias entre el presente estudio y el realizado en España pueden deberse a las diferencias socioculturales, económicas y hasta geográficas, así como al espacio y el tiempo; lo que destaca el valor del estudio presente debido a que arroja datos importantes en población mexicana, particularmente en Ecatepec, Estado de México, donde existe la mayor concentración de población en el país y por tanto sus condiciones de desarrollo son particulares (INEGI, 2000).

La sensibilización de los profesionales de la salud, padres de familia, profesores, y de la sociedad en general; resulta trascendente ante la presencia de algunas conductas antisociales y/o delictivas en menores, debido a que éstas pudieran

estar enmascarando la presencia de síntomas depresivos y con un prejuicio ante conductas no aprobadas socialmente no se contribuye de manera positiva al diagnóstico o detección oportuna de algún trastorno relacionado con la depresión.

El ambiente en el que se desarrolla el individuo funciona como un catalizador que le llevará hacia las diversas opciones entre la salud mental y el desajuste emocional.

La importancia del presente trabajo radica en señalar que la depresión en edades tempranas se relaciona con trastornos de la conducta, y que por ello es menester detectarla oportunamente a través de su diversidad de síntomas (particularmente los conductuales) como un factor preventivo para generar una sociedad armónica y sana.

9.1 Conclusiones

Al cubrir los objetivos del presente estudio, podemos concluir que el porcentaje de sintomatología depresiva encontrada en la muestra en sujetos entre 8 y 15 años de las escuelas primaria “Emiliano Zapata” y Secundaria “Generalísimo José Ma. Morelos y Pavón” de la zona de Ecatepec, fueron cifras altas con un 42% de prevalencia.

Pudimos observar que en la muestra estudiada los niños menores (de 8 a 10 años) obtuvieron mayores puntajes en todas subescalas negativas, y en consecuencia en el Total depresivo, en comparación con el resto de la muestra. Mientras que en los adolescentes (13 a 15 años) la tendencia fue a la inversa, mayor puntaje en las

subescalas positivas. Lo que discrepa de lo señalado en la literatura donde se indica que la incidencia de la depresión aumenta con la edad; sin embargo, como se ha señalado, éstas diferencias pueden deberse a que en el presente estudio solo se valora la sintomatología depresiva y no el trastorno en sí, o bien, a que probablemente los sujetos de 13 a 15 años de la muestra enmascaran los síntomas depresivos.

En cuanto a la diferencia sexuales encontramos que en todas las edades la proporción 2:1 clásica marcada por la literatura se observa desde los más pequeños, donde las niñas obtuvieron los puntajes más altos en comparación con los niños. Lo que puede deberse al contexto sociocultural, en donde se permite mayores expresiones del dolor en las niñas y menos en los niños.

Pudimos observar que en cuanto a la variable de Estructura Familiar y los síntomas depresivos que los sujetos en los que están ausentes uno o ambos padres (Familia uniparental u Otros familiares) obtuvieron los mayores puntajes de sintomatología depresiva, entre las subescalas destacan Respuesta afectiva, que denota carencia de afecto; y Problemas sociales, que indica dificultades en las relaciones con los demás y aislamiento.

En lo que se refiere a la presencia de la conducta antisocial encontramos que el 35% de la muestra obtuvo altos puntajes, en cuanto a la correlación con el CDS destacan las escalas positivas, Respuesta afectiva y Preocupación por la muerte que se correlacionan con la presencia de conductas antisociales; lo que parece señalar que, si bien, los sujetos poseen síntomas como soledad, temor y

desamparo, también encubren dichos síntomas con conductas de autoagresión y agresión externa. Cabe señalar que el contexto sociocultural de la muestra estudiada es permisivo ante conductas antisociales como molestar a los demás, destruir propiedad ajena, entre otras, debido a que se convierte en un estilo de vida.

La conducta antisocial se correlacionó positivamente con la edad, donde podemos ver que los adolescentes (13 a 15 años) son quienes presentaron mayor puntaje de conductas antisociales con un 21%, y se presenta a la inversa con los menores, 10% en los niños entre 11 y 12 años, y 4% para lo más pequeños (8 a 10 años) lo que confirma lo expuesto en lo referente a los síntomas depresivos, donde los menores obtienen los mayores puntajes.

En la muestra estudiada podemos subrayar que en cuanto al sexo y la conducta antisocial, las niñas obtuvieron los mayores puntajes. Lo cual parece señalar que los síntomas depresivos varían concomitantemente con las conductas antisociales.

La presencia de conductas delictivas en la muestra estudiada fue del 25%, donde las correlaciones significativas se dieron en cuanto al sexo, observándose nuevamente que las mujeres obtuvieron los mayores puntajes en una proporción del 70%, mientras que solo el 30% de los niños obtuvo los mismos puntajes.

Por otro lado, cabe señalar que la presencia de conductas delictivas se correlacionó con las subescalas negativas del CDS, donde se observa que Respuesta afectiva y Preocupación por la muerte se correlacionaron más alto. Sentimientos de culpa, autoestima, Problemas sociales y Depresivos varios, también se correlacionaron de

manera importante, lo cual incrementó por consecuencia, el Total depresivo, lo que parece señalar que las conductas delictivas son un equivalente de los síntomas depresivos en la muestra estudiada.

Por lo tanto, ya sea que los síntomas depresivos y la conducta antisocial y/o delictiva varíen de manera concomitante, o bien, que ésta última se presente como equivalente depresivo, podemos afirmar que la correlación entre ambos se está presentando con una frecuencia mayor a la esperada por azar. Lo que parece indicar que ambos aspectos no son del todo independientes.

Sugerencias para Próximos Estudios:

- Para la realización del estudio se tuvieron algunas complicaciones como algunos aspectos referentes al espacio físico donde se aplicaron las pruebas, ya que el espacio reducido y el entorno ruidoso, propiciaron distracciones en los alumnos; por lo que se sugiere buscar el lugar idóneo para la aplicación.
- Para futuras investigaciones sugerimos estudiar una muestra representativa de todo el municipio de Ecatepec, ya que por ser el más poblado del país cobra importancia; contar con mayores recursos económicos que permitan realizar una evaluación alterna al interior de las familias y del ambiente en el que se desarrolla el niño; así como realizar un estudio semejante con población clínica.

- Utilizar otros instrumentos que midan o detecten el trastorno depresivo y correlacionarlo con instrumentos similares al Cuestionario A-D para comparar los resultados con otras poblaciones en México.
- Por último, consideramos importante difundir la información sobre la manera en que se correlacionan los síntomas depresivos y la presencia de conductas antisociales y/o delictivas, tanto a las autoridades escolares, padres de familia como a las autoridades de salud para impulsar investigaciones que redunden en el beneficio y desarrollo armónico de los niños.

BIBLIOGRAFIA

Aberasturi, A. y Knobel, M. (1988). *La adolescencia normal*. Un enfoque psicoanalítico. México. Paidós.

Acosta L., Rey S., Gutiérrez S. (1989). Consideraciones clínicas acerca de la depresión infantil. En Ledesma J, y Melero H. *Estudios sobre las depresiones*. Salamanca. España. Salamanca

Ajuriaguerra, J. (2001). *Manual de Psiquiatría Infantil*. Barcelona, España. Masson.

American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV* (4^{ta}. ed. rev.), Barcelona, España. Masson.

Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, et. al., (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar el tratamiento. *Salud Pública de México*, 46(5). pp.

Bowlby, J. (1972) *Cuidado maternal y amor*. México. Fondo de Cultura Económica.

Brain, P. y Susman, E. (2001). Aspectos hormonales de la agresión y la violencia. En D. Stoff, J. Breiling y D. Maser (Eds.) *Biblioteca de Psicología. Conducta antisocial: Causas, Evaluación y Tratamiento*. (V.2) pp. 567-590. México. Oxford.

Brennan, P. Y Mednick, S. (2002). Antecedentes médicos de individuos antisociales. En D. Stoff, J. Breiling y D. Maser (Eds.) *Biblioteca de Psicología. Conducta antisocial: Causas, Evaluación y Tratamiento.* (V.2) pp. 541-566. México. Oxford.

Brooks-Gunn, J., Auth, J., Petersen, A. C., y Compas, B. E. (2001). Physiological processes and the development of childhood and adolescent depression. En M. Goodyer. *The depressed child and adolescent.* Cambridge, England. Cambridge University.

Calderón Narváez, G. (1984). *Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento.* México. Trillas.

Caraveo, A. J. (1994). Panorama de la investigación clínica epidemiológica en la psiquiatría infantil. *Psiquiatría*, 10(3) pp. 84-90

Carey, G. y Goldman, D. (2002). La genética del comportamiento antisocial. En D. Stoff, J. Breiling y D. Maser (Eds.) *Biblioteca de Psicología. Conducta antisocial: Causas, Evaluación y Tratamiento.* (V.3) pp. 819-845. México. Oxford.

Casullo, M., (1998). *Adolescentes en riesgo. Identificación y orientación psicológica.* Argentina. Paidós.

CIE- 10. (1992) Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del comportamiento. Meditor.

Contreras M., Gutiérrez, T., Lara, H., (1994). La depresión en etapas tempranas de la vida. *Psiquis*, 3(2). pp. 31-35.

Cuevas, C. (2003). Los factores de riesgo y la prevención de la conducta antisocial. En A. Silva (Ed.) *La conducta antisocial. Un enfoque psicológico*. México. Pax Mex.

De la Peña, F. (1993). Trastorno depresivo en los niños (un abordaje histórico, fenomenológico y de apoyos diagnósticos). *Revista del residente de psiquiatría*. 4(2), 14-16 pp.

De la Peña, F., Ulloa, R. y Páez, F. (1999). Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial. *Salud Mental*. Número Especial. Instituto Mexicano de Psiquiatría.

De la Peña, F., Higuera, F. Domínguez, E. y Palacios, M. (2001). La depresión en los adolescentes y su relación con los trastornos de personalidad. *Salud Mental*. (12) 10. pp. 58-59

De la Fuente, R. (1994). Papel de la depresión en la patología humana. *Revista de Psicología*. (14) 2. UNAM. pp 69-73

De la Fuente, R., Heinze, G., Berlanga, C., et. al. (1997). La depresión en la infancia. *Funsalud*. México. Smithkline-Beecham.

Delval, J.(1998). *El Desarrollo Humano*. Barcelona, España. Siglo XXI

Elkind, D. (1978) *Niños y adolescentes. Ensayos interpretativos sobre Jean Piaget*. España. Oikos-Tau.

Eron, E. L. (2002). Desarrollo del comportamiento antisocial desde la perspectiva del aprendizaje. En D. Stoff, J. Breiling, y D. Maser,(Eds.) *Biblioteca de Psicología. Conducta antisocial: Causas, Evaluación y Tratamiento*. (V.1) pp. 202-220. México.Oxford.

Fischer, G. N. (1990). *Campos de intervención en Psicología social. Grupo-Institución, cultura, ambiente social*. España. Nancea.

Frías-Armenta, M.; López-Escobar, A. E.; Díaz-Méndez, G. (2003) Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico. *Revista Electrónica Sobre Estudios de Psicología (Natal)*. 8(1). Universidad de Sonora, México. Consultado el 16 de septiembre de 2006 en <http://www.revpsi.org/ufrn/1590/s1413-294>.

Fuentes, M. L., Leñero, O. L., López M., Morales, L., Salles, V., Huirán, R., Moreno, S. P., González, T., Boltvinik, J. y Incháustegui, R. T. (1996). *La familia: Investigación y política pública*. Día internacional de la familia. Registro de un debate. El Colegio de México. México.

García, S., Pérez, V. A., Recio, M. J., (1989). Concepto de síndrome depresivo a través de la historia. En Ledesma J. A., y Melero, M. L. (Eds.) *Estudios sobre las depresiones*. Salamanca, España. Salamanca.

Giordano, P. C. y Cernkovich, S. A. (2002). Género y conducta antisocial. En D. Stoff, J. Breiling y D. Maser. (Eds.) *Biblioteca de Psicología. Conducta antisocial: Causas, Evaluación y Tratamiento*. (V.2) pp. 630-664. México. Oxford.

Gómez, F. J. y Villar, T. P. (2001). *Los padres y madres ante la Prevención de Conductas Problemáticas en la Adolescencia*. La Aplicación del Programa Construyendo la Salud: Promoción de Habilidades Parentales. CEAPA. España.

González-Forteza, C. y Andrade-Palos, P. (1995). La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. *Salud Mental*. 18(4). pp. 41-48.

González-Forteza, C., Salgado, V. y Rodríguez, E. (1995). Estresores cotidianos y su relación con el malestar emocional en adolescentes mexicanos. *Psicopatología*. 15(1). pp. 8-11.

González-Forteza, C., Andrade-Palos, P., y Jiménez, T. (1997). Estresores cotidianos familiares, sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes mexicanos. *Acta Psiquiátrica y Psicología de América Latina*. 43 (4). pp. 319-326.

González, M. T.; García, G. L. y Tapia, M., E. (2002). Investigación sobre trastornos de conducta antisocial en niños y adolescentes: Avance de resultados y datos preliminares. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*,

5(3). Universidad de Salamanca. Consultado el 15 de septiembre de 2006 en <http://www.aufop.org/publica/reifp/02v5n3.asp>

Greden, J. F. (2003). *Tratamiento de la depresión recidivante*. España.

Gutiérrez, T. (1992). *Estudio de la prevalencia de la depresión infantil un colegio particular para la instrucción primaria de la Ciudad de México. Ensayo de la "Children's Depression Scale" (CDS), Versión española*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Gutiérrez, T., Lara, H., y Contreras, M., (1995). Aplicación del CDS a una muestra de niños sanos de instrucción primaria en la Ciudad de México. *Salud mental*. 18(2). pp. 51-54

Hernández, S. R.; Fernández, C. C.; Baptista, L. P. (2001). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill, México.

Hinshaw, S. P. y Zupan, B. A. (2002). Evaluación del comportamiento antisocial con niños y adolescentes. En D. Stoff, J. Breiling, y D. Maser (Eds.) *Biblioteca de Psicología. Conducta antisocial: Causas, Evaluación y Tratamiento*. (V.1) pp. 36-72 México. Oxford.

Hurlock, E. B. (1987). *Psicología de la adolescencia*. México. Paidós

INEGI (2000). Censo de Población y Vivienda 2000. Consultado el 07 de junio de 2005 en <http://www.ecatepec.gob.mx>

Juárez, G.F., Villatoro, V. J., Fleiz, B. C., Medina-Mora, I. M., Carreño, G. S., Amador, B. N., y Bermúdez, L. P. (2002). Conducta Antisocial, ambiente familiar e interpersonal en estudiantes adolescentes del Distrito Federal. *La Psicología Social en México*. (9). pp. 305-311. AMEPSO. México.

Kamphaus, R. y Frick, P. (2000). *Evaluación clínica de la personalidad y la conducta del niño y del adolescente*. México. Manual Moderno.

Kazdin A. (1988). *Tratamiento de la conducta antisocial en la infancia y la adolescencia*. España. Martínez Roca.

Lang, M. y Tisher, M. (1990). *Cuestionario de Depresión para Niños CDS*. TEA. Madrid.

Ledesma, J. A. y Ledesma, H. C. (1989). Agresividad y Depresión. En A. Ledesma y L. Melero. *Estudios sobre las depresiones*. Salamanca, España. Salamanca.

López, R. A., (2001). *El perfil sociodemográfico de los hogares en México 1976-1997*. Consejo Nacional de Población. México.

Macías, V. G. (1985) Psicoterapia del niño y del adolescente deprimidos. *Salud mental*, 8(4) pp. 3-7.

McCauley, E., Pavlidis, K. y Kendall, K. (2001). Developmental precursors of depression: the child and the social environment. En M. Goodyer (Ed.) *Depressed child and adolescent*. Cambridge, England. Cambridge University.

Marcelli, D. (1992) *Adolescencia y depresión*. España. Masson.

Marcinavicius, M. (2001). Clínica de la depresión en los niños. En L. S. Rojtenberg (ed.) *Depresión y antidepresivos*. Buenos Aires, Argentina. Médica panamericana.

Marks, V. (1981) The regulation off blood glucose. En V. Marks y F. C. Rose (Eds.) *Hypoglycemia*, Blackwell, Oxford.

Martínez, C. G. y Gras, T. M. (2002). Las primeras manifestaciones de la conducta antisocial en la escuela. *Revista electrónica Interuniversitaria de Formación del profesorado*. 5(4). Universidad de Barcelona: Consultado el 15 de septiembre de 2006 en <http://www.aufop.org/publica/reifp/02v5n4.asp>

Masten, G. W., Caldwell-Colbert, A. T., Williams, V., Jerome, W. W., Mosby, L., Barrios, Y. y Helton, J. (2003) Gender differences in depressive symptoms among Mexican adolescents. *Anales de Psicología*. 19(1). pp. 91-95

Mendels, J., (1989). *La depresión*. Barcelona, España. Herder.

Moffitt, T. E. (1993). Adolescence Limited and Life Course-Persistent Antisocial Behavior. A Developmental Taxonomy. *Psychological Review*. (100) 4. pp. 674-701

OMS. (2004). *Depresión*. Consultado el 15 de junio de 2006 en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs265/en/>.

Orozco, J. y Ocampo, L. (2002). *Aumenta la delincuencia Juvenil*. Reforma. 20 de junio de 2002. Consultado el 14 agosto de 2006 en <http://www.reforma.com//ciudaddemexico/articulo/204692>

Parsons, T. (1986). *La sociedad, perspectivas evolutivas y comparativas*. México. Trillas.

Polaino, L. A. (1988a). *Las depresiones*. Madrid, España. Morata

Polaino, L. A. (1988b). *Las depresiones infantiles*. Madrid, España. Morata.

Ramos, L. L., (1994) *Impacto de la experiencia directa de victimización criminal en el miedo a la victimización*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. UNAM.

Rojtenberg, L.S., (2001) *Depresión y antidepresivos*. Buenos Aires, Argentina. Médica panamericana.

Rosenszweig, M. R. y Leiman, A. I. (1999). *Psicología fisiológica*. México. McGraw-Hill.

Rutter, M. y Giller, H. (1988). *Delincuencia juvenil*. España. Martínez de la Roca.

Rutter, M.; Giller, H. y Hagell, A. (2000). *La conducta antisocial de los jóvenes*. Cambridge, England. Cambridge University.

Salín, P. R. (2003). *Manual de prescripción de antidepresivos*. México. McGraw-Hill.

Sayeg, C. (2006) *Magnitud y violencia de la delincuencia en menores*. Revista Fusión. Consultado el 14 de agosto de 2006 en <http://www.revistafusion.com/quees.htm>

Seisdedos, C. N. (2001). *Cuestionario de Conductas Antisociales-Delictivas A-D*. México. Manual Moderno.

Shaffer, H. R. (2000). *Desarrollo social*. México. Siglo XXI.

Shaffer, D. y Waslick, M. D. (2003). *Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes*. España. Ars. Médica.

Shaw, D. y Winslow, E. B. (2002). Precusores y correlatos de la conducta antisocial desde la primera infancia hasta la edad preescolar. En D. Stoff, J. Breiling, D, Maser (Eds.) *Biblioteca de Psicología. Conducta antisocial: Causas, Evaluación y Tratamiento..* (V.3) pp. 723-748. México. Oxford.

Shoenthaler, S. J. (1982). The effects of sugar in the treatment and control of antisocial behavior on and incarcerated juvenile population. *International Journal of Biosocial Research*. 3. pp.1-9.

Shoenthaler, S. J. (1991) Abstracts of early papers on the effects of vitamin and mineral supplementation on I.Q and behavior. *Personality and Individual Differences*. 12, pp. 343-350.

Shoenthaler, S. J. Y W. E. Doraz, (1983) Types off offenses which can be reduced in an institutional setting using nutritional intervention: a preliminary empirical evaluation. *International Journal of Biosocial Research*. 4, pp. 74-84.

Silva, R, A., (2003a). *Conducta antisocial: Un enfoque psicológico*. México. Pax México.

Silva, R, A., (2003b). *Criminología y Conducta antisocial*. México. Pax Mex.

Sobral, J., Romero, E., Luengo, A., y Marzoa, J. (2000). Personalidad y conducta antisocial: amplificadores individuales de los efectos contextuales. *Psicothema*., 12 (4). Universidad de Santiago, España.

Solís, M. R. (1988). *La delincuencia infantil y juvenil*. En Gisbert A. J. (Eds.) *Educación especial*. Colombia. Cincel.

Solloa, G. L. (2001). *Los trastornos psicológicos en el niño. Etiología, características, diagnóstico y tratamiento*. México. Trillas.

Soutullo, E. C. (2005). *Depresión y enfermedad bipolar en niños y adolescentes*. España. Ediciones Universidad de Navarra.

Stoff, M. D.; Breiling, J. y Maser, J. D. (2002). Introducción a la investigación del comportamiento antisocial. En *Biblioteca de Psicología. Conducta antisocial: Causas, Evaluación y Tratamiento*. (V.1). México. Oxford.

Velasco, M. L., y Sinibaldi, J. F., (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia: sistemas, historias y creencias*. México. Manual Moderno.

Viguer, S. P., y Serra, D. E. (1998). *La infancia de fin de siglo. Madres trabajadoras, clima familiar y autonomía*. España. Síntesis.

Villatoro, V. J., Doménech, M., Medina Mora, M. E., Fleiz, C. y Fresán, A., (1997). Percepción de inseguridad social y su relación con el uso de drogas. *Revista mexicana de Psicología*. (14)2. pp. 105-112.

Wicks Nelson, R. (1997) *Psicopatología del niño y del adolescente*. España.

Winnicott, C., Shepherd, R. y Davis, M. (1990) *Deprivación y delincuencia*. Argentina. Paidós.

Yunes, J. (1993). Mortalidad por causas violentas en la región de las américas. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 114 (4). pp. 302-315

Zamora, R. (2002). *Alertan de delincuencia violenta y joven*. Reforma. 6 de junio de 2002. Consultado 14 de agosto de 2006 en <http://www.reforma.com/ciudademexico/articulo/200976/nota>

ANEXOS

ANEXO 1. CDS. (Los reactivos que se presentan a continuación no fueron entregados a los sujetos ya que se presentaron de manera verbal así como las instrucciones.)

Elementos del CDS

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

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

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

25. Me divierto con las cosas que hago.
26. Frecuentemente me siento desgraciado/triste/desdichado.
27. Muchas veces me siento solo y como perdido en el colegio.
28. A menudo me odio a 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 desgraciado por causa de mis tareas escolares.
32. Cuando alguien se enfada conmigo yo me enfado con el.

33. Casi siempre lo paso bien en el colegio.
34. A veces pienso que no vale la pena vivir en esta vida.
35. La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende.

36. A menudo me avergüenzo de mí mismo.
37. Muchas veces me siento muerto por dentro.
38. A veces estoy preocupado por que 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 mí.

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

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

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

ANEXO. 2 Hoja de Respuestas del CDS (La hoja de respuestas fue entregada a cada uno de los sujetos impresa en el anverso)

ANEXO 3. Cuestionario A-D (El cuestionario fue impreso en el reverso de la hoja de respuestas del CDS)