



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

REVALIDACIÓN DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN
PARA NIÑOS DE LANG Y TISHER

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

ÁNGELA IVONNE MÉNDEZ CARVAJAL

DIRECTORA DE TESIS:
MTRA. BLANCA INÉS VARGAS NÚÑEZ

JURADO: MTRA. MIRIAM SILVA ROA
MTRA. BLANCA ESTELA BARCELATA EGUIARTE
LIC. JOSÉ GARCÍA FRANCO
LIC. EDUARDO ARTURO CONTRERAS RAMÍREZ

DE ESTUDIOS

FACULTAD



SUPERIORES

SECRETARIA
TÉCNICA
PSICOLOGIA

AGOSTO

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO 1 DESARROLLO INFANTIL	
Desarrollo Infantil	4
CAPITULO 2 DEPRESIÓN	
Depresión	15
Clasificación	22
Causas	25
Causas genéticas	25
Causas psicológicas	25
Causas sociales	27
Síntomas	27
CAPITULO 3 DEPRESIÓN INFANTIL	
Clasificación de la depresión Infantil	33
Causas de la depresión Infantil	36
Causas sociales	36
Causas personales	37
Vulnerabilidad biológica	37
Vulnerabilidad psicológica	39
Vulnerabilidad social	39
Síntomas	40
Evaluación y Diagnostico	40
	43
CAPITULO 4	
Propósito	
Objetivo General	49
Objetivos Particulares	50
Hipótesis	50
Variable independiente	50
Variable dependiente	50
Método	51
Participantes	51
Instrumento	51
Procedimiento	51
	52

CAPITULO 5 RESULTADOS

Frecuencias _____	55
Proceso de Validación _____	56
Correlación entre factores _____	59
Diferencias de Género _____	67
Diferencias por Edad _____	67
Diferencias por Grado escolar _____	69
Diferencias Integración Familiar _____	71

CAPITULO 6

Discusión _____	74
-----------------	----

CAPITULO 7

Conclusiones _____	81
--------------------	----

CAPITULO 8

Referencias _____	85
-------------------	----

ANEXO I

_____	90
-------	----

ANEXO II

_____	94
-------	----

ANEXO III

_____	98
-------	----

AGRADECIMIENTOS.

A esas personas tan lindas que me dieron la vida y que sin caretas, me ofrecieron al más del cien por ciento su amor y que con su dedicación han hecho de mi una buena persona, y que ahora ese esfuerzo se ve reflejado en este momento.

MIS PADRES Y HERMANO.

Además a esas personas que con su cariño y ternura me ofrecieron la paz que necesitaba en momentos difíciles y que sin trabas soportaron mis actitudes durante todo este tiempo.

MIS ABUELOS Y ALEJANDRA.

A los amigos que realmente supieron el significado de esa palabra, y que al mismo tiempo me hicieron comprender con sus acciones que siempre estarán cuando los necesite, siempre contare con ellos.

RESUMEN

La depresión es un trastorno del estado de ánimo al que en épocas pasadas se prestaba muy poca atención, y en años recientes se ha convertido en una de las principales enfermedades causantes de la pérdida del mayor número de años de vida saludable, afecta a 350 millones de personas en el mundo y amenaza con ser, en las siguientes dos décadas, la segunda causa de discapacidad (OMS, 2004). Este trastorno afecta a hombres y mujeres en distintas etapas de la vida, por lo cual es de importancia su detección e intervención. Con base en lo anterior el objetivo de la presente, fue revalidar la Escala de Depresión para Niños (CDS). Se trabajó con 1080 participantes entre 8 y 15 años, la muestra fue no-probabilística de tipo propositivo por cuota. Se realizó, la discriminación de reactivos por sesgo, "t" de student, correlación reactivo/escala, posteriormente se realizó un análisis factorial con rotación varimax, se obtuvo el Alpha de Cronbach, y correlación de pearson para analizar el comportamiento interno de la misma. La escala se reestructuró en tres subescalas, actitudes negativas, autoconcepto positivo, y sentimientos de culpa. Además se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la edad y la manifestación de rasgos depresivos.

INTRODUCCIÓN

Las primeras etapas del desarrollo del ser humano, como lo es la niñez y la adolescencia son de suma importancia, porque se adquieren conocimientos y herramientas para la vida adulta. Las experiencias vividas durante los primeros años de vida son formativas y llegan a ser vitales al momento de definir la personalidad de cada ser humano. Se considera que muchos de los temores de los adolescentes son provocados por las inseguridades de la infancia. Y al hablar de inseguridades también se puede comenzar a hablar de la depresión (Dulanto, 2000) debido a su relación con la baja autoestima, autoconcepto negativo y asociada con la inseguridad.

Desde el punto de vista de los psicólogos es importante estudiar la presencia de síntomas depresivos, puesto que afecta directamente en el individuo, sin importar sexo, clase social o edad. Es bien sabido que el estudio de la depresión en adultos es un tema recurrente, sin embargo la depresión infantil, ha sido poco estudiada (Ladrón, Alcalde, Villa, 2001). Se pensaba que no era real, de acuerdo a la teoría psicoanalítica, solo se desarrollaba en personas que tenían un Yo definido. En los años setenta, se realizó un congreso de paidopsiquiatras, donde se discutió ampliamente la depresión infantil, y es partir de entonces donde comienza a poner interés en este problema que presentan algunos niños (Lang, 2000; Daw, 2004).

El estudio de la depresión es complejo, por todos los aspectos psíquicos, somáticos que intervienen, y las diferencias de manifestación entre niños y adultos dependiendo de las situaciones. Por lo que las escalas existentes para adultos, no tienen la misma validez en los niños, la creación de escalas específicas o la validación de escalas para niños. Facilitaría el diagnóstico, la intervención y la prevención de la depresión, mejoraría la calidad de vida no sólo en la infancia, sino también en la adolescencia y la edad adulta.

Por lo anterior resultó de importancia mencionar en el primer capítulo de manera general aspectos relacionados con el desarrollo del ser humano y continuar en los dos capítulos siguientes con historia y características de la depresión y depresión infantil, para continuar en el capítulo cuatro donde se menciona la metodología utilizada, finalmente los resultados, la discusión, y conclusiones.

CAPITULO

/

DESARROLLO INFANTIL

El estudio del desarrollo humano, es importante porque los primeros años de la vida son fundamentales para el futuro, tanto en la niñez, la adolescencia, juventud y senectud. Al analizar las etapas del desarrollo, se encuentran que, éste inicia desde el momento de la concepción hasta la muerte del individuo.

El término desarrollo se entiende como un proceso de cambio que sufre el individuo a través de un ciclo de vida. Este cambio en el desarrollo posee varias características: es continuo, acumulativo, direccional, diferenciado, organizado y holístico (Hoffman, Paris, Hall, 1995).

Muchos son los factores que influyen directa o indirectamente en el crecimiento y el desarrollo humano. Estos elementos son parte integral de las diferencias biológicas, hereditarias, y también de los diferentes contextos donde se desenvuelva el individuo, ejemplo de lo anterior son las subculturas a las que pertenecen los individuos: el status socioeconómico de sus familias, sus antecedentes étnicos, su raza, su sexo.

Las investigaciones sobre el desarrollo infantil se han apoyado en herramientas tanto cualitativas como cuantitativas. Los cambios cuantitativos son claros y relativamente fáciles de medir, como lo son el peso, la talla, edad, mientras que los cambios cualitativos, resultan ser más complejos, se incluyen, saltos en el funcionamiento; es decir, cambios en la inteligencia, creatividad, sociabilidad, cambios que se dan de forma paulatina, y son observables hasta que se ha completado el cambio (Hoffman, Paris, Hall, 1995). Por lo anterior se ha tomado en cuenta lo significativo que es el desarrollo biológico, cognoscitivo, emocional, y social del individuo.

Para facilitar la comprensión del proceso del desarrollo los teóricos (Craig, 1997; Papalia, 1985; Hoffman, Paris, Hall, 1995) han dividido en cinco etapas la vida, cada una con características propias:

- Prenatal
- Infancia
- Niñez
- Adolescencia
- Adulta

La etapa prenatal, comienza en el momento mismo de la fecundación. A partir de éste momento comienza el desarrollo biológico, basado en un código genético, que lleva un proceso de maduración; es decir una serie de cambios preprogramados, no sólo en la forma del organismo, sino también en su complejidad, integración, organización y función hasta alcanzar las características biológicas necesarias para enfrentarse a las condiciones de una vida independiente que comienza con el nacimiento.

La siguiente etapa (infancia) empieza en el nacimiento y comprende hasta aproximadamente los 2 años de edad. Al final del segundo año la mayor parte de los niños han comenzado a adquirir el lenguaje y el pensamiento simbólico. Por otra parte se inicia la función postural que ofrece por si sólo la posibilidad de reacciones orientadas (Wallon, 1985). En esta etapa se atribuye un valor funcional de mayor importancia a la emoción, porque inicialmente está provocada por impresiones posturales y al mismo tiempo es base de la postura (gestos, mímica) que emplea a su vez para expresarse. Las reacciones denominadas tónico-emocionales (las primeras muestras de cariño) son las primeros indicios del desarrollo psíquico en la medida en que inicialmente son las primeras reacciones psicológicas. Para Wallon (1985) la emoción es el intermedio genético entre el nivel fisiológico con sólo respuestas reflejas y el nivel psicológico que permite al

hombre adaptarse progresivamente al mundo exterior, es el mundo humano donde el niño recibe todo. Otro aspecto importante es el establecimiento de lazos afectivos, para los seres humanos, debido a que las conductas sociales, son consideradas como los motivadores primarios del dolor, hambre, reacción al peligro, etc.

Bijou (1992) consideran que, el periodo de los dos a los cinco años de edad, es llamado la etapa básica o niñez, Craig (1997) lo llama niñez temprana, esta etapa abarca aproximadamente desde que el niño comienza hablar, hasta la entrada al kinder, es una etapa en la que se aprende un conjunto único de destrezas, percepciones y motivaciones que le proporciona una personalidad y le permite adaptarse a sus semejantes. Aunque el niño asista a la escuela, el primer núcleo social y donde pasa la mayor parte del tiempo es en la familia, en consecuencia, sus conductas evolucionan de modo primordial a partir de las prácticas de crianza específicas de la familia.

Durante los primeros años en la escuela, en este caso el kinder, los niños avanzan en la comprensión de ellos mismos y de su lugar social particular, aprenden lo que la familia y la comunidad espera de ellos. Por lo que la familia es definida como una institución social que dirige la formación física, moral y espiritual del individuo. Es en el hogar donde se crece y se desarrolla acorde a los preceptos dictados por sus padres. La familia permite al individuo adaptarse a las condiciones históricas y sociales de su tiempo. (Nieto, 2000; Guelar y Crispo, 2000). Los elementos que ésta proporciona son los que modelan a su hijo de acuerdo a la escala de valores que poseen, las metas y expectativas que pretenden alcanzar en formación de sus hijos. Los patrones socioculturales de cada familia son únicos. Cada una tiene rasgos propios, que son una consecuencia de la formación educativa de cada uno de los progenitores, de su nacionalidad, su religión, su raza, su lengua, su mentalidad, su nivel cultural, etc.

De los 6 años en adelante (niñez media) se refuerza lo ya aprendido, se experimentan nuevas sensaciones y experiencias, como el desarrollo

cognoscitivo, las adquisiciones psicomotrices, desarrollo afectivo social, que se refiere a las expresiones emocionales de alegría, felicidad, tristeza, desconsuelo, ira, enojo, que son experiencias o vivencias afectivas relacionadas con la satisfacción o insatisfacción de las necesidades humanas. Las personas adultas pueden controlar las expresiones emocionales y afectivas, debido a la asimilación de las normas que regulan la convivencia social. Pero un niño expresa sus emociones en una forma totalmente incontrolada debido a que apenas inicia el proceso de su desarrollo y maduración. (Mejía, 2004; Morris 1992; Hoffman, Paris, Hall, 1995)

Durante la niñez media, los individuos atribuyen más rasgos particulares a ellos mismos y a los demás, con lo que se forman imágenes más precisas y adecuadas de las características físicas, intelectuales y personales. La autoimagen, también es considerada como el autoconcepto.

En la adolescencia se sufren grandes cambios donde se refuerza el autoconcepto y el rol de cada persona es la adolescencia, considerada como un periodo de transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta. Asimismo, es un periodo importante durante el cual se producen profundos cambios biológicos, sociales, emocionales y cognoscitivos (Dulanto, 2000).

La adolescencia es entendida como una etapa de crisis personal intransferible en el esquema del desarrollo biopsicosocial del ser humano. Un largo periodo de la vida que comprende, por lo general, de los 10 o 12 años de edad hasta los 22 (este límite de edades es variante y depende del autor que se consulte). A pesar de estas discrepancias, la adolescencia se considera esencialmente, como la época que separa lo sucedido en la infancia y brinda a los menores un horizonte de posibilidades existenciales que podrán hacer suyas, si la familia los guía y apoya (Morris, 1992).

En este periodo de desarrollo se sufren cambios biológicos, físicos, psicológicos y sociales. De los cambios físicos, el más obvio, es el llamado estirón, incremento rápido tanto de peso como de estatura que se inicia entre los 10 y 13 años en las

niñas; y entre los 11 y 14 años en los niños. Durante este periodo también cambian otras características, en los niños empiezan a hacerse más fuertes, con más musculatura, crece el corazón. Mientras que las niñas acumulan más grasa en brazos, pecho, caderas y piernas, y su aspecto empieza a ser el de una mujer adulta joven (Whittaker, 1991; Papalia, 1985).

La maduración del sistema reproductor, también es característico de esta etapa, éste se presenta de manera variable en cada individuo, los primeros inicios visibles suceden en el comienzo de la pubertad, generalmente en la población mexicana, los individuos se encuentran en el sexto de primaria y el primer grado de secundaria.

Referente a la madurez biológica se le conoce como pubertad, en tanto al largo periodo que se sigue para encontrar la madurez emocional se le denomina adolescencia. Este es un proceso de tránsito determinado por varios factores: la vida en familia, la experiencia escolar, el marco cultural que ha estructurado, el mundo social para la puesta en práctica de normas y límites que forman la base educativa, las condiciones económicas y políticas que imperan en la generación que experimenta la adolescencia.

Durante los cambios de la pubertad, las funciones reproductoras maduran, los órganos sexuales crecen, las características secundarias aparecen, el proceso toma cerca de cuatro años y comienza casi dos años antes para las niñas. La madurez precoz o tardía, suelen consecuencias sociales psicológicas.

La pubertad comienza cuando, en determinado momento biológico, la glándula pituitaria envía un mensaje a las glándulas sexuales de una persona joven, las cuales empiezan a segregar hormonas (Dulanto, 2000; Morris 1992, Hoffman, Paris, Hall, 1995). Este momento, al parecer, está determinado por la interacción de genes, salud y ambiente. Así también, se presenta como respuesta al cambio hormonal del cuerpo, el cual se dispara mediante una señal psicológica. Las

hormonas también se hallan en estrecha relación con las emociones, especialmente con la agresión de los muchachos, y con la agresión y depresión en las chicas (Dulanto, 2000; Morris 1992, Hoffman, Paris, Hall, 1995). Algunos investigadores atribuyen el incremento de las emociones y temperamento en los comienzos de la adolescencia a las hormonas; no obstante, debe recordarse que en los seres humanos las influencias sociales se combinan con las hormonas y, en ocasiones predominan (Papalia, 1997; Níckel, 1998).

El efecto de la aparición de la adolescencia varía de una persona a otra, de un grupo familiar a otro, de un país a otro y de una cultura a otra. Las generaciones tienen entre sí muchas diferencias, pero a la vez poseen elementos que las ligan y esto hace que en la continuidad de ellas en las historias sociales de una cultura se conformen características propias de los adolescentes de todas las épocas y particulares de cada generación. A los adolescentes se les debe entender como el producto de su época, de cultura donde viven, de su historia personal y del ambiente donde se gesta el proceso.

La adolescencia como proceso personal, social se da en un aquí y ahora, dentro de un marco cultural y económico. Como todo marco social, cuando es sano, tendrá que ser contenedor, y por lo mismo, en él habrá normas y límites para que el adolescente, al formar parte de él, obtenga el sentido de pertenencia, arraigo, seguridad y experimentar la libertad. (Dulanto, 2000)

El éxito o la problemática que presentará un adolescente dependerá, en gran parte, del marco de referencia, es decir del contexto donde se desarrolle, durante la infancia (Vigotstky, 1988). Un buen contexto siempre ofrecerá una mejor calidad de vida, al impulsar el desarrollo psicosocial y afectivo desde las primeras etapas existenciales. Como resultado de un ambiente satisfactorio se obtiene gradualmente la maduración emocional y afectiva que facilitarán el desarrollo de muchas capacidades, entre ellas la de comunicación y la de establecer estilos de relación humana, no sólo intrafamiliar. Estas capacidades son fomentadas por los

padres, quienes orientan hacia los espacios de socialización infantil. Este oportuno proceso de individualización infantil, cuando es bien guiado, también promueve el interés por vivir, la responsabilidad de sí mismo y de la vida. El marco de referencia familiar puede no tener el apoyo del ambiente escolar, sin embargo, cuando este contexto es positivo, ayuda al desarrollo del adolescente (Nieto, 2000; Guelar y Crispo, 2000).

La esencia básica del adolescente es la búsqueda de la identidad o si se prefiere, el reconocimiento e integración de las varias identidades ya tenidas en el proceso de individualización infantil conducido por aquellos adultos que han tenido influencia importante en el joven, para unir las con la naciente identidad que de manera personal él descubre por medio de la experiencia de ser adolescente. Esta experiencia de pensarse, descubrirse, inventarse y reinventarse de manera gradual a través de los distintos momentos de la adolescencia.

Estos cambios biológicos, físicos y sociales, traen consigo una reestructuración psicológica, es decir, los y las jóvenes experimentan sentimientos nuevos, debido a los cambios en su cuerpo, a las nuevas actividades, además de desarrollarse un sentido de identidad. Donde el autoconcepto se refuerza, ya sea positiva o negativamente. También se abre la puerta para la maduración emocional y social, aquellas donde se asumen responsabilidades y conductas que llevarán a la participación en la vida adulta de cada uno (Dulanto, 2000; Morris, 1992).

Entendiéndose por autoconcepto un conjunto particular de ideas y creencias que la persona tiene respecto a sí (Quiles, Marichal y Betancort, 1998). Estas ideas y creencias son el resultado de la observación que las personas hacen de sus propias conductas y de las circunstancias en que ocurren. También, son producto de la autoconciencia, es decir, del grado en que se focaliza la atención de uno mismo. El autoconcepto se representa la relevancia de la totalidad de los pensamientos y sentimientos del individuo con referencia a sí mismo y su origen se da a partir del contacto con su medio ambiente. (Rosemberg, 1989; en Muñiz, 1994).

Valdez-Medina (1994) define el autoconcepto, como una estructura mental, que media entre lo externo e interno del sujeto, se forma con base en la experiencia, se tiene a partir de las interacciones con los otros y por eso es de carácter psicosocial, implicando la organización de aspectos conductuales, afectivos y físicos, reales o ideales acerca del propio individuo, funciona como un código subjetivo de acción hacia el medio ambiente interno y externo que rodea al sujeto.

El autoconcepto o sí mismo, son una misma entidad, visto como una estructura cognitiva que tiene su origen de carácter psicosocial intrínseco que se debe a la interacción de todos y de cada una de los seres humanos viven desde su nacimiento hasta la muerte. Gracias a lo cual puede codificar y estructurar toda la información que adquiere sobre sí mismo ya sea de corte totalmente social (lo que otros piensan, perciben, se imaginan de mí) o de corte totalmente individual (lo que pienso, digo, me imagino, o percibo de mí) o bien de carácter psicosocial que implica un manejo interno de información social e individual.

La estructura mental llamada autoconcepto contiene información que se refiere a tres áreas fundamentales del propio sujeto:

- Los referentes observables: físicos, conductuales, afectivos o bien, la combinación de estos indistintamente.
- Los referentes reales: (conocimientos reales sobre sí mismos) e ideales que tiene los sujetos.
- Los referentes internos: (estados de ánimo) y externos (circunstancias) que rodean a los sujetos.

La reafirmación del autoconcepto en la adolescencia es de importancia debido a los grandes cambios determinantes en el desarrollo y la conformación de la personalidad, como señala Dulanto (2000) el adolescente debe aprender a conocer su cuerpo totalmente nuevo y sus potencialidades en cuanto a los sentimientos y conducta. Debe definir el lugar que ocupará en la vida adulta y

aceptar las constelaciones de la nueva constelación de significados presentados por el medio, es decir la búsqueda de sí mismo es algo más que el mero intento de encontrar algo que ya está ahí, es un intento activo de crear una personalidad. En toda época el adolescente busca modelarse a sí mismo de acuerdo con los ideales de la cultura de sus pares.

En nuestro país, algunas de las primeras investigaciones del autoconcepto son reportadas por La Rosa (1986) el cual, a partir de asociaciones libres, construyó una escala. Sus resultados mostraron una estructura factorial de cuatro dimensiones: social, emocional, ocupacional y ética. La dimensión social fue representada en tres factores: sociabilidad afiliativa, sociabilidad expresiva y accesibilidad. Al igual la dimensión emocional se subdividió en tres factores como: estados de ánimo, sentimientos interindividuales y salud emocional. Donde sobre sale una autopercepción como más animados, felices, optimistas, joviales contentos, alegres, estudiosos, capaces, inteligentes y cumplidos. Se han considerado las primeras cuatro etapas (prenatal, infancia, niñez y adolescencia) del desarrollo humano debido a que son formativas y marcan lo que será vida adulta, además que en este periodo de crecimiento, los seres humanos son vulnerables a experimentar ciertos trastornos emocionales debido a los cambios y ajustes.

CAPITULO

//

DEPRESIÓN

En la actualidad, el incremento de trastornos depresivos, ha sobrepasado aspectos característicos de supervivencia del hombre como lo es la propia conservación, y su efecto bloqueador de necesidades biológicas, como el hambre, el sueño, etc. De acuerdo a cifras del INEGI, el número de suicidios entre niños y adolescentes se ha incrementado en los últimos cinco años entre 15 y 20% en las últimas dos décadas.

¿Qué es la depresión?, esta pregunta se ha convertido muy habitual en nuestro tiempo, pero el responderla ha causado controversia, y es causa de muchos malos entendidos, puesto que no existe una definición totalmente establecida y aceptada por toda la comunidad científica.

El término depresión se remonta a épocas muy antiguas, el cuadro patológico en forma severa fue descrito con el nombre de melancolía. Ya Hipócrates afirmaba la existencia de cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla, flema, afirmando que la melancolía era producida por la bilis negra.

Soranos de Ephesus en su descripción del cuadro clínico, señalaba como síntomas principales de la melancolía: tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia, irritabilidad y en ocasiones jovialidad. Por otra parte durante la edad media, Santo Tomás de Aquino aseguraba que la melancolía la sostenía demonios e influencias astrales, hasta que Robert Burton, publicó un trato sobre la melancolía, texto que facilitó la descripción de lo que hoy se conoce como depresión (Polaino-Lorente, 1980).

A principios del siglo XIX, Philippe Pinel, indicó que el pensamiento de los melancólicos estaba completamente concentrado en un objeto y que la memoria y la asociación de ideas estaban perturbadas, pudiendo en ocasiones inducir al

suicidio. Como causas posibles señaló, en primer término, las psicológicas y en segundo las físicas.

En 1896 Kaeplelin estableció las diferencias entre psicosis maniaco-depresiva y demencia precoz, llamada posteriormente esquizofrenia. Después, los estudios genéticos en psiquiatría llevaron a considerar a los síndromes depresivos como parte de la psicosis maniaco-depresivas, durante las primeras décadas del siglo XIX. En México se encuentran referencias de la depresión desde la era prehispánica de acuerdo a la descripción realizada por Martín de la Cruz, en el código conocido como Código Badiano, en donde se recomienda tratamientos a base de yerbas y jugos obtenidos de las flores de buen olor, para un padecimiento semejante a la depresión (Calderón, 1990, Quinn, 2003).

El reconocimiento de la melancolía, y el incremento mundial de distintos síntomas reconocidos actualmente como depresión, llevó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1979 a establecer un nuevo grupo de clasificación de enfermedades, donde se encuentra el trastorno depresivo.

A partir de la aceptación de este trastorno, distintos estudios han proporcionado variados puntos de vista sobre la depresión. Por ejemplo Seligman y Maier (1967) proponen tres constructos fundamentales acerca de la depresión: 1) La indefensión aprendida; 2) La pérdida del reforzamiento, la frustración crónica y la falta de control sobre las relaciones interpersonales; 3) El patrón cognitivo negativo, la indefensión y la desesperanza.

Seligman (1979) aplicó su modelo para explicar la depresión y llegó a la conclusión de que, la motivación está alterada en dos condiciones específicas, la primera de ellas, cuando los sujetos son enfrentados a situaciones desagradables e inevitables o a fracasos repetidos, y cuando los sujetos no buscan soluciones, se enfrentan a situaciones similares. La cognición está alterada, es decir no hay iniciativa por parte del sujeto para actuar en la situación que enfrenta. Disminución

de la autoestima, debido a que son responsables de su ineficiencia, se producen agresiones, baja el apetito, deficiencias fisiológicas.

Seligman (1979), llama indefensión aprendida, a la causa de la impotencia y desamparo que se observa en los trastornos depresivos. En la mayor parte de los trastornos depresivos la sensación de sentirse impotente se atribuye a las experiencias que vivió en el seno de la familia durante la niñez. Estas experiencias pueden ser de tres clases:

- El individuo ha tenido la amarga experiencia una relación inestable e insegura con sus padres, a pesar de haber hecho lo posible por satisfacer las exigencias de aquellos. Afecta esta situación al individuo como uno o más fracasos en el empeño de establecer o conservar una relación afectiva estable.
- El haber determinado a un individuo como un ser detestable o no querido, representado a las figuras de apego como seres inaccesibles que lo rechazan u hostigan, actuando adversamente con los demás.
- Un individuo puede haber experimentado la pérdida de un padre durante la niñez, experiencia que daña la creencia de cualquier esfuerzo que haga por enmendar su situación.

Basado en estos constructos, el primero en realizar una evaluación conductual de la depresión fue Levinsohn (1969), quien propone que los individuos deprimidos no tenían acceso a un repertorio adecuado de reforzadores positivos. Los antecedentes de estos individuos consistían en una baja tasa de gratificaciones o reforzadores positivos contingentes a las respuestas, que se podía deber a la falta de reforzadores disponibles o bien a la incapacidad del individuo para acceder a los premios, debido a la falta de habilidades apropiadas.

En el sujeto depresivo la atención y el cuidado de la familia refuerzan las secuencias conductuales depresivas. Su inestabilidad con los demás, le da menos posibilidad de obtener refuerzos sociales. El desvalimiento, se debe a una tasa baja de refuerzos positivos de las conductas del sujeto, que sufre posteriormente como consecuencia sentimientos de culpa, de pesimismo y autodesprecio.

Estas experiencias llevan a Seligman (1979) a plantear que combinación de dificultades de aprendizaje, conflictos internos y el entorno familiar desfavorable, es causa de los niños tengan dificultades escolares, provocan rechazo escolar, problemas de disciplina, consecuencias negativas y aumento de frustración culminando en la depresión.

Por otra parte, el enfoque cognitivo describe la depresión como un complejo sintomático de distorsiones cognitivas, como lo es el pesimismo extremo o una visión irreal de la propia personalidad. Según Beck (1970) se producen distorsiones características que parecen apartarse de lo que la mayoría de los individuos consideran una manera realista de pensar o interpretar al medio. Este modelo es una integración de la psicología del yo y de la psicología conductual se basa en la triada cognitiva de expectativas negativas:

- 1) al ambiente, así mismo, sintiéndose defectuoso, inadecuado, etc.;
- 2) tendencias a interpretar experiencias propias de forma negativa desde su inicio hasta el final;
- 3) y expectativas negativas hacia el futuro.

El primer patrón de la triada negativa puede referirse a una autoestima baja, mientras que el segundo patrón puede comprenderse en términos de atribuciones negativas. El tercer patrón de la triada cognitiva corresponde a la desesperanza.

Las personas deprimidas distorsionan sistemáticamente las experiencias para que se ajusten a sus conclusiones negativas. La persona mantiene la depresión a través de una serie de errores cognitivos, tales como la sobre generalización, el pensamiento de índole todo o nada, la minimización de hechos positivos y la abstracción selectiva. Dichas personas, oyen mal, perciben mal y construyen mal las situaciones para que encajen en esta línea predominante negativa.

Las evaluaciones distorsionadas implican una disminución del dominio del paciente y conducen a la tristeza. La concepción del deprimido acerca de sus tributos valiosos, relaciones y logros se ven saturadas de la noción de pérdida, pasada, presente y futura. El término de “perdedor” captura la esencia de la apreciación que el deprimido hace de sí mismo y de las experiencias. Agoniza alrededor de la idea de que ha experimentado pérdidas significativas. Si inicia nuevos proyectos lo hace con la noción de fracaso (Beck, 1976, Núñez, 2000; Gonzáles, 2006).

Mientras existe un considerable sustento empírico para el modelo de Beck de la depresión en adultos, pocos son los estudios que se han centrado en los aspectos cognoscitivos de la depresión infantil. Aunque es posible que existan *déficits* cognoscitivos en los niños deprimidos, también es probable que los errores encontrados en los adultos deprimidos puedan ser, asimismo, encontrados desde la niñez.

Dentro de la postulación del modelo cognitivo de la depresión, numerosos son los estudios enfocados al funcionamiento cognitivo de las personas deprimidas. Estos resultados han dejado claro que existen diferencias significativas entre los deprimidos y no deprimidos, los primeros manifiestan un mayor número de ideas negativas que los segundos. Por lo que la terapia cognitiva de la depresión se centra básicamente en cambiar la creencia negativa y los patrones de pensamientos ilógicos.

Finalmente el modelo psicoanalítico, representado principalmente por Freud (1917) en su obra "Duelo y Melancolía", en la cual se ocupa por primera vez del problema de la depresión, definiendo el duelo como la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción ideal. El duelo puede traer consigo desviaciones en la conducta normal, aunque pasando cierto tiempo lo supera. La melancolía se centra en lo anímico por una desazón profundamente dolorosa, una cancelación de interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí mismo, que se exterioriza en autorreproches y autodenigrarse que puede llegar a una expectativa de castigo. Aunque el duelo muestra las mismas características que la melancolía, falta la perturbación de la autoimagen, un autoconcepto negativo.

La pérdida por el mundo exterior impide escoger un nuevo objeto de amor, en el duelo el objeto de amor ya no existe más y de él se quita todo libido de sus enlaces con ese objeto, pero prevalece cada uno de los recuerdos y cada una de las expectativas, una vez cumplido el trabajo de duelo el yo se ve otra vez libre y desinhibido.

Aplicando lo dicho del duelo a la melancolía, es evidente que la melancolía puede ser reacción frente a la pérdida de un objeto amado; en otras ocasiones, puede reconocerse que esa pérdida es de naturaleza más ideal. El objeto tal vez no está realmente muerto, pero se perdió como objeto de amor, por ejemplo, el caso de una novia (o) abandonada(o). Esto nos lleva a referir de algún modo la melancolía a una pérdida de objeto sustraída de la conciencia, a diferencia del duelo, en el cual no hay nada inconciente en lo que atañe a la pérdida (Freud, 1917).

En el duelo se encuentra que inhibición y falta de interés se esclarecían totalmente por el trabajo del duelo que absorbía al yo. En la melancolía la pérdida desconocida tendrá por consecuencia un trabajo interior semejante y será la responsable de la inhibición que le es característica. Sólo que la inhibición melancólica impresiona como algo enigmático porque no acertamos a ver lo que

absorbe tan enteramente al enfermo. El melancólico muestra todavía algo que falta en el duelo: una extraordinaria rebaja en su sentimiento yoico, un enorme empobrecimiento del yo. En el duelo, el mundo se ha hecho pobre y vacío; en la melancolía, eso le ocurre al yo mismo. El enfermo describe a su yo como indigno, estéril y moralmente despreciable; se hace reproches, se denigra y espera repulsión y castigo. Se humilla ante todos a cada uno de sus familiares por tener lazos con una persona tan indigna. No juzga que le ha sobrevenido una alteración, sino que extiende su autocrítica al pasado; asevera que nunca fue mejor. El cuadro de este delirio de insignificancia, predominantemente moral, se completa con el insomnio, la repulsa del alimento y un desfallecimiento, en extremo asombroso psicológicamente, de la pulsión que compele a todos los seres vivos a aferrarse a la vida.

Para Freud (1917), el prototipo de depresión es la restricción de aportaciones narcisistas como el amor, afecto y cuidado, lo patológico es la duración, el dominio excesivo del organismo por el afecto depresivo, más que su acontecimiento. La depresión como en los otros modelos se caracteriza por la disminución de la autoestima, la sensación de impotencia, las inhibiciones de las funciones del yo en grados variables y el sentimiento subjetivo de tristeza o de pérdida. Descrito como un estado afectivo básico en el cual el yo se siente incapaz de realizar sus tendencias o aspiraciones, aunque estas metas persisten como metas deseadas. Las personas con tendencias a la depresión con frecuencia muestran una seudo independencia y una seguridad en sí mismos que es una reacción a una privación primitiva grave y una defensa contra la privación futura. En la depresión la agresión es dirigida hacia el interior a un objeto perdido e introyectado y amado de manera ambivalente.

No sólo Freud, estudia la depresión, también Klein (1960), menciona que un bebé nace con un yo arcaico como para sentir ansiedad y hay parte de ese yo que se forma por lo actual y lo accidental, además de las relaciones objétales con las cuales se identifica y utiliza mecanismos de defensa tanto en la fantasía como la

realidad. Klein (1960) hace referencia a las fantasías inconscientes como una expresión mental de los impulsos y su relación con la realidad externa, que es lo que determina el estado psíquico del sujeto. Con el nombre de la posición depresiva, Melanie Klein describe la fase que sigue a la posición paranoide o persecutoria y que corresponde al periodo durante el cual el niño es capaz de reconocer al objeto en su conjunto y no dividido. La madre, durante esta fase, es la fuente de lo bueno como de lo malo, lo cual produce en el niño su propia impotencia y dependencia. En relación con el objeto, la actitud del niño es ambivalente y la antigua angustia de temor de sus pulsiones destructivas. El niño no podrá asegurarse la posesión de ese objeto, que siente que se le escapa, más que intensificando los procesos destructivos. Por ello el niño siente la desesperación depresiva, la aflicción de este objeto perdido o destructivo y la culpabilidad de haber destruido él mismo al objeto. Se trata, según esta teoría, de una fase de desarrollo normal del niño.

Las premisas de Klein (1960) son de validez hipotética, se refiere a los supuestos objétales internos como si fueran entidades concretas y reales. Atribuye al bebé todo tipo de sofisticadas facultades, de demasiado énfasis a lo patológico en al conducta cotidiana y adaptada artificialmente a su enfoque todos los recursos terapéuticos del paciente. Ignora por completo los factores ambientales para concentrarse en el desarrollo de los procesos instintivos, y más tarde en la lucha interna entre los objetos internalizados. Se limita al mundo intrapsíquico, y así se ignora casi por completo el intercambio con personas significativas, como factor predisponente a la depresión. Por ello se dice que la patología suele presentarse cuando el yo atraviesa por algunas experiencias negativas por lo que se crea sentimientos de culpa y ciertos trastornos durante el desarrollo, lo cual no permite interactuar de manera adecuada con los otros, o con la realidad externa o interna, se siente rodeado de objetos hostiles y desintegrados, sus vínculos con la realidad están cortados o son muy dolorosos. Motivo por el cual los individuos sienten culpa y experimentan la depresión, por su incapacidad de reparar a sus objetos en la realidad y en sus fantasías.

CLASIFICACIÓN

La clasificación del síndrome depresivo siempre ha sido objeto de múltiples investigaciones y controversias, estableciéndose una diferencia entre las formas reactivas y las endógenas. La historia de la clínica de algunos pacientes muestra causas ambientales y psicológicas como factores determinantes, cuando esto es así la depresión es llamada exógena o reactiva; cuando no hay factores desencadenantes evidentes, y la depresión es considerada endógena (Perez, 2003).

Breton (1997) menciona otro tipo de clasificación, distingue principalmente entre depresión unipolar y bipolar. Unipolar, significa sencillamente que tiene un solo extremo y es un término que se aplica a todas las formas de enfermedad depresiva en el que el paciente se siente decaído. Las depresiones unipolares no tienen una fase maníaca. Cuando la persona deprimida pasa por dicha fase (maníaca), el diagnóstico es una depresión bipolar, o de dos extremos.

Los Criterios para el diagnóstico según en DSM-IV (2002) dependen de los síntomas, gravedad, y el tiempo de duración en que se manifiesten:

A.- Estado de ánimo crónicamente depresivo todo el día, manifestado por el sujeto o las personas que se encuentran a su alrededor, durante al menos dos años. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable con una duración de al menos un año.

B.- Presencia, durante la depresión, de dos o más de los siguientes síntomas:

- Pérdida o aumento del apetito
 - Insomnio o Hipersomnia
 - Falta de energía o fatiga
 - Baja autoestima
-

-
- Dificultades para concentrarse y tomar decisiones
 - Sentimientos de desesperanza

C.- Durante el periodo depresivo (dos o un año) el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D.- No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los dos primeros años de la alteración o un año para niños y adolescentes.

E.- Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F.- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G.- Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos de una sustancia o enfermedad.

H.- Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro laboral social o en otras áreas importantes para el sujeto.

Criterios de episodios depresivos del CIE-10 (2001)

- Disminución de atención y concentración
- Pérdida de confianza en sí mismos y sentimientos de inferioridad
- Idea de culpa e inutilidad
- Perspectiva negativa del futuro
- Pensamientos y actos suicidas o autoagresión
- Trastorno del sueño
- Pérdida del apetito

CAUSAS

En la etiología de la depresión es importante visualizar al hombre como un ser biopsicosocial. ¿Quién tiene más posibilidades de deprimirse? No todas las personas que tiene el mismo tipo de vida y a las que les suceden las mismas cosas manifestaran depresión. Las causas de las diferentes clases de depresión no son necesariamente las mismas. Existen ciertos factores, que hacen que algunas personas sean más propensas a este trastorno.

El sexo. Las estadísticas inducen a pensar que las mujeres son más propensas a sufrir trastornos depresivos que los hombres (Valdez, Díaz y Pérez, 2005). Edad, las personas a cierta etapa de su vida, son susceptibles a la depresión sobre todo, si pierden la autoestima. Pueden que se consideren inútiles, a pensar que son una carga para la sociedad, la familia, amigos, etc. Alguna de estas etapas son la adolescencia, la menopausia, la vejez (Laurens y Herrera, 1996).

Aun cuando no existe una clasificación oficial de las causas, se pueden dividir en causas genéticas, psicológicas y sociales.

Causas Genéticas

Como causas genéticas son de mayor importancia en las depresiones psicóticas, un buen número de investigadores ha presentado pruebas a favor de la teoría de que algunas personas son portadoras de una vulnerabilidad específica a las psicosis maníaco depresivas. Estos investigadores han tratado de demostrar que la tendencia a presentar uno de estos cuadros aumenta en proporción al grado de parentesco con la persona enferma se tome como referencia (Buendía, 1997).

No se ha podido comprobar una herencia directa de la depresión, sino simplemente de la posibilidad de transmisión de un terreno más vulnerable al cuadro, como puede suceder con otras enfermedades. Además, es preciso considerar que los miembros de una familia están sujetos a los mismos factores

ambientales que pueden determinar la depresión, y que la convivencia con una persona deprimida puede originar el mismo cuadro en alguno de sus allegados, a pesar que cada individuo asimila de manera diferente cada momento de su vida. (Calderon, 1990; Vásquez y Sixta, 1999; Breton, 1997)

Causas psicológicas

Las causas psicológicas intervienen en cualquier tipo de depresión. Los factores emocionales desempeñan un papel predominante, presentándose desde los primeros años de vida, y determina rasgos de personalidad tan profundamente enraizados en el modo de ser del individuo, algunos psiquiatras se refieren a ellos como rasgos constitucionales. Estos rasgos, sin embargo, no son heredados sino que se aprenden a través de la estrecha relación y la dependencia a los miembros de la familia y círculo social.

Existe la creencia de que casi todos los patrones neuróticos y trastornos emocionales se derivan de los conflictos y actitudes afectivas que aparecen desde la niñez, es frecuente que durante la infancia se presenten algunos trastornos, como el sonambulismo, terrores nocturnos, enuresis, berrinches temperamentales, fobias, timidez, entre otros, que se conceptúan como problemas de personalidad y de conducta. Probablemente estas manifestaciones deban considerarse como signos de conflictos específicos y de factores situacionales que han producido angustia, síntomas depresivos, etc. Sin embargo, no basta con analizar los antecedentes de la infancia para comprender las secuelas que circunstancias especiales han dejado durante los primeros años de la vida; también es necesario advertir la presencia de sentimientos de culpabilidad, de conflictos creados por necesidades inconcientes (Calderon, 1990; Breton, 1997).

La principal causa desencadenante de la depresión es la pérdida de objetos, en las distintas etapas de la vida. Por ejemplo, en las etapas de desarrollo, el cuidado materno es importante; si el niño no tiene una relación satisfactoria con su madre,

se podría volver reservado y ser incapaz de tener relaciones adecuadas en otras etapas de la vida. En la adolescencia, el niño quieto, obediente y de buena conducta suele volverse rebelde, desafiante y agresivo; su rendimiento en la escuela disminuye. La conducta rara y exasperante del adolescente emana de inexpertos esfuerzos por enfrentarse a situaciones difíciles cuando aún le falta madurez. Enfrentarse a las pérdidas propias de la edad, se considerada un factor desencadenante depresivo. Como en la niñez y la adolescencia, en la edad adulta, también se llega tener pérdidas de objetos, por lo que se dice que los cuadros depresivos, afectan a hombres y a mujeres de cualquier edad y clase social, aunque las mujeres y las personas en ciertos períodos del ciclo vital (adolescencia, menopausia, andropausia, menstruación, post parto, y en general los períodos de crisis o cambios importantes) parecen ser las más afectadas (Laurents y Herrera, 1996; Ramírez, 1998).

Causas sociales

Como se reporta en algunos autores (Vázquez y Sixta, 1999; Gonzales-Forteza, Andrade, y Jiménez, 1997, Quinn, 2003), los estados afectivos de depresivos, son una repuesta a la pérdida de los lazos de unión que han sido indispensables para la supervivencia de la especie. Durante siglos los tres sistemas de apoyo social más importantes han sido la familia, la iglesia y la comunidad, desde que inició la vida urbana estos han encontrado en las instituciones un apoyo contra los estados emocionales, como la depresión el miedo, la angustia, etc. Sin embargo, es característica de la época actual la desintegración de estas fuentes de apoyo.

Los lazos familiares se han debilitado en los últimos tiempos, muchas familias sólo se reúnen en ocasiones especiales, la comunicación se ha debilitado entre ellos, los jóvenes buscan independizarse, cada día aumenta la cifra de divorcios, familias compuestas, etc.

La iglesia como apoyo social ha desempeñado papeles importantes: da un sentido cognoscitivo a la vida, brinda consuelo durante los periodos de desesperación, especialmente si están relacionados con la muerte y presta servicios sociales a los enfermos, huérfanos, ancianos, etc. No obstante, en la actualidad los lazos religiosos se están debilitando.

Las relaciones en la comunidad existen desde tiempos muy remotos, hoy en día, lo habitual es que con dificultad conozcamos a las personas que habitan las casas colindantes a la nuestra, los compañeros en escuelas o trabajos, son seleccionados, cerrando en ciclo social a muy pocas personas.

Síntomas

Si bien éstas son las principales causas determinantes y desencadenantes, los síntomas característicos se resumen en (Bowlby, 1983; 1989; Damartarca,y Stephen,2003; Morillo y Medina-Mora, 1994):

- Pérdida de interés por las actividades normalmente placenteras, o que lo son para los demás, o pérdida de la capacidad de disfrutar con dichas actividades. Aparece también la falta del deseo de participar en cosas que antes daban placer. La pérdida de interés por las relaciones sexuales es también un rasgo de la depresión.
 - Disminución de la capacidad de concentrarse, lo cual también perjudica a la memoria para las cosas cotidianas.
 - Trastornos de sueño. Muchas personas deprimidas carecen de energía y se cansan con facilidad, pese a lo que duermen bien en la noche.
 - Variaciones de apetito. Cuando están deprimidas, la mayoría de las personas pierden el interés por la comida así como por otras actividades.
-

Algunas, sin embargo, sienten la necesidad de comer para consolarse y comen gran cantidad de chocolates, pasteles, frituras, comida chatarra.

- Disminución de la autoestima y de la confianza en uno mismo.
- Sentimientos de culpa, ideas pesimistas también podrían estar relacionados con la baja autoestima. En los episodios depresivos graves así como las sensaciones de no valer nada pueden verse acentuadas por alucinaciones en forma de voces que le dicen al sujeto lo poco que vale.
- Visiones tristes y pesimistas del futuro. Este síntoma se presenta con grados variables de intensidad. La persona deprimida tiende a tergiversar las posibilidades futuras con el fin de proyectar la peor hipótesis posible.
- Ideas o actos de daño inflingido a uno mismo o de suicidio.
- Pérdida de sentimientos. La persona deprimida pierde deseo de expresar afecto o interés por los demás.
- Disminución de la tolerancia. Algunos enfermos se encuentran con que les resulta más difícil que antes soportar el ruido y las luces intensas.

Por otra parte Calderón (1990), divide los síntomas depresivos en cuatro áreas, donde son englobados los síntomas anteriormente mencionados:

Trastornos afectivos	
Síntoma	Manifestación
Indiferencia afectiva	Disminución o pérdida de interés vitales
Tristeza	Con y sin tendencia al llanto. Ausente en depresiones sonrientes.
Inseguridad	Dificultad para tomar decisiones
Pesimismo	Enfoque derrotista
Miedo	Específico o indiferenciado, en ocasiones de absurdo
Ansiedad	Intensa por las mañanas, y en situaciones estresantes
Irritabilidad	Con agresividad que da origen a problemas familiares

Trastornos de la conducta	
Síntoma	Manifestación
Actividad disminuida	Descuido de sus obligaciones y de su aseo personal.
Productividad disminuida	Mal rendimiento en trabajo, escuela, etc.
Impulsos Suicidas	Ideas o intentos de privarse la vida
Impulso a la ingestión de alcohol u otras drogas	

Trastornos en la esfera intelectual	
Síntoma	Manifestación
Sensopercepción Disminuida	Mala captación de estímulos.
Trastornos de memoria	Dificultad para la evocación.
Disminución de atención	Mala fijación en las hechos de la vida cotidiana.
Disminución de la comprensión	Mala comunicación
Ideas de culpa o fracaso	Autodevaluación, incapacidad de enfrentamiento.
Pensamiento obsesivo	Ideas o recuerdos repetitivos molestos.

Trastornos somáticos	
Síntoma	Manifestación
Trastornos en el sueño	Insomnio o hipersomnias
Trastornos de apetito	Anorexia o hambre compulsiva
Disminución de la libido	Debilitamiento o desaparición del deseo sexual.
Cefalea tensional	Afecta la preferencia a los músculos de la nuca y a los temporales.

Estos son las principales manifestaciones en los adultos, sin embargo los estudios enfocados concretamente a la depresión infantil, indican que existen ciertas diferencias entre los adultos y niños, por lo tanto conocer estas diferencias es importante para su diagnóstico.

CAPITULO

III

DEPRESIÓN INFANTIL

Las referencias que tenemos sobre el estudio de las depresiones infantiles son relativamente extensas, por lo que Polaino-Lorente (1998) proponen un periodo de evolución de cuatro periodos, como una forma de contextualizar el estudio de las depresiones infantiles:

1.- El periodo inicial, es el más extenso en el tiempo, en este encontramos el comienzo del concepto melancolía, la base para posteriores estudios y surgimiento del termino depresión, que principalmente se refería solo a los adultos.

2.- En le siglo XIX, aparecen referencias muy numerosas acerca del tema concreto del suicidio infantil, ligado con la depresión. Ya en el siglo XX, representado por el inicio de la aparición de textos de psiquiatría infantil de los autores como Cahrales West, en la Gran Bretaña; Emminghaus, en Alemania; Delasiauve, Filibiliu o Moraeau de Tours, en Francia; de Vidal Perera en España.

3.-. El Psicoanálisis fue una influencia predominante en el contexto histórico y científico del siglo XX. Se apoyo al término “depresión”, que poco a poco se aplicó en la literatura.

4.- Esta etapa es caracterizada por el desarrollo de la psiquiatría infantil, donde se da una producción bibliográfica en la que se hace un análisis de algunos aspectos concretos de la enfermedad depresiva, especialmente a los que se refieren a la epidemiología, a las técnicas de diagnostico y a la intervención terapéutica.

A lo largo de la historia de la depresión se desprende el primer texto importante sobre el tema de la melancolía, “La anatomía de la melancolía” que data de 1621, del conocido Robert Burton.

Burton fue un clérigo, afectado de la melancolía, que describió de manera erudita, magistral y suficientemente. Sin embargo, una de las primeras referencias de el estudio de la patología infantil es de James Parkinson, el público en 1807 “Observations on the excessive indulgent of children” donde admite la existencia y aparición de una forma de melancolía posiblemente debida a pautas educativas inconcientes. Las experiencias de felicidad o infelicidad dependen en gran parte del tratamiento recibido de los padres en la etapa infantil (Polaino-Lorente, 1998).

Hacia el siglo XX aparecen dos textos más sobre psiquiatría infantil, las obras realizadas por Delasiauve y West, quienes dan aportaciones sobre la existencia de la depresión infantil, aunque sus obras “Lecons sur la manie infantile” y “Lettres sur le suicide”, respectivamente, que no son muy consultadas.

Las aportaciones de los estudios sobre el suicidio infantil, denotan que algo sucede con aquellos niños que recurren al suicido, que si bien no siempre está relacionada directamente con la depresión, pero no se puede negar ciertas relaciones entre ellos. En el segundo tercio del siglo XIX, los trabajos quizás más representativos del tema, lo encontramos en la literatura Francesa, tales como las investigaciones de Dominique Esquirol, Pinel, Durand-Fardel, entre otros (Polaino-Lorente, 1998).

Posteriormente, la influencia de psicoanálisis se vio marcada por el psicoanálisis ortodoxo, postura que se negaba a admitir las depresiones en la infancia, según la conceptualización freudiana de las depresiones, éstas sólo se manifestaban en el adulto debido a su dependencia en la interacción entre diferentes estancias de la personalidad, y no se desarrolla en las etapas evolutivas infantiles, por lo tanto no sería posible la emergencia de los cuadros depresivos en la infancia. Las primeras referencias dignas de tomarse en cuenta sobre el estudio de la depresión en niños fueron hechos desde la década del 30, al respecto pueden citarse trabajos de K. Abraham, M. Klein, B. Rank, R. Spitz, J. Anthony, P. Scout y Seisedodos

(1960;1969) A pesar de ello, no es hasta la década de los 60 que empieza a crecer considerablemente el interés por el fenómeno (Lang, 2000; Daw, 2004) pero no es sino hasta el IV Congreso de la Unión de Paidopsiquiatras, efectuado en Estocolmo en 1971, donde se discutió exclusivamente las ideas relacionadas con el tratamiento de los estados depresivos en niños y adolescentes. Y a partir de ésta discusión, la aceptación de la depresión infantil, como concepto científico, fue casi unánime, y las divergencias teóricas se centran entre aquellos autores que consideran que es equiparable al adulto, y por tanto, se puede diagnosticar y evaluar con los mismos criterios e instrumentos (Calderón, 1990).

A partir de entonces, las investigaciones sobre la depresión han tomado importancia, y en las últimas décadas, se han realizado investigaciones sobre la manifestación depresiva. Las evidencias sobre el incremento de la depresión en el mundo llevaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a modificar la forma de expresión del impacto de las enfermedades en la sociedad para dejar de observarlas con base en el número de muertes que ocasionan, enfocándose, en cambio, en la pérdida de vida saludable, traducida como el abandono del empleo o la escuela, la desintegración familiar y la violencia dentro y fuera de la familia.

Mientras en el año 2000 la depresión se ubicó en el cuarto lugar en la tabla de enfermedades causantes de discapacidad, después de las infecciones respiratorias bajas, las condiciones perinatales y el VIH/sida, la OMS calcula que en 2020 ocupará el segundo sitio, sólo detrás de las enfermedades isquémicas cardíacas.

De ahí la necesidad urgente, de diseñar programas de prevención y detección para apoyar a los individuos y las familias dañadas por la depresión. Los riesgos son severos, pues la falta de atención del padecimiento puede llevar a los afectados a una de las complicaciones más temidas: el suicidio. Actualmente, 60 por ciento de las muertes autoinfligidas están relacionadas con episodios depresivos.

En México, además de lo anterior, sobresale el incremento en el número de las muertes autoprovocadas. Prácticamente se duplicaron en una década, al pasar de mil 405 en 1990 a dos mil 736 en 2000. En 2003 la cifra se elevó todavía más para ubicarse en tres mil 327 casos, señala información del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI).

Clasificación de la depresión infantil

Como en la clasificación de la depresión en adultos, la depresión infantil también es clasificada de diversas formas (Bosqued, 2005; Quinn, 2003; Matson, 1989, Méndez, 2002; Núñez, 2000; Ugarte, 2000; Gonzáles, 2006):

- a) Según su naturaleza, se considera primaria, si es el trastorno principal que se presenta en el niño, o secundaria, cuando es consecuencia de ciertas enfermedades como hipotiroidismo o problemas psicológicos como la drogadicción.
- b) Según su complejidad es unipolar, depresión propiamente dicha, o bipolar, alternando con fases de depresión y fases de manía o ánimo anormalmente eufórico, esto es, cuando el joven experimenta marcados altibajos en su estado afectivo, pasa por distintos estados de ánimo opuestos, de estar hundido a encontrarse aparentemente feliz.
- c) Según su severidad, se diferencia entre depresión mayor, que cumple los requisitos del trastorno, y distimia, o estado de ánimo depresivo persistente pero menos severo y no reúne los criterios de diagnóstico exigidos.
- d) Según su origen, se denomina endógena, si la causa desencadenante es interna como alteraciones.

Causas de la depresión Infantil

La depresión infantil, como en los adultos es el resultado de la interacción de factores ambientales y personales. Un niño muy vulnerable se puede derrumbar ante pequeñas contrariedades, mientras que un niño competente sólo se viene abajo ante una gran adversidad.

Causas Sociales

Los factores influyentes de la depresión van desde la familia, el tipo de educación, interacción con otras personas, hasta factores biológicos. Primeramente las cuestiones familiares, son de su importancia. La familia es la institución social que dirige la formación física, moral y espiritual del individuo. Es en el hogar donde se crece y se desarrolla acorde a los preceptos dictados por sus padres. La familia permite al individuo adaptarse a las condiciones históricas y sociales de su tiempo (Nieto, 2000; Guelar y Crispo 2000). Los elementos que ésta proporciona son los que modelan a su hijo de acuerdo a la escala de valores que poseen según las metas y expectativas que pretenden alcanzar en formación de sus hijos. Los patrones socioculturales de cada familia son únicos. Cada una tiene rasgos propios, que son una consecuencia de la formación educativa de cada uno de los progenitores, de su nacionalidad, su religión, su raza, su lengua, su mentalidad, su nivel cultural, etc.

La dinámica familiar, la armonía o desarmonía en sus relaciones conyugales, la organización de los papeles de autoridad y guía, de derechos y obligaciones que rigen su sociedad matrimonial, todo va a repercutir en la formación de la personalidad del individuo (Andrade, 1998). Un clima acogedor, afectuoso y comprensivo contribuye a reforzar la autoestima del niño, en sus capacidades y lo impulsan a vencer sus propias deficiencias.

Por lo que los teóricos se han dado a la tarea de estudiar las relaciones familiares y su integración, Padilla (1984) menciona que existen tres tipos de familias:

1.- Familia nuclear. Formada por padre, madre e hijos. Dentro de ésta existen dos tipos de familia, según el estilo de relaciones interpersonales, que se establezcan en ella.

- a) La familia diádica: donde independientemente de que existe físicamente la madre o el padre, la relación fuerte es entre los padres, entre la madre y los hijos o el padre y los hijos.
- b) La familia triangular, en la cual se da un equilibrio relativo en las relaciones entre padre, madre y los hijos.

2.- Familia extendida. La cual incluye a la familia nuclear más un número indefinido de parientes (abuelos, tíos, sobrinos, etc.)

3.- Familia ampliada. Es integrada por familias separadas, esto es consecuencias de la alta tasa de divorcios.

La integración familiar es de suma importancia para el desarrollo emocional infantil. Los problemas de relación entre padres, entre los padres e hijos o entre hermanos repercuten negativamente en el ajuste emocional del niño. Por esta razón el análisis del clima familiar (Nieto, 2000)

Los estudios revelan que un porcentaje significativo de casos de depresión infantil proceden de hogares rotos. La ruptura de la relación matrimonial implica la pérdida de reforzamiento. El patrimonio familiar se divide y el contacto con uno de los progenitores se restringe al régimen de visitas prefijadas. Estos cambios se reflejan en la vida cotidiana de los niños. Algunos divorcios constituyen, experiencias desagradables, por las discusiones frecuentes, por el chantaje emocional que se puede presentar por parte de alguno de los padres (Méndez, 2002; Núñez, 2000; Gonzáles, 2006).

También la muerte de algunos de los padres, la negligencia en los cuidados básicos como la alimentación, vestido, higiene, educación, el rechazo psicológico del hijo, los malos tratos, el abuso sexual son desencadenantes posibles de la depresión en la infancia.

Las deficiencias en las pautas de crianza y los estilos de educación inadecuados constituyen factores de riesgo. Los padres afectivamente fríos y distantes, disciplinariamente rígidos e inflexibles, comunicativamente parcos desinteresados, generan tristeza y resentimiento en sus hijos. En el polo opuesto, los padres sobreprotectores y permisivos crían hijos con baja tolerancia a la frustración una variable que predispone a la depresión (Dulanto, 2000).

Las diferencias entre hermanos también influyen en el estado de ánimo de los individuos, aunque en menor medida que los problemas relacionados con los padres. Posteriormente del contexto familiar, el ingreso a un entorno escolar marca nuevas formas de comportamiento, de interacción con sus profesores y pares. Para Méndez (2002), la influencia de los profesores recae en la adolescencia y es reemplazada por el peso de las opiniones de compañeros. Con el ingreso al ámbito escolar aparecen nuevas causas de la depresión como el fracaso escolar, las decepciones de los amigos o desengaños amorosos.

Causas personales

El ambiente no influye por igual en todos los niños. Algunos especialmente sensibles reaccionan de formas muy intensas. Se entristecen, lloran, pierden el apetito, sufren pesadillas. Además, tardan días en superar procesos dolorosos. La explicación de lo anterior consiste no sólo en los ámbitos sociales también esta en diferencias individuales en la vulnerabilidad (Méndez, 2002, Ladrón, Alcalde y Viña, 2001)

Vulnerabilidad biológica

La tasa de depresión es mayor en los hijos de padres con este trastorno o con otros problemas como alcoholismo. La observación de antecedentes familiares sugiere la hipótesis de la transmisión genética, aunque no se ha encontrado un marcador específico de depresión infantil. La depresión paterna, especialmente de la madre, es un factor de riesgo. Sin embargo, es difícil separar la supuesta predisposición genética de las influencias tempranas. Una madre deprimida presta menos cuidados y atenciones al bebé, habla y juega menos con su hijo y sus interacciones son más negativas y estresantes.

Vulnerabilidad psicológica

Los factores de riesgo psicológicos se refieren a episodios anteriores, repertorios básicos de conducta, comorbilidad y personalidad. Depresiones precedentes, déficits serios de habilidades académicas, atribucionales, de solución de problemas, de autoobservación, etc. Problemas psicológicos, como fobia escolar, hiperactividad, abuso de alcohol, elevado neuroticismo son causas potenciales y agentes facilitadores de depresión (Breton, 1997; Méndez, 2002).

Vulnerabilidad social

El desarrollo social del niño promueve su adaptación y su ajuste emocional. Las dificultades en esta área, como déficits en habilidades sociales, niveles elevados de ansiedad ante las personas del sexo opuesto durante la adolescencia o agresividad y conducta antisocial, contribuyen al origen de la depresión.

Reforzando lo anterior Lang y Tisher (en Seisdedos, 1997), toman en cuenta como factores determinante y desencadenantes:

a) el ámbito familiar, condiciones negativas de la familia, depresión de los padres, malas relaciones matrimoniales, mala interacción entre padres e hijos, malas relaciones entre hermanos falta de caricias, felicitaciones y

b) factores intrapersonales en la que se observa la falta de habilidades sociales que conducirían a los niños vulnerables a la depresión a situaciones de rechazo o aislamiento social.

Síntomas

Una serie de características que se presentan, en su mayoría cuando la depresión hace su aparición en adolescentes y adultos, sin embargo, se diferencia de ellas, no sólo por su edad de presentación, sino por el elemento consignado en el DSM-IV son: las conductas agresivas. Cabe la pena resaltar que la depresión en la infancia y la adolescencia puede alterar el funcionamiento normal de los sujetos en múltiples áreas, desde las somáticas hasta las psicológicas y sociales, pero ese concepto no posee el mismo sentido que en los adultos, y representa una experiencia diferente según la edad. (Pérez, 2002; 2003).

Por otra parte los principales síntomas de la depresión infantil mencionados por Arieti (1981) son: sentimientos de culpabilidad y minusvalía, baja autoestima, comportamientos destructivos, pérdida de interés en actividades que antes era de su agrado, dificultad para concentrarse en actividades escolares, fatiga constante e irritabilidad, problemas en el sueño, duerme mucho o sufre de insomnio, pensamientos frecuentes de muerte, o intentos de suicidio, aislamiento social, poca atención en la higiene personal, dolores de cabeza, etc.

Reafirmando estos síntomas de la depresión infantil (Breton, 1997; Bosqued, 2005; Quinn, 2003; Matson, 1989, Méndez, 2002; Núñez, 2000; Ugarte, 2000; Gonzáles, 2006).

-
- Se comportan de manera grasera o se muestran irritables sin razón aparente. Toleran poco la frustración, son exigentes y difícilmente se les complace pues se quejan casi de todo.
 - Por lo general se ven tristes, cansados o enfermos. Son llorones y al parecer no tienen la misma curiosidad y energía propia de la infancia o carecen sentido del humor y la capacidad de disfrute que muestran otros niños de su edad.
 - Dicen sentirse indispuestos o se quejan de dolores de estómago, de cabeza u otras dolencias físicas.
 - La angustia los abrumba con facilidad y suelen preocuparse o mostrar temores de manera exagerada.
 - Se sienten perturbados cuando no están con sus padres. Casi nunca se separan de ellos y son dependientes. Pueden presentar conductas regresivas, a veces, por ejemplo, se chupan el pulgar o se orinan en la ropa.
 - Pierden el interés en actividades que normalmente disfrutaban.
 - Son tímidos o tienen problemas para hacer amigos. Se ponen nerviosos al interactuar con otros o desenvolverse ante otras personas. Se vuelven cada vez más retraídos.
 - Sus calificaciones tienden a bajar.
 - Hablan sobre la muerte y la agonía de las personas.
 - Autoconcepto negativo que incluye sentimientos de inadecuación, inutilidad y desamparo.

Detectar la depresión en los adolescentes es particularmente importante debido a la elevada proporción de suicidios que suscitan en este grupo, cuya frecuencia se ha triplicado en los últimos años (Guelar y Crispo, 2000).

La depresión ataca más rápidamente a los adolescentes que a los niños pequeños. Los síntomas y los estados de ánimo prevalentes también suelen cambiar con mayor rapidez en ellos que en los adultos, posiblemente por diversos

cambios fisiológicos que experimenta su cuerpo durante esta etapa (Dulanto, 2000, Guelar y Crispo 2000, Méndez 2002).

Algunos de los síntomas depresivos en la adolescencia:

- Se muestran malhumorados, reaccionan desproporcionadamente, además resulta difícil convivir con ellos.
- Son agresivos, rebeldes, a veces presentan conductas delictivas.
- Su rendimiento escolar es bajo.
- Pierden el interés en practicar deportes, salir con amigos o actividades que le interesaban.
- Asisten a fiestas compulsivamente, buscan romances o pleitos frecuentemente y en ocasiones son temerarios. O bien se sitúan en el extremo opuesto: no tiene ni un minuto de descanso, se vuelven deportistas compulsivos o estudian en exceso.
- Tienen una autoestima baja
- Se sienten poco atractivos o creen que no les agradan a los demás, aunque las preocupaciones sean infundadas.

Medición

La depresión infantil, es sin duda un tópico que cuenta con mayores posibilidades de convertirse en un área ampliamente estudiada, por lo que es importante contar con herramientas que faciliten el diagnóstico y arrojen datos para su comprensión, para ello se han creado escalas de evaluación. Con la ayuda de la psicometría, debido a que es la rama de la psicología que se ocupa de elaborar y validar instrumentos fiables y válidos, para una detección rápida (Méndez, 2002).

El desarrollo de las primeras escalas de evaluación fue de tipo general, debido a que se utilizaban para estudiar los síntomas de pacientes ambulatorios de psiquiátricos, sin tratar de encontrar la naturaleza del padecimiento. En la actualidad se considera que el uso de escalas de evaluación, son un elemento de

ayuda para el diagnóstico y también como un medio para valorar la evolución del cuadro depresivo (Del Barrio, 1997; Breton, 1997).

Generalmente las escalas son pruebas de papel y lápiz. Donde el niño lee los enunciados de la prueba, los contesta en los espacios correspondientes. La estructura habitual es una lista de características o síntomas de la depresión y una escala ordinal o numérica para evaluar la gravedad, las instrucciones deben ser claras, concisas, breves, especificando que no hay respuestas correctas o incorrectas y se pide honestidad en cada una de las contestaciones.

Existen varios tipos de escalas, las más comunes, únicamente registran síntomas, y se utiliza para conocer el estado del paciente y para evaluar los cambios que podrían presentarse. Otras escalas tienen por objeto ayudar a establecer el diagnóstico del paciente, por lo que toma en cuenta además de los síntomas, otros aspectos, como pueden ser los antecedentes personales y familiares. Algunas escalas se utilizan para evaluar solamente resultados terapéuticos, por lo tanto, además de los síntomas, incluyen apartados que se relacionan con la respuesta a tratamientos anteriores.

Otra clasificación de escalas, se realiza de acuerdo a su diseño, algunas escalas están diseñadas para ser utilizadas por expertos, y otras por personas sin entrenamiento especial. Pueden ser aplicadas por el mismo paciente, estas ahorran tiempo, pero una de sus limitaciones, es que el paciente debe tener capacidad de entender y resolver la prueba, lo que no siempre sucede cuando hay un cuadro de depresión severa. Cuando la escala es aplicada por una persona capacitada, el rendimiento mejora y se evitan errores, esto permite no sólo obtener un buen reporte, que facilite el diagnóstico, sino también aportará la observación de la capacidad y seguridad del paciente para realizar la prueba (Calderón, 1990, Gonzáles, 2000).

Actualmente hay un gran número de escalas, pero las más conocidas y utilizadas son: El Inventario Multifacético de la personalidad, la escala de Hamilton, Inventario de Beck, la escala de autoevaluación de Zung, el inventario de depresión para niños, de Kovacs y Beck, Escala de depresión infantil, de Lang y Tisher, Face Valid Depresión Scale for Adolescents, de Mezzich y Mezzich, entre otros.

Mediciones especializadas de depresión

Existen gran variedad de escalas, o pruebas psicométricas para la detección de síntomas depresivos, sin embargo existen tres especialmente recomendadas, para población mexicana debido a que se encuentran publicadas en castellano:

Inventario de Depresión Infantil de Aaron Beck

Es una prueba pionera y la más ampliamente difundida. Es sencilla y rápida de contestar. Se construyó a partir del inventario para adultos de Aaron Beck, reducido, eliminando ítems como los relacionados al interés sexual, introduciendo nuevos ítems como los relacionados con la escuela y reformulando algunos, con la finalidad de adecuarlos al lenguaje de los pequeños.

Existe una versión abreviada de 10 ítems publicada por Maria Kovacs en 1992 y una adaptación española con dos formas, una para padres de niños pequeños y otra para adolescentes de 11 a 16 años.

Cuestionario de Depresión para niños de Lang y Tisher

Es también uno de las pruebas más antiguas y conocidas. Se diseñó directamente para niños, en un rango de 8 a 16 años, proporciona información detallada, ya que consta de seis subescalas depresivas y dos aspectos positivos.

- Respuestas afectivas (RA)
- Problemas Sociales (PS)
- Auto-Estima (AE)
- Preocupación por la muerte/salud (PM)
- Sentimientos de Culpa (SC)
- Depresivos Varios (DV)
- Ánimo-Alegría (AA)
- Positivos Varios (PV)

Inicialmente, se elaboró para la aplicación individual. Cada ítem está escrito en una ficha que el niño clasifica en el apartado que mejor caracteriza lo que le está pasando: “muy de acuerdo”, “de acuerdo”, “no estoy seguro”, “en desacuerdo”, “muy en desacuerdo”. La versión española permite la aplicación en grupo.

Sé cuenta, en la población mexicana con la validación en 1996 de la Escala de depresión para niños de Lang y Tisher, realizada por Cruz-Jiménez, Morales-Medina, Ramírez-Ortiz, en 1996, en esta versión se manejan las mismas subescalas, a pesar obtener en el análisis factorial una reestructuración de los reactivos, no se consideró, por lo que la prueba quedo igual a la versión española. Debido a los cambios de la población en 10 años, y las recientes investigaciones, que reportan un incremento de este trastorno en la infancia, realizar una revalidación, resulta de apoyo para los clínicos e investigadores en la detección y prevención de la depresión infantil.

Escala de la Evaluación de la Depresión.

Es la única creada por españoles para evaluar la depresión infantil. Se basa en la experiencia clínica y en otros tests de depresión: CDI, DDS y DSRs-C. Incluye una subescala de depresión y otra de felicidad.

Algunas otras escalas complementarias:

Escala de desesperanza

La escala de desesperanza es un inventario de autoinforme de 17 reactivos, diseñada para evaluar sentimientos de pesimismo y desesperanza del niño acerca del futuro. El instrumento está diseñado para utilizarse con niños de 8 a 13 años de edad. Esta escala proporciona estimados de confiabilidad de menos de .80, y se correlaciona con las mediciones de los autoinformes de depresión. Identificándose dos factores: 1) sentimientos quizá de que el futuro pudiera ser negativo, y 2) sentimientos de que no puede hacer nada para cambiar la eventualidad. La escala es más útil como método de recolección de datos acerca de los sentimientos de desesperanza, es recomendable la utilización de otra escala que refuerce los datos obtenidos (Núñez, 2000).

Escala de clasificación de depresión en niños (CDRS-R)

La CDRS-R (Children's Depresión Rating Scale-Revised) es un inventario breve de sintomatología depresiva para niños de 6 a 12 años de edad que completa mediante información combinada del niño, padres y maestros. Los reactivos del CDRS-R se clasifican en una escala de siete puntos, donde las puntuaciones más altas indican problemas de depresión. Los reactivos evalúan el estado de ánimo depresivo, síntomas físicos y síntomas vegetativos. La evidencia de la confiabilidad intercalificadores y la confiabilidad test-retest ha sido favorable.

Inventario por nominación de los compañeros (PNID)

El PNID (Peer Nomination Inventory for depresión) incluye 20 reactivos que evalúan tres aspectos: depresión, felicidad y popularidad. Está diseñado para evaluarse en el salón de clases; la puntuación de un niño es el número de nominaciones divididas entre el número de estudiantes que clasificaron al niño en el salón. Se suman las puntuaciones de los reactivos para proporcionar una puntuación total. Aunque no es una medición sólida par la depresión clínica, puede servir como una fuente de datos adicionales en la evaluación de niños para medir la popularidad, interacción social y la felicidad de acuerdo a la percepción de sus compañeros. Información de esta naturaleza puede ayudar a determinar el punto de intervención en las conductas del salón de clases, el ambiente familiar, mejorando la adaptación del niño (Méndez, 2002; Comeche, García y Vallejo, 1995; Arnold, Krasner y Garfield, 1990).

CAPITULO

IV

Propósito

Uno de los tópicos estudiados en el campo de la psicología es la depresión, sus características, causas, diagnóstico, tratamiento, etc. Sin embargo los investigadores se enfrentan a las pocas exploraciones que se realizan en México, por lo que la mayoría de los investigadores mexicanos recurren a bibliografía de otros países, que no siempre es adecuada para la explicación del comportamiento de población, ya que cada país tiene sus propias características y necesidades.

A pesar de la literatura sobre depresión, se sabe poco acerca de la depresión infantil. El país donde más se han desarrollado investigaciones es en España, reportando 183 escritos en los últimos veinte años, y en México, no se tienen un reporte formal, sin embargo se puede afirmar que el número de investigaciones es menor. Si la literatura dedicada a explorar el fenómeno es poca, por consecuencia el estudio sobre su diagnóstico, también lo es.

La depresión se ha convertido en uno de los trastornos mentales más frecuentes, que afecta a hombres y a mujeres de cualquier edad y clase social, aunque las mujeres y las personas en ciertos períodos del ciclo vital parecen ser las más afectadas (Laurents, y Herrera, 1996; Ramírez, 1998). Por ejemplo, en la niñez, la adolescencia, a pesar de ello, las investigaciones sobre la depresión infantil, tal vez esto se deba a los pocos instrumentos que se cuentan para su detección. En México el estudio y la existencia de escalas son limitados. Por lo consiguiente el propósito de la presente investigación es revalidar la Escala de Depresión para Niños (CDS) de M. Lang y M. Tisher en la población del oriente del Distrito Federal. Con la finalidad de aportar datos sobre este tema, que este sea más estudiado y existan herramientas validas y confiables que faciliten la detección y prevención de la depresión infantil.

Objetivo General

Revalidar la Escala de Depresión para Niños (CDS) de M. Lang y M. Tisher en la población del oriente del Distrito Federal.

Objetivos particulares

- Investigar si existen diferencias estadísticamente significativas entre niñas, niños y la manifestación de síntomas depresivos.
- Investigar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las edades y la manifestación de síntomas depresivos.
- Investigar si existen diferencias estadísticamente significativas entre el grado escolar y la manifestación de síntomas depresivos.

Hipótesis estadísticas

Ho: No existe diferencia significativa estadísticamente, en la presencia de síntomas depresivos entre los participantes de sexo masculino y femenino.

Ho: No existe diferencia significativa estadísticamente, en la presencia de síntomas depresivos y la edad de los participantes.

Ho: No existe diferencia significativa estadísticamente, en la presencia de síntomas depresivos y el grado escolar de los participantes.

Variables Independientes:

Edad: Años cumplidos por cada uno de los participantes.

Sexo: Diferencias orgánicas correspondientes al ser hombre o mujer

Grado escolar: El nivel escolar (Grado escolar que cursaban los participantes, en el momento de la aplicación).

Variable dependiente:

Depresión

Definición conceptual:

Depresión infantil: Respuesta humana, al exponerse a cambios bruscos en o pérdidas de seres u objetos queridos de su vida, caracterizada por un autoconcepto negativo, disminución de la productividad, preocupación por la muerte, problemas de agresión (Lang y Tisher, 1978).

Definición operacional: La respuesta dada por los participantes, en la escala de depresión.

MÉTODO

Participantes

Se trabajó con 1080 participantes, con un rango de edad de entre 8 y 15 años. Estudiantes del 3º al 6º grado de primaria y los tres grados del nivel secundaria de la zona oriente del Distrito Federal. El 50.38% del sexo femenino, el 46.62% del sexo masculino. La muestra fue no probabilística de tipo propositivo, por cuota (Hernández, 2003 y Kerlinger, 2002).

Instrumentos

Se utilizó el Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) de M. Lang y M. Tisher, validada en México en 1996 por Cruz-Jiménez, Morales-Medina, y Ramírez-Ortíz. Con un Alpha de Cronbach de .96. Consta de 66 elementos, 48 reactivos de tipo

depresivo dividido en 6 subescalas negativas, y 18 reactivos de tipo positivos separadas en 2 subescalas. Estos conjuntos se mantienen separados y permiten dos escalas generales independientes: 6 Total depresivo y 2 Total positivo, lo que nos da un total de 8 subescalas. Con opción a 5 respuestas que van desde “Muy de acuerdo” hasta “Muy en desacuerdo” (Anexo 1).

Procedimiento

Esta investigación se llevo a cabo, en 6 diferentes escuelas oficiales de educación primaria y secundaria, de la zona oriente del Distrito Federal. Se les pidió a los sujetos que contestaran el cuestionario CDS de manera voluntaria. Para los participantes de 3º y 4º grado de primaria la aplicación fue individual, mientras que para los de 5º grado de primaria a 3º grado de secundaria, se aplicó de manera colectiva, en ambos casos se contó con el apoyo de 4 psicólogos, con una previa capacitación, con la finalidad de evitar variables extrañas en la aplicación colectiva y asegurar se respondiera de manera individual la escala. En cada una de las aplicaciones se dieron las siguientes instrucciones y ejemplos:

SE TE COMUNICA QUE LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONES SERÁ **ABSOLUTAMENTE CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA.**

SI FUERAS TAN AMABLE DE CONTESTAR LAS SIGUIENTES FRASES QUE SE TE PRESENTAN. OTROS NIÑOS YA LAS HAN CONTESTADO, SÓLO ES PARA SABER CÓMO PIENSAN O CÓMO SE SIENTEN, SI ESTÁN DE ACUERDO O NO SOBRE LO QUE DICEN LA FRASES.

DE ANTEMANO, TE DAMOS LAS GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN.

A continuación se te presentaran una serie de frases en las cuales al final, en el cuadro deberás colocar solo el número que corresponda a que tan de acuerdo o desacuerdo, estás con la oración leída. Ejemplo:

-
- 1.- Muy de acuerdo**
 - 2.- De Acuerdo**
 - 3.- No estoy seguro**
 - 4.- En desacuerdo**
 - 5.- Muy en desacuerdo**

100	Me gustan las visitas a los museos.	1
-----	-------------------------------------	---

Como en mi caso si me gustan mucho las visitas a los museos coloqué el número (1) ya que estoy muy de acuerdo con la oración

120	Me gusta ir a nadar.	4
-----	----------------------	---

Como en mi caso no me gusta ir a nadar coloqué el número (4) ya que estoy solamente en desacuerdo con la oración.

Los análisis estadísticos realizados para la revalidación del instr

- a) La obtención del sesgo de cada reactivo. Los reactivos que no cumplan con el criterio de corte establecido, serán eliminados. (+/- .5-2)
 - b) Prueba "t de Student" para verificar la discriminación de los reactivos.
 - c) Se obtuvo la correlación reactivo/escala. Los reactivos que no cumplan con el criterio establecido serán eliminados. (.300). (Validez de contenido)
 - d) Un análisis factorial con rotación varimax para verificar la validez de constructo.
 - e) Se depuraron los reactivos, y se tomaron los de mayor carga factorial de acuerdo al Alpha de Cronbach, para la construcción definitiva de la escala (Validez de constructo)
-

El análisis realizado para los objetivos particulares fue:

- a) Se realizó un ANOVA, por las tres subescalas obtenidas en el proceso de revalidación y la escolaridad, edad y género de los participantes
- b) Se realizó una prueba Post-hoc de Tukey para las variables escolaridad y grado escolar, con el fin de encontrar al grupo que era distinto a nivel estadístico.

CAPITULO

V

RESULTADOS

Frecuencias

Se trabajo con 1080 participantes, 544 mujeres correspondiente al 50.38% y 536 hombres que corresponde al 46.62% de la muestra. El 11% de la muestra correspondió a los participantes del 3º grado de primaria, el 14% al 4º, un 17% al 5º, y el 16% al 6º de primaria. Mientras que en el nivel secundaria desde el 1º al 3º se trabajó con el 14% de la población por grado (ver gráfico 1).

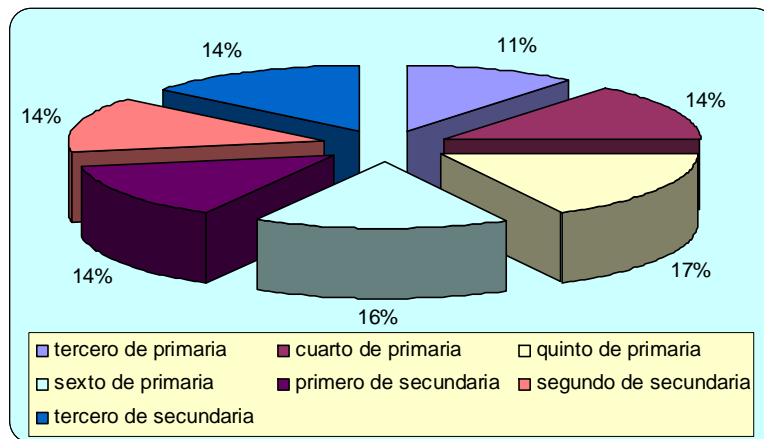


Gráfico 1.- Porcentajes por grado escolar.

El porcentaje de la muestra obtenido por edad fue de un 6% (70) con la edad de ocho años, 14% (146) de nueve, 16% (173) con diez años, un 17% (182,187) con once y doce años, 14% (156) con trece años, 13% (139) con catorce y un 3% (27) con quince años (Ver gráfico 2).

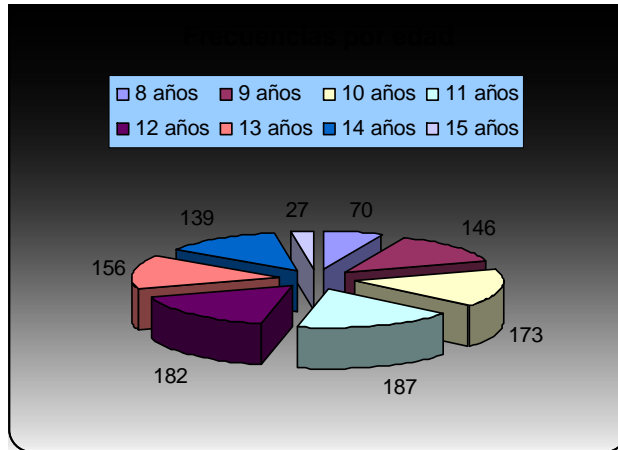


Gráfico 2.- Frecuencias por edad.

Finalmente, se observó que la mayoría de los sujetos viven con ambos padres con un porcentaje del 78% de la muestra, en segundo lugar, los niños que viven sólo con su madre con el 16%, seguido del 4% de niños que viven con otros familiares como tíos y abuelos y del 2% de niños que reportan vivir sólo su padre (Ver gráfico 3).

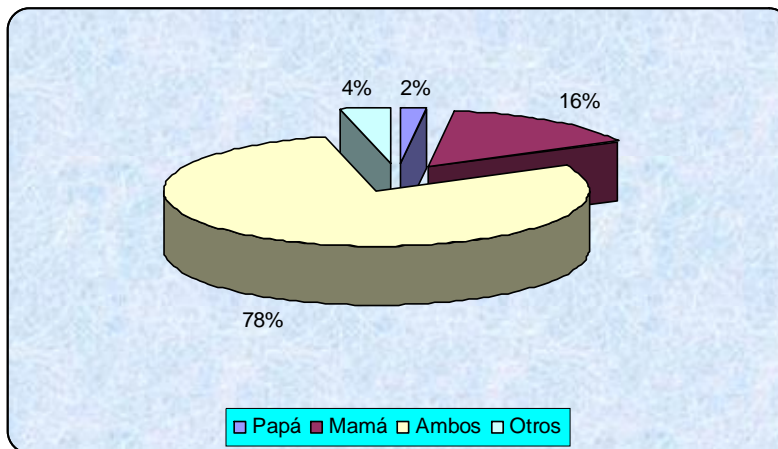


Gráfico 3.- Porcentaje sobre la pregunta "con quién vive"

Una vez obtenidas las frecuencias de la muestra, se prosiguió a los análisis respectivos para la revalidación de la escala CDS. Los pasos a seguir, 1) la obtención del sesgo; 2) obtención de los valores "t": 3) correlación reactivo/escala de cada una de los reactivos. En la obtención del sesgo, se eliminaron los reactivos que no cumplían el rango establecido (+/- .5 – 2).

Para la obtención de la “t”, se obtuvo la calificación total de la escala para cada uno de los participantes, creándose dos grupos, los de mayor y menor puntaje, con la finalidad de realizar una comparación de medias y obtener la puntuación de “t” de student, finalmente eliminar los reactivos que no sean significativos estadísticamente.

Posteriormente se obtuvo la correlación reactivo/escala, donde se eliminaron algunos reactivos más, porque no cumplían el punto de corte de .300

Una vez obtenidos el sesgo, la “t” y la correlación reactivo/escala, se procedió a tomar la decisión de que reactivos entran en el análisis factorial con rotación varimax. Se tomaron en cuenta los reactivos que cumplían con los tres criterios establecidos (ANEXO 2).

Para el análisis factorial se trabajó con los reactivos, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 45, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 58, 60, 61, 62, 63, 65, 66. Se obtuvieron un total de 8 factores, los tres primeros con mínimo siete reactivos, mientras que los restantes con 2 o 3, por lo que se consideraron de mayor importancia los tres primeros factores, además que la consistencia alcanzada fue alta (.8769, .9048, .6951, respectivamente), logrando los siguientes resultados:

FACTOR 1 ACTITUDES NEGATIVAS, este Factor se refiere, a pensamientos, conductas y hechos poco favorables para el individuo, como el constante pensamiento sobre la muerte, los fracasos cotidianos, sentimiento de minusvalía. Así como también la percepción negativa que tiene el individuo de sí mismo (ver tabla 1).

Nº	Reactivo	
34.-	A veces pienso que no vale la pena vivir esta vida.	.700
28.-	A menudo me odio a mi mismo.	.676

58.-	Creo que mi vida es desgraciada.	.663
51.-	A menudo pienso que no soy de utilidad para nadie.	.639
52.-	Cuando fallo en la escuela pienso que no valgo para nada.	.597
36.-	A menudo me avergüenzo de mi mismo.	.594
10.-	A veces me gustaría estar ya muerto.	.594
53.-	A menudo imagino que me hago heridas o que me muero.	.578
62.-	Pienso a menudo que no voy a llegar a ninguna parte.	.543
26.-	Frecuentemente me siento desgraciado/triste/desdichado.	.537
37.-	Muchas veces me siento muerto por dentro.	.506
35.-	La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende.	.483
47.-	A veces sueño que tengo un accidente o me muero.	.474
20.-	Odio la forma de mi aspecto o de mi comportamiento.	.439
43.-	Nadie sabe lo desgraciado que me siento por dentro.	.438
4.-	A menudo creo que valgo poco.	.421
31.-	A menudo me siento desgraciado por causa de mis tareas escolares.	.416

Tabla 1.- Los reactivos del primer factor, Actitudes Negativas

FACTOR 2 AUTOCONCEPTO POSITIVO. Son los sentimientos, actitudes, conceptos, percepción positiva del niño respecto a su persona, tanto en aspectos cognitivos, como físicos (ver tabla 2).

Nº	Reactivo	
1.-	Me siento alegre la mayor parte del tiempo.	.821
41.-	Soy una persona feliz.	.812
25.-	Me divierto con las cosas que hago.	.797
16.-	Muchas veces mi madre o padre me hace sentir que las cosas que hago son muy buenas.	.793
8.-	Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago.	.791
40.-	Creo que mi madre o padre está muy orgulloso de mí.	.790
24.-	En mi familia todos nos divertimos mucho juntos.	.756

Tabla 2.- Reactivos pertenecientes al segundo factor, Autoconcepto positivo

FACTOR 3 SENTIMIENTOS DE CULPA. Sentimiento de ser responsable, sobre hechos que no están a su alcance, por de no cumplir las expectativas que los demás tienen de ellos, especialmente sus padres (ver tabla 3).

Nº	Reactivo	
61.-	A veces me siento mal por que no amo y escucho a mi madre o padre.	.652
38.-	A veces estoy preocupado por que no amo a mi madre o padre como debiera.	.618
6.-	Pienso muchas veces que dejo en mal lugar a mi madre o padre.	.515
54.-	A veces creo que hago cosas que ponen enfermo a mi madre o padre.	.486
60.-	La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser.	.421
46.-	Creo que los demás me quieren, aunque no lo merezco.	.404
66.-	A veces creo que dentro de mí hay dos personas que me empujan en distintas direcciones.	.404

Tabla 3.- Reactivos del factor llamado Sentimientos de Culpa.

Para la revalidación definitiva de la Escala de Depresión para niños de Lang y Tisher se obtuvo el Alpha de Cronbach para cada una de los factores y la escala total (ver tabla 4).

Factores	Alpha
FACTOR 1 ACTITUDES NEGATIVAS ANTE LA VIDA Y AUTOCONCEPTO NEGATIVO	.8769
FACTOR 2 AUTOCONCEPTO POSITIVO	.9048
FACTOR 3 SENTIMIENTOS DE CULPA	.6951
TOTAL	.8803

Tabla 4.- Alpha de Cronbach por cada factor y escala en total.

Finalmente, la escala quedó comprendida por tres factores, con un total de 31 reactivos (Anexo 3), éstos divididos en dos factores que evalúan rasgos depresivos y uno más que evalúa autoconcepto positivo, obteniendo una consistencia interna de total del **.8803** y el **49** % de la varianza.

Correlación entre factores

A continuación se presenta la correlación entre los puntajes generales de cada subescala (ver tabla 5)

Subescalas	Actitudes negativas	Autoconcepto positivo
Autoconcepto positivo	- .102** .001	
Sentimientos de culpa	.631** .000	.038 .213

Tabla 5.- Correlaciones generales entre cada una de las subescalas.

En la tabla anterior se observan las correlaciones generales existentes entre cada uno de las subescalas, observando dos correlaciones con un nivel de significancia del .001 (**), una positiva, entre sentimientos de culpa y actitudes negativas ($r=.631^{**}$), una negativa entre autoconcepto positivo y actitudes negativas ($r=-.102$), una correlación más, no significativa entre sentimientos de culpa y autoconcepto positivo.

Las correlaciones obtenidas en cada una de las subescalas, sólo por los participantes del género masculino fueron, dos correlaciones positivas, entre las actitudes negativas y autoconcepto positivo ($r=.072$) sentimientos de culpa ($r=.616^{**}$) mientras que la correlación entre sentimientos de culpa y autoconcepto positivo, no resulta significativa estadísticamente (ver tabla 6)

Subescalas	Actitudes negativas	Autoconcepto positivo
Autoconcepto positivo	.072 .091	
Sentimientos de culpa	.616** .000	.065 .132

Tabla 6.- Correlaciones sólo por los participantes del género masculino

En el género femenino las correlaciones resultaron positivas y significativas entre actitudes negativas, autoconcepto positivo ($r=.132^{**}$) y sentimientos de culpa ($r=.656^{**}$) mientras que entre autoconcepto positivo y sentimientos de culpa la correlación fue de $r=.012$, aunque no significativa (ver tabla 7).

Subescalas	Actitudes negativas	Autoconcepto positivo
Autoconcepto positivo	.132** .002	
Sentimientos de culpa	.656** .000	.012 .785

Tabla 7.- Correlaciones obtenidas por el género femenino

Las correlaciones resultantes entre cada una de la subescalas y los participantes del tercer grado de primaria fueron, negativas entre autoconcepto positivo y actitudes negativas ($r=-.313^{**}$), sentimientos de culpa ($r=-.208^{**}$) en comparación con la correlación positiva entre los sentimientos de culpa y actitudes negativas (ver tabla 8).

Subescalas	Actitudes negativas	Autoconcepto positivo
Autoconcepto positivo	-.313** .001	
Sentimientos de culpa	.744** .000	-.208 .024

Tabla 8.- Correlaciones obtenidas por los participantes que cursan el tercer grado de primaria.

En los participantes del cuarto grado de primaria, se encontraron las correlaciones negativas entre autoconcepto positivo, actitudes negativas ($r=-.273^{**}$) y sentimientos de culpa ($r=-.060^{**}$) además de una correlación positiva entre sentimientos de culpa y actitudes negativas ($r=.572^{**}$) (ver tabla 9).

Subescalas	Actitudes negativas	Autoconcepto positivo
Autoconcepto positivo	-.273** .001	
Sentimientos de culpa	.572** .000	-.060 .465

Tabla 9.- Correlaciones de cuarto grado de primaria.

En el quinto grado de primaria, las correlaciones entre autoconcepto positivo y las subescalas actitudes negativas ($r=-.214^{**}$) y sentimientos de culpa ($r=-.142$) son negativas, mientras la correlación entre sentimientos de culpa y actitudes negativas ($r=.677^{**}$) es positiva (ver tabla 10)

Subescalas	Actitudes negativas	Autoconcepto positivo
Autoconcepto positivo	-.214** .003	
Sentimientos de culpa	.677** .000	-.142 .053

Tabla 10.- Correlaciones obtenidas por los participante del quinto grado de primaria.

Para los participantes del sexto grado de primaria las correlaciones son nuevamente negativas, entre la subescala positiva y las que evalúan actitudes negativas del individuo ($r=-.473^{**}$ y $r=-.298^{**}$), mientras que la correlación entre las escalas negativas resultan ser positivas $r= .641^{**}$ (ver tabla 11).

Subescalas	Actitudes negativas	Autoconcepto positivo
Autoconcepto positivo	-.473** .000	
Sentimientos de culpa	.641** .000	-.298** .000

Tabla 11.- Correlaciones correspondientes a los participantes del sexto grado de primaria.

A nivel secundaria, las correlaciones siguen comportándose igual, para los alumnos de primer año, se obtuvieron dos correlaciones negativas entre los sentimientos de culpabilidad ($r=-.381^{**}$) actitudes negativas ($r=-.601$) y el autoconcepto positivo. Para las subescalas negativas la fue de $r=.673^{**}$ (ver tabla 12).

Subescalas	Actitudes negativas	Autoconcepto positivo
Autoconcepto positivo	-.601**	
Sentimientos de Culpa	.673**	-.381**

Tabla 12.- Correlaciones correspondientes a los participantes del primer grado de secundaria.

Para los participantes de segundo y tercer grado de secundaria, las correlaciones fueron positivas entre cada una de las subescalas. Para el segundo grado de secundaria, todas las correlaciones resultaron positivas y significativas, con los valores de $r = .596$, $r = .545$ y $r = .411$ (ver tabla 13).

Subescalas	Actitudes negativas	Autoconcepto positivo
Autoconcepto positivo	.596**	
Sentimientos de culpa	.545**	.411**

Tabla 13.- Correlaciones obtenidas por los alumnos de segundo grado de secundaria.

Los alumnos participantes del tercer grado de secundaria obtuvieron correlaciones positivas y significativas. Para actitudes negativas y autoconcepto positivo un $r = .674$ **, reiteradamente actitudes negativas y sentimientos de culpa se obtuvo un $r = .629$ **, y autoconcepto negativo y sentimientos de culpa $r = .438$ ** (ver tabla 14).

Subescalas	Actitudes negativas	Autoconcepto positivo
Autoconcepto positivo	.674** .000	
Sentimientos de culpa	.639** .000	.438** .000

Tabla 14.- Correlaciones obtenidas por los participantes de tercer grado de secundaria.

En las correlaciones encontradas relacionadas con variable edad, nuevamente en los niños más pequeños (8, 9, 10, 11, 12) se encontraron correlaciones negativas y significativas entre Autoconcepto positivo y las subescalas depresivas. A continuación se presentan las correlaciones obtenidas por los sujetos de ocho años de edad (ver tabla 15).

Subescalas	Actitudes negativas	Autoconcepto positivo
Autoconcepto positivo	-.263** .028	
Sentimientos de culpa	.820** 000	-.229 .057

Tabla 15.- Correlaciones correspondientes a los sujetos de ocho años de edad.

A los nueve años de edad, las correlaciones reiterativamente son dos negativas ($r=-.269^{**}$ y $r=-.041$) una positiva ($r=.539^{**}$) y todas significativas estadísticamente (ver tabla 16).

Subescalas	Actitudes negativas	Autoconcepto positivo
Autoconcepto positivo	-.269** .001	
Sentimientos de culpa	.539** .000	-.041 .623

Tabla 16.- Valores correspondientes a los sujetos de nueve años de edad. Las correlaciones obtenidas por el grupo de diez años, negativa y significativa entre, autoconcepto positivo y actitudes negativas ($r = -.309^{**}$) igualmente para sentimientos de culpa ($r = -.122^{**}$) finalmente correlación positiva y significativa para sentimientos de culpa y actitudes negativas obteniendo el valor de $r = .606^{**}$ (ver tabla 17).

Subescalas	Actitudes negativas	Autoconcepto positivo
Autoconcepto positivo	-.309** .000	
Sentimientos de culpa	.606** .000	-.122** .110

Tabla 17.- Valores obtenidos por los participantes de diez años.

Referente a los participantes de once años de edad, se obtuvieron dos correlaciones negativas, entre las escalas actitudes negativas, sentimientos de culpa y autoconcepto positivo, mientras que de las dos primeras, la correlación es positiva, todas significativas estadísticamente (ver tabla 18).

Subescalas	Actitudes negativas	Autoconcepto positivo
Autoconcepto positivo	-.205** .000	
Sentimientos de culpa	.635** .000	-.210** .004

Tabla 18.- Correlaciones correspondientes a los participantes de once años de edad.

Finalmente, los participantes de doce años también obtuvieron dos correlaciones negativas entre la subescala positiva y las subescalas negativas ($r = -.266^{**}$ y $r = -.274^{**}$) y una más positiva entre las subescalas negativas (ver tabla 19).

Subescalas	Actitudes negativas	Autoconcepto positivo
Autoconcepto positivo	-.266** .000	
Sentimientos de culpa	.707** .000	-.274** .000

Tabla 19.- Correlaciones correspondientes a los participantes de doce años.

Los participantes de 13 años obtuvieron una correlación de $r = .510^{**}$ entre actitudes negativas y autoconcepto positivo, esta última y sentimientos de culpa obtuvieron un valor de $r = .331^{**}$ y $r = .518^{**}$ entre sentimientos de culpa y actitudes negativas (ver tabla 20).

Subescalas	Actitudes negativas	Autoconcepto positivo
Autoconcepto positivo	.510** .000	
Sentimientos de culpa	.518** .000	.331** .000

Tabla 20.- Correlaciones pertenecientes a los participantes de trece años.

Se observa que las correlaciones de los participantes de mayor edad (14,15) son positivas y significativas (ver tablas 21 y 22).

Subescalas	Actitudes negativas	Autoconcepto positivo
Autoconcepto positivo	.676** .000	
Sentimientos de culpa	.630** .000	.468** .000

Tabla 21.- Valores correspondientes a los participantes de catorce años.

Subescalas	Actitudes negativas	Autoconcepto positivo
Autoconcepto positivo	.738** .000	
Sentimientos de culpa	.731** .000	.364 .064

Tabla 22.- Valores correspondientes a los participantes de quince años de edad.

Diferencia de género

Se realizó un anova para obtener diferencias de género, estadísticamente no se encontró ninguna diferencia significativa, sin embargo, en el total depresivo, actitudes negativas ante la vida, autoconcepto negativo, y sentimientos de culpa, la media de los hombres es ligeramente más alta, indicando un grado mayor de rasgos depresivos en comparación con las mujeres, quienes obtuvieron mayor puntaje en autoconcepto positivo (ver tabla 23).

Factores	Género	X	F	Sig.
Total depresivo	Femenino	3,1303	.046	.336
	Masculino	3,1702		
Actitudes negativas ante la vida	Femenino	3,3553	.355	.319
	Masculino	3,4057		
Autoconcepto positivo	Femenino	2,6465	.071	.272
	Masculino	2,5271		
Sentimientos de culpa	Femenino	3,0678	1.583	.671
	Masculino	3,0413		

Tabla 23.- Diferencias de medias entre la variable género

Diferencia por edad

Se utilizó el análisis de varianza, del cual se obtuvo, que existe diferencia estadísticamente significativa entre la edad, las actitudes y autoconcepto negativo, la diferencia se encuentra entre los niños de 9 años, en comparación a los de 12, 13, 14 y 15 (ver tabla 24).

Actitudes Negativas				
Edad	X	F	Sig.	Tukey
8	3.5294	2.795	.007	Ninguno
9	3.2127			Ninguno
10	3.3699			Ninguno
11	3.3992			Ninguno
12	3.4593			Ninguno
13	3.3311			Ninguno
14	3.4972			Ninguno
15	2.9869			Ninguno

Tabla 24.- Diferencias de medias por edad y la subescala actitudes negativas.

Referente a la edad y el autoconcepto positivo, también se observan diferencias estadísticamente significativas, en esta subescala, es mucho más marcada la diferencia entre los niños de 8, 9,10, 11 y 12, 13, 14 y 15 según la prueba de Tukey (ver tabla ver tabla 25).

Autoconcepto positivo.				
Edad	X	F	Sig.	Tukey
8	1.8551	158.081	.000	12,13,14,15
9	1.8581			12,13,14,15
10	1.7465			11,12,13,14,15
11	2.0932			10,12,13,14,15
12	3.3250			8,9,10,11
13	3.6364			8,9,10,11
14	3.8458			8,9,10,11,12
15	3.6931			8,9,10,11

Tabla 25.- Diferencias por edad y autoconcepto positivo.

En la subescala sentimientos de culpa y la edad, encontramos que no existen diferencias significativas, sin embargo a partir de las medias podemos concluir que los niños de menor edad (8, 9, 10, 11) manifiestan medias ligeramente más altas en comparación con los participantes de mayor edad (12, 13, 14, 15) es factible que mientras más pequeños se preocupen por las expectativas que tiene sus padres sobre ellos, al no cumplirlas se vean afectados por los sentimientos de culpa.

Sentimientos de culpa				
Edad	X	F	Sig.	Tukey
8	3.3571	1.940	.060	13
9	3.0362			Ninguno
10	3.0306			Ninguno
11	3.0492			Ninguno
12	3.1083			Ninguno
13	2.9817			8
14	3.0247			Ninguno
15	2.7725			Ninguno

Tabla 26.- Diferencias por edad y la subescala sentimientos de culpa.

Diferencias por grado escolar.

Al igual que en la edad, como es de suponerse las diferencias encontradas entre los factores y la escolaridad, son muy claras entre el nivel primaria y secundaria, nuevamente se confirma la influencia de los cambios que se va sufriendo a lo largo del desarrollo humano (ver tabla 27).

Actitudes Negativas				
Grado escolar	X	F	Sig.	Tukey
3º	3.3819	2.560	.018	Ninguno
4º	3.1583			Ninguno
5º	3.4798			4º
6º	3.3591			Ninguno
1º	3.3907			Ninguno
2º	3.4208			Ninguno
3º	3.4545			4º

Tabla 27.- Diferencias por grado escolar y actitudes negativas.

Nuevamente en la subescala autoconcepto positivo la diferencia significativas son entre el nivel primaria y secundaria (ver tabla 28)

Autoconcepto positivo				
Grado escolar	X	F	Sig.	Tukey
3º	1.8826	381.551	.000	1º,2º,3º
4º	1.8430			1º,2º,3º
5º	1.7512			Ninguno
6º	1.9182			Ninguno
1º	3.9574			Ninguno
2º	3.7705			Ninguno
3º	3.8562			Ninguno

Tabla 28.- Diferencia de medias entre grado escolar y autoconcepto positivo.

Los sentimientos de culpa se observan presentes en todos los grados escolares, en cada grado la media se encuentra arriba de 3, a excepción del quinto grado de primaria con un 2.9724 de media (ver tabla 29).

Sentimientos de culpa				
Grado escolar	X	F	Sig.	Tukey
3º	3.1925	27.119	.000	Ninguno
4º	3.0301			Ninguno
5º	2.9724			Ninguno
6º	3.1065			Ninguno
1º	3.0760			Ninguno
2º	3.0429			Ninguno
3º	3.0029			Ninguno

Tabla 29.- Diferencias de medias entre grado escolar y sentimientos de culpa.

Diferencias de la variable “con quién vive”

En esta variable la principal diferencia encontrada es entre el grupo de los participantes que viven con ambos padres y los que viven sólo con la madre, para todas las subescalas (ver tabla 30).

Actitudes Negativas.			
Vive con	X	F	Sig.
Papá	3.3473	8.153	.000
Mamá	3.1282		
Ambos	3.4429		
Otros	3.1334		

Tabla 30.- Diferencia de medias entre “con quién viven” y la subescala actitudes negativas.

Concerniente al con quién viven y la subescala autoconcepto positivo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, sin embargo de las medias se encontradas podemos decir que manifiestan un autoconcepto positivo, únicamente los niños que reportan vivir con otros familiares reportan un autoconcepto negativo. En esta variable es importante recalcar que la muestra no es equitativa para cada una de las opciones por lo que podría variar los resultados se tuviera una distribución homogénea (ver tabla 31).

Autoconcepto positivos			
Vive con	X	F	Sig.
Papá	2.7279	1.628	.181
Mamá	2.6531		
Ambos	2.6726		
Otros	3.0906		

Tabla 31.- Diferencias encontradas ente "con quién viven" y la subescala autoconcepto positivo.

En la subescala sentimientos de culpa la diferencia significativa encontrada es nuevamente con el grupo de participantes que vive sólo con la madre, en contraste con los que viven con ambos padres, estos últimos con un mayor grado de sentimientos de culpa, a pesar que las diferencias de media no son estadísticamente significativas, el grupo de participantes que vive sólo con el padre u otros familiares, también presenta un mayor grado de manifestación de sentimientos de culpa (ver tabla 32).

Sentimientos de culpa			
Vive con	X	F	Sig.
Papá	3.0680	4.194	.006
Mamá	2.8393		
Ambos	3.0980		
Otros	3.0314		

Tabla 32.- Diferencias entre “con quién vive” y la subescala sentimientos de culpa.

De manera general se observa la existencia de diferencias significativas entre cada una de las variables las subescalas de esta revalidación.

CAPITULO

VI

DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados encontrados, podemos decir que se cumplieron los objetivos de esta investigación. Se adaptó la escala CDS, a la población mexicana, se mostró que es un instrumento adecuado para niños de 8 a 15 años, la muestra utilizada para la revalidación, es no probabilística debido a la posibilidades con las que se contaban, sin embargo es significativa, ya que presenta características más semejantes a la población de la zona oriente del Distrito Federal y abarca muy diversos aspectos de la depresión, como el autoconcepto, sentimientos de culpa y actitudes frente a la vida.

Al finalizar el procedimiento de la revalidación, hubo modificaciones considerables, resultaron significativos, solo 31 de los 66 reactivos de la escala validada en 1996 en México, se agruparon nuevas subescalas o factores. La primera de estas, refleja la propuesta realizada por Beck de la triada cognitiva, las “Actitudes negativas ante la vida” que refiere a pensamientos y hechos, poco favorables para el individuo, como el constatare pensamiento sobre la muerte, los fracasos cotidianos, sentimiento de minusvalía. Así como también la percepción negativa que tiene el individuo de sí mismo y del futuro.

La segunda subescala o factor es positiva y se refiere al “Autoconcepto positivo” es decir la percepción favorable que el individuo tiene sobre su persona, tanto en aspectos cognitivos como físicos y sociales. A partir de que el autoconcepto funciona como un código subjetivo de acción hacia el medio ambiente interno y externo que rodea al sujeto, se puede codificar y estructurar toda la información que se adquiere sobre sí mismo ya sea de corte totalmente social (lo que otros piensan, perciben, se imaginan de mí) o de corte totalmente individual (lo que pienso, digo, me imagino o percibo de mí) o bien de carácter psicosocial que

implica un manejo interno de información social e individual (Valdez, 1994). ¿Pero qué sucede cuando lo que piensan, perciben y esperan los demás del niño no es totalmente, a percepción de individuo, satisfactorio? comúnmente se llegan a experimentar sentimientos de culpa, por no cumplir las expectativas esperadas.

La tercera subescala se “sentimientos de culpa” concierne al sentimiento de ser responsable, sobre hechos que no están a su alcance, o de no cumplir las expectativas que los demás tienen de ellos, especialmente sus padres. Por ejemplo ser el mejor de la clase, ser un niño bien portado, educado, un niño modelo, entre otros.

Por otra parte, se obtuvo una consistencia interna para la escala total de α .88, y se explica el 49 % de la varianza, por lo que se puede concluir que la escala es confiable, evaluando los rasgos depresivos en niños. Para cada una de las subescalas, la consistencia interna fue: “Actitudes negativas ante la vida” de α .8769, para “Autoconcepto positivo” de α .9048, y finalmente para la subescala “Sentimientos de culpa” fue de α .6951, lo que nos permite concluir que estas nuevas subescalas evalúan cada uno de los rasgos que representa, valorándolo como un instrumento adecuado para medir rasgos depresivos en niños en edad escolar.

La revalidación mostró que no todos los reactivos son significativos, es decir, existen reactivos que en otras poblaciones puede que sean indicadores de rasgos depresivos, sin embargo en población mexicana no es así. Por el ejemplo, **“29.- Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas.”** En este contexto es común, que a los niños les cueste trabajo levantarse por las mañanas, por lo que, no podemos considerarlo como un indicador depresivo. También se observó que el lenguaje de la escala, no era del total entendimiento para los niños, así que se cambiaron algunas palabras, por sinónimos de las originales, facilitando la comprensión, debido a lo anterior, la revalidación este instrumento, será de apoyo al determinar sólo rasgos depresivos, ya que para un diagnóstico definitivo es

importante realizar entrevistas profundas, a padres, profesores, compañeros y personas más cercanas al niño (Méndez, 2002; Breton, 1997; Quinn, 2003).

De manera general, se observa correlaciones negativas ente las subescalas negativas y la subescala positiva, por lo que al aumentar los rasgos depresivos, el autoconcepto positivo disminuye.

En cuanto a las diferencias que se esperaban encontrar, se observó de manera general en variable de género que estadísticamente no existen diferencias significativas sin embargo, en las medias observamos que los niños varones (3.1702) manifiestan verse afectados en mayor medida por rasgos depresivos, en comparación con las mujeres (3.1303) esto tal vez sea a consecuencia de las diferencias de educación, que si bien ya no son tan marcadas, aún persisten en algunas familias, debido a lo cual a los hombres se les exige más en cuanto al rendimiento escolar, por lo que probablemente reporten en mayor medida rasgos depresivos. A pesar de los resultados encontrados, e investigaciones anteriores reportan a las mujeres con los índices más altos en síntomas depresivos (Valdez, Díaz y Pérez, 2005), sin embargo los datos obtenidos son de investigaciones realizadas con personas adultas.

En la subescala “actitudes negativas” los niños obtuvieron una media de 3.4057, en contraste con las niñas que obtuvieron 3.3553, es decir, manifiestan preocupación por los fracasos obtenidos, pensamientos de muerte, sentimientos de minusvalía. Debido a lo cual, también registran en la subescala autoconcepto positivo medias bajas (2.5271), expresando un menor grado sentimientos de culpa (3.0413) en comparación con las niñas (3.0678).

Con respecto de las diferencias que pueden existir en los rasgos depresivos de acuerdo a la edad de los sujetos, los resultados permitieron confirmar que las puntuaciones indican niveles superiores de depresión en los alumnos con menor edad, confirmando la opinión de Lang y Tisher (1997) los cuales sostienen que

conforme al aumento gradual de la edad los niños mayores tienden a ser menos depresivos. En general, a mayor edad se observa que los rasgos son más estables, probablemente se deba a que los niños pequeños no pueden verbalizar totalmente situaciones conflictivas, sino que actúan.

Por lo que es importante recalcar, la importancia de los primeros años ya que casi todos los patrones neuróticos y trastornos emocionales, se derivan de los conflictos y actitudes afectivas que aparecen desde la niñez, como el sonambulismo, terrores nocturnos, enuresis, berrinches temperamentales, fobias, timidez, entre otros, que se conceptúan como problemas de personalidad y de conducta (Calderon, 1990; Breton, 1997). Las diferencias encontradas en las variables edad y grado escolar, todas resultaron estadísticamente significativas, principalmente entre los más pequeños y los participantes de mayor edad, la muestra se agrupó en estas dos variables en dos grupos, uno integrado por los niños de 8, 9, 10, 11, y 12 años, y otro se integró por los niños de 13, 14, y 15 años. Kamphaus y Frick (2000), Quinn (2003), Mariño y Medina-Mora (1994) sugieren que la prevalencia de la depresión infantil está relacionada con la edad, incrementándose su surgimiento conforme al crecimiento. En la pubertad y la adolescencia puede esperarse un alto porcentaje de rasgos depresivos por todos los factores estresantes que atienden en este periodo de la vida, al paso de los cambios más drásticos (edad adulta) se espera, la disminución de estos rasgos.

En la subescala “actitudes negativas” los niños de ocho años son los que manifiestan una media más alta, esto sugiere, que en esta muestra a esta edad, los niños manifiestan preocupaciones y en ocasiones sentimientos de minusvalía, y se ven afectados por los fracasos escolares, así como también expresan sentirse tristes, e incomprendidos, etc. La media más baja, fue reportada por los participantes de 15 años (2.9869), estos reportan algunas actitudes negativas, expresan sentirse menos preocupados por los fracasos escolares y un “autoconcepto positivo”. Por otra parte, en la subescala “sentimientos de culpa” los niños de 8 y 12 años, manifiestan considerarse más afectados por este

sentimiento, principalmente relacionado con el no cumplimiento de las expectativas que los padres tienen hacia los niños, o la preocupación de no querer a la familia lo suficiente.

Las diferencias encontradas en la variable grado escolar, se dividió entre los participantes del nivel primaria y secundaria, los cual nos sugiere la influencia del contexto social en el que se desenvuelve el individuo, los participantes del nivel secundaria obtuvieron medias más altas en la subescala “actitudes negativas” y finalmente “sentimientos de culpa” las medias son similares, tanto en nivel primaria como secundaria, se manifiestan la preocupación y la culpa.

Como ya se ha mencionado, muchos son factores los que pueden contribuir a que un niño este deprimido, puede ser como consecuencia del proceso normal de la transición que va de la infancia a la adolescencia, del estrés asociado con dicha situación, de la misma manera quienes tienen poco control sobre los eventos negativos presentan un riesgo particular de deprimirse cuando experimentan eventos generadores de estrés, así como también los conflictos que puede haber con los padres. Con base a las referencias que se tiene podemos decir que el contexto donde se desenvuelve el individuo es primordial para su desarrollo y que desde hace tiempo se tiene la afirmación de que la familia es la base fundamental del desarrollo de cada uno de los integrantes. Así como también se considera que, si hay una buena unión y una buena comunicación familiar, habrá estabilidad emocional. Y también se dice que es allí donde se aprende a conocer y a desarrollar los derechos y deberes como persona. La familia es, por lo tanto, el lugar donde todo individuo crece con el fin de sentirse comprendido, amado y aceptado.

Por lo cual, las diferencias significativas encontradas con variable “vive con” y la manifestación de rasgos depresivos, son del grupo que sólo vive con la madre y los que viven con ambos, si bien puede existir diferencia en cuanto a la interacción familiar, costumbres y valores, éstas no son en extremo diferentes, porque se

puede pensar que las diferencias son debido al número tan distante entre los grupos de esta variable, sin embargo, la familia representa un factor importante para la manifestación de rasgos depresivos, por lo que se sugiere un estudio posterior que profundice al respecto, ya que existe evidencias que entre la mitad y una tercera parte de los niños y adolescentes con rasgos depresivos tienen una historia familiar positiva de la depresión (Vázquez y Sixta, 1999).

De lo anterior podemos decir que debido a que la niñez y el inicio de la adolescencia son una etapa en la cual el sujeto está expuesto a diversos cambios y que no siempre uno se desarrolla en ambientes agradables y 100 % favorables para un desarrollo "ideal", se está en riesgo de manifestar síntomas depresivos, que serán determinantes en la interacción del individuo. Se ha obtenido datos que nos indican un índice considerable de sujetos con algunos de los síntomas característicos de la depresión,

CAPITULO

VII

CONCLUSIONES

Finalmente esta investigación realizada, es de gran utilidad, puesto que son pocos los instrumentos estandarizados en población mexicana y el caso de la escala de depresión para niños de Lang y Tisher, que fue validada hace 11 años, se observa un comportamiento distinto en lo que respecta a la población de la zona oriente del Distrito Federal.

En cuanto a las correlaciones obtenidas, se observa correlaciones negativas ente las subescalas negativas y la subescala positiva, es decir al aumentar los rasgos depresivos, el autoconcepto positivo disminuye. En cuanto a las diferencias encontradas entre los grupos, para la primera variable de género, no resultaron significativas, pero en a la edad, si se observan diferencias significativas entre los niños más pequeños y los mayores, de la misma forma entre los alumnos de nivel primaria y secundaria se encontraron diferencias considerables, por lo que se concluye que si existen diferencias estadísticamente significativas entre la edad, grado escolar y la manifestación de rasgos depresivos.

A partir de los resultados descritos anteriormente, se puede concluir, que si bien, con sólo la escala revalidada en la población de la zona oriente del Distrito Federal no se puede diagnosticar la depresión infantil, si es útil como instrumento para la detección de rasgos depresivos en niños de edad escolar (8-15años), que además es de gran utilidad debido a la creciente demanda que se observa de esta población en la actualidad. Aún este trabajo no puede considerarse estrictamente como un instrumento psicométrico, pero si es el primer paso, para la estandarización y validación a nivel nacional, lo cual nos llevaría a realizar investigaciones y análisis estadísticos específicos. Y se abarque todos los ámbitos del individuo, con la finalidad de prevenir, detectar, e intervenir en caso de presentarse una depresión severa.

Algunas de las limitaciones encontradas, fue el acceso a la población ya que no se contó con el apoyo institucional, como se da en algunas otras instituciones e investigaciones, y la población es poco accesible ante este tipo de instrumento, debido a que no todos los niños aprobaron participar, ya que les parecían demasiadas preguntas, les resultaba tedioso y aburrido. El vocabulario para los participantes más pequeños (8 años) no era comprensible y resulto poco práctica, debido a lo cual la aplicación fue individual para estos participantes.

A partir de lo anterior me parece importante, incrementar las investigaciones acerca de este tema, como se muestra en la presente investigación todavía hace falta más pasos para lograr el instrumento exacto para esta población y para este problema de la depresión infantil, debido a que las exigencias de esta población en la actualidad están siendo demasiado aceleradas a consecuencias de las nuevas tecnologías, esto con el desarrollo de instrumentos tecnológicos basados en la irrealidad (juegos de video, Internet comunicación satelital etc.), y al mismo tiempo generando soledad entre los niños al no poder enfrentar relaciones sociales y también al poco desarrollo económico (desarrollado mediante pocos empleos y por lo tanto generando que ambos padres tengan que trabajar y así generar la poca atención al niño que es quien más necesita para su mejor desarrollo) con ello van incrementando las problemáticas sociales y en consecuencias también las físicas, representadas en desnutrición, enfermedades respiratorias y sin dejar atrás la problemática que nos llevo a esta investigación que es la depresión infantil; y es por eso que es importante recalcar la creación de escalas que consideren las características de la población mexicana, que abarquen cada una de las áreas del individuo afectadas por el trastorno depresivo. Además los resultados obtenidos puedan servir como base para la creación e implementación de programas de preventivos, que tengan como objetivo fomentar actividades sanas, que fortalezcan el autoconcepto, la autoestima, la asertividad, la comunicación, que eliminen o disminuyan en lo posible, las actitudes negativas, sentimientos de tristeza, culpa, que se pudieran manifestar y que son generadoras

de la depresión infantil; aunque aunada a estas también debemos considerar programas sociales que identifiquen a los niños depresivos debido a que muchas instituciones educativas no cuentan con la información necesaria para identificarlos y así evitar día a día la deserción escolar, las bajas calificaciones, conductas antisociales y posiblemente hasta un suicidio, en un acto que se ha logrado incrementar y que siempre estará latente de una depresión infantil grave o mayor.

CAPITULO

VIII

REFERENCIAS

- Acevedo, M. C. (1995). Evaluación de los efectos de psicoterapia grupal breve de corte psicoanalítico utilizando el MMPI. *Revista Mexicana de Psicología*. 12 (1), 71-78.
- Arieti, S.T. Bempodad. (1981). *Psicoterapia de la Depresión*. Editorial Paídos.
- Asociación Psiquiatría Americana. (2002). *Manual Diagnostico y estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV*. España: Manson
- Berenzon, S. Medina-Mora M., López, E., González J. (1998). Prevalencia de Trastornos Mentales y Variables Asociados en 4 comunidades del sur de la Ciudad de México. *Revista Mexicana de Psicología*, 2 (5), 7-185.
- Berlanga, C. (1992). Adaptación y validación de la Escala de Depresión de Carroll en Español. *Salud Mental* 15 (4), 36-40.
- Berstein, J. (1988). *Diagnostico y tratamiento de las relaciones familiares*. Buenos Aires: Horne
- Bijou, S. (1992). *Psicología del niño*. Buenos Aires: Nueva vision.
- Birnboim, S. (2004). Strategy applications test: Discriminate validity studies. *The Canadian Journal of Occupational Therapy Ottawa*. No.1. Vol. 71, 47-55.
- Bosquet, M. (2005). *Vencer la depresión: técnicas psicológicas que te ayudaran*. España: Brouwer.
- Bowlby, J. (1983). *La pérdida afectiva: tristeza y depresión*. Buenos Aires: Paídos.
- Bowlby, J. (1989). *Una base sólida*. México: Paídos.
- Breton, S. (1997). *La depresión*. México: Martínez Roca.
- Buendía, J. (1999). *Familia y Psicología de la Salud*. México: Pramide.
- Calderón, G. (1990). *Depresión causas, manifestaciones y tratamiento*. México: Trillas.
- Caraveo-Anduaga, J. (1999). Estudio clínico epidemiológico de los trastornos depresivos. *Salud Mental*, 22 (2), 7-17.
- Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. CIE-10*. (2001). España: Médica panamericana.
-

-
- Comanche, M. I., Díaz G. M., Vallejo P. M. (1995). *Cuestionarios, Inventarios y escalas*. Madrid: Fundación Universidad.
- Craig, G. (1997). *Desarrollo psicológico*. México: Trillas
- Daw H. S. (2004). The applicability of cognitive mediational models to explain children's depression inventory factor scores in urban youth. *School Psychology Quarterly* New York. 19 (3), 231-252.
- Dulanto, G.R. (Ed.). (2000). *Adolescente y familia. Asociación Mexicana de pediatría A.C.* México: MacGraw-Hill
- Del Barrio, V. (1997). *Depresión Infantil*. España: Ariel.
- Freud, S. (1915 [1917]). *Duelo y Melancolía*. En obras completas. [Tomo 3. López Ballesteros y Torres Trads]. Madrid: Biblioteca Nueva, pp. 2091-2100.
- González, R. V. E. (2006). *Depresión Infantil en la etapa escolar "Una guía para padres"*. Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Guadarrama, G. R. (1996). Comparación del Nivel de Depresión en Mujeres Recluidas y no Recluidas. *AMEPSO. La psicología Social en México, VI*, 507-512.
- Guelar D., y Crispo R. (2000). *Adolescencia y trastornos*. Barcelona: Gedisa.
- Hernández, S. R., Fernández C., Baptista, L. (2003). *Metodología de la Investigación*. Ed. McGraw-Hill. México.
- Hoffman, L., Paris, S., Hall, E. (1995). *Psicología del desarrollo hoy*. México. Trillas.
- Jabson F. (1974). *Estudios comparativos de depresión/condiciones neuronales y psicóticas*. Morrutu Boston, 300-306.
- Kerlinger F. N. y Howard, B. L. (2002). *Investigación del Comportamiento. Métodos de Investigación en Ciencias Sociales*. McGraw-Hill. México.
- Klein, M. (1965). *Nuevas direcciones en psicoanálisis*. Buenos Aires: Paídos.
- Lang, M. (2000). *CDS cuestionario de depresión para niños: manual / M. Lang y M. Tisher; adaptación española por Nicolás Seisdedos. 6a ed. Publicaciones de psicología aplicada. Serie Menor. España*.
-

-
- Laurents, A. y Herrera, K. (1996). Climaterio y depresión. *Salud Mental*, 19 (3), 49-55.
- Mancilla, D. J., Álvarez, R. G., Román, F. M. (1996). Evaluación del Inventario de Depresión en Obesos. *AMEPSO. La psicología Social en México VI*, 502-506.
- Mariño, M. C. (1994). Confiabilidad y Estructura Factorial del CES-D en la muestra de adolescentes Mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología. México. 2 (10)*, 141-145.
- Mariño, M. C., Medina-Mora, M. E. (1994). Sintomatología Depresiva en estudiantes. *AMEPSO. La psicología Social en México. V*, 181-186.
- Martínez, R. S. (1999). Sintomatología Migrañosa y su relación con el nivel de ansiedad y depresión. *Revista Mexicana de Psicología. México. Núm. 2. Vol. 16*, 245-251.
- Méndez, F. J. (2002). *El niño que no sonríe*. Madrid: Pirámide.
- Montero, M. y López, L. (1998). Soledad y Depresión ¿Fenómenos Equivalentes? *AMEPSO. La psicología Social en México VII*, 62-67.
- Morris. (1992). *Psicología un nuevo enfoque*. México: Prentice-Hall.
- Níckel, H. (1998). *Psicología del desarrollo de la infancia y de la adolescencia*. Barcelona: Herder.
- Núñez, O. R. (2002). Constructor cognitivos relacionados con la depresión Infantil. Tesis de doctorado no publicada. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Padilla, M. (1994). Estudio sobre la influencia de la imagen paterna en las esferas del desarrollo mental en niños de edad escolar. *Alétheia. 5. México: Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social, A.C.* pp. 93-109.
- Papalia, D. (1985). *Desarrollo Humano*. México: McGraw-Hill.
- Pérez, M. Viviana. (2002). Rasgos de personalidad y depresión en adolescentes. *Interpsiquis*.
- _____. (2003). Depresión y conducta social en los adolescentes. *Interpsiquis*.
- Polaino-Lorente. (1998). *Las depresiones Infantiles*. España: Morata.
-

-
- Quin, P. B. (2003). *Todo sobre la depresión*. México: McGraw-Hill.
- Ramírez C. (1998). Relación Entre Depresión, Actividades Académicas Y sintomatología premenstrual. *Revista Mexicana de Psicología*. 2. (15), 187-193.
- Reyes-Lagunes, I. (2004). ¿Qué, Como y Para que Medir?. XII Congreso Mexicano de Psicología "Una mirada al futuro: La eficacia de los servicios que proporciona el psicólogo".
- Rodríguez, A. Y. (1998). Depresión en pacientes con enfermedad de Parkinson. *Revista Mexicana de Psicología*, 1 (15), 59-64.
- Sandoval, L. y Villamil, V. (1999). La comorbilidad de los trastornos depresivos y de los trastornos de la personalidad. *Salud Mental* 22, (3), 34-40.
- Stern, D. (1991). *El mundo interpersonal del infante: Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*. México Paidós.
- Spitz, R. A. (1969). *El primer año de la vida del niño*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Treating Depression in Children and adolescents*. (1990). En Goldstein, P. A., Krasner, L., Garfield, S. L. (Eds). New York: Pergamon press.
- Ugarte, B. M. (2000). Análisis comparativo de las escalas DSRS entre escolares de escuelas primarias públicas de la zona urbana del Distrito Federal y pacientes con depresión del hospital Infantil "Dr. Juan N. Navarro". Tesis de Doctorado, no publicada. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Valdez-Medina J.L. (1994). *El autoconcepto del mexicano. Tesis de Doctorado no publicada*. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Valdez M. J.L., Díaz L. R y Pérez, B.M. R. (2005). *Los hombres y las mujeres en México: dos mundos distantes y complementarios*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. UAEM.
- Vázquez, C. y Siles, S. (1999). Depresión Parental y Filial: Factores de Riesgo, efectos mutuos y una propuesta explicativa.
- Vera, N. J. (1996). Evaluación del Inventario de Depresión CES-D. AMEPSO. *La psicología Social en México*. México. VI, 496-501.
- Wallon, H. (1985). *La evolución Psicológica del niño*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Wittaker, J. O. (1984). *Psicología*. México: Interamericana.
-

ANEXO

/

CDS
CUESTIONARIO
DE DEPRESIÓN
PARA NIÑOS
M. LANG Y M. TISHIER

MANUAL

VERSIÓN MEXICANA

CRUZ JIMÉNEZ
MORALES MEDINA
RAMÍREZ ORTIZ

CDS

VERSIÓN ESPAÑOLA

1. Me siento alegre la mayor parte del tiempo.
2. Muchas veces me siento desgraciado en el colegio.
3. A menudo pienso que nadie se preocupa por mi.
4. A menudo creo que valgo poco.
5. Me despierto a menudo durante la noche.
6. Pienso muchas veces que dejo en mal lugar a mi madre/padre.
7. Creo que se sufre mucho en la vida.
8. Me siento orgulloso de las mayoría de las cosas que hago.
9. Siempre creo que el día siguiente será mejor.
10. A veces me gustaría estar ya muerto.
11. Me siento solo muchas veces.
12. Frecuentemente estoy descontento conmigo mismo.
13. Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco.
14. A veces creo que mi madre/padre hace o dice cosas que me hacen pensar que he hecho algo terrible.
15. Me pongo triste cuando alguien se enfada conmigo.
16. Muchas veces mi madre/padre me hace sentir que las cosas que hago son muy buenas.
17. Siempre estoy deseando hacer muchas cosas en el colegio.
18. Estando en el colegio muchas veces me dan ganas de llorar.
19. A menudo soy incapaz demostrar lo desgraciado que me siento por dentro.
20. Odio la forma de mi aspecto o comportamiento.
21. La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada.
22. A veces temo que lo que hago pueda molestar o enfadar a mi madre/padre.
23. Cuando me enfado casi siempre termino llorando.
24. En mi familia todos nos divertimos mucho juntos.
25. Me divierto con las cosas que hago.
26. Frecuentemente me siento desgraciado/triste/desdichado.
27. Muchas veces me siento solo y como perdido en el colegio.
28. A menudo me odio a mí mismo.
29. Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas.
30. Frecuentemente pienso que merezo ser castigado.
31. A menudo me siento desgraciado por causa de mis tareas escolares.
32. Cuando alguien se enfada conmigo, yo me enfado con él.

ANEXO 1

NOTA: LAS PALABRAS SUBRAYADAS SON LAS QUE SE MODIFICARON PARA EL CDS. VERSIÓN MEXICANA.

33. Casi siempre lo paso bien en el colegio.
34. A veces pienso que no vale la pena vivir.
35. La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende.
36. A menudo me avergüenzo de mi mismo.
37. Muchas veces me siento muerto por dentro.
38. A veces estoy preocupado porque no amo a mi madre/padre como debiera.
39. A menudo la salud de mi madre me preocupa/inquieta.
40. Creo que mi madre/padre está muy orgulloso de mí.
41. Soy una persona muy feliz.
42. Cuando estoy fuera de casa me siento muy desgraciado.
43. Nadie sabe lo desgraciado que me siento por dentro.
44. A veces me pregunto si en el fondo soy una persona muy mala.
45. Estando en el colegio me siento casando casi todo el tiempo.
46. Creo que los demás me quieren, aunque no lo merezco.
47. A veces sueño que tengo un accidente o me muero.
48. Pienso que no es nada malo enfadarse.
49. Creo que tengo buena presencia y soy atractivo.
50. Algunas veces no sé por qué me dan ganas de llorar.
51. A menudo pienso que no soy de utilidad para nadie.
52. Cuando fallo en el colegio pienso que no valgo para nada.
53. A menudo imagino que me hago heridas o que me muero.
54. A veces creo que hago cosas que ponen enfermo a mi madre/padre.
55. Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero.
56. Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche.
57. Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer.
58. Creo que mi vida es desgraciada.
59. Cuando estoy fuera de casa me siento como vacío.
60. La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser.
61. A veces me siento mal porque no amo y escucho a mi madre/padre como se merece.
62. Pienso a menudo que no voy a llegar a ninguna parte.
63. Tengo muchos amigos.
64. Utilizo mi tiempo haciendo con mi padre cosas muy interesantes.
65. Hay mucha gente que se preocupa por mí.
66. A veces creo que dentro de mí hay dos personas que me empujan en distintas direcciones.

ANEXO 1

NOTA: LAS PALABRAS SUBRAYADAS SON LAS QUE SE MODIFICARON PARA EL CDS, VERSIÓN MEXICANA.

ANEXO

//

REACTIVO	SESGO	"T"	Corelación
1.-Me siento alegre la mayor parte del tiempo.	,28	.000	,2483
2.-Muchas veces me siento desgraciado en la escuela.	-,31	.000	,3218
3.-A menudo pienso que nadie se preocupa por mí.	-,52	.000	,3592
4.-A menudo creo que valgo poco.	-,83	.000	,3922
5.-Me despierto a menudo durante la noche.	-,21	.000	,2890
6.-Pienso muchas veces que dejo en mal lugar a mi madre o padre.	-,21	.000	,4057
7.-Creo que se sufre mucho en la vida.	,21	.000	,3315
8.-Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago.	,30	.000	,2435
9.-Siempre creo que el día siguiente será mejor.	1,07	.000	-,1221
10.-A veces me gustaría estar ya muerto.	-,73	.000	,4297
11.-Me siento solo muchas veces.	,07	.000	,4259
12.-Frecuentemente estoy descontento conmigo mismo.	-,13	.000	,4138
13.-Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco.	-,60	.000	,3375
14.-A veces creo que mi madre o padre hace o dice cosas que me hacen pensar que he hecho algo terrible.	,15	.000	,4097
15.-Me pongo triste cuando alguien se enfada conmigo.	,81	.000	,2392
16.-Muchas veces mi madre o padre me hace sentir que las cosas que hago son muy buenas.	,25	.000	,2412
17.-Siempre estoy deseando hacer muchas cosas cuando estoy en la escuela.	1,07	.003	,0830
18.-Estando en la escuela, muchas veces me dan ganas de llorar.	-,58	.000	,3719
19.-A menudo soy incapaz de mostrar lo desgraciado que me siento por dentro.	-,23	.000	,4238
20.-Odio la forma de mi aspecto o de mi comportamiento.	-,33	.000	,4516
21.-La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada.	-,13	.000	,3626

22.-A veces temo que lo que hago pueda molestar o enfadar a mi madre o padre.	,68	.000	,3709
23.-Cuando me enfado mucho casi siempre termino llorando.	,27	.000	,3150
24.-En mi familia todos nos divertimos mucho juntos.	,31	.000	,2344
25.-Me divierto con las cosas que hago.	,23	.000	,2641
26.-Frecuentemente me siento desgraciado/triste/desdichado.	-,40	.000	,5339
27.-Muchas veces me siento solo y como perdido en la escuela.	-,50	.000	,4514
28.-A menudo me odio a mi mismo.	-,52	.000	,5635
29.-Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas.	,57	.000	,3038
30.-Frecuentemente pienso que merezco ser castigado.	,04	.000	,4059
31.-A menudo me siento desgraciado por causa de mis tareas escolares.	-,17	.000	,4052
32.-Cuando alguien se enfada conmigo, yo me enfado con él.	,29	.000	,2510
33.-Casi siempre lo paso bien en la escuela.	1,07	.000	-,1212
34.-A veces pienso que no vale la pena vivir esta vida.	-,55	.000	,5143
35.-La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende.	-,01	.000	,5202
36.-A menudo me avergüenzo de mi mismo.	-,37	.000	,5728
37.-Muchas veces me siento muerto por dentro.	-,32	.000	,5633
38.-A veces estoy preocupado por que no amo a mi madre o padre como debiera.	-,52	.000	,3843
39.-A menudo la salud de mi madre me preocupa o me inquieta.	1,26	.000	,1587
40.-Creo que mi madre o padre está muy orgulloso de mí.	,29	.000	,2423
41.-Soy una persona feliz.	,31	.000	,2451
42.-Cuando estoy fuera de casa me siento muy desdichado.	-,54	.000	,3842
43.-Nadie sabe lo desgraciado que me siento por dentro.	-,26	.000	,5130

44.-A veces me pregunto si en el fondo soy una persona mala.	,14	.000	,3818
45.-Estando en la escuela me siento cansado casi todo el tiempo.	-,54	.000	,3576
46.-Creo que los demás me quieren, aunque no lo merezco.	,06	.000	,3867
47.-A veces sueño que tengo un accidente o me muero.	,02	.000	,4702
48.-Pienso que no es nada malo enfadarse.	,17	.000	,0871
49.-Creo que tengo buena apariencia o soy atractivo.	,08	.023	-,1161
50.-Algunas veces no sé por qué me dan ganas de llorar.	,44	.000	,3866
51.-A menudo pienso que no soy de utilidad para nadie.	-,44	.000	,5145
52.-Cuando fallo en la escuela pienso que no valgo para nada.	-,11	.000	,5113
53.-A menudo imagino que me hago heridas o que me muero.	-,38	.000	,5408
54.-A veces creo que hago cosas que ponen enfermo a mi madre o padre.	-,04	.000	,4518
55.-Muchas veces me siento por que no consigo hacer cosas que quiero.	,28	.000	,4295
56.-Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche.	,06	.903	-,0380
57.-Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer.	,09	.000	,1644
58.-Creo que mi vida es desgraciada.	-,78	.000	,4974
59.-Cuando estoy fuera de casa me siento como vacío.	-,32	.000	,3864
60.-La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser.	,38	.000	,4752
61.-A veces me siento mal por que no amo y escucho a mi madre o padre.	,00	.000	,4403
62.-Pienso a menudo que no voy a llegar a ninguna parte.	-,29	.000	,4685
63.-Tengo muchos amigos.	1,23	.003	-,1218
64.-Utilizo mi tiempo haciendo con mi padre cosas muy interesantes.	,33	.000	-,1405
65.-Hay mucha gente que se preocupa bastante por mí.	1,12	.035	-,1068

66.-A veces creo que dentro de mí hay dos personas que me empujan en distintas direcciones.	,29	.000	,2356

ANEXO

III

SI FUERAS TAN AMABLE DE CONTESTAR LAS SIGUENTES ORACIONES QUE ACONTINUACIÓN SE TE PRESENTAN.

EDAD_____

Sexo (Masculino) (Femenino)

COLOCA UNA (X) DONDE CORRESPONDA A TÚ SITUACIÓN.

INSTRUCCIONES: A continuación se te presentaran una serie de oraciones en las cuales al final en el cuadro deberás colocar solo el número que corresponda a que tan de acuerdo o desacuerdo, estás con la oración leída.

EJEMPLO:

100	Me gustan las visitas a los museos.	1
-----	-------------------------------------	---

Como en mi caso si me gustan mucho las visitas a los museos coloqué el número (1) ya que estoy muy de acuerdo con la oración

120	Me gusta ir a nadar.	4
-----	----------------------	---

Como en mi caso no me gusta ir a nadar coloqué el número (4) ya que estoy solamente en desacuerdo con la oración

¡PUEDES COMENZAR!

-
- 1.- Muy de acuerdo
 - 2.- De Acuerdo
 - 3.- No estoy seguro
 - 4.- En desacuerdo
 - 5.- Muy en desacuerdo

1.-	Me siento alegre la mayor parte del tiempo.	
2.-	A menudo creo que valgo poco.	
3.-	Pienso muchas veces que deajo en mal lugar a mi madre o padre.	
4.-	Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago.	
5.-	A veces me gustaría estar ya muerto.	
6.-	Muchas veces mi madre o padre me hace sentir que las cosas que hago son muy buenas.	
7.-	Odio la forma de mi aspecto o de mi comportamiento.	
8.-	En mi familia todos nos divertimos mucho juntos.	
9.-	Me divierto con las cosas que hago.	
10.-	Frecuentemente me siento desgraciado/triste/desdichado.	
11.-	A menudo me odio a mi mismo.	
12.-	A menudo me siento desgraciado por causa de mis tareas escolares.	
13.-	A veces pienso que no vale la pena vivir esta vida.	
14.-	La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende.	
15.-	A menudo me avergüenzo de mi mismo.	
16.-	Muchas veces me siento muerto por dentro.	
17.-	A veces estoy preocupado por que no amo a mi madre o padre como debiera.	
18.-	Creo que mi madre o padre está muy orgulloso de mí.	
19.-	Soy una persona feliz.	
20.-	Nadie sabe lo desgraciado que me siento por dentro.	
21.-	Creo que los demás me quieren, aunque no lo merezco.	
22.-	A veces sueño que tengo un accidente o me muero.	
23.-	A menudo pienso que no soy de utilidad para nadie.	
24.-	Cuando fallo en la escuela pienso que no valgo para nada.	
25.-	A menudo imagino que me hago heridas o que me muero.	
26.-	A veces creo que hago cosas que ponen enfermo a mi madre o padre.	
27.-	Creo que mi vida es desgraciada.	
28.-	La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser.	
29.-	A veces me siento mal por que no amo y escucho a mi madre o padre.	
30.-	Pienso a menudo que no voy a llegar a ninguna parte.	
31.-	A veces creo que dentro de mí hay dos personas que me empujan en distintas direcciones.	

¡GRACIAS!
