



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA INFANTIL**

**CONSTRUCCIÓN Y PILOTEO DE UNA ESCALA DE TAMIZAJE
PARA EVALUAR SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA
EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
KITZIA ESPINO FIGUEROA**

DIRECTORA:

DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS

COMITÉ TUTORIAL:

MTRA. MARÍA FAYNE ESQUIVEL ANCONA

DRA. MARÍA EMILIA LUCIO GÓMEZ MAQUEO

DRA. LUCY MARÍA REIDL MARTÍNEZ

MTRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ

MÉXICO, D.F.

JULIO 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por formarme académica, profesional y humanamente.

A la Dra. Patricia Andrade Palos, por ser mi guía durante la realización de este trabajo. Gracias Paty por tu paciencia y enseñanzas.

A la Mtra. Fayne Esquivel Ancona, porque mas allá de las tutorías académicas fuiste una gran compañera y amiga.

A la Dra. Lucy Reidl Martínez, por todo lo aprendido.

A la Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo, por ser un gran ejemplo.

A la Dra. Bertha Blum y al Mtro. Juan José Rivera, por todo el aprendizaje académico y humano.

A la Dra. Mercedes Luque y la Mtra. Olga Bustos, por ser un gran apoyo durante la residencia.

A las autoridades del Instituto Nacional de Rehabilitación, especialmente a la Dra. Ma. de los Ángeles Barbosa y a la Dra. Matilde Enriques, por apoyarme en la realización de este proyecto profesional.

Al Dr. Froylán Calderón, por el apoyo y la supervisión.

Al Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, por darme la oportunidad de continuar con este proyecto.

Y especialmente, gracias a todos y cada uno de los niños que me ayudaron en la realización de trabajo regalándome no solo su tiempo, sino sus sonrisas que fueron lo mas valioso.

DEDICATORIAS

A mis padres, por todo el amor recibido.

A mi gran amor Pepe, por ser mi compañero de ruta, mi amigo, mi apoyo y mi amor incondicional.

A mis hermanos (Juan Carlos, Galin y Sonny) por todo el apoyo.

A mis sobrinos (José Carlos, Ponchito y Danny) quienes con una sonrisa me han enseñado lo valioso de la vida. También a Diana y Rodrigo, por tanto cariño.

A mi abue presente (Mamá Conchita), a quien amo profundamente; y a mis abuelos ausentes (Papá Juan, Carlos y Antonia) a quienes siempre llevaré en mi corazón.

A mis tíos y tías, especialmente a mi tía Coqui y mi tía Edith, de quienes he recibido todo lo que he necesitado.

A mis primos y primas, especialmente a Vanessa y Karen, quienes han sido como mis hermanas.

A la Dra. Alma Toledo y al Dr. Héctor Lara Tapia, de quienes he aprendido grandes cosas.

A mis compañeras de la Maestría, quienes hicieron este proceso mucho fácil y divertido. Especialmente a ti Gaby, mención honorífica como amiga.

A mis compañeros y compañeras del INR, especialmente a Laura Mondragón, Margarita, Rayito, Nicté, Alberto y Gerardo.

A los grandes amigos que he tenido en diferentes etapas de mi vida.

Y a todas aquellas personas que me han acompañado durante todo este tiempo.

INDICE

INTRODUCCIÓN	4
1. DEPRESIÓN INFANTIL	21
• Definición	22
• DSM-IV-TR	24
• CIE-10	27
2. CONTRIBUCIONES PSICOANALÍTICAS	
AL ESTUDIO DE LA DEPRESIÓN INFANTIL	29
• Melanie Klein	30
• René Spitz	34
• John Bowlby	37
3. ALTERNATIVAS DE MEDICIÓN	41
• Escala de Birlson (DSRS)	41
• Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)	44
• Children's Depression Inventory (CDI)	47
• Children's Depression Scale (CDS)	49
4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	52
• Objetivo	52
• Pregunta de Investigación	52
• Variables	52
• Definición de Variables	53
• Hipótesis	53
• Tipo de Estudio	54

• Diseño	54
• Método	55
5. RESULTADOS	60
• Análisis de frecuencia de los reactivos	62
• Análisis Factorial	63
• Comparación de Medias	66
• Calificaciones obtenidas en la EDI	69
• Calificaciones obtenidas en la DSRS	71
• Validez Concurrente	72
6. DISCUSIÓN	75
BIBLIOGRAFÍA	79
ANEXO I	83
Instrumento: Escala de Depresión Infantil	
ANEXO II	86
Otros Instrumentos de Medición	

INTRODUCCIÓN

La salud mental infantil es un tema al que probablemente no se le ha dado la importancia que realmente tiene. Si hablamos de tres niveles de atención, la salud mental infantil debería corresponder a un nivel primario, ya que como sabemos el origen de los trastornos mentales adultos se remite a los primeros años de vida.

Sin embargo, y pese a la envergadura del problema, el sistema de salud de nuestro país ofrece opciones limitadas para el tratamiento de trastornos mentales en la infancia, ya que la mayoría de los hospitales, centros e instituciones de salud pública ofrecen este servicio como apoyo y parte del tratamiento integral del paciente y solo algunas de ellas lo ofrecen como primera opción de tratamiento.

En este espacio podría mencionar al Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” y al Centro Integral de Salud Mental (CISAME) como instituciones encargadas de salvaguardar la salud mental infantil, ofreciendo un tratamiento integral en población específica: población infantil por un lado, y trastornos mentales y del comportamiento por otro. Sin embargo, estos servicios resultan insuficientes para la alta demanda de población solicitante; basta con ver la lista de espera de estas instituciones y cuanto tiempo en promedio pasa desde que se solicita una cita hasta que se tiene la primera consulta.

Continuando con el abordaje del inagotable tema de la salud mental en los niños, nos encontramos con la dificultad que se presenta al ver las pocas opciones de formación de profesionistas en esta especialidad. La medicina ofrece la especialidad en psiquiatría y esta a su vez puede subespecializarse en paidopsiquiatría o psiquiatría infantil. La ventaja que esta especialidad ofrece a las instituciones de salud radica en que el tiempo destinado a cada paciente es menor y por tanto, ofrece la posibilidad de atender a un número mayor de casos durante una jornada laboral.

La psicología –que es el abordaje que nos interesa por ser nuestra materia de estudio- se ha desarrollado de manera sorprendente y en la actualidad nos ofrece diversas opciones tanto teóricas como técnicas para el trabajo con niños. Sin embargo, tal y como lo mencioné anteriormente, en México nos encontramos con la limitante relacionada a las pocas opciones de formación y especialización que nos ofrecen las distintas instituciones académicas a nivel de postgrado.

Algunas instituciones académicas han impartido y continúan impartiendo cursos y diplomados de especialización para el abordaje técnico y teórico del trabajo clínico con niños.

La Facultad de Psicología amplía las opciones de oferta en la formación de psicoterapeutas infantiles al incluir dentro de su currícula el programa de Maestría en Psicología con Residencia en Psicoterapia Infantil. Esta, además de ser una de las pocas opciones de formación que el mercado académico nos

ofrece, tiene la característica particular de ser un programa de postgrado profesionalizante al incluir como parte del plan de estudios un programa de residencia.

Dicho programa consiste en desarrollar en la práctica clínica los conocimientos teóricos y técnicos adquiridos dentro de las aulas; asistiendo 12 horas semanales a una institución pública a la que de ahora en adelante denominaremos "sede de residencia". El trabajo a realizar en estas sedes de residencia es básicamente de intervención en población infantil, y en esta generación las sedes fueron: a) Hospital Infantil de México "Federico Gómez", b) Albergue Temporal de la PGJDF, c) Centro Integral de Salud Mental (CISAME), d) Instituto Nacional de Perinatología, e) Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología "Dr. Guillermo Dávila", y f) Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro".

En mi caso las sedes de residencia fueron, durante el primer año el Hospital Infantil de México "Federico Gómez", y el segundo año el Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro". Cabe mencionar aquí que el objetivo es cursar los dos años en una misma sede de residencia, pero en mi caso se tuvo que realizar un cambio debido a que el trabajo realizado durante el primer año en el H.I.M.F.G., no cubría al 100% con lo requerido por el programa.

Antes de describir en este apartado las actividades realizadas en cada una de las sedes de residencia, haré una breve reseña histórica sobre cada una de

ellas; esto con el objetivo de ofrecer un panorama mas amplio sobre la población que se atiende y de esta manera analizar el trabajo realizado con cada tipo de población.

Pretendiendo hacer una descripción cronológica, el Hospital Infantil de México “Federico Gómez” se encuentra ubicado en la calle de Dr. Márquez #162 en la Colonia Doctores. Fue inaugurado el 30 de abril de 1943 y recibe su nombre en febrero de 1980 como reconocimiento a uno de sus fundadores y primer director: el Dr. Federico Gómez.

El objetivo general de la institución es mantenerse como un centro generador de conocimientos mediante la investigación biomédica para impulsar el avance de la pediatría, así como la formación de recursos humanos de alta calidad capaces de desarrollar estas investigaciones, además de proporcionar atención médica de alta especialidad en la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la población infantil del país, sin seguridad social y por lo tanto con los más bajos recursos socioeconómicos.

El trabajo realizado en esta institución fue en el Departamento de Psiquiatría y Medicina del Adolescente, específicamente en el servicio de cardiología y atención a víctimas de abuso sexual.

Inicialmente mis actividades estaban limitadas a la observación de sesiones de juego, las cuales estaban a cargo de la psicóloga adscrita a este servicio.

Posteriormente, empecé a atender pacientes en la modalidad de psicoterapia de juego. Una de las desventajas aquí encontradas está en relación a que por diferentes motivos institucionales, no es posible atender a los pacientes con una frecuencia mínima de una vez por semana.

Cabe mencionar que en el HIMFG, el servicio de psicología es un servicio de apoyo, por lo cual, para que un paciente tenga acceso a este servicio, debe ser canalizado por el médico que esté controlando su padecimiento cardiológico.

El trabajo realizado con niños con padecimientos cardiacos fue un poco mas limitado que con niños de abuso sexual, ya que se tiene el inconveniente de que gran parte de la población son pacientes foráneos, son niños que por su propio diagnóstico tienden a requerir hospitalizaciones frecuentes, estudios invasivos, etc., y aunque esto pareciera ser motivo suficiente para intervenir con apoyo psicológico, es un trabajo que únicamente realiza la psicóloga adscrita al servicio y por tanto, yo no lo pude realizar.

En cuanto al abuso sexual, éste es un criterio de inclusión y aceptación al Hospital, y directamente se canaliza al servicio de Psicología. En este caso, se abre un expediente temporal mientras se le realizan al niño diversas valoraciones y estudios, y si amerita seguimiento, se le abre expediente clínico.

Esta población fue a la que tuve mayor acceso para realizar trabajo en psicoterapia de juego, ya que lamentablemente es muy alta la incidencia de solicitud de apoyo a los servicios de psiquiatría y psicología por este motivo.

La población atendida por abuso sexual fueron niñas de entre cinco y diez años de edad, cuyos abusadores fueron familiares. Contrario a mis propias expectativas, el motivo que ayudó a facilitar el trabajo con estas niñas fue la apertura con la que reconocían y hablaban del tema.

Durante el segundo año académico, las actividades correspondientes a la residencia las desarrollé en el Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”. Este centro se encuentra ubicado en la calle Tecacalo mzn 21 lote 24, en la colonia Ruíz Cortínez.

Los inicios de este centro se remontan al año de 1979, cuando un grupo de profesores encabezados por el Dr. Julián Mac Gregor realizan una investigación en la colonia Ruíz Cortínez con la finalidad de establecer un espacio en el que los estudiantes del área clínica de la Facultad de Psicología pudieran realizar sus prácticas profesionales. Originalmente, este Centro recibe el nombre de “Dr. Oswaldo Robles” y es inaugurado en mayo de 1981.

Años mas tarde y después de haber cumplido con el objetivo para el que fue creado, este Centro es sometido a un proceso de remodelación para ser reinaugurado en marzo de 2002. A partir de entonces, el Centro trabaja hacia el cumplimiento de dos objetivos:

El primero que se refiere a la profesionalización de estudiantes de las diversas áreas de la Psicología y Postgrado, incorporándose en el diseño, desarrollo y

evaluación de programas y proyectos, con base en las problemáticas de la zona.

El segundo que hace referencia a contribuir a la comprensión e incidencia en las problemáticas de la comunidad.

El Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro” ofrece seis programas de intervención psicológica a la población de ocho colonias aledañas. Los programas que actualmente se desarrollan en este Centro son los siguientes:

1. VIOLENCIA: La cual se refiere tanto a la violencia intrafamiliar como al abuso sexual infantil.
2. ADICCIONES: Tratamiento a los consumidores de sustancias adictivas y prevención con adolescentes en riesgo de consumo.
3. PROBLEMAS ESCOLARES Y FAMILIARES: Abarca técnicas de estudio para niños, adolescentes y adultos; así como el programa “escuela para padres”.
4. HÁBITOS: Modificación de hábitos desde un enfoque cognitivo-conductual.
5. SALUD COMUNITARIA Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA: Psicología del deporte en grupos comunitarios.
6. SERVICIOS TERAPÉUTICOS: Atención terapéutica desde diferentes enfoques psicológicos.

Estos servicios están abiertos a la población residente de las colonias Ajusco, Candelaria, Díaz Ordaz, El Reloj, Ruíz Cortínez, San Pedro Tepetlapa, Santa Úrsula Coapa y Santo Domingo. Los usuarios realizan una aportación económica simbólica a cambio de estos servicios.

En mi caso, las actividades de residencia las desarrolle en el programa denominado Servicios Terapéuticos, específicamente en la valoración y tratamiento de niños preescolares y escolares en la modalidad de psicoterapia de juego.

La mayoría de los niños son canalizados por parte de la escuela ya sea para llevar a cabo una evaluación por presentar bajo rendimiento académico, dificultad en el aprendizaje, déficit de atención, entre otros síntomas; o directamente para intervenir terapéuticamente por presentar algún trastorno emocional y/o conductual.

En mi caso las intervenciones se realizaron tanto en terapia individual como en la modalidad de co-terapia, esto con la finalidad de cubrir los objetivos académicos del programa.

Esta práctica clínica me permitió observar que tanto en niños que cursan con alguna enfermedad discapacitante como en aquellos que gozan de buena salud física, es común la presencia de síntomas que refieren a trastornos del estado de ánimo, específicamente de la depresión.

Esta constante observación de sintomatología depresiva en niños escolares me llevó a la siguiente interrogante: ¿en qué momento los síntomas presentes se pueden considerar como significativos para la presencia de un trastorno depresivo? La revisión de la literatura permitió conocer los estudios realizados sobre el tema tanto en México como en otros países, así como la prevalencia de este trastorno y las opciones para evaluarlo.

Así, se plantea que la depresión es uno de los principales padecimientos psiquiátricos a nivel mundial. En América Latina se calcula que en población adulta, la depresión mayor¹ es la decimotercera causa de discapacidad (Murray y López 1996) y se estima que para el año 2020 será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial² (Alarcón y Aguilar-Gaxiola, 2000).

En relación con el género, la literatura revela una mayor tendencia de las mujeres a padecer trastornos depresivos en algún momento de la vida. De acuerdo a los resultados arrojados por encuestas comunitarias en América Latina, el 8.7% de la población reveló haber presentado al menos un episodio depresivo en algún momento de la vida. La frecuencia con que se encontró la presencia de este trastorno en mujeres fue casi el doble con respecto a los hombres (Kohn, Levav, Caldas de Almeida, Vicente, Andrade, Caraveo-Anduaga, Saxena, Saraceno, 2005).

¹ Para considerar un episodio depresivo mayor debe haber un periodo de al menos dos semanas de curso de la enfermedad.

² Se considera que será la principal causa de discapacidad a nivel América Latina para ambos sexos, y en el caso de las mujeres será la principal causa de discapacidad a nivel mundial.

Estudios epidemiológicos latinoamericanos (Andrade et al, 2000; Vicente et al. 2005; Kohn et al. 2005) coinciden en ubicar a la depresión entre los principales padecimientos psiquiátricos. En Colombia ocupa el primer lugar de epidemiología psiquiátrica; en Perú, México³ y Chile el segundo. El Estudio Nacional de Salud Mental y Estilos de Vida en Colombia realizado en el año 2004 (citado por Vinaccia, Gaviria, Atehortúa, Martínez, Trujillo, 2006)⁴ reporta que el 40% de la población adulta ha cursado con algún episodio depresivo a lo largo de su vida.

El Estudio Chileno de Epidemiología Psiquiátrica (Vicente, Rioseco, Valdivia, Kohn, Torres, 2002) ubica a la depresión como el segundo trastorno psiquiátrico presentado con mayor frecuencia tanto en hombres como en mujeres, únicamente por debajo del abuso o dependencia del alcohol en el caso de los hombres, y los trastornos de ansiedad en el caso de las mujeres.

Estos estudios se han basado en población adulta dado que a nivel latinoamericano no se encontraron datos que se refieran a la prevalencia de trastornos depresivos en población infantil⁵. En nuestro país, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica revela que el 2% de la población refiere haber cursado en promedio siete episodios depresivos durante la infancia o adolescencia (Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz-Bautista, Zambrano-Ruiz; 2004). El servicio de epidemiología del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N.

³ En México el primer lugar de epidemiología psiquiátrica está ocupado por el uso o dependencia del alcohol, sin embargo, el alto índice de este trastorno en hombres eleva el porcentaje general, ya que en mujeres la depresión sigue ocupando el primer lugar de demanda de atención psiquiátrica.

⁴ Este estudio indica una prevalencia de sintomatología depresiva del 25.2% en niños escolarizados de entre 8 y 12 años de edad.

⁵ Se encontraron estudios con población escolar que utilizan muestras pequeñas, mas no datos epidemiológicos a nivel nacional.

Navarro” reporta que durante el 2005, la depresión ocupó el segundo lugar de demanda de atención psiquiátrica en niños y adolescentes, únicamente por debajo de los trastornos hipercinéticos⁶.

Sin embargo, y a pesar de estos datos, los trastornos que presentan sintomatología internalizada -como lo es la depresión-, no son considerados por los padres de familia como signo de alarma para buscar atención psicológica y/o psiquiátrica para un hijo (Caraveo, Colmenares, Martínez; 2002). Por lo tanto, gran parte de la población -tanto infantil como adolescente y adulta- no recibe atención profesional, ya sea psicológica y/o psiquiátrica. En tal sentido, la brecha de atención revela un dato alarmante: en México, el 78.2% de la población que ha cursado con depresión mayor no recibió ningún tipo de tratamiento psiquiátrico en el sistema de salud formal (Kohn et al., 2005).

En el caso particular de la población infantil la pobre demanda de atención profesional parece radicar en el poco conocimiento sobre la depresión como un diagnóstico propio de la infancia, ya que generalmente suele relacionarse este trastorno del estado de ánimo, como exclusivo de la población adulta. Sin embargo, hoy en día puede observarse con mayor frecuencia el inicio de trastornos depresivos a menor edad. Por ello, resulta imprescindible la sensibilización de padres, maestros y profesionales de la salud para poder llevar a cabo una detección temprana del padecimiento. Esta última permitirá la intervención terapéutica profesional como forma de prevención tanto de trastornos depresivos como de otro tipo de trastornos en la edad adulta.

⁶ Trastornos de la actividad motora.

Geller, Zimmerman y Williams (2001) realizaron un estudio longitudinal con niños que cursan con trastornos del estado de ánimo, y enumeran cuatro trastornos y/o conductas de riesgo que presentan con mayor frecuencia estos niños al llegar a la adultez; estos son:

- Trastorno bipolar.
- Depresión mayor.
- Trastorno por uso de sustancias.
- Suicidio.

Este caso aislado permite ejemplificar de forma clara la importancia de la detección temprana de sintomatología depresiva. Sin embargo, esto puede resultar menos sencillo de lo que se piensa dado que la depresión infantil forma parte de los trastornos internalizados, es decir, muchos de los síntomas solo los puede percibir el sujeto que lo padece. De la misma manera, los cuadros depresivos difícilmente se presentan solos, por lo que hay que identificar tanto los diagnósticos diferenciales como los diagnósticos que suelen acompañarlos.

Pese a ello, síntomas específicos como el bajo rendimiento escolar (común en trastornos depresivos) pueden llegar a ser motivo suficiente para que padres de familia acudan a demandar atención psicológica y/o psiquiátrica profesional. Contar con un auxiliar diagnóstico de fácil aplicación y calificación que permita discriminar entre la presencia y ausencia de sintomatología depresiva en los niños puede llegar a ser una herramienta útil en la práctica clínica.

El presente trabajo de investigación consiste en la construcción y piloteo de una escala de tamizaje para evaluar la presencia de sintomatología depresiva en niños de 8 a 12 años de edad. La decisión de construir un instrumento que evalúe la depresión infantil está relacionada con el propósito de contar con un auxiliar diagnóstico para la práctica clínica, así como con un auxiliar en la investigación cuantitativa en nuestra disciplina que es la Psicología.

En esta primera fase, se llevó a cabo la construcción y piloteo de los reactivos utilizando como estándar de oro la *Depression Self-Rating Scale* (DSRS) de Birleson. La elección de este instrumento como estándar de oro está justificada por el hallazgo de datos recientes que reportan su utilidad en población escolar, así como porque dicho instrumento evalúa únicamente el constructo depresivo.

En el primer punto se exponen diversas formas en las que diferentes autores a lo largo de la historia han definido la depresión infantil. La intención es brindar un sustento teórico que haga posible una definición operativa de este concepto, como punto de partida de la presente investigación.

En el segundo punto se presenta una breve revisión de los conceptos psicoanalíticos planteados por Klein, Spitz y Bowlby al hablar de la depresión en niños durante la primera infancia, que se presenta como reacción ante la separación y/o temor a la pérdida de la figura materna. Klein plantea el concepto de "Posición Depresiva" como parte del desarrollo normal para hablar de la reacción que presenta el lactante al vivenciar desde su fantasía

omnipotente la destrucción del pecho bueno (madre buena) que lo provee y alimenta. Por su parte, Spitz y Bowlby abordan las diferentes fases que experimentan niños de edades tempranas al ser separados de sus madres por un tiempo mas o menos prolongado, y cuales son las posibles consecuencias a nivel de comportamiento y estructura de personalidad que se puede desarrollar a partir de esta experiencia temprana de privación.

En el tercer punto se presenta una revisión de los instrumentos para evaluar la depresión infantil que se utilizan con mayor frecuencia en nuestro país, pasando por la descripción de los mismos, los estudios que se han hecho en población mexicana de niños y adolescentes para su validación, así como las principales limitaciones que presenta cada uno de ellos.

El cuarto punto describe el diseño de la investigación. Aquí se plantea, en primer lugar, la estrategia metodológica y sus componentes: la pregunta de investigación, el objetivo del proyecto, las hipótesis de trabajo y las variables de análisis, las características de la muestra, y los instrumentos de evaluación aplicados a la población objetivo.

El quinto punto presenta los resultados de la investigación así como las pruebas estadísticas utilizadas para la obtención de los resultados, gráficos e interpretación de los mismos.

Finalmente, en el sexto punto se presenta la discusión de los resultados, con lo cual se comprueba tanto el objetivo de la investigación como las hipótesis de trabajo.

DEPRESIÓN INFANTIL

La depresión es considerada como el trastorno del estado de ánimo que presenta la mas alta prevalencia en población infantil, adolescente y adulta. La Organización Mundial de la Salud (2003) reporta que el 20% de los niños y adolescentes en el mundo cursan (o han cursado) con algún trastorno del estado de ánimo. En el caso particular de la población adolescente, informa que la depresión mayor aumenta el riesgo de consumo de sustancias adictivas, y la combinación de ambas (depresión+consumo de sustancias) aumenta el riesgo de intentos de suicidio y suicidios consumados. En efecto, el suicidio es considerado como la tercera causa de muerte en adolescentes a nivel mundial.

El estudio del trastorno depresivo básicamente se había limitado a la población adulta y no es sino a partir de 1966 cuando el Group for the Advancement of Psychiatry (Polaino-Lorente, 1998) lo incluye entre las alteraciones mentales propias de la infancia.

Al llevar a cabo la revisión de la literatura que permite definir la depresión infantil, nos encontramos con la discrepancia que manejan los diferentes autores entre la similitud y diferencia de la sintomatología de este trastorno en población infantil y adulta.

Definición

Sandler y Joff (1965) citados por Lang y Tisher (1983) hacen referencia a las diferencias entre la depresión clínica de niños con respecto a la de los adultos, mencionando que en los niños no aparecen aquellas formas de depresión que son consecuencia de procesos defensivos y restitutivos mas amplios y, en particular de las introyecciones e identificaciones patológicas que caracterizan la depresión melancólica de tipo neurótico y psicótico.

Polaino-Lorente (1988) considera que la depresión no está todavía perfectamente delimitada a nivel conceptual, al menos en su dimensión clínica. Por tanto, se ha venido dando un uso alternativo a este término. Plantea que la depresión se puede entender como un *síntoma* (humor disfórico), un *síndrome* (y así se habla de cambios motivacionales, cognitivos, afectivos, alteraciones psicomotoras, etc.), o un *desorden*. El humor disfórico puede surgir como un síntoma sin causa aparente, o bien aparecer como respuesta a un desajuste o a una importante pérdida, o incluso manifestarse sin que necesariamente haya de formar parte de un síndrome o desorden depresivo. La depresión, como síndrome clínico, puede presentarse como algo primariamente bien delimitado o como una forma secundaria, asociada a otras alteraciones psicopatológicas (fobias, ansiedad, alcoholismo, etc.). La depresión como desorden clínico tiene implicaciones mas extensas y vagas que el concepto de síndrome depresivo, puesto que no sólo implica la posible existencia de un síndrome depresivo que causa un determinado grado de incapacidad en el sujeto, sino que manifiesta también ciertas características clínicas específicas vinculadas o no a una

historia biográfica concreta, siendo posible correlacionar, en ocasiones, algunos datos biológicos y familiares.

Shaffer y Walisck (2003) mencionan que las manifestaciones clínicas que se presentan con mayor frecuencia al hablar de un trastorno depresivo en niños y adolescentes son los cambios del humor distintos y duraderos (predominantemente disforia e irritabilidad), problemas escolares como pueden ser baja en el rendimiento escolar y ausentismo, incremento en los conflictos familiares caracterizados por relaciones insatisfactorias con padres y hermanos, crisis suicidas que van desde la ideación hasta los atentados contra sí mismo, incremento del abuso de sustancias ilegales (observado con mayor frecuencia en población adolescente), y síntomas somáticos como dolor de cabeza, fatiga crónica, síntomas gastrointestinales y dolor musculoesquelético.

Para fines del presente trabajo, se consideran las definiciones propuestas tanto por el DSM-IV-R como por el CIE-10, cuyos criterios diagnósticos son los internacionalmente aceptados y los cuales fueron utilizados para la construcción de los reactivos de la escala propuesta.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) incluye en su apartado de trastornos del estado de ánimo a los episodios depresivos, trastornos depresivos y trastornos distímicos; los cuales básicamente comparten la sintomatología diagnóstica pero varían en el tiempo durante el cual se ha presentado.

Episodio depresivo mayor

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos dos semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi día a día, durante al menos dos semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante.

Criterios para el episodio depresivo mayor

- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de la capacidad para el placer.

- (1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi día a día según lo indica el propio sujeto (p.ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p.ej., llanto). **Nota:** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
- (2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
- (3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p.ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. **Nota:** En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
- (4) Insomnio o hipersomnia casi cada día.
- (5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
- (6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- (7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
- (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
- (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p.ej., hipotiroidismo)
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p.ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante mas de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10) describe dentro del apartado de los trastornos del humor (afectivos F30-F39) que para el diagnóstico de un episodio depresivo (F32), los síntomas deben tener una historia de al menos dos semanas de duración, con ausencia de síntomas hipomaníacos o maníacos y que el episodio no sea atribuible al abuso de sustancias psicoactivas. Así mismo, se requiere la presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

- 1) Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los

días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.

- 2) Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
- 3) Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

Por lo menos cuatro de los siguientes síntomas adicionales:

- 4) Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- 5) Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
- 6) Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.
- 7) Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
- 8) Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
- 9) Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
- 10) Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

CONTRIBUCIONES PSICOANALÍTICAS AL ESTUDIO DE LA DEPRESIÓN INFANTIL

Diferentes escuelas han estudiado la depresión, pero particularmente el psicoanálisis ha estudiado la depresión y/o la sintomatología depresiva basada en la relación madre-hijo, durante los primeros años de vida del niño.

En este apartado se presenta una breve exposición sobre lo que algunos autores observaron en el comportamiento de los niños pequeños, las cuales van desde la presencia de sintomatología depresiva definida por Melanie Klein como “posición depresiva” y que ha sido descrita como parte del desarrollo normal durante el primer año de vida en el niño; siguiendo con los estudios realizados por Spitz, quien observó la conducta de niños pequeños al ser separados de sus madres y que definió como “depresión anaclítica”; y finalmente una breve revisión de la contribución realizada por Bowlby, quien a partir de la teoría del apego define las conductas presentadas por los infantes al ser separados de sus madres.

Melanie Klein

En 1952, Melanie Klein publica su artículo “Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé”, en el que hace referencia al concepto de

“posición” para definir lo que ocurre en la vida emocional del lactante durante los primeros meses de vida.

El primer trimestre de vida corresponde a lo que Klein denominaría “posición esquizo-paranoide”¹. En esta primera posición el bebé aun no logra diferenciar el sí mismo de la madre; el Yo no está lo suficientemente estructurado y predominan las relaciones de objeto parciales.

La primera relación de objeto para el lactante es la relación con la madre, particularmente con el pecho.² En el proceso de amamantamiento el bebé experimenta sus primeras vivencias de gratificación vs frustración. En el momento que son satisfechas sus necesidades orales de alimentación (experiencia de gratificación), predominan en el lactante las pulsiones libidinales; contrariamente se presenta el predominio de las pulsiones destructivas cuando el bebé tiene que esperar por el pecho (experiencia de frustración).

Son justamente las experiencias de frustración las que despiertan en el bebé las pulsiones destructivas, las cuales en su propia fantasía, tienen como blanco el pecho materno. Como mecanismo de defensa el bebé puede introyectar o proyectar este “pecho malo”; en ambos procesos lo que pretende es controlar los impulsos destructivos de este pecho, que ahora ha adquirido las

¹ En “Notas sobre algunos mecanismos esquizoides” (1946) M. Klein refiere que adoptó el termino “esquizoide” de Fairbain, quien denominaba de esta manera a la fase mas temprana del desarrollo normal del niño. Según el autor, esta primera “posición esquizoide” constituye la base de las enfermedades esquizoides y esquizofrénicas en el adulto.

² Klein sugiere que las pulsiones orales tanto en su forma libidinal como agresiva, están dirigidas hacia el pecho. El “pecho bueno” será el aquel que gratifique; por el contrario, el “pecho malo” será el que frustre.

características destructivas propias de él mismo en su fase de frustración, y que lo convierte en un pecho persecutorio que busca destruirlo a él.

Este temor al pecho persecutorio y que por retaliación busque destruir tanto al Yo como al objeto ideal (pecho bueno), desata en el bebé una ansiedad de tipo persecutorio. Esta ansiedad persecutoria y el temor a ser atacado por el pecho malo, únicamente se contrarresta cuando surge una nueva experiencia gratificadora.

La alternancia entre experiencias de frustración que desatan la ansiedad persecutoria, y las experiencias de gratificación que alivian esta ansiedad, participan directamente como auxiliar en el logro de una mayor integración del Yo del lactante. Esto se produce cuando las experiencias de gratificación predominan sobre las de frustración; lo cual transforma la ansiedad persecutoria en una ansiedad de tipo depresivo que orilla al lactante a buscar reparar maníacamente el objeto bueno dañado por temor a destruirlo. Esto abre paso a lo que Melanie Klein denomina “posición depresiva”.

Para la segunda mitad del primer año de vida, el Yo del bebé ha logrado una mayor integración. Esta integración le permite unificar a los objetos bueno y malo que predominaban en la posición esquizo-paranoide, en un solo objeto (persona) con características buenas y malas.

El logro de la integración del objeto y la percepción de objetos totales en lugar de parciales, que se ha logrado por el predominio de las experiencias buenas

sobre las malas, es lo que caracteriza a la posición depresiva. Tal y como lo cita Melanie Klein (1952) "...cuando el bebé introyecta una realidad externa mas tranquilizadora, mejora su mundo interno; y esto a su vez por proyección mejora la imagen del mundo externo. Por lo tanto, gradualmente, a medida que el bebé reintroyecta una y otra vez un mundo externo mas realista y tranquilizador, y también, en cierta medida, establece dentro de sí objetos totales e indemnes, se producen progresos esenciales en la organización del superyó".³

En esta posición, el bebé se ha dado cuenta que la madre (y por consiguiente el pecho) son la misma persona que le ha despertado sentimientos de amor y odio, experiencias de frustración y gratificación; y por tanto, esa madre a la que ama y que gratifica, es la misma persona a quien ha odiado y ha buscado destruir en sus fantasías oral-canibalísticas.

El enfrentar esta realidad, despierta en el bebé ansiedad producto de sus propios conflictos de ambivalencia, sin embargo, durante esta posición predomina la ansiedad de tipo depresivo como consecuencia del temor de haber dañado al objeto que ama y del que depende totalmente: la madre. Aquí surgen nuevos sentimientos en el bebé que no eran conocidos durante la posición anterior: la culpa y la necesidad de reparación.

El bebé experimenta un estado de duelo por la fantasía de pérdida y de haber dañado al objeto amado con su propia destructividad. La culpa aparece como un sentimiento de pérdida irreparable, ya que en la medida que el bebé integra

³ M. Klein "Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé" (1952) Pag. 83.

dentro de sí objetos buenos idealizados, se produce un progreso notable en la integración del Superyó.

Cuando el bebé se da cuenta que la madre permanece y que continúa teniendo experiencias de gratificación, también se da cuenta que puede *reparar* al objeto dañado. Durante la posición depresiva, los mecanismos de reparación se presentan de forma maníaca, es decir, el bebé realiza intentos desesperados por devolverle su integridad al objeto bueno dañado y de esta manera, poderlo recuperar; así, el bebé recupera externa e internamente sus objetos buenos dañados.

El bebé se percibe como un ser independiente con una existencia propia, lo cual es un claro indicador del grado de madurez que ha alcanzado el Yo. Al mismo tiempo, a lo largo del desarrollo y elaboración de la posición depresiva el Yo se fortalece, gracias al crecimiento y la asimilación de objetos buenos introyectados en el Yo y el Superyó⁴.

La resolución de la posición depresiva puede garantizar en el niño una estructura de personalidad de tipo neurótico, en donde el bebé adquiere la capacidad de amar, de reconocer sus propios impulsos y tolerar la culpa (Segal, H., 1994). Por el contrario, el predominio de experiencias de frustración durante los primeros meses de vida y la regresión una y otra vez a la posición esquizo-paranoide, dificulta la integración del sentido de realidad y puede determinar una estructura de personalidad de tipo psicótico.

⁴ Hanna Segal. "Introducción a la obra de Melanie Klein", Ed. Paidós, 2ª ed., 1994

René Spitz

La contribución de Spitz al estudio de la depresión se basa en la introducción de los términos “depresión anaclítica” y “hospitalismo”. En principio, realiza un estudio a largo plazo que consiste en la observación de la conducta de 123 niños⁵ que fueron ingresados a una casa cuna después de haber experimentado una buena relación madre-hijo.

La característica común que compartían estos niños era justamente que después de haber desarrollado una buena relación con sus madres, eran separados de ellas entre el sexto y el octavo mes de vida, por periodos de tres a cinco meses. Spitz (1965) observa que el bebé comienza a presentar paulatinamente cambios en el comportamiento a partir de la ausencia materna, a pesar de otorgarle un sustituto materno que resulta insuficiente.

El autor describe de la siguiente manera el progreso de la sintomatología desarrollada por el niño durante el periodo de privación materna:

Primer mes: Los niños se vuelven llorones, exigentes, tienden a asirse al observador, cuando éste logra hacer contacto con ellos.

Segundo mes: El lloriqueo muchas veces se cambia en gemidos. Se inicia la pérdida de peso. Hay una detención en el índice de desarrollo.

⁵ Spitz (1965) hace referencia en su libro “El primer año de vida en el niño”, que este estudio se realizó originalmente en 1946, y posteriormente fue incluyendo un mayor número de sujetos a la muestra.

Tercer mes: Los niños se niegan al contacto. Yacen postrados en sus camitas la mayor parte del tiempo, indicio patognomónico. Se inicia el insomnio; prosigue la pérdida de peso. Hay una tendencia a contraer enfermedades intercurrentes; el retraso motor se generaliza. Se inicia la rigidez facial.

Spitz denomina a este síndrome privación emocional parcial o “*depresión anaclítica*”⁶, debido a que “la sintomatología y la expresión facial de esos infantes, recordaba grandemente la que se encuentra en los adultos que padecen de depresión”.⁷ De la misma manera, refiere que la separación materna por un lapso de tres y hasta cinco meses desarrolla en el bebé la sintomatología antes descrita, especificando que esta sintomatología puede ser en parte reversible siempre y cuando el periodo de separación no sea mayor a cinco meses.

Cuando el periodo de separación materna se prolonga mas allá de los cinco meses, el niño desarrolla otra sintomatología, cayendo en lo que Spitz denomina privación emocional total u “*hospitalismo*”⁸. En este tipo de privación, el menor desarrolla un empeoramiento de los síntomas cuya condición es prácticamente irreversible. El empeoramiento de los síntomas van desde la detención del índice de desarrollo hasta el marasmo y la muerte. Spitz (1965) describe las características observadas durante un periodo prolongado de tiempo en estos niños, iniciando con la evidencia de un retraso psicomotor en su totalidad y un descenso progresivo en el índice de desarrollo, el comportamiento del niño es totalmente pasivo, prácticamente se encuentran

⁶ Este término lo utiliza desde 1946.

⁷ René Spitz (1965) “El primer año de vida en el niño”. Pag. 200

⁸ Este término lo introduce en 1945.

postrados boca arriba en sus camas, su rostro se torna inexpresivo, presenta una coordinación ocular deficiente, sus funciones psicológicas se tornan disfuncionales, presenta manifestaciones psicósomáticas, hay una mayor propensión a adquirir enfermedades, y finalmente, un alto índice de probabilidades de no sobrevivencia.

John Bowlby

El trabajo de Bowlby se basa en el desarrollo de la teoría del apego al observar la conducta que presentan tanto primates no humanos como infantes humanos en su relación con la madre.

Con base en esto y con la idea de dar respuesta a la interrogante planteada por diversos autores hasta ese momento, sobre si la temprana infancia y las experiencias de un individuo durante la lactancia y la niñez predisponen o no el desarrollo de una enfermedad mental durante la adultez; Bowlby lleva a cabo un trabajo de investigación que tiene como objetivo “comprender el efecto que la pérdida de cuidados maternos en la temprana infancia ejerce sobre el desarrollo de la personalidad” (Bowlby, 1979).

Bowlby propone que durante el primer año de vida el lactante desarrolla un apego único e inconfundible con la figura materna. Posteriormente, aunque el niño logre identificar otras figuras familiares (como pueden ser el padre o la abuela) como seguras y protectoras, la madre continúa siendo la principal figura de apego. La separación momentánea de la madre lleva al niño a presentar reacciones de desagrado y protesta, aún cuando se encuentre al

cuidado de otro familiar. Sin embargo, estas rupturas del vínculo primario no son el común denominador en las relaciones madre-hijo, ya que estas suelen presentarse cuando ocurre una hospitalización o el fallecimiento.

Bowlby observa el comportamiento de niños sanos entre el segundo y tercer año de vida que han sido separados de sus madres y de todo su entorno familiar al ser ingresados en una guardería o en un hospital durante un tiempo limitado, mantenidos al cuidado de personas hasta ese momento desconocidas para ellos.

De acuerdo a la secuencia de comportamientos presentados por los niños en diferentes momentos de la separación, Bowlby define tres fases por las que atraviesa el niño con respecto a su madre:

1. Fase de protesta: La cual se caracteriza por un llanto constante en donde el niño pide furioso que vuelva su madre, esperando a que su petición tenga éxito.
2. Fase de desesperación: El niño continúa preocupado por la ausencia materna, sin embargo, se muestra aparentemente tranquilo en espera de su regreso aunque comienza a perder las esperanzas de que esto suceda.
3. Fase de desapego: El niño parece olvidar a su madre y cuando ésta regresa se muestra aparentemente desinteresado por ella. Incluso puede no reconocerla o rechazarla.

La reintegración del niño al hogar va a depender tanto de la fase que se haya alcanzado por éste durante el período de separación, como de la frecuencia de las visitas por parte de los padres. Si la separación ha sido mayor a seis meses o las separaciones se han dado de un modo repetido durante un tiempo prolongado, es probable que la fase de desapego permanezca y el niño no pueda volver a involucrarse afectivamente con sus padres.

En este momento, Bowlby introduce el concepto de *duelo* al hablar del proceso por el que atraviesa el niño cuando pierde a la persona amada. Para este autor, el proceso de duelo que experimenta un niño al sufrir una pérdida importante e inesperada, como puede ser la separación materna, es similar al experimentado por el adulto; atravesando por fases similares a las descritas anteriormente. Sin embargo, propone que la diferencia entre ambas poblaciones radica en que a menor edad mayor probabilidad de vivenciar un duelo no patológico, ya que en la temprana infancia es más fácil que surja un proceso de desapego afectivo de la (o las) figura perdida y desarrollen por consiguiente pautas de apego con nuevas figuras que brinden atención y cuidados.

ALTERNATIVAS DE MEDICIÓN

En nuestro país contamos con diversos instrumentos que evalúan sintomatología depresiva. Son escalas que han sido construidas y validadas con y para población infantil y adolescente, sin embargo por tratarse de instrumentos extranjeros, en México se han tenido que realizar investigaciones para determinar la validez y confiabilidad de los diferentes instrumentos en nuestra población.

En este apartado, se realizará una descripción de los instrumentos que se utilizan con mayor frecuencia en México tanto para la práctica clínica como para la investigación, y que evalúan sintomatología depresiva. De la misma manera se expondrán las limitaciones de cada uno de ellos, con lo cual se busca justificar la importancia y relevancia de la construcción de la escala que tiene por finalidad este trabajo.

Escala de Birleson (DSRS)

La Depression Self-Rating Scale (DSRS por sus siglas en inglés) consta de 18 reactivos, 10 de ellos redactados en forma positiva y 8 en forma negativa. Su autor, Peter Birleson, parte de un concepto operacional de la depresión infantil para la elaboración de este instrumento al incluir los síntomas afectivos, cognitivos y somáticos de la depresión. Originalmente, la DSRS está diseñada para evaluar la presencia y severidad de sintomatología depresiva en niños de

7 a 13 años, sin embargo, estudios posteriores han demostrado su utilidad y validez en población adolescente.

En México, De la Peña y cols. (1996) realizan un estudio para demostrar la validez de constructo y criterio externo de este instrumento en población adolescente (entre 13 y 19 años de edad). La muestra estuvo comprendida por 349 adolescentes divididos en dos grupos: 138 sujetos que comprendían la población clínica y 211 que comprendían la población abierta. Para la población clínica se utilizó como estándar de oro una entrevista semiestructurada diseñada para esta investigación y basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV.

Los resultados revelaron que la utilización de este instrumento como prueba diagnóstica presenta un equilibrio máximo entre sensibilidad y especificidad cuando los puntos de cortes fueron entre 14 y 15. Así mismo, se evaluó la consistencia interna mediante la prueba de Alfa de Cronbach obteniendo un valor alfa de 0.85 para la población clínica y de 0.77 para la población abierta.

En cuanto a las características demográficas de la población se encontraron diferencias significativas con respecto a la variable sexo, con mayores puntajes para las mujeres. La variable escolaridad no reveló diferencias estadísticamente significativas.

En 2005, León Mejía realiza un estudio para obtener la validez concurrente entre la DSRS de Birleson y la CDI de Kovacs, utilizando población escolar

entre los 8 y 12 años de edad. En este trabajo se evalúan con ambos instrumentos a un grupo de 149 niños y niñas pertenecientes a la población clínica y otro grupo de 150 niños y niñas pertenecientes a la población escolar. Para la población clínica se utilizó como estándar de oro los criterios del DSM-IV para el diagnóstico de depresión.

Se utilizó el punto de corte en 14 obteniendo una sensibilidad del 66% y una especificidad del 70%. Sin embargo, la autora hace referencia a que la utilización de un punto de corte menor aumentaría los niveles de sensibilidad y especificidad de este instrumento. La consistencia interna evaluada mediante la prueba de Alfa de Cronbach fue de 0.79.

Los resultados revelan diferencias significativas en cuanto a la variable sexo, al obtener puntajes mas altos las niñas que los niños. Respecto a la edad, no se reportan diferencias.

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)

La CES-D es un instrumento que evalúa la presencia de sintomatología depresiva durante la semana anterior a su aplicación; está conformada por 20 reactivos, 16 redactados en forma positiva y 4 en forma negativa.

Esta escala fue construida originalmente por Leonore Radloff en 1977 para evaluar sintomatología depresiva en adultos, y los reactivos incluidos fueron tomados de otras escalas que habían mostrado su validez para medir depresión en esta población. Posteriormente, en el año de 1980, Helen

Orvaschel (citado por Ezpeleta L, Doménech E. y Polaino A., 1988) realiza modificaciones a la escala para hacer mas comprensibles los reactivos y adaptarla a población tanto infantil como adolescente. Este estudio demuestra la validez y confiabilidad de la CES-D en esta población.

En nuestro país se han realizado estudios para determinar la validez y confiabilidad de la CES-D en población tanto adolescente (Mariño y cols., 1993) como en peri-púberes (Benjet y cols, 1999).

Mariño y cols. (1993) realizaron un estudio para determinar la confiabilidad y estructura factorial de la CES-D en una muestra de 873 adolescentes mexicanos, estudiantes de secundaria y bachillerato, cuyas edades oscilaban entre los 11 y 21 años de edad. Los resultados revelaron un alto nivel de confiabilidad (Coeficiente Alfa de .88) para la utilización de este instrumento en la población adolescente. La estructura factorial se definió adecuadamente en tres subescalas: *Afecto Negativo*, *Síntomas Somáticos* y *Afecto Positivo*.

Un aporte importante de este estudio es el establecimiento de un nuevo punto de corte para la utilización de este instrumento en población adolescente, variando de 16 (punto de corte tradicionalmente utilizado) a 27 (este nuevo punto de corte se establece a partir del puntaje obtenido una desviación estándar por arriba de la media).

Respecto a las diferencias en los puntajes obtenidos entre hombres y mujeres se observó que al utilizar un punto de corte mayor, la diferencia fue mas

significativa. Al utilizar como punto de corte el 16, la presencia de sintomatología depresiva estuvo dividida en un 56.5% para las mujeres y 43.5% para los hombres; mientras que al utilizar como punto de corte el 27 la diferencia se elevó a un 67% para la mujeres contra un 33% para los hombres.

Por otra parte, Benjet y cols. (1999) realizaron un estudio para determinar la validez y confiabilidad de la CES-D en peri-púberes, con una muestra de 1,096 alumnos de quinto y sexto grado de primaria, y de primero de secundaria de cuatro escuelas públicas y tres privadas; así como 71 pacientes del departamento de Psiquiatría y Medicina del Adolescente del Hospital Infantil de México "Federico Gómez". El rango de edad osciló entre los 9 y los 14 años, con una promedio de edad de 11.8 años para los escolares y 12.2 años para los psiquiátricos.

La población se dividió en dos grupos: púberes e impúberes –de acuerdo al grado de desarrollo que presenten- y en ambos grupos los resultados revelaron puntajes significativamente mas altos en el grupo de las mujeres con respecto a los hombres. De la misma forma, se presentaron puntajes mayores en el grupo de los púberes de ambos sexos.

Por tanto, se puede considerar a la CES-D como un instrumento válido y confiable para medir sintomatología depresiva en población mexicana de peri-púberes. Se obtuvo la validez concurrente del instrumento al comparar los resultados obtenidos entre la población clínica y no clínica. Los resultados

presentados muestran que la CES-D discrimina entre el diagnóstico de depresión y otros diagnósticos psiquiátricos, excepto el de ansiedad.

Si bien es cierto que la literatura revela que los diagnósticos de depresión y ansiedad generalmente van de la mano, también es cierto que son trastornos independientes y como tal deben tratarse. Este punto se considera una de las principales limitaciones de este instrumento: el no discriminar entre la sintomatología depresiva y la sintomatología ansiosa.

Otra limitación importante de la CES-D es que en los estudios realizados en nuestro país ha demostrado ser un instrumento confiable para evaluar sintomatología depresiva en población adolescente, mas no se reportan datos de validez y confiabilidad en población infantil.

Children's Depression Inventory (CDI)

El CDI de Kovacs (1977) es un instrumento que se utiliza para evaluar alteraciones afectivas y sintomatología depresiva en niños y adolescentes. Consta de 27 reactivos con tres opciones de respuesta alternativas que se califican de 0 a 2, de las cuales el niño elige cual es su situación emocional en las últimas dos semanas.

La autora parte del Inventario de Depresión de Beck para adultos e incluye síntomas depresivos tales como alteraciones del humor, capacidad hedónica, alteraciones del sueño y del apetito, sentimientos de culpa, entre otros.

Como se mencionó en párrafos anteriores, en nuestro país se realizó un estudio de validez concurrente entre el CDI y el BSRS (León, 2005). El puntaje obtenido en la prueba de Alfa de Cronbach para este instrumento fue de 0.86. El punto de corte utilizado fue de 19 y se obtuvo una sensibilidad del 66% y una especificidad del 70%.

En España, Del Barrio y cols. (2002) realizaron la primera adaptación de la versión abreviada del CDI (CDI-S), el cual consta de 10 reactivos tomados de los 27 de Kovacs. Los reactivos que conforman esta versión abreviada del CDI con sus tres respectivas opciones de respuesta son:

1. Estoy triste siempre.
2. Nunca me saldrá nada bien.
3. Todo lo hago mal.
4. Me odio.
5. Tengo ganas de llorar todos los días.
6. Las cosas me preocupan siempre.
7. Soy feo.
8. Me siento solo siempre.
9. No tengo amigos.
10. Nadie me quiere.

Los resultados revelan que la consistencia interna del instrumento obtenido mediante la prueba de Alfa de Cronbach es de 0.71, y la validez concurrente entre la versión abreviada y la versión original de 27 reactivos de la cual

procede es de 0.89; con lo cual se concluye que las características psicométricas del CDI-S son paralelas a las del CDI de 27 reactivos.

Por otra parte, los autores proponen un punto de corte diferente en función de la edad, estableciendo 7.04 para las edades comprendidas entre 9 y 11 años y de 8.24 para las edades comprendidas entre 12 y 15 años. Esto en función que los resultados revelaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de edad, lo cual propone que a mayor edad hay mayor índice de sintomatología depresiva reflejada en puntajes mayores. En función del sexo, este estudio también revela diferencias estadísticamente significativas al reportar puntajes mas altos para el grupo de las mujeres en relación a los puntajes obtenidos por los hombres.

Children's Depression Scale (CDS)

El Cuestionario de Depresión para Niños (CDS por sus siglas en inglés) de Lang y Tisher (1978) es el primer instrumento que se conoce para evaluar la depresión en niños que se construyó específicamente para esta población y no a partir de un cuestionario para adultos. En 1983 se realiza la adaptación y validación al español para población española.

Las autoras parten de diferentes conceptos operativos (respuesta afectiva, autoconcepto negativo, disminución de la productividad mental y de los impulsos, preocupaciones, problemas de agresión) recopilados de la literatura para definir los elementos que integrarán el concepto de depresión infantil a

partir del cual se realiza la construcción de los reactivos que conformarán el cuestionario.

El CDS está conformado por 66 reactivos, 48 de ellos pertenecientes a la escala de depresión y los 18 restantes a la escala positiva. A su vez, estas dos grandes dimensiones se dividen en diferentes subescalas descritas de la siguiente manera:

Total Depresivo

RA: Respuesta afectiva.

PS: Problemas Sociales.

AE: Autoestima.

PM: Preocupación por la muerte.

SC: Sentimiento de culpabilidad.

DV: Depresivos varios.

Total Positivo

AA: Ánimo-alegría.

PV: Positivos varios.

Sin embargo, y a pesar de incluir múltiples dimensiones para evaluar el constructo depresivo, este instrumento presenta limitaciones importantes. Una de ellas es que es un cuestionario demasiado extenso para ser aplicado a población infantil. En segundo lugar, este instrumento no solo evalúa sintomatología depresiva, sino que también evalúa sintomatología ansiosa.

Este punto se puede considerar una limitante y una desventaja importante de este instrumento en la medida en que no discrimina entre estos dos trastornos. Finalmente, y para fines de este trabajo, la limitante mas importante que encontramos en este instrumento, es que no se reportan datos de validez y confiabilidad con y para población mexicana.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO

Realizar la construcción y piloteo de una escala de tamizaje para evaluar sintomatología depresiva en escolares de 8 a 12 años, que permita discriminar a niños con sintomatología depresiva de aquellos sin sintomatología depresiva.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿La Escala de Depresión Infantil permite discriminar entre niños con sintomatología depresiva y niños sin sintomatología depresiva?

VARIABLES

V.D. Depresión Infantil.

Se clasificará la población en dos grupos de acuerdo al puntaje obtenido en la escala utilizada como estándar de oro:

- Grupo 1. Niños sin sintomatología depresiva
- Grupo 2. Niños con sintomatología depresiva

DEFINICIÓN DE VARIABLES

DEPRESIÓN INFANTIL: La depresión infantil se define como un trastorno del estado de ánimo que presenta sintomatología clínica relacionada con el predominio del estado de ánimo depresivo, pérdida de la capacidad para sentir placer, devaluación del sí mismo, sentimientos de culpa excesivos o inapropiados, alteraciones en el sueño, disminución del apetito, baja en el rendimiento escolar, fatiga, pensamientos recurrentes de muerte y/o suicidio.

NIÑOS SIN SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA: Se consideran niños sin sintomatología depresiva todos aquellos que obtienen un puntaje inferior al punto de corte (14 puntos) en la escala utilizada como estándar de oro (DSRS).

NIÑOS CON SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA: Se consideran niños con sintomatología depresiva todos aquellos que obtienen un puntaje por arriba del punto de corte (14 puntos) en la escala utilizada como estándar de oro (DSRS).

HIPÓTESIS

H.I. Los niños con presencia de sintomatología depresiva obtendrán puntajes significativamente mas altos en la Escala de Depresión Infantil que aquellos sin sintomatología depresiva.

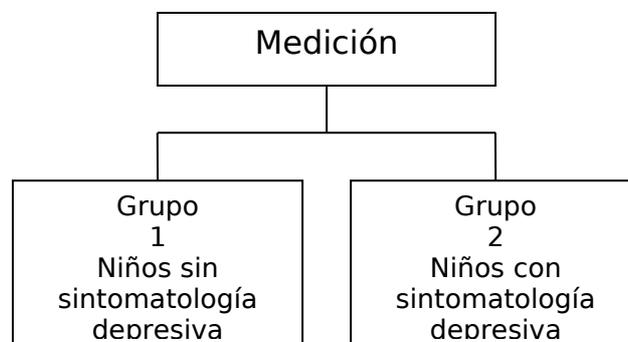
H.O. Los niños con presencia de sintomatología depresiva no obtendrán puntajes significativamente mas altos en la Escala de Depresión Infantil que aquellos sin sintomatología depresiva.

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio **no experimental** debido a que no se realiza una manipulación deliberada de las variables, si no que se analizan los resultados de la medición. Es **transversal** porque solo se hace una medición única en el tiempo, y **de campo** debido a que las aplicaciones del instrumento de medición se realizan directamente en el lugar donde se encuentre la población objetivo a evaluar.

DISEÑO

Se trata de un diseño **no experimental de dos grupos** ya que las variables no fueron manipuladas y la población se dividió en dos grupos: niños sin sintomatología depresiva y niños con sintomatología depresiva.



MÉTODO

a) Participantes

Los participantes en el presente trabajo fueron 238 niños y niñas de entre 8 y 12 años de edad que cursan de segundo a sexto grado de primaria en una Escuela Primaria Pública del Distrito Federal.

Se solicitó por escrito la autorización a la directora del plantel educativo para la aplicación de los cuestionarios. Esta aplicación se llevó a cabo dentro de los salones y horario de clases, y en presencia del maestro(a).

Se incluyeron en la muestra aquellos sujetos que saben leer y escribir (debido a que los instrumentos son auto aplicables), que respondieron adecuadamente ambos instrumentos, que se incluyen dentro del rango de edad estudiado, y que no se encuentren bajo ningún tipo de tratamiento de índole psicológico, psiquiátrico o neurológico.

b) Instrumentos

Para realizar este trabajo se desarrolló una escala de tamizaje para evaluar la presencia de sintomatología depresiva en escolares de 8 a 12 años. En un primer momento se llevó a cabo la redacción de los reactivos con base en los criterios diagnósticos establecidos por los manuales diagnósticos internacionalmente aceptados: el DSM-IV-TR y el CIE-10. Estos reactivos fueron sometidos a consideración de 20 jueces expertos, quienes evaluaron si estos correspondían a los criterios diagnósticos establecidos. Previamente, se realizó un jueceo en donde 25 especialistas determinaron cuales son los síntomas y manifestaciones conductuales que observan con mayor frecuencia en los niños que cursan con un trastorno depresivo dentro de la práctica clínica.

Los criterios que se incluyeron en la elaboración de este instrumento fueron:

1. Estado de ánimo depresivo que puede ser irritable.
2. Capacidad hedónica.

3. Autoestima y sentimientos de culpa excesivos o inapropiados.
4. Alteraciones del sueño y fatiga.
5. Alteraciones de la alimentación.
6. Baja en el rendimiento escolar.
7. Pensamientos de muerte y/o suicidio.

Estos siete criterios se obtienen a partir de la unificación de los descritos por el DSM-IV-TR y por el CIE-10.

Por otra parte, se excluyen los síntomas y/o criterios diagnósticos que pueden generar confusión debido a que se comparten o resultan muy similares a los considerados para el diagnóstico de otros trastornos.

En primer lugar, dentro de las *alteraciones de la actividad motriz*, se excluye la *agitación motriz* debido a su similitud con el comportamiento hiperactivo descrito en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. También por su similitud con otro síntoma característico de este trastorno, se excluye la *dificultad para mantener la atención y concentración*.

Dentro de las *alteraciones de la alimentación*, se excluye el *aumento del apetito*, debido a que también se considera como síntoma del trastorno de ansiedad. Finalmente, también por compartir síntomas con el trastorno de ansiedad, se excluyen los *síntomas psicósomáticos*.

Así mismo, se utilizó como estándar de oro la aplicación de la Escala de Birleson (DSRS) en ambas poblaciones con la finalidad de discriminar a los sujetos que se incluyen dentro de cada grupo de acuerdo al puntaje obtenido en la calificación.

La elección de este instrumento como estándar de oro radica en que recientemente (León, 2005) se demostró su utilidad en población escolar (que es nuestra población estudio), así como en que ha demostrado ser un instrumento unidimensional, es decir, que únicamente evalúa el constructo depresivo.

De la misma forma, en estudios realizados en países latinoamericanos se demostró la validez de este instrumento con población infantil (Álvarez, Guajardo, Messen, 1986; Vivar, Pacheco, Adrianzen, Macciota, Marchena, 2005).

c) Procedimiento

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo en una Escuela Primaria Pública del Distrito Federal, con previa autorización por escrito de la directora del plantel y de cada uno de los profesores encargados de los grupos donde se hicieron las aplicaciones.

La aplicación de los instrumentos fue de manera colectiva en cada grupo y siempre en presencia del profesor(a), quien estaba enterado previamente del procedimiento a seguir y la finalidad del estudio. Se explicaron las instrucciones

sobre como responder cada uno de los cuestionarios de la misma forma en cada grupo, y cada niño respondió individualmente.

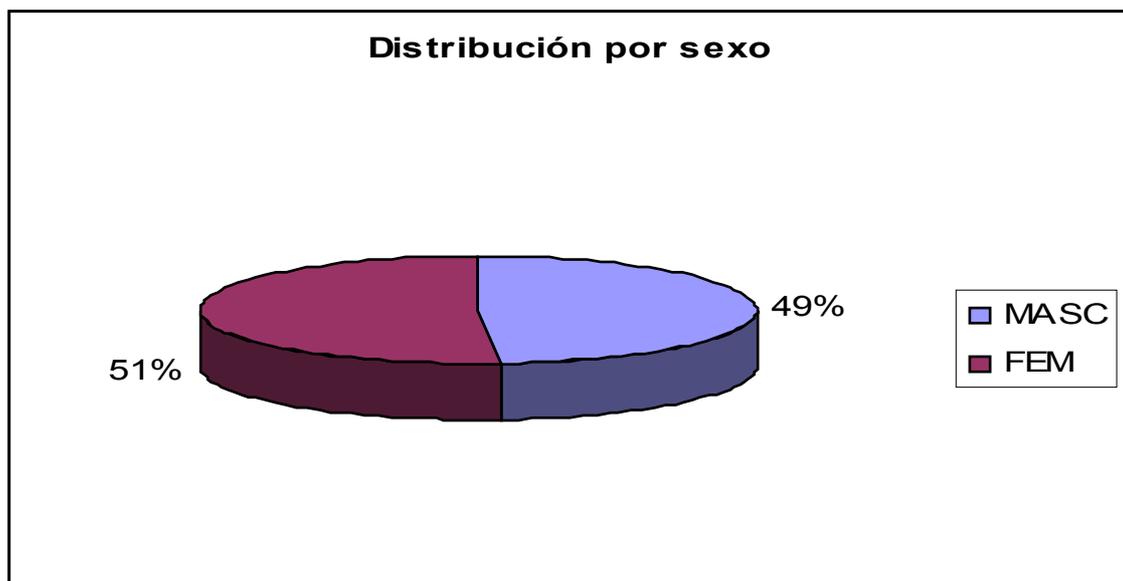
Se calificaron ambos instrumentos y se vaciaron los puntajes obtenidos en cada respuesta en una base de datos, para después realizar las pruebas estadísticas necesarias para conocer los resultados.

RESULTADOS

En este punto se expondrán los resultados obtenidos en el análisis estadístico utilizando el *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS).

En primer lugar se realizó un análisis de frecuencias para conocer la distribución de la población de acuerdo al sexo, edad y escolaridad. El gráfico 1 refleja que la muestra presentó una distribución equitativa en cuanto a la variable sexo, la cual quedó conformada con similar número de niñas que de niños.

Gráfico 1: Distribución de la población de acuerdo al sexo.



El rango de edad que se tomó en cuenta para el estudio va de los 8 a los 12 años (ver gráfico 2) y la escolaridad de acuerdo al grado que se estaba cursando al momento de la aplicación va de segundo a sexto grado (ver gráfico 3). Como puede observarse, hay ligeramente un mayor número de niños de 9 años que en el resto de las edades y por consiguiente, un mayor número de niños cursando el tercer grado de primaria. Por el contrario, la menor cantidad de sujetos se encontró dentro de los 12 años de edad y cursando el sexto grado.

Gráfico 2: Distribución de la población por edades.

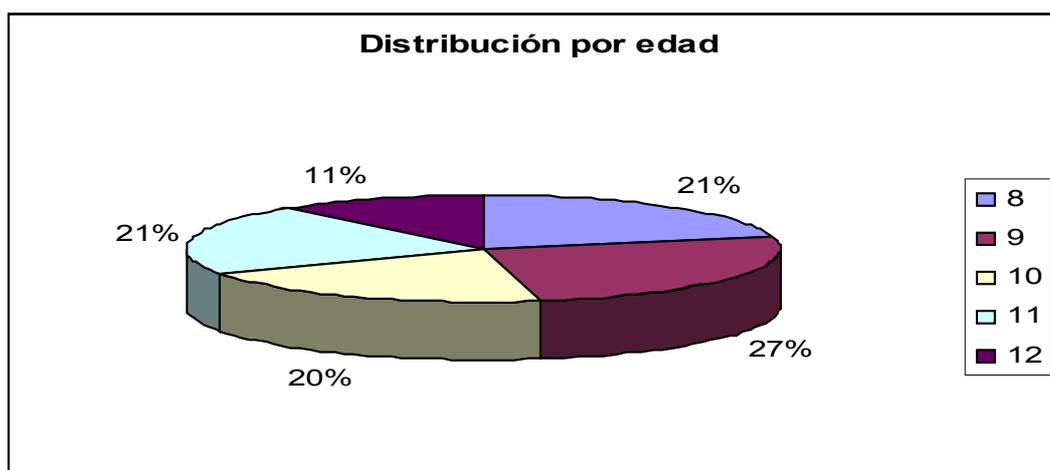
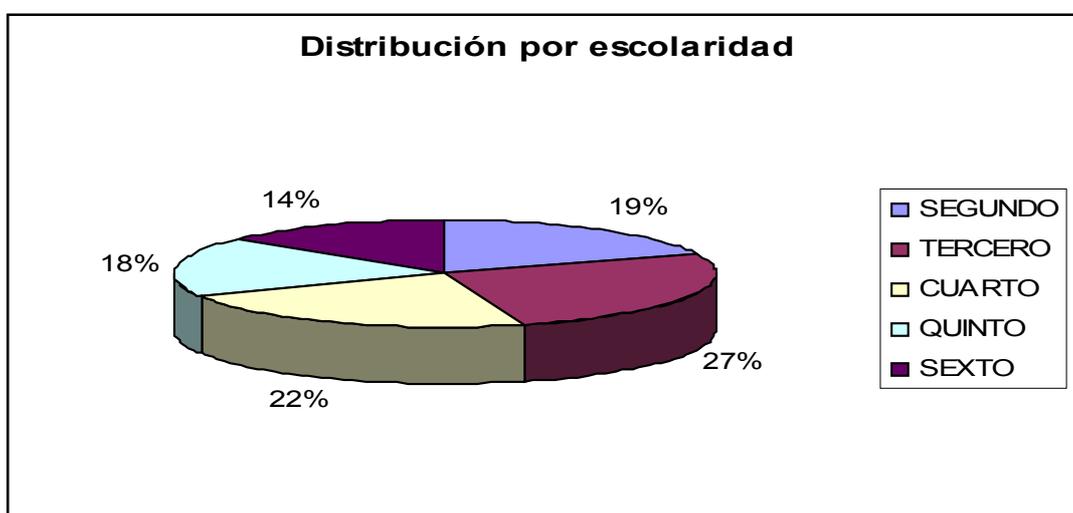


Gráfico 3: Distribución de la población de acuerdo al grado escolar que cursan.



Análisis de frecuencia de los reactivos

A los 238 sujetos que comprenden la muestra, se les aplicó la Escala de Depresión Infantil conformada en un primer momento por 30 reactivos, 22 redactados en forma negativa y 8 redactados en forma positiva. En la tabla 1 se describe la frecuencia de respuesta (nunca, pocas veces, muchas veces, siempre) de cada uno de los 30 reactivos aplicados.

Tabla 1: Frecuencia de respuesta de los reactivos

Reactivos	Frecuencia de respuesta (%)				
	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre	No contestó
1. Me siento triste	10.1	71.8	10.5	7.1	0.4
2. Me parece mas difícil la escuela ahora que antes	33.2	46.6	11.8	6.7	1.7
3. Tengo ganas de llorar	20.2	57.6	11.3	10.1	0.8
4. Me distraigo pensando en cosas que me ponen triste	32.8	36.6	18.5	10.5	1.7
5. Me divierte jugar con otros niños	6.3	15.1	25.6	52.5	0.4
6. Tengo pesadillas	32.4	48.3	12.2	6.7	0.4
7. Me siento solo	45.0	35.3	9.2	9.2	0.8
8. Se me quita el hambre	31.1	42.9	16.4	8.8	0.8
9. Me gusta como me veo	6.3	23.1	22.3	47.1	1.3
10. Pienso que nadie me quiere	50.0	26.5	12.2	9.2	2.1
11. La comida que antes me gustaba ya no se me antoja	44.1	30.7	9.7	14.3	1.3
12. Pienso que mi familia sería mas feliz si yo no existiera	63.9	14.3	10.9	10.9	0.0
13. Aprendo fácilmente en la escuela	5.0	27.7	24.4	42.9	0.0
14. Tengo la culpa de las cosas malas que pasan	34.5	46.2	7.6	11.8	0.0
15. Cuando me miro al espejo pienso que soy fe@	52.1	32.4	9.2	6.3	0.0
16. Duermo bien	7.6	25.2	14.3	51.7	1.3
17. Cuando me despierto por las mañanas me siento triste	69.7	19.7	4.6	5.5	0.4
18. Pienso que hago mal las cosas	25.6	49.2	13.9	10.5	0.8
19. Pienso que me gustaría morirme	64.3	21.0	5.0	8.8	0.8
20. Me siento feliz	4.2	21.0	22.3	52.5	0.0
21. Pienso que mis compañeros son mejores que yo	47.9	32.4	8.8	10.5	0.4
22. Me cuesta trabajo dormirme por las noches	39.1	31.9	10.1	16.8	2.1
23. Me divierto con las cosas que hago	9.7	18.5	16.8	54.2	0.8
24. Me enoja fácilmente y me dan ganas de llorar	29.0	41.2	14.3	14.3	1.3
25. Como bien	4.2	25.6	18.1	51.3	0.8
26. Después de la escuela me duermo o me siento muy cansado	26.1	39.9	12.2	20.2	1.7
27. Me siento aburrido	22.7	48.7	16.0	12.6	0.0
28. Hago bien la mayoría de las cosas	5.0	37.0	30.3	27.3	0.4
29. Pienso que no merezco que la gente me quiera	49.6	25.6	8.4	16.4	0.0
30. Sueño que me atacan o me quieren matar	58.8	24.4	8.8	8.0	0.0

Con base en estos resultados, se decidió incluir los 30 reactivos en el análisis factorial, ya que en ninguno de los casos se presentó mas del 80% de frecuencia de respuesta en una sola opción.

Análisis Factorial

Para el análisis factorial se utilizó el método de análisis de componentes principales con rotación varimax, y a partir de este análisis se obtuvieron nueve factores con eigenvalue mayor a uno (tabla 2). Se seleccionaron los reactivos que obtuvieron peso factorial igual o mayor a 0.35. En el caso de los reactivos que obtuvieron un puntaje alto en mas de un factor, se integró al factor en el que obtuvo el valor mas alto.

De esta manera se conformaron cuatro factores principales en los que se ubican tres o mas reactivos y se obtiene la consistencia interna de cada uno mediante la prueba Alfa de Cronbach.

Así, el primer factor quedó integrado por siete reactivos y se denominó *Devaluación del sí mismo*. La confiabilidad que obtuvo este factor en la prueba Alfa de Cronbach es de .76. El segundo factor quedó conformado por cinco reactivos y obtuvo un valor Alfa de .63; a este segundo componente se le denomina *Ánimo Depresivo*. El tercer factor se denominó *Ánimo Positivo* y quedó conformado por cinco reactivos, obteniendo un valor Alfa de .61. El cuarto y último factor obtuvo un valor alfa de .55 y se le denominó *Alteraciones del sueño y el estado de ánimo*; este factor lo integran tres reactivos (tabla 3).

Tabla 2: Matriz de Componentes Principales con Rotación Varimax

	FACTORES								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Me siento triste	0.28	0.22	-0.01	0.11	0.04	0.56	-0.03	-0.21	-0.25
Me parece más difícil la escuela ahora que antes	0.10	-0.04	0.03	0.74	-0.04	0.00	-0.02	0.09	-0.18
Tengo ganas de llorar	0.21	0.68	0.00	0.00	0.10	0.20	-0.11	-0.17	-0.01
Me distraigo pensando en cosas que me ponen triste	0.02	0.60	-0.07	0.40	0.03	0.01	-0.19	0.04	0.14
Me divierte jugar con otros niños	-0.17	-0.12	0.20	0.07	-0.05	-0.06	0.66	-0.14	0.04
Tengo pesadillas	-0.21	-0.02	0.03	0.07	0.21	0.67	-0.18	-0.11	0.23
Me siento solo	0.16	0.09	-0.08	0.65	0.06	0.25	0.11	-0.02	0.08
Se me quita el hambre	-0.21	0.13	-0.03	0.61	0.11	-0.05	-0.06	0.04	0.30
Me gusta como me veo	-0.03	-0.09	0.71	0.06	-0.02	0.12	-0.06	0.15	-0.19
Pienso que nadie me quiere	0.23	0.40	-0.28	0.03	0.09	0.30	0.51	0.14	-0.07
La comida que antes me gustaba ya no se me antoja	-0.07	0.68	0.09	-0.06	-0.06	0.01	0.08	0.36	0.09
Pienso que mi familia sería más feliz si yo no existiera	0.51	0.41	-0.22	0.10	0.33	0.11	0.01	-0.01	-0.07
Aprendo fácilmente en la escuela	-0.26	0.19	0.45	-0.06	0.05	-0.24	-0.01	-0.37	0.17
Tengo la culpa de las cosas malas que pasan	0.53	0.03	-0.11	0.03	0.36	0.01	-0.08	0.25	0.19
Cuando me miro al espejo pienso que soy fe@	0.74	0.13	-0.21	0.03	0.10	0.08	0.01	0.05	-0.01
Duermo bien	-0.16	-0.03	0.49	0.09	0.08	-0.27	0.15	-0.29	-0.16
Cuando me despierto por las mañanas me siento triste	0.23	0.24	-0.15	0.05	0.06	0.57	0.15	0.15	0.05
Pienso que hago mal las cosas	0.42	0.04	-0.09	0.24	0.34	0.13	-0.01	-0.06	0.39
Pienso que me gustaría morirme	0.15	0.09	-0.02	0.03	0.82	0.09	0.01	0.04	-0.05
Me siento feliz	-0.11	-0.13	0.54	0.00	-0.49	-0.10	0.27	0.03	0.14
Pienso que mis compañeros son mejores que yo	0.74	-0.05	-0.09	0.00	0.00	-0.01	-0.12	0.07	0.15
Me cuesta trabajo dormirme por las noches	0.28	0.19	-0.08	0.08	-0.06	0.05	-0.03	-0.03	0.66
Me divierto con las cosas que hago	-0.26	-0.12	0.32	-0.14	-0.17	0.13	0.34	0.20	0.39
Me enojo fácilmente y me dan ganas de llorar	0.06	0.37	-0.16	0.33	0.15	0.07	0.05	0.21	0.27
Como bien	-0.03	-0.23	0.25	-0.19	-0.07	-0.16	0.34	-0.34	0.04
Después de la escuela me duermo o me siento muy cansado	0.11	0.13	0.13	0.11	0.11	-0.13	-0.06	0.71	0.01
Me siento aburrido	0.52	0.07	-0.05	0.07	0.04	0.27	-0.43	0.01	0.11
Hago bien la mayoría de las cosas	-0.20	0.06	0.62	-0.22	-0.11	-0.07	0.16	0.05	0.07
Pienso que no merezco que la gente me quiera	0.43	0.10	0.05	0.03	0.35	0.04	0.32	0.03	-0.16
Sueño que me atacan o me quieren matar	0.15	-0.15	-0.11	0.20	0.47	0.36	-0.08	0.25	0.26

Tabla 3: Reactivos que conforman cada uno de los factores.

FACTORES			
Devaluación del sí mismo	Ánimo Depresivo	Ánimo Positivo	Alteraciones del sueño y el estado de ánimo
<p>*Pienso que mi familia sería mas feliz si yo no existiera.</p> <p>*Tengo la culpa de las cosas malas que pasan.</p> <p>*Cuando me miro al espejo pienso que soy fe@.</p> <p>*Pienso que hago mal las cosas.</p> <p>*Pienso que mis compañeros son mejores que yo.</p> <p>*Me siento aburrido.</p> <p>*Pienso que no merezco que la gente me quiera.</p>	<p>*Tengo ganas de llorar.</p> <p>*Me distraigo pensando en cosas que me ponen triste.</p> <p>*Pienso que nadie me quiere.</p> <p>*La comida que antes me gustaba ya no se me antoja.</p> <p>*Me enoja fácilmente y me dan ganas de llorar.</p>	<p>*Me gusta como me veo.</p> <p>*Aprendo fácilmente en la escuela.</p> <p>*Duermo bien.</p> <p>*Me siento feliz.</p> <p>*Hago bien la mayoría de las cosas.</p>	<p>*Me siento triste.</p> <p>*Tengo pesadillas.</p> <p>*Cuando me despierto por las mañanas me siento triste.</p>

Comparación de Medias

Para obtener las medias de cada uno de los factores que se incluyeron en el análisis, se realizó una prueba t para muestras independientes y posteriormente un análisis de varianza univariado (ANOVA) para determinar si había diferencias estadísticamente significativas por sexo y edad con respecto a los cuatro factores que conforman el instrumento.

La tabla 4 describe los resultados obtenidos en el análisis intergrupos, en la cual se puede observar que los puntajes obtenidos por el sexo femenino en los

cuatro factores son más altos en relación con el sexo masculino. Pese a ello, solo se obtienen diferencias estadísticamente significativas en los factores 1 y 2, obteniendo un valor $p=.027$ en el factor 1 (Devaluación del si mismo) y un valor $p=.011$ en el factor 2 (Ánimo Depresivo). Respecto a la edad, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 4. Comparación de medias intergrupos con respecto a Sexo y Edad

Variables	Valores	Factores			
		Dev. si mismo	A. Depresivo	A. Positivo	A.S. y E.A.
SEXO					
Varón	Media	5.67	4.47	4.40	2.34
	N	114	110	110	114
	Desv. Estándar	4.42	3.26	3.02	1.80
Mujer	Media	6.98	5.56	5.02	2.71
	N	121	115	121	121
	Desv. Estándar	4.59	3.14	3.20	1.60
Total	Media	6.34	5.03	4.72	2.53
	N	235	225	231	235
	Desv. Estándar	4.54	3.24	3.12	1.70
EDAD					
8	Media	5.60	5.31	4.58	2.95
	N	51	45	50	49
	Desv. Estándar	4.32	3.28	3.59	1.71
9	Media	5.93	4.76	4.41	2.36
	N	61	56	58	61
	Desv. Estándar	4.19	2.70	2.87	1.54
10	Media	6.93	5.34	5.00	2.19
	N	46	47	47	47
	Desv. Estándar	4.65	3.27	2.57	1.45
11	Media	6.44	4.60	4.52	2.60
	N	50	50	50	51
	Desv. Estándar	4.82	3.30	3.25	1.86
12	Media	7.51	5.37	5.61	2.59
	N	27	27	26	27
	Desv. Estándar	5.02	4.07	3.42	2.10
Total	Media	6.34	5.03	4.72	2.53
	N	235	225	231	235
	Desv. Estándar	4.55	3.24	3.13	1.71

Este último dato conduce a la interrogante respecto a si la falta de significancia estadística en los resultados obtenidos en cuanto a la edad incluye a ambos sexos. Para resolver esta duda se llevó a cabo un análisis intragrupos de comparación de medias y análisis de varianza. Para esto, se hizo una división

de la muestra tomando como referencia el sexo: varones y mujeres. Posteriormente se obtiene un análisis de medias utilizando como variable independiente la edad y como variables dependientes los cuatro factores que componen el instrumento.

Los resultados obtenidos revelan que en cuanto al grupo de los varones no existen diferencias estadísticamente significativas en relación a la edad. En la tabla 5 se puede observar a detalle como se comporta la muestra de varones por cada rango de edad y en cada factor analizado.

Tabla 5. Análisis intragrupos respecto a la edad en el sexo masculino.

Varones					
EDAD		Dev. si mismo	A. Depresivo	A. Positivo	A.S. y E.A.
8	Media	6.16	5.39	3.94	2.78
9	Media	4.77	4.18	4.11	1.97
10	Media	5.74	4.68	4.54	2.29
11	Media	6.15	4.12	4.54	2.74
12	Media	6.10	4.00	5.30	1.80
Total	Media	5.68	4.47	4.40	2.34

Por otra parte, en el grupo de las mujeres se encuentran diferencias estadísticamente significativas con un valor $p=.075$ en el factor 1 (Devaluación del si mismo) y sin diferencias en el resto de los factores analizados. El comportamiento detallado del grupo de las mujeres en los diferentes rangos de edad y factores se explica en la tabla 6.

Tabla 6. Análisis intragrupos con respecto a la edad en el sexo femenino.

Mujeres					
EDAD		Dev. si mismo	A. Depresivo	A. Positivo	A.S. y E.A.
8	Media	5.28	5.26	4.94	3.06
9	Media	7.13	5.36	4.70	2.77
10	Media	8.63	6.32	5.68	2.05
11	Media	6.78	5.13	4.50	2.46
12	Media	8.35	6.18	5.81	3.06
Total	Media	6.98	5.57	5.02	2.71

Calificaciones obtenidas en la E.D.I.

La tabla 7 describe detalladamente los puntajes obtenidos en cada uno de los factores de la E.D.I. así como las frecuencias de respuesta. El primer factor denominado *Devaluación del sí mismo* tiene un puntaje mínimo a obtener de 0 y un máximo de 21, ya que este factor quedó conformado por siete reactivos con cuatro opciones de respuesta que van de 0 a 3. Los factores *Ánimo Depresivo* y *Ánimo Positivo*, ambos quedaron constituidos por cinco reactivos cada uno, por lo que las puntuaciones a obtener oscilaron entre 0 y 15. El último factor, denominado *Alteraciones en el sueño y el estado de ánimo* quedó conformado por tres reactivos, por lo que los puntajes a obtener oscilaron entre 0 y 9 puntos.

De esta forma, el puntaje mínimo total a obtener en la E.D.I. es de 0 puntos y el máximo es de 60 puntos (incluyendo los cuatro factores). El puntaje promedio de la muestra fue de 19 puntos y la desviación estándar de 10. De los 101 sujetos que puntuaron por arriba del punto de corte en Birlesson, 74 puntuaron igual o mayor a 19 (puntaje medio total) en la E.D.I.; 50 puntuaron igual o

mayor a 26 (puntaje medio obtenido por el grupo de niños con sintomatología depresiva) y 29 puntuaron por arriba de 29 puntos (media + una desviación estándar).

Tabla 7. Descripción de los puntajes obtenidos en cada uno de los factores que comprenden la E.D.I.

FACTORES							
Dev. del si mismo		Animo Depresivo		Animo Positivo		Alt. Sueño y Edo. Animo	
Puntaje	Frecuencia	Puntaje	Frecuencia	Puntaje	Frecuencia	Puntaje	Frecuencia
0	9	0	8	0	22	0	16
1	17	1	24	1	18	1	43
2	11	2	25	2	17	2	87
3	34	3	24	3	33	3	38
4	32	4	27	4	25	4	22
5	22	5	26	5	23	5	11
6	17	6	23	6	35	6	10
7	13	7	26	7	14	7	4
8	17	8	10	8	16	8	3
9	16	9	11	9	14	9	1
10	12	10	5	10	4		
11	7	11	3	11	3		
12	4	12	7	12	2		
13	5	13	3	13	3		
14	2	14	2	14	2		
15	1	15	1	15	0		
16	2						
17	3						
18	7						
19	2						
20	2						
21	0						

Calificaciones obtenidas en la Escala de Birleson (DSRS)

La escala de Birleson (DSRS) se califica de 0 a 2 puntos de acuerdo a la frecuencia con la que se presenta cada una de los síntomas descritos en los reactivos. Por tanto, la calificación mínima a obtener es 0 puntos y la máxima es de 36 puntos debido a que este instrumento está constituido por 18 reactivos.

De los 238 sujetos que conformaron la muestra se excluyeron 21 por omisión de respuestas. Así, de los 217 sujetos válidos para la muestra el 53.5% (116 sujetos) obtuvo una calificación por debajo del punto de corte (entre 0 y 13 puntos) y el 46.5% restante (101 sujetos) puntuaron igual o mayor a 14 puntos, lo cual muestra una distribución más o menos homogénea de ambas poblaciones.

La calificación media obtenida fue de 11.72, observando que en el grupo de los varones fue de 10.96 puntos y en el grupo de las mujeres de 12.40 puntos. De acuerdo a la ANOVA, estas calificaciones muestran diferencias estadísticamente significativas con un intervalo de confianza del 95% (P value .05). En cuanto a la variable edad, no se observan diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en los diferentes rangos (tabla 8).

Tabla 8. Puntajes medios obtenidos en la Escala de Birleson de acuerdo a la edad del niño.

Puntajes obtenidos Escala de Birleson			
EDAD	MEDIA	N	DESV. EST.
8	12.17	41	5.11
9	10.70	54	4.46
10	12.27	44	4.88
11	11.80	51	6.31
12	12.04	27	7.21
Total	11.72	217	5.51

Validez concurrente

Mediante una prueba de Correlación de Pearson se obtiene el grado de correlación existente entre la Escala de Birleson y la Escala de Depresión Infantil, encontrando una correlación de .80 entre ambos instrumentos, la cual es significativa.

La Tabla 9 describe la correlación existente entre la Escala de Birleson y cada uno de los cuatro factores que integran la E.D.I., así como la correlación existente que tienen los factores entre sí.

Tabla 9. Índices de correlación entre la Escala de Birleson y los factores que integran la E.D.I.

	Dev.si mismo	A. Depresivo	A. Positivo	A.S. y E. A.	Birleson
Dev.si mismo	1	0.64	0.46	0.45	0.67
A. Depresivo	0.64	1	0.37	0.51	0.63
A. Positivo	0.46	0.37	1.00	0.35	0.59
T.S. y A.	0.45	0.51	0.35	1	0.55
Birleson	0.67	0.63	0.59	0.55	1

Se dividió la muestra en dos grupos: el grupo 1 que incluyó a los sujetos que puntuaron entre 0 y 13 en la escala de Birleson, y el grupo 2 que incluyó a aquellos que puntuaron igual o mayor a 14. Al primer grupo se le denominó “niños sin sintomatología depresiva” y al grupo dos “niños con sintomatología depresiva”.

Posteriormente se realizó una prueba t para muestras independientes con la finalidad de determinar si existen diferencias estadísticamente significativas

entre ambos grupos. Los resultados revelaron que el grupo de los niños con sintomatología depresiva obtuvo puntajes significativamente mas altos en los cuatro factores de la Escala de Depresión Infantil que el grupo de niños sin sintomatología depresiva (tabla 10)

Tabla 10. Análisis de medias para comparar grupos.

	Grupos	N	Media	Desv. Est.
Dev si mismo	1	116	4.11	2.66
	2	98	9.27	4.74
A. Depresivo	1	110	3.32	2.40
	2	95	6.97	3.07
A. Positivo	1	112	3.58	2.60
	2	98	6.22	3.03
A.S. y E.A.	1	114	1.96	1.38
	2	100	3.27	1.86

En el análisis comparativo de cada uno de los factores con respecto a la escala de Birleson, el primer factor (Devaluación del si mismo) obtuvo un valor $t = -10.00$, el segundo factor (Ánimo Depresivo) presentó un valor $t = -9.54$, el tercer factor (Ánimo Positivo) obtuvo un valor $t = -6.81$, y el cuarto y último factor (Alteraciones del sueño y el estado de ánimo) presentó un valor $t = -5.91$. Los cuatro factores obtuvieron un valor $p = .001$.

DISCUSIÓN

De acuerdo al análisis estadístico de los resultados obtenidos, se puede decir que la Escala de Depresión Infantil permite discriminar entre una muestra de niños con sintomatología depresiva y niños sin sintomatología depresiva. El grupo de niños con sintomatología depresiva obtuvo puntajes significativamente mas altos (media=26.4) que el grupo de niños sin sintomatología depresiva (media=13.0) en los cuatro factores que integran la E.D.I.

En relación al sexo, los resultados revelaron que las niñas obtuvieron puntajes mas altos que los niños en los cuatro factores, encontrando significancia estadística en dos factores (Devaluación del sí mismo y Ánimo Depresivo). Estos hallazgos confirman los datos encontrados en la literatura, al coincidir en que las mujeres obtienen puntajes significativamente mas altos que los hombres (Alvarez y cols., 1986; Mariño y cols., 1993; De la Peña y cols., 1996; Benjet y cols., 1999; Masten y cols., 2003; Mantilla y cols., 2004, León 2005)

Por el contrario, respecto a la edad solo se reportan diferencias estadísticamente significativas en el primer factor analizado (Devaluación del sí mismo) en el grupo de las mujeres, en el resto de los factores y en relación con los hombres, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Aunque en estudios con población infantil no se encontró evidencia respecto a las diferencias por grupos de edad, diversos estudios han reportado incremento en los puntajes al evaluar sintomatología depresiva durante la adolescencia o

cerca de ella (De la Peña y cols., 1996; Benjet y cols., 1999; Masten y cols., 2003).

Con estos resultados se demuestra que la Escala de Depresión Infantil es un instrumento útil para evaluar presencia de sintomatología depresiva en escolares de 8 a 12 años de edad, sin embargo y a pesar de esto, los resultados no pueden generalizarse debido a que la muestra utilizada en este estudio es pequeña, por lo que se sugiere continuar su aplicación en muestras mas grandes con la finalidad de obtener mayor evidencia empírica.

Por otra parte, los factores que integran esta Escala de Depresión Infantil (devaluación del sí mismo, ánimo depresivo, ánimo positivo, alteraciones del sueño y el estado de ánimo) están relacionados específicamente con la sintomatología presente en la depresión. El jueceo realizado previamente permitió incluir en la redacción de los reactivos, aquellos síntomas que los especialistas consideran se presentan con mayor frecuencia en la práctica clínica.

Las escalas para evaluar presencia de sintomatología depresiva en niños que se utilizan con mayor frecuencia en México, incluyen factores y evalúan síntomas que fácilmente pueden relacionarse con otros trastornos, específicamente con el de ansiedad. Si bien es cierto que en esta primera fase el objetivo fue demostrar que la E.D.I. permite discriminar entre un grupo de niños con sintomatología depresiva de aquellos que no la presentan, y por tanto, no se reportan datos acerca de la discriminación entre la sintomatología

presente en el trastorno depresivo y la sintomatología presente en otros trastornos, podemos decir que esta escala ha sido cuidada para evaluar únicamente el constructo depresivo y que en estudios posteriores se podrán confirmar estos datos.

La validez concurrente que se encontró entre la E.DI. y la escala utilizada como estándar de oro (DSRS de Birleson) es de .80, la cual es estadísticamente significativa. Además de la relevancia estadística de este dato, estudios realizados con la escala de Birleson han demostrado que ésta evalúa únicamente el constructo depresivo y discrimina de otros diagnósticos.

Este instrumento es de fácil aplicación, ya que se puede hacer de forma individual o colectiva y es autoaplicable. La muestra para este estudio consistió en niños escolarizados que sabían leer y escribir, sin embargo, no se considera que haya diferencia en las respuestas en el caso de niños no escolarizados mientras sea el evaluador quien lea los reactivos. En este caso, valdría la pena reportar resultados al utilizar el instrumento de esta forma alternativa.

Cada reactivo tiene cuatro opciones de respuesta (nunca, pocas veces, muchas veces, siempre) y el rango de la puntuación a obtener para la calificación final, va de los 0 a los 3 puntos. Así, los reactivos 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10,11, 13, 14, 16, 17, 18 y 20 (reactivos que comprenden los factores denominados *devaluación del sí mismo, ánimo depresivo y alteraciones del sueño y el estado de ánimo*) se califican de 0 a 3 puntos (nunca=0, pocas veces=1, muchas veces=2, siempre=3). Por el contrario, los reactivos 5, 9, 12,

15, 19 (reactivos que comprenden el factor denominado *ánimo positivo*) se califican de 3 o 0 puntos (nunca=3, pocas veces=2, muchas veces=1, siempre=0).

Para esta primera fase, se propone utilizar el 26 como punto de corte en el uso de este instrumento. Esta propuesta tiene como base el puntaje medio obtenido por el grupo con sintomatología depresiva. Aunado a esto, el establecimiento de este punto de corte se basa en el objetivo de disminuir el riesgo de los casos denominados como falsos positivos, ya que como revela la tabla de contingencia, a partir de este corte solo observamos un caso de error.

BIBLIOGRAFÍA

Ajuariaguerra, J. "Manual de Psiquiatría Infantil". Ed. Masson 4ª Edición, 1983.

Alarcón R., Aguilar-Gaxiola S. (2000) "Políticas de desarrollo de salud mental en América Latina". Bulletin of the World Health Organization 78 (4). Pp. 483-490.

Alvarez E., Guajardo H., Messen R. (1986) "Estudio exploratorio sobre una escala de autoevaluación para la depresión en niños y adolescentes". Revista Chilena de Pediatría, no. 57 vol. 1. Pp. 21-25.

Andrade L., Caraveo-Anduaga JJ., Berglund P., Bijl R., Kessler RC., Kylyc C., Oxford D., Üstün TB., Wittchen U. (2000) "Comparación trasnacional de la prevalencia de los trastornos mentales y los factores con ellos correlacionados". Bulletin of the World Health Organization 78 (4). Pp. 413-426.

Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Fleiz Bautista C, Zambrano Ruíz J. "La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento". Revista Salud Pública de México Vol. 46 No. 5, Septiembre-Octubre de 2004. Pp.417-424.

Benjet C., Hernández Guzmán L., Tercero Quintanilla G., Hernández Roque A., Chartt León R.M. (1999) "Validez y confiabilidad de la CES-D en Peri-Púberes". Revista Mexicana de Psicología vol. 16 no. 1, Pp. 175-185.

Bowlby, J. "El Apego y la Pérdida, Vol. 1: El Apego" Ed. Paidós Psicología Profunda. Nueva Traducción, 1998.

Bowlby, J. "El Apego y la Pérdida, Vol. 2: La Separación Afectiva". Ed. Paidós Psicología Profunda, 1ª reimpresión, España 1993.

Bowlby, J. "Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida". Ed. Morata 4ª Edición, 2003.

Caraveo-Anduaga J., Colmenares-Bermúdez E., Martínez-Vélez N. (2002) "Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México". Revista Salud Pública de México vol. 44 no. 6 Pp. 492-498.

Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10) Organización Panamericana de la Salud.

De la Peña F., Lara M.C., Cortés J., Nicolini H., Páez F., Almeida L. (1996) "Traducción al español y validez de la Escala de Birlson (DSRS) para el Trastorno Depresivo Mayor en la Adolescencia". Salud Mental V.19, Suplemento octubre de 1996. Pp. 17-23.

Del Barrio V., Roa ML., Olmedo M., Colodrón F. (2002) "Primera adaptación del CDI-S a población española". Acción Psicológica, vol. 1, no. 3. Pp. 263-272.

Geller B., Zimmerman B., Williams M. (2001) "Bi-polar disorder at prospective follow-up of adults who had prepubertal major depressive disorder". American Journal of Psychiatry 158, Pp. 125-130.

Klein, M. (1946) Obras Completas: "Notas sobre algunos mecanismos esquizoides". Ed. Paidós. Vol. 3 Pp. 10-33.

Klein, M. (1952) Obras Completas: "Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé". Ed. Paidós. Vol. 3 Pp. 70-101.

Kohn R., Levav I., Caldas de Almeida JM., Vicente B., Andrade L., Caraveo-Anduaga JJ., Saxena S., Sarraceno B. (2005) "Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública". Revista Panameña de Salud Pública no.18. Pp. 229-240.

Lang M., Tisher M. (1983) "CDS. Cuestionario de Depresión para Niños". 5ª Edición (Adaptación Española). Ed. TEA.

León Mejía L. (2005) "Validez concurrente del Inventario de Depresión para Niños (CDI) y la Escala de Birleson (DSRS) en escolares de 8 a 12 años". Tesis de Especialización en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. Facultad de Medicina, UNAM.

Mantilla L., Sabalza L., Díaz L., Campo-Arias A., (2004) "Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas escolares de Bucaramanga, Colombia". Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXIII, no. 2, Pp. 163-171.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: Texto Revisado (DSM-IV-TR) Ed. Masson.

Mariño M.C., Medina Mora M.E., Chaparro J.J., González Cortez C. (1993) "Confiabilidad y Estructura Factorial del CES-D en una muestra de adolescentes mexicanos". Revista Mexicana de Psicología vol.10 no. 2 Pp. 141-145.

Martínez N. (2004) "Confiabilidad y validez concurrente de la Escala de Valoración de Hiperactividad de Barkley (Versión Padres)". Acta Colombiana de Psicología, vol. 2.

Masten W., Caldwell-Colbert A.T., Williams V., Jerome W.W., Mosby L., Barrios Y., Helton J. (2003) "Gender differences in depressive symptoms among Mexican adolescents" Anales de Psicología vol. 19 no. 1, Pp. 91-95.

Medina-Mora M.A., Borges G., Lara Muñoz C., Benjet C., Blanco Jaimes J., Fleiz Bautista C., Villatoro Velázquez J., Rojas Guiot E., Zambrano Ruíz J., Casanova Rodas L., Aguilar Gaxiola S. (2003) "Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México". Revista Salud Mental, vol. 26 no. 4, Pp. 1-16.

Murria C.J., López A.D. (1996) "The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020". Boston, Harvard University Press; 1996.

Polaino-Lorente, A. "Los trastornos afectivos en la infancia. Las depresiones infantiles". Pp. 655-687.

Rodríguez Sacristán, J. "Psicopatología del Niño y del Adolescente". Tomo I, 2ª Edición, 1998.

Segal, H. "Introducción a la obra de Melanie Klein". Ed. Paidós, México 1994.

Spitz, R. "El primer año de vida en el niño". Ed. Fondo de cultura económica. 16 reimpresión, 1996.

Vicente B., Rioseco P., Valdivia S., Kohn R., Torres S. (2002) "Estudio chileno de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP)" . Revista Médica Chilena, no. 130. Pp. 527-536.

Vicente B., Rioseco P., Valdivia S., Kohn R., Torres S. (2005) "Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Latinoamérica: revisión crítica". Revista Colombiana de Psiquiatría vol. XXXIV, no. 4. Pp. 506-514.

Vinaccia S., Gaviria AM., Atehortúa LF., Martínez PH., Trujillo C. (2006) "Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del CDI". Revista Diversitas-Perspectivas en Psicología vol.2, no. 2, Pp. 217-227.

Vivar R., Pacheco Z., Adrianzen C., Macciotta B., Marchena C. (2005) "Validación de la escala de Birleson modificada para trastornos depresivos en niños y adolescentes peruanos". Revista Peruana de Pediatría, vol. 58, no. 3. Pp. 24-30.

World Health Organization: "Caring for children and adolescents with mental disorders". Geneva: WHO 2003.

World Health Organization: Mental Health Atlas-2005. Geneva: WHO 2005.

ANEXO I

INSTRUMENTO:

ESCALA DE DEPRESIÓN INFANTIL

E. D. I.

Escala de Depresión Infantil

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Escolaridad: _____

A continuación se te presentan una serie de enunciados. Marca la opción que indique la frecuencia con que sientes cada una de las cosas que se describen.

Por ejemplo:

1. Me siento triste.

Indica si no te sientes triste nunca, si te sientes triste algunas veces, si te sientes triste muchas veces, o si te sientes triste siempre.

1. Me siento triste.

Nunca Pocas veces Muchas veces Siempre

2. Tengo ganas de llorar.

Nunca Pocas veces Muchas veces Siempre

3. Me distraigo pensando en cosas que me ponen triste.

Nunca Pocas veces Muchas veces Siempre

4. Tengo pesadillas.

Nunca Pocas veces Muchas veces Siempre

5. Me gusta como me veo.

Nunca Pocas veces Muchas veces Siempre

6. Pienso que nadie me quiere.

Nunca Pocas veces Muchas veces Siempre

7. La comida que antes me gustaba ya no se me antoja.

Nunca Pocas veces Muchas veces Siempre

8. Pienso que mi familia sería más feliz si yo no existiera.

Nunca Pocas veces Muchas veces Siempre

9. Aprendo fácilmente en la escuela.

Nunca Pocas veces Muchas veces Siempre

10. Tengo la culpa de las cosas malas que pasan.

Nunca Pocas veces Muchas veces Siempre

11. Cuando me miro al espejo pienso que soy feo(a).

Nunca Pocas veces Muchas veces Siempre

12. Duermo bien.

Nunca Pocas veces Muchas veces Siempre

13. Cuando me despierto por las mañanas me siento triste.

Nunca Pocas veces Muchas veces Siempre

14. Pienso que hago mal las cosas.
Nunca **Pocas veces** **Muchas veces** **Siempre**
15. Me siento feliz.
Nunca **Pocas veces** **Muchas veces** **Siempre**
16. Pienso que mis compañeros son mejores que yo.
Nunca **Pocas veces** **Muchas veces** **Siempre**
17. Me enojo fácilmente y me dan ganas de llorar.
Nunca **Pocas veces** **Muchas veces** **Siempre**
18. Me siento aburrido.
Nunca **Pocas veces** **Muchas veces** **Siempre**
19. Hago bien la mayoría de las cosas.
Nunca **Pocas veces** **Muchas veces** **Siempre**
20. Pienso que no merezco que la gente me quiera.
Nunca **Pocas veces** **Muchas veces** **Siempre**

ANEXO II

OTROS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

ESCALA DE BIRLESON-DSRS

Instrucciones: Por favor, responde honestamente cómo te has sentido las últimas dos semanas. No hay respuestas buenas o malas. Gracias.

REACTIVOS	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. Me interesan las cosas tanto como antes.	0	1	2
2. Duermo muy bien.	0	1	2
3. Me dan ganas de llorar.	2	1	0
4. Me gusta salir con mis amigos.	0	1	2
5. Me gustaría escapar, salir corriendo.	2	1	0
6. Me duele la panza.	2	1	0
7. Tengo mucha energía.	0	1	2
8. Disfruto la comida.	0	1	2
9. Puedo defenderme por mí mismo.	0	1	2
10. Creo que no vale la pena vivir.	2	1	0
11. Soy bueno para las cosas que hago.	0	1	2
12. Disfruto lo que hago tanto como lo hacía antes.	0	1	2
13. Me gusta hablar con mi familia.	0	1	2
14. Tengo sueños horribles.	2	1	0
15. Me siento muy solo.	2	1	0
16. Me animo fácilmente.	0	1	2
17. Me siento tan triste que me cuesta soportarlo.	2	1	0
18. Me siento muy aburrido.	2	1	0

CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY CDI

1.

- Estoy triste de vez en cuando
- Estoy triste muchas veces
- Estoy triste siempre

2.

- Nunca me saldrá nada bien
- No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien
- Las cosas me saldrán bien

3.

- Hago bien la mayoría de las cosas
- Hago mal muchas cosas
- Todo lo hago mal

4.

- Me divierten muchas cosas
- Me divierten algunas cosas
- Nada me divierte

5.

- Soy malo siempre
- Soy malo muchas veces
- Soy malo algunas veces

6.

- A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas
- Me preocupa que me ocurran cosas malas
- Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles

7.

- Me odio
- No me gusta como soy
- Me gusta como soy

8.

- Todas las cosas malas son culpa mía
- Muchas cosas malas son culpa mía
- Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas

9.

- No pienso en matarme
- Pienso en matarme pero no lo haría
- Quiero matarme

10.

- Tengo ganas de llorar todos los días
- Tengo ganas de llorar muchos días
- Tengo ganas de llorar de vez en cuando

11.

- Las cosas me preocupan siempre
- Las cosas me preocupan muchas veces
- Las cosas me preocupan de vez en cuando

12.

- Me gusta estar con la gente
- Muy a menudo no me gusta estar con la gente
- No quiero en absoluto estar con la gente

13.

- No puedo decidirme
- Me cuesta decidirme
- Me decido fácilmente

14.

- Tengo buen aspecto
- Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan
- Soy feo/a

15.

- Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes
- Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes
- No me cuesta ponerme a hacer los deberes

16.

- Todas las noches me cuesta dormirme
- Muchas noches me cuesta dormirme
- Duermo muy bien

17.

- Estoy cansado de vez en cuando
- Estoy cansado muchos días
- Estoy cansado siempre

18.

- La mayoría de los días no tengo ganas de comer
- Muchos días no tengo ganas de comer
- Como muy bien

19.

- No me preocupa el dolor ni la enfermedad
- Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad
- Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad

20.

- Nunca me siento solo
- Me siento solo muchas veces
- Me siento solo siempre

21.

- Nunca me divierto en el colegio
- Me divierto en el colegio solo de vez en cuando
- Me divierto en el colegio muchas veces

22.

- Tengo muchos amigos
- Tengo algunos amigos pero me gustaría tener mas
- No tengo amigos

23.

- Mi trabajo en el colegio es bueno
- Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes
- Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien

24.

- Nunca podré ser tan bueno como otros niños
- Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños
- Soy tan bueno como otros niños

25.

- Nadie me quiere
- No estoy seguro de que alguien me quiera
- Estoy seguro de que alguien me quiere

26.

- Generalmente hago lo que me dicen
- Muchas veces no hago lo que me dicen
- Nunca hago lo que me dicen

27.

- Me llevo bien con la gente
- Me peleo muchas veces
- Me peleo siempre

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS CDS

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

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

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

25. Me divierto con las cosas que hago.
26. Frecuentemente me siento desgraciado / triste / desdichado.
27. Muchas veces me siento solo y como perdido en el colegio.
28. A menudo me odio a 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 él.

33. Casi siempre lo paso bien en el colegio.
34. A veces pienso que no vale la pena vivir esta vida.
35. La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende.
36. A menudo me avergüenzo de mi mismo.
37. Muchas veces me siento muerto por dentro.
38. A veces estoy preocupado porque no amo a mi madre / padre como debiera.
39. A menudo la salud de mi madre me preocupa / inquieta.
40. Creo que mi madre / padre está muy orgulloso de mi.
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 se por qué me dan ganas de llorar.
51. A veces pienso que no soy de utilidad para nadie.
52. Cuando fallo en el colegio pienso que no valgo para nada.
53. A menudo me imagino que me hago heridas o que me muero.
54. A veces creo que hago cosas que ponen enfermo a mi madre / padre.
55. Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero.
56. Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche.

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

CES-D

Durante la semana pasada, ¿Cuántos días te sentiste así?	0	1-2	3-4	5-7
1. Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan.				
2. No tenía hambre, ni tenía apetito.				
3. Sentía que no podía quitarme la tristeza, ni con la ayuda de mi familia o amigos (as).				
4. Sentía que era tan bueno(a) como los demás.				
5. Tenía problemas para poner atención a lo que estaba haciendo.				
6. Me sentí deprimido(a).				
7. Sentí que todo lo que hacía era un esfuerzo.				
8. Veía el futuro con esperanza.				
9. Pensé que mi vida era un fracaso.				
10. Tenía miedo.				
11. Dormía sin descansar.				
12. Estaba feliz.				
13. Platiqué menos de lo normal.				
14. Me sentía solo(a).				
15. Sentí que la gente era poco amigable.				
16. Disfruté la vida.				
17. Lloraba a ratos.				
18. Me sentía triste.				
19. Sentía que no le caía bien a los demás.				
20. Sentía que no podía "seguir adelante".				