

Pilar MONREAL BOSCH

ESTUDIO DE LA SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA INFANTIL EN LA
PROVINCIA DE GERONA: ANALISIS DE ALGUNOS FACTORES
INDIVIDUALES Y PSICOSOCIALES



Tesis doctoral dirigida por la
Dra. Edelmira DOMENECH LLABERIA

Departamento de Psicología de la Salud
Facultad de Letras
Universidad Autónoma de Barcelona
Año 1988

R. 198.977

Este trabajo ha sido posible llevarlo a cabo gracias a un equipo de personas a las que desde aquí quiero hacerles constar mi afecto y agradecimiento.

En primer lugar debo a la Directora de Tesis, Edelmira Domènech junto a Aquilino Polaino, el tema y la posibilidad de formar parte en la investigación epidemiológica sobre la depresión infantil que se ha llevado a cabo en España, del cual este trabajo forma parte.

Agradezco al Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya de Gerona las facilidades dadas para nuestro acceso a los colegios sorteados de la provincia de Gerona. Igualmente como no, a los alumnos, profesores, directores y padres que han sufrido y han hecho posible esta investigación.

También agradecer desde este trabajo a Roser Genover, Anna Fugolràs, Teresa Busquets, Silvia Bonfill, Silvia Casellas, Carmen Vidal, que colaboraron conmigo en la aplicación y corrección de las pruebas; el tiempo, interés y dedicación prestado. Sussana Pallarés, Toni Hernandez, Carmen Brit y el equipo del Centro de Psicología PROA han contribuido también a que esta investigación se haya llevado a cabo.

A Montse Tarradas e Isabel Salamaña les agradezco haberme asesorado y proporcionado la recogida de información de datos geográficos y demográficos.

Al área de Psicología Social en general, agradezco la paciencia que han demostrado tener conmigo ayudándome y animándome en los momentos difíciles del trabajo.

A Maite Martinez, Fran Elejabarrieta, Santi Perera y Toni Ruiz les agradezco entre otras cosas las horas que han dedicado a este trabajo, soportando mi desánimo y nerviosismo y asesorándome en aspectos metodológicos y de análisis de datos del trabajo, además del apoyo psicológico que en todo momento me han brindado.

Por último, a las personas que más han sufrido la parte negativa de esta investigación, las ausencias, las contrariedades, los malos humores, Agustín, Mariona y Andreu, mi familia; a quienes no tengo palabras para mostrar mi agradecimiento.

I N D I C E

I.- INTRODUCCION	1
II.- PRIMERA PARTE : APROXIMACION TEORICA	6
1.- <u>CONCEPTO DE DEPRESION INFANTIL</u>	7
1.1. INTRODUCCION	7
1.2. DIFICULTADES EN LA CONCEPTUALIZACION DE LA DEPRESION INFANTIL	8
1.2.1. La Depresión como síntoma, síndrome y entidad nosológica	16
1.2.2. La Depresión enmascarada	21
1.2.3. Visión evolutiva de la Depresión infantil	25
2.- <u>MODELOS EXPLICATIVOS DE LA DEPRESION INFANTIL</u> ...	36
2.1. INTRODUCCION	36
2.2. MODELO PSICODINAMICO	38
2.3. MODELO CONDUCTUAL	44
2.4. MODELO COGNITIVO	55
2.5. MODELO BIOQUIMICO	58
3.- <u>EPIDEMIOLOGIA DE LA DEPRESION INFANTIL</u>	64
3.1. INTRODUCCION	64
3.2. ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS REALIZADOS EN POBLACION NORMAL	67
3.3. ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS REALIZADOS EN POBLACION CLINICA	72
4.- <u>FACTORES DE RIESGO DE DEPRESION INFANTIL</u>	79
4.1. INTRODUCCION	79
4.2. DEFINICION DE FACTORES DE RIESGO	80
4.3. FACTORES DE RIESGO MACROSOCIALES	81

4.4.	FACTORES DE RIESGO MICROSOCIALES	89
4.5.	FACTORES DE RIESGO PSICOLOGICOS	103
5.-	<u>EVALUACION DE LA DEPRESION INFANTIL</u>	108
5.1.	INTRODUCCION	108
5.2.	ESCALAS AUTOEVALUATIVAS	109
5.2.1.	CDI	111
5.2.2.	CDS	126
5.2.3.	DSRS	128
5.2.4.	CES-DC	130
5.2.5.	Otras Tecnicas	131
5.3.	ESCALAS DE EVALUACION POR LOS COMPAÑEROS	131
5.3.1.	PNID	132
5.4.	TECNICAS DE EVALUACION POR EL CLINICO	135
5.4.1.	k-SADS	137
5.4.2.	ISC	138
5.4.3.	CDRS-R	139
5.4.4.	CAS	141
5.4.5.	DISC	142
5.4.6.	BID	143
5.4.7.	CARS	144
5.5.	ESCALAS DE EVALUACION POR EL MAESTRO	144
5.6.	ESCALAS DE EVALUACION POR LOS PADRES	145
5.6.1.	CDS	146
5.6.2.	CBCL	147
5.6.3.	PIC	149

3.1.2.1.2. Escala de Evaluación por los compañeros PNID	181
3.1.2.1.2.1. descripción de la escala	181
3.1.2.1.2.2. adaptación de la prueba al catalán	183
3.1.2.2. CONDICIONES DE APLICACION DE LAS DOS PRUEBAS DE SCREENING	186
3.1.3.- <u>RESULTADOS FASE 1</u>	190
3.1.3.1. Características Psicométricas del CDI catalán	190
3.1.3.2. Características Psicométricas del PNID catalán	197
3.1.3.3. Resultados obtenidos en la FASE 1	197
3.1.3.3.1. escala CDI	198
3.1.3.3.2. escala PNID	200
3.1.3.4. Resultados conjuntos de ambas pruebas	200
3.1.4.- <u>CONCLUSIONES DE LOS RESULTADOS DE LA FASE 1</u>	204
3.2.- <u>SEGUNDA FASE</u>	207
3.2.1. SUJETOS	209
3.2.1.1. Selección de la Muestra	209
3.2.1.2. Descripción de la Muestra	210
3.2.2. METODO	213

3.2.2.1. VARIABLES INDEPENDIENTES	213
3.2.2.1.1. Variables Macrosociales	214
3.2.2.1.2. Variables Microsociales	219
3.2.2.1.3. Variables Psicológicas	221
3.2.2.2. VARIABLE DEPENDIENTE	222
3.2.3. PROCEDIMIENTO	223
3.2.3.1. TECNICAS DE EVALUACION UTILIZADAS	223
3.2.3.1.1. Escalas Evaluación de la Variable Independiente	224
3.2.3.1.1.1.- cuestionarios cerrados	224
3.2.3.1.1.1.1. datos sobre el centro	224
3.2.3.1.1.1.2. datos sobre el expediente escolar	226
3.2.3.1.1.1.3. cuestionario de padres	228
3.2.3.1.1.2.- escala de ansiedad	229
3.2.3.1.1.2.1. descripción de la escala y estudio piloto	230
3.2.3.1.1.3.- test grafo-perceptivo	232
3.2.3.1.1.4.- escala de autoestima	232
3.2.3.1.1.4.1. descripción de la escala y estudio piloto	234
3.2.3.1.1.5.- escalas de inteligencia WECHSLER	237
3.2.3.1.1.5.1. cubos (KOHs)	237
3.2.3.1.1.5.2. comprensión verbal WISC-Catalán	238
3.2.3.1.2. Escalas de Evaluación de la Variable Dependiente	241
3.2.3.1.2.1.- escalas de depresión de la FASE 1 (CDI y PNID)	241
3.2.3.1.2.2.- escala evaluada por los maestros (ESDM)	242
3.2.3.1.2.3.- escala evaluada por los padres	

I. - INTRODUCCION

En los últimos años ha crecido espectacularmente el interés por el estudio de la depresión y de su evaluación desde las diversas perspectivas de la psicología; prueba de ello es el creciente número de publicaciones y reuniones científicas que se le han dedicado a nivel mundial. Sin embargo es un tema discutido, que ha creado polémica, siendo el centro de los debates la cuestión de si la depresión infantil existía realmente como síndrome y también si era completamente diferente a la depresión del adulto.

Actualmente, tras diferentes estudios epidemiológicos y longitudinales realizados en población infantil, se acepta que la depresión infantil existe como una entidad clínica o síndrome y que hay una marcada variabilidad de estos síntomas según la edad. Es decir, aunque la depresión infantil tenga una sintomatología similar a la de los adultos como ha sido descrito por varios autores, la forma de expresión puede ser diferente y está relacionada con el nivel de desarrollo o etapa evolutiva del niño.

Podemos afirmar que hasta este momento, son escasos los trabajos epidemiológicos rigurosos y fiables realizados en población infantil no clínica; concretamente en nuestro país no existen datos de ningún estudio epidemiológico de depresión infantil. El fin de rellenar este vacío y aportar datos realizados en nuestro país, ha sido uno de los motivos por los que se ha llevado a cabo un estudio epidemiológico de la depresión infantil en España con muestras de niños que cursaban el curso de EGB, representativas de Barcelona, Gerona

(provincia), Madrid, La Coruña (provincia), Valencia y Sevilla; de los que son directores E. DOMENECH y A. FOLAINO y del que próximamente podrán conocerse los resultados.

La muestra recogida en la provincia de Gerona, por un lado ha sido analizada en el estudio epidemiológico y por el otro en nuestro trabajo, en el que disponemos de mayor información de cada niño; pretendemos analizar más minuciosamente las características psicológicas, escolares y ambientales de nuestra muestra y la relación que tienen con la sintomatología depresiva. Con ello partimos de objetivos diferentes y nos lleva a estudiar los datos de forma diferente aunque trabajemos con la misma muestra, el mismo diseño y las mismas técnicas de evaluación sintomatológicas de depresión .

En esta investigación, no pretendemos llevar a cabo un estudio exhaustivo de lo que es la depresión y cómo se evalúa; ni realizar un estudio epidemiológico ni recoger de él la información como ya hemos señalado; sino hacer un "overview" de los trabajos que se han realizado en este campo entrando en el concepto, los modelos explicativos, la epidemiología, los factores de riesgo y la evaluación y ver en el área de la provincia de Gerona cómo se estructuran las diferentes variables y la relación que guardan con la sintomatología depresiva medida a través de técnicas directas (autoinformación) y técnicas indirectas (heteroeinformación). También creemos importante de nuestro trabajo el poder aportar datos psicométricos sobre medidas adaptadas al contexto lingüístico (catalán) en el que nos encontramos.

Una especial consideración ha tenido dentro del tema de la depresión infantil, el capítulo de su evaluación. Los métodos de evaluación más comunes, incluyen entrevistas clínicas, escalas autoevaluativas, escalas de evaluación por los compañeros, escalas de evaluación por los maestros y los padres, test proyectivos y el uso de marcadores biológicos.

Estos métodos varían según sea quien informe, pero están pensados para poder recoger la máxima información respecto al niño; teniendo en cuenta las personas más significativas que le rodean. Cabe decir que aunque disponemos de varias técnicas para evaluar la sintomatología depresiva del niño, sólo un limitado número de ellas están respaldadas por estudios psicométricos fiables.

Hemos partido de la voluntad de querer recoger la información no sólo del propio sujeto, que nos parece la más importante, sino también de otras fuentes de información como pueden ser los compañeros, los maestros y los padres. Sin embargo somos conscientes de no haber abarcado en nuestro trabajo, ni a nivel teórico ni práctico todos los métodos disponibles para su evaluación, conociendo que existen otras técnicas dentro del campo psicoanalítico (Rorschach, C.A.T., H.T.P., Figura humana) y del bioquímico (secreción de cortisol, test de supresión de la dexametasona, entre otros) en los que se está trabajando y parecen ser prometedoras; que no hemos tenido en cuenta.

El presente trabajo consta de dos partes. La primera parte pretende hacer como ya hemos señalado, un "overview" del concepto, modelos explicativos, epidemiología, factores de riesgo y evaluación de la depresión infantil. La segunda parte comprende el estudio empírico que consta de dos etapas diferenciadas.

La primera es la fase de "screening" que nos lleva a seleccionar, mediante instrumentos apropiados para ello, la muestra de la segunda fase (niños con alta y baja puntuación en dichas escalas de sintomatología depresiva), y la segunda fase que es de la que disponemos mayor información y con la que se han realizado varios análisis exploratorios y confirmatorios a fin de estudiar las variables, posibles

factores de riesgo y su relación con la sintomatología depresiva.

Finalmente las conclusiones, la bibliografía consultada y en el apéndice insertamos las pruebas y cuestionarios utilizados, junto con algunas tablas de datos que no fueron expuestos en su apartado respectivo.

Esperamos que la presente investigación haya podido servir para aportar algunos datos sobre este tema y permita el planteamiento de futuros trabajos que resuelvan los problemas aquí surgidos.

II. - PRIMERA PARTE:
APROXIMACION TEORICA

1 - CONCEPTO DE DEPRESION INFANTIL

1.1. INTRODUCCION

Se ha dicho que la depresión infantil, hoy en día continua siendo un "enigma" pese a haber sido un tema de discusión entre clínicos y haberse dedicado un gran número de publicaciones en revistas especializadas, (FINCH & SAYLOR 1984). La discusión se ha centrado por un lado en la existencia como tal de la depresión infantil, los esfuerzos se han dirigido hacia la comprobación empírica de la sintomatología, epidemiología, etiología y tratamiento de la depresión en niños, y, por otro lado, en la consideración de un síndrome, diferente o no, a la depresión adulta. En este sentido los avances que se han dado en el estudio del modelo adulto han llevado a los científicos a preguntarse por la posibilidad de una depresión infantil (PHILLIPS, 1980; PHILLIPS & FRIEDLANDER, 1982; WORI, 1982, BEMFORAD, 1982; LASHANI, 1982; CLAYTON & BARRET 1983).

La mayoría de los autores dedicados a la investigación psicopatológica de los trastornos afectivos de la infancia parece que aceptan la depresión infantil como una realidad, a pesar de que los datos que se disponen sobre ella sean mucho menores que los que se disponen sobre la depresión adulta. (BOWLEY, 1960; FROMMLER 1968; MALMOQUIST, 1971; PEARCE, 1977; POZNANSKI, 1983). Ello no ha implicado un acuerdo unánime, así y en sentido totalmente opuesto encontramos por ejemplo la postura de MAJITA (1973) que en un estudio llevado a cabo

en una amplia muestra de niños y adolescentes (10.000), no encontró depresiones en ningún caso por debajo de los 10 años. Sin embargo podemos afirmar que son cada vez menos los que niegan la existencia del síndrome depresivo infantil.

Cronológicamente algunos autores han situado este interés generalizado por la depresión infantil en los años 60 y otros como DUGAS (1984) conceden al IV Congreso de la Unión Europea de Paidopsiquiatría realizado en Estocolmo (1971) el papel de ser plataforma para la vuelta por el interés en el tema. Lo que parece cierto es que a juzgar por las publicaciones más recientes que disponemos, la depresión ha pasado a ocupar un lugar relevante en el contexto actual de la psicopatología (GARCIA VILLAMISAR y POLAINO, 1985).

Es por ello que nuestro interés en el tema viene estrechamente ligado a nuestro marco teórico y profesional y pretendemos acercarnos al tema con el fin de "describir" los aportes que se han hecho, para así adentrarnos en nuestra investigación propiamente dicha.

1.2. DIFICULTADES EN LA CONCEPTUALIZACION DE LA DEPRESION INFANTIL

Como señalábamos durante los últimos quince años el tema de la depresión ha recibido bastante atención tanto en la literatura de divulgación como en la científica (GARFIELD 1981), aunque esto no quiere decir que las dificultades hayan desaparecido a la hora de

intentar definir y ponerse de acuerdo en la definición de la depresión infantil.

Las investigaciones de los últimos años se han centrado, por un lado en la frecuencia con que la depresión parece ocurrir en poblaciones de niños (KASHANI et al. 1983), de adolescentes (KAPLAN et al. 1984) y adultos (ROBINS et al. 1984) por otro lado en el rol potencial de varios factores (psicológicos, psicosociales, bioquímicos, neuroendocrinos y genéticos) y finalmente en la etiología de la depresión, (BURBACH & BORDUIN, 1986). Todos estos interesantes trabajos han facilitado a mi entender los recientes avances en la conceptualización, evaluación, diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo tanto en los niños (HODGES & SIEGEL 1985, KASLOW & REHM 1985, KAZDIN et al. in press), en los adolescentes (CHARTIER & RANIERI 1984, STROBER 1983) como en los adultos (BECKHAM & LEBER 1985).

La depresión infantil es un conjunto de síntomas que configuran el síndrome depresivo, y forma un cuadro psicopatológico (DOMENECH 1985). Síntomas estos que afectan a la afectividad del niño (tristeza, mal humor, incapacidad para divertirse,...), a las cogniciones del niño (distorsiones cognitivas, alteraciones en la atención y comprensión, fracaso escolar, autoimagen negativa...), a la actividad del niño (inhibición, pasividad, hiperquinesia), síntomas psicofisiológicos (trastornos del sueño, alimentación, enuresis, encopresis) y que afectan también a la socialización.

Llegado a este punto, podemos acercarnos al concepto de depresión utilizando diferentes estrategias, por una parte podemos adoptar un enfoque semiótico, es decir podemos basarnos en algunas definiciones dadas y a partir de aquí extraer el concepto de la misma, también

podemos nombrar las diferentes posturas que los investigadores han tenido frente a la depresión, los síntomas apuntados, la relación con la depresión adulta y por último nuevos planteamientos que apuntarían hacia su relación con el desarrollo infantil.

Cualquiera de estos caminos, a nuestro entender, podría ser considerado válido ya que el objetivo es "conceptualizar" aquello que vamos a estudiar, pero tal vez nos parece algo más didáctico plantearnos:

- Qué se dice que es
- Cómo se manifiesta

- Diferencias y semejanzas

- Relación con la depresión adulta

Así pues señalamos como un aspecto importante para avanzar en el concepto de la depresión la necesidad de dar a conocer el uso que de la palabra depresión se hace. En este sentido FINCH y SAYLOR (1984) señalan:

DEPRESION: "se suele emplear comunmente como si fuese un sentimiento parecido o equivalente a la tristeza".

DEPRESION: se la considera "un estado emocional normal que todos experimentamos en un mayor o menor grado y que se caracteriza por unos sentimientos pasajeros de desánimo e inadecuación".

DEPRESION: como equivalente "al concepto de duelo" (reacción normal ante la pérdida de un ser querido).

DEPRESION: designa "un síndrome psiquiátrico completo recogido en una escala o sistema de clasificación". En

este contexto la depresión se refiere a un trastorno afectivo (APA 1980)

DEPRESION: dentro de los trastornos afectivos "se asocia al trastorno bipolar, la depresión mayor, los trastornos ciclotímicos, los distímicos, los bipolares atípicos y las depresiones atípicas".

DEPRESION: como "respuesta desadaptativa ante un stress psicosocial".

DEPRESION: como "un trastorno adaptativo con un estado de ánimo deprimido"

Es decir, resumiendo lo que afirma FINCH & SAYLOR (1984) vemos que se nos destacan algunas características:

Depresión como equivalente a tristeza, desánimo e inadecuación más o menos pasajero y más o menos intenso, respuesta desadaptativa a un stress psicosocial y un trastorno adaptativo con un estado de ánimo deprimido.

Un síndrome psiquiátrico que puede ser evaluado mediante una escala o sistema de clasificación, asociado a un trastorno afectivo y equivalente "al concepto de duelo".

Estas diversas definiciones no siempre han estado dadas de forma clara por lo que los primeros artículos sobre investigaciones de la depresión han fracasado en muchos casos por la mala definición de los sujetos objeto de investigación con lo que las comparaciones de pacientes era prácticamente imposible, de ahí que sea interesante acotar el concepto de depresión lo más posible para futuras investigaciones.

Desde otra perspectiva algunos autores han intentado describir la situación que rodea la depresión sobre todo en los niños. Así NISSEN (1971) consideraba que tras un episodio depresivo inicial, el potencial genético, la personalidad anterior, las características ambientales interferirían en la calidad de la evolución de la misma. El ambiente familiar del niño deprimido era amenudo desfavorable (carencia afectiva o una separación precoz y duradera del medio familiar, trastornos mentales en los padres, padre o madre depresivos, alcoholismo crónico, desavenencias parentales crónicas.etc.). Este mismo autor señala diferencias transculturales entre las manifestaciones depresivas en los países muy industrializados y en los países afroasiáticos. En estos últimos la depresión aparecía como una pérdida de energía, un estado de agotamiento, y en cambio, en los países occidentales aparecía con mucha frecuencia como una serie de transtornos somáticos y de apatía escolar. Siendo manifestaciones de todas formas muy diferentes de las de los adultos.

Por otro lado CYTRYN y McKNEW (1972) conciben la enfermedad depresiva como un afecto depresivo de larga duración y lo asocian con incapacidad grave en las áreas de funcionamiento personal, social y vegetativo. En los casos más graves, señalan dichos autores, el enlentecimiento general y los sentimientos de desesperanza y desconfianza afectan al pensamiento del niño y ello hace que aparezcan ideas de suicidio. Postulan una reacción depresiva de conductas desviadas, diferenciándolas de las variables enmascaradas y crónicas por la generalización, intensidad y duración del cuadro clínico así como por un cambio de personalidad más duradero. Las depresiones agudas sin embargo, mostrarían pocos de estos últimos cambios. Estos mismos autores

(1974) postulan una jerarquía de desarrollo depresivo, siendo criticados posteriormente por PETTI (1978).

FRAUDSWEL (1970) por otro lado, describe la depresión en los niños de la siguiente forma: " El niño está expuesto a una pérdida real o imaginaria, puede fracasar en alcanzar una meta deseada o ser incapaz de establecer una dependencia defensiva. La incapacidad para establecer una dependencia compensatoria da lugar a una disminución de la autoestima del niño, expresando desadaptación, desesperanza, o síntomas tales como aislamiento, mentiras, creando así el círculo que lleva a un mayor rechazo ". Los sentimientos depresivos manifestados pueden ser admitidos por los niños, aunque frecuentemente sean negados sobre todo al presentar conductas agresivas. También en este sentido el rendimiento intelectual disminuye sea por la depresión sea por los trastornos conductuales.

De forma similar AGRAS (1959) formula la hipótesis de que la depresión infantil acompaña a una constelación familiar depresiva y esta subyace bajo muchos otros trastornos psiquiátricos de la infancia.

PETTI (1983) afirmaba que la depresión y el retraimiento son síntomas que se manifiestan a lo largo de todas las categorías de diagnóstico de la psicopatología de la infancia, dejando sin embargo constancia de que la depresión y el retraimiento social son entidades distintas y no sinónimos en los niños.

Es decir, el ambiente familiar desfavorable a veces (familia depresiva AGRAS 1959) podría ser un determinante de los episodios depresivos en niños (NISSEN 1971) e igualmente su entorno social lo que justificaría

las diferencias encontradas en el comportamiento de los niños de diferentes países. En los niños parece asociarse a dificultades en el funcionamiento personal, social y vegetativo (CYTRYN & MCKNEW 1972) que le hacen incapaz de alcanzar metas, o desarrollar mecanismos compensatorios afectando a su autoestima, desesperanza,...etc. (FRANOWSKI 1970). Existiría sin embargo una diferencia clara entre depresión y retraimiento social (PETTI 1983).

Encontramos por otro lado un número importante de teorías psicológicas y bioquímicas sobre la etiología de la depresión, sin embargo la falta de comunicación entre los representantes de cada una de ellas hace, como señala AKISAL y Mc KINNEY (1973) que existan publicaciones e investigaciones en revistas científicas diferentes completamente aisladas, y ello siempre en perjuicio del concepto que de la depresión se tiene.

Finalmente citaremos la postura de ROCHLIN (1959) que afirmaba la no existencia de la depresión infantil (entendida esta como fenómeno del super-ego) en esta etapa, ya que los niños no tenían una estructura del super-ego. Esta postura no ha podido confirmarse absolutamente en la práctica, pero ha supuesto un importante retraso para la ciencia (NISSEN 1986).

De la revisión efectuada sobre las diferentes posturas sobre la depresión coincidimos con GARCIA VILAMISAR y POLAINO cuando concluyen :

- 1.- salvo contadas excepciones, los autores afines al psicoanálisis, sostienen que no existe la depresión infantil puesto que los niños no tienen suficientemente desarrolladas las estructuras que posibilitan la aparición del síndrome.

- 2.- el concepto de depresión enmascarada con el que a veces se ha denominado la depresión en los niños lleva implícita una serie de dificultades: la distinción que debe hacerse entre los denominados equivalentes depresivos y aquellos otros síntomas que no aparecen ligados al cuadro depresivo.
- 3.- la perspectiva del desarrollo defiende que la depresión infantil puede manifestarse en la infancia, si bien, tal como han demostrado diversos estudios epidemiológicos y longitudinales, su espectro sintomatológico se disipa con el paso del tiempo.
- 4.- finalmente la conceptualización que goza de mayor aceptación actualmente postula que la depresión infantil es semejante clínicamente a la depresión de las personas adultas. Sin embargo la depresión infantil tiene una serie de síntomas específicos que la hacen precisamente diferente de la depresión adulta.

El principal problema radica en que no hay un acuerdo entre investigadores y clínicos sobre qué y cuáles son los síntomas accesorios que singularizan las depresiones infantiles. (GARCIA VILAMISAR y POLAINO , 1985). No contamos con una definición ni con un concepto claro de depresión infantil (POLAINO 1986).

1.2.1. LA DEPRESION INFANTIL COMO SINTOMA, SINDROME, Y ENTIDAD NOSOLOGICA

Hemos señalado algunas definiciones, también algunas aproximaciones a cómo se manifiesta en niños, veamos algo más en detalle las diferentes conceptualizaciones de la depresión infantil como un SINTOMA, como un SINDROME y como UNA ENTIDAD MORBIDA específica (PETTI 1983).

La depresión entendida como síntoma implica generalmente que el niño parece tener o se queja de tristeza, llora fácilmente o está disfórico, solitario, desesperado o pesimista. El mal humor, la irritabilidad y las ideas autodespectivas frecuentemente se asocian a esta sintomatología de la depresión. El señalar todos estos síntomas tan variados es por lo que el estudio de la misma ha sido complejo y que los problemas conceptuales son como señala GRINKER (1961) múltiples y variados.

La definición que sobre depresión puede hacerse, al igual que los límites de ella, ha llevado a discusiones entre los especialistas y no parece claro que a pesar de las investigaciones y de las publicaciones se haya llegado a un acuerdo (DUGAS 1984). Así por ejemplo un síntoma como el humor depresivo que parece señalarse por los clínicos si no como el más evidente, si como el central en el diagnóstico de la depresión, es lamentable que sea un reconocimiento subjetivo. Algunos autores, sin embargo, han hecho un esfuerzo por desarrollar un criterio de diagnóstico para dar soporte a la definición clínica (COMMINS & HEISLER 1980).

PEARCE (1977) dio una definición que incluía: tristeza, infelicidad, miseria o llanto con al menos dos de los siguientes síntomas: ansiedad, alteraciones del sueño, irritabilidad, intento de suicidio, alteraciones alimentarias, rechazo escolar, fobias, alteraciones en el comer, obsesiones e hipocondríasis. Incluía también la presencia de humor más bajo al menos en un período de cuatro semanas y severos síntomas que interferían en la vida social diaria del niño al igual que en su funcionamiento cognitivo.

Por otro lado WEINBERG (1973) sugería que el diagnóstico de la depresión infantil requería la presencia de humor disfórico y una idea de auto-desaprobación acompañado por lo menos de dos de los siguientes síntomas:

conducta agresiva

alteraciones del sueño

cambio en el funcionamiento escolar

disminución de la sociabilidad

un cambio de actitud hacia la escuela

quejas somáticas

pérdida de la energía habitual

un inusual cambio de apetito

Todo ello debía representar un cambio en la conducta habitual del niño presente en un período de un mes.

Los investigadores al respecto son numerosos, TOOLAN 1962, GLASER 1967, ANTHONI 1970, BOWLY 1973, CYTRYN & McFNEW 1972, MALMOUIST 1971, CARLSON & CANTWELL 1980, FROMMER 1967, LEON et al. 1980, WEINBERG et al. 1973, RUTTER et al. 1970, POZNANSKI & ZRULL 1970, KASHANI 1982, HANDEL & DAVIES 1982., entre otros, han descrito toda una serie de sintomatología tanto en niños como en adolescentes.

Así pues poseemos una sintomatología que configura la depresión en el niño y que desde esta perspectiva nos ayuda a detectarla.

No es esta la única aproximación al concepto de la depresión infantil, para otros la hipótesis de la existencia de la depresión infantil estaría en considerarla como entidad independiente formada por una constelación de síntomas o "cluster". Este concepto de síndrome depresivo fue el que prevaleció en el primer congreso sobre la depresión infantil en 1975, organizado por el National Institute of Mental Health de Rockville (SCHULTERBRANDT & RASKIN 1977).

La discusión pública acerca del síndrome depresivo en la infancia, condujo a grandes debates y se caracterizó por la falta de acuerdo. Generalmente, se ha aceptado que para el diagnóstico de depresión infantil son imprescindibles un estado de ánimo disfórico presente de modo persistente, normalmente con una duración de unas semanas y la manifestación de ideas autodespectivas. Estos formarían un cluster necesario para poder hablar de depresiones infantiles en niños.

Así se ha entendido la depresión como un síndrome compuesto no sólo por un estado emocional alterado patológicamente sino también por un conjunto de cambios

fisiológicos, cognitivos y conductuales que coinciden con el episodio depresivo (FINCH y SAYLOR 1984). Los puntos de vista concernientes al síndrome de depresión en la infancia son sin embargo muy diversos yendo desde la inexistencia de la identidad, debido a que los niños carecen de los mecanismos cognitivos afectivos o intrapsíquicos necesarios para experimentar dicho síndrome (FINCH y SAYLOR 1984), pasando por definiciones rigurosas de un cuadro clínico y una entidad mórbida, hasta un trastorno que abarcaría prácticamente toda la patología de la infancia. (PETTI 1986)

En Septiembre de 1975, el National Institute of Mental Health organizó un importante congreso sobre la depresión. La mayoría de sus asistentes coincidieron en afirmar que era legítimo hablar de depresión infantil entendida como un conjunto independiente de síntomas que configuraban un síndrome clínico. Esta decisión de grupo es el núcleo y la base de la opinión prevalente en la actualidad.

Como apoyo de lo anterior ACHENBACH y EDELBROCK (1978) evidenciaron que la depresión infantil es uno de los 8 síndromes distintos identificados mediante análisis factorial en amplias muestras de niños perturbados emocionalmente.

Otro punto de vista apoyado por investigadores destacados nos hablan de la depresión infantil como entidad mórbida específica (PETTI 1986). Así se afirma que designar un grupo de síntomas y signos como un síndrome sugiere un proceso mórbido que considerado globalmente constituye una enfermedad. Desde una perspectiva psicoanalista (MAHLER 1961, RIE 1966) no se acepta el concepto, y desde el punto de vista de los psicólogos experimentales (LEFKOWITZ & BURTON 1978) ya

hemos señalado que sugieren que la prevalencia de muchos de los síntomas del síndrome depresivo infantil es tan elevado en los niños normales que tales síntomas pueden no ser estadísticamente atípicos no psicopatológicos, ni de larga duración. Otras posturas serían las de CAMPBELL (1952), DYSON & BARCAI (1970) y VARSAMIS & McDONALD (1972) que escriben ciertos síntomas unidos al entramado de la enfermedad maniaco-depresiva, como una entidad morbosa específica de los niños. Estos síntomas revisten una naturaleza periódica o cíclica e incluyen lentitud psicomotora, rechazo escolar, pérdida de interés, retraimiento en la fase depresiva, actividad mental extrema, hiperactividad motora y verborrea en la fase maniaca o hipomaniaca.

Se ha apuntado, correctamente a nuestro entender, que una de las principales dificultades con que se encuentra el clínico a la hora de estudiar la depresión en la infancia y la adolescencia es la ausencia de datos clínicos fiables y válidos así como la carencia de estudios longitudinales y el notable retraso que actualmente tienen los estudios de la depresión de la infancia y adolescencia (PETTI 1986).

A pesar de los intentos de la OMS (1978) por aglutinar a las depresiones infantiles en un nuevo marco conceptual (alteraciones emocionales específicas en niños y adolescentes con sufrimiento e infelicidad) y del DSM-III (1980) equiparando sus criterios de diagnóstico con los de las depresiones del adolescente y del adulto, se podría afirmar (MESA 1986) que el concepto de depresión infantil aún no se haya totalmente libre de ser definido con cierta ambigüedad, a pesar de haber mejorado últimamente.

En este sentido, la depresión como ENTIDAD ESPECÍFICA ha sido descrita por muchos autores basándose en sus definiciones del trastorno. Entre los estudios más rigurosos están los de POZNANSKI y ZRULL (1970) en cuya investigación se exigía que el niño fuera descrito como triste, desgraciado o deprimido, o que manifestara esos sentimientos en la entrevista. Por otro lado que se confirmara clínicamente algún otro aspecto como excesiva autocrítica, dificultades de sueño, excesiva preocupación por la muerte y sentimientos de inadecuación. Los resultados apuntaron hacia el trastorno más frecuente: autoimagen negativa, aunque el retraimiento estaba de algún modo presente, llegado a este punto deberíamos señalar también los estudios de PUIG-ANTICH, BLAU, MARX, GREENHILL y CHAMBERS (1978), que emplearon los criterios diagnósticos de investigación (RDC) sin modificación alguna para la definición de entidad mórbida específica (SPITZER, ENTICOTT y ROBIN 1975).

1.2.2.- LA DEPRESION ENMASCARADA

En la década de los 60-70 se acepta la existencia de la depresión infantil diferenciándola de la del adulto en que esta se expresa de forma enmascarada, es decir, se expresa con el fracaso escolar, alteraciones del comportamiento, enuresis, ...etc.,. Se consideró la época de los síntomas enmascarados y de los equivalentes depresivos.

La depresión fue definida como un estado de tristeza en cuyos sentimientos de incapacidad o desesperanza, son predominantes y puede aparecer la

reducción de la actividad y la habilidad de la concentración (COMMINS & HEISLER 1980). En niños y adolescentes el humor característico de tristeza e infelicidad puede estar enmascarado por cambios de conducta, tales como agresividad, irritabilidad, hiperactividad o conductas delictivas. Todo ello ha llevado a algunos investigadores a hablar de depresiones enmascaradas. Así leíamos en la entrevista realizada recientemente a NISSEN (1986) que los niños enmascaran sus depresiones con síntomas somáticos. Una de las manifestaciones de la depresión en la infancia es la tendencia a la regresión " el niño de 8 años que de repente empieza a comportarse como uno de 5 años ". Con frecuencia no aparece como enfermedad mental, sino maquillada "con dolores de cabeza, trastornos digestivos y dificultades de respiración".

GLASER (1967), comenta el hecho de que los niños no son capaces de expresarse tanto verbal como afectivamente de igual manera que lo pueden hacer los adultos, y ello les lleva a enmascarar su depresión tras síntomas como una actuación agresiva o ausente. Así algunos autores afirman que la depresión enmascarada es la regla más que la excepción y a pesar de ello dieron cuenta de un síndrome depresivo típico consistente en disforia, desesperanza, retraimiento social, retardo psicomotor, trastornos de sueño y del apetito y otros síntomas que se asemejan al cuadro clínico adulto de la depresión. (CYTRYN & McNEW 1972).

El concepto de depresión enmascarada constituyó una entidad global en la que el humor disfórico ha de ser deducido por el clínico. Este concepto tubo popularidad y aceptación en psiquiatría infantil aunque de forma intermitente.



Hace algunos años se extendió la idea de que el desarrollo psicosexual del niño y del adolescente excluía por principio la aparición de desórdenes depresivos (RIE 1966). Esta postura un tanto extrema dio lugar a otras, las cuales entendían que existe una depresión infantil pero que adopta formas clínicas muy específicas (PAYTEL 1985). Todo ello dio lugar a los conceptos de " depresión enmascarada " y de " equivalentes depresivos ". Así habría una amplia gama de síntomas que reflejarían la depresión subyacente: hiperquinesia, enuresis, delincuencia, fobias, bajo rendimiento (KOVACS & BECK 1977). La teoría general afirmaba que todos estos desórdenes conductuales eran el resultado de las defensas infantiles en contra de la depresión.

GLASER (1967) al hablar de las depresiones enmascaradas de los niños afirma que no es necesario que la depresión sea la patología causal subyacente, ni tan siquiera la reacción psicopatológica principal, sino una parte del trastorno total. Este mismo autor describe reacciones conductuales como por ejemplo hacer novillos, rabieta, desobediencias...o reacciones psiconeuróticas como fobia escolar y fracaso en el rendimiento escolar... y reacciones psicofisiológicas como dolores de cabeza, abdominales y vómitos, síntomas estos asociados o formando parte del cuadro de depresión enmascarada.

Así pues el concepto de depresión enmascarada no diferencia entre el abatimiento o afecto depresivo y el propio síndrome de depresión. No es necesario presuponer un desorden depresivo subyacente para explicar los trastornos conductuales infantiles. PAYTEL (1985) señala que es posible encontrar interpretaciones clínicas alternativas a "los equivalentes depresivos" sin que los mismos aludan a la idea de un estado de ánimo patológico primario.

CONNERS (1976) afirmaba sin embargo que se debe tener en cuenta que el desarrollo cognitivo y emocional del niño era el responsable de las diferencias niño-adulto en cuanto a las manifestaciones conductuales del trastorno.

Se podría por lo tanto afirmar que entendemos que existe depresión o rasgos depresivos cuando el paciente expresa sentimientos de desadaptación, de devaluación, baja autoestima, desamparo, desesperanza, rechazo de los otros y aislamiento. Y si examinamos el ambiente inmediato del paciente estos sentimientos no corresponden a su situación real de vida o son más intensos de lo que parece exigir la condición actual del paciente tal afirmación de GLASER (1967) nos hace pensar que el mismo síndrome depresivo ha sido dibujado de muchas maneras. La hiperactividad, las quejas somáticas, las dificultades escolares o el rechazo escolar, son conceptuados como formando parte del cuadro de depresión enmascarada (PETTI 1986, BLUMBERG 1978). Aunque este concepto se mantiene viable en psiquiatría general (LESSE 1974) ha perdido credibilidad para los niños (CYTRYN & McKNEW & BUNNE 1980, WELNER 1978).

KOVACS & BECK (1977) concluyen que este concepto es tan amplio y redundante que no es útil como herramienta de diagnóstico. CYTRYN, McKNEW & BUNNEY (1980), redefinieron su propia postura al respecto, admitiendo que el concepto de depresión enmascarada tan sólo había contribuido a crear confusión entorno a la nosología de la depresión infantil. Los autores propusieron que aquellos niños que se diagnosticaran de depresión siguiendo los criterios que se emplean en los adultos, fueran distinguidos en función de si los síntomas incluyen o no "acting-out".

A pesar de las limitaciones y de la pérdida de credibilidad que esta conceptualización ha tenido sobre todo en EEUU, lo cierto es que tanto la noción de depresión enmascarada como de equivalentes depresivos ha contribuido de forma indirecta a un refinamiento conceptual y al aumento de investigaciones empíricas sobre la depresión infantil. Como señala GARCIA VILLAMISAR y POLAINO (1985) la idea de que la depresión aparece enmascarada, en último extremo, sugiere que la depresión puede manifestarse en la infancia y también que esta puede aparecer bajo determinados cuadros psicopatológicos de la infancia que condicionan su manifestación de forma menos evidente. Ello puede haber sido la causa de que se la ignore en el proceso diagnóstico.

A la vista de lo expuesto, estaríamos de acuerdo con aquellos que como DOMENECH (1986) desvaloran el concepto de depresión enmascarada y de equivalentes depresivos debido a que se ha intentado colocar toda la sintomatología infantil psicopatológica, fuera o no depresiva, en dicho cuadro, siendo inaceptable en el niño (POZNANSKI 1983).

1.2.3. VISION EVOLUTIVA DE LA DEPRESION INFANTIL

Hemos intentado acercarnos a las descripciones que de la depresión infantil se han hecho, sus manifestaciones, su sintomatología, enmascarada o no, durante el período que nos ocupa: la infancia, sin embargo todavía no hemos abarcado el panorama de

conceptualización de la misma. Otra pregunta ha sido planteada por los expertos ¿ Hay alguna diferencia con la depresión adulta, cuál, cómo se modifica con la edad, si es que existe?. La respuesta a estas preguntas nos lleva a repasar de nuevo todo lo que sobre ello se ha escrito e intentar plasmar aquí algunas de las aportaciones importantes.

Siguiendo a FINCH & SAYLOR (1984) podemos afirmar que si bien algunos investigadores se han centrado en la cuestión de si la depresión infantil existía como síndrome, actualmente se investiga sobre si tal síndrome es o no diferente del de los adultos.

Para algunos autores el modelo adulto es válido para ser aplicado a la infancia y así consideran "el desarrollo como un proceso continuo" (GARCIA VILLAMISAR 1983). Así la depresión en la infancia y adolescencia tendría el mismo mecanismo que en la edad adulta (FUIG-ANTICH et al. 1978, MCKNEW & CYTRYN 1979, CARLSON & CANTWELL 1980).

Es con esta línea que coincidiría el DSM-III (APA 1980) que considera los mismos desórdenes afectivos en los adultos que en los niños, sin olvidar sin embargo, las variables del desarrollo. Según PHILLIPS & FRIEDLANDER (1982), la postura del DSM-III presenta "el compromiso entre el modelo de desarrollo y el modelo adulto".

CYTRYN & MCKNEW (1972), afirman que las depresiones infantiles "típicas" pueden ser agudas o crónicas. Basándose en informes (RUTTER et al. 1970, CYTRYN & MCKNEW 1972, WEINBERG et al. 1973) y también en observaciones clínicas (FUIG-ANTICH et al. 1978), avanzaron la hipótesis de que habrá niños depresivos cuyo

trastorno sea similar al de la depresión mayor del adulto, tal como lo evalúan los Criterios de Diagnóstico Investigador (RDC), y así lo demuestran los estudios llevados a cabo con prepúberes por SPITZER et al. (1978).

Mientras el interés para algunos estaba en las diferencias entre la depresión adulta y la depresión infantil (llegando algunos psiquiatras a negar la existencia de las depresiones en el niño), en los últimos años se ha desarrollado esta tendencia a valorar los síntomas de los estados depresivos comunes en el niño y en el adulto. Tal como afirma DUGAS (1984), esta nueva tendencia, desarrollada sobre todo en los EEUU, ofrece una serie de ventajas al ajustar la clasificación de las depresiones infantiles a la clasificación de los trastornos tímicos en el adulto ya que permite la uniformidad del diagnóstico para todas las edades pero pudiendo conservar y tener en cuenta las diferencias ligadas estrechamente a la edad. Tal como señalábamos anteriormente es posible establecer la comparación de los criterios para el diagnóstico de la depresión en el adulto y en el niño en el DSM-III (1980) y en la clasificación de las depresiones infantiles de WEINBERG (1973) derivadas estas de los criterios de FEIGHNER, CYTRYN, McKNEW (1973) y de KOVACS y BECK (1977). Parece cierto que si comparamos cada una de ellas entre sí, hay numerosos puntos en común y en todo caso las diferencias serían más de origen semántico.

Un nuevo problema se plantea, sin embargo, en este sentido. ¿Comienza la depresión adulta en la infancia con esas características similares?

RUTTER (1970) es partidario de afirmar que raramente eso es así, es decir, que raramente comenzaría en la infancia. FRITCHARD y GRAHAM (1966) constatan

también que la depresión empiece habitualmente en la vida adulta y no es precedida por desórdenes en la infancia.

Esta idea, de que los niños expresan su depresión de una forma diferente a como lo pueden hacer los adultos, ya fue formulada por varios investigadores en la década de los 60 y en la de los 70. Estos autores adelantaron el concepto de la Depresión enmascarada, que hemos comentamos en otro apartado.

En niños en edad escolar hay una falta de evidencia de que las alteraciones emotivas y del comportamiento corriente, tengan algo en común genéticamente con la enfermedad depresiva del adulto, (GRAHAM 1974). La tristeza en un niño no debe ser interpretada como debida a una enfermedad depresiva, ya que el estado de ánimo alterado ocurre como una reacción a circunstancias ambientales que afectan al niño. La depresión infantil señala GRAHAM (1974) es psicopatológicamente más compleja que lo es en el adulto porque ocurre en un organismo en desarrollo.

Otros autores (RUTTER 1972), que apoyan la idea de que la depresión infantil se manifiesta de diferente forma en la infancia que en la edad adulta plantean un nuevo problema: los límites del concepto de desórdenes depresivos infantiles (PAYKEL 1985).

Este mismo autor (RUTTER 1986), afirma que la depresión infantil no es igual que la del adulto ya que no se puede estudiar con las mismas medidas, sin embargo puede existir en todas las edades y hay que tener en cuenta las etapas evolutivas del niño.

En contraste con el punto de vista que hace referencia a la ausencia de un síndrome neto en la

infancia, FROMMER (1967) y CYTRYN & McFNEW (1971), han descrito los desórdenes depresivos infantiles proponiendo una subclasificación. No se intentaría diagnosticar a los niños según las categorías adultas, más bien lo que pretendía FROMMER es dejar claro a partir de sus observaciones clínicas que algunos niños tienden a beneficiarse de los antidepresivos de donde concluye que deben ser casos depresivos.

ACHENBACH (1978), LEON et al. (1980) y BEMPORAD (1982), optan decididamente por el modelo de depresión infantil.

LEFKOWITZ & BURTON (1978), LEFKOWITZ (1980), CYTRYN et al. (1980), consideran sin embargo, la depresión infantil como un fenómeno conceptualmente reciente y por ello, todavía no constituye una entidad clínica estable. Tal como hemos ido viendo, ninguna de las orientaciones es aceptada por ellos (LEFKOWITZ 1980). La crítica se centra principalmente tal como señala GARCIA VILLAMISAR (1983) en estos aspectos:

1. en los estudios revisados se puede ver la presencia de las conductas patológicas tanto en niños de los diagnosticados como depresivos, como en los no depresivos y aún en los casos en los que haya diferencias, estas no son significativas ni estadísticamente ni clínicamente.
2. en los estudios longitudinales se ha apreciado que estas conductas desaparecen con el tiempo y remiten espontáneamente.

A partir de aquí, un nuevo enfoque podría vislumbrarse: la depresión infantil desde una perspectiva de desarrollo.

La conceptualización de la depresión infantil desde esa perspectiva del desarrollo (RUTTER 1986; BEMFORAD 1982) ha adquirido, como señalan GARCIA VILLAMISAR-POLAINO (1985) un notable auge debido a una serie de aspectos:

- 1.- la sugerencia de destacados autores sobre la conveniencia de incluir criterios del desarrollo en psicopatología infantil (ACHENBACH 1976;1982).
- 2.- la situación caótica a la que se había llegado con el concepto de depresión enmascarada que, permitía considerar a cualquier conducta desviada como un síntoma de depresión.
- 3.- a los análisis de varios estudios epidemiológicos de tipo longitudinal sobre el espectro sintomatológico de la psicopatología infantil que muestra que hay escasas diferencias en cuanto a la prevalencia de esta sintomatología entre sujetos normales y sujetos atendidos psiquiátricamente.

Estudios en este sentido han destacado que con anterioridad a los años 70 los niños raramente tenían depresiones, mientras que en la última década, tal vez por la mayor aceptación de que los desórdenes depresivos ocurren en la infancia, han dado lugar a una explosión de trabajos clínicos e investigadores (RUTTER 1986).

En contra de los datos epidemiológicos LEFLOWITZ & BURTON (1978), LEFLOWITZ (1980), han subrayado que los síntomas depresivos que se observan en el niño son fenómenos transitorios del desarrollo y no tienen un significado particular. Añadiendo a tal afirmación el problema que encierra que cada investigador haya empleado diferentes criterios para definir la depresión (PHILLIPS & FRIEDLANDER 1982; POLAINO 1979). Los autores antes señalados argumentan su afirmación citando estudios en los que se ha comprobado la presencia de síntomas depresivos en hasta un 63% de la población juvenil normal (WEINBURG, RUTMAN, SULLIVAN, PERNIK & DEITZ 1973) y añaden (ver FINCH & SAYLOR 1984) que todos los niños podrían reunir los criterios para el diagnóstico de la depresión, si los síntomas incluyen la "depresión enmascarada" y "los equivalentes depresivos" con síntomas tales como la desobediencia, hiperactividad y otros.

Tales afirmaciones fueron criticadas en su artículo por COSTELLO (1980) presentando estudios que daban estimaciones mucho más conservadoras de la prevalencia de la depresión en el niño. El tema continúa en debate, pero de las réplicas de unos y otros podemos señalar en cuanto a la existencia de la depresión infantil tal como afirma FINCH & SAYLOR (1984) que tanto los partidarios de la opinión mayoritaria como los que lo son de la minoritaria nos evidencian un exceso de diagnóstico de depresión y un tratamiento de niveles de conducta no patológica aunque estén asociados a una cierta sintomatología depresiva.

La comunicación entre "campos de investigación" de la clínica y del desarrollo en 1982, tal como recoge RUTTER (1986) han potenciado un enfoque de la depresión infantil desde el punto de vista del desarrollo.

Esta postura sostiene en definitiva, que la depresión clínica puede surgir en cualquier momento del desarrollo pero que su sintomatología se dispersa en función de la edad del sujeto. Su punto de partida sería el siguiente: si los síntomas clínicos de la depresión son típicos de la infancia y desaparecen con la edad, no se debería considerar a estos como un síndrome clínico diferente y por consiguiente tampoco debería ser tratado. El enfoque es una reacción clara al concepto de depresión enmascarada (GARCIA VILLAMISAR y POLAINO 1985).

El panorama descrito nos llevaría a una nueva aproximación al concepto de depresión infantil. En este sentido, y muy ligado a lo anterior, los investigadores del tema proponen la perspectiva evolutiva. Es decir se considera la depresión infantil en un continuum psicopatológico desde el niño al adulto. La depresión infantil podría en muchos casos dejar de ser un fenómeno pasajero como se señalaba anteriormente, para persistir o reaparecer en otro momento de la vida del sujeto.

Los estudios longitudinales van a apoyar esta nueva perspectiva. RUTTER (1986) adopta una visión evolutiva de la depresión y comenta varios estudios longitudinales en los que se aprecia el continuum psicopatológico en el síndrome depresivo. Intenta explicar la discrepancia entre la impresión de continuidad que le da la experiencia clínica y la falta de comprobación empírica de algunos trabajos. Ello es atribuido al hecho de que no se utilizan criterios operacionales estrictos de diagnóstico en algunas investigaciones y a la posible existencia de síntomas no depresivos que enmascaran la sintomatología propiamente depresiva.

CYTRYN et al. (1984) afirma que no existe una respuesta definitiva por el momento en cuanto a la

continuidad versus discontinuidad en la patología afectiva. Sin embargo POZNANSKI et al. (1976) encontraron que la mitad de los niños que habían diagnosticados como depresivos seguían siéndolo cuando llegaban a la edad adulta.

Ya en la década de los 80 el concepto de depresión infantil se ha enriquecido con la psicopatología evolutiva. La evolución del niño es muy importante para la psicopatología; cuando se estudia la psicopatología se ha de estudiar en relación a las etapas evolutivas. DOMENECH (1986) afirma que siendo el elemento evolutivo algo consustancial a la psicopatología infantil, este tiñe y matiza la sintomatología depresiva en cada etapa, imprimiendo en cada momento unas características peculiares, pero sin faltar el síntoma cardinal del humor disfórico.

Según lo dicho en cada etapa: preescolar, escolar y adolescencia, hallaríamos una cierta homogeneidad psicopatológica y todavía podríamos considerar subetapas dentro de cada una de ellas. Esto no impide que por debajo de la expresividad comportamental propia del momento evolutivo del sujeto, se pueda apreciar un cuadro distímico y conductual propio de la depresión. En este mismo sentido, no es raro encontrar descripciones diferenciales de la depresión en preescolares, escolares y adolescentes (COMMINS & HEISLER 1980).

Finalmente, y a modo de resumen, siguiendo a GARCIA VILLAMISAR y POLAINO (1985) podemos concluir apuntando algunas de las características que a lo largo de las investigaciones reseñadas nos parecen más importantes en esta aproximación a la depresión infantil. No son puntos concluyentes sino más bien reflexiones hechas por los investigadores y que resumimos con un

objetivo claro, acercarnos a lo que al inicio habíamos apuntado, al concepto de la depresión infantil, su comprobación empírica de la sintomatología, epidemiología, etiología y tratamiento, siendo conscientes de que la depresión infantil es una realidad pero que se disponen de pocos datos sobre ella a la vista del conocimiento que se tiene de la depresión adulta. Así pues resumimos lo apuntado, afirmando que:

-Uno de los enfoques de la depresión infantil, sostiene que esta se da en la infancia y que los aspectos esenciales del trastorno, son similares en niños, adolescentes y adultos.

-Existe un cierto consenso en torno a la semejanza entre la depresión infantil y la depresión adulta.

-La depresión se puede diagnosticar en niños, adolescentes y adultos usando los mismos criterios. Ello no significa que las manifestaciones de este cuadro tengan que ser necesariamente idénticas, dado que están en distintos niveles de desarrollo físico, cognitivo, moral...etc.

-No parece haber, sin embargo, acuerdo entre los autores, respecto a los aspectos más relevantes de la depresión infantil. Así por ejemplo, en el área del humor, la irritabilidad parece ser la característica más dominante. En el área cognitiva, la baja autoestima y el autorechazo es citada por algunos, mientras que otros apuntan al "helplessness", las ideas de suicidio y la dificultad para concentrarse. El fracaso escolar, según algunos autores es también una característica dominante. En el área motora se hacen especial mención al aislamiento y al comportamiento agresivo. Y también se señalan los problemas de sueño, enuresis, y quejas

somáticas. No estando claro si estos autores consideran tales síntomas como hechos esenciales que deben estar presentes en el síndrome depresivo para que sea diagnosticado o si más bien, son hechos asociados que se manifiestan sólo en aquellos niños que tienen una depresión semejante a la de los adultos.

-La conceptualización que parece tener una mayor aceptación es la que considera que la depresión infantil es semejante a la de los adultos pero con una serie de síntomas específicos que la diferencian de la depresión adulta. Sin embargo no existe un acuerdo en cuáles son esos síntomas que la caracterizan.

2.- MODELOS EXPLICATIVOS DE LA DEPRESION INFANTIL

2.1. Introducción

Los modelos han estado sujetos a muy diferentes conceptualizaciones a lo largo de los últimos años. Se puede, no obstante afirmar que los modelos "son esquematizaciones idealizadas de sistemas reales que constituyen los correlatos de los sistemas teóricos" (ARNAU 1978, pag.34).

Es fácil al tratar de modelos que ciertos psicólogos los identifiquen con teorías. En este sentido SIMON & NEWELL (1963) afirman que "el uso contemporáneo del término modelo es simplemente sinónimo de teoría". No puede dudarse, efectivamente que quienes sostienen este punto de vista tienen, en parte, razón. Tanto el modelo como la teoría son "constructores conceptuales" es decir, lenguajes utilizados para ser aplicados a los objetos reales, por lo que tanto la teoría como el modelo se caracterizan por "un conjunto de símbolos o términos y de reglas de operatividad".

Busquemos entre algunas definiciones cuáles pueden ser las características que diferencian claramente modelo y teoría. CHAPANIS (1961) afirma : "los modelos científicos son representaciones o semejanzas de ciertos aspectos de hechos complejos, estructuras o sistemas, formados mediante el uso de símbolos o objetos que de algún modo representan la cosa que están modelando".

MARX (1966) escribe que un modelo es "un análogo conceptual por lo general de naturaleza matemática o física". A partir de estas definiciones podemos inferir dos ideas básicas:

- 1.- el modelo posee una estructura idéntica a la de la teoría es decir que es un lenguaje.
- 2.- el modelo se utiliza para representar o describir un sistema real de objetos, teniendo en cuenta que ya se trate de un modelo icónico, simbólico o descriptivo siempre constituye una representación simplificada y por tanto incompleta de una realidad que, por lo general es compleja y difícil de comprender (MARTINEZ 1983).

Las teorías suelen contener modelos conceptuales implícitos, es decir representaciones esquemáticas simplificadas de sistemas reales, a través de las cuales se pueden verificar las teorías. La teoría y el modelo se hallan en una especie de interjuego a causa de una evolución progresiva, pues contemplamos en la investigación dos procesos que tienen al modelo como fase central:

1. Teoría ---- modelo ----- datos experimentales
2. datos ----- modelo ----- teoría

El modelo constituye un eslabón necesario en el camino ascendente de construcción de una teoría.

Son varios los modelos propuestos para explicar las depresiones infantiles, intentaremos reorganizar la literatura al respecto siguiendo la propuesta hecha por AKISI AL y Mc KINNEY (1974) para las depresiones adultas pero refiriéndonos obviamente a las depresiones infantiles. Así comentaremos los modelos psicodinámicos, los conductuales, los cognitivos, y biológicos.

2.2. Modelo Psicodinámico

" El modelo psicoanalítico considera la depresión como el resultado de un conflicto intrapsíquico entre un super ego primitivo y un ego desvalido " GARCIA VILLAMISAR & POLAINO (1985).

En su mayoría, las teorías analíticas clásicas consideran la depresión como fruto de unos mecanismos cognitivos, afectivos e intrapsíquicos que no están suficientemente desarrollados en los niños (FINCH & SAYLOR 1984) por ello algunos de los autores dentro de esta teoría se oponen a la existencia de la depresión infantil. A pesar de ello la literatura sobre el tema es sorprendentemente bastante rica existiendo numerosas revisiones sobre las raíces de dicho trastorno.

CASSEL (1982), por ejemplo nos muestra a partir de sus escritos "las premisas de una gran variedad de teorías analíticas sobre la depresión", apuntando que en muchas de ellas encontramos la afirmación de que alguna forma de pérdida real o imaginaria está siempre en la base de una depresión. Según las diferentes teorías el sujeto reaccionará ante dicha pérdida a niveles

intrapsíquicos distintos, siendo importante el nivel en que se produce esta respuesta ya que será lo que diferencie a aquellas teorías que admiten la existencia de una depresión infantil de aquellas que aceptan que esta ocurra tan sólo en adultos.

Como afirma ALVAREZ CERBERO (1985) las teorías más importantes dentro de la perspectiva psicoanalítica serían las de ABRAHAM (1911) y FREUD (1917). ABRAHAM (1968) distingue entre el duelo apropiado como respuesta a la pérdida y una melancolía inapropiada que es la responsable de que se desarrolle una depresión cuando el proceso de duelo se ve interrumpido. Esta interrupción se caracteriza por una rabia excesiva hacia el objeto amado, que por este motivo se vuelve hacia sí mismo " cólera replegada ". Es decir el depresivo se autodirige los sentimientos de hostilidad que le provocan las deficiencias que él atribuye inconscientemente a la persona simbólica o realmente perdida. Estas formulaciones hacen imposible la creencia en la existencia de la depresión infantil debido a que el proceso del duelo y el fenómeno de rabia hacia el self que llevaría así a la depresión, son habilidades afectivas y cognitivas que todavía no están desarrolladas en la infancia. Por ello, y según este mismo autor, el depresivo sentiría sentimientos de culpa, pérdida o baja autoestima y percibiría la pérdida como rechazo de sí mismo a causa de ciertas experiencias previas cuyo origen habría que buscar en la infancia.

FREUD (1923) formuló un modelo de depresión basado en el conflicto entre el yo y el super yo. La depresión sería según esto, algo que ocurre cuando se incorporan al yo las cualidades negativas del objeto amado llevando al sujeto a una rabia dirigida hacia sí mismo muy parecida a la descrita anteriormente por ABRAHAM (1968). Este modelo

también necesita del completo desarrollo del super yo para que aparezca la depresión por lo que según el autor, imposibilitaría la existencia de dicho síndrome antes de los 8 o 9 años de edad. Sin embargo FREUD piensa que en la infancia, en la fase oral, sería cuando se produciría a causa generalmente de una carencia o exceso de gratificación de los deseos del niño, la fijación que posteriormente llevará a la depresión. Como señala ALVAREZ CERBERO: " para Freud el futuro paciente depresivo introyecta en una primera fase a la persona perdida (real o simbólicamente), identificándose con ella en un intento de recuperarla. Los sentimientos negativos que inconscientemente sentía por la persona introyectada son dirigidos entonces contra sí mismo." (pag. 300 1985)

El planteamiento hecho por FREUD al respecto de la depresión, vemos se asemeja al presentado por ABRAHAM aunque como se ha señalado " perfeccionados ". MALMQUIST (1975) ha resumido satisfactoriamente las depresiones infantiles y las primeras formulaciones psicodinámicas de FREUD, ABRAHAM y GERD describiendo la vinculación, la dependencia y las relaciones objetales tal como estos autores las aplican a la depresión infantil.

ROCHLIN (1953,1959) subraya el hecho de que los niños son incapaces de vivir el duelo señalado anteriormente por los autores antes comentados, afirmando que el " duelo " que acompaña la separación de los padres en la adolescencia temprana, es un prerrequisito indispensable para adquirir la capacidad de vivir el duelo de una pérdida tal como la entendían los autores anteriores. Desde esta perspectiva muchos autores negaron la existencia de la depresión en la infancia porque los niños no tienen un super ego suficientemente desarrollado para dar origen a este desorden (ROCHLIN 1959, RIE 1966).

Una postura diferente sería la adoptada por BIBRING (1953) el cual disminuye la edad pre-requisito a los 6 o 7 años, formulando la hipótesis de que la depresión puede darse como resultado de un conflicto entre el ego y el self. También sugirió que la depresión es el resultado de una defensa del ego en contra de una baja autoestima, que aparece cuando se forman discrepancias entre el ego ideal y el self.

Este modelo llamado modelo psicológico del ego, presenta la depresión como un afecto, independiente de la pulsión agresiva pero en relación con la conciencia que el ego tiene de su desamparo, lo cual afecta a su autoestima y puede finalizar en depresión. Este modelo sería similar al concepto de ansiedad básica de HORNEY, (1950).

A pesar de la postura señalada por los investigadores dentro del modelo psicoanalítico de que la depresión infantil es un fenómeno demasiado complejo para que se de en edades tempranas, algunos investigadores han considerado que la rotura del vínculo entre los padres y su hijo puede causar depresión en niños muy pequeños.

A partir de 1960 BOWLBY lleva a cabo un estudio en niños pequeños que han perdido la figura materna. Le interesaba ver la evolución de estos niños y cuáles eran las posibles fases por las que pasaba el sujeto tras dicha pérdida. Así señala BOWLBY (1969) tres fases en las cuales en primer lugar los niños reaccionaban con "protesta" "desesperación" y finalmente con "desapego". En esta última fase los niños parecían perder el interés por la figura parental perdida, la apatía y el fracaso en las respuestas se han equiparado por parte de algunos autores a los síntomas de la depresión muy parecidos a los del adulto.

SYMONDS (1968, 1970) opina que el clima determinado por los padres es muy importante para el desarrollo de la depresión crónica en los niños. Observa que el clima formado por unos padres " frustrados, cínicos, sarcásticos, hipercríticos y rechazantes " conduce directamente a una visión de la vida profundamente pesimista y a una grave resignación. Al igual que FRAUDENBERG (1970) SYMONDS, cree que la depresión resulta de la incapacidad de estos niños para alcanzar lo que HOWLBY ha descrito como la cuarta fase de desconsuelo y aflicción en la primera y segunda infancia. En 1968 SYMONDS explica la idea de que la depresión se acusa mayormente en niños de familias socioeconómicamente bajas.

En una línea similar a lo señalado hemos de destacar las contribuciones hechas por SPITZ (1946, 1972) al estudio de niños pequeños que sufrían la pérdida de uno de los padres. Se debe a él, como bien señala FINCH & SAYLOR (1984) el uso de los términos de " hospitalismo " y de " depresión anaclítica " para describir el síndrome que había observado en niños separados tempranamente de sus padres e internados en una institución. SPITZ observó las reacciones de los niños desde los 6 y los 8 meses siendo estas de lloros, apatía y finalmente una falta de respuesta ante todo hecho externo e incluso hacia los propios cuidadores, todo ello le sugirió que la depresión se puede dar a partir del momento en que un niño es capaz de experimentar la pérdida de un objeto significativo, es decir la depresión como resultado de la pérdida de un objeto amado, primario puede darse a partir de los 9 meses momento en el que se ha adquirido la permanencia del objeto.

Esta información impactó significativamente en los investigadores de la depresión infantil, debido a que

describía la apariencia y definía las conductas que constituían la base para valorar este fenómeno. Aunque la contribución de SPITZ ha llevado a estudios posteriores aplicados en animales a los cuales se separaba de sus madres con el fin de estudiar las reacciones (HAUFMAN & ROSENBLUM 1969; MCKINNEY 1977) su trabajo no ha permanecido indiscutido.

Investigadores recientes han argumentado que este síndrome señalado por SPITZ que se da en niños como reacción ante la pérdida de una figura parental no constituye una "verdadera depresión". Ello ha dado lugar a investigaciones sobre la relación entre este síndrome y la depresión en etapas posteriores (adultos), señalaríamos aquí los trabajos de TENNANT, BEBBINGTON & HURRY (1980), los de WILLIAMS & HARPER (1979) entre otros.

En resumen podemos afirmar que los síntomas y síndromes depresivos en la infancia tienen múltiples raíces, que son varios los factores que desempeñan un papel en el desarrollo de este trastorno y que las estrategias para tratar la depresión deberán basarse en una valoración que intente delimitar la importancia de cada factor. Como han señalado los investigadores anteriormente comentados, la familia influye en el desarrollo, evolución e intensidad de la depresión, posiblemente por vulnerabilidad genética, modelando la conducta depresiva, a través de constantes frustraciones, separaciones, de abandonos y rechazos psicológicos.

2.3. Modelo Conductual

Desde el punto de vista conductista hay varias teorías que intentan explicar el proceso depresivo. El primer estudio para analizar conductualmente la depresión es el protagonizado por S^TINNER (1953), en el que la depresión aparece como un debilitamiento de la conducta debido a la interrupción de una secuencia conductual previa que ha sido positivamente reforzada por el entorno social. Esta idea de la depresión como un fenómeno relacionado con la extinción, es decir una disminución en la frecuencia de emisión de una conducta reforzada positivamente, está siempre presente en las teorías conductistas.

Psicólogos conductistas sobre todo FERSTER (1973, 1974) y LEWINSOHN y sus colaboradores (LEWINSOHN, BIGLAN y ZEISS 1976), han conceptualizado la depresión en términos de una reducción del refuerzo positivo. Según este modelo la depresión ocurre cuando hay una pérdida de la actividad que resulta placentera o una disminución de la habilidad de suscitar refuerzos positivos (FINCH & SAYLOR 1984).

A través de una serie de aportaciones teóricas (1965, 1966, 1973, 1974, 1981) FERSTER se considera el primero en aplicar la teoría del comportamiento al estudio de la conducta depresiva. Ello hace que los investigadores posteriores teóricamente afines, partan de sus estudios para aproximarse al concepto de depresión. " Su aportación principal consiste en los pasos a dar para realizar un análisis funcional de la conducta depresiva " (pag. 300, ALVAREZ CERBERO, 1985).

FERSTER describe la persona deprimida como carente de las habilidades necesarias para cambiar de forma efectiva sus circunstancias y que no logra explorar adecuadamente su ambiente para hallar sus refuerzos. Este modelo lleva implícita la idea de que las interacciones sociales son la fuente de la mayoría de los refuerzos que se han perdido. Por ello se ha considerado que los déficits en los patrones sociales y las dificultades en la comunicación son los factores que más contribuyen al desarrollo de la depresión (AFSHANI, HUBAIN, SHELTN, HODGINS, CYRYN & McFNEW 1981).

FERSTER (1974), señala que las personas depresivas tienen relaciones aversivas con otras personas significativas para ellos. El sujeto depresivo aprende rápidamente que la frecuencia o intensidad de estas relaciones aversivas disminuye evitando las conductas que provocan a los demás, esto le lleva a que se inhiban o a que se debiliten las conductas reforzantes para el sujeto. Así la conducta de los sujetos depresivos está mucho menos reforzada que la de los sujetos no depresivos y ello conlleva a una mayor extinción.

Como señala FERSTER el comportamiento del depresivo se caracterizará por :

1. exceso de conductas de evitación ante la estimulación aversiva.
2. exceso de conductas poco usuales o irracionales.
3. déficit de conductas activas reforzadas que sirvan para ejercer control sobre el medio. (ALVAREZ & LEIDORO 1985).

LEWINSOHN y colaboradores (1968) practicaron sistemáticamente una evaluación conductual de la depresión. Vieron que los antecedentes históricos de la conducta bien podían encontrarse en una tasa deficiente de reforzamientos positivos contingentes a las respuestas. Se observó que este déficit dependía de la ausencia en el ambiente de reforzadores asequibles o de la incapacidad del sujeto para acceder a ellos por falta de habilidades sociales adecuadas. PETTI (1981), apunta que los niños que carecen de las habilidades básicas para hacerse amigos son representativos de los que resultan incapaces de obtener reforzadores.

LEWINSOHN y col. (1979) consideran que la depresión puede ser una variable continua que se conceptualiza como un estado y como un rasgo. Definen la depresión como un síndrome que incluye información verbal sobre disforia, culpa, aislamiento social, automenosprecio, quejas somáticas y una baja tasa de comportamientos.

Al aplicar el concepto de reforzamiento a la depresión LEWINSOHN et al. (1980) plantean varias hipótesis generales sobre la relación entre el refuerzo y la depresión. La hipótesis central es que una baja tasa de refuerzo contingente a la respuesta es el antecedente crítico en la depresión. El refuerzo se definiría como la calidad de las interacciones de la persona con su entorno. Estas interacciones persona-entorno con resultados positivos constituyen los refuerzos que fortalecen la conducta de la persona. El concepto de contingencia se refiere a la relación temporal entre la conducta y sus consecuencias y el refuerzo por tanto debe seguir a la conducta. La conducta de los depresivos a la vista de lo expuesto no proporciona refuerzos positivos que permitan a la conducta mantenerse, de ahí que las

personas tienen dificultad para iniciar o mantener la conducta convirtiéndose en sujetos pasivos.

También se asume que el origen de los sentimientos disfóricos característicos de la depresión estarían en la baja tasa de refuerzos positivos. El sujeto se siente triste y apesadumbrado debido a sus pocas o casi ninguna interacción gratificante con el entorno. La idea clave, como se ha señalado, sería que la depresión es provocada por una escasez de interacciones persona-entorno con resultado positivo para la persona.

LEWINSOHN (1974) sugirió 3 vías que podrían dar lugar a una baja tasa de reforzamiento positivo contingente a las respuestas:

- en primer lugar es posible que los hechos que sean contingentes a las respuestas no sean reforzantes. Esto se podría producir, tal como señala COSTELLO (1972) por la pérdida de efectividad de los reforzadores.
- en segundo lugar es posible que los hechos que sean reforzantes no estén disponibles.
- en tercer lugar es posible que los reforzadores estén en el ambiente pero que el sujeto no los pueda conseguir debido a la falta de repertorios necesarios para obtenerlos. Esta posibilidad es muy importante en el campo de la conducta social.

GARCIA VILLAMISAR (1983) señala las conclusiones a las que LEWINSOHN llega tras sus diversos estudios:

- el reforzamiento positivo contingente con la conducta del sujeto es menor en sujetos depresivos.
- la tasa de adversidad presentada por los sujetos depresivos es mayor que en los sujetos normales.
- los sujetos depresivos emiten menos respuestas merecedoras de refuerzo depresivos que los no depresivos.
- los sujetos depresivos frente a los no depresivos experimentan un mayor número de situaciones desagradables.

A partir de tales afirmaciones han surgido una serie de trabajos orientados hacia la búsqueda del déficit en las relaciones interpersonales de los sujetos depresivos (HAMMERN & PETERS 1977, GOTLIB 1979, HOWES & HOFANSON 1979, LEWINSOHN et al. 1980, HOFANSON & SACCO 1980).

El enfoque de FERSTER, LEWINSOHN y LAZARUS ha sido revisado en la obra de COSTELLO (1972), destacando que en todas estas teorías se habla de una reducida tasa de refuerzo. COSTELLO señala que existe pequeñas diferencias entre FERSTER por un lado y LEWINSOHN y LAZARUS por otro. Mientras que el primero da más importancia a la pérdida de estímulos discriminativos los segundos se centran más en la pérdida de refuerzos como causa del cambio de conducta en la depresión.

COSTELLO (1972) considera que la causa de que determinados refuerzos pierdan su efectividad está en cambios biológicos y neurofisiológicos. Así es posible explicar la generalización de la pérdida de valor de los refuerzos positivos habituales. Por otro lado la pérdida

general de efectividad de los reforzadores se debería también a la interrupción de una cadena conductual, siendo una interrupción la pérdida de uno de los reforzadores de la cadena. Según él, la efectividad de los reforzadores que componen la cadena es contingente con su terminación.

La pérdida de efectividad de los reforzadores es una característica del comportamiento humano y tiene para COSTELLO un valor funcional en términos evolutivos. La tesis básica que sostiene sería que la depresión se debe a una pérdida general de efectividad de los reforzadores.

Como señala ALVAREZ CERBERO (pag 308, 1985) " COSTELLO no trata de demostrar que las situaciones que especifican FERSTER, LEWINSOHN y LAZARUS no producen depresión sino que la producen a través del mecanismo fundamental de pérdida de efectividad de los reforzadores, sosteniendo que quizá lo más característico de los depresivos sea una pérdida de interés general, pérdida de apetito, .. es decir una pérdida de interés por el medio que les rodea. Este hecho lo puede explicar fácilmente su teoría, pero no la de los restantes autores conductuales ".

LAZARUS sobre todo en su artículo de 1968, 1971 trata de mejorar tanto la evaluación como el tratamiento de la depresión utilizando fundamentalmente como instrumento un análisis E-R. Es importante para LAZARUS separar ansiedad y depresión, esta es el resultado de una ansiedad prolongada o muy intensa aunque los antecedentes de la ansiedad y la depresión suelen ser normalmente diferentes (WOLPE & LAZARUS 1966).

REHM (1977, 1981) propuso un modelo teórico de depresión basado en el modelo de autocontrol de MANTER

(1970, 1981), modelo que intenta describir los procesos autorreguladores que emplea una persona cuando trata de alterar la probabilidad de una determinada respuesta en ausencia relativa de ayuda externa.

REHM propone que los depresivos presentarán ciertos déficits en el autocontrol. Estos déficits son en concreto 6, 2 en cada una de las tres fases de la secuencia del autocontrol. De este modelo teórico se ha desprendido un enfoque terapéutico importante en la práctica clínica. Señalaremos brevemente algunos déficits apuntados.

En la primera fase correspondiente a la autoobservación, es decir las estrategias con las que la persona observa sus conductas contando con los antecedentes y las consecuencias se pueden dar los siguientes déficits: mayor atención a los hechos negativos que a los positivos y mayor atención en las consecuencias más inmediatas de la conducta en oposición a las consecuencias a largo plazo.

En la segunda fase que corresponde a la autoevaluación, es decir el proceso de comparación entre la conducta que se considera adecuada y la conducta realizada por el depresivo, se presentan: criterios muy rigurosos para la propia conducta, errores de autoatribución consistentes con las expectativas de resultado negativo.

En la tercera fase, el autorreforzamiento podemos encontrar errores de autoadministración de reforzadores insuficientes y autoadministración de castigos excesivos.

Así pues REHM sugiere que la persona depresiva atiende de modo selectivo a los sucesos negativos, que es

muy exigente en cuanto a la autoevaluación y que el autorrefuerzo de los depresivos se caracteriza por una tasa baja de autogratificación y por una tasa elevada de autopunición.

Según REHM la aparición de un episodio de depresión dependería del grado de stress y de las habilidades de autocontrol que uno dispone para afrontarlos.

En general se podría afirmar que el modelo propuesto por REHM intenta describir síntomas depresivos que pueden atribuirse a alguno de los déficits enumerados anteriormente, sin que quiera eso decir que el depresivo deba presentarlos todos. Estos déficits se adquieren durante el proceso de socialización y constituyen rasgos estables que podrían ser detectados con anterioridad a la aparición de la sintomatología depresiva.

Dentro de la escuela conductual, podemos señalar otro modelo distinto al visto hasta ahora que haría más referencia a la pérdida de reforzamientos como explicación de la depresión (LEWINSOHN y colaboradores), se trataría del modelo de la indefensión propuesto por SELIGMAN (1973). Este autor fue el primero en introducir en la literatura el término de "desamparo aprendido". SELIGMAN considera que la indefensión es el estado psicológico que se da cuando los acontecimientos o estímulos ambientales son incontrolables, es decir cuando nada de lo que el organismo haga puede influir o modificarlo. SELIGMAN llamó respuesta voluntaria a aquella que puede ser modificada mediante premios o castigos.

El desamparo aprendido no se produce de forma inmediata sino que necesita todo un proceso en el cual se destacan tres fases. La primera correspondería al momento

en el que el organismo obtiene información sobre la relación entre su respuesta y el refuerzo (información de incontingencia). La segunda fase corresponde al momento en que el sujeto genera unas expectativas sobre la situación (expectativas de falta de control). Y en una tercera fase y última se modifica la conducta del sujeto al encontrarse en una situación de no control apareciendo los déficits motivacionales, cognitivos y emocionales. (MAIER & SELIGMAN 1976). Los trabajos primeros fueron realizados con animales pasando posteriormente a aplicarse en humanos.

Desde el modelo del desamparo aprendido se puede deducir que los individuos depresivos a menudo infravaloran el grado de contingencia entre sus respuestas y los resultados ambientales (MILLER & SELIGMAN 1973, SELIGMAN 1975). Téngase en cuenta que SELIGMAN no pretendía abarcar todo el fenómeno clínico llamado depresión, sino que trata de acoplar el modelo del desamparo aprendido a la depresión tratando de explicar lo que se conoce como depresión reactiva y endógena. Tal como señala ALVAREZ CERBERO (1985): "el modelo del desamparo aprendido hace referencia a los aspectos de la depresión ... tales como lentitud en iniciar respuestas voluntarias (debidas a los déficits motivacionales), creencias negativas sobre sí mismo, sobre el entorno y sobre el futuro (como consecuencia de los déficits cognitivos) y sentimientos de indefensión y desesperanza (a causa de los déficits emocionales)", (pag 315, 1985).

El modelo de SELIGMAN ha recibido numerosas críticas desde el punto de vista conceptual y metodológico (ABRAMSON et al. 1978, MILLER & NORMAN 1979, POLAINO y VAZQUEZ 1982, PELECHANO y BAGUENA 1981, BAGUENA 1982, DWECK. 1973, 1975, 1976, 1980), como señala GARCIA

VILLAMISAR 1983; lo que llevó a una reformulación del modelo desde el punto de vista de la psicología de la atribución.

La nueva teoría propugnaría que las atribuciones que hace un sujeto respecto a la falta de contingencia son el origen de las expectativas de no contingencia en el futuro. Los elementos atributivos que podrían destacarse como importantes a la hora de relacionar la depresión y la indefensión aprendida desde este nuevo enfoque serían: internalidad - externalidad, generalidad - especificidad, (ABRAMSON 1978) estabilidad - inestabilidad, (WEINER 1974). Podríamos afirmar que un sujeto tenderá a la depresión si sus atribuciones en cuanto al fracaso y a la falta de control son internas (es culpa mía), globales (soy incompetente) y estables (siempre seré así), y sus atribuciones con respecto a los éxitos son externas (tuve suerte), específicas (en esta situación particular) e inestables (sólo esta vez).

Las atribuciones a causas internas decrecen desde las edades de 8-9 años a 11-12 años y de nuevo desde los 14-15 a los 17-18 años. Por otro lado, las causas externas estadísticamente se incrementan con la edad. Se señalan dos explicaciones al respecto, con la edad el niño se hace menos egocéntrico y descubre la existencia de los otros. Por esto en edades tempranas los niños se fijarían más en las causas internas. Además con la edad el niño es más capaz de descubrir los indicios ambientales que pueden ser fuentes de información sobre las causas de los acontecimientos. En segundo lugar todo el sistema educativo va a hacer sobre todo en los primeros años escolares en la responsabilidad personal como fuente importante de éxito. Si unimos el egocentrismo con lo que acabamos de decir es fácil

entender una atribución causal a fenómenos de internalidad.

Como hemos mencionado anteriormente las razones por las que se llevó a reformular el modelo primitivo del desamparo fueron las dificultades que se encontraron para explicar las diferencias de adquisición y de generalización en sujetos humanos. ABRAMSON, SELIGMAN y TEASDALE (1978) reformulan la teoría primitiva dándole un giro cognitivo el cual pueda explicar esos fenómenos de generalización, persistencia e intensidad de los síntomas del desamparo.

La dimensión interno-externo resuelve la primera inadecuación del modelo primitivo, la segunda (incapacidad para explicar la generalidad y cronicidad de los síntomas del desamparo) queda resuelta mediante el nuevo planteamiento al postular que el sujeto una vez desamparado se pregunta por las causas de su desamparo haciendo una atribución causal. Es esta la que va a determinar la cronicidad, la generalización y la intensidad de los síntomas de desamparo que presente. La dimensión estable-inestable y global-específico nos permite el análisis de las atribuciones causales.

Según SELIGMAN (1981) la reformulación hecha del desamparo aprendido sobre la depresión tiene cuatro premisas importantes (aunque no necesarias) para que se presente la depresión. La primera (expectativa de aversión), la segunda (expectativa de incontrolabilidad), la tercera (estilo atribucional) y la cuarta (severidad). La depresión se produciría cuando " el individuo espera que ocurran hechos desagradables (correspondería a la primera premisa), que él no podrá controlar (segunda premisa) y construye entonces un sistema atribucional para explicarse las causas de estos hechos en el cual los

atribuye a factores internos, estables y globales " (ALVAREZ CERBERO pag.323 1985).

SELIGMAN 1979 señaló que muchos estudios han correlacionado la indefensión aprendida y la depresión y que cuando se dan ambas a la vez, tanto la motivación como la cognición se alteran.

2.4. Modelo Cognitivo

Los modelos cognitivos de la depresión incluyen el modelo de la indefensión aprendida de SELIGMAN y sus colaboradores y el modelo de la distorsión perceptiva básicamente de BECK y KOVACS. El hecho de que ambos modelos necesitan de un desarrollo cognitivo suficiente para el desarrollo de la valoración y percepción de los demás sugiere que estos modelos probablemente se puedan aplicar tan sólo a niños algo más mayores y a adolescentes. KOVACS y BECK (1977) admiten que la aplicabilidad de este modelo a la depresión infantil permanece sin verificar. Con todo ello, aluden a conceptos piagetianos que hacen el modelo creible para niños de 6 o 7 años.

Los teóricos cognitivos como BECK (1967) ELLIS & HARPER (1961), REHM (1977) y SELIGMAN (1974, 1975) han supuesto que la cognición es el elemento crítico que desencadena una depresión, pero poseen puntos de vista diferentes sobre la naturaleza específica de las cogniciones que al parecer provocan la reacción depresiva. BECK (1967, 1976) concibe la depresión como un

trastorno del pensamiento, así pues los síntomas y señales de la depresión serían una consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos.

El modelo cognitivo de BECK postula tres conceptos específicos para explicar la depresión, expuestos en sus numerosos escritos (BECK 1967, 1974, 1979, 1983, KOVACS & BECK, 1978):

- 1- la tríada cognitiva
- 2- los esquemas
- 3- errores cognitivos

Se han postulado varias estructuras cognitivas específicas como responsables de la depresión. BECK et al. (1978) apuntan la tríada cognitiva y los esquemas o errores cognitivos. Esta tríada cognitiva estaría formada por tres patrones cognitivos: la visión negativa de sí mismo (el sujeto se ve a sí mismo como defectuoso, inadecuado, indispuesto. Tiende a atribuir sus experiencias negativas a factores de tipo moral, psicológico o defectos físicos personales. A causa de estos es indeseable y despreciable, devaluado por los demás y por sí mismo), la visión negativa del mundo (la persona depresiva es muy sensible a los obstáculos que se le pueden presentar en las actividades dirigidas hacia un fin, los impedimentos triviales son vistos como sustanciales) y la visión negativa del futuro (cuando una persona depresiva proyecta los resultados de los acontecimientos a largo plazo cree que las dificultades actuales persistirán en el futuro de manera indefinida. Cuando se plantea alcanzar una meta a corto plazo piensa que puede fallar).

Los esquemas cognitivos (organización estructural del pensamiento depresivo), son estructuras permanentes que aparecen a lo largo del proceso de socialización de una persona al formar esta determinados conceptos y generalizaciones a partir de experiencias personales, de juicios de los demás sobre los otros y sobre uno mismo y a partir de identificaciones con personas relevantes del entorno. Estos esquemas son ingredientes importantes del modelo cognitivo de depresión.

Con la activación de los esquemas se pone en marcha un proceso denominado "la espiral cognitiva". La estructura cognitiva provoca ciertos afectos o emociones negativas que refuerzan de nuevo la estructura cognitiva cerrando así el primer ciclo de la espiral, ciclo que se repite continuamente. Los esquemas permanecerán activados mientras tengan la energía necesaria, siendo esta energía por tanto la responsable de que funcione "la espiral depresiva".

Por otro lado se señala la existencia de sesgos cognitivos que actúan sobre la percepción y la memoria, sesgos involuntarios y automáticos que serían la inferencia arbitraria (se refiere al proceso de llegar a una conclusión cuando se carece de evidencias o estas son contrarias a la conclusión. Este tipo de pensamiento toma la forma de despersonalización, es decir una autovaloración de cada experiencia en términos de deficiencia personal), abstracción selectiva (el sujeto saca una conclusión teniendo en cuenta un elemento de los muchos que se dan en la situación, es decir sería la interpretación de las experiencias negativas como evidencia de la propia deficiencia), supergeneralización (es el proceso de hacer una generalización injustificada con base a un sólo incidente, se podría afirmar que es la tendencia a relacionar las propias deficiencias con

sucesos con los que no guarda ninguna relación), magnificación y minimización (es la tendencia a exagerar el significado o la significancia de un acontecimiento específico o a disminuir su valor) (BECK 1978).

Hay un conjunto de investigaciones que apoyan la hipótesis de BECK. (VELTENS 1968, LOEB et al. 1971, HAMMER & KRANTZ 1976, NELSON & CRAIGHEAD 1977, DONNELLY et al. 1980 entre otros).

El punto de partida del modelo cognitivo es la toma en consideración de un conjunto de pensamientos distorsionados típicos que constituyen el núcleo central sobre el que se estructuran los trastornos emotivos, conductuales y fisiológicos típicos del sujeto depresivo (HOVACS & BECK 1978). La clave del modelo cognitivo está en el énfasis que hace en los procesos cognitivos como explicación de conductas.

2.5. Modelos Bioquímicos

Se ha afirmado que históricamente la hipótesis de las aminas biógenas de los trastornos afectivos nació de la asociación entre observaciones casuales de los efectos clínicos de ciertos fármacos y de los efectos neuroquímicos de estos fármacos en cerebros de animales (SCHILDKRANT 1965, BUNNEY & DAVIS 1965, SCHILDKRANT & KETY 1967).

Numerosos estudios llevados a cabo recientemente parecen orientarse hacia el estudio de la relación entre

la depresión y varias funciones neuroendocrinas. Una de las razones expuestas por estos estudiosos es que con los trastornos depresivos mayores se asocian una serie de anormalidades en el funcionamiento neuroendocrino síntomas tales como los trastornos de ánimo, el sueño, el apetito los deseos sexuales y variaciones de estos síntomas a lo largo del día. Se podría sugerir desde esta perspectiva que ha habido una participación del hipotálamo, lo que podría indicar que si esto es así entonces pueden verse también implicadas otras funciones reguladas por el hipotálamo, como son la secreción de sustancias neuroendocrinas. (SACHAR, ASNIS, HALBREICH, NAHTAN & HALPERA 1980).

Por otro lado se apunta que si la norepinefrina y la serotonina, neurotransmisores implicados en la depresión, regulan también la secreción de sustancias neuroendocrinas en el hipotálamo consecuentemente, si se interceptan o bloquean estos neurotransmisores, parecería razonable suponer que también se interrumpirían las respuestas hormonales que regulan.

Todo ello ha dado como resultado en los últimos años un gran número de estudios y procedimientos dedicados a examinar la relación entre depresión y varias funciones neuroendocrinas. (FINCH & SAYLOR 1984).

Podemos destacar dos modelos desarrollados sobre la relación entre el funcionamiento neuroendocrino y los trastornos afectivos. El primero mantiene la hipótesis de que existen dos tipos de trastorno depresivo, uno en el que existe un trastorno del metabolismo (o la disponibilidad de las catecolaminas) y otro en el que los sistemas noradrenérgicos funcionan normalmente, pero en los que se ve afectado el metabolismo de la serotonina. Según este modelo en ambas condiciones se produciría un

síndrome depresivo pero variaría notablemente el tratamiento según se refiriera a uno u otro trastorno.

El segundo modelo se conoce con el nombre de "teoría permisiva". Según este modelo en la base de la depresión hallamos un nivel de serotonina cerebral bajo. Cuando este se asocia con niveles altos de norepinefrina cerebral da como resultado la manía. Si por el contrario se asocia con niveles bajos de norepinefrina cerebral, el resultado es precisamente la depresión.

Más recientemente se ha hecho evidente que existen complejas interacciones entre sistemas monoaminérgicos y otros sistemas neurotransmisores o neuromoduladores, tales como el sistema colinérgico y endorfinico (JANOWSKI et al. 1972, WATSON et al. 1980).

En el caso de las depresiones infantiles, que es lo que nos ocupa, es precisamente la investigación de los modelos bioquímicos en donde encontramos una gran cantidad de investigaciones. En una de las primeras descripciones de los trastornos afectivos infantiles se señalaba que los factores constitucionales parecían tener mayor importancia incluso que los factores ambientales. Nos referimos a los trabajos de KASAHIN 1951. En 1963, KUHN investigó sobre este aspecto. Parece ser que actualmente, como señala FINCH & SAYLOR (1984), la investigación en este área se centra básicamente en "identificar diferencias bioquímicas que discriminen los niños deprimidos de los no deprimidos".

Autores como FROMMER (1968), CONNELL (1972), OSSOFFSKY (1974), WEIMBERG y col. (1973) y PUIG-ANTICH y col. (1978, 1986), sugieren de forma insistente que el componente biológico es un factor principal en la

enfermedad depresiva, el trastorno depresivo o la depresión endógena en los niños.

Aunque no esté suficientemente demostrado que muchas depresiones infantiles tengan un componente biológico importante, numerosos estudios abiertos como el de PETTI (1981) demostraron que la depresión infantil y los síntomas asociados con el síndrome experimentan una mejoría en muchos de estos síntomas al ser tratados con antidepressivos tricíclicos.

Se nos apuntan algunas características diferenciadoras pero aún no parece claro si estas diferencias son la causa o el resultado de la depresión. Estaríamos de acuerdo con los que afirman que pese a ser demasiado pronto para sacar conclusiones, si parece una línea de investigación prometedora y muy actual (normalmente se están publicando artículos en este sentido en casi todas las revistas científicas).

Téngase en cuenta sin embargo, que la posible relación entre la secreción hormonal, por ejemplo, y la depresión ha sido motivo de especulación en medicina desde que Hipócrates acuñó por primera vez el término de melancolía (SACHAR 1982). Mientras que en las dos últimas décadas la investigación sobre depresión asociada con enfermedades endocrinas quedó casi olvidada, el notable surgir de los métodos modernos de valoración psiquiátrica, la medida de hormonas, combinada con las pruebas neurofarmacológicas, han documentado extensamente sobre las anomalías significativas en la secreción de cortisol, hormona del crecimiento (GH) y la hormona estimulante del tiroides (TSH), y ello ha favorecido la investigación sobre la relación de estas con la depresión.

Aunque es difícil plasmar precisamente por lo señalado anteriormente todas las investigaciones que se están haciendo, es necesario citar algunos de los estudios que precisamente están intentando demostrar la existencia de una disfunción fisiológica subyacente en los niños deprimidos. Un ejemplo de ello sería el trabajo de McKNEW & CYTRYN (1979) sobre el estudio de metabolitos urinarios en niños deprimidos. Los resultados son semejantes a los encontrados en adultos, suponiéndose que son vehiculizados por una supresión del sistema de activación general del sistema nervioso.

Otro trabajo que también aporta datos importantes al respecto es el de PUIG-ANTICH y col. (1979) que apoya la hipótesis de que los trastornos depresivos de adultos y niños están relacionados con trastornos neuroendocrinos, y ello les lleva a relacionar la depresión niño-adulto. En esa línea aunque los estudios se hagan sobre análisis EEG del sueño nocturno total, estarían los trabajos del grupo KANE, COBLE, COOERS y KUPPER (1977); KUPPER, COBLE KLECHA PETTI y MATSON (1980) como señalan CANTWELL & CARLSON 1983,1986.

Desde la perspectiva pediátrica también encontramos algunas aportaciones sobre la contribución biológica a la depresión infantil. Algunos trastornos como el hipertiroidismo (BOSWELL y col. 1967), el hipotiroidismo y el tirotoxicosis (MORILLO & GARDNER 1979) la reducción hipofisaria de la estatura (ROTNEM, GENEL, NINTZ y COHEN 1977), la diabetes (BLUMBERG 1978; PETTI 1981) los tumores cerebrales (O'KEEFFE 1969; VRONJESEVIC y col. 1972) y los trastornos neurológicos (PETTI 1981, 1982) tal vez sean secundarios a los precursores relacionados con la depresión y tal vez estos trastornos tengan un estado fisiológico que haga a los niños más susceptibles de depresión.

Para finalizar, podemos concluir que en este panorama de los modelos explicativos de la depresión infantil más destacados se han señalado problemas y limitaciones de todos ellos y también líneas para seguir investigando. Quiere esto decir que la investigación sobre la depresión infantil está todavía demasiado limitada para poder definirnos claramente por una de estas teorías. Nuestro objetivo ha sido de presentación y de sugerimiento para que otros investigadores o nosotros mismos sigamos trabajando en el tema.

3.- EPIDEMIOLOGIA DE LA DEPRESION INFANTIL

3.1. INTRODUCCION

El nacimiento de la epidemiología psiquiátrica representó para nuestra ciencia la ampliación de sus finalidades prácticas, que pasaron de la mera asistencia al individuo afectado de un trastorno psíquico, a sentar las bases de programas de prevención, asumiendo así las competencias que le correspondían en la práctica de la salud pública.

El objetivo de la epidemiología es la determinación del riesgo de las colectividades para determinados trastornos y el descubrimiento de indicios sobre su posible origen y modo de propagación, lo que ha permitido no sólo planificar adecuadamente la asistencia y terapéutica médica, sino que se han puesto los cimientos de una auténtica medicina preventiva y se han ensanchado notablemente los cimientos de la patología. (GONZALEZ INFANTE y otros 1985).

LILIENTELD (1957) definía la epidemiología como el estudio de la distribución de una enfermedad en el espacio y en el tiempo, dentro de una determinada población así como de los factores que influyen sobre esa distribución. Es decir a través de esta ciencia estudiamos la distribución de una enfermedad dentro de la población, e intentamos explicar las variaciones de distribución relacionándolas con circunstancias

ambientales y humanas. (GRUENBERG, 1980). Así, se deduce que a la epidemiología le interesan los grupos de personas, no los individuos aislados, aunque naturalmente para estudiar la problemática del grupo se haya de basar en el diagnóstico y evaluación clínica de los individuos que componen dicho grupo. (ORCAJADA 1985).

La epidemiología se basa en el supuesto de que la distribución, en este caso de la depresión infantil, no se debe al azar, sino que su incidencia y prevalencia varían en relación a circunstancias personales y ambientales cuyo conocimiento va a permitir evitarlas en la medida de lo posible.

La investigación epidemiológica es el primer paso para el conocimiento científico de los factores de riesgo de una enfermedad.

En la investigación epidemiológica un primer paso esencial en el estudio de una enfermedad particular es el describir con exactitud su concurrencia en la población. Esta descripción requiere que la enfermedad específica pueda ser reconocida con razonable certeza. La información básica sobre la concurrencia de la enfermedad, que debe ser recogida para cada paciente, se refiere al tiempo (día, mes, año), lugar (residencia urbana, rural), atributos personales (edad, sexo) y otro tipo de información como el nivel de educación, la ocupación, el nivel de ingreso económico, así como varios aspectos del ambiente general.

Como afirma FOX (1970), el análisis de tal información en pacientes con respecto a la población a la que ellos pertenecen revelará los patrones generales de la ocurrencia de la enfermedad y permitirá reconocer,

los grupos que tienen un mayor riesgo de adquirir la enfermedad.

Los estudios epidemiológicos pueden generar, como señala BOYD & WEISSMAN (1985), tres tipos de información sobre un desorden:

- Tasas: prevalencia o incidencia. La primera hace referencia al número de casos de enfermos que existe en un determinado momento o en un período. La segunda se refiere al número de nuevos casos de una enfermedad que surgen durante un período de tiempo. Esta indica el riesgo de contraer la enfermedad en este período de tiempo.
- Variaciones de esta tasas, según persona, tiempo y lugar
- Identificación de factores de riesgo que incrementan la posibilidad de desarrollar ese desorden.
Se entiende como riesgo la probabilidad que tiene una persona durante su vida de padecer un primer episodio de una enfermedad determinada. (CARBONELL 1984).

Hay que señalar que la investigación epidemiológica en salud mental infantil se enfrenta a dificultades metodológicas mayores que la del adulto y requiere diseños de trabajo más complejos. Hasta la fecha, los estudios que han utilizado muestras y criterios evaluativos válidos son todavía muy escasos. De algunos desconocemos los criterios de diagnóstico empleados y los instrumentos utilizados (WELNER et al. 1977). Una investigación de este tipo requiere la utilización de

criterios operativos correctos y la obtención de datos a partir de diversas fuentes de información. No siempre se ha actuado así, existen varias revisiones de medidas para estudios epidemiológicos en psicopatología infantil. (ORVASCHEL et al. 1980-1984).

Podemos afirmar que hasta hoy, los trabajos epidemiológicos mínimamente fiables sobre la depresión infantil son muy escasos. (PETTI, 1983). Para comparar los resultados entre los diversos estudios sobre incidencia de la depresión infantil, es requisito indispensable que se trabaje con criterios de diagnóstico semejantes y con muestras de procedencia similar (población normal, clínica-hospitalaria) con niños de edades parecidas y utilizando canales de información semejantes. Debemos conseguir el máximo de fuentes de información. (DOMENECH en prensa) sin olvidar que el mejor informador es el propio niño. La incidencia de la depresión en el niño, dependerá de un número de variables que incluirían población estudiada, el rango de edad, la definición de depresión, el tipo de instrumento evaluativo y la identidad de los informantes. (PETTI, 1983).

3.2. ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS REALIZADOS EN POBLACION NORMAL

Entre los estudios epidemiológicos sobre la depresión infantil, realizados en población normal, que son muy pocos están los de RUTTER (1970) quien estudió toda la población de 10 años (2.199 niños) de la isla de Wight, hallando 3 niños deprimidos en dicha muestra, lo

que significa un 0,14%. El criterio utilizado para el diagnóstico de la depresión era el de requerir predominancia de tristeza y baja autoestima en los sujetos. El estudio de RUTTER no fue diseñado específicamente para el diagnóstico de depresivos sino para detectar cualquier tipo de alteración psicopatológica infantil, pero tiene el mérito de ser el primer trabajo epidemiológico en " población normal ", en el que se detectan casos de depresión infantil (RUTTER & RIZARD 1976).

Un segundo estudio sería el llevado a cabo por KASHANI & SIMMONDS (1979). Estos autores entrevistaron a 103 niños de edades comprendidas entre 7 y 12 años y a sus padres en sus propios hogares (Missouri), evaluando su fiabilidad. Fueron seleccionados los sujetos, a través de dos fuentes, una mediante un plan de salud familiar y otra de una lista de niños que eran enviados a un hospital universitario. El 17,4% de los niños manifestaron tristeza o depresión clínicamente significativa, pero sólo el 1,9% (2 niños) cumplía los criterios del DSM-III para un trastorno afectivo mayor. Los niños "tristes " eran más abiertamente hiperactivos o inquietos, tenían más quejas somáticas, mostraban disminuida su autoestima, se implicaban excesivamente en peleas y rechazaban ir a la escuela que los que no manifestaban tristeza significativa. (PETTI 1983). Este es de los primeros estudios epidemiológicos sobre la depresión infantil realizados en una muestra de población normal, seleccionada al azar y utilizando criterios del DSM-III.

KASHANI et al. (1983) en otro estudio epidemiológico de la depresión infantil también en población normal estudiaron a 340 niños y 301 niñas de edad 9 años en Nueva Zelanda .Se seleccionaron 189 niños de la muestra

general. Este estudio posee ciertas características que le hacen ser considerado como un buen estudio, por un lado no existe dispersión en cuanto a la edad, con lo que las variables evolutivas están controladas, por otro lado los instrumentos de diagnóstico recogen información muy variada desde la información del niño hasta la de los maestros o padres, es un estudio de seguimiento con lo que la validez también queda asegurada y finalmente los criterios de diagnóstico bien establecidos que le llevan a distinguir entre depresión mayor y menor. Los resultados obtenidos hablan de un 1,8 para la depresión mayor y del 2,5 para la menor.

En 1985 LEFKOWITZ y TESINY llevan a cabo otro estudio sobre la prevalencia de la depresión infantil en su forma severa, en 3.020 niños normales de 9-10 años. Dichos niños pertenecían a 14 escuelas públicas de New York. Se relaciona en dicho estudio la depresión severa con 4 variables de riesgo: sexo, edad, capacidad intelectual y nivel socio económico familiar. Se recogieron datos de estos niños mediante la información de los compañeros (PNID), escalas evaluativas de los maestros, sus propios expedientes académicos y entrevistas con las madres de 508 niños. El resultado global de este estudio respecto a la prevalencia de la depresión basada en el PNID fue de 5,2 %. Esta prevalencia en relación a los estudios anteriores (KASHANI & SIMONDS 1979 y KASHANI et al. 1983) es considerablemente mayor, por otro lado la tasa de 5,2% es considerablemente más baja que la de 13% en niños en base a las respuestas dadas por los padres en el estudio de ACHENBACH 1982. Tal vez se tendría que tener en cuenta que en este estudio de LEFKOWITZ la tasa de prevalencia es determinada a través del PNID mientras que en los estudios de KASHANI y al. (1979 y 1983) se obtienen

mediante el DSM-III y la información del niño, padres y maestro.

Con respecto a nuestro país, disponemos de algunos datos, aunque son muy generales y no están precisamente centrados en los niños sino en la adolescencia. Un trabajo realizado en 1982 por LOPEZ IBOR conocido con el nombre de " el libro blanco de la depresión en España ". Este estudio señala que de 350 sujetos menores de 19 años el 0,6 % de los chicos son depresivos frente a un 8,9 % de las chicas.

Todos estos requisitos necesarios han hecho difícil la investigación epidemiológica de la depresión infantil (STODDARD & CONNELL 1983), y todavía más difícil conocer y valorar los factores de riesgo que se asocian a ella.

ALBERT & BECK (1975) examinaron estudiantes de grado elemental de una escuela parroquial mixta en un suburbio de Philadelphia. De los 31 estudiantes de séptimo grado y 32 de octavo, el rango de edad era de 11 a 15 años, con una media de edad en el séptimo grado de 12 años 9 meses, y de 13 años 5 meses en octavo. Los resultados obtenidos de la administración del cuestionario BDI a estos sujetos, además de algunas preguntas adicionales apuntan hacia una tendencia a la depresión más elevada en el octavo grado especialmente en las chicas. Estos estudios, sin embargo como bien señala PETTI (1983) tienen 3 grandes problemas :

1. Los resultados no están corroborados por la experiencia clínica ni en lo que concierne a la incidencia total ni en lo relativo a la conclusión de que el 33 % de los niños normales experimentarían depresión entre moderada y grave.

2. Es improbable que un grupo preadolescente tenga más trastornos que un grupo adolescente, donde las cifras por lo general son considerablemente más altas. (MEZZICH & MEZZICH 1979)y,
3. El instrumento incluso con sus modificaciones era inadecuado para la tarea asignada.

Por otro lado KOVACS, et al. (1977), empleando unos criterios estandarizados encontraron tasas globales de depresión leve en el 5% de una población de niños no psiquiátricos (n=20) seleccionados mediante una encuesta a domicilio entre el vecindario del personal sanitario. Se encontraron síntomas depresivos de grado leve en un intervalo del 5% hasta el 10% de los casos.

El panorama hasta este momento presentado está poniendo en evidencia lo que señalábamos al inicio de este capítulo, es decir por un lado las dificultades que encierra el llevar a cabo este tipo de estudios y por otro la escasez de estudios bien hechos sobre la epidemiología de la depresión infantil. Nos estamos refiriendo a una serie de requisitos imprescindibles que deberían hacer referencia a:

- elección de la muestra.
- intervalo de edad estudiado
- tamaño de la muestra
- fuentes de información recogidas
- instrumentos utilizados

- criterios diagnósticos

Por ello no todos los estudios anteriores podrían ser considerados propiamente estudios epidemiológicos, los críticos se han encargado de señalar algunas deficiencias en relación con las características señaladas. Por ejemplo en el estudio de ALBERT & BECH (1975) y FOVACS et al. (1977) se podría imputar que el intervalo de edad elegido abarcaba tanto niños como adolescentes, y un número excesivamente pequeño (63 y 20 sujetos). A veces se carece de información sobre el colectivo sobre el que se trabaja, a pesar de conocerse la prevalencia. Este es el caso de los estudios de ANDERSON et al. (1985). También podría señalarse la diversidad de instrumentos utilizados para detectar la depresión así LEFKOWITZ (1985) utiliza el PNID, FASHANI et al. (1983) utiliza el K-SADS-E etc.

3.3. ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS REALIZADOS EN POBLACION CLINICA

Los estudios señalados no agotan el tema de las depresiones infantiles y los estudios en poblaciones "no-normales" proliferan. Lo que si parece claro en la revisión efectuada es que las poblaciones clínicas tanto psiquiátricas como pediátricas parecen constituir poblaciones de riesgo de depresión en la infancia, como señala DOMENECH (1987). Comentaremos algunos de ellos con el fin de mostrar lo variada y controvertida que ha sido la labor investigadora para extraer conclusiones válidas a nuestro estudio.

LING et al. (1970) lleva acabo un estudio en 25 niños de 4 a 16 años con encefaleas basándose en los criterios de adultos para maniaco-depresivo encontrando un porcentaje del 40% .

NISSEN (1971) trabajó con 6.000 niños procedentes de la consulta paidopsiquiátrica con edades que abarcaban tanto niños como adolescentes con una prevalencia del 1,8 %.

WEINBERG et al. (1973) estudió 72 niños de 6 a 12 años mediante entrevistas llevadas a cabo a los padres y los niños siguiendo los criterios diagnósticos de FEIGNER. Estos niños asistían a la consulta psicopedagógica. Se encontró un 58% de depresivos. El estudio de WELNER et al. (1977), siguiendo los mismos criterios que el anterior, analiza 75 niños de 6 a 16 años hijos de padres depresivos, encontrando un 7% de prevalencia a partir de las entrevistas realizadas a las madres de los niños.

En otras ocasiones ha sido el internado la fuente de recogida de información, así los estudios de PETTI (1978) llevados a cabo en 73 niños de 6 a 12 años. La prevalencia fue de un 59%. En este estudio se trabajo con el BID a padres y niños. PUPERMAN & STEWART (1979) en su estudio alternó los sujetos internos y externos psiquiátricos en un número de 175 en unas edades comprendidas entre 7 y 16 años. Los instrumentos utilizados fueron las entrevistas a las madres, similar al anterior estudio señalado, y según los mismos criterios utilizados por WEINBERG et al. (1973) y WELNER et al. (1977), dando un 6,7 % de prevalencia.

En 1979 y 1980 CARLSON & CANTWELL llevan a cabo dos estudios con niños internos y externos psiquiátricos. En

el primero, la muestra es de 102 niños encontrándose una prevalencia de 27% mediante las entrevistas realizadas con, los propios niños, el segundo de 210 niños entre 7 y 17 años, a través de entrevistas a los padres y niños además del SCDI y según los criterios del DSM-III.

KASHANI et al. han llevado a cabo varios estudios. En 1981 con una metodología similar al estudio anterior (tanto a nivel de instrumentos como de criterios diagnósticos) trabajó con 100 niños de 7 a 12 años pacientes internos del servicio de pediatría obteniendo una prevalencia del 7%. Posteriormente, siguiendo la misma línea lleva a cabo 2 investigaciones, una con pacientes del servicio de cardiología pediátrica de 6 a 18 años y otra con internos psiquiátricos de 9 a 12 años, ambas con una muestra de 100 niños. La prevalencia en ambas es del 13%. En 1984 KASHANI et al. llevaron a cabo un estudio en población preescolar formada por 100 niños de 1 a 6 años que presentaban problemas de desarrollo, de conducta y emocionales. Fueron evaluados siguiendo los criterios del DSM-III para síntomas de depresión y sólo 4 niños (4%) fueron diagnosticados con definitiva depresión.

Finalmente señalamos el estudio de LOBOVITS & HANDAL (1985) llevado a cabo con 50 niños de edades comprendidas entre 8 y 12 años, extraídos de la consulta externa, siéndoles administrados el CDI, PIC-D a los padres y niños. Se siguen igualmente los criterios del DSM-III y la prevalencia varía si la información es recogida de los propios sujetos es de un 34% y un 22% si la información es dada por los padres.

No creemos necesario citar aquí más estudios pues como señalábamos al inicio la proliferación de los mismos es grande y a veces se hace difícil aglutinarlos en

características comunes. Creemos que son los más significativos o al menos los que tenemos más datos sobre su metodología, criterios de diagnóstico procedencia de los sujetos y edades similares a nuestro estudio. Sin embargo no dejamos de citar a uno de los primeros estudios llevado a cabo por OTTO REHM (1919), o los de NISSEN (1971); Mc.CONVILLE et al. (1973); FASHANI (1981); FEINSTEIN (1984) y un largo etc.

La importancia del estudio epidemiológico de la depresión radica en el hecho de que los factores de riesgo asociados a su aparición nos pueden esclarecer las causas de la misma y sugerir estrategias de intervención preventiva.

A partir del momento en que la prevención pasó a un primer plano en las ciencias de la salud, el interés que se había puesto en el estudio de la frecuencia de las enfermedades mentales en los adultos se desplazó hacia las poblaciones infantiles sanas tal como señalan DOMENECH & POLAINO (1987).

Aquí, como en casi toda la investigación epidemiológica psiquiátrica, debería partirse de un modelo etiológico multifactorial, ya que una sola causa de riesgo aislada posiblemente no baste para explicar la aparición de un cuadro depresivo.

Tampoco es suficiente la información que pueda proporcionar sobre la incidencia de la depresión infantil una población pediátrica o psiquiátrica. Es imprescindible conocer su prevalencia en la población "normal", dado que la mayoría de deprimidos infantiles no son llevados ni al pediatra, ni al psicólogo ni al psiquiatra. Este es un hecho bien conocido en el caso de la depresión del adulto; sólo son asistidos, anualmente,

una proporción pequeña de los enfermos deprimidos existentes. Esta proporción probablemente sea todavía mucho menor en el niño, primero porque el niño no va al médico sino que lo llevan; segundo porque al niño deprimido no se le suele diagnosticar; tercero porque no suelen aceptar fácilmente que su hijo está deprimido.

Por estas razones creemos que los estudios epidemiológicos sobre la depresión infantil que se ha realizado hasta ahora, en poblaciones de enfermos pediátricos o psiquiátricos, son de resultados poco fiables. Una prueba de ello sería la gran dispersión en los resultados que se han encontrado. La prevalencia aportada por estos estudios varía ampliamente según la población investigada y los criterios diagnósticos utilizados (HASHANI et al 1981).

Las tasas de frecuencia, halladas en estudios de este tipo, oscilan desde valores de 1,8% en una muestra de 6.000 niños de NISSEN (cifra inferior a las tasas de depresión en adultos) hasta valores superiores al 25% hallados por CARLSON y CANTWELL y otros autores.

Otras de las razones que pueden influir en esta divergencia de resultados es el gran abanico de edades que comprenden estos estudios. Así se han utilizado muestras de niños entre 1 y 17 años. Hay pocos estudios epidemiológicos en que se tenga en cuenta la etapa evolutiva del niño.

Cuando se valora este factor las cifras halladas en las diversas edades son distintas (EARLS, F. 1982; LAFLAN et al 1984; HASHANI et al 1982). Así por ejemplo HASHANI hace un diagnóstico de probabilidades de un 4% en preescolares. LAFLAN, que ha estudiado una población de adolescentes y además de la edad valora la severidad del

cuadro depresivo, nos da cifras entre el 7,3% y el 13,5%. Esto nos indica que debe realizarse un estudio epidemiológico longitudinal de la depresión infantil para evaluar realmente el elemento evolutivo, y para conocer las diferencias entre la incidencia o aparición de nuevos casos y la prevalencia o número de casos existentes en un momento determinado. Esto es de interés porque al tiempo que dure el síndrome depresivo en un determinado enfermo no influye sobre los datos de incidencia y sí influye en cambio en la investigación de la prevalencia.

En cualquier enfermedad que pueda ser de curso crónico, como es el caso de la depresión, puede ocurrir que con cifras de incidencia bajas tengamos una tasa prevalencia elevada. El estudio longitudinal también nos proporciona datos sobre la personalidad premórbida a las circunstancias ambientales previas a la aparición del síndrome depresivo. Hoy por hoy no tenemos información de que se hayan realizado este tipo de estudios.

Como dato aproximativo de la revisión bibliográfica sobre el tema, se deduce que la incidencia de la depresión infantil, en la población normal, se estima que se halla por debajo del 2 o 3%. Entre los niños procedentes de servicios de pediatría la incidencia oscilaría entre un 8-10 y un 30%, existiendo, dentro de estos límites, una gran variación según la patología orgánica acompañante. Según estas cifras podemos deducir que la patología orgánica constituye un factor de riesgo para la depresión infantil y que dentro de las enfermedades físicas infantiles la asociación a un cuadro depresivo parece variar mucho de unas a otras. Así STODDARD y CONNELL 1983 han señalado la incidencia elevada de depresión en las grandes quemaduras.

Todos estos datos recopilados nos ponen en evidencia dos hechos que como clínicos debemos destacar a nuestro entender. Por un lado la necesidad de ahunar esfuerzos para un diagnóstico, una metodología y una instrumentación similar a la hora de emprender el difícil cometido del estudio de la depresión infantil, y por otro lado una necesidad de llevar a cabo estudios epidemiológicos en nuestro entorno, en nuestro marco ecológico que permita comparar con otros países o incluso dentro de nuestra geografía en zonas rurales y urbanas.

Por este motivo, para cubrir el hueco que había en nuestro país y teniendo en cuenta las características necesarias de metodología y criterios diagnósticos se ha llevado a cabo un estudio epidemiológico de la depresión infantil en España, del cual este trabajo forma parte junto con muestras de niños de Barcelona, Madrid, La Coruña, Valencia y Sevilla. Próximamente podrán leerse los resultados en DOMENECH y POLAINO: Epidemiología de la depresión Infantil en España.

4.- FACTORES DE RIESGO EN LA DEPRESION INFANTIL

4.1.- Introducción

El interés por el tema de la psicología de la salud, y en concreto su aplicación al campo de la depresión, se debe a la influencia de los factores de carácter social y psicológico sobre el funcionamiento, inclusive a nivel fisiológico, del ser humano, que pueden llegar a provocar graves disfunciones .

Las consecuencias de la depresión en edades tempranas no creo sea necesario recordar para explicar el interés que el estudio de los factores de riesgo que inciden sobre ella puede despertar.

Siendo conscientes de la dificultad que entraña toda división en este sentido, a fin de conseguir clarificar los diferentes estudios llevados a cabo sobre el tema, expondremos los diferentes factores de riesgo que parecen incidir, según los datos que actualmente poseemos, en las depresiones infantiles. En este sentido podemos hablar de factores de riesgo macro, o microsocio y psicológico (PAEZ y col. 1985; ETXEBERRIA 1986); es decir, las variables asociadas a la depresión infantil pueden partir del entorno (factores de riesgo macrosociales), de la relación niño-entorno (factores de riesgo microsociales) y del propio niño (factores de riesgo psicológicos) (DOMENECH 1987). Podemos observar que unos provienen de un ambiente social más amplio, otros de la interacción

del niño con su entorno más próximo y que también pueden provenir del propio niño. Somos conscientes sin embargo del carácter sistémico de las relaciones entre dichos niveles, es decir esta diferenciación no implica el rechazo del carácter de sistema o relación sistémica que pensamos rige dicho campo.

4.2.- Definición de Factores de Riesgo

Parece obvio que antes de adentrarnos en el estudio de dichos factores de riesgo, intentemos ver qué entendemos por ello. Así DOMENECH (1987) señala que "son factores que aumentan la probabilidad del trastorno", ahondando más en ello señala: "factores de riesgo son aquellos acontecimientos negativos o positivos (situaciones traumáticas, estímulos del entorno o del propio individuo) a los que el niño se encuentra sometido desde el inicio de la vida o antes del nacimiento". (DOMENECH y COSTAS en prensa).

El término de factor de riesgo englobaría también el concepto de "life events" término introducido por HOLMES & RAHE (1967) que podríamos traducir como acontecimientos vitales (GONZALEZ RIVERA 1983) y por ello su relación con factores de riesgo. Se referiría a hechos o experiencias en la vida del sujeto que implican un cambio en su patrón habitual de vida (CANALDA 1987). Se podría afirmar que este concepto (life events) es más restringido que el de factor de riesgo.

BOYD & WEISSMAN (1982) afirmaban que el término factor de riesgo es un "concepto epidemiológico que alude a las condiciones que aumentan la probabilidad de contraer un trastorno dado" (pag. 183). Así decimos que cuando una variable mantiene una relación estrecha con el incremento de la depresión, es de suponer que actúa como un elemento favorecedor de la enfermedad y puede considerarse un factor de riesgo de depresión. Este concepto se aplica a individuos y también a grupos o muestras de población. El conocimiento de los factores de riesgo será muy importante en el campo de la prevención primaria de la salud.

En resumen podemos definir los factores de riesgo como acontecimientos o condiciones positivos o negativos que a lo largo de la vida del sujeto han aparecido y que hacen aumentar la probabilidad de que esos sujetos padezcan alteraciones psicológicas. También podemos decir que cuando una variable mantiene una relación estrecha con el incremento de la depresión es de suponer que actúa como un elemento favorecedor de la enfermedad y puede considerarse un factor de riesgo de depresión.

4.3.- Factores de Riesgo Macrosociales

Las condiciones de vida, como puede ser vivir en un ambiente familiar tenso, soportar una situación de miseria o tener un sentimiento constante de fracaso han sido englobados en la literatura anglófila con el nombre de life-conditions, con el fin de distinguirse de lo que se ha llamado life-events, acontecimientos vitales que

comentaremos dentro del apartado que hemos denominado factores de riesgo microsocioal.

Las tensiones, conflictos, inconvenientes propios de la vida cotidiana (la literatura inglesa nos habla de daily hassles), algunos de los cuales se consideran stressores crónicos como dificultades económicas, etc. están cada vez recibiendo más atención por parte de los investigadores como fuentes de stress en los sujetos (FANNER et al. 1981 citado por CANALDA 1987).

"La introducción de factores extrafamiliares en paidopsiquiatría, es un hecho relativamente reciente que podríamos centrarlo en torno a los sesenta, cuando comienza a hablarse de factores ecológicos y por tanto de psicología y psiquiatría ecológica. Es desde este momento que parecen interesarse los investigadores en los efectos de las grandes ciudades dormitorio, de los kibbutz, etc. Así comienza a prestarse atención en nuestro campo, la psiquiatría infantil, al entorno social que rodea al niño" DOMENECH 1987.

Hay una amplia gama de hechos estudiados, desde el efecto de catástrofes naturales (GALANTE 1986, NEWMAN 1976), catástrofes producidas por el hombre desde accidentes nucleares (HANDFORD 1986), secuestros de autobuses escolares (TERR 1981), terrorismo (RIGAMER 1986), situaciones de guerra, bombardeos (KINZIE et al. 1986; MILGRAM 1982), hasta situaciones como la presencia de violencia, asesinato de familiares o malos tratos recibidos por los padres (MALMSQUIST 1986; FYNBOOS 1986; ANTHONY 1986).

Todas estas situaciones presentan diferentes componentes e implicaciones para el niño, en unos casos hay pérdidas humanas de la familia o de la comunidad o

pérdidas materiales (vivienda), en otros casos se habla de amenaza (accidente nuclear), o alejamiento del ámbito cotidiano del niño, otras veces el niño es testigo o víctima, la situación posee una corta duración o es más prolongada. Es difícil extraer conclusiones de todos los estudios llevados a cabo, no sólo por lo dicho anteriormente sino también porque se han utilizado metodologías diversas en función de las situaciones estudiadas (observaciones in situ, estudios epidemiológicos con grupos reducidos, o comparación de grupos expuestos a situaciones similares). A pesar de ello CANALDA 1987 extrae algunas conclusiones relacionadas con las diferencias individuales en las respuestas dadas a tales experiencias, algunas debidas a las características de la situación y otras a las del propio niño. Son mayores los efectos cuando la catástrofe es producida por el hombre, cuando hay pérdidas humanas y cuanto mayor relación tenga con el niño. Los efectos a corto y largo plazo dependen también de características del propio niño, temperamentales, edad, etc.

Hasta este momento hemos comentado situaciones stressantes que la sociedad actual favorece o hace que el niño viva y que los investigadores cada vez más se están planteando como factores de riesgo de enfermedades, en este caso riesgo de depresión en el niño. Pero también podemos señalar dentro de los factores de riesgo algunos estudios macrosociales sobre la influencia que la propia sociedad tiene, es decir el medio urbano y el medio rural como tal.

El interés por este tema ha tomado auge en la década de los 50, a partir de las observaciones que algunos autores habían hecho sobre las sociedades occidentales comprobando que estas a partir de sus crecientes niveles de desestructuración social el desarrollo patológico

mental había aumentado en relación con sociedades más primitivas. Ello se asoció a los crecientes procesos de urbanización e industrialización presentados por estos países, citaríamos aquí los trabajos de FARIS & DUNHAM (1939), los de HARE (1956), BURGESS (1955), DOWRENSEND & DOWRENSEND (1971), SCHWAB et al (1974), RUTTER et al (1974), RUTTER et al (1975), FASTRUP (1977), VAZQUEZ BARQUERO y col. (1982), BLAZER et al. (1985), O'HARA et al. (1985), CROWELL & BLAZER (1986), entre otros; que demuestran la discrepancia en la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en zonas urbanas y rurales.

Los trabajos hechos en este campo coinciden en aportar tasas de prevalencia mayores de trastorno mental en las zonas urbanas que en las rurales, exceptuando el caso concreto de la deficiencia mental tal y como señalan REECHLY & JIPSON (1976).

GASTPAR (1985) si bien encontró que existían grandes diferencias en la prevalencia de las alteraciones mentales en zonas rurales y urbanas como en los trabajos anteriormente citados, su aportación fue la de señalar que donde esta diferencia de prevalencia era más marcada era precisamente en la depresión. BLAZER et al (1985) y O'HARA (1985) señalan la importancia de que al estudiar diferencias entre zona rural y zona urbana se tenga en cuenta trastornos psiquiátricos específicos, al igual que GASTPAR, estos autores se dedicaron a estudiar las diferencias únicamente en la depresión encontrando resultados en la misma línea, es decir, un incremento de frecuencia en las zonas urbanas frente a las rurales. El estudio realizado en nuestro país por NOGUEIRA y MONREAL (en prensa) también apunta en este sentido.

Con respecto a la población infantil parece indicarse que los niños que viven en áreas urbanas

muestran una mayor tasa de desórdenes afectivos que los que viven en áreas rurales. Una de las razones a la que se alude es que la excesiva superpoblación propicia hechos stressantes, conflictos sociales, tensiones de los padres aumentando la desarmonía parental, etc. GRAHAM (1986). También lo confirma el trabajo llevado a cabo por EATON & WEIL (1955) en Estados Unidos con una secta protestante que vive en comunidades con un estilo de vida propio y alejado del movimiento urbano.

CROWELL et al (1986) afirman que el hecho de vivir en zona rural disminuye el riesgo de depresión mayor en algunos, pero no en todos, de los subgrupos demográficos estudiados por dichos autores (región de Carolina del norte). El riesgo de depresión mayor descendía en los más jóvenes en relación con sus compañeros de la misma edad de zonas urbanas, este autor afirma que el medio rural parecía más protector para las chicas que para los chicos. Algunos datos son similares a los encontrados en el estudio del Valle del Baztán (Navarra) por MUÑOZ y col. (1979).

DUBE (1964), encontró diferencias considerables en la prevalencia de depresión de zona rural (1.5/1000) y zona urbana (6.1/1000). En esta línea; uno de los trabajos más conocidos fue el llevado a cabo por RUTTER y colaboradores (RUTTER, YULE, et al 1974; BERGER, YULE, RUTTER 1975; RUTTER, COX, et al 1975), en la Isla de Wight y en el centro de Londres con niños de 10 años y en el que comparan resultados de prevalencia de alteraciones psiquiátricas en zona urbana y rural. En este estudio de doble fase, la tasa de prevalencia fue dos veces más alta en la zona urbana que en la rural. También apuntan en este sentido, los trabajos realizados en Dinamarca por KASTRUP (1976) y en Australia por CONNELL, et al (1982). Estos trabajos indican que la salud mental de los niños

que viven en el campo puede ser mejor que los de las grandes ciudades.

Existen trabajos (RUTTER 1981, NEFF 1983) que deducen como posible factor de riesgo la densidad de población, es decir el grado de urbanicidad y de concentración de la población. Teniendo en cuenta la distribución o situación geográfica de un país, también se han realizado estudios epidemiológicos de depresión, así en la India se encontraron diferencias en las tasas de prevalencia según el área geográfica. (BAGADIA et al. 1973, DAVIS et al. 1965).

Otra variable macrosocial que se ha estudiado ha sido la clase social, sin embargo la relación entre esta y los trastornos afectivos no está clara, parece existir una relación solamente con el desorden bipolar, lo que se explicaría según BAGLEY (1973) debido a sesgos en el diagnóstico, a la vulnerabilidad de ciertas personalidades y a la movilidad social ascendente. Otros estudios en los adultos han encontrado tasas más elevadas de depresión ligera en las clases trabajadoras (BROWN & HARRIS 1978). Parece que el nivel socioeconómico y su asociación con la depresión incluso con los trastornos psiquiátricos en general, en los niños no está claro; como lo deducen KASTRUP (1976) y RUTTER et al (1970) en sus trabajos.

Otra variable macrosocial que se ha estudiado como posible factor de riesgo es la migración. Hay factores muy diversos dentro del fenómeno migratorio que pueden incidir sobre la psicopatología de los niños, así podríamos hablar de experiencias de separación de la familia, la adaptación a una comunidad distinta, el cambio de valores de una cultura a otra, las diferencias

lingüísticas, la discriminación y marginación en que pueden encontrarse en el país al que optan, etc..

En Gran Bretaña han surgido una serie de trabajos en este campo como los de RUTTER et al. (1963); YULE, BERGER et al (1974); EARTLS & RICHMAN (1980), encontraron diferencias entre los nativos y los inmigrados, puntuando estos más altos en conductas inadaptadas.

Los datos provenientes de estudios longitudinales y epidemiológicos sugieren que la presencia de síntomas depresivos en los niños varía en función de otros factores, especialmente en función de la edad (LEFFOWITZ & BURTON 1978).

Los estudios sobre la depresión en los niños más pequeños (etapa de preescolar) son relativamente recientes, dado que algunos autores han opinado que la depresión en este período no existe, otros consideran que es extremadamente difícil de diagnosticar, en parte porque el lenguaje no puede ser el vehículo de comunicación hasta aproximadamente los 7 años (FOVACS & BECH 1977), y otros apoyan la existencia de la misma tanto desde el punto de vista teórico (WEINER 1975) como clínico (POZNANSKI & ZRULL 1970). Sin embargo SPITZ (1946) describió la depresión anaclítica que se manifestaba en niños que habían sufrido una carencia afectiva en relación con la separación antes del año y medio de edad, y GRAENSBAUER (1980) relata casos de depresión anaclítica en niños desde mes y medio a los tres meses. En la actualidad la existencia de depresión en la etapa preescolar parece aceptada por la mayoría de autores, (KASHANI et al. 1983, 1984, 1986).

Recientemente el interés hacia la depresión en la etapa prepuberal ha aumentado, llevándose a cabo estudios

con muestras clínicas y no clínicas (KASHANI & SIMONDS 1979; PHILIPS 1979; ORVASCHEL et al. 1980; PUIG-ANTICH 1980; PETTI 1978; CYTRYN et al. 1980 y KASHANI et al. 1981). Si la depresión puberal era considerada como centro de interés para los investigadores, aún encontramos mayores referencias a la depresión en la adolescencia. RUTTER et al. (1976) señala que la frecuencia de la depresión era tres veces mayor a los 14 años que a los 10 años. La frecuencia de depresiones en la adolescencia son el reflejo de un complejo número de factores tanto hormonales, de desarrollo o psicológicos como factores relacionados con las expectativas sociales.

Entre los pocos estudios epidemiológicos de depresión relacionados con la edad, diremos que KASHANI (1983, 1986) halló una diferencia considerable de depresión mayor en población general, para niños de nueve años (1.8%) y para preescolares (menos del 1%).

RUTTER et al (1974) señalaron que las alteraciones psiquiátricas infantiles eran distintas en la infancia y en la adolescencia y también en niños y en niñas RUTTER (1970).

El fenómeno conocido de la mayor fragilidad del varón hasta la etapa de la pubertad, ha sido estudiado ampliamente (LONFELLOW 1984). El número de niños que son atendidos generalmente es superior a las niñas que son parece ser más resistentes a los life-events. (DOMENECH 1987). Varios estudios clínicos sobre depresión infantil indican diferencias psiquiátricas infantiles relacionadas con la variable sexo; en la mayoría de estudios la prevalencia de trastorno es más común en los niños que en las niñas (WEINBERG 1973; POZNANSKI & ZRULL 1970; EME 1979; PUIG-ANTICH et al. 1978; KASHANI et al. 1981).

En la depresión concretamente, la diferencia de prevalencia en los niños y niñas es discutida. Por un lado LEFKOWITZ & TESINY (1985) encontraron una tasa de depresión mayor en las niñas que en los niños; por otro lado en Dinamarca KASTRUP (1976) halló una ligera diferencia de sexo a favor de los niños igualmente que BEITCHMAN et al (1978) en Canadá. Por ello consideraremos esta variable como factor de riesgo.

4.4.- Factores de Riesgo Microsocial

Una vez analizados los factores de carácter macrosocial, nos detendremos a analizar las variables microsociales tradicionalmente asociadas a riesgo de depresión. Estas variables clásicas son los sucesos vitales negativos y el soporte social. Ambas juegan un papel directo en la determinación de la vulnerabilidad del sujeto a este tipo de trastornos, y son al mismo tiempo variables mediadoras que reflejan el impacto de las variables macrosociales anteriormente descritas. Así por ejemplo el conflicto en la pareja (separación de los padres) puede ser un acontecimiento de carácter microsocial, o puede ser un correlato de una variable de carácter macrosocial, como la pérdida de trabajo por reestructuración de la empresa de uno de los cónyuges.

KASTRUP (1976), halló que había relación entre la variable "riesgo social" (muerte de los padres, separaciones largas de la familia, divorcio, haber nacido fuera del matrimonio, etc..) y las alteraciones psiquiátricas. Así, unas de las variables clásicas que se

contemplan en todo estudio psicosociológico sobre salud y enfermedad es la de los sucesos de vida estressantes.

Ya desde la tradición psicoanalítica se consideró que dichos sucesos negativos, más específicamente la pérdida de objeto, jugaban un papel fundamental en las enfermedades mentales (LOCHE & SLABY 1984). En estas primeras investigaciones, por ejemplo las de BOWLBY (1969, 1973) se observó que separaciones en edades tempranas podían originar trastornos psiquiátricos que persistían a lo largo del tiempo o incluso podían aparecer en la etapa adulta. Tal es el caso de la ansiedad o la depresión, trastornos de la personalidad psicopática ... Ello dio lugar a la teoría sobre la importancia de los vínculos afectivos en etapas tempranas que ya hemos comentado.

Por suceso vital negativo entendemos los cambios vitales que exigen un reajuste en la conducta del sujeto al interrumpir o amenazar con obstaculizar las actividades habituales de este (THOITS 1983; DOHRENWEND & DOHRENWEND 1984; GORE 1984). Además, los sucesos de vida stressantes "son sucesos discretos que pueden ser localizados en el tiempo y, teóricamente, pueden ser medidos de forma objetiva" (GORE 1984 pag. 204).

La asociación entre acontecimientos de vida negativos y enfermedad ha sido constatada por diversos estudios. Los trabajos más conocidos pretenden tener como común denominador la separación del niño de las personas con las que mantiene un vínculo afectivo en especial, la madre. Estos estudios abarcan una amplia gama de situaciones, desde la muerte de uno de los padres, separación o divorcio, la institucionalización como privación materna y la hospitalización del niño hasta situaciones de menor importancia pero no por ello no

significativas, como el nacimiento de un hermano, estancia en guardería ,etc..

Una de las discusiones surgidas en esta área, gira en torno a si se debe considerar como suceso de vida stressante cualquier cambio de la vida habitual de un sujeto, ya sea positivo, negativo o neutro, o si son sólo los cambios negativos o indeseados los que jugarían un rol facilitador de la enfermedad (DOHRENWEND & DOHRENWEND 1984). En este aspecto no existe un acuerdo claro, sin embargo la evidencia parece señalar que son sólo los cambios negativos los que desempeñarían un rol facilitador de los trastornos psíquicos (MONROE et al. 1983).

Por otro lado resulta difícil sacar conclusiones de los trabajos ya que sus resultados son a veces confusos y contradictorios (CANALDA 1987). Las razones que suelen exponerse hacen referencia a las diferentes metodologías empleadas por dichos estudios, el uso muy generalizado de poblaciones clínicas, estudios retrospectivos en los que se pretende relacionar los trastornos actuales con experiencias en la infancia sin tener en cuenta en muchos casos lo que ha sucedido en el largo período transcurrido entre ambos hechos, entre otras.

Por lo tanto la tarea más difícil pero al mismo tiempo necesaria, será la de delimitar y diferenciar las distintas variables y factores implicados en cada hecho (es muy diferente la separación que se produce en el caso de la muerte de uno de los padres, que en el caso del divorcio o la hospitalización) para ver con cuál de ellos se relacionan los efectos a consecuencias negativas (RUTTER 1971).

La "pérdida" parental ha sido el evento más comúnmente evaluado considerándose de gran importancia en el desarrollo de condiciones para la aparición de esquizofrenia, (GRANVILLE-GROSSMAN 1966), sociopatía (BROWN & EPFS 1966), neurosis (BARRY & LINDEMANN 1960) y desórdenes depresivos (BROWN & HARRIS 1978; BROWN et al. 1977).

El término pérdida es muy amplio y hace referencia a una pérdida tanto real como imaginaria (KASHANI 1982), física (pérdida de un miembro) o referida al ambiente donde se mueve el niño (KASHANI et al. 1981).

Corresponde esta circunstancia a lo que se ha denominado "la pérdida como factor de riesgo" (DOMENECH 1987), y hace referencia a la muerte de los padres, o uno de ellos al igual que un familiar próximo, o amigo. En este sentido se ha escrito que "la muerte del padre o la madre incrementa el riesgo de depresión inmediata y a largo plazo" (TENNANT et al. 1980; LUCAS 1977). Sin embargo no parece haberse demostrado una relación directa de causa-efecto, hay una serie de factores muy diversos que inciden en los resultados, algunos de tipo personal (edad del niño, características temperamentales), otros se refieren a la cualidad de las figuras sustitutas, y también el sexo parece ser un factor importante. Se ha señalado que el riesgo es mayor cuando la pérdida es la del progenitor del mismo sexo (RUTTER 1966).

De la literatura al respecto sobre la muerte del padre y su relación con la depresión se señala que los niños presentan un porcentaje de conductas patológicas caracterizadas por la presencia de múltiples y persistentes síntomas clínicos de suficiente severidad como para ser considerados un handicap en la vida diaria de los niños, confirmando la tremenda influencia del

padre en la vida emocional de los niños (KAFFMAN & ELIZUR 1983).

Parece que existen diferencias sin embargo en cuanto a la manifestación del dolor sentido según la edad del hijo. Entre 3 y 6 años se tiende a ser más espontáneo, intentando llamar la atención mediante actividades y hablando continuamente del padre y su muerte (a pesar de considerar la muerte como negativa). Se tiende también a insistir en que la madre busque un nuevo padre. Por el contrario los niños mayores (6-11 años) parecen asustados y no dejan aflorar sus sentimientos, viven la muerte del padre de manera más simbólica, y reprimen sus sentimientos mediante la utilización de pocas palabras y retraimiento social. Por otro lado se han observado también diferencias en estos períodos de edad con respecto a una alta frecuencia de miedos nocturnos, dificultades en la separación de la madre y manifestaciones de gran dependencia en los niños de preescolar o de impaciencia, agresividad o comportamientos ejemplares en los niños de edades escolares.

Una de las discusiones actualmente gira en torno a la relación entre la muerte temprana de uno de los padres y las depresiones posteriores, afirmándose (ORVASCHEL et al. 1980) que cuando se efectúan estudios bien diseñados esta relación no es clara. Por otra parte BROWN & HARRIS (1978) y LLOYD (1980) descubrieron que la pérdida de padre o madre antes de los 11 años era un factor de riesgo para posteriores depresiones.

Parece importante sin embargo tenerse en cuenta el método de crianza, el estilo de funcionamiento familiar y la clase social. Así en estudios llevados a cabo sobre niños que vivían en una familia típica urbana o en

comunidad se han encontrado diferencias en cuanto a la interpretación que sobre la muerte se tenía, y sus comportamientos.

Podríamos afirmar que aunque los métodos de crianza sean diferentes y el funcionamiento familiar, el hecho de que el padre muera es un severo y traumático golpe para los hijos influyendo en múltiples áreas de funcionamiento y causando síntomas comportamentales severos que bien pueden estar relacionados con la depresión.

Las experiencias traumáticas (muerte) en la familia son claramente factores de riesgo en los desórdenes emocionales y conductuales como afirma OFFORD (1987). KASHANI (1982) afirmaba que el riesgo de depresión cuando un niño pierde a su padre (fallecimiento) es generalmente 2 ó 3 veces mayor que lo normal.

Los estudios sin embargo, no sólo intentan relacionar la muerte del padre con la depresión sino que se nos habla igualmente de la muerte de la madre, o de ambos. En esta línea, MUNRO & GRIFFITHS (1968), FORREST et al. (1965), ROY (1987), EVERITT (1977), por citar algunos, han llevado a cabo investigaciones sobre las repercusiones de tales circunstancias en diferentes grupos de sujetos. Llegando a afirmarse, según la experiencia realizada que el riesgo por la muerte paterna o materna no es significativamente diferente. Afirmación dada en los estudios de BECK et al. (1963), HILL & PRICE (1967), en contraste con los estudios de BIRTCHNELL (1970). Todo ello nos lleva a afirmar, como lo hace CANALDA (1987) que " aún tenemos poca información y esta es controvertida " (pag. 148) con respecto a la muerte de las figuras parentales como factor de riesgo en la depresión infantil o adulta.

También parece existir una distribución diferencial de los sucesos vitales en función de la clase social (LIEM & LIEM 1984), siendo las clases más bajas aquellas que se encontrarían con mayor frecuencia ante dichos eventos. Así los trabajos de LANGNER & MICHAEL (1963) encontraron que cuando se controlaba la clase social de los padres se daba una asociación significativa entre la muerte de la figura materna y la morbilidad en el grupo de clase más baja. Se podría decir que la clase social de los padres es moderadora entre la relación de la muerte de la madre y la morbilidad en la vida posterior, si bien es igualmente posible que esta relación sea simplemente espúrea. (TENNANT et al. 1980).

En cuanto a la pérdida referida al ambiente que señalábamos anteriormente, la separación de los padres con los cuales el niño ha desarrollado unos vínculos afectivos es otro de los aspectos que pueden contribuir a la depresión. El impacto de esta pérdida ha sido también analizada en el sentido de ver cuál es su repercusión en la depresión infantil.

En este sentido la literatura al respecto es bastante amplia, y tal vez pueda pensarse que seguirá siendo un tema muy discutido debido a la actualidad del mismo (CANALDA 1987). Es evidente que este hecho va a afectar al funcionamiento psicológico del niño, como así lo demuestran las experiencias llevadas a cabo, (EMERY 1982; FELNER et al. 1980; HETHERINGTON 1979; KALTER 1977; KURDEC 1981; WALLERSTEIN & KELLY 1979), pero hay que tener en cuenta la situación anterior del niño, el contexto y circunstancias en que se produce el hecho y la situación posterior al mismo.

Destacamos dos investigaciones, una eminentemente clínica llevada a cabo por WALLERSTEIN (1983);

WALLERSTEIN & KELLY (1980) y otro estudio observacional/experimental realizado por HETHERINGTON, COX & COX (1979, 1981), en los que se pone de manifiesto diferentes orientaciones y métodos a la hora de estudiar el problema del divorcio y la depresión. WALLERSTEIN & KELLY (1980) estudiaron 131 niños y sus padres pertenecientes a la clase social media y residentes en el norte de California. Se trató de un estudio longitudinal proyectado desde los 5 años de la separación hasta los 10 años. Ello les permitió hablar de secuenciación de estadios durante este período con diferencias comportamentales en los niños. Concluyendo que a los dos años siguientes del divorcio de los padres los niños eran impopulares con sus compañeros, limitaban su participación en juegos de grupo tendiendo a jugar más con niñas y con compañeros más jóvenes que ellos.

El estudio de HETHERINGTON se llevó a cabo con preescolares de clase social media (24 niños y 24 niñas) durante un período de 2 años desde los 2 meses 1 año y 2 años de la separación. Se pretendía ver la influencia que el divorcio tenía en los niños, sobre todo en el juego social y cognitivo. y en este sentido es de los pocos trabajos que se han hecho. Aunque había diferencias metodológicas con el anterior estudio se encontraron pautas de conducta similares.

La variabilidad de las conductas encontradas en estos estudios ponen en evidencia que existen otros factores a tener en cuenta que se relacionarían con las características temperamentales de los niños, la frecuencia de haber estado expuesto a situaciones stressantes, el momento de su desarrollo y el sexo (GARMEZY 1986).

Para finalizar se podría afirmar que los efectos del divorcio en el niño son entonces indirectos y que debería tenerse en cuenta que el divorcio no es un hecho aislado sino que conlleva una multiplicidad de "impactos" provenientes del entorno familiar en que se produce que afectan al desarrollo emocional del niño. Se deberían crear programas de intervención (ROBSON & RAE-GRANT 1986) e igualmente de evaluación de los mismos. (STOLBERG & GARRISON 1985, PEDRO-CARROLL & COWAN 1986).

Otro aspecto relacionado con la pérdida incluye el factor de "deprivación" y "rechazo" parental. Muchos niños deprimidos se han sentido rechazados por sus padres o cuidadores ya de una manera directa, encontrándolos a faltar constantemente (negligencia), o bien de una forma más sutil cuando los padres no muestran interés por sus actividades. Las explicaciones de este rechazo podrían encontrarse en el tipo y grado de psicopatología de los padres.

La alta incidencia de depresión de los padres es el resultado más consistente en los estudios de la depresión infantil (KASHANI 1982).

El efecto de la enfermedad de los padres en los niños ha sido discutida en numerosas publicaciones (PHILIPS 1979; ORVASCHEL et al. 1980; POZNANSKI & ZRULL 1979; ORVASCHEL et al. 1981; WEISSMAN 1979; RUTTER 1966; MCKNEW et al. 1979). Se ha podido constatar que los niños deprimidos tienen padres deprimidos en mayor proporción que los niños no deprimidos (diferencias significativas estadísticamente hablando) (GAENSBAUER 1980; POZNANSKI & ZRULL 1970). Cuando ambos padres son enfermos deprimidos el riesgo para los niños es mucho mayor (FISHER et al. 1980; WEISSMAN et al. 1984). Las manifestaciones más importantes que aparecen en los hijos de los deprimidos

(WEISSMAN et al. 1984), son los déficits de atención, tendencia al suicidio, trastornos del aprendizaje y dificultades de integración social. Los estudios revisados han girado en torno, podríamos afirmar a tres expectativas por parte de los investigadores. Intersaba conocer:

1.-los efectos de los desórdenes de los padres (depresión) en los niños, es decir se ha estudiado los niños de padres depresivos.

2.-el impacto de la enfermedad de los padres en las patologías adultas a través de las historias clínicas infantiles de estos adultos depresivos, es decir el impacto de la depresión de los padres en sus descendientes cuando estos son ya adultos.

3.-la depresión en los niños para entenderlos problemas de diagnóstico y evaluación de la depresión en los niños.

Hay bastantes estudios que han investigado los efectos de padres deprimidos en la conducta de sus niños. Podemos citar los trabajos de WEISSMAN et al.1972; ROLF & GARMEZY 1974; WEINTRAUB et al. 1975; WELNER et al. 1977 Y GAMER et al. 1977, en los cuales podemos apreciar diferentes metodologías para acercarse al objeto de investigación, ello crea problemas de comparación entre los diferentes resultados encontrados.

Los trabajos demostrando el riesgo de depresión cuando esta existe en algunos miembros de la familia próxima, han sugerido, en algunos autores, la existencia de factores genéticos, aunque los datos aportados son discordantes y hace pensar en la existencia de otros

factores de riesgo además de los propiamente genéticos. (DOMENECH 1987).

Algunos estudios se han centrado sobre todo en el papel específico de la madre depresiva como fuente de estimulación para sus hijos. Existen indicios de que los problemas conductuales de los niños pueden proceder de la depresión materna (GHODSIAN et al. 1984). y que esta puede interferir las relaciones iniciales de la madre con el niño (caso este típico de las depresiones postparto) (BELLE 1982).

Parece indicarse, en este sentido, que las madres depresivas presentan una proporción significativamente más baja en las miradas reforzantes a sus hijos en relación con las madres no depresivas, tienen una mayor movilidad y falta de control, y su expresión verbal es más pobre al igual que su estimulación táctil. (BOOKMAN & DAEN 1983). Por su parte MOOS & ROBSON (1968) opinan que la observación visual de las madres hacia sus hijos está fuertemente relacionada con la sensibilidad positiva hacia su hijo. Las madres depresivas pueden ser posiblemente menos confiadas en las señales que emiten sus hijos y tendrá más en cuenta sus propias necesidades internas para determinar la conducta de aceptación del niño. Parece indicarse sin embargo en estos estudios, que, mientras la cantidad de estimulación sea suficiente el niño no se encontrará necesariamente con falta de estimulación para responder a sus señales emitidas.

BILLINGS & MOON (1983) han investigado otro aspecto importante a tener en cuenta: la razón de por qué existen hijos de padres depresivos que no resultan afectados, atribuyéndolo a un buen clima familiar que favorece la invulnerabilidad del niño frente a los efectos de la depresión paterna. Ello sugiere que el entorno familiar

considerado como factor de riesgo para el niño puede ser tan importante como los factores genéticos y que debería tenerse en cuenta también en estos estudios las diferentes etapas evolutivas del niño, aspecto este que como señala DOMENECH ha sido poco valorado en varios de los trabajos que estudian la relación entre la depresión de los padres y de los hijos. Tampoco se ha tenido en cuenta muchas veces, factores tales como la severidad del cuadro depresivo, la cronicidad del mismo, la frecuencia de los episodios agudos, la relación entre el episodio depresivo del padre y el momento evolutivo del niño.

Por otro lado la hospitalización como forma de pérdida de hecho no puede considerarse sólo un caso de separación del niño de sus padres, hay también otros muchos factores implicados en ello, por ejemplo separación del niño de su ambiente físico, social, escolar y entrada en un ambiente nuevo y desconocido que se asocia a situación de temor en contacto con personas que le son totalmente desconocidas, cambiantes, etc. Por otro lado la ansiedad manifiesta o no de los padres puede actuar como modelo de imitación, el tipo de intervención al que el niño se verá sometido, pruebas algunas de ellas pueden ser dolorosas, la duración de la permanencia, la gravedad o no del trastorno, etc. son una serie de factores que deben tenerse en cuenta a la hora de estudiar este hecho. (CANALDA 1987).

La hospitalización está considerado un hecho potencialmente stressante y existe bastante acuerdo sobre el cuadro que presenta un niño hospitalizado (BOWLBY 1969; WOLKIND & RUTTER 1985; MOORE 1978). La edad parece un factor claramente diferenciador de comportamientos. La mayor vulnerabilidad reside en los niños de 6 meses a 4 años (RUTTER 1981), hecho que es lógico si tenemos en cuenta que en este hecho está implicado el fenómeno de la

separación y establecimiento de vínculos, en niños mayores una hospitalización de corta duración no está asociada a la aparición de trastornos, sin embargo cuando el número aumenta, aumenta también el riesgo asociándose a situaciones familiares desfavorables o enfermedades crónicas en la familia (DOUGLAS 1975).

Recientemente han sido llevados a cabo estudios de revisión de los efectos de la hospitalización en niños (BYRNE & CADMAN 1986) a fin de crear estrategias preventivas. OFFORD (1987) ha señalado tres vías preventivas de los efectos de la hospitalización en el niño.

Finalmente deberíamos tener en cuenta en el estudio de los factores de riesgo de la depresión infantil, hechos potencialmente stressantes pero considerados "menores" por ejemplo la entrada en la guardería, el cuidado compartido del niño, etc.. No parece que los resultados sean homogéneos existiendo contradicciones entre ellos aunque se confirma que los niños que pasan por estas experiencias muestran comportamientos diferentes a los niños que no las experimentan, pero no por ello patológicos. En algunos trabajos se ha llegado a concluir que estas situaciones ayudan al niño en el aprendizaje a afrontar situaciones de stress (DOUGLAS 1975).

La entrada en la guardería puede ser una situación fácil en el caso del niño pequeño (lactante) y en cambio puede ser negativo en niños a partir de 6 o 8 meses, sobre todo si el cuidado que hasta ese momento se otorgaba al niño venía de la madre únicamente (DOMENECH y COSTAS en prensa).

Lo mismo podría afirmarse en el caso de la escuela. Si bien para algunos niños la escuela es un centro de interés de socialización, de aumento de autonomía y de autoestima, para otros la escuela puede ser una fuente de sentimientos de inferioridad, de inseguridad personal, de sentimiento de fracaso y de marginación. En esta circunstancia la escuela es para el niño un acontecimiento stressante con los efectos negativos de disminución de su motivación y confianza de sí mismo por lo que no es extraño que haya sido considerado como un factor de riesgo en la prevención de la depresión infantil.

El soporte social puede ser concebido como uno de los determinantes de la vulnerabilidad del individuo ante el stress, vulnerabilidad que depende de un amplio rango de factores constitucionales y ambientales (GORE 1984; OVELLETE & PUCETTI 1983). Podemos definir el apoyo social como "la accesibilidad de un individuo a través de medios sociales a otros individuos, grupos o comunidades más amplias" (LIN et al. 1979 pag. 109). En otras palabras el soporte social es la percepción del sujeto, a partir de su inserción en las relaciones sociales, de que a) es amado y querido, b) valorado y estimado, c) que pertenece a una red social de derechos y obligaciones (TURNER 1983).

La familia como grupo cohesionado es proporcionador de apoyo social y constituye el factor clave que protege al niño ante los stressores extremos (CANALDA 1987).

El soporte social se ha demostrado que tiene un efecto directo en los síntomas depresivos y un efecto moderado en las situaciones de pérdida o enfermedad física (PHIFER & MURRELL 1986).

4.5.- Factores de Riesgo Psicológico

Los eventos positivos y negativos, las experiencias, las situaciones traumáticas forman parte del complejo entorno social que rodea al niño desde que nace. Muchas de estas situaciones han sido citadas como provocadoras de angustia y/o depresión. Lo que es difícil es saber cómo actúan, cómo se relacionan entre sí, qué mediadores se interponen y cómo impactan al niño estos factores de riesgo. El concepto de vulnerabilidad, de niño invulnerable, repercusión de los acontecimientos personales, subjetividad u objetividad de los life-events son aspectos a tener en cuenta en el estudio de la depresión como factores que hemos denominado "psicológicos" (STONE 1982).

Es evidente que acontecimientos parecidos pueden tener un significado y un efecto muy distinto para uno u otro niño. Mientras algunos no resisten el impacto exterior y caen enfermos otros por el contrario se muestran resistentes (CHANDLER 1984). "Hablando en términos de vulnerabilidad cada niño estará situado de forma especial en una determinada relación de hermanos. En primer lugar, dos niños nunca poseerán la misma dotación genética y constitucional, cada niño expresará una sensibilidad mayor o menor ante el medio ambiente patógeno dado. En segundo lugar habrá existido un medio ambiente único para cada niño, dependiendo de los factores psicosociales coexistentes en su vida. Por último cada miembro de una determinada relación de hermanos estará, en un momento dado negociando una tarea evolutiva relacionada con su edad, sufriendo sus dificultades concurrentes.

De esta forma se crea una gama de vulnerabilidades para cada niño" EISENBRUCH (1983) con estas palabras intenta acercarse al tema de las diferencias en cuanto a las formas de respuesta ante acontecimientos que en principio son potenciales de riesgo de depresión. La relación entre acontecimientos vitales y mayor susceptibilidad depende de múltiples factores: la experiencia pasada, su manera de percibir y evaluar estos hechos, su estilo atribucional, locus of control, sus habilidades, el apoyo social, variables constitucionales, temperamentals, etc. (CANALDA 1987)

Algunas de las causas que según DOMENECH (1987) influyen en la variabilidad individual de respuesta a los eventos son:

-Diferencias de edad y de etapa evolutiva. Es decir las repercusiones de eventos determinados son distintas según la etapa evolutiva en la que el niño se encuentre. Así la reacción frente a uno de los padres suelen ser más intensas en la etapa adolescente que cuando el niño es pequeño (VAN EERDEWEGH 1982). La separación y la rotura del vínculo con la madre afecta mucho más intensamente al niño durante la primera infancia. Igualmente la hospitalización puede constituir un riesgo mayor durante el periodo de 6 meses a 4 años (RUTTER 1981,1985).

-Diferencias de sexo. Ya hemos señalado los estudios en los que se ponía de manifiesto la mayor fragilidad del niño, frente a la niña hasta la pubertad (LONFELLOW 1984).

-Lugar ocupado entre los hermanos, número de ellos y estilo familiar. En los estudios llevados a cabo en esta línea se concluye que el primer hijo varón posee mayor fragilidad ante las enfermedades afectivas y parece ser

que la familia tradicional sea la de menor riesgo de psicopatologías por lo menos en las primeras etapas del niño (EIDUSON 1984). Aunque también se afirma que ningún tipo de familia sea invulnerable al conflicto o stress.

-Factores temperamentales. Estudios como los llevados a cabo por THOMAS et al. (1963); CHESS & THOMAS (1977) ; RUTTER (1985) y GOMEZ DE TERREROS (en prensa) han puesto de manifiesto las diferencias temperamentales ante las respuestas a las situaciones de stress.

- Estilos cognitivos y tendencia a la depresión. Variables cognitivas tales como la autoestima, el estilo atribucional y la percepción de control están correlacionadas con los síntomas depresivos. Se ha demostrado que algunas de estas variables de la personalidad del niño permiten predecir la aparición de síntomas depresivos. Aplicando técnicas de screening de las variables cognitivas se podría detectar niños de riesgo y facilitar la actuación antes de la aparición del cuadro depresivo.

Podríamos definir la atribución como el proceso por el que el sujeto busca "encontrar la estructura estable, permanente, no inmediatamente perceptible que sirve de base a unos acontecimientos particulares, variables, percibidos inmediatamente" (LEYENS, 1982 pag. 139).

En 1978 SELIGMAN, ABRAMSON & TEASDALE reformulan la teoría de la indefensión aprendida de la depresión, señalando que un estilo atribucional insidioso predisponía la sintomatología depresiva. En 1984 SELIGMAN, KASLOW, ALLOY et al. aplican su teoría a una muestra de niños de 8 a 13 años descubriendo también su valor predictivo. Concluyen considerando el estilo

atribucional interno, estable y global como un factor de riesgo para la depresión.

La percepción de control parece ser también una importante variable mediacional frente a los life-events. En una primera aproximación podría decirse que la percepción de control son "las creencias que tienen los individuos acerca de la forma como ocurren unas consecuencias dadas" (LEFCOURT 1984). En otras palabras el concepto de locus of control ha sido acuñado para referirse a los juicios de contingencias realizados por los sujetos y deriva de la teoría del aprendizaje social de ROTTER (1966). Cabe poca duda sobre el papel que juega esta dimensión sobre el funcionamiento personal. Un niño se siente contento cuando cree que puede controlar las situaciones de su entorno, este es un hecho importante para la conducta adaptativa y es un elemento que está relacionado con la aparición de la depresión infantil. El niño es desgraciado cuando se le priva de la oportunidad de controlar los estímulos exteriores, de dominar el ambiente, y de ejercer un control sobre los acontecimientos (los ambientes sobreprotectores dificultan la autonomía y la percepción de control del niño).

Cabe señalar también como factores de riesgo psicológico, cualquier disminución física, psíquica neurológica o de aprendizaje ya que tal como señala DOMENECH (1987) esta situación coloca al niño en una situación de riesgo por sentirse distinto, inferior y marginado, facilitando así la aparición de un cuadro depresivo. En esta línea estaría el trabajo llevado a cabo por KASHANI (1981) con niños ingresados por procesos ortopédicos; el de COLBERT et al (1982) que relaciona alteraciones de aprendizaje y depresión y el de HUMPHRIES et al. (1985) que pusieron en evidencia la estrecha

relación entre habilidades motrices y las diferentes categorías de depresión.

Los modelos explicativos de la depresión infantil basados en factores biológicos están aportando cada día nuevos hallazgos que nos permiten pensar en factores de riesgo diferentes a los señalados hasta el momento en nuestra revisión efectuada. Las investigaciones de PUIG-ANTICH examinan los factores neuroendocrinos, LOWE & COHEN los factores bioquímicos, CANTWELL los factores familiares y genéticos y EISENBRUCH analizan los trastornos afectivos en los padres y su impacto en los hijos desde un punto de vista de la interacción. Este estudio constituye un ejemplo del trabajo en interacción familiar a todos los niveles que es necesario llevar a cabo cuando se estudia la depresión infantil.

Finalmente insistimos en un hecho que nos parece fundamental: la consideración de que un signo de riesgo aislado tiene un valor relativo. Debería tenerse siempre en cuenta la interacción entre los factores de riesgo biológicos, psicológicos y psicosociales procedentes del entorno y del propio niño a la hora de considerar un niño o un grupo como de alto riesgo.

5.- EVALUACION DE LA DEPRESION INFANTIL

5.1. INTRODUCCION

Históricamente, la evaluación ha alcanzado escasa prioridad en cuanto a instrumentos específicos para diagnosticar la depresión. La evaluación de la depresión infantil es un área que se encuentra actualmente en una etapa de investigación muy activa.

Las medidas de la depresión de las que se dispone dependen y se clasifican según el propósito y el formato de los instrumentos. Algunos han sido diseñados concretamente para valorar la severidad de la depresión o la sintomatología depresiva, mientras que otros se proponen separar aquellos niños con sintomatología depresiva de aquellos otros que tienen otro tipo de síntomas o que no tienen ninguno.

Los formatos incluyen medidas de auto-registro, entrevistas a los niños, maestros o padres, cuestionarios para maestros, para padres, y para los compañeros. Tanto unas como otras se encuentran en fase de desarrollo. Aunque se podría afirmar que mientras muchos instrumentos se hallan en una clara fase de investigación, otros vienen avalados ya por un número considerable de trabajos.

Debido a todo ello, FLEMING & KELLY 1982 afirman que parece evidente que la forma de evaluar la depresión

produce sesgos cuando se intenta validar medidas frente a los criterios de diagnóstico, por lo que sugieren que se usen medidas de más de una de las distintas modalidades señaladas.

5.2. ESCALAS AUTOEVALUATIVAS

Las escalas autoevaluativas dentro de los autoinformes "han sido utilizados clásicamente como uno de los procedimientos de exploración en todos aquellos enfoques teóricos que explican la conducta en base a una estructura subyacente y estable de la personalidad" (VIZCARRO y GARCIA 1987).

Las críticas surgidas a dichos instrumentos tanto conceptuales como psicométricas no han impedido su utilización sobre todo a partir de los avances actuales de la psicología de la personalidad (aprendizaje social de BANDURA, revalorización de los factores cognitivos en la explicación del funcionamiento psicológico de MICHEL, etc.).

Así se ha abandonado las posturas más mecanicistas que subyacen a dichos instrumentos y se ha potenciado el interés en la "conceptualización que el actor hace de su medio en función de sus habilidades, constructos personales, expectativas, valores y sistemas regulatorios" (MICHEL 1973).

En resumen los autoinformes (autoevaluación y entrevistas) nos aportan datos de naturaleza cognitiva, y

la conducta verbal del sujeto representa una muestra del comportamiento del individuo que debe ser tenida en cuenta a la hora de detectar y definir un área o problema. La finalidad de estos instrumentos es identificar conductas problemáticas, así como obtener información sobre una serie de aspectos relevantes para la comprensión tanto de los factores desencadenantes como de los que en la actualidad están vinculados a la sintomatología que presenta el sujeto.

Debido a la naturaleza subjetiva de la depresión, las medidas de autoevaluación parecen esenciales para la evaluación de la depresión infantil.

No pretendemos sin embargo en este apartado hacer una revisión exhaustiva de todos los instrumentos existentes sino dar algunos ejemplos de aquellos que han sido seleccionados en base a su calidad y a la amplia difusión que han alcanzado. En cada caso, se citan brevemente datos de los estudios relevantes sobre las propiedades psicométricas del instrumento.

Es evidente que tanto en los niños como en los adultos los autoinformes están sujetos a ciertas fuentes de sesgo y distorsión. Concretamente durante la infancia hay que reconocer que a diferentes edades, el lenguaje y las habilidades cognitivas probablemente influyen en la interpretación que el niño hace de los items de la escala, por lo que la intervención de estos factores en la varianza puede ser mayor que cuando los cuestionarios se administran a adultos.

5.2.1. CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY (C.D.I.)

La medida más comunmente utilizada en niños, dentro de las técnicas autoevaluativas, es el Children's Depression Inventory (CDI) elaborada por KOVACS y sus colaboradores (1983) para medir la severidad de la depresión. Esta escala es una extensión descendente del Inventario de Depresión para adultos de BECK (BDI BECK & BEAMESDERFER 1974). Ha sido utilizada en forma completa o abreviada como un instrumento de diagnóstico (CYTRYN, McKNEW et al. 1980), como criterio de medida en estudios de niños depresivos versus niños no depresivos (KASLOW, TANENBAUM et al. 1983; y como punto de comparación en la validez de otras medidas (HODGES, KLINE et al. 1982; LEFKOWITZ & TESINY 1980).

Originariamente, KOVACS realizó dos versiones preliminares en 1975 y 1976, modificándolas posteriormente tanto en lo que se refiere al modo de puntuación como al contenido de los items y lenguaje utilizado; (publicándose en 1977). En 1979, después de hacer pequeños cambios en el formato quedó la versión final. Esta revisión del CDI (KOVACS 1980/1981; manuscrito 1983) consta de 27 items los cuales tienen 3 alternativas de elección, eligiendo aquella que según el niño describe mejor lo que haya pensado o sentido durante las 2 últimas semanas anteriores a la prueba.

Los items cubren un gran número de los síntomas evidentes de la depresión, tales como anhedonia, tristeza, trastornos del sueño, ideación suicida, etc. Cada item está diseñado para medir un síntoma, puntuando entre 0 y 2, según sea la respuesta que denote mayor incremento de severidad del síntoma, es decir, la

puntuación 2 correspondería a la conducta o respuesta clínicamente más severa, la puntuación 1 a una severidad intermedia y la puntuación 0 a la ausencia de severidad. Así la amplitud del intervalo de las puntuaciones posibles en el CDI es de 0 a 54 puntos. El 50% de los items empiezan con la elección que refleja la sintomatología más severa, siendo para los restantes items la secuencia de elección inversa (es decir corresponde a la ausencia de sintomatología), esta forma de construcción de los items responde a criterios psicométricos para evitar la tendencia del sujeto a un tipo de respuesta.

La edad recomendada para su utilización parece ser de 8 a 17 años, y se señala el punto 19 (de los 54 totales) como corte (cut off) para los niños normales (equivalente al percentil 90). (KOVACS 1981; KAZDIN & PETTI 1982). Estudios previos llevados a cabo por KOVACS (1983) apuntaban a tres cut off; (de 11, 12 y 13 puntos) en función de las finalidades del investigador; en niños con desórdenes psiquiátricos. Posteriormente otros estudios como el llevado a cabo por FUNDUDIS (1986) que validó el CDI en Gran Bretaña, señalan el punto 19 como punto de corte en niños normales.

El CDI ha sido utilizado en numerosos estudios entre ellos, a modo de ejemplo citaremos a ALBERT & BECK (1975), a KOVACS y colaboradores (1977, 1983), también a CANTWELL & CARLSON (1980,1981), CYTRYN, McKNEW & BUNNEY (1980), LEFKOWITZ & TESINY (1980,1985), BUTLER, MIEZITIS et al. (1980), FINCH & SAYLOR (1985); SAYLOR & FINCH et al. (1984); HELSEL & MATSON (1983), WEISZ, WEISS et al. (1987) y en España por RODRIGUEZ SACRISTAN y CARDOZE (1984). A modo de ejemplo y sin querer ser exhaustivos la TABLA I nos muestra por temas algunos de los estudios que desde ángulos muy diversos y con objetivos diferentes

han utilizado el CDI. Hacemos constar que la bibliografía es amplia y que nuestro objetivo es mostrar solamente algunas referencias al respecto, sobre temas que están indirectamente relacionados con nuestro objetivo de investigación.

UTILIZACION DEL CDI EN ESTUDIOS SOBRE LA DEPRESION INFANTIL				
OBJETIVO	AUTORES	POBLACION	INSTRUMENTOS	OBJETIVO ESPECIFICO
RELACION ENTRE MEDIDAS DE DEPRESION	LEON KENDALL GARBER (1980)	302 NIÑOS 138 padres	Dirigidos al niño: CDI PPVT CPIC (Proc. Cognitivos de GARBER) Dirigidos al padre: PIC CPQ (CONNERS 1973) Dirigidas al profesor: CTQ (CONNERS 1973)	Relación entre medidas de autoinforme y escalas a padres y maestros.
	JACOBSEN LAHEY STRAUSS (1983)	109 niños	Dirigidos al niño: CDI Dirigidas al Profesor: TRS (CONNERS 1973) Escala tipo LIKERT Dirigidas a los compañeros: PNID CPR (KANE 1978)	Relación entre medidas de autoinforme y escalas de valoración de los compañeros y maestros

EVALUACION

RELACION ENTRE DEPRESION Y CONDUCTA MANIFIESTA	NORVELL TOWLE (1986)	56 niños hospitalizados	CDI BPC (QUAY 1977) Historia de casos	Relación entre medidas de autoinforme y conductas observadas
DEPRESION Y RENDIMIENTO ESCOLAR	STEVENSON ROMNEY (1984)	103 niños de 8 a 13 años	V. independiente WISC-R (CI) Escala Dificult. de aprendizaje (KIRK & GALLAGHER (1979) V. dependiente: CDI CPQ SEI entrevista	Relación entre la depresión infantil y las dificultades de aprendizaje.
	BLECHMAN McENROE CARELLA (1986)	364 estudiant.	V.independiente Notas Escala de competen. Social V. dependiente: PND MCDI Percep. de compet. (HARTER 1981)	Analizar los rendimientos y competencia social como predictivos de la depresión infantil.

DEPRESION Y COGNICION SOCIAL	KASLOW REHM SIEGEL (1984)	108 niños	CDI CSI (COOPERSMITH) WISC-R bateria HALSTEAD -REITAN (1974) KASTAN (1978) KASLOW (1980) ATRS (ACHENBACH 1978) CBCL	Relación entre la cognición social y la depresión infantil.
	SAYLOR et al. (1984)	24 niños hospitalizados	CDI SCS (PIERS- HARRIS) KASTAN DSM-III PNID	Relación entre las medidas de autoinforme y otras medidas de estilos cognitivos.
	BLUMBERG IZARD (1985)	146 escolares rurales submuestra	1er estudio: CDI DES-IV CASQ 2o estudio WISC PPVT	Como las experiencias emocionales, estilos atribucionales y construct. intelectuales configuran la depresión infantil

	NOLEN-HOEKSIMA SELIGMAN GIRGUS (1986)	308 escolares	CDI CASQ LEQ Cuestion. Prof. (PBC)	Estilos cognitivos y depresión
ABUSOS FISICOS Y DEPRESION	KAZDIN MOSER COLBUS BELL (1985)	79 niños madres	CDI BDI HPLS (KAZDIN) SEI (COOPERSMITH) CBCL	
DEPRESION Y ANSIEDAD	NORVELL BROPHY FINCH (1985)	30 niños hospitalizados	CDI STAIC CMAS-R (REYNOLDS 1981)	
	BLUMBERG IZARD (1986)	210 niños rurales	CDI STAIC DES-IV (IZARD 1972) EBI	Diferentes medidas de la Ansiedad y su relación con la depresión.

TABLA I

KOVACS (1980/1981, 1983, 1985) ha mencionado un número importante de estudios que demuestran la validez y fiabilidad de esta escala. Según FINCH & SAYLOR la amplia aceptación del CDI, anterior a la publicación de una buena descripción de sus propiedades psicométricas básicas parece ser aún prematura, aunque no quiere esto decir que dichos autores opinen que el CDI no pueda demostrar finalmente que es un buen instrumento para la autoevaluación de la depresión. Para recoger más datos sobre las cualidades de fiabilidad y validez, recordemos los trabajos de KASLOW (1984), SELIGMAN (1984), SMUCKER, CRAIGHEAD et al. (1986).

Por otro lado y en contraposición a quienes defienden dicha técnica está el trabajo llevado a cabo por SAYLOR, FINCH, SPIRITO, BENNETT, (1983) en el que tras un análisis de las diferentes estudios de fiabilidad y validez reconocen la "popularidad" de dicho instrumento pero recomiendan ciertas precauciones al trabajar con poblaciones clínicas o no. FINCH & SAYLOR (1984) sugieren que la fiabilidad del CDI es aceptable con niños que padecen trastornos emocionales, pero con niños normales plantea ciertas dudas.

Recogemos en la TABLA II algunos de los estudios sobre fiabilidad y validez llevados a cabo del CDI y que han sido publicados. En resumen podemos señalar que la fiabilidad de la prueba cuando se analiza desde el punto de vista de la consistencia interna es de $\alpha = .86$ a $\alpha = .94$; los estudios test-retest varían según el intervalo entre la 1a y 2a aplicación y el índice es de $r = .39 - .89$ y la fiabilidad según dos-mitades desde $r = .57$ a $.85$.

ALGUNOS DE LOS ESTUDIOS SOBRE CUALIDADES PSICOMETRICAS DEL C.D.I.

Autores	Poblacion	Edades	Fiabilidad	Validez
FRIEDMAN & BUTLER (1979)	28 niños Canada		Test-retest 1 mes .72	Concurrente : CDI y P. HARRIS (Autoconcepto) r= .66 CDI y clinicos r= .55
KOVACS (1981)	875 niños 92 niños	10-17 años	$\alpha = .86$ Test-retest 3 meses r=.80	
CANTWELL & CARLSON (1981)				Análisis Factorial 4 FACTORES FACTOR I: autoimagen disfórica (26%) FACTOR II: fatiga, indecisión, llanto, autoacus, sent. fracas. (7%) FACTOR III: preoc. somát., insom. (6%) FACTOR IV: anorex., pérd peso (4%)
KOVACS (1982)	29 niños diabéticos		Test-retest 4 semanas r= .43	

KOVACS (1983)	860 niños 461 niños 399 niñas Toronto	8-14 años $\bar{x} = 11,5$	$\alpha = .87$ Test-retest 9 semanas $r = .84$	Concurrente : CDI y Autoestima : $r = -.59$ CDI y Ansiedad : $r = .65$ V. discriminante. Análisis Factorial : 2 FACTORES : FACTOR I : F. General FACTOR II : Conflictos conductuales
KAZDIN et al. (1983)			F. test retest. 6 semanas $r = .50$	
HODGES & SIEGEL (1983)	123 niños 81 niños 42 niñas clínica	7-12 años $\bar{x} = 10,2$		Análisis Factorial : 4 FACTORES: (70,8% de la variancia) FACTOR I : Componente cognitivo (Visión negativa de si mismo) FACTOR II: Retraimiento social y académ. FACTOR III : Integración social FACTOR IV : Componente somático

HODGES & SIEGEL				
(1983)	175 niños	7-12 años		Análisis Factorial :
	92 niños	\bar{x} = 10,3		2 FACTORES :
	83 niñas			FACTOR I : F. General
	no-clínica			FACTOR II : No seguimiento de las normas dadas por los demás.
<hr/>				
HELSEY & MATSON	216 escol.	4-18 años	α = .89, Dos mitad.	Validez Discriminante
(1984)	108 niños	\bar{x} = 10,2	Spermand Brawn =	Análisis Factorial:
	108 niñas		γ = .85	4 FACTORES
			Guttman = .84	FACTOR I: Comportamiento Afectivo
				FACTOR II: Imagen/ideación
				FACTOR III: Relación interpersonal
				FACTOR IV: Culpabilidad/irritabilidad
				(pesos de .32 a .65)

SAYLOR et al. (1984)	con alt.emo.			Concurrente
	Grupo A 62	7-15 años		CDI= P.Harris= -.64
	43 niños	\bar{x} = 11,10		otros (locus of control, PNID, ansied...)
	19 niñas			
	Grupo B 105	7,4-16,4 años	Fiab.2 mitad .57	
	72 niños	\bar{x} = 12,4		.74
	33 niñas		α = .80	
	Grupo C 28	7,1-15,5 años		
	19 niños	\bar{x} = 12,3	F.test retes.1 sem.	
	9 niñas		r= .87	
	Grupo D 24	7-15 años		
	20 niños	\bar{x} = 11,3	F.test retes.6 sem.	
	4 niñas		r= .59	
	Grupo E 40	7,4-15,1 años		
	31 niños	\bar{x} = 11,5		
	9 niñas			
	escol.norm.			
	Grupo F 72	10,3-13,4 años	F.test ret.1 sem.38	
	28 niños	\bar{x} = 11,7	Dos mitad. .73 .61	
	44 niñas		α = .94	
	Grupo G 198	7-12 años		
	Grupo Control			Análisis Factorial
	Grupo H 24	7-15		8 FACTORES
		\bar{x} = 11,3		(58,4%)
<hr/>				
SAYLOR et al. (1984)	pobl.clini.	7-15 años	F. test ret.	Validez Convergente y
	24	\bar{x} = 11.3	r= .38 a .87	Discriminante
	estud. 280			Validez multirasgo-multimétodo

POLITANO et al. (1985)	prob.emocio. 6-17 años negros 159 \bar{x} = .13.5	Análisis Factorial 5 FACTORES (45.8%) (pesos de .51 a .80)
	prob.emocio. 6,6-17,10 años caucasian 392 \bar{x} = 13.5	6 FACTORES (47,8%) (pesos de .53 a .75)

TABLA II

ALGUNOS DE LOS ESTUDIOS SOBRE CUALIDADES PSICOMETRICAS DEL C.D.I.

Los estudios de validez generalmente se han hecho sobre validez empírica y dentro de ella validez concurrente utilizando otros puntos (AE $r = -.59$ a $-.66$; Ansiedad $r = .65$). Validez convergente y discriminante y validez de constructo mediante análisis factorial, encontrándose desde 2 factores (uno general y otro de conflictos), 4, 5 o 6 factores que recogen la sintomatología clásica de la depresión infantil.

De las diferentes lecturas sobre el tema deducimos que es conveniente seguir trabajando las características psicométricas de la técnica antes de darla definitivamente como la más fiable y recomendable.

CARLSON & CANTWELL en 1979 y 1980 llevaron a cabo una modificación y reducción del CDI, llamándole SHORT-CHILDREN DEPRESSION INVENTORY (Short-CDI). Consta de 13 ítems y está pensado para su utilización como "screening" en niños de 7 a 17 años. Los 13 ítems recogen los síntomas de anhedonia, culpabilidad, indefensión y otras dimensiones de la depresión referidas a la última semana y se puntúa de 0 a 4 puntos. Por el momento se conocen pocos estudios de fiabilidad y validez. FUNDUDIS (1986) en su aplicación a una muestra clínica, encontró coeficientes similares a los de KOVACS 1981.

En 1984 se llevó a cabo una traducción, adaptación y baremación al castellano del CDI con el nombre de CUESTIONARIO ESPAÑOL DE DEPRESION INFANTIL (CEDI), (RODRIGUEZ SACRISTAN y CARDOZE 1984). Las modificaciones efectuadas se hicieron sobre los 13 ítems de la versión inicial de KOVACS (1977), eliminándose algunos ítems y sustituyéndose por otros que se encontraban en el cuestionario BECK DEPRESSION INVENTORY (1975), (son ítems sobre trastornos del sueño, irritabilidad, llanto y quejas somáticas) y en un caso introdujeron un ítem

nuevo, quedando un total de 16 items. Se construyeron 2 escalas, una para niños de 5 a 10 años y otra para 11 a 16 años, haciendo que la primera forma fuese contestada por los padres o cuidadores y la segunda por el propio niño.

Los estudios de tipificación se hicieron en varias muestras (clínicas y no-clínicas) así como se llevaron a cabo estudios de fiabilidad y validez (validez concurrente con otras escalas autoevaluativas y criterios clínicos).

Finalmente señalamos la modificación llevada a cabo del CDI (KOVACS y BECK 1977) en 1978 por LEFKOWITZ et al. (MCDI) para población infantil. La escala constaba de 12 pares de items que proporcionaban una auto-descripción de síntomas como tristeza, pesimismo, fracaso, etc. El sujeto debía señalar con un círculo el 1 o 2 de cada pregunta de acuerdo con lo que él pensaba. La puntuación del niño era la suma de los números marcados para los 12 pares de enunciados (puntuación máxima 24).

LEFKOWITZ & TESINY (1980, 1985) utilizaron la escala para más investigaciones (N= 672 niños) y señalan una fiabilidad de la misma de $\alpha = .73$. Se conocen también otras investigaciones sobre propiedades psicométricas (validez y fiabilidad) de MCDI llevadas a cabo por LEFKOWITZ & BURTON (1978), CARLSON & CANTWELL (1980).

5.2.2. CHILDREN'S DEPRESSION SCALE (C.D.S.)

Otra técnica autoevaluativa es el Children's Depression Scale (CDS), (LANGE & TISHER, 1978), que combina dos tipos de sistemas de medida: por un lado se pide al niño (de 8 a 16 años de edad), que de información sobre sí mismo (autoinforme) y por otro se pide informes sobre el niño a personas que le conocen bien como son los padres, los maestros y cuidadores. También se recurre a clínicos y evaluadores para que emitan un juicio clínico sistemático a cada una de las diez escalas.

Esta escala está formada por 66 items de los que 48 items se centran en síntomas y reacciones depresivas, y 18 items se centran en experiencias más positivas. Ambos grupos (items depresivos e items positivos) constituyen escalas independientes que son puntuadas por separado lo que nos da una puntuación depresiva y una positiva. Dentro de ambas escalas existen subescalas formadas por determinados items que se refieren a aspectos similares de la depresión infantil. La escala de depresión consta de cinco de estas subescalas (afectividad, sociabilidad, autoestima, culpa, preocupación por la muerte y la enfermedad) y la escala positiva de una (actividades placenteras). No se especifica el tiempo de duración de la sintomatología..

Los items se presentan en tarjetas separadas que el niño debe clasificar en 5 apartados, que varían desde "muy verdadero" a "muy falso". Estos items puntúan de 1 a 5 puntos. Las características psicométricas de la escala, han sido analizadas. ROTUNDO & HENSLEY (1985) señalan algunos estudios (TONKIN & HUDSON 1981) y ellos mismos en un grupo de 84 niños de 12 a 16 años llevan a cabo una

investigación sobre la validez del CDS. Se apuntan índices de consistencia interna por escalas que van de .97 a .72 y un alpha de CRONBACH de .97 para la escala total. Estos mismos autores estudian la relación con otras escalas y un análisis factorial de la misma, concluyendo que el CDS puede considerarse una buena medida autoevaluativa de la depresión infantil (12-16 años).

En el estudio llevado a cabo por KAZDIN (1987) se señala una fiabilidad mediante el alpha de CRONBACH de .94 a .85 en la escala depresiva y en la escala total positiva y un Spearman-Brown de r_s .90 y r_s .79 respectivamente. Desde el punto de vista de la validez, los estudios de validez concurrente se han llevado a cabo correlacionando el CDS con otras medidas de depresión o con síntomas relacionados a ella (CDI $r = .48$; BID $r = .51$; AE $r = -.69$) al igual que se cuentan con estudios, pocos aún, sobre la validez de criterio (KAZDIN 1987), o constructo (LANG & TISHER 1978).

Todo apunta a considerar el CDS como una medida razonablemente buena (FINCH & SAYLOR 1984) aunque seguramente convendría investigar, como señalan los autores, más sobre este aspecto, sin embargo, en este momento no se dispone de un trabajo exhaustivo en población clínica ni de cross-validation.

Finalmente, TISHER & LANG (1987) señalan a modo de conclusión que: la CDS permite al clínico determinar la extensión de la depresión del niño, tanto a partir de sus propias respuestas como a partir de las otras personas (padres, maestros, etc); también proporciona al clínico una comprensión más clara de la naturaleza de la depresión del niño a través de las puntuaciones suministradas por una serie de subescalas que reflejan

distintas áreas de la depresión y a su vez la CDS permite al clínico comparar la respuesta del niño con las de sus padres y otras personas y también comparar las respuestas de las madres, los padres y otras personas entre sí, lo que facilita al clínico cierta comprensión de la depresión del niño en relación al contexto que rodea su vida. (1987, pp 171-172).

5.2.3. DEPRESSION SELF RATING SCALE (D.S.R.S.)

La escala DSRS de BIRLESON (1981) para niños de 7 a 13 años, consta de 18 ítems, a los que el sujeto responde señalando cómo se ha sentido durante la última semana, se responde marcando una de las tres posibilidades (casi siempre, a veces, nunca). Cada ítem se puntúa 0-1 o 2 puntos dependiendo del sentido positivo o negativo del ítem. La puntuación máxima será de 36. El punto de corte (cut off) es de 13 para el desorden depresivo. BIRLESON 1981.

Los datos de los que se dispone sobre esta escala son todavía escasos en cuanto a sus propiedades psicométricas. En el estudio inicial de BIRLESON, demostró que la escala de autoevaluación poseía una consistencia interna alta, validez factorial y estabilidad satisfactoria aunque era necesario seguir investigando.

Esta escala ha sido utilizada en investigaciones tales como la llevada a cabo por ROSENBAUM & CARLSON (1985) con algunas modificaciones (3 ítems depresivos

añadidos) en las que se ha relacionado la escala con otras escalas autoevaluativas como el CDI, y clínicas como el CDRS (POZNANSKI et al. 1979) con el fin de llevar a cabo la validez de la DSRS (validez de criterio y concurrente).

Desde el punto de vista de la fiabilidad esta escala también ha sido analizada y se señalan índices de $\alpha = .73$ y $\alpha = .76$ para la consistencia interna y $r = .61$ y $.67$ en estudios de dos mitades (Sperman-Brown) en la revisión de ROSENBAUM & CARLSON (1985) y $r = .86$ (Sperman-Brown) en la revisión original de BIRLESON (1981).

FIRTH & CHAPLIN (1987) llevaron a cabo un estudio con la escala modificada. La modificación consistía en que tenía sólo 16 ítems (18 era la original) y por tanto la puntuación máxima era de 32.

En nuestro país SANTISTEBAN y col. (1984) han llevado a cabo una adaptación de la escala.

Una reciente investigación (BIRLESON et al. 1987) analiza la escala DSRS-C en una muestra de niños comparando las puntuaciones de la misma con el CDI. Los resultados apuntan características interesantes en el estudio de la validez y fiabilidad de la prueba.

5.2.4. CENTER FOR EPIDEMIOLOGICAL STUDIES DEPRESSION
SCALE (CES-DC)

WEISSMAN, ORVASCHEL et al. (1980) publicaron un 1er trabajo llevado a cabo con muestras pequeñas a las que se aplicó la escala CES-DC con el fin de analizar la fiabilidad (test-retest y consistencia interna) de la misma. La escala consta de 20 items (de tipo likert) con 4 alternativas que puntúan 0-3 puntos. Es una escala derivada de la escala de adultos (CES-D RADLOFF, 1977), para niños de 6 a 17 años analizando la sintomatología en la última semana. El punto de corte está señalado en 15 puntos (el máximo sería 60).

En 1986, FAULSTICH ha llevado a cabo otro estudio con la escala CES-DC en una muestra más amplia de 148 niños (8-17 años) ingresados en un servicio de psiquiatría. Se señalan en este estudio índices de fiabilidad de $\alpha = .84$ y test-retest de $r = .51$ y de validez a partir de análisis factorial (validez predictiva). Estos últimos estudios no parecen ser interesantes, ello apunta a una necesidad por parte de los investigadores de realizar estudios en este sentido. Este autor, dados los resultados, lo considera menos válido para niños que para adolescentes.

5.2.5. OTRAS TECNICAS

Finalmente citamos brevemente la escala MODIFIED ZUNG. La escala modificada de ZUNG (M-ZUNG) creada por LEFKOWITZ & TESINY (1980) para niños de 10-11 años. Deriva de la escala de adultos pero con menos items (16) a los que el niño responde si/no, es decir presencia o ausencia de síntomas depresivos. LEFKOWITZ & TESINY (1980) utilizaron esta escala en sus investigaciones en una versión de 11 items en función de la muestra que utilizó para su estudio (edad de los sujetos). Los índices de fiabilidad apuntados son de $\alpha = .72$. Desconocemos sin embargo, las características psicométricas de la escala en estudios más globales.

5.3. ESCALAS DE EVALUACION POR LOS COMPAÑEROS

Un método de evaluación útil pero poco empleado consiste en las evaluaciones del sujeto por sus amigos o compañeros. En cierta manera se pueden considerar estas evaluaciones, a veces, como una forma de observación directa en el ambiente real, empleando como evaluadores a sujetos que forman parte del contexto social del individuo. Sin embargo, estas evaluaciones están limitadas por el hecho de que los iguales observan sólo una parte pequeña y limitada de la conducta social del niño.

En los estudios sobre la depresión infantil contamos con una técnica importante de evaluación.

5.3.1. PEER NOMINATION INVENTORY OF DEPRESSION (PNID)

Creado por LEFKOWITZ & TESINY (1981), la escala de evaluación por los compañeros está compuesta por 23 items. Esta técnica sociométrica exige que cada niño sea evaluado por otros compañeros en el marco ambiental del aula y puede ser considerado, según los autores, más sensible y fiable que un procedimiento de autoevaluación.

Con anterioridad esta técnica había sido estudiada de forma exploratoria para medir la depresión por SIEGELMAN (1966) y WIGGINS & WINDER (1961). Se denomina técnica de elección binaria y consta de 23 items, 1 item es para la identificación del niño, 3 son usados como ejemplos, 2 describen popularidad, 4 felicidad y 13 aquellos aspectos observables que son considerados propios de la depresión. Se pide a todos los compañeros que designen uno o más de los niños del grupo en respuesta a una serie de preguntas específicas. Una puntuación de depresión en un niño es la suma del número de designaciones que ha recibido en todas las preguntas del PNID. Así la puntuación de depresión en el PNID teóricamente irá desde 0, es decir el niño no habrá sido nominado en ningún item por sus compañeros, a 13 por número de compañeros preguntados, es decir ha sido nominado en todos los items por todos los compañeros.

LEFKOWITZ & TESINY (1980, 1982) han descrito ampliamente la prueba y otros como CANTWELL (1983),

KAZDIN (1981), KOVACS (1980/81) la han criticado no por ello deja de considerarse técnica prometedora en estudios epidemiológicos (KAZDIN 1981), tal como ha sido usada recientemente por sus autores en un estudio epidemiológico de 3.020 niños (LEFKOWITZ & TESINY 1985).

El PNID intenta extraer 4 áreas de funcionamiento (afectivo, cognitivo, motivacional y vegetativo) a través de sus ítems recogidos de la literatura especializada sobre síntomas depresivos en el niño y confirmado por expertos clínicos (LEFKOWITZ & TESINY 1980).

Se han llevado a cabo estudios sobre las características psicométricas de la prueba, así LEFKOWITZ & TESINY (1980) publicaron un estudio que tenía por objetivo "explorar la viabilidad de la construcción de una técnica de elección binaria válida y fiable para determinar cuales son los síntomas de la depresión en una población normal de niños y preadolescentes". Las propiedades psicométricas de la técnica han sido en general aceptadas favorablemente (KANE LAWLER 1978). La TABLA III recoge el estudio base de esta técnica.

MUESTRA	EDAD	INSTRUMENTOS	FIABILIDAD	VALIDEZ
452 niños 492 niñas	$\bar{x}=10,2$	Autoevaluación MCDI MZUNG SEI (Coopersmith 1967) Locus of control (NOWICKI-STRICKLANA 1973) Comportamiento pasivo FH Evaluación prof: Cuestionario Datos censales y de rendimiento	Consistencia interna $\alpha=.85$ Item-Total: $r=.34$ a $r=.71$ Test-retest: (2 meses) $r= .79$	Validez de contenido: Juicio de expertos Validez concurrente: PNID y MCDI PNID y MZUNG PNID y Cuestionario Prof Validez predictiva: En base a 8 predicciones Validez constructo: Análisis factorial: 4 FACTORES FACTOR I: soledad FACTOR II: felicidad FACTOR III: incapacidad FACTOR IV: abatimiento
942		MCDI IQ Datos personales Entrevista con la madre	$r= .85$	MCDI y PNID $r= .44$ correlación con sintomatol. depres.

TABLA III

DATOS EXTRAIDOS DEL ESTUDIO DE LEFKOWITZ & TESINY (1980, 1985) Y KOVACS (1980-1981)

El PNID ha sido utilizado también en investigaciones diversas, citaremos los trabajos de LEFKOWITZ & TESINY (1985), LAYNE & BERRY (1983), etc..

Concluiremos que a pesar de que las correlaciones entre puntuaciones del PNID y autoevaluaciones de depresión tales como el CDI y las puntuaciones de depresión de los maestros sólo han sido moderadamente positivas, las puntuaciones del PNID demostraron correlacionar con el rendimiento escolar, el autoconcepto, las puntuaciones del maestro sobre habilidades de trabajo y conducta social, las puntuaciones de los compañeros en cuanto a popularidad y otras medidas. Desconocemos sin embargo (CANTWELL 1983) hasta qué punto el PNID discrimina adecuadamente entre niños con un trastorno depresivo y niños que presentan síntomas depresivos como parte de otros trastornos psiquiátricos.

El PNID es una escala diseñada para la recogida de datos epidemiológicos DOMENECH 1987, tal como ha sido usada recientemente por sus autores en un estudio epidemiológico de 3.020 niños (LEFKOWITZ & TESINY 1985).

5.4. TECNICAS DE EVALUACION POR EL CLINICO

La entrevista ha sido y sigue siendo el instrumento más empleado dentro del campo de la evaluación psicológica, en tareas tanto de investigación como de la praxis. Al referirnos a ella recogemos algunas de las características que expertos en la materia han señalado. Así hablamos de entrevista cuando hay una relación directa entre personas, una vía de comunicación preferentemente oral, con objetivos

prefijados y conocidos por el entrevistador que permiten hablar de una "relación interpersonal asimétrica".

Las entrevistas que se utilizan en la evaluación de la depresión no difieren de la entrevista tipo en cuanto a la forma de desarrollarse, si bien el objetivo estaría en función del modelo teórico que configura la depresión estudiada. Es decir el entrevistador deberá precisar en qué consiste la conducta depresiva lo más detalladamente posible. Convendrá identificar los estímulos que provocan o desencadenan las respuestas, es decir el conjunto de conductas que llamamos depresión. Posteriormente se deberá especificar las situaciones externas en las que se da el tipo de conducta, su frecuencia, etc. Es por todo ello que generalmente se cuenta con entrevistas estructuradas o semiestructuradas que permiten situar los síntomas depresivos más fácilmente.

Así la ISC y la K-SADS están provistas de muchas preguntas que el clínico puede hacer para obtener la información requerida puntuando la presencia, ausencia y severidad de los síntomas.

En estas medidas, el juicio clínico juega un papel importante en la guía de la entrevista y en la puntuación de los síntomas. En contraste el BID es una entrevista más estructurada con un preespecificado número de preguntas y repuestas alternativas.

Mientras el BID y la CARS son medidas únicamente de depresión, la ISC y la K-SADS cubren múltiples áreas de sintomatología de desórdenes afectivos. Se incluyen aquí porque han sido usadas para medir severidad de depresión (ej. PUIG-ANTICH et al, 1979) y para validar otras medidas de depresión (ej. KOVACS et al. 1977).

Varias entrevistas han sido ideadas específicamente para el uso con niños y adolescentes. Todas cubren un amplio rango de psicopatologías, pero dos, la KIDDIE SCHEDULE for Affective Disorders and Schizophrenia y la Interview Schedule for Children (ISC) fueron designadas para hacer diagnósticos fiables de desórdenes depresivos con gran especificidad. Ambas son semiestructuradas, con términos sugeridos de los cuales el entrevistador puede partir cuando necesite y ambas provistas de versiones para los padres, y para los niños. Ambas requieren entrevistadores bien entrenados y clínicamente con experiencia.

5.4.1. KIDDIE SCHEDULE FOR AFFECTIVE DISORDERS AND SCHIZOPHRENIA FOR SCHOOL AGED CHILDREN (KIDDIE-SADS)

Es una versión de la Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS) (ENDICOTT & SPITZER 1978) llevada a cabo por PUIG-ANTICH, CHAMBERS et al. (1978). Se ha realizado la versión psiquiátrica (K-SADS-P) y la epidemiológica (K-SADS-E).

Es una entrevista semiestructurada, que recoge información de la entrevista con el niño (de edad escolar, 6-17 años) y con los padres, ambas (la de los padres y la del niño) siguen la misma estructura y se obtienen puntuaciones globales para cada ítem (varios de los cuales cubren algunos desórdenes basados en los criterios diagnósticos para la depresión mayor RDC). La fiabilidad interjueces es muy alta, así como la correlación fisiológica en forma de hipersecreción de cortisol (PUIG-ANTICH, CHAMBERS et al. 1979).

El K-SADS-P se administra primeramente a los padres de los niños escolares. El mismo entrevistador entrenado y con experiencia que haya entrevistado primero a los padres, aplicará luego los items al niño. Los datos que se recogen en estas entrevistas se ordenan de forma que permitan determinar el grado en el que el niño presenta índices que concuerdan con las categorías diagnósticas del DSM-III. La primera información sobre la validez del K-SADS-P la dieron HIRSCH, PAEZ, CHAMBERS, et al. (1980).

El K-SADS-E (PUIG-ANTICH, ORVASCHEL, et al 1980), se administra generalmente de la misma forma que la anterior, con un entrevistador entrenado que entrevista tanto a los padres como al niño. Basándose en las discrepancias entre la información que aportaban los padres y los niños, los autores señalan la importancia de obtener información de ambas partes en todos los casos. ORVASCHEL, et al (1982), KASHANI, et al (1983) aportaron estudios sobre esta técnica.

HODGES, KLINE, STERN, CYTRYN & MCKNEW (1982), critican el Kiddie-SADS por ser largos e incómodos de administrar.

5.4.2. INTERVIEW SCHEDULE FOR CHILDREN (ISC)

Fue ideada para el estudio longitudinal de la depresión por KOVACS en 1978. Muchos items y subitems cubren síntomas de depresión, desórdenes de conducta y otras constelaciones de síntomas, sin embargo la sección de depresión es extensa.

Es una entrevista estructurada, en que la depresión es uno de los 5 factores que se identifican mediante la

entrevista que está formada por 37 items y que se administra a los niños de 8 a 13 años.

Cuenta con una fiabilidad interjueces buena, y la primera información sobre su validez es la correlación entre el ISC y algunos items seleccionados del CDI. Aunque hay datos no publicados sobre las propiedades psicométricas de este instrumento, los resultados de la investigación usando esta entrevista son alentadores (KOVACS et al. 1984).

5.4.3. CHILDREN DEPRESSION RATING SCALE-REVISED (CDRS-R)

POZNANSKI et al. (1984) crea un instrumento de evaluación clínica para medir la presencia y severidad de depresión en niños de 6 hasta 12 años. Es una entrevista semiestructurada que tiene por objeto la identificación del estado de ánimo del niño a través de la comunicación tanto verbal como no verbal.

Contiene 17 items, 14 de estos items evalúan las respuestas de los sujetos a una serie de preguntas estandarizadas y las 3 restantes son items de valoración no-verbal. Los 17 items del CDRS-R tienen escalas de 1 a 5 alternativas en los items que hacen referencia a dormir, apetito y tiempo de habla, y de 1 a 7 para los restantes elementos. Una puntuación 1 indica no anormalidad mientras que una puntuación 3 indicaría la sintomatología media y 5 o más una sintomatología patológica.

Se cubre la exploración de las siguientes cuatro áreas del cuadro depresivo: estado de humor, sintomatología somática, sintomatología subjetiva y comportamental.

La CDRS-R enfatiza la importancia de la habilidad del niño para informar verbalmente sobre síntomas de su estado afectivo y de observación directa de la conducta del niño.

Los estudios de fiabilidad y validez se han llevado a cabo en poblaciones muy diversas, desde niños escolarizados a pacientes clínicos externos o internos. Los estudios indican que una puntuación total de 40 o más puntos, en poblaciones clínicas, sería un buen indicador de presencia de desórdenes depresivo mayor (BRUMBACK & WEINBERG 1977; CARLSON & CANTWELL 1979; CYTRYN et al. 1980). Un trabajo interesante es el llevado a cabo por POZNANSKI et al. (1985) sobre la comparación entre 4 formas de criterios diagnósticos. Los resultados confirman la validez de la CDRS-R.

Se han señalado algunas ventajas a esta técnica (POZNANSKI et al. 1979): permite recoger información muy diversa desde fuentes distintas como padres, niño etc. y permite al entrevistador adaptarse al lenguaje del niño (según la edad).

Los primeros trabajos (CDRS) sobre fiabilidad en la la revisión apuntan a una correlación $r=.96$ y una validez de $r=.89$ al relacionar las puntuaciones de la CDRS y la valoración clínica (Validez concurrente). La revisión de la escala CDRS-R ha dado índices de fiabilidad test-retest de $r=.86$ (intervalo de 2 semanas) y $r=.81$ (intervalo de 6 semanas).

Hemos de señalar que la revisión señalada proviene de la primera escala (CDRS) que POZNANSKI et al. (1979)

llevaron a cabo basándose en la escala de HAMILTON (1960). El objetivo de esta entrevista estructurada fue posibilitar una medida de la gravedad de la sintomatología depresiva. Constaba de 16 ítems puntuados tras entrevista semi-estructurada. La fuente de datos es la información obtenida del niño, los padres, maestros, cuidadores. Los 16 ítems cubren una amplia gama de conductas que se puntúan de 0 a 2 o de 0 a 5 con las puntuaciones más altas como indicadores de la patología más grave. Fue validada en una muestra muy pequeña ($n=30$) en niños de 6 a 12 años.

5.4.4. CHILDREN'S ASSESSMENT SCHEDULE (CAS)

HODGES et al. (1981) desarrollaron la CAS como una entrevista de diagnóstico para niños. Consta de dos partes. La primera formada por 75 preguntas sobre temas variados (escuela, amigos, familia, actividades...) dirigidas al niño y la segunda parte es totalmente de observación, es decir el entrevistador anota las observaciones hechas tras la entrevista con el niño.

HODGES et al. (1982) dan una fiabilidad media entre evaluadores de $r=.60$ para 3 de los 4 pares de evaluadores entrenados. También se han dado correlaciones moderadas entre el CAS y el CBC (ACHENBACH 1978) similares a las encontradas entre el CAS y el CDI (KOVACS 1980). En estudios más recientes se señalan índices psicométricos algo más altos (fiabilidad $r=.91$) (HODGES et al. 1984).

5.4.5. DIAGNOSTIC INTERVIEW SCHEDULE FOR CHILDREN (DISC)

Entrevista estructurada con preguntas directas desarrollada por COSTELLO y colaboradores en 1984, para el uso en trabajos epidemiológicos de tasas de prevalencia de desórdenes psiquiátricos diagnosticables según el DSM-III en población general. Es parecida a la entrevista desarrollada por ROBINS y colaboradores en 1981 para los adultos denominada : Diagnostic Interview Schedule (DIS).

Al igual que en otras técnicas no tan estructuradas, es decir semiestructuradas, KIDDIE-SADS (1978), Mental Health Assessment Form (1978), Child Assessment Schedule (1982) y Kovacs (1983) Interview Schedule for Children, se requiere para su utilización la presencia de entrevistadores con experiencia clínica, y entrenados en la técnica de la entrevista.

Esta entrevista tiene como objetivo la recogida de información de un amplio intervalo de síntomas y conductas infantiles. Posee dos formas paralelas una para entrevistar a los padres (DISC-P) y otra para el niño (DISC-C). Los items hacen referencia de forma directa y clara a síntomas específicos, su edad de aparición, frecuencia, duración, etc. y son codificados como 0, 1 y 2 correspondiendo a "no" "a veces" o " si" respectivamente.

Estudios sobre la fiabilidad y validez de esta técnica han sido llevados a cabo por COSTELLO et al. (1984, 1985) y EDELBROCK et al. (1985). Los estudios de fiabilidad test-retest dan índices de .65 en los estudios de niños y .80 en los de padres. Se trataba de población clínica de 6-18 años de edad y un intervalo de tiempo de la primera entrevista y la segunda de 8 días (N = 242 sujetos). Los

estudios de validez se llevaron a cabo correlacionando la técnica con otras medidas o diagnósticos de desórdenes psiquiátricos.

5.4.6. BELLEVUE INDEX OF DEPRESSION (BID)

Entrevista semiestructurada de 40 ítems para niños de 6 a 12 años realizada por PETTI en 1978.

Los ítems se puntúan según una escala de 4 puntos, de 0 hasta 3 (desde nada, nunca, hasta mucho, muchas veces). La duración del problema se puntúa desde menos de un mes hasta siempre. Los ítems que abarca el BID son los que WEINBERG especifica como criterios diagnósticos operativos de depresión. PETTI añadió una puntuación cuantitativa a los ítems e introdujo el formato de entrevista. El BID es similar al CDRS en el sentido de que se cumplimenta después de recoger información del niño, los padres y otras personas significativas. Tal como ocurría con el CDRS, no está claro el peso específico de las diferentes fuentes de información en el caso de que existan discrepancias en determinados ítems. El principal valor del BID consiste en proporcionar una puntuación cuantificable de gravedad de síntomas múltiples al tiempo que también aporta puntuaciones de duración.

Los estudios realizados con el BID señalan que es necesario una puntuación de 20 para definir un niño como depresivo (PETTI 1978).

PETTI (1978) cita datos esperanzadores que demuestran un acuerdo de un 89% entre las puntuaciones del BID y las

valoraciones de clínicos profesionales de la depresión en 73 niños evaluados en un contexto psiquiátrico. Existe más bibliografía sobre fiabilidad y validez en KAZDIN, FRENCH & UNIS (1983); KAZDIN et al. (1983).

A pesar de ser una entrevista que puede hacerse separadamente al niño, padres y otros, se recomienda combinar puntuaciones provenientes de distintas fuentes, aspecto este que también hemos señalado para otras técnicas.

5.4.7. CHILDREN'S AFFECTIVE RATING SCALE (CARS)

Escala cumplimentada por el clínico que ha llevado a cabo u observado una entrevista psiquiátrica estructurada con el niño. Ha sido realizada por MCKNEW et al. 1979
CYTRYN & MCKNEW en 1972.

Consta de 3 subescalas que describen estado de ánimo y conducta, expresión verbal, y fantasía. Se evalúa al niño en cada una de las 3 subescalas según un baremo de 0 a 9 puntos. Se considera que esta escala esta todavía en fase de desarrollo.

5.5. ESCALAS DE EVALUACION POR EL MAESTRO

Las mismas críticas que se hacen a los cuestionarios para padres en el sentido de ser medidas indirectas de la

depresión infantil, podría hacerse a los cuestionarios para maestros. Además estos cuestionarios recogen información sobre una amplia gama de patologías, (CHILDREN BEHAVIOR QUESTIONNAIRE RUTTER 1967; CONNERS TEACHERS RATING SCALE CTRS CONNERS 1969) lo que dificulta la tarea de evaluación de la depresión en niños. Contamos con pocos instrumentos en esta línea, sólo el llevado a cabo por PETTI y denominado "TEACHER AFFECT RATING SCALE" (TARS) evalúa por parte del maestro la conducta del niño durante la última semana. Consta de 26 ítems que se puntúan de 0 a 3 puntos, desde "nada" a "mucho" respectivamente. PETTI llevó a cabo un estudio de análisis factorial con el cuestionario, encontrando 3 factores. El primer factor conductual, el segundo factor de aprendizaje y el tercer factor de depresión. Desconocemos datos psicométricos de la prueba.

A raíz de esta investigación creamos (DOMENECH; MONREAL y EZPELETA) una escala de evaluación de sintomatología depresiva para el maestro (ESDM) que comentamos más adelante en el apartado de Técnicas de Evaluación de la segunda fase.

5.6. ESCALAS DE EVALUACION POR LOS PADRES

La mayoría de estas escalas, especialmente las de RUTTER (1967) y CONNERS (1970), no contienen demasiados ítems referidos al estado de ánimo del niño, aspecto que interesaría al evaluar la depresión infantil sin embargo la de ACHENBACH (1978-1979) sí contiene más elementos sobre este aspecto y ha sido utilizada por ello, para recoger una importante cantidad de datos epidemiológicos (CANTWELL, 1983). Este mismo autor opina que el diagnóstico de un trastorno depresivo en la infancia depende mucho más de los

fenómenos subjetivos que de la conducta observable, por lo que se da más importancia a la autoevaluación que a los cuestionarios diseñados para ser contestados por padres y maestros.

El cuestionario desarrollado por RUTTER demostró ser útil para cribar trastornos psiquiátricos en el estudio epidemiológico llevado a cabo por este mismo autor en la Isla de Wight (RUTTER et al. 1970). El cuestionario de CONNERS (1970) se diseñó principalmente para utilizarlo en la investigación psicofarmacológica (GUY 1976).

5.6.1. CHILDREN DEPRESSION SCALE (CDS)

La forma adulta del CDS está pensada para que la respondan padres, hermanos, maestros, y familiares del niño a fin de proporcionar otro índice de depresión. Los items del CDS fueron reformulados cambiando la primera persona por la tercera. (me despierto con frecuencia por las noches - con frecuencia se despierta por las noches.)

Toda la información obtenida se emplea para proporcionar un índice de depresión del niño que sea más fiable y exhaustivo que si sólo se hubiera tenido en cuenta la información suministrada por el propio niño.

Cada uno de los 66 items de la CDS está impreso en una tarjeta. Las tarjetas se presentan una a una al adulto siguiendo un orden (de 1-66).

TISHER & LANG (1983) a partir de sus trabajos con esta técnica, se proponen realizar una serie de modificaciones a fin de mejorar su validez aparente y sobre todo mejorar la evaluación de la depresión. Sus estudios van encaminados a edades más pequeñas y a formas más sencillas de contestar y valorar.

5.6.2. ACHENBACH CHILD BEHAVIOR CHECKLIST (CBCL)

ACHENBACH en 1978 y 1979 recoge de una forma estandarizada la descripción realizada por los padres de la conducta del niño. Es un instrumento que se emplea en clínica y que es útil también para estudios epidemiológicos (DOMENECH 1987).

Consta de 2 partes, la primera recoge la información sobre habilidades sociales (escala de actividades, escala escolar y escala social), la segunda recoge los problemas de conducta (118 items). Los items del cuestionario se agrupan en distintas escalas que han sido derivadas de análisis factorial realizado en la muestra origen (450 chicos con transtornos emocionales). ACHENBACH identificó 9 factores o escalas sobre problemas conductuales que englobaban la depresión y el aislamiento social.

Un análisis factorial de segundo orden de las escalas sobre problemas conductuales, mostró que a su vez se reunían en dos grandes grupos que reflejaban grupos de problemas de conducta contrastados y se denominaron: Externalizing (reune los problemas causados por conflictos con el mundo exterior)

e Internalizing (comprende problemas ocurridos dentro de uno mismo).

Así pues, una de estas escalas es de depresión, las demás se refieren a otros problemas conductuales, algunas relacionadas también con la depresión y otras no.

Esta escala de problemas de conducta proporciona un perfil comportamental individual (ACHENBACH & EDELBROCK 1979). Incluye 121 items puntuables de 0 a 2 puntos, pensado para ser contestado por los padres de niños de edad entre 4 y 16 años; registrando síntomas ocurridos en los 6 meses últimos. El punto de corte quedó establecido en el percentil 90, mientras que el de la escala de habilidades sociales quedó en el percentil 10. Los autores ACHENBACH y EDELBROCK 1983, a la vista de los resultados obtenidos en sus estudios sobre sensibilidad y especificidad del punto de corte; señalan como más conveniente utilizar el punto de corte de la escala de problemas de conducta sobre el de habilidades sociales.

Esta técnica ha sido utilizada en numerosas investigaciones KAZDIN et al. 1983; ESTROFF et al. 1984; COHEN et al. 1985; VERHULST et al. 1985; LINDGREN et al. 1986; BEITCHMAN et al. 1986, con resultados positivos en cuanto a su validez concurrente relacionándose la CBCL con medidas de autoinforme o escalas de profesores para evaluar la depresión infantil.

Se señalan índices de fiabilidad entre correctores de $r=.74$ y fiabilidad test-retest de $r=.89$ (FINCH & SAYLOR 1984).

5.6.3. PERSONALITY INVENTORY FOR CHILDREN (PIC)

El PIC (WIRT & BROEN 1958, WIRT ET AL 1977, 1984) es un instrumento de estudio de las dimensiones básicas de la personalidad y la psicopatología; siguiendo el enfoque del MMPI. Pretende identificar una amplia gama de trastornos psicopatológicos, entre los que se encuentra la depresión.

Abarca las edades de 3 a 16 años y es contestado por la madre del niño. Consta de 600 frases a las que se responde con un "verdadero" (V) o "falso" (F). Los resultados se agrupan en un perfil formado por 3 escalas de control, una escala general y 12 escalas clínicas.

Una de las escalas señaladas es la que mide depresión (escala D), consta de 46 items y los estudios efectuados con ella han demostrado que los sujetos que puntúan alto en la D se caracterizan por síntomas como aislamiento social, lloros, falta de energía, pesimismo, anhedonia, pensamientos sobre muerte y separación, seriedad, hipersensibles ante las críticas, pobre concepto de sí mismo e incomunicación.

Numerosos estudios han correlacionado esta escala con otros instrumentos con el fin de confirmar su validez. LEON et al. (1980), llevó a cabo un estudio en niños de 3er a 6 curso y obtuvo correlaciones significativas entre la escala D y el CONNERS PARENT QUESTIONNAIRE (CONNERS 1973) y con el CDI (KOVACS & BECK 1977). KELLY (1982) obtuvo también altas correlaciones con el CDI y PIPP (1979) con el MMPI. LOBOVITS & HANDAL (1986) trabajó con niños y el CDI, obteniendo resultados en el sentido de que la escala D del PIC diferenció significativamente los 2 grupos (depresivos y no depresivos diagnosticados según el DSM-III). Los índices de fiabilidad son buenos (.89). LACHAR, D.; GDOWSKI, C.L. et

al. han publicado en los últimos años (1982, 1984, 1985), varios trabajos realizados con esta técnica, aportando así más datos psicométricos.

Para finalizar diremos que es importante disponer de instrumentos de medida que permitan cuantificar la depresión o más exactamente la sintomatología depresiva. El uso de escalas de evaluación para "cuantificar" determinados estados psicopatológicos creemos que es legítimo, siempre que se cumplan ciertos requisitos metodológicos y conceptuales. Así diremos que el uso de escalas "cuantificadoras" presupone, en buena medida, la asunción de los estados psicopatológicos evaluados como un continuum y que un instrumento cuantificador no es un instrumento diagnóstico (DEPUE & MONROE 1978) y por tanto no suple la tarea de un diagnóstico clínico formal (utilizando, por ejemplo el DSM-III).

**III. - SEGUNDA PARTE:
ESTUDIO EMPIRICO.**

1.- OBJETIVO DE LA INVESTIGACION

En capítulos anteriores hemos podido constatar mediante las investigaciones señaladas que existen unos factores o características tanto llamadas psicológicas como psicosociales o macrosociales, que están fuertemente relacionadas con la sintomatología depresiva y que configuran "factores de riesgo" tal como ha sido señalado por DOMENECH (1987). Sin pretender abordar todos los posibles factores de riesgo, el principal objetivo de nuestro estudio será analizar los factores psicológicos y psicosociales que están relacionados con la sintomatología depresiva infantil. Esto nos servirá, como primera pauta para configurar más profundamente los factores de riesgo y posibles programas de prevención de la depresión infantil.

Para abordar este objetivo seguiremos un diseño de doble fase, como han llevado a cabo en nuestro país VAZQUEZ-BARQUERO y col (1982) en el Valle del Baztán y RUTTER et al (1970) en la isla de Wight.

En la primera fase el objetivo es llevar a cabo "un screening" de la sintomatología de la depresión infantil en una muestra representativa de la población escolar (4.E.G.B.) de la provincia de Gerona utilizando para ello el CDI y el PNID.

El procedimiento para la extracción de la muestra y el diseño de la primera fase es el utilizado en el estudio epidemiológico, (DOMENECH y POLAINO: Estudio Epidemiológico de la Depresión Infantil en España) que estamos llevando a cabo en España y que participan otros investigadores de Barcelona, Madrid, Valencia, Sevilla y

Coruña. Los resultados de este primer estudio, el porcentaje de depresión infantil encontrado, incidencia etc., no serán comentados en esta Tesis ya que serán tratados conjuntamente y publicados posteriormente, pero sí en nuestro caso, nos permitirá extraer de la muestra general de la provincia de Gerona, la muestra específica que configura la segunda fase de nuestro estudio.

Esta muestra específica estará formada por dos grupos: un grupo, con sujetos que presenten alta sintomatología depresiva y otro grupo con sujetos de baja sintomatología depresiva. Para obtener los dos grupos, se ha utilizado el punto de corte ("cutoff", límite de puntuación) de 19, utilizado ya por KOVACS con el CDI en población infantil norteamericana, también por BLUMBERG con niños de 10 y 11 años, entre otros; y es esta misma puntuación la que en nuestro estudio piloto correspondía al percentil 95.

Utilizamos por tanto en nuestro estudio criterios para la definición de caso basados en la presencia de unos síntomas determinados, lo que se denomina "symptom loading" y que se han hecho servir en otros trabajos como el de LEFKOWITZ y TESINY (1985), entre otros. Esta técnica, cuantitativa, se basa por tanto en un criterio sintomatológico, es decir en síntomas no en un cuadro clínico y por tanto como señala DOMENECH en el estudio epidemiológico, no se podría con esta técnica solamente hacer un diagnóstico clínico y decir que se han detectado cuadros clínicos. Este criterio sintomatológico sin embargo, es más psicológico que psiquiátrico y como ha señalado DOHRENWEND & DOHRENWEND (1982) arranca de la tradición psicométrica en psicología y los instrumentos basados en este criterio son pruebas psicométricas y escalas de evaluación conductual.

El objetivo de esta segunda fase será estudiar la sintomatología depresiva infantil y analizar aquellos factores psicológicos y psicosociales que están relacionados con ella y que configuran los factores de riesgo "potenciales" de la misma.

Obviamente analizar los factores de riesgo que inciden en la sintomatología depresiva no puede realizarse sin una aproximación al concepto de depresión. En los apartados anteriores hemos podido comprobar la dificultad de la definición conceptual de la depresión; recordemos que se ha considerado la depresión infantil bajo diferentes aspectos: para algunos autores no existía; o se consideraba un síntoma; otros afirmaban que existía y que era igual que la del adulto; otros que existía pero que se manifestaba de diferente forma que en el adulto; y también hemos señalado la problemática que esto suscita, sobre quién es el mejor informador, qué fuentes de información escoger, qué técnicas,...

Tratándose en nuestro caso de un estudio sobre "factores de riesgo" en la depresión, podríamos haber salvado el problema de esta definición conceptual con una salida operativa y utilizar cualquier definición operativa de caso (criterio clínico, criterio sintomatológico, ecuación matemática,..). Sin embargo, esta misma problemática ha motivado que nos fijemos un segundo objetivo en nuestro trabajo que aquí debemos presentar antes que el principal objetivo, ya que esclarecerá notablemente la exposición. Este segundo objetivo parte en nuestro estudio de la sintomatología clásica para la evaluación de la depresión y de cómo podemos acceder a la depresión a partir de las diferentes formas de información que podemos obtener (autoevaluaciones o heteroevaluaciones).

Dentro de la etapa infantil, nos hemos centrado en unas edades (9-10 años) y curso escolar (4 E.G.B.) siendo conscientes de que no podremos generalizar los resultados a la "infancia" pero sí pensamos que es un momento evolutivo en el que el sujeto puede acceder a la evaluación de "sí mismo" (etapas de PIAGET lo confirman, subperíodo de conclusión de las operaciones concretas) e informarnos de su propia sintomatología, lo que nos amplía la fuente de información sobre lo que es la depresión infantil.

Obviamente el clínico tiene un papel importante como especialista y por ello también él nos dará información sobre la depresión infantil para validar o "confirmar" tal depresión en la población normal analizada. Podemos, pues resumir este objetivo diciendo que pretendemos una aproximación al concepto de depresión infantil a través de todos los posibles "informantes" de la misma: sujeto, personas a su alrededor (maestros, compañeros y padres) y el clínico.

Este segundo objetivo no podría llevarse a cabo si no prestásemos atención a los instrumentos que para acceder a este objetivo vamos a utilizar, por lo que tal preocupación dado que vamos a trabajar en la provincia de Gerona, se transforma en una adaptación al catalán del material de evaluación de la depresión, con todo lo que ello supone (estudios psicométricos).

Resumiendo, todo lo dicho hasta este momento, diremos que nuestra intención de estudiar los posibles factores de riesgo asociados a la sintomatología depresiva en una muestra de niños de la provincia de Gerona, ha sido llevada a cabo en dos etapas o fases.

En la Fase 1, y con una muestra representativa de sujetos, se realiza un cribado ("screening"), mediante técnicas ya reconocidas para ello, que nos permitirán obtener una muestra seleccionada de sujetos, formada por aquellos individuos que según las pruebas de "screening" presentan alta sintomatología depresiva y sujetos con baja sintomatología depresiva. Esta segunda muestra es la que se analizará en la Fase 2 de nuestro trabajo, estudiando de qué manera y cuáles son los factores que aparecen asociados a la presencia o ausencia de sintomatología depresiva en estos individuos.

2.- HIPOTESIS

Teniendo en cuenta los trabajos realizados por otros investigadores, los resultados obtenidos en el campo de la depresión infantil, las características de nuestra muestra y el objetivo que pretendemos alcanzar; nos planteamos las siguientes hipótesis:

HIPOTESIS 1

La primera hipótesis que trataremos de confirmar en nuestra investigación propone:

Las medidas de depresión (sintomatología depresiva) utilizadas, mantendrán una relación lineal de forma que las escalas de medición de depresión se relacionarán positivamente entre sí y se relacionarán negativamente con las escalas de felicidad y popularidad.

HIPOTESIS 1.1.

Dentro de la relación lineal que se espera confirmar en las escalas de depresión, se postula la existencia de mayores concordancias entre las mediciones (a) que el sujeto informa directa y verbalmente (autoinformación por CDI y CDRS-R) y las mediciones (b) heteroeinformantes, indirectas, en las que se evalúa las características depresivas observables por los maestros, compañeros y padres (ESDM, PNID y CBCL) que entre las medidas a y b.

HIPOTESIS 2

La segunda hipótesis a confirmar propone que:

Factores macrosociales, microsociales y psicológicos se articulan estructuradamente en la configuración de una organización de riesgo a la depresión.

HIPOTESIS 2.1.

En la estructura de factores de riesgo en la depresión podrá observarse una predominancia de los factores que se sitúan más próximos al espacio psicológico del sujeto.

2.1. Sentido y Valor de las Hipótesis

La Hipótesis 1, que postula la relación lineal de las medidas de depresión, es una condición necesaria para llevar a cabo la investigación. Además, confirma los datos aportados por otras investigaciones (KOVACS 1983, LEFKOWITZ et al. 1985 entre otros) y permite conocer las relaciones entre las medidas de depresión aplicadas en nuestra muestra.

Hemos de tener presente que el propio sujeto es el mejor informador, aunque esto no excluye que debemos conseguir el máximo posible de fuentes de información.

El hecho de que sea o no, el propio sujeto el que aporte verbalmente la información mediante autoinformes (cuestionarios o entrevistas como señala VIZCARRO 1987) creemos que puede aportar mayor riqueza sintomatológica, permite recoger directamente pensamientos, y sentimientos del niño hacia factores personales, cognitivos, familiares y escolares, que las técnicas indirectas, basadas más en la observación comportamental que nos aportan los otros informantes, están limitadas a informar de lo que el niño hace y su comportamiento dentro del grupo y contexto escolar. Así pues estaríamos de acuerdo con el trabajo de SACCO & GRAVES (1985) en el que justifican la falta de concordancia encontradas entre las medidas verbales y las observables (de los maestros y compañeros) diciendo que la mayoría de los síntomas de depresión son internos y no aparentes para el profesor y los compañeros en el contexto del aula. FORUP (1985) y DOMENECH (1987) señalan también lo fácilmente que puede pasar desapercibido un niño deprimido dentro del aula ya que en general no presentan problemas de comportamiento en el sentido de molestar, interrumpir, etc. en el curso de la clase..

La Hipótesis 2 hace referencia a que son varios los factores o variables que inciden en la aparición de sintomatología depresiva y es la interacción de varios factores la que configura una organización de riesgo a la depresión. Como señala DOMENECH (1987), las variables asociadas a la depresión infantil pueden partir del propio niño, (psicológicas); del entorno (macrosociales); de la relación niño-entorno (microsociales) y estas variables no actúan independientemente las unas de las otras sino que se combinan, se articulan o se neutralizan con lo cual su estudio puede resultar sumamente complejo. Esta interacción o estructura de riesgo incluye variables

relacionadas con el propio sujeto, con la familia, la escuela, etc. como ya se ha comentado; por lo que recoge factores de diversa naturaleza.

Sabido es, por las personas que conocen de cerca el mundo de los niños, que el centro de interés de los niños es el de ellos mismos, su propio mundo, y a medida que van superando etapas evolutivas su centro de interés se va ampliando y abriendo a las personas y cosas más cercanas a él y al mundo exterior, a la sociedad en general posteriormente. Por este motivo esperamos encontrar una predominancia de los factores o variables que están situadas más próximas al espacio psicológico del sujeto en la estructura de los factores de riesgo en la depresión; seguidamente de las variables relacionadas con la interacción niño-entorno y en último lugar las variables del entorno en general.

A continuación describiremos los pasos llevados a cabo para confirmar estas Hipótesis distinguiendo claramente las 2 Fases del estudio.

3.- METODO GENERAL

El método utilizado en nuestro estudio es como hemos señalado el de doble fase, en el que en la Fase 1 con una muestra grande de 907 individuos, se realiza un proceso de "screening" de sintomatología depresiva; que nos permite obtener un grupo de sujetos con sintomatología depresiva alta y otro grupo de sujetos con baja sintomatología y así con un número más reducido de niños (N= 223) llegar a la Fase 2 y poder analizar con mayor profundidad la sintomatología depresiva no sólo la aportada por el niño sino que también la que nos informan los maestros, el clínico, los padres y los factores escolares, familiares o psicológicos asociados a ella.

La variable por tanto, que vamos a estudiar en la Fase 1 es la sintomatología depresiva. Recogemos mediante las técnicas de evaluación utilizadas (CDI, PNID) información sobre síntomas que afectan a las cogniciones del niño, a su afectividad, a su actividad, a su socialización y también a su funcionamiento psicofisiológico. Esta sintomatología, tal como figura en el listado predeterminado referido a la depresión (DSM-III, y los criterios para el diagnóstico de la depresión de Poznanski) ha de perdurar durante un período de tiempo determinado que varía según los distintos autores. En nuestro estudio, nos basaremos en la presencia o no de sintomatología ocurrida en las 2 últimas semanas.

En la Fase 2 mediante diferentes programas estadísticos analizaremos la información recogida en nuestro trabajo, tanto la que proviene del área escolar-educativa, como del área familiar y del personal

a fin de poder detectar qué factores son los que se asocian o explican mejor la presencia o ausencia de sintomatología depresiva, es decir la variabilidad de dicha sintomatología, evaluada a la vez por diferentes informadores (clínico, maestro, padres).

3.1. - PRIMERA FASE

Hemos señalado repetidamente que la primera fase de nuestro estudio tiene por objetivo la de detectar los posibles niños deprimidos, es decir sujetos con sintomatología depresiva alta. Para ello hemos utilizado el PNID y el CDI con un punto de corte de igual o mayor a 19 puntos. Este punto de corte a primera vista puede parecer alto ya que en otros estudios se ha trabajado con un punto de corte inferior; sin embargo hemos de señalar que nosotros trabajamos con población normal y por tanto estudios con población normal como los de KOVACS (1983), BLUMBERG & IZARD (1985), FUNDUDIS (1986), BURBACH et al (1986) entre otros; y el resultado del estudio piloto realizado en Gerona (19 puntos correspondía al percentil 95), apoyan dicho punto de corte como buena medida de "screening".

3.1.1. SUJETOS

3.1.1.1. SELECCION DE LA MUESTRA

"Las técnicas de muestreo tienen como objeto permitir el estudio de una población a partir de un número más pequeño de sujetos" (DOMENECH 1983). Al conjunto reducido de individuos se le denomina muestra. A partir de las características estadísticas observadas en una muestra la teoría de la estimación nos permite deducir o inferir las características estadísticas de la población a la cual pertenece dicha muestra.

Para llevar a cabo esta inferencia debe cumplirse un requisito: la muestra ha de ser representativa de la población. La estadística nos aporta una serie de métodos de muestreo, todos ellos basados en la selección al azar, que permiten obtener muestras representativas. Mediante la selección aleatoria obtenemos muestras que son una imagen en pequeño, con ligeras distorsiones debidas al azar, de la población que representan.

Así, la teoría estadística de la estimación nos permite evaluar las características de la población con un pequeño margen de error, la magnitud de este margen dependerá del tamaño de la muestra; por ello se afirma que la precisión aumenta con el número de sujetos de la muestra.

Así pues, para extraer una muestra será necesario disponer de una lista que contenga todos los sujetos de la población origen (marco de sondeo), con las unidades a

muestrear perfectamente definidas para poder ser localizadas posteriormente.

Se ha afirmado que los métodos de muestreo son: "un conjunto de técnicas para seleccionar aquellos individuos de la población que deben formar parte de la muestra" (DOMENECH 1983).

El método de muestreo elegido en nuestro estudio fue el aleatorio (se basa en el principio de la elección al azar, es decir en el sorteo de los individuos de la población) y dentro del muestreo aleatorio el muestreo aleatorio por conglomerados. Esta técnica se utiliza cuando los individuos de la población están organizados en pequeños grupos muy poco homogéneos, grupos que reciben el nombre de conglomerados. El muestreo consiste en elegir al azar conglomerados y la muestra está formada por todos los individuos que componen los conglomerados elegidos.

Los conglomerados acostumbran a ser grupos naturales de individuos, como por ejemplo una escuela, un aula, un servicio hospitalario, una familia, etc. Han de ser lo más heterogéneos posible para lograr un muestreo eficaz. Ya que si la muestra extraída debe servir para estimar las características estadísticas de una cierta variable, la variancia de esta variable dentro de los conglomerados debe ser casi tan grande como la variancia de dicha variable en toda la población.

Teniendo en cuenta los criterios anteriores hicimos la elección de la muestra objeto de estudio de la Fase 1.

Anteriormente al muestreo preveíamos el porcentaje aproximado de niños deprimidos que podíamos encontrar. Dado que ya existen algunas investigaciones anteriores en

otros países sobre el tema (capítulo epidemiología), partimos de los datos que nos proporcionaron esos estudios. Así a partir de la revisión bibliográfica, consideramos una tasa tentativa de depresión infantil del 3% (KASHANI et al. 1983) y decidimos trabajar con un error del + 1% por lo que (según tablas estadísticas) teníamos que extraer una muestra de 1000 sujetos.

Queríamos trabajar con población infantil normal, y nos decidimos por una etapa evolutiva que nos permitiera acceder a los sujetos fácilmente (escuelas) y que los mismos sujetos fueran los que, entre otras fuentes, nos aportaran la información (mediante técnicas autoevaluativas) por lo que se descartó la población preescolar y la de ciclo inicial (estos podrían presentar alguna dificultad en leer o entender una prueba de papel y lápiz; por ejemplo). Así mismo descartamos la etapa pre-adolescente y adolescente por considerar que, si bien es un periodo evolutivo muy interesante de estudiar, lleva consigo toda una serie de características personales, afectivas y fisiológicas que alteran el desarrollo emocional de los sujetos sin poder precisar hasta qué punto son estos o no, los causantes de las posibles alteraciones afectivas. (BEHAR 1986).

Finalmente decidimos trabajar con una edad de 9 años. Dado que la mejor manera de localizar a los niños en edad escolar es mediante la escuela y el curso escolar que le corresponde por la edad, decidimos coger como unidad de muestreo el aula de 4.E.G.B. que es a la que le correspondería albergar a los niños nacidos entre el 1 de enero de 1976 hasta el 31-12-1976, los cuales en el curso escolar 85-86 tendrían de 9-10 años.

Con el fin de elaborar la lista con todos los individuos de la población, y con las unidades a

ESTUDIO EMPIRICO

muestrear (aulas de 4.E.G.B.) bien definidas, recogimos del Departamento d'Ensenyament de la Generalitat de Gerona los siguientes datos de Gerona y provincia: número de colegios, número de aulas de 4.E.G.B., número de niños/aula de 4.E.G.B. (resumido en la TABLA: T.CENT.-1), y nombre y dirección de los colegios distribuidos por comarcas.

COMARCA	N AULAS ESC. 4		TIPO CENTRO		TIPO ESCUELA			N NIÑOS
			CENTROS PUBLIC.	CENTROS PRIVAD.	ESCUE.GRAD. UNITA.	GRAD. INCOM	GRAD. COMP.	
GIRONES	66	96	49	17	8	13	45	2.650
CERDANYA	9	8	8	1	3	4	2	145
RIPOLLES	20	22	17	3	7	3	10	443
SELVA	37	54	29	8	2	5	30	1.555
A.EMPORDA	67	78	61	6	20	26	21	1.426
B.EMPORDA	50	65	40	10	16	10	23	1.448
GARROTXA	26	30	19	5	4	9	13	632
OSONA	2	2	2	-	1	1	-	15
TOTAL	277	355	225	50	61	71	144	8.314

TABLA: T.CENT.-1

Una vez hecha la lista de aulas de 4.E.G.B. (unidad de muestreo), pasamos a hacer mediante la tabla de números aleatorios la extracción de las aulas que configuraron la muestra de nuestro estudio de la Fase 1. En la TABLA: T.CENT.-2 queda reflejada la muestra definitiva obtenida tras el sorteo.

COMARCA	N AULAS	TIPO CENTRO		TIPO ESCUELA			N NIÑOS
		CENTRO PUBLIC.	CENTRO PRIV.	ESCUE. UNITA.	GRAD. INCOM.	GRAD. COMP.	
GIRONES	11	8	3	1	2	8	319
CERDANYA	1	1	-	-	-	1	34
RIPOLLES	2	1	1	1	-	1	46
SELVA	5	5	-	-	1	4	137
A. EMPORDA	8	8	-	2	3	3	135
B. EMPORDA	7	6	1	2	2	3	138
GARROTXA	3	2	1	-	-	3	98
TOTAL	37	31	6	6	8	23	907

TABLA: T.CENT.-2

Podemos observar que desaparecen las dos únicas escuelas (n= 15 niños) que pertenecían a la comarca de OSONA, que aunque no es una comarca de la provincia de Gerona, estas dos escuelas por estar situadas en los municipios de Espinelves y Viladrau forman parte de nuestra provincia. La explicación de esta pérdida creemos que se debe a la poca representatividad que tiene dentro del muestreo; sin embargo las características de estos dos municipios son similares a los de la comarca del Ripollès (interior, alta montaña..), la cual si consta representada en nuestro estudio, por lo que indirectamente ya quedarían representadas.

Una vez obtenido el sorteo y conocidas las escuelas a las que teníamos que acceder y para facilitar el acceso a ellas, solicitamos al Cap d'Ensenyament de la Generalitat de Gerona y colaboradores, previa información del objetivo de nuestro estudio, su colaboración. Quiero

hacer constar que la colaboración fue más de la esperada, responsabilizándose de elaborar y mandar una carta a las escuelas sorteadas en las que se les informaba del estudio y se les pedía su participación, (ANEXO 1)

Seguidamente se elaboró otra carta dirigida a los directores de los centros escogidos en la que se les informaba de nuestro estudio y propósito adelantándoles el hecho de que acudiríamos personalmente al centro para ampliarles la información y acordar las fechas para poder realizar nuestro trabajo (ANEXO 2). También esta vez, en todas las escuelas, mostraron una actitud colaboradora y facilitadora para nuestro estudio.

3.1.1.2.- DESCRIPCION DE LA MUESTRA

Tal como muestra el (MAPA 1) las escuelas sorteadas se reparten a lo largo de la geografía de la provincia. Así, teniendo en cuenta la variable costa-interior, tenemos:

	NIÑOS	%
COSTA	234	25,8%
INTERIOR	673	74,2%
TOTAL	907	100 %

ESTUDIO EMPIRICO

Con la variable montaña-llano, los sujetos se distribuyen de esta manera:

	NIÑOS	%
ALTA MONTAÑA	61	6,7%
MONTAÑA	128	14,1%
LLANO	718	79,2%
TOTAL	907	100 %

Según el número de habitantes del municipio que corresponde a la variable que denominamos rural-urbano; los sujetos se configuraron:

	NIÑOS	%
URBANO	21	2,3 %
SEMIRURAL	214	23,6 %
INTERMEDIO	160	17,6 %
SEMI-URBANO	66	7,3 %
URBANO	446	49,2 %
TOTAL	907	100 %

En lo que hace referencia al tipo de ideario de las escuelas, observamos que 459 niños (50,6 %) de los 907, acuden a una escuela religiosa y 448 (49,4 %) a una escuela laica. Por otro lado encontramos que el 84,2 % de los niños (764 niños) acuden a escuelas que hay

coeducación y el 15,8 % restante (143 sujetos) acuden a escuelas en las que no hay coeducación.

Desde el punto de vista de los centros públicos y privados, los sujetos se nos clasifican:

CENTRO	NIÑOS	%
PUBLICO	699	77,1 %
PRIVADO	208	22,9 %
TOTAL	907	100 %

Haciendo referencia al tipo de escuela, los sujetos se nos distribuyen de la forma siguiente:

ESCUELA	NIÑOS	%
UNITARIA	24	2,6 %
GRAD. INCOMP.	86	9,5 %
GRAD. COMPLETA	714	78,7 %
EGB & BUP	83	9,2 %
TOTAL	907	100 %

Por último queda por diferenciar la muestra según las variables sexo y edad, que lo hacemos a continuación.

ESTUDIO EMPIRICO

SEXO	N	%
NIÑOS	491	54,1 %
NIÑAS	416	45,9 %
TOTAL	907	100 %

EDAD	N	%
9	581	64,1 %
10	280	30,9 %
11	41	4,5 %
12	5	0,6 %
TOTAL	907	100 %

Podemos observar un número más alto de niños que de niñas a la vez que el intervalo de edad de la muestra de niños de 4EGB.

3.1.2.- PROCEDIMIENTO

3.1.2.1. TECNICAS DE EVALUACION

De las diferentes medidas de la sintomatología depresiva descritas en anteriores apartados, es decir las escalas autoevaluativas, las escalas de evaluación de la depresión por los compañeros, los maestros y los padres y las escalas evaluadas por el clínico, seleccionamos por sus cualidades no sólo psicométricas sino de "screening" y pensando en el tiempo que ello suponía de contacto con el niño, y la facilidad en la aplicación y corrección, 2 técnicas:

- la escala de depresión infantil CDI (KOVACS)
- FNID escala de depresión (LEFKOWITZ)

Ambas podían ser pasadas en el colegio y ello era coherente con el procedimiento de selección de la muestra (unidad de muestreo: aula) y la filosofía del trabajo: niños "normales" escolarizados. Pasamos a continuación a describir ambas técnicas, sus adaptaciones a nuestro estudio y los estudios piloto realizados con el fin de conocer las características más significativas que nos parecen importantes para ser utilizadas.

3.1.2.1.1. Escala Autoevaluativa: CHILDREN'S DEPRESSION
INVENTORY (CDI)

Dentro de las escalas autoevaluativas, hemos podido constatar que la técnica mayormente utilizada en investigación tanto básica como aplicada y estudiada psicométricamente es el CDI de KOVACS (1983). Ello nos llevó a querer profundizar más en la técnica y revisar los trabajos que se habían realizado con ella en población española.

Un primer trabajo fue el de traducción, adaptación y baremación al castellano del CDI llevado a cabo por RODRIGUEZ SACRISTAN y CARDOZE (1984), que modificaban la escala original, eliminando unos items y sustituyéndolos por otros de la escala de BECK para adultos. A pesar de sus características, consideramos más oportuno en nuestro trabajo retomar la versión original de KOVACS en inglés y traducirla primero y adaptarla luego al contexto lingüístico en el que íbamos a trabajar.

Hay que afirmar que sumado a sus cualidades psicométricas está el hecho de ser el CDI una escala relativamente corta, de fácil aplicación en niños escolares; y de rápida corrección.

3.1.2.1.1.1. DESCRIPCION DE LA ESCALA.

Esta escala consta de 27 items de autoinformación, estructuradas en 3 alternativas de

elección, de las que se le pide al niño que elija aquella que según él describe mejor lo que haya pensado o sentido durante las 2 últimas semanas.

Los items cubren un gran número de los síntomas evidentes de depresión, tales como tristeza, trastornos del sueño y del apetito, ideación suicida, anhedonia, etc.. A cada una de las 3 alternativas del item se les asignaba un valor numérico comprendido entre el 0 y el 2, según fuera la respuesta que denote mayor incremento de severidad del síntoma, es decir que la puntuación 2 correspondería a la conducta o respuesta clínicamente más severa; la puntuación 1 a la severidad intermedia y la puntuación 0 a la ausencia de severidad. Así la amplitud del intervalo de las puntuaciones posibles en el CDI es de 0 a 54 puntos.

Un ejemplo de la estructura de los items sería:

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

- 2.- Soy malo siempre
 Soy malo muchas veces
 Soy malo algunas veces

3.1.2.1.1.2. ADAPTACION DE LA PRUEBA AL CATALAN

Hicimos una primera traducción del inglés al catalán ajustándonos al máximo a la revisión original de KOVACS y sometiéndola a una revisión lingüística (expertos en catalán) y de contenido clínico (especialistas). También

se tuvo en cuenta que la escala iba dirigida a niños y por tanto tendría que ser comprendida en su contenido. En el anexo (3) aparecen los items traducidos del inglés al catalán en la primera revisión y la definitiva.

3.1.2.1.1.3. PRIMER ESTUDIO PILOTO

Se aplicó la prueba a un grupo de niños y niñas (n=34) de 4 E.G.B. de una escuela pública de Gerona capital. Pretendiendo así anotar todas las irregularidades que se dieran tanto en la comprensión de las palabras utilizadas en los enunciados como en la reacción que las alternativas podían producir en los niños; a fin de modificar todo aquello que afectara a la validez aparente y de contenido de los items.

RESULTADOS DEL ESTUDIO PILOTO

Se llevaron a cabo dos análisis, en 1er lugar la correlación de cada uno de los items con la escala total (análisis de elementos) y en 2 lugar la fiabilidad de la escala total (α de CRONBACH, 1951).

Del primer análisis podemos destacar que los coeficientes de correlación de los items oscilan entre .10 y .51. Estos resultados nos llevaron a reanalizar cualitativamente los items que en un principio parecían menos relacionados con la escala total; teniendo no obstante en cuenta, que se trataba de un primer piloto y que los items posiblemente se agrupaban por contenidos

diferentes. En otras investigaciones, como hemos visto en el apartado 5, los datos que se tenían estaban dando coeficientes entre .36 y .69 en una muestra de 216 niños. (HELSEL & MATSON 1983). Las observaciones clínicas en la aplicación de la prueba y estos resultados, nos aportaron datos para modificar a nivel lingüístico (no de contenido) algunos items.

El segundo análisis, fue la fiabilidad por el procedimiento de consistencia interna de CRONBACH. Se obtuvo un resultado positivo ($\alpha = .66$) teniendo en cuenta la cantidad de niños examinados y lo comentado anteriormente sobre los items y su aportación a la escala.

A partir de aquí modificamos los siguientes items:

Traducción	Modificación
Item n. 7 M'odio No m'agrada com soc M'agrada com soc	Me tinc mania No m'agrada com soc M'agrada com soc
Item n.14 Tinc bon aspecte En el meu aspecte hi han coses que no m'agraden Soc lleig	Soc maco En el meu aspecte hi han coses que no m'agraden Soc lleig
Item n.27 M'avinc amb la gent Molt sovint em barallo Sempre em barallo	M'entenc amb la gent Molt sovint em barallo Sempre em barallo

3.1.2.1.1.4. SEGUNDO ESTUDIO PILOTO

Hechas las modificaciones se pasó a la segunda fase experimental que consistía en aplicar la escala a un grupo, de niños ($n = 45$) de la provincia de Gerona. Nuestro objetivo en este segundo estudio fue, como en el caso anterior, detectar los posibles errores lingüísticos que en una adaptación (no traducción) al catalán, podían darse y que podían afectar a investigaciones posteriores con este material. También intentamos aportar más datos psicométricos sobre el funcionamiento de la escala.

3.1.2.1.1.5. RESULTADOS OBTENIDOS DEL ESTUDIO PILOTO

El análisis estadístico se centró en 1) el análisis de elementos (consistencia de los items) y 2) fiabilidad.

La correlación item-total, osciló alrededor de .23 (item13) y .62 (item 23); mejorándose claramente los índices respecto a la versión anterior, sobre todo en aquellos items modificados cualitativamente. Estos coeficientes aunque un poco bajos y por tanto revisables posteriormente en otros estudios, van en la línea de investigaciones anteriores (KAZDIN & PETTI 1982; KAZDIN, et al. 1983).

La fiabilidad en este estudio dio como resultado un $\alpha = .75$.

Este trabajo previo de conocimiento de la prueba en población catalana, nos aportó la puntuación media (11.44) y la distribución de frecuencias en nuestra

muestra. En la distribución de frecuencias encontramos que las puntuaciones superiores a 18 (a partir de 19) se sitúan en el percentil 95 y las inferiores a 4 (0, 1, 2, 3) en el centil 5. Este criterio (igual o mayor a 19 puntos) utilizado a su vez en otros trabajos realizados en este campo (KOVACS 1981) fue uno de los criterios utilizados para seleccionar la muestra específica de la segunda fase de nuestro estudio.

3.1.2.1.2. Escala de Evaluación por los Compañeros
(PNID)

Tal como señalamos en el apartado 5 de la primera parte, una de las técnicas que se poseen para evaluar la sintomatología depresiva a través de lo que los compañeros observan era el PEER NOMINATION INVENTORY OF DEPRESSION (PNID), creada por LEFKOWITZ & TESINY (1981).

Esta escala no estaba adaptada al castellano y desconocíamos si había sido utilizada en nuestro país, por otros investigadores. Sin embargo a través de los datos que se poseían nos pareció, por sus características, fácil de utilizar para niños de 4.E.G.B..

3.1.2.1.2.1. DESCRIPCION DE LA ESCALA

Esta escala consta entre otros, de 13 items de elección binaria, para evaluar 4 áreas de funcionamiento

del niño (afectivo, cognitivo, motivaciones y vegetativo), mediante la presentación de síntomas observables depresivos que son evaluados por los compañeros. Es esta una técnica sociométrica que da información

sobre popularidad, a través de 2 preguntas tipo:

Item 22 ¿A quién te gustaría tener sentado a tu lado en clase?.

sobre felicidad 4 preguntas tipo:

item 12 ¿Quién parece estar contento a menudo?

y depresión:

item 21 ¿Quién parece estar triste muchas veces?

El material necesario, tras nuestra adaptación, para la aplicación de esta escala consta de:

- Preguntas para hacer al niño (que posee el psicólogo aplicador)
- Hoja de respuestas para el niño, en donde está el número de preguntas y el espacio para contestar pero no el enunciado.

La puntuación en el PNID iría, en el caso de la depresión que es la escala que nos interesa, desde 0, es decir el niño no habrá sido nominado en ningún ítem por sus compañeros, a 13 por número de compañeros preguntados, es decir ha sido nominado en todos los ítems por todos los compañeros.

A modo de ejemplo podemos señalar que el sujeto 1 (S1) en una clase de 30 niños, no ha recibido ninguna nominación en el ítem 1, mientras que el sujeto 10 (S10) ha sido nominado por todos sus compañeros en el ítem 1.

Sujeto	Items												
	1	2	3	4	5	13	
S1	0	0	0	3	7								10
.													
.													
.													
S10	30	10	25										0
.													
.													
.													
.													
S30													

Ejemplo PNID

3.1.2.1.2.2. ADAPTACION DE LA PRUEBA AL CATALAN

El universo con el que íbamos a trabajar en nuestro estudio quedó configurado, tal como hemos señalado, en

niños escolarizados de 4. E.G.B. de la provincia de Gerona. Ello implicaba que el medio de comunicación utilizado generalmente en estos niños iba a ser el catalán, no sólo en el aula, como lengua de la escuela, sino en el juego de los propios niños. Ello nos llevó a hacer una traducción, primero y adaptación después de las preguntas del PNID del inglés al catalán.

La TABLA: T.FNID-1 presenta la traducción definitiva de la escala, después de haber sido revisada en un grupo piloto de 34 niños de un aula de Gerona. En el Anexo 4 se puede ver el protocolo utilizado.

Item 1 Who are you?	Item 1 Qui ets ?.
2 Who has a first name that begins with the letter ?	2 Qui té un nom que comença amb la lletra ?
3 Who has a first name that begins with the letter ?	3 Qui té un nom que comença amb la lletra ?
4 Who is in the 7th grade ?	4 Qui està fent 6è d'EBB ?
5 Who often plays alone ?	5 Qui juga sovint tot sol ?
6 Who doesn't try again when they lose ?	6 Qui no vol continuar jugant quan perd ?
7 Who often sleeps in class ?	7 Qui s'adorm a classe ?
8 Who often looks lonely ?	8 Qui és que sembla estar moltes vegades sol?
9 Who often says they don't feel well?	9 Qui diu sovint que no es troba bé ?
10 Who says they can't do things ?	10 Qui diu que no pot fer les coses ?
11 Who often cries ?	11 Qui és que plora sovint ?
12 Who often looks happy ?	12 Qui sembla sovint feliç ?
13 Who likes to do a lot of things?	13 A qui li agrada fer moltes coses ?
14 Who worries a lot ?	14 Qui s'amoïna molt fàcilment?
15 Who doesn't play ?	15 Qui és que no juga?
16 Who often smiles ?	16 Qui és que somriu sovint ?
17 Who doesn't take part in things ?	17 Qui és que no participa en les coses ?
18 Who doesn't have much fun ?	18 Qui no es diverteix gaire ?
19 Who is often cheerful ?	19 Qui està content moltes vegades ?
20 Who thinks others don't like them ?	20 Qui es pensa que els altres no l'estimen?
21 Who often looks sad ?	21 Qui sembla que està moltes vegades trist ?
22 Who would you like to sit next to in class?	22 Al costat de qui t'agradaria seure a classe?
23 Who are the children you would like to have for your best friends?	23 Quins nens t'agradaria que fossin els teus millors amics ?.

TABLA : T.PNID-1

Traducción de la escala al catalán

3.1.2.2.- CONDICIONES DE APLICACION DE LAS DOS PRUEBAS DE SCREENING

Hacer intervenir a los educadores, padres y maestros y al clínico, podía crear expectativas de que se llevaba a cabo una investigación extremadamente "clínica" y costosa. Por lo tanto el procedimiento seguido fue el siguiente:

1.- Tras la entrevista realizada al director de la escuela, determinábamos el día y la hora de la aplicación de las técnicas dentro del aula.

Una vez en el aula, el equipo aplicador (2 ó 3 psicólogos), procedía a presentarse a los niños. Con el profesor ya se había tenido previamente ocasión de presentarnos a la vez que de informarle del trabajo y de lo que íbamos a necesitar (lista de nombres de los niños de la clase para el PNID).

En la presentación a los niños, argumentábamos las razones por las cuales estábamos en el lugar y les solicitábamos su colaboración, diciendo que éramos un equipo de profesores de la universidad que queríamos escribir un libro sobre lo que pensaban y sentían los niños de 4 EGB de muchas escuelas de Gerona y provincia y que por ello les pedíamos si querían participar contestando a una preguntas muy fáciles que no eran de matemáticas, ni de lenguaje, ni de sociales, que eran unas preguntas que todas estaban bien contestadas, todas eran buenas y que se referían a sus sentimientos y pensamientos.

2.- Una vez hecha la presentación y explicación pasamos a aplicar la primera prueba: el PNID

Repartidas las hojas se les explicaba de qué se trataba el juego que realizarían seguidamente: "Vamos a hacer un juego que consiste en que yo os voy a preguntar QUIEN hace una serie de cosas y vosotros escribireis sus nombres en esta hoja que os hemos entregado". A continuación se les explicaba las normas del juego:

1.-tenéis que saber cómo se llaman los demás niños de la clase, porque una vez que hayamos empezado NADIE podrá preguntar a otro niño cómo se llama. Únicamente podrá venir a preguntármelo a mi. (Si el alumno preguntaba se enseñaba la lista para que se acordase).

2.-no se puede poner el nombre de uno mismo en ninguna pregunta.

3.-sólo se puede poner nombres de niños/niñas de esta clase y se pueden poner tantos como queráis en cada pregunta.

4.-no se puede mirar lo que escriben los compañeros ni hablar en voz alta, ni señalar a nadie.

5.-si no hay ninguna persona en la clase que haga lo que yo os pregunto, podéis contestar NADIE, pero antes hay que pensar muy bien si hay alguien que podamos poner en cada pregunta.

Una vez contestadas las preguntas a las instrucciones dadas, se empezaba la aplicación que duraba aproximadamente 30 minutos. Se leía pregunta a pregunta 2 o más veces y no se pasaba a la pregunta siguiente hasta que todos los niños habían contestado. Mientras el aplicador leía las preguntas, los dos observadores controlaban el grupo y si era necesario (por dificultades de lecto-escritura, perceptivas, de comprensión, de

idioma.) explicaban de forma más individual la prueba y seguían al ritmo del niño los items de la prueba.

Al finalizar la prueba organizábamos grupos de 6 a 10 niños (dependiendo del grupo y de las características de los que lo formaban ya que nos informábamos previamente con el profesor). Estos grupos se distribuían en aulas, laboratorios, sala de profesores, biblioteca, comedor (según las posibilidades de cada centro), uno para cada aplicador y les explicábamos a continuación las reglas y el contenido de este nuevo cuestionario.

Una vez entregado el inventario al niño y rellenados los datos les decíamos que lo que íbamos a hacer eran unas preguntas que nos ayuden a comprender las ideas y sentimientos que tienen los niños y niñas a veces. Les comentábamos que se iban a encontrar grupos de frases que describen estas ideas y sentimientos y lo que intentábamos saber era si los niños y niñas podían escoger frases que les describieran lo mejor posible. Se les leía la primera página del protocolo en voz alta y se les hacía contestar el ejemplo para que se entrenaran en la técnica de respuesta. Antes de empezar a contestar la escala se les insistía una vez más en que se les preguntaba sobre ideas y sentimientos en las últimas dos semanas y en que a lo mejor habría alguna frase que no decía exactamente lo que a él o a ella le pasaba pero aún y así, intentarían marcar lo que más se parecía a lo que le pasaba.

Empezaba la prueba y el aplicador observaba cómo iban reaccionando los sujetos y ayudaba si era necesario a aclarar alguna palabra, frase o duda.

A medida que iban terminando salían del lugar donde se realizaba la aplicación y les agradecíamos su

ESTUDIO EMPIRICO

colaboración. Contactábamos entonces con el profesor o director para poder llevar a cabo la siguiente parte de la aplicación, una vez obtuviéramos las puntuaciones corregidas de los cuestionarios.