

878525

UNIVERSIDAD NUEVO MUNDO

4

ESCUELA DE PSICOLOGIA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



"BAREMACION DEL CUESTIONARIO DE
DEPRESION INFANTIL CDS EN POBLACION
INFANTIL MEXICANA"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
VICTORIA EUGENIA DURAN CEREZO
ILIANA PLASCENCIA MONDRAGON

ASESOR: LIC. SONIA LOPEZ CUREÑO.

MEXICO, D. F.

2002.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

Agradecemos profundamente:

Al Instituto Cristóbal Colón, por las facilidades otorgadas para la realización de esta Tesis. Especialmente al Hermano Ricardo y al departamento de Psicología.

Al Lic. José Vaquero por su enorme apoyo y su valiosa aportación.

A la Lic. Sonia López por motivarnos a iniciar y a continuar con este proyecto. Por su tiempo y su dedicación ¡Gracias!

A la Lic. Lucy Reyes por el ejemplo, el enorme compromiso, el apoyo y la confianza a lo largo de estos 5 años.

A Adriana Cisneros, a la Universidad Nuevo Mundo y a todos los profesores involucrados en nuestra formación

¡GRACIAS!

Iliana Plasencia

Victoria Durán

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Esta Tesis no es
enteramente mía es
producto del esfuerzo,
confianza e infinito amor
que he tenido por parte de
todos y cada uno de
ustedes

A mi mamá a mis abuelos,
a mis hermanos, a mis tíos,
a lliana y a todos mis
profesores.

Gracias.

Victoria

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Dedicada a la memoria de mi Madre.

Agradezco a Dios, por iluminar mi camino y darme entendimiento, capacidad y tenacidad para lograr ésta meta profesional, y principalmente le agradezco por haberme dado a dos Seres que con su amor, comprensión, apoyo incondicional, espíritu de lucha y tenacidad, forjaron y moldearon a una hija que les amará y admirará siempre, mis Padres.

Gracias Papá por el apoyo que me has brindado, por tu paciencia y comprensión en la toma de mis decisiones, y sobre todo por darme la oportunidad de ser lo que ahora soy, una profesionista que seguirá tus pasos apegada a la ética y a la moral.

A Blanca le agradezco el ser mi amiga, hermana, confidente y sobre todo un pilar fundamental en los éxitos de mi vida.

A mi Abuelo por ser un modelo a seguir como ser humano; gracias por tu amor, ternura y aliento.

Carlos, comparto contigo este éxito de los muchos que habrá por compartir juntos, te agradezco por todo el amor, la comprensión, la paciencia y el apoyo que me has brindado, exhortándome a luchar y a ser mejor día con día. Gracias mi vida.

A mis Tíos Lino, Esther, Lina, Margarita, Nieves y Guillermo por interesarse en mi carrera.

A mis amigos (Aurelio, Galo, Xavier, Iván, Marco, Tomy) y a mis amigas (Mary, Bertha, Caro, Karla, Lalis) por la hermandad que hemos formado, apoyándome incondicionalmente, gracias. Y a todas aquellas personas que contribuyeron en mi formación profesional.

Por último, quisiera agradecer a mi compañera y amiga Victoria por toda la confianza, apoyo y amistad que me ha brindado durante éstos cinco años. Cinco años en los cuales hemos compartido alegrías, alegrías, logros, derrotas, tristezas y metas consumadas... como la que hoy nos une y que hemos de compartir orgullosamente.

Gracias Amiga.

Iliana Plascencia M.



ÍNDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN

I. DEPRESIÓN INFANTIL

1.1.	Antecedentes Históricos	6
1.2.	Definición	14
1.3.	Clasificación, síntomas y signos	17
	1.3.1. Depresión Mayor	18
	1.3.1.1. Desorden Distímico	23
	1.3.2. Depresión Afectivo Estacional	24
	1.3.3. Depresión Psicótica	25
	1.3.4. Depresión Bipolar	
1.4.	Etiología de la depresión infantil	26
	1.4.1. Factores Biológicos y Genéticos	27
	1.4.2. Factores Psicosociales	28
	1.4.2.1. Sucesos de la vida y Estrés ambiental	
	1.4.2.2. Familia	31
	1.4.2.3. Factores de la Personalidad y Psicodinámicos	33
1.5.	Epidemiología	38
1.6.	Diagnóstico Diferencial	43
1.7.	Tratamiento	45

II. FUNDAMENTOS TEÓRICOS QUE SUSTENTAN LA

CONSTRUCCIÓN DE UN INSTRUMENTO PSICOMÉTRICO

2.1.	Definición de Prueba	56
2.2.	Tipos de Escalas	
2.3.	Construcción de Pruebas Psicológicas	57
	2.3.1. Estandarización	58
	2.3.2. Análisis técnico de la prueba	59
	2.3.2.1. Confiabilidad	
	2.3.2.1.1. Coeficiente Test-retest	60

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.3.2.1.2. Coeficiente de Pruebas Alternas	
2.3.2.1.3. Split-half	
2.3.2.1.4. Kuder-Richardson	61
2.3.2.1.5. Alpha de Cronbach	
2.3.2.2. Validez	
2.3.2.2.1. Validez de Contenido	
2.3.2.2.2. Validez de Criterio	62
2.3.2.2.2.1. Validez Concurrente	
2.3.2.2.2.2. Validez Predictiva	
2.3.2.2.3. Validez de Constructo	
2.3.2.3. Normas	64

III. ESCALAS PARA MEDIR DEPRESIÓN 65

3.1. Entrevistas	66
3.2. Autoinformes	70
3.2.1. Escalas contestadas por niños	73
3.2.2. Escalas contestadas por compañeros	77
3.2.3. Escalas contestadas por adultos que recaban información global acerca de diversas alteraciones de conducta del niño	78
3.2.4. Escalas mixtas para la evaluación de la depresión infantil	82
3.2.4.1. Cuestionario de Depresión Infantil (CDS)	

IV. METODOLOGÍA

4.1. Objetivo	97
4.2. Justificación	
4.3. Sujetos	98
4.4. Instrumento	99
4.4.1. Materiales	102
4.5. Procedimiento	
4.5.1. Aplicación	103
4.5.2. Calificación	105
4.5.3. Interpretación	106
4.5.4. Análisis de datos	107

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

VI. RESULTADOS

5.1. Confiabilidad	109
5.2. Análisis de Ítems	110
5.3. Análisis Factorial	
5.4. Obtención de Baremos	111

TABLAS

FIGURAS

VI. DISCUSIÓN	114
----------------------	-----

VII. ALCANCES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	118
--	-----

VIII. CONCLUSIONES	120
---------------------------	-----

BIBLIOGRAFÍA	123
---------------------	-----

ANEXO

Elementos del CDS	130
-------------------	-----

Hoja de Respuesta	135
-------------------	-----

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

INTRODUCCIÓN

El estudio de la depresión data de mucho tiempo atrás, inclusive antes de la existencia de Cristo, sin embargo, esta condición generalmente ha sido asociada a los adultos sin imaginar siquiera que un niño podría padecerla, debido a la creencia de que la infancia alude a una etapa feliz en donde no hay cabida para las experiencias tristes o traumáticas.

Esta creencia ha provocado que durante muchos años, el estudio de la depresión en la infancia se haya visto un tanto relegado y hasta silenciado, obstaculizando la creación de métodos de detección, diagnóstico y tratamiento adecuados a la población infantil, generando así la falta de conocimiento acerca de esta enfermedad.

De esta forma mientras los ojos incrédulos de los adultos se abren lentamente frente a esta enfermedad, muchos son los niños afectados por ella.

Debido a esto, se hace imprescindible difundir toda la información disponible acerca de la depresión infantil, evitando con esto que las manifestaciones del niño que pudieran estar indicando la presencia de un cuadro depresivo, pasen inadvertidas y sean interpretadas por padres y maestros como manifestaciones de apatía, rebeldía o simplemente como cambios “normales” propios de la edad.

Asociado a esto, es de vital importancia contar con instrumentos que permitan al clínico de una forma rápida, sencilla y confiable, detectar la presencia de síntomas depresivos, de manera que con base en la información obtenida a través de estos y complementada con la de otras fuentes como observaciones y entrevistas, logre de forma oportuna la instauración de un plan terapéutico.

Una alternativa diseñada para este fin es el Cuestionario de Depresión Infantil CDS de M. Lang y M. Tisher, el cual ha demostrado a través de las diversas investigaciones a las que ha estado sujeto, ser un instrumento útil tanto para la detección de síntomas depresivos como para la determinación de la severidad de estos, además de ser el único instrumento con estas características disponible en nuestro país.

Sobre la base de esto y partiendo del supuesto de que el uso de Baremos de otro país como criterios para evaluar a niños mexicanos no es apropiado, ya que no brinda información representativa acerca del estado emocional del niño. Por tanto, la presente investigación tiene por objetivo la elaboración de Baremos mexicanos para el Cuestionario de Depresión Infantil CDS, con el fin de determinar tanto la presencia de síntomas depresivos como la intensidad de éstos en población normal mexicana de ambos sexos, de 8 a 12 años de edad, pertenecientes a un nivel socioeconómico medio, medio-alto.

Para alcanzar dicho objetivo, la presente investigación toma como punto de partida, la exposición de los antecedentes históricos del estudio de la depresión infantil, así como, la definición de ésta en los diversos campos científicos, su clasificación y sintomatología establecida tanto por diversos autores como por el DSM-IV, su etiología, epidemiología, diagnóstico diferencial y las alternativas de tratamiento; brindando así, una visión global referente a este estado que afecta a los infantes.

Se describen además, los fundamentos teóricos que sustentan la construcción de un instrumento psicométrico, con el fin de esclarecer conceptos como estandarización, baremación, confiabilidad, validez y normas. Todos ellos necesarios para lograr una mejor comprensión de los términos empleados a lo largo de la presente.

Posteriormente, se realiza un análisis de las diversas escalas diseñadas para medir depresión basándose en sus características generales, propiedades psicométricas, ventajas y desventajas. Con fines prácticos las escalas han sido clasificadas en entrevistas y autoinformes, éstos últimos divididos en: a) escalas contestadas por los mismos niños; b) escalas contestadas por compañeros; c) escalas contestadas por adultos cercanos al niño, que no evalúan exclusivamente síntomas depresivos; y d) escalas mixtas, a esta última división

pertenece el CDS, el cual es descrito ampliamente debido a la importancia de éste en la presente.

La metodología que fundamenta esta investigación, inicia con la presentación tanto del objetivo general como de la justificación. A continuación, se describen: la muestra seleccionada por el método no probabilístico de cuotas y conformada por 760 niños(as) de ambos sexos de nivel socioeconómico medio, medio-alto; el instrumento "Cuestionario de Depresión Infantil CDS (Lang, M. y Tisher, M., 1978); los materiales empleados, así como también, el procedimiento en sus fases de aplicación, calificación, interpretación y análisis de datos, que anteceden a los resultados obtenidos con base a la confiabilidad, donde se obtienen un coeficiente $\alpha=0,9012$ y por Split-half un $r = 0,8682$ para la prueba en su totalidad, y para el resto de las subescalas coeficientes que van desde $\alpha= 0,5781$ a $0,9366$; un análisis de ítems, del que resultan 53 de los 66 ítems, correlacionados positivamente con el puntaje total de prueba; el análisis factorial para determinar la validez de constructo, donde se obtiene 15 factores que dan cuenta del 54% de la varianza total; y finalmente la obtención de Baremos mexicanos para el CDS dados en centiles y decatipos, los cuales presentan grandes similitudes con los obtenidos en la adaptación española.

Seguido de esto, se discuten los resultados obtenidos en base al CDS destacando las similitudes y diferencias encontradas entre la presente y los hallazgos de las investigaciones anteriores, entre los que destacan los altos índices de confiabilidad, la existencia del constructo “depresión” el cual intenta medir el CDS. Asimismo, se presentan: los alcances, principalmente el que se refiere a la aportación de Baremos para determinada población infantil mexicana; las limitaciones en cuanto a la representatividad de la muestra; y las sugerencias para futuras investigaciones encaminadas a eliminar las limitaciones de la presente.

Finalmente, se presentan las conclusiones teórico-metodológicas en las que se hace referencia a la problemática de la depresión infantil y a la carencia de instrumentos en México que permitan de forma sencilla detectar un cuadro depresivo.

Por tanto, la presente tesis pretende brindar, además de una visión global de la depresión infantil, Baremos nacionales para el CDS basados en determinada población infantil mexicana.

I. DEPRESIÓN INFANTIL

1.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El término depresión ha sido definido de diversas maneras y ampliamente estudiado a lo largo de los siglos, sin embargo, desde el punto de vista psicológico actual, la depresión es un término genérico que se aplica a un conjunto de desórdenes de la afectividad, cuyo rasgo esencial y común es una alteración del estado de ánimo unida a problemas cognitivos, psicomotores, psicofisiológicos e interpersonales, que ocurren como condiciones únicas o acompañados de otros estados patológicos, es decir, la esfera psíquica, la somática y la conductual son perturbadas en grados diversos. Los signos y síntomas de la depresión ocurren generalmente en forma episódica y recurrente (Kaplan, H., Sadock, B. J., 1996). Se trata por lo tanto de un desorden global de la personalidad que cubre una amplia gama de cambios de estados emocionales, que en términos de gravedad fluctúan entre cambios normales del humor en la vida cotidiana hasta episodios depresivos crónicos (De la Fuente, 1997).

De esta forma, tanto la depresión como otros trastornos hoy denominados afectivos pueden hallarse en muchos documentos, inclusive antes de la existencia de Cristo. Así podemos remontarnos a la historia del

Rey Saúl y Job en el Antiguo Testamento, quienes describen el síndrome depresivo, la melancolía y el pensamiento suicida (Jb.7 15; cf 2s 17 23; Organón Internacional, 1997), como también, en la historia del suicidio de Ayax Telamonio, en la Iliada de Homero (Encarta, 2000).

Hacia el 450 a. C. Hipócrates utilizó los términos manía y melancolía para describir las alteraciones mentales. Posteriormente, hacia el año 100 d. C., el médico latino Cornelio Celso describió la melancolía en su obra "*De re Medica*", como una depresión producida por bilis negra, y el término siguió siendo utilizado por otros autores médicos, incluidos Areteo de Capadocia de Roma (120-180 d. C.), Claudio Galeno (129-199 d. C) y Alejandro de Tralles, en el siglo VI (Kaplan, H., Sadock, B. J, 1996).

Más adelante, durante la Edad Media en los países islámicos, los médicos Rhazes, Avicena y el médico judío Maimónides consideraron a la melancolía como una enfermedad diferenciada de otros trastornos psicopatológicos.

No fue sino hasta mediados del siglo XIX, cuando Jules Farlet describió una enfermedad denominada "*folie circulaire* o locura circular", en la que el paciente experimentaba estados de ánimo alternos de depresión y manía. Durante el mismo periodo, otro psiquiatra francés, Jules Baillarger, describió la enfermedad de "*folie à double forme* o locura de doble forma" en la que el

paciente se volvía totalmente deprimido y caía en un estado de estupor del cual eventualmente se recuperaba (Herreros, G., 2000).

Posteriormente en 1882, el psiquiatra alemán Karl Kahlbaum describió la manía y la depresión como fases de la misma enfermedad. Pero no fue hasta 1896, cuando el psiquiatra Emil Kraepelin desarrolla la categoría de enfermedad maniaco-depresiva, utilizada actualmente, basada en el conocimiento de este trastorno obtenido por los psiquiatras franceses y alemanes que le precedieron (Zung, W., 1997).

A partir de esto muchas generaciones de psiquiatras (incluida la actual) han realizado numerosos intentos para mejorar la clasificación de los trastornos depresivos. Fruto de dichos esfuerzos son los de St. Louis Criteria, los Research Diagnostic Criteria, donde se denomina Trastorno Depresivo Mayor, clasificación que es retomada en 1980, por el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III). Siete años más tarde, en la versión revisada de este último, DSM-III-R, se consignan por primera vez criterios diagnósticos para niños y adolescentes con el Trastorno Depresivo Mayor con apartados específicos (Kaplan, H., Sadock, B. J., 1996).

A partir de la aparición de estos criterios diagnósticos en el DSM-III-R, se comienza a considerar la existencia real de la depresión como un síndrome en los niños.

A pesar de que esta condición en infantes fue aceptada hasta finales del siglo XX, las referencias al contenido de lo que constituyen las depresiones infantiles son relativamente extensas y datan desde hace muchos años, sin que exista una delimitación precisa ni cronológica ni conceptual. Por dicha razón, Polaino A. Lorente, Doménech E., García A. y Ezpeleta L. (1988), elaboraron una división respecto a la evolución del estudio de las depresiones infantiles en cuatro grandes periodos, que son descritos a continuación:

1) Un período inicial que comprende del s. XVII al s. XVIII, en los cuales se hace referencia al concepto de melancolía. Entre los textos más representativos de este periodo se encuentran "*La anatomía de la melancolía...*" escrito por el clérigo Robert Burton en 1621, donde se valoran principalmente las experiencias durante la etapa infantil y el tipo de educación recibida, sin embargo, las referencias a la infancia son reducidas. Posteriormente en 1755, la publicación del médico George Baker "*De affectibus animo et morbis inde oriundis*", refiere que una de las causas de la melancolía era la envidia y puede darse en la más tierna edad, considerando que << es posible ver enfermar y languidecer a un niño, más por influencia de las emociones que por una causa física >>; insistiendo que los niños no se encuentran libres de esta grave enfermedad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2) El Siglo XIX representó el inicio de la aparición de textos de psiquiatría infantil, como las obras del pediatra Charles West en Gran Bretaña y de Emminghaus en Alemania, las de Delasiauve, Filibliu o Moreau de Tours en Francia, y de Vidal Perera en España, donde aparecen referencias muy numerosas acerca del tema concreto del suicidio infantil relacionándolo obviamente con la depresión. En 1807, el médico James Parkinson publicó su obra titulada "*Observations on the excessive indulgence of Children...*" en donde admitía la existencia y aparición de una forma de melancolía posiblemente debida a pautas educativas inconsistentes de los padres en la etapa infantil. Del mismo modo el profesor alemán Wilhelm Griesinger (1845), en su obra "*Pathologie und Therapie der Psychischen Krankheiten*"- la cual tuvo una gran influencia en la psicopatología infantil-, afirma que una buena parte de las enfermedades que describen a las del adulto se observan también en niños, como la melancolía.

3) El tercer período comprende la primera mitad del s. XX, caracterizado por el creciente interés despertado por pedagogos y psicólogos. Sería muy difícil explicar el interés suscitado por la depresión, sin apelar a las aportaciones realizadas por el psicoanálisis que son predominantes en aquel contexto histórico y científico (Polaino, A. et al., 1988). Dentro de esta línea se encuentra Melanie Klein, quien fue la primer psicoanalista que introdujo el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

término de depresión referido a la infancia y su polémico planteamiento de la “posición depresiva” de la segunda mitad del primer año de vida, caracterizada por los sentimientos de culpa que surgen en respuesta a las tendencias agresivas que aparecen en la etapa anterior denominada “posición esquizo-paranoide”. Ambas consideradas como un proceso normal en el desarrollo de la personalidad (Badillo, I., 1997).

A partir de este planteamiento se desarrollaron nuevas teorías, debido a la importancia y trascendencia que la depresión infantil comenzó a adoptar en el ámbito psicopatológico, pediátrico y pedagógico. Sobre estas teorías destacan los trabajos realizados por Spitz, R., quien durante la década de los treinta, describió un estado al que llamó “Depresión Anaclítica” en lactantes institucionalizados, privados del contacto con sus madres, encontrando en ella, la causa de ciertas muertes inexplicables de bebés y niños internados en hospitales. Spitz, R. ligó esta depresión a una carencia afectiva muy marcada, ya que desde el punto de vista médico, los niños estaban bien cuidados, alimentados, cubiertos contra infecciones y limpios, sin embargo, como nadie reparaba en la necesidad de esas “proteínas” llamadas afecto (por ejemplo: no los sostenían en brazos, no les hablaban, etcétera) al poco tiempo los bebés caían en la depresión anaclítica: perdían peso, no querían alimentarse, hasta que finalmente morían de marasmo nutricional (Goldman, H., 1996; Kaplan,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

H., Sadock, B. J., 1996; Sptiz, R. y col. 1969; Wolman, B., 1972). Posteriormente y dentro de esta misma línea, Bowlby con su llamada "Teoría del apego" describió las **reacciones secuenciales** de los niños con respecto a la pérdida de su protector principal, como una respuesta caracterizada por desesperación y más adelante por desapego (Goldman, H., 1996; Wolman, B., 1972).

4) La etapa actual de la historia de la depresión infantil abarca los últimos treinta y cuatro años, datando su arranque en 1966, cuatro años más tarde, es decir, en la década de los setenta, surgen dos conceptos que actualmente no parecen útiles y están en desuso: la "depresión enmascarada" y los "equivalentes depresivos". Donde el niño podría padecer una depresión, pero se encontraría "enmascarada" y "daría la cara" con una sintomatología que tiene poco o nada que ver con la depresión, tal y como se manifiesta en el adulto.

Respecto a los equivalentes depresivos, podrían considerarse la hiperactividad, la enuresis, el aumento de agresividad, la ansiedad y el insomnio (Toolan, 1962; Glasser, 1968; Cytrin y col., 1980; citado en Polaino, A. et al., 1988).

Al principio de esta década, en las investigaciones y publicaciones en torno al tema, prevalecía la idea de que la depresión en el niño era equiparable

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

a la del adulto. Más tarde, surgen numerosas investigaciones en torno a la depresión infantil, entre estas resaltan las de Kashani y Simons (1979; citados en: Ramírez, M., 2000) quienes observaron que el 1.9% de la población infantil cumplía con los criterios del DSM para el trastorno de depresión mayor, y más del 17% de los niños mostraban tristeza o depresión significativa. De esta forma en los años setenta, la aceptación de un síndrome depresivo específico de la infancia era casi unánime, donde el interés se centró en la obtención de criterios diagnósticos válidos, inicialmente clínicos y psicológicos y más tarde también biológicos.

Alrededor del decenio de los ochenta, hubo un aumento en el consenso en cuanto a que la depresión en niños no sólo existía, sino que era frecuente (prevalencia del casi 2% en niños en edad escolar). Los psiquiatras observaron a estos niños y notaron una alteración en su funcionamiento cognitivo-conductual. De igual forma, psicopatólogos del desarrollo criticaron y pusieron en discusión la aplicación uniforme de los criterios de la depresión adulta a los niños (Goldman, H., 1996).

A partir de esta década, las nuevas realidades socioculturales del mundo occidental: divorcio, acceso de la madre al mundo laboral, maltrato infantil, etc., provocaron que se replanteara la concepción de la depresión infantil de la primera infancia (Badillo, I., 1997).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las investigaciones realizadas en estos años, muestran un aumento en la prevalencia con relación a la encontrada en la década de los setenta, así en 1987, Cantwell y Carlson, encontraron que de 1974 a 1984 del 20 a 30% de la población infantil presentaba síntomas leves, moderados o severos de depresión. Posteriormente en 1989, Kovacs observó que del 2 al 5% de los niños presentaron una sintomatología que cumplía con los criterios de un episodio depresivo mayor (Ramírez, M., 2000).

Sin embargo, a pesar de todos los esfuerzos realizados por demostrar la existencia y especificidad de la depresión en la infancia, esta parece un tanto silenciada y hasta relegada. No obstante, aunque la depresión adulta ha sido aceptada durante muchos siglos, ambas han corrido con la misma suerte en lo que a su definición se refiere, ya que no existen definiciones integrales que abarquen tanto el punto de vista de la Neurofisiología como de la Farmacología y de la Clínico-Conductual. Por lo que a continuación se describe lo que la depresión significa para cada ámbito científico.

1.2. DEFINICIÓN

El término depresión alude a una emoción humana normal y también a un grupo de síndromes o trastornos. Este término tiene diferentes significados en los diversos ámbitos científicos, siendo para la neurofisiología una

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

reducción de la actividad electrofisiológica, como la depresión cortical; para la farmacología, la depresión se refiere al efecto de los fármacos que disminuyen la actividad del órgano al que se dirigen, así los depresores del sistema nervioso central incluyen fármacos como barbitúricos y los anestésicos que disminuyen la respuesta a los estímulos produciendo sueño o coma. Para la psicología, la depresión se refiere a cualquier decremento del rendimiento cognitivo, perceptivo o motor normal (Kaplan, H. I., Sadock, B. J., 1996). Finalmente, la psiquiatría considera que la depresión cubre una amplia gama de cambios en los estados emocionales, que en términos de gravedad fluctúan entre cambios normales del humor en la vida cotidiana y episodios psicóticos graves (De la Fuente, 1997).

De este modo, el uso del término «depresión» en los diversos campos científicos, alude el deseo de que mecanismos comunes subyazcan de los diversos fenómenos tanto neurofisiológicos, farmacológicos, psicológicos, como clínicos. En consecuencia, muchos clínicos e investigadores han postulado que los síntomas depresivos clínicos son el resultado de una reducción de alguna función generalizada del sistema nervioso central, y por lo tanto, se deben tratar con un fármaco que contrarreste dicho efecto (Kaplan, H. I., Sadock, B. J., 1996).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Sin embargo, como se mencionó anteriormente el concepto de depresión y sobre todo el que se refiere a la infancia ha sido objeto de muchas confusiones y controversias motivadas en buena medida por la carencia de datos clínicos fiables y por las abundantes especulaciones teóricas a las que ha estado sometido. De esta manera cada investigador ha empleado sus propios criterios para definirla, lo que constituye un indicador más que refleja la confusión reinante.

Una de las pocas definiciones en el ámbito psicológico existentes es la dada por Polaino-Lorente et al. (1988) donde la depresión es entendida como un síntoma (humor disfórico), un síndrome (cambios motivacionales, cognitivos, afectivos, alteraciones psicomotoras etc.), o un desorden.

El humor disfórico como un síntoma depresivo puede surgir sin causa aparente, o bien aparecer como respuesta a un desajuste o a una importante pérdida.

La depresión, como un síndrome clínico, puede presentarse como algo primariamente bien delimitado o asociado a otras alteraciones psicopatológicas (fobias, ansiedad, alcoholismo, etc.).

Por último, como desorden clínico tiene implicaciones más extensas y vagas que el concepto de síndrome depresivo, puesto que no sólo implica la posible existencia de un síndrome depresivo que causa un determinado grado

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de incapacidad en el sujeto, sino que manifiesta también ciertas características clínicas específicas vinculadas o no a una historia biográfica concreta.

Aún cuando no existe un consenso respecto a la definición, resulta de mayor importancia considerar la presencia de determinados síntomas que constituyen una parte fundamental para el diagnóstico de este trastorno. Por lo que es necesario describir tanto la clasificación como la sintomatología específica para cada trastorno afectivo.

1.3. CLASIFICACION, SÍNTOMAS Y SIGNOS

Los trastornos afectivos constituyen un grupo de trastornos clínicos cuyo rasgo esencial y común es una alteración del estado de ánimo unida a problemas cognitivos, psicomotores, psicofisiológicos e interpersonales relacionados a ella. El estado de ánimo suele hacer referencia a los estados emocionales sostenidos que colorean toda la personalidad y la vida psíquica. El estado de ánimo puede ser normal o estar elevado o deprimido. En éste caso, los pacientes con estado de ánimo deprimido muestran pérdida de energía e interés, sentimientos de culpa, problemas de concentración, pérdida del apetito e ideas de muerte o suicidio (Kaplan, H. I., Sadock, B. J., 1996).

La categoría de "*trastornos afectivos*" del DSM-III agrupaba a todos los trastornos afectivos. Dentro de este grupo, la subcategoría de «trastornos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

afectivos mayores» que incluye al trastorno bipolar (mixto, maniaco, deprimido), y la depresión mayor (episodio único o recurrente). Existen además dos categorías adicionales de trastornos afectivos específicos (trastorno ciclotímico y trastorno distímico) y el trastorno afectivo atípico (trastorno bipolar atípico y depresión atípica) (Kaplan, H. I., Sadock, B. J., 1996).

Actualmente el DSM-IV clasifica dentro de la subcategoría de depresión mayor al trastorno distímico, e incluye cinco variantes clínicas que ayudan a establecer el diagnóstico diferencial, las cuales son: desorden afectivo estacional; depresión psicótica; depresión bipolar; depresión subclínica o subsíndrome; y la depresión de resistencia al tratamiento. (American Psychological Association (APA), 1994).

Sin embargo, la existencia de muchos de estos trastornos en edad prepuberal no ha podido ser comprobada debido a la falta de investigaciones confiables dentro del área infantil, por tanto, sólo se hace referencia a aquellos cuya presencia se ha demostrado en dicha etapa.

1.3.1. La llamada **Depresión Mayor (DM)**, debe ser diagnosticada cuando los síntomas persisten por lo menos durante dos semanas y en términos generales la sintomatología consiste en: una alta frecuencia de problemas conductuales, falta de atención y pasividad, quejas somáticas e

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

impopularidad (Garber, Kendall, León, 1980; Haley, B., Jacobsen, R., Strauss, 1983; citado en: Gutiérrez, A. T., Lara, M. H., y Contreras. C., 1995).

En el DSM-III y DSM-III-R al listar los síntomas de la alteración depresiva mayor, se distinguen: un estado de ánimo irritable en niños de edad prepuberal donde son frecuentes las ya mencionadas quejas somáticas; agitación psicomotora y alucinaciones auditivas congruentes con el estado de ánimo; asimismo manifiestan retraimiento, descuido del aspecto personal, aumento en la emocionalidad e hipersensibilidad al rechazo. Aunado a estos, pueden presentarse actos físicamente dañinos como intentos suicidas, automutilación o accidentes recurrentes. También uso de drogas, alcohol, comidas en exceso y sentimientos crónicos de vacío (Bellack, L., 1996; Pichot, 1988; citado en: Contreras, M., Gutiérrez, A. T., y Lara, M. H., 1994).

El DSM- IV (1994), menciona que los síntomas de la Depresión Mayor son similares en adultos y en niños. La diferencia radica en que éstos últimos manifiestan más comúnmente quejas somáticas, rechazo social, pérdida de interés y de la capacidad de experimentar placer, cambios en los patrones de alimentación, sueño y peso corporal, actividad, concentración, nivel de energía, autoestima y motivación, y menos frecuentemente, enlentecimiento psicomotor e hipersomnia, en comparación con adolescentes y adultos (Ramírez, M., 2000). Asimismo, es habitual que en los niños la depresión se

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

presente conjuntamente con déficit de atención, ansiedad (incluyendo fobias y ansiedad de separación), cambios de humor (depresivo o irritable) junto con trastornos conductuales en lugar de verbalizar los sentimientos y pueden aparecer alucinaciones auditivas, debido a la poca madurez cognitiva de éstos. También pueden presentarse severos intentos suicidas y menos ilusiones a diferencia de los adolescentes y de los adultos (Journal American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (AACAP), 1998).

En cuanto a la sintomatología descrita por diversos autores encontramos a Blumberg y Azuyo (1981; citado en: Contreras, M. et al., 1994), que mencionan que la dificultad del niño para expresar las preocupaciones pueden provocar enuresis, fobias, pesadillas y ansiedad, aunque también suelen observarse cambios en los patrones de alimentación y sueño.

Por otro lado Lesse (1981), encontró que en los niños el estado depresivo implicaba flojera, aburrimiento, actos antisociales, fobias y bajo rendimiento escolar (citado en: Contreras, M. et al., 1994).

Para Kovacs (1992), la depresión en niños es un trastorno del estado de ánimo en el que se presentan una serie de síntomas, tales como alteraciones de apetito y sueño, incapacidad para tomar decisiones, problemas de aprendizaje, sentimientos de culpa, dificultades en las relaciones interpersonales, anhedonia, devaluación de su autoimagen y deficiencias en el desempeño

general (citado en: Ramírez, M., 2000). Asimismo para el Dr. Rodolfo (2000), se trata de un aburrimiento especial, persistente y paralizante que bloquea el juego y el aprendizaje. En la escuela el niño no se interesa en nada, presenta gran dificultad para hacer tareas sólo, no termina lo que empieza, o está siempre en la luna (citado en: Bernadou, M., 2000).

En cuanto a las investigaciones realizadas para esclarecer la sintomatología de la Depresión Mayor se encuentra la de Kashani y col. (1989), quienes describieron los síntomas depresivos en tres grupos de edades: 8, 12 y 17 años, en una muestra de 210 niños y adolescentes de escuelas publicas. Algunos síntomas decrecieron en frecuencia conforme aumentaba la edad, estos fueron: no prestar atención a cosas usuales, quejas somáticas (dolores de estómago), pesadillas, pensamientos negativos de impotencia para conseguir más que los otros y no intentar lograr algo por pensar que era imposible o inútil hacerlo. Por el contrario, algunos síntomas se incrementaron con la edad, como fueron: sentir más cansancio que antes, no prestar importancia a las amenazas de daño físico, agitación o hiperactividad al estar triste, irritabilidad, desagrado por salir a jugar, carecer de energía, sentirse muy aburrido y tener pensamientos confusos con respecto al futuro (Contreras, M. et al., 1994). Posteriormente en 1990, estos mismos autores encontraron que el mayor porcentaje de puntajes elevados en la escala total de

depresión (TD) ocurrió en los niños de 4° y 5° grado, además, los niños de 9 a 11 años parecen ser más sensibles al desamparo y a la carencia de afecto, provocando un aumento de los niveles de ansiedad y una disminución de la autoestima (Gutiérrez, A. T. et al., 1995).

Como puede observarse, la mayoría de los autores antes mencionados coinciden con la presencia de una serie de síntomas característicos de la Depresión Mayor los cuales fueron publicados por la American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (AACAP) en la revista Información para la Familia (1998), resumiéndolos de la siguiente forma:

- 1) Tristeza persistente, lloriqueo y llanto profuso.
- 2) Desesperanza.
- 3) Pérdida de interés o inhabilidad para disfrutar actividades favoritas previas.
- 4) Aburrimiento persistente y falta de energía.
- 5) Aislamiento social.
- 6) Comunicación pobre.
- 7) Baja autoestima y culpabilidad.
- 8) Sensibilidad extrema hacia el rechazo y el fracaso.
- 9) Aumento en la dificultad de relacionarse.
- 10) Coraje u hostilidad.
- 11) Quejas somáticas frecuentes, tales como dolor de estómago y cefaleas.

- 12) Ausencias frecuentes en la escuela y deterioro en los estudios.
- 13) Concentración pobre.
- 14) Cambios notables en los patrones alimenticios y de sueño.
- 15) Hablar de o tratar de escaparse del hogar.
- 16) Pensamiento o expresiones suicidas o comportamiento autodestructivo.

De esta forma, la AACAP (1998) reconoce dentro de la Depresión Mayor la existencia del desorden distímico y de las ya antes mencionadas variantes clínicas, que se presentan en edad prepuberal, las cuales serán descritas a continuación:

1.3.1.1. Desorden Distímico (DD): Consiste en un estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás. Tanto en los niños como en adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos un año. El niño mientras está deprimido, debe presentar al menos dos (o más) de los siguientes síntomas: pérdida o aumento de apetito; insomnio o hipersomnias; falta de energía o fatiga; baja autoestima; dificultades para concentrarse o para tomar decisiones; y/o sentimientos de desesperanza.

Debe considerarse, que durante el primer año de la alteración, el niño presenta los síntomas anteriores durante más de 2 meses seguidos, y que no se

haya presentado ningún episodio depresivo mayor durante ese año, es decir, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial. Así mismo, se deben tomar en cuenta: a) la presencia de un episodio depresivo mayor previo, que haya sido remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativo durante 2 meses), a la aparición del episodio distímico; b) la aparición de episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos tras el primer año del trastorno distímico, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para el primero; c) la presencia de un episodio maniaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco y que nunca se hayan cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico; d) la alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante; y e) los síntomas, que no sean debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o enfermedad médica, sino que causen un malestar clínicamente significativo o deterioro social, escolar o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

1.3.2. Depresión Afectivo Estacional (DAE): Estudios retrospectivos en adultos, así como en un reciente estudio epidemiológico refieren la presencia del DAE en niños y jóvenes. El DAE aparece usualmente después de la pubertad, en adolescentes que viven en regiones con distintas estaciones

del año, pero esto se ha registrado en niños prepuberales. Este trastorno se manifiesta con síntomas similares a aquellos que describen a la depresión atípica como el letargo, parálisis de algún miembro, trastornos en el apetito e hipersomnía, excepto que el DAE no incluye el aumento de sensibilidad ante el rechazo y es episódica.

1.3.3. Depresión Psicótica (DP): Es definida como un Desorden Depresivo Mayor asociado con alucinaciones congruentes o incongruentes al estado de ánimo y/o ilusiones. En niños prepúberes, esta depresión parece manifestarse más por alucinaciones auditivas, debido posiblemente al poco desarrollo cognitivo; en contraste con los adolescentes psicoticamente deprimidos que presentan ilusiones junto con alucinaciones auditivas (Mitchell et al., 1988; Ryan et al., 1987). La DP ha sido asociada con: depresiones más severas, resistencia a la terapia individual antidepressiva, respuesta baja a los placebos, mayor riesgo de desarrollar desorden bipolar y a la historia familiar con depresión bipolar y psicótica (Haley et. al, 1988; Strober et al., 1993).

1.3.4. Depresión Bipolar (DB): Se presenta de forma similar a la depresión unipolar, sin embargo, síntomas como la psicosis, retardo psicomotor, hipomanía farmacológicamente inducida e historia familiar con desorden bipolar, podrían indicar que el paciente deprimido está en riesgo de

desarrollar un desorden de este tipo (Geller et al., 1994; Strober y Carlson, 1982; Strober et al., 1993). Adolescentes y niños tienden a presentar frecuentemente rápidos episodios cíclicos y mixtos, los cuales son difíciles de tratar e incrementan el riesgo de suicidio (Brent et al., 1988; 1983b; Geller y Luby, 1977).

El hacer una revisión sobre la sintomatología de la depresión, nos da una visión global de la gravedad del problema al que nos enfrentamos, y el tener una serie de síntomas establecidos permite la detección temprana; no obstante, la meta principal sigue siendo la prevención, por lo que es necesario conocer los factores que pueden preceder a la aparición de estos síntomas, nos referimos así a la etiología de la depresión infantil la cual es descrita a continuación.

1.4. ETIOLOGIA DE LA DEPRESIÓN INFANTIL

La depresión infantil ha sido asociada a diversos factores precipitantes como los bio-généticos y psicosociales que son aquellos que se refieren a circunstancias o eventos críticos inmediatamente anteriores a la aparición de la misma, los cuales son descritos de forma independiente debido a su importancia.

1.4.1. FACTORES BIOLÓGICOS Y GENÉTICOS

Según los modelos actuales, en la génesis de la depresión participan factores biológicos en los que se incluyen la disfunción en los circuitos del sistema nervioso central, provocando una disminución notable en la concentración de noradrenalina y serotonina, con pérdida de función de los receptores post-sinápticos. En etapas iniciales, aparecen fenómenos de compensación, que incluyen menor actividad de los autorreceptores inhibidores (lo cual favorece la liberación de neurotransmisores) e hipersensibilidad de los receptores post-sinápticos (que les permite responder aún con bajos niveles de neurotransmisor), lo cual explica los estados de nerviosismo e irritabilidad típicos de la fase aguda. Sin embargo, con el tiempo tales mecanismos se agotan y aparecen las manifestaciones clínicas de la depresión.

Otro de los desencadenantes ambientales identificados son las situaciones de tensión psíquica en etapas tempranas del desarrollo, lo cual parece inducir cambios funcionales en los sistemas de serotonina y noradrenalina, lo mismo que en neuronas hipotalámicas productoras de hormona liberadora de corticotropina (CRH, siglas del inglés corticotropin-releasing hormone). Esta última parece cumplir un papel determinante en la enfermedad, pues la administración exógena reproduce muchas de las

manifestaciones observadas en personas deprimidas, tales como anorexia, insomnio y disminución de la libido (Centros de Depresión (EMSA), 2000).

Silverman (1989; citado en: Carabeo, J., 1994), ha señalado que los factores genéticos - aunque reconocidos - tienen una participación menor en la transmisión, que las características del niño y las consecuencias ambientales de la enfermedad de los padres. De gran relevancia resultan entonces algunos factores de riesgo asociados, tales como deficiencias en el cuidado de los menores, las situaciones caóticas generadas en el hogar, así como, la exposición crónica a situaciones de estrés, reacciones de duelo o circunstancias extremas durante etapas tempranas de la vida que también influyen sobre los sustratos orgánicos. Dichos factores son descritos a continuación.

1.4.2. FACTORES PSICOSOCIALES

1.4.2.1. Sucesos de la Vida y Estrés ambiental: Desde el momento del nacimiento, o quizá antes, todo niño está sometido a un sin fin de estímulos, experiencias, situaciones traumáticas, eventos positivos y negativos, que forman parte de nuestro complejo entorno social. Muchos de ellos pueden provocar angustia y/o depresión en el nuevo ser en desarrollo (Polaino, A. et al., 1988). De esta forma, la mayoría de los clínicos e investigadores han

compartido la convicción de que existe una relación entre los sucesos estresantes de la vida y la depresión clínica. Las discusiones de casos clínicos, con frecuencia incluyen afirmaciones que relacionan el estrés, sobre todo el producido por las situaciones cotidianas, con el comienzo de los episodios depresivos (Kaplan, H., Sadock, B., 1996). Parkes (1993) considera que dichas situaciones o transiciones psicosociales se vuelven más peligrosas para la salud cuando éstas: demandan un mayor cambio en nuestro entorno, tienen consecuencias duraderas, ocurren en un período relativamente corto o son repentinas y conceden poco tiempo para prepararse. Brown (1986) sugiere que es quizá la incontrolabilidad percibida lo que hace que un cambio vital sea estresante, y por tanto peligroso para la salud (citado en: Gross, R. D., 1998).

De este modo, se ha encontrado que el estrés y la desorganización en los niños constituyen condiciones psicológicas que afectan seriamente su salud mental, pudiendo dar como resultado sentimientos de pérdida, abandono, minusvalía, culpa, soledad y desesperación, conduciéndolos en algunos casos, al deseo de morir y/o como última alternativa, a intentos suicidas (Kaplan, H., Sadock, B., 1996), los cuales muchas veces se confunden con accidentes o descuidos propios de los niños y tan solo se interpretan como una llamada de atención o petición de ayuda, en este caso la poca atención que se le brinde puede traer consecuencias irremediabiles (Martínez, L., Saltijeral, M., y

Terroba, G., 1985).

Los intentos suicidas que aparecen entre los seis y ocho años de edad (correspondiente a la etapa final de la resolución de Edipo y al inicio de la etapa de Latencia) se deben a factores de cambio que predisponen hacia una acción autoagresiva con el fin de resolver las situaciones estresantes que aparecen durante este periodo, como son: la separación diaria de la familia, la necesidad de enfrentarse al ambiente de sus compañeros y al sistema escolar, adquirir y dominar nuevas habilidades, ejercer un mayor control emotivo y aprender más conocimientos y nuevos papeles sociales. Por tanto, los niños en el periodo de Latencia, especialmente entre los 8 y los 12 años de edad, necesitan ayuda para fijar límites, resolver conflictos y problemas personales, y tomar decisiones. Por lo que, si no han recibido un grado de seguridad razonable por parte sus padres, no estarán preparados para enfrentarse a las dificultades del medio social y en consecuencia serán más vulnerables a caer en un estado depresivo o en un intento suicida. Todos estos factores varían en su origen y en su clase, sin embargo, siempre ubican a los niños en una situación muy conflictiva y tensionante (Bloss, P., ;Cameron, N., 1990; Martínez, L. et al., 1985).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.4.2.2. Familia: La función primordial de la familia es mantener satisfactoriamente el equilibrio de sus miembros en los niveles sociales, biológicos y psicológicos, desgraciadamente esto no siempre sucede así.

Doniz (1992), encontró que los eventos vitales más significativamente asociados a la depresión infantil son la muerte de familiares cercanos como los padres, hermanos, abuelos, tíos y primos, la separación o divorcio de los padres, padre ausente, maltrato físico, abuso sexual y familia disfuncional. Del mismo modo, Pitts et al. (1965), Gregory (1966), y Huston (1971), encontraron en el adulto deprimido una probabilidad elevada de haber vivido en familias disfuncionales, con poca atención de los padres, y en general, en un ambiente negativo, donde, según Arieti y Benporad (1980) el poder en este tipo de familias recae en un padre dominante, quien es altamente crítico e intolerante ante las desviaciones de sus normas; dicho miembro, utiliza recursos psicológicos punitivos y destructivos como la culpa y la vergüenza, amenazando con el abandono para reforzar sus reglas y forzar a los miembros familiares a adoptar una postura sumisa. El afecto por el niño es expresado a través de las expectativas que los padres tienen acerca de su aprovechamiento y buen comportamiento. Estos autores concluyeron que la depresión moderada se asocia con un padre dominante y a una depresión más severa con una madre dominante. También se afirma que estas familias se caracterizan por bajos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

niveles de actividad social, recreativa o de naturaleza intelectual-cultural, por tanto, cuanto más restrictivas sean éstas en el desenvolvimiento de dichas actividades placenteras, los niños tendrán menos oportunidades para recibir reforzamiento positivo sobre su aprovechamiento y más motivos para escapar de lo que ellos perciben como un ambiente conflictivo y asfixiante. Todo esto tiene como consecuencia que el niño se pierda en un pensamiento depresivo que únicamente exacerba el problema y contribuye al letargo y a la apatía (Strark, K., 1990).

Por otro lado, Fendrich, Warner y Weissman (1990), estudiaron la relación entre el ajuste marital de los padres, la relación padre-hijo, la relación afectuosa, la cohesión familiar y el divorcio de los padres, en 220 niños, hijos de padres que presentaban o no depresión mayor, concluyeron que la depresión en ambos padres y los antecedentes familiares fueron predictores adecuados para la presencia posterior de depresión y otros desórdenes en los niños. En otra investigación realizada por La Roche (1989), con hijos de padres con un trastorno afectivo mayor e hijos de padres normales, mostró que el riesgo a padecer depresión era más significativo en los primeros que en los segundos (citados en: Doniz, 1992).

Por lo tanto, se concluye que todos los factores familiares mencionados anteriormente, mantienen una relación estrecha que aumenta

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

considerablemente la probabilidad de que el niño padezca un trastorno depresivo.

1.4.2.3. Factores de la Personalidad y Factores Psicodinámicos:

Por general, se cree que las personas proclives a la depresión se caracterizan por un bajo amor propio, un Superyó punitivo o persecutor, relaciones interpersonales dependientes y una limitada capacidad para las relaciones objetales maduras y duraderas. Aunque estos rasgos son comunes entre los sujetos depresivos, no se ha establecido ningún rasgo de constelación o tipo de personalidad como singularmente predispuesto a la depresión. Todos los individuos, cualquiera que sea su tipo de personalidad, pueden deprimirse y se deprimen en las circunstancias apropiadas, aunque ciertos tipos de personalidad como la oral-dependiente, la obsesiva-compulsiva y la histérica pueden estar en mayor riesgo de depresión, que el tipo antisocial, el paranoide y otros varios tipos de personalidad, como la fóbica que utilizan la proyección y otros modos de defensa exteriorizantes (Berstein y Garfinkel, 1986; Kolvin y col., 1984; Kovacs y col., 1984; citado en: Vallejo, J. R. y Gastó, F. C., 1990).

Las formulaciones psicodinámicas, se interesan no sólo por los conflictos dinámicos existentes (que se manifiestan en la culpa, las reacciones

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

a la pérdida y a la hostilidad contra sí mismo) que pueden estar implicados en el episodio depresivo, sino también con los rasgos que preceden al episodio depresivo agudo y que, por consiguiente, pueden ser considerados causales. Algunos de estos rasgos están arraigados en la personalidad, pues una de las principales hipótesis psicodinámicas se centra en la predisposición de ciertos tipos de personalidad a la depresión, es el caso de los pacientes que suelen desequilibrarse en situaciones de estrés, no se relacionan fácilmente en sociedad, requieren un excesivo apoyo ambiental y tienden a ser sujetos obsesivos. También son introvertidos, dependientes, narcisistas e inseguros, además de sentirse culpables (Kaplan, H., Sadock, B.J., 1996).

No obstante, los niños pueden presentarse como individuos sobreadaptados y excesivamente responsables, que se ponen en el lugar de los adultos, estas características individuales, aunque los hace ser más valorados socialmente, provocan que éstos sean más vulnerables a la depresión debido a que en ellos existen intensos sentimientos de culpa y de severidad consigo mismos que están en la base de toda depresión. Metabolizan muy mal las agresiones, no saben defenderse, su lugar es siempre más de dar que de pedir, no pueden hacer valer sus propios derechos y están siempre disponibles. Algunos incluso llegan a funcionar como sostén de algún familiar deprimido o enfermo. Lamentablemente, cuando la depresión es padecida por la clase de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

niño que no da trabajo, se hace difícil que los padres consulten a un especialista. La depresión infantil también puede adquirir una modalidad totalmente diferente: es el caso de los niños díscolos, antisociales y difíciles. Estos niños solucionan su tendencia depresiva buscando alguna penitencia, mientras que otros utilizan la vía del autorreproche (Bernardou, F. 2000; Winnicott, D., 1950).

Dentro de los factores dinámicos mencionados anteriormente, la pérdida del objeto es uno de los factores más importantes en la génesis de la sintomatología, hasta el punto que algunos modelos explicativos de este síndrome centran toda su teoría etiológica en torno a la reacción del niño ante una pérdida, la cual se refiere fundamentalmente a la pérdida real o imaginaria de uno de los padres. En el primer caso se trataría de una reacción de duelo inmediata o tardía, que dependerá de la edad en la que se presente la pérdida, puesto que no es sino hasta los siete u ocho años donde la capacidad de la mente infantil permite percibir la desaparición del objeto como permanente. Dicha reacciones se acentúan cuando se asocia la pérdida real con las fantasías previas de dicha pérdida, ya que esto genera mayor sentimiento de culpa en el niño (Conger, J. 1980; Macías, G., 1985).

Para Karl Abraham, los episodios de enfermedad manifiesta son precipitados por esta misma pérdida, propiciando un proceso regresivo en el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

que el Yo se retrae de su estado de funcionamiento maduro a un estado en el que se denomina el trauma infantil de la etapa sádico-oral de desarrollo libidinal a causa de un proceso de fijación en la primera infancia (citado en: Kaplan, H., Sadock, B. J., 1996).

De acuerdo a la teoría estructural de Freud, es la introyección del objeto perdido en el Yo, la que determina los típicos síntomas depresivos diagnósticos de pérdida de energía yóica. El Superyó, incapaz de vengarse exteriormente del objeto, recurre a la representación psíquica del mismo, ahora interiorizado en el Yo como un introyecto. Cuando el Yo supera al Superyó o se fusiona con él, existe una descarga de energía previamente acumulada en los síntomas depresivos, y sobreviene la manía con los típicos síntomas de exceso (citado en: Kaplan, H., Sadock, B. J., 1996).

De esta forma el enfoque psicoanalítico considera a la depresión como el resultado de un conflicto intrapsíquico entre un Superyó primitivo y Yo desvalido. De esta perspectiva se llegó a negar la existencia de la depresión en la infancia, porque los niños – se aducía – no tienen un Superyó lo suficientemente desarrollado para que pueda dar origen a este desorden. Afortunadamente no es este el sentir de todos los autores encuadrados bajo la órbita psicoanalítica, tal es el caso de autores como Melanie Klein y René Spitz mencionados anteriormente (Polaino, A. et al., 1988).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Actualmente, autores analíticos han desarrollado diversas formas de conceptualización básica, sustentadas en las teorías de Abraham y Freud. Aunque la mayoría de estos autores afirman superficialmente que la enfermedad tiene un sustrato neurofisiológico subyacente, pocos han intentado conceptualizar este estado en otros términos distintos de los puramente psicológicos (Kaplan, H., Sadock, B. J., 1996).

Otro de los factores dinámicos es la dificultad en el control de la agresividad que causa frecuentes problemas al niño en el área social, familiar y escolar (Macías, G., 1985). De esta forma, cada día padres y maestros reportan serios problemas de conducta en los niños que desgraciadamente, y por lo general, son atribuidos a otras causas sin saber que realmente se trata de depresión; esto debido al poco conocimiento sobre la existencia de los factores (bio-genéticos y psicosociales) que pueden estar afectando el desarrollo emocional y cognitivo del niño. Debido a esto, es necesario que tanto padres como maestros se concienticen sobre esta problemática que aqueja con mayor frecuencia a la población infantil mundial. Por lo que una vez expuesta la génesis de la sintomatología, es indispensable presentar la epidemiología de ésta.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.5. EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia de la depresión infantil se ha subestimado por muchos años. Dentro de nuestra cultura, es común la creencia de que la niñez es una época feliz, libre de preocupaciones. Seguramente no habría de existir ninguna razón por la cual un niño estuviese deprimido. Pero la alta subjetividad de la naturaleza de la depresión, hace que ésta siempre sea inadvertida por los padres y el personal de las escuelas. Esto se debe a que muchos de los niños con depresión son comúnmente los mejor portados y sensibles, que tratan de complacer a los adultos. La prevalencia varía enormemente de acuerdo a la población que se estudia (Carlson y Cantwell, 1979; citados en: Stark, K., 1990). Existe menor incidencia en infantes de la población general en relación con poblaciones de alto riesgo como lo son, los descendientes de padres depresivos, y mayor aún es la incidencia entre aquellos niños provenientes de poblaciones psiquiátricas.

Diferentes criterios se han utilizado a través de las investigaciones, donde reportes de investigadores han contribuido a descubrir variedades en las diferencias de la prevalencia. Las razones por las cuales existen discrepancias en los resultados acerca de la prevalencia de la depresión infantil, según Stark K. (1990), son las siguientes:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1. Estudios con diferentes poblaciones.
2. Utilización de diagnósticos distintos.
3. Diferentes métodos empleados para identificar depresión en niños.
4. La variación en el uso de la información para evaluar la depresión.
5. El uso de distintas mediciones para cuantificar la presencia y severidad de la sintomatología depresiva.
6. Estudios con niños de diferentes edades.
7. En algunas investigaciones existen fallas al computar la validez interna en el porcentaje para el diagnóstico.
8. La variedad en el grado de exigencia requerida para el diagnóstico.
9. Algunas investigaciones sólo reportan la prevalencia de la depresión mayor, donde se deben incluir otros desórdenes como los distímicos, ciclotímicos y bipolares.
10. Diferencias entre los porcentajes reportados por estudios de corto alcance y estudios longitudinales.

A pesar de estos inconvenientes, las proyecciones actuales de la Organización Mundial de la Salud calculan que dentro de 20 años la depresión será la segunda causa de incapacidad en el mundo entero, después de las afecciones cardiovasculares. De este modo se calcula que por lo menos 15% de las personas en la población general sufrirá en algún momento de su vida

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

un episodio depresivo mayor. Se estima que la prevalencia de esta enfermedad es del 15% en ancianos, del 2% en niños y del 4% a 8% en adolescentes.

Así mismo, uno de cada cinco individuos que asiste a la consulta general sufre trastornos del ánimo, lo cual indica que los médicos de atención primaria atienden de manera continua este tipo de pacientes, aunque la mayoría de las veces no los detectan. Lo mismo es válido para la consulta especializada, pues con frecuencia los sujetos afectados son remitidos por síntomas inespecíficos, como fatiga, debilidad, dolores difusos o problemas digestivos, cuyo diagnóstico no resulta claro. Tampoco hay que olvidar que numerosas enfermedades crónicas en neurología, endocrinología, reumatología y otras especialidades cursan con manifestaciones depresivas (EMSA, 2000).

Esta incapacidad para diferenciarla de otras enfermedades hace más difícil la tarea de detección temprana permitiendo con esto que la enfermedad siga su curso y culmine en el suicidio, el cual se presenta como una problemática fuertemente asociada con la depresión. Dicha problemática no sólo incluye a la población adulta, desgraciadamente las cifras que cada vez son más altas, indican la gran incidencia del suicidio en niños.

Desafortunadamente, los datos epidemiológicos acerca del suicidio en niños no son muy fiables, no sólo por el método seguido por los diversos

investigadores, sino principalmente, porque no están disponibles a partir de determinada edad. Según parece (Shaffer, 1974), la incidencia de suicidio consumado entre niños de 6 a 11 años de edad es relativamente baja, pero los intentos y amenazas verbales suelen ser más frecuentes en este grupo de edad. Entre 10 y 14 años, la incidencia de suicidio se ha multiplicado por tres en los últimos 20 años (Polaino, A. et al., 1988).

Así, se encuentra que en países como Japón se reportaron en la década de los ochenta, de uno a tres casos de suicidio consumado por año en niños menores de 10 años (Hawton, K., 1982; citado en: Martínez, L. et al., 1985); y en Estados Unidos, aproximadamente 12000 niños menores a 15 años de edad, son atendidos anualmente en hospitales después de un intento suicida (Cohen, S. et al 1982; citado en: Martínez, L. et al., 1985). Estudios realizados en la década de los noventa, revelaron que el 58% de niños pacientes de 8 a 13 años de edad, presentaron ideación suicida y el 9% tuvieron en algún momento intentos suicidas, también se encontró que el 39% de niños no pacientes presentaron dicha ideación (Goldman, H., 1995).

Otro de los problemas al que nos enfrentamos al hablar de tendencias suicidas (TS) es que, habitualmente dichas tendencias de los adolescentes son confundidas con las del niño, puesto que éstas son raras en éstos últimos aunque no excepcionales, ya que un 10% de las T. S. involucran a niños

menores de 12 años. Desde el punto de vista epidemiológico en relación con las T. S., cuanto menor es el niño, tanto más difícil resulta conocer la intencionalidad de esta conducta y el método utilizado para efectuarla es más brutal, violento y traumático. Así entre los medios o métodos más utilizados, teniendo en cuenta la edad y el sexo, en los varones es más común el estrangulamiento, colgamiento o el arrojarse al vacío; y entre las niñas se encuentran precipitación o intoxicación (Ajuriaguerra, J., Marcelli, D., 1982). Entre los métodos más utilizados por ambos sexos, figuran: ingestión de sustancias, inhalación de gas, arrojarse al paso de vehículos, ocasionarse cortadas o puñaladas. En ocasiones, muchos de los intentos suicidas pueden ser interpretados por la familia y la sociedad como accidentes (Goldman, H., 1995).

Sin embargo, en México no se cuenta con estimaciones semejantes tanto de la depresión como de suicidio en niños, pero se calcula clínicamente que las cifras se incrementan aceleradamente en nuestra población infantil y adolescente (Meléndez, P., Félix, G., 1991). Por lo que es necesario generar un mayor esfuerzo en las investigaciones con el fin de prevenir, lograr una identificación temprana de la enfermedad y el desarrollo de nuevos tratamientos eficaces. Mientras esto sucede, es necesario apegarse a medidas ya existentes sobre estos tres aspectos, las cuales son descritas a continuación.

1.6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial se refiere a varios desórdenes psiquiátricos que pueden aparecer junto con o simular el trastorno depresivo mayor. El diagnóstico de Depresión Mayor es aplicable sólo si el paciente cumple con los criterios específicos y los síntomas depresivos no atribuibles a otras condiciones. Por lo tanto es importante recalcar nuevamente, tanto los criterios como la sintomatología que caracterizan dicho trastorno, con el fin de discriminar correctamente los síntomas que no corresponden al Trastorno Depresivo Mayor y con esto poder llegar a un diagnóstico confiable (AACAP, 1998).

En primer término, es importante que la evaluación de niños deprimidos incluya una valoración médica por causas orgánicas de síntomas depresivos y antecedentes familiares de trastornos depresivos, bipolares o de esquizofrenia. También debe tomarse en cuenta la valoración preliminar de psicopatologías actuales en los padres, en especial, reacciones depresivas o psicológicas a factores estresantes como divorcio o muerte de un miembro de la familia (Goldman, H., 1996).

En la práctica actual según el DSM-IV (1994), se considera que para que un niño sea diagnosticado con un Trastorno Depresivo Mayor, debe tener al menos cinco de los siguientes 9 síntomas, con una duración de 2 semanas y

al menos uno de los síntomas es, o a) un estado de ánimo deprimido o b) pérdida de interés o capacidad para el placer. (No incluyen síntomas claramente a causas físicas, ideas delirantes o alucinaciones incongruentes al estado de ánimo, incoherencia, o notable pérdida de asociaciones). Los síntomas son los siguientes: 1) Estado de ánimo deprimido; 2) Pérdida de interés o capacidad para el placer; 3) Pérdida significativa de peso; 4) Insomnio o hipersomnia casi diario; 5) Agitación o enlentecimiento psicomotor; 6) Fatiga o pérdida de energía; 7) Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa; 8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse; 9) Ideas recurrentes de muerte.

Las consideraciones que deben tomarse para el diagnóstico diferencial son: si los síntomas no cumplen los criterios para un episodio Mixto; no causan malestar clínicamente significativo o impedimento social, ocupacional o en otras áreas; no se deben a efectos fisiológicos directos de sustancias o a una condición médica general; por último, éstos no son explicados mejor por una reacción de pérdida de un ser querido (luto); los síntomas perduran más de 2 meses o se caracterizan por un notable deterioro funcional, preocupación mórbida con inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o retardo psicomotor (Jiménez, H. M., 1995).

A pesar de todas las dificultades antes mencionadas referentes al diagnóstico y a la comprensión de la naturaleza de la enfermedad, y no obstante la controversia en relación con la interpretación de los hechos observados, la depresión una vez diagnosticada, es uno de los trastornos más difíciles de tratar (Toufexis, A., 1997). A continuación se describen los diversos tipos de tratamientos que se emplean contra esta enfermedad.

1.7. TRATAMIENTO

El diagnóstico y tratamiento temprano de la depresión son esenciales para los niños deprimidos. Esta es una enfermedad real que requiere ayuda profesional, así Keitner y col. (1990; citado en: Conteras, M. et al., 1994), enfatizan la necesidad de terapias colectivas, ya que han observado que aún cuando se logre la remisión de los síntomas depresivos en el infante, no se incide en la enfermedad del resto de la familia (Martínez, L. et al., 1985).

Dentro del enfoque familiar, encontramos terapias como: las *Relacionales*, donde la ayuda se va dando a medida que el niño y sobre todo su medio familiar, acepten y sean capaces de mantener la suficiente estabilidad para llevar el tratamiento al término; éstas suponen que cuanto más pequeño sea el niño, tanto más importante es la ayuda que debe suministrarse a la familia. Esta terapia conjunta madre-hijo, es esencialmente dinámica tanto

para los pequeños (2 a 6 años) como para la madre (restauración de la liga afectiva con la madre). En esta línea otro tipo de terapias son las *Intervenciones Sobre el Medio*, cuya finalidad es similar a las Relacionales con la variante de que aquí se brinda aconsejamiento a los padres, y hospitalización de la madre y el niño durante periodos breves. Si no se ha podido intervenir sobre la instauración de una nueva relación, existen soluciones como el emplazamiento familiar especializado para los niños pequeños, internado para mayores, etc. También se brindan soluciones intermedias como encargarse del niño en un tiempo parcial, cuando la gravedad de los trastornos de la conducta o la masividad de la depresión impiden la permanencia en el sistema pedagógico habitual (Ajuriaguerra, J., Marcelli, D., 1982). De esto, la importancia de brindar tratamiento a los padres del niño y analizar profundamente la historia familiar, ya que ésta puede aportar claves importantes para el estudio de caso (Martínez, L. et al., 1985).

Otra razón por la cual se debe dar terapia familiar, es que hasta la fecha se carece de estudios que permitan juzgar el beneficio de la psicoterapia aislada, puesto que solamente se cuentan con algunos estudios que demuestran la bondad de la *farmacoterapia* en niños deprimidos, y los existentes se encuentran inconclusos o presentan errores en la metodología, además de que

muy pocos se han realizado con niños. Aunado a lo anterior, los pocos estudios más completos se enfocan únicamente al trastorno depresivo mayor y muchos de ellos, sólo han evaluado la utilidad de los antidepresivos tricíclicos, los que suelen remitir los síntomas depresivos sin lograr incidir en los problemas de relación personal (Kovacs, 1996; citado en: AACAP, 1998; Moreau, 1990; citado en: Contreras, M. et al., 1994;). Existen otros antidepresivos cuya eficacia ha sido probada para el tratamiento exclusivo de la depresión adulta como son: los heterocíclicos (Amoxapina o Maprotilina), Inhibidores de Monoamina Oxidasa, Bupropion, Venlafaxine y Nefazodone.

Un aspecto indispensable que el clínico debe considerar antes de recetar cualquier tipo de antidepresivo, es el de informar a los padres y al paciente sobre los efectos colaterales durante el tratamiento y los peligros sobre éstos, particularmente con los antidepresivos tricíclicos. Para pacientes más pequeños y aquellos con riesgo suicida, es recomendable que los padres asuman la responsabilidad de guardar y administrar los medicamentos, especialmente durante la fase aguda y durante los primeros dos a cuatro meses después de que la remisión completa. La cantidad de medicamento debe ser determinada cuidadosamente, debido al peligro inminente de una sobredosis, especialmente en el caso de los antidepresivos tricíclicos. Otro aspecto importante en el uso de medicamentos es que únicamente pueden ser

prescritos para niños que no presenten depresión bipolar con episodios rápidos y cíclicos, depresión psicótica, depresión con síntomas severos que afectan a la eficacia de la psicoterapia, y aquellas depresiones que fallan en la respuesta frente a un adecuado programa psicoterapéutico. Sin embargo, hay que considerar que la utilización de la farmacoterapia como tratamiento único no es suficiente, ya que existen evidencias de la persistencia de problemas medioambientales y sociales asociados con la depresión, a pesar de que el humor del paciente se haya estabilizado solamente con el tratamiento médico (AACAP, 1998).

Dentro de la literatura revisada, únicamente se encuentra una investigación que arroja resultados positivos sobre el uso de un tratamiento multidimensional, descrito por Petti, Bornstein, Delamanter y Conner (1980; citados en: Stark, K., 1990), llevado a cabo en un hospital, donde se evaluaba al paciente dos veces al día con el uso del Children's Behavior Inventory (CBI; Burdock y Hardesty, 1964) y la escala de School Age Depresión (SSAD) para determinar la efectividad del programa de tratamiento. Además dicho programa consistía en cuatro tipos de terapia incluyendo la individual, la grupal, la familiar y la farmacológica. Sin embargo, los resultados obtenidos en esta investigación, aunque positivos, no pueden ser generalizados debido a que estos fueron arrojados por un sólo caso en particular.

Por otro lado, se tiene a la terapia *Cognitivo-Conductual* que ha desarrollado programas dirigidos a modificar las distorsiones cognitivas en niños deprimidos. Este tipo de terapia, en primer lugar favorece a las habilidades de autocontrol, y en segundo lugar pretende alcanzar varios objetivos, para lo cual se han elaborado diversas técnicas: se pretende que el niño aprenda a procurarse mayores refuerzos positivos disminuyendo así los autopunitivos; con la auto-observación dirigida se busca que preste más atención a los acontecimientos favorables, rechazando la preferencia que generalmente siente por los depresiónenos; con las técnicas de auto-evaluación, se pretende que el niño deprimido se muestre menos perfeccionista y exigente en sus logros, adecuándose a expectativas y rendimientos más realistas; por último, en estas técnicas de auto-control se incluye el entrenamiento para favorecer todo lo que aumente su asertividad (Badillo, I., 1997).

Reynolds y Cotas (1986) por su parte, evaluaron la eficacia relativa de la terapia Cognitivo-Conductual (CBT) y el *Entrenamiento de Relajación* (RT). El primer tratamiento (CBT) consistía en una combinación de componentes que había sido empleado exitosamente por Lewinsohn (1979) y Rem (1977) con adultos deprimidos. Específicamente a los adolescentes les enseñaban numerosas habilidades de auto-control incluyendo un auto-

monitoreo, auto-evaluación y auto-reforzamiento. Las habilidades eran enseñadas a través de preservación o conservación didáctica y tareas en casa. Además, las habilidades de auto-control eran combinadas y utilizadas en un programa de auto-cambio. El segundo tratamiento (RT) consistía en el entrenamiento de la relajación muscular progresiva y trabajar a través de la relajación auto-administrada durante situaciones estresantes. La relajación progresiva era enseñada y practicada durante las sesiones de tratamiento, en casa y en situaciones estresantes. Los participantes de la Lista de Espera (WL) completaron una batería de evaluación antes, después y en los reportes de evaluación siguientes del tratamiento. Los resultados de la investigación indicaron que los tratamientos CBT y RT fueron igualmente efectivos en la reducción de la depresión a lo largo de las tres medidas de la depresión en las evaluaciones post-tratamiento (Stark, K., 1990).

Por otro lado, Friedman y Cole (1980; citados en Stark, K. 1990) desarrollaron y evaluaron empíricamente tres programas de tratamientos para los niños deprimidos. El primer programa era el tratamiento de *Role-Play* (RP) que consistía en el entrenamiento de un número de conductas y destrezas cognitivas. A nivel de comportamiento, a los niños les fueron enseñadas destrezas sociales, y a nivel cognitivo se les enseñó a sensibilizarse acerca de pensamientos y sentimientos tanto propios como ajenos. Conjuntamente, se

les enseñaron destrezas en solución de problemas para generar alternativas cuando enfrentaran situaciones amenazantes o estresantes, a través del empleo de la técnica de role-play seguidas de discusiones. También, se les asignaba tarea terapéutica en casa.

El segundo programa de tratamiento era el *Reconstructor Cognitivo* (CR) diseñado para enseñar al niño la relación entre pensamientos y sentimientos e identificar aquellos pensamientos inadaptativos, con el fin de adquirir nuevos más adaptativos. Al mismo tiempo, se les enseñaron habilidades de escucha, y se les asignaba tarea en casa. El procedimiento en este tipo de entrenamiento, consistía básicamente en que el niño preservara con su trato el material didáctico utilizado.

El tercer programa era el de *Atención Placebo* (AP), en el cual los niños eran enseñados a resolver problemas académicos en grupo a través del compartir investigaciones e información.

Por último, el cuarto programa era el de la Lista de Espera (WL) el cual completaba la batería de pre-evaluación y post-evaluación del tratamiento.

Los resultados indican que los niños en las cuatro condiciones experimentales reportaron una mejora significativa en un post-tratamiento de evaluación en el CDI.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En cuanto a la eficacia de la psicoterapia, muchos de los clínicos han referido la bondad de la *Psicoterapia Psicodinámica* enfocada al tratamiento de la depresión infantil, ya que ésta ayuda al niño a entenderse a sí mismo, a identificar sentimientos, a mejorar su autoestima, a cambiar patrones inadaptativos de conducta, a interactuar de manera eficaz con otros y superar conflictos pasados y futuros (Benporad, 1998, 1994; citado en: AACAP, 1998).

Dentro de esta línea se encuentra la *Psicoterapia Interpersonal* que se centra en distintas áreas, como en los problemas morales, roles interpersonales, discusiones, transición de roles y dificultades interpersonales; además parece ser eficaz puesto que el índice de recaídas, después de la fase aguda, es bajo.

Acerca de los tratamientos eficaces que han sido recomendados para las diferentes variantes de los Trastornos del Estado del Ánimo, se encuentran: para el **desorden depresivo mayor** son efectivas la psicoterapia interpersonal y psicodinámica y la terapia cognitivo-conductual; para niños con **ideación suicida** y/o intentos de suicidio es eficaz la terapia familiar, psicoterapia individual y terapia de intervención psicosocial, en este caso no es recomendable el uso de antidepresivos, ya que estos pueden incrementar el riesgo de suicidio por sobredosis; para la **depresión atípica** aunque no existen

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

investigaciones confiables que prueben la eficacia de algún tratamiento se recomienda la psicoterapia y la farmacoterapia; en el caso del **desorden bipolar**, el clínico deberá estar consciente que el empleo de la farmacoterapia (antidepresivos tricíclicos o inhibidores de la serotonina), en este tipo de depresión puede causar graves efectos secundarios en los niños como lo es el desarrollo de episodios maníacos e hipomaníacos, y en caso de que el paciente presente episodios mixtos se deben emplear anticonvulsivos en lugar de Litio; en el caso del **desorden afectivo estacional** se recomienda la terapia de iluminación como único tratamiento - a pesar de que no se cuenten con estudios que avalen su eficacia-, asimismo se deben tomar en cuenta los posibles efectos colaterales en pacientes vulnerables a la iluminación, tales como, episodios maníacos e hipomaníacos; por último, para el **desorden distímico** el empleo de dosis similares de antidepresivos a las utilizadas para tratar al trastorno de depresión mayor, es eficaz, así como las psicoterapias psicodinámicas y/o psicoanalíticas, y la terapia cognitivo-conductual (Brent et al., 1997; Pfeffer, 1993; Kumra, 1997; Correlly, 1998; Moise y Perides, 1996; Rey y Walter, 1997; Stewart et al., 1997; AACAP, 1997d; Kazdin y Wilson, 1978; Seligman, 1995; Russell y Orlinsky, 1996; citados en: AACAP, 1998).

Por último, en casos extremos, la *terapia electroconvulsiva* resulta de utilidad en niños y adolescentes con depresión, aunque se reconoce la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

necesidad de otros estudios para definir las consecuencias de su uso a largo plazo en esta población (Bertagnoli y col., 1990; citado en: Contreras, M. et al., 1994).

De todo lo mencionado, las directrices esenciales del tratamiento apuntan hacia la prevención, siendo ésta última el enfoque esencial que evita rupturas en la relación madre-hijo o padre-hijo mediante el aconsejamiento pertinente (Ajuriaguerra, J., Marcelli, D., 1982; De la Fuente, 1980). Sin embargo, poco es lo que se ha hecho respecto a la prevención. Los instrumentos que evalúan los acontecimientos vitales estresantes, pueden servir para detectar situaciones ansiógenas, que de prolongarse excesivamente, pueden suscitar un cuadro depresivo. Por el contrario, si se detectan a tiempo pueden ponerse en marcha programas de intervención.

También existen muchos recursos pedagógicos, que deben ponerse en marcha para la prevención de la depresión, por ejemplo, la capacidad motivadora de los profesores respecto al rendimiento de sus respectivos alumnos y técnicas de intervención tendientes a incrementar la tolerancia a la frustración.

En resumen, los avances más notables y recientes sobre la depresión infantil, parecen coincidir en que el diagnóstico, tratamiento y evaluación de la depresión deben darse desde una perspectiva multidimensional, tomando

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

como criterios de decisión los correspondientes a las perspectivas Clínico-Conductual, Psicopatológica, Psicobiológica, Neuroendocrina y Psicofisiológica.

Desde la perspectiva Clínica y Conductual se tienen al alcance un considerable número de entrevistas y cuestionarios que posibilitan la evaluación de la severidad de la depresión infantil (Polaino, A. et al., 1988). Por lo que debido a su importancia se han seleccionado los instrumentos más utilizados para este fin; sin embargo, antes de ahondar en este tema, es necesario esclarecer algunos fundamentos que sustentan la construcción de cualquier instrumento psicológico, los cuales son descritos en el siguiente Capítulo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

II. FUNDAMENTOS TEÓRICOS QUE SUSTENTAN LA CONSTRUCCIÓN DE UN INSTRUMENTO PSICOMÉTRICO.

En el presente capítulo se exponen las consideraciones indispensables que deben tomarse en cuenta, tanto en la elaboración como en la selección de un instrumento psicométrico, basándose en los conceptos teóricos dados por Aiken, L. (1996) y Brown, G. F. (1980).

2.1. DEFINICIÓN DE PRUEBA

El término prueba se define como un procedimiento sistemático para medir una muestra de conducta. La frase “procedimiento sistemático” indica que una prueba se construye, administra y califica, según reglas preestablecidas; por lo tanto, una prueba psicológica es un instrumento de medición, y para poder entender la precisión de las mediciones psicológicas, es necesario tomar en consideración la naturaleza de la escala utilizada.

2.2. TIPOS DE ESCALAS

Existen cuatro tipos de escalas clasificadas en: nominal, ordinal, de intervalos y de proporciones. De éstas, la más empleada para las mediciones psicológicas es la de intervalos, puesto que éstas brindan una clasificación, la magnitud y unidades de tamaño iguales; asimismo permiten transformar las

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

calificaciones en cualquier tipo de calificación lineal, esto se refiere a que en éstas, las calificaciones se pueden sumar, restar, multiplicar o dividir por una constante sin destruir las relaciones existentes entre los resultados, lo que implica, que las calificaciones en diversas pruebas se pueden transformar en una escala común, permitiendo comparar directamente la ejecución en diferentes mediciones. Además, las estadísticas que más se utilizan presuponen una escala de intervalos de medición.

2.3. CONSTRUCCIÓN DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

En cuanto a los procedimientos utilizados para la construcción de pruebas psicológicas, estos tienen como fin asegurar que éstas alcancen sus finalidades y metas deseadas. Aún cuando, el proceso exacto varía dependiendo del tipo de prueba psicológica, se puede establecer una secuencia general en los pasos de construcción que incluyen: especificación de la finalidad; construcción y comparación de reactivos; ensamblaje de la forma final de la prueba; estandarización; y análisis técnico de la prueba, la cual está conformada por: confiabilidad, validez y normas.

Los dos últimos pasos de construcción referentes a la estandarización y al análisis técnico de la prueba, son de importancia fundamental para realizar una selección adecuada de los instrumentos que se deseen emplear. Debido a

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

que la presente tesis no tiene por objetivo replantear la construcción de las pruebas aquí consideradas, este apartado se avoca únicamente a la descripción de éstos.

2.3.1. Estandarización

Cualquier prueba estandarizada tiene instrucciones estándar para su aplicación y calificación, dejando pocas oportunidades para la interpretación o inclinación personal. Sin embargo, no es suficiente contar con dichas instrucciones, ya que además se requiere de la aplicación a una extensa muestra de individuos que se seleccionan como representativos de la población meta para la que se elabora el instrumento.

Su propósito principal reside en determinar la distribución de calificaciones brutas en el grupo de estandarización (o grupo norma), las cuales se convierten entonces en calificaciones derivadas o normas, que incluyen los equivalentes de edad, grado, rangos percentilares o calificaciones estándar. De este modo tanto las calificaciones brutas como las convertidas, están contenidas en cuadros de normas dentro de los manuales de las pruebas que ilustran la distribución de calificaciones obtenidas por diversas personas contra las cuales se evalúa el desempeño del sujeto. Cabe resaltar que una muestra de estandarización, no garantiza que ésta sea representativa para

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

cualquier tipo población a la que se desee aplicar.

En el caso de que la prueba se pretenda aplicar en otra población diferente a la utilizada en la estandarización, será necesario llevar a cabo un proceso de *Baremación*, es decir, ajustar las normas ya existentes a las características de la nueva población.

2.3.2. Análisis Técnico de la Prueba

2.3.2.1. Confiabilidad

Uno de los primeros aspectos que deben determinarse en un instrumento de evaluación es, si es lo suficiente confiable o no para medir aquello para lo cual se creó, es decir, que las calificaciones de las pruebas no varíen a través del tiempo o en distintas situaciones, y de este modo se puedan explicar o realizar predicciones sobre el comportamiento de la persona.

La confiabilidad de una prueba es expresada como un número decimal positivo que va desde .00 hasta 1.00, donde $r_{11}=1.00$ indica una confiabilidad perfecta y $r_{11}=.00$ la falta de ésta.

Los métodos para evaluar la confiabilidad de las pruebas psicométricas, toman en cuenta condiciones diferentes que puedan dar lugar a errores de la prueba o afectar la confiabilidad de la misma. Existen métodos como el test-retest y formas paralelas que indican además del coeficiente de consistencia,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

las diferentes condiciones o momentos de aplicación que están provocando los errores de medición. Mientras que los métodos de consistencia como Split-half, Kuder-Richardson (KR-20) y Coeficiente Alpha de Cronbach, únicamente indican la consistencia interna de la prueba sin especificar qué condiciones están afectando la medición.

2.3.2.1.1. Coeficiente Test-retest: Conocido también como coeficiente de estabilidad. Empleado para determinar si un instrumento mide en forma consistente en distintas ocasiones. Este coeficiente, se calcula al correlacionar las calificaciones obtenidas por un grupo de personas en una aplicación de la prueba, con las calificaciones en una segunda aplicación.

2.3.2.1.2. Coeficiente de Pruebas Alternas: También conocido como coeficiente de equivalencia, pudiendo calcularse al aplicar una prueba que contiene dos versiones con ítems distintos que miden lo mismo. Cuando se aplican al mismo tiempo se mide el grado de error del contenido de la prueba; y al aplicarlas en tiempos diferentes, se mide el error introducido por el tiempo y el contenido.

2.3.2.1.3. Split-half: Consiste en dividir de forma aleatoria la prueba a la mitad, para poder comparar los resultados de la primera mitad contra los de la segunda. Para el empleo de este método es requisito indispensable que las pruebas sean extensas y homogéneas.

2.3.2.1.4. Kuder - Richardson (KR-20): Mide la consistencia de la respuesta del individuo a todos los ítems, es decir, analiza ítem por ítem a fin de obtener ítems homogéneos. Es útil únicamente para ítems dicotómicos (dos opciones de respuesta) y permite identificar los ítems que no se correlacionan con el puntaje total.

2.3.2.1.5. Alpha de Cronbach: Lleva a cabo los mismos procedimientos que el KR-20, con la diferencia que es aplicado a pruebas que contienen reactivos a los que se asignan dos o más valores estimados de calificación a las respuestas (no dicotómicos).

2.3.2.2. Validez

La característica más importante de una prueba es su validez, definida como el grado en el cual ésta mide aquello para lo que se diseñó.

Una prueba puede tener muchos tipos de validez, dependiendo de los propósitos específicos de su diseño, de la población a la que se dirige y del método para determinar su validez, entre estos últimos se encuentran:

2.3.2.2.1. Validez de Contenido: Se refiere a si el contenido produce un rango de respuestas que representa un área o universo completo de habilidades, comprensiones y otros comportamientos que se supone la prueba debe medir.

2.3.2.2.2. Validez de Criterio: Alude a los procedimientos de validación en los cuales las calificaciones de un grupo de sujetos en la prueba, se comparan con las calificaciones, clasificaciones u otras medidas conductuales o mentales. Dentro de la validez de criterio se encuentran:

2.3.2.2.2.1. Validez Concurrente: Sus procedimientos se utilizan siempre que una prueba sea aplicada a personas en distintas categorías (grupos de diagnóstico o niveles socioeconómicos), con el propósito de determinar si las calificaciones de distintos tipos de personas son diferentes de manera significativa, es decir, si la prueba discrimina o no entre las distintas categorías.

2.3.2.2.2.2. Validez Predictiva: Se refiere al grado de precisión con que las calificaciones de la prueba predicen las calificaciones de criterio, como lo indica la correlación entre la prueba (indicador) y un criterio del desempeño futuro. Se emplea para pruebas de aptitudes e inteligencia, ya que las calificaciones de éstas con frecuencia se correlacionan con criterios de éxito.

2.3.2.2.3. Validez de Constructo: Constituye el grado en el cual el instrumento es una medida de un constructo en particular o concepto psicológico. Ésta se determina a través de un conjunto de investigaciones y otros procedimientos diseñados para determinar si un instrumento de

evaluación que mide cierta variable de personalidad en realidad cumple con su cometido. Entre las evidencias para determinarla se encuentran: el juicio por parte de los expertos que determine que el contenido de la prueba corresponde al constructo de interés; análisis de la consistencia interna; estudios de las relaciones de las calificaciones con otras variables en las que difieren los grupos; interrogatorio a sujetos o a calificadores acerca de las respuestas o calificaciones que dieron, con el objeto de revelar los procesos mentales específicos que tuvieron lugar al dar esas respuestas; correlaciones de la prueba con otras pruebas que midan el mismo constructo (*validez convergente*) o diferente constructo (*validez discriminante*); finalmente el *análisis factorial*, el cual consiste en determinar el número de factores necesarios para justificar las intercorrelaciones entre un conjunto de variables, con el fin de encontrar grupos de variables que midan el mismo factor. Este proceso de agrupamiento sirve para reducir el número de conceptos de explicación que se necesitan en el sistema, brindar información acerca de correlaciones entre la prueba y el factor, e indicar la cantidad total de varianza en las calificaciones de la prueba que explican los factores que comparten dos o más variables (factor común).

2.3.2.3. Normas

Las normas relacionadas con las calificaciones indican la posición relativa de una persona en comparación con algún grupo normativo pertinente.

Dependiendo de las necesidades del usuario de la prueba, las normas pueden calcularse en: *normas para muestras locales, regionales o nacionales; normas de edad y grado*, que permiten comparar la calificación que obtuvo un individuo en la prueba con la calificación promedio de los niños en cierto nivel de edad o grado; *normas centilares*, que indican la clasificación relativa (puntaje bruto) de la persona en porcentajes; y *normas de calificación estándar*, que se refieren a calificaciones convertidas que tienen una media y una desviación estándar asignadas.

Una vez esclarecidos los conceptos que fundamentan la construcción de las pruebas psicométricas, se procede al análisis de las diversas escalas construidas para medir depresión infantil.

III. ESCALAS PARA MEDIR DEPRESIÓN

La considerable confusión en la literatura sobre el concepto y la presencia de la depresión en la infancia, viene a señalar la necesidad de un método sistemático, estructurado y aplicable para medir dicha entidad (Gutiérrez, A. T., 1992); para lo cual se requiere, primero diagnosticar si el niño manifiesta los síntomas específicos de la depresión y en segundo lugar, establecer la gravedad de la misma (Polaino, A. et al., 1988). Por lo que se han diseñado una serie de escalas cuyo fin es precisamente evaluar la severidad de la depresión en los niños.

El desarrollo de las primeras escalas de evaluación práctica actualmente utilizadas, coincidió con el advenimiento de la psicofarmacología y su aplicación; debido a esto, surge la necesidad de contar con un método preciso para valorar los resultados terapéuticos de estas drogas. Actualmente, las escalas de evaluación se consideran como un elemento de ayuda para el diagnóstico y también como medio para valorar en forma sencilla la evolución del cuadro psicopatológico ante un tratamiento determinado (Gutiérrez, A. T., 1992).

Existen diversas escalas para medir la depresión que se dirigen fundamentalmente a medir la severidad de ésta, más que a diagnosticarla, en función de la presencia o ausencia de síntomas. No obstante, algunos

autoinformes y entrevistas, pueden utilizarse también como puntuaciones-criterio para diagnosticar la presencia o ausencia del síndrome depresivo (Polaino, A. et al., 1988). Sea cual sea el instrumento utilizado, deben ser tomadas en cuenta las propiedades psicométricas, anteriormente revisadas que son de importancia fundamental.

De este modo, el tener una visión sobre las escalas y sus propiedades psicométricas permite entender la selección que se puede tener al respecto, por lo que es necesario presentar un análisis comparativo de las más empleadas para medir depresión infantil en base a sus objetivos, características generales ventajas y desventajas, fundamentándose principalmente, en la información recopilada por parte de Polaino A. et al. (1988) y complementada por datos obtenidos del Mental Measurements Yearbook (1985, 1992), y de autores diversos como: Lang, M. y Tisher, M. (1976); Paykel, E. S. (1985); Gutiérrez, A. (1992); De la Peña (1993); de Carabeo, J. (1994); Aiken, R. (1996); Saranson, I. y Saranson, B. (1996); y Wicks, R. e Israel, A. (1997).

3.1. ENTREVISTAS

Es difícil excluir a las entrevistas de cualquier proceso diagnóstico, sobre todo si éste involucra el diagnóstico de niños, debido a la imposibilidad de éstos para informar sobre su estado de ánimo, para lo cual se requiere la

ayuda de un terapeuta, el cual mediante el diálogo, interprete aquellas manifestaciones que de otro modo podrían pasar inadvertidas.

Existen entrevistas estructuradas y semiestructuradas, las cuales pueden revelar información única acerca de la presencia, ausencia, gravedad, brote y duración de los síntomas. A continuación se describen algunas de las entrevistas más relevantes para el diagnóstico de la depresión infantil (Berman, 1983, Evans & Nelson, 1997; Sattler, J., 1996; citados en: Barnett y Zucker, 1990).

3.1. ENTREVISTAS

Nombre	Autor (es)	Objetivo	Edad de Aplicación	Características Generales	Propiedad de Psicométricas	Ventajas	Desventajas
Bellevue Index of Depression (BID)	Petti (1978)	Determinar presencia y duración de los síntomas depresivos.	6 a 12 años	40 ítems que hacen referencia a los síntomas depresivos, evaluados según su duración de 1 a 3 puntos.			Carece de estudios que arrojen datos sobre sus propiedades psicométricas.
KIDDIE-SADS (K-SADS)	Chambers y col. (1978)	Determinar la presencia y la severidad de los síntomas depresivos.	6 a 17 años	12 ítems que hacen referencia a los síntomas depresivos, en una escala de 1 a 7 puntos. Obtiene información de niños y padres. Basado en la Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for Adults. Entrevista semiestructurada y polidiagnóstica.	Fiabilidad interjueces $r = 0,65$ a $0,96$. Consistencia interna $r = 0,78$.		Carece de estudios que arrojen datos sobre sus propiedades psicométricas. Polidiagnóstica, es decir, no es exclusiva para diagnosticar depresión infantil.

Nombre	Autor (es)	Objetivo	Edad de	Características	Propiedades	Ventajas	Desventajas
Children's Depression Rating Scale (CDRS)	Poznansky y col. (1979)	Determinar la presencia y severidad de los síntomas depresivos.	Aplicación 6 a 12 años	Generales 16 ítems que abarcan las áreas de conducta, humor, somático y subjetivo, con un sistema de calificación de 2 a 5 puntos. Obtiene información de niños, padres y médicos.	Psicométricas N = 30 Correlación ítem-escala $r = 0,38$ a $0,88$. Correlación ítem-puntaje total $r = 0,36$ a $0,88$. Correlación interjueces $r = 0,80$.		Poca claridad tanto en sus ítems como en sus opciones de respuesta.
Children's Affective Rating Scale (CARS)	Mac Knew y col. (1979)	Determinar la presencia y severidad de los síntomas depresivos.	5 a 15 años	3 ítems que hacen referencia al humor, conducta verbal y fantasías del paciente, en una escala de 10 puntos.	Correlación interjueces $r = 0,71$ a $0,95$. Fiabilidad Test-retest moderada y positiva únicamente en varones.	Su estructura (3 ítems) constituye un buen procedimiento para la apreciación global de la depresión.	Carece de estudios sobre propiedades psicométricas. Toma en cuenta la sintomatología en forma general.
Interview Schedule For Children (ISC)	Kovacs y col. (1978,1984)	Determinar la presencia y la severidad de los síntomas depresivos.	8 a 13 años	Ítems que cubren una amplia gama de síntomas, en una escala de 8 puntos.			Surge de una escala de adultos, por lo que no está diseñada para niños.

3.2. AUTOINFORMES

Los autoinformes son procedimientos de medida ampliamente utilizados. En el ámbito de la depresión parecen especialmente indicados, pues los estados afectivos se prestan más a la evaluación subjetiva (Polaino, A. et al., 1988). Dentro de esta línea, se han seleccionado como escalas pioneras a la Escala para la Depresión de Hamilton de 1960 y la Escala de Beck de 1961, de la cual surge el famoso Inventario de Depresión para niños (CDI) (De la Peña, 1993), el cual es descrito a continuación junto con otros de los instrumentos más utilizados para la medida de la depresión infantil, como lo son: aquellos que han sido construidos para ser contestados por los mismo niños como el ya mencionado CDI, el CES-CD, el CDS de Reynolds, la DSR-S y el NADI; aquellos que recaban información por parte de los compañeros de la misma edad que el niño que se desea evaluar como el PNID; y por último, consideraremos dos apartados especiales. En el primero de ellos, se incluyen aquellos cuestionarios contestados por adultos que no han sido propiamente diseñados para recoger información sobre la depresión, sin embargo, algunos de ellos contiene alguna subescala o algunos ítems que hacen referencia a dicho trastorno, como son: la SAS-SR, el BPC, el RBPC y el PIC. En el segundo apartado, se describen ampliamente al CDS de Tisher, M. y Lang, M., debido a la importancia que este instrumento tiene para la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

presente investigación. Donde el CDS pertenece a la categoría de instrumento mixto, debido a que dispone una forma autoaplicable y otra forma para padres y maestros.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FALTA PAGINA

72

3.2.1. ESCALAS CONTESTADAS POR NIÑOS

Nombre	Autor (es)	Objetivo	Edad de Aplicación	Características Generales	Propiedades Psicométricas	Ventajas	Desventajas
Children's Depression Inventory (CDI)	M. Kovacs (1977)	Determinar la presencia y severidad del trastorno depresivo. Identificar niños y adolescentes con alteraciones afectivas.	8 a 17 años	Deriva del Beck Depression Inventory (1961), basándose en puntos comunes entre los trastornos depresivos de jóvenes y adultos. Consta de 27 ítems de respuesta que recogen síntomas como alteraciones del humor y otras conductas interpersonales.	El análisis factorial muestra que la depresión medida por esta escala es multidimensional. Consistencia interna en diversos estudios $r = 0,71; 0,87; y 0,94$. Test-Retest $r = 0,38$.	Instrumento más conocido. Útil para estudios epidemiológicos De fácil aplicación y corrección. Permite detectar la presencia y severidad de la depresión.	Basado en una escala para adultos. Sus preguntas están pensadas para niños norteamericanos por lo que resulta difícil adaptarlas al español. Los niños pequeños no comprenden algunas de las situaciones que se le presentan.
CEDI I CEDI II	Modificaciones del CDI		5 a 10 años 11 a 16 años	Contestada por padres y niños. 16 ítems que cubren alteraciones de sueño, apetito y humor.			No aparecen datos sobre su fiabilidad, ni justificación sobre las modificaciones realizadas.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Nombre	Autor (es)	Objetivo	Edad de Aplicación	Características Generales	Propiedades Psicométricas	Ventajas	Desventajas
Modified-Children's Depression Inventory (M-CDI)	Lefkowitz y Tesiny (1980) Modificación del CDI		5 a 16 años	12 ítems	Correlación con el CDI $r = 0,44$. Fiabilidad $\alpha = 0,73$.		
Center For Epidemiological Studies Depression Scale (CES-CD)	Helen Ovarschel (1980)	Medir el nivel actual de sintomatología depresiva, poniendo énfasis en el componente afectivo.	6 a 17 años	Procede de la escala de adultos CES-D (1977). Consta de 16 ítems redactados en forma positiva y 4 en forma negativa, recolectando información sobre sintomatología depresiva en poblaciones generales.	Fiabilidad $\alpha = 0,77$ Test-retest (2 semanas) $r = 0,12$. Correlación con CDI (N=28) $r = 0,44$. Con SAS-SR (N=28) $r = 0,75$. Validez Concurrente (N=41) con el CDI $r = 0,03$.	Recolecta información importante de modo descriptivo y económico en cuanto a la percepción del niño sobre su sintomatología. Útil en la investigación y en el ámbito clínico para la rápida detección de depresión mayor, rasgos de personalidad depresiva o grupos de alto riesgo.	No fue diseñado para niños y menos con patología. Poco utilizada como instrumento evaluativo de epidemiología de depresión infantil. Se duda de la capacidad del niño pequeño para matizar y elegir entre las posibles respuestas. Propiedades psicométricas poco aceptables.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Nombre	Autor(es)	Objetivo	Edad de Aplicación	Características Generales	Propiedades Psicométricas	Ventajas	Desventajas
Depression Self-Rating Scale (DSR-S)	Peter Birlerson (1981)	Medir y detectar la presencia de trastornos depresivos moderados o severos.	7 a 13 años	18 ítems redactados en forma positiva y negativa que proceden de una definición operacional del autor de la escala; 3 adicionales en la nueva adaptación basados en el DSM-III; 3 de la Hopeslessness Scale; y 2 más que valoran la empatía del niño.	Fiabilidad (N = 82) niños institucionalizados por Split-half $r = 0,67$ y $\alpha = 0,76$. Correlación con CDI $r = 0,81$.	Construida específicamente para niños. De breve y fácil administración. Útil como instrumento de detección en poblaciones con riesgo de padecer depresión.	Excluye la detección de reacciones de ánimo pasajera y/o de rasgos depresivos crónicos. No cuenta con estudios suficientes sobre validez y en su aplicación en población general. Fiabilidad baja.
Child Depression Scale (CDS)	Reynolds, W. M. (en prensa)	Medir de forma autoevaluativa síntomas de depresión en población normal.	8 a 13 años	29 ítems identificados en el DSM-III y uno más con 5 caras que van de triste a feliz.	Fiabilidad (N=166) normales escolarizados $\alpha = 0,90$. Correlación con CDI $r = 0,70$; CMAS-R $r = 0,67$.	Construida para niños. Propiedades Psicométricas aceptables.	Al ser una escala en prensa, se cuenta con muy poca información sobre ella.

TESIS CON
 FALTA DE ORIGEN

Nombre	Autor (es)	Objetivo	Edad de Aplicación	Características Generales	Propiedades Psicométricas	Ventajas	Desventajas
North American Depression Inventories For Children and Adults (NADI)	James Battle (1988)	Medir los síntomas o características de la depresión.	8 a 14 años	La versión para niños (C), consta de 25 ítems basados en reportes de experiencias individuales relacionadas a la depresión.	Fiabilidad Test-retest (N = 764) normales escolarizados $r = 0,79$. Validez Concurrente por correlación con Modified Beck's Depression Inventory $r = 0,56$.	Versión diseñada específicamente para niños. De fácil administración. Estabilidad y confiabilidad aceptables.	Los estudios sobre su validez de constructo no han podido ser sustentados. La muestra normativa no fue la adecuada, ya que no brinda información sobre sus características lo que impide determinar su validez externa.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.2.2. ESCALAS CONTESTADAS POR COMPAÑEROS

Nombre	Autor (es)	Objetivo	Edad de Aplicación	Características Generales	Propiedades Psicométricas	Ventajas	Desventajas
Peer Nomination Inventory Of Depression (PNID)	Lefkowitz, Monroe, M., Tessiny y Eward P. (1980)	Evaluar y valorar los síntomas depresivos y conductas como la agresividad o popularidad en niños prepúberes de población general.	8 a 11 años	13 ítems referentes a aspectos observables de depresión y 4 sobre popularidad. El niño emite un juicio acerca de las características de personalidad de sus compañeros, sin autodenominarse.	Fiabilidad (N=934) normales escolarizados PNID-D $\alpha = 0,85$. PNID-F $\alpha = 0,88$. T-R (2meses) PNID-D $r = 0,79$ PNID-F $r = 0,74$. Validez de Criterio correlación con M-CDI $r = 0,23$. Modified-Zung $r = 0,14$. CDI $r = 0,43$. 4 factores que explican el 54% de la varianza común.	Recoge datos epidemiológicos y observa la prevalencia de la sintomatología depresiva puesto que cubre aspectos disfóricos, cognitivos y psicomotores. Proporciona datos valiosos por parte de compañeros de la misma edad.	Se cuestiona la capacidad del niño de 8 ó 9 años para juzgar la conducta ajena y en especial la psicopatológica del compañero, aunado al sesgo en la prueba que pudiera inducir la amistad. La conducta manifiesta de un niño deprimido no es análoga en casa y en el aula.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.2.3. ESCALAS CONTESTADAS POR ADULTOS QUE RECABAN INFORMACIÓN GLOBAL

ACERCA DE DIVERSAS ALTERACIONES DE CONDUCTA EN EL NIÑO

Nombre	Autor (es)	Objetivo	Edad de Aplicación	Características Generales	Propiedades Psicométricas	Ventajas	Desventajas
Behavior Problem Checklist (BPC)	Peterson, Quay-Quay y Brady (1961,1967,1970)	Valorar los trastornos emocionales de niños y adolescentes. Identificar, categorizar y evaluar las alteraciones de conducta.	5 a 17 años	55 ítems en 5 subescalas: Problemas de conducta (CP); Problemas de Personalidad(PP); Desadaptación-Madurez (II); Delincuencia Socializada (SD); Conducta Psicológica (PB). Contestada por maestros o padres. Aplicación en población general.	Fiabilidad de CP, PP, II y SD KR-20, T-R, Split-Half y correlación padres/profesores Oscilan entre $r = 0,18$ y $0,93$. Validez Constructo correlación CTQ: $r = 0,36$ y $0,54$. CPQ: $r = 0,34$ y $0,58$. CBC: $r = 0,22$ y $0,53$.	Útil para detección temprana de síntomas en población normal con diversas patologías. Identifica manifestaciones patológicas del comportamiento. Eficaz en la evaluación de cambios conductuales ante los tratamientos farmacológicos y/o psicológicos.	La validez de contenido no identifica a la depresión mayor, lo que no la hace recomendable para la evaluación de este trastorno. Índices de fiabilidad discrepantes. No fue diseñada para medir exclusivamente depresión.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Nombre	Autor (es)	Objetivo	Edad de Aplicación	Características Generales	Propiedades Psicométricas	Ventajas	Desventajas
Revised Behavior Problem Checklist (RBPC)	Quay y Peterson (1983)	Mismo objetivo aunque su revisión tuvo la finalidad de reforzar sus propiedades psicométricas y apegarlo a los criterios del DSM-III.	5 a 17 años	89 ítems en 6 subescalas: Trastornos de Conducta (CD); Agresión Socializada (SA); Problemas de Atención-Inmadurez (AP); Aislamiento-Ansiedad (AW); Conducta Psicótica (PB) e Hiperactividad (ME). Todas corresponden a determinados trastornos de conducta según el DSM-III.	Fiabilidad (psiquiátricos, hospitalizados, no hospitalizados etc.) Correlación de todas las escalas $\alpha = 0,70$ y $0,95$. (N = 149) normales escolarizados T-R (2 semanas) PB $r = 0,61$ AP $r = 0,83$ Validez correlación del BPC y RBPC en diversas muestras: CP y PC $r = 0,95$ y $r = 0,87$; SD y SA $r = 0,97$ y $r = 0,92$; II y AP $r = 0,73$ y $r = 0,85$; PP y AW $r = 0,82$ y $r = 0,92$; PB y PB $r = 0,63$ y $r = 0,71$.	Escala confiable y válida para la evaluación de diversos trastornos conductuales. Gran campo de aplicación, ya que toda persona cercana al niño puede contestarla.	Incapacidad para detectar actitudes y conductas positivas infantiles. Muestra una nula discriminación de depresión en niños.

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Nombre	Autor (es)	Objetivo	Edad de Aplicación	Características Generales	Propiedades Psicométricas	Ventajas	Desventajas
Personality Inventory for Children (PIC)	Robert Wirt, William Broen y Lachar D. (1977) June Tuma (1984)	Medir las dimensiones psicopatológicas en niños.	5 ½ a 16½ años.	Basado en el MMPI. Contestado preferente por la madre. 600 ítems en oraciones declarativas acerca del niño o de las relaciones familiares en 33 escalas: una de Observación para medir adaptación o ajuste; 3 de Validez identifican mentira, respuestas desviadas y defensividad; y 12 Clínicas para problemas emocionales e interpersonales.	Fiabilidad (N =23) psiquiátricos (N = 101) normales T-R (102 días) correlación de todas las escalas r = 0,86, 0,71 y 0,89. (N = 3290) r = 0,61 y 0,84.	Útil para detectar problemas psicopatológicos y de desarrollo.	Carece de datos publicados sobre su validez. La depresión sólo está implícita en una subescala. Tiempo de aplicación extenso. Tarea de interpretación compleja debido a la cantidad de manuales que contienen información contradictoria, para diferentes edades, sexos y razas.

Nombre	Autor (es)	Objetivo	Edad de Aplicación	Características Generales	Propiedades Psicométricas	Ventajas	Desventajas
Social Adjustment Scale Self-Report (SAS-SR)	Helen Ovarschel (1980)	Medir la adaptación social de niños y adolescentes.	6 a 17 años	Versión modificada del SAS-SR para adultos de Weissman y Bothwell (1976). 23 ítems distribuidos en 4 subescalas: conducta en el ámbito escolar; relación con amigos y aprovechamiento del tiempo libre; conducta en el ámbito familiar; y concertación de citas (sólo para niños de 12 a 17 años).		Permite evaluar fases subclínicas y asintomáticas, rebasada la fase aguda de la enfermedad. Útil en la predicción de respuestas al tratamiento y/o a la eficacia de este último. Como escala complementaria, es de utilidad si se toma a la inadaptación como factor de riesgo de la depresión infantil.	No es propiamente una escala para medir depresión infantil, ni ha sido diseñada exclusivamente para este tipo de población. No existen datos psicométricos disponibles que avalen dichas propiedades.

3.2.4. ESCALA MIXTA PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN INFANTIL

3.2.4.1. CUESTIONARIO DE DEPRESION INFANTIL (CDS)

Hasta el momento de diseñar el CDS de Lang, M. y Tisher, M. (1978), no se conocía ningún otro intento de medida escalar para investigar la depresión en la infancia o por lo menos no se había publicado ningún test en esta línea. Esta escala que parece ser una buena opción para medir depresión infantil, llamada originalmente Children's Depression Scale (CDS) del "Australian Council For Educational Research", difiere del trabajo de Kovacs-Beck, en el que no ha sido elaborada a partir de un test para adultos; éste se ha diseñado específicamente para los niños teniendo en cuenta lo señalado por los mismos Kovacs-Beck y por A. Nowells (1977), el hecho de que tienen mucha importancia las observaciones de las personas que rodean y conocen al niño, tales como los padres y los profesores, ya que aún cuando la escala está destinada a los niños con ligeras modificaciones de formato, puede ser contestada por un familiar que responda según su conocimiento de éste. Su aplicación puede ser de manera individual o colectiva a niños de 8 a 16 años de edad, en un tiempo aproximado de 30 y 40 minutos, y tiene como objetivo la evaluación global y específica de la depresión en esta población (Gutiérrez, A. T., 1992; TEA, 1986).

Las autoras parten de una definición de depresión infantil que reúne características tales como: respuesta afectiva, auto-concepto negativo, disminución de la productividad, problemas psicosomáticos, preocupación por la muerte o ideas de suicidio e irritabilidad. Intentando que todos los ítems se relacionaran con estas características; además éstos fueron construidos basándose en datos obtenidos tanto de las observaciones de niños clínicamente deprimidos como de la literatura existente sobre el tema.

El cuestionario consta de 66 ítems, 48 de ellos corresponden al tipo depresivo y los 18 restantes al tipo positivo. Estos dos conjuntos se mantienen independientes y permiten dos subescalas: Total Depresivo y Total Positivo (TD y TP). Dentro de estas dos dimensiones existen varias subescalas, que serán descritas brevemente a continuación:

Total Depresivo, con 6 subescalas:

RA: Respuesta Afectiva (8 elementos), alude al estado de humor de los sentimientos del sujeto.

PS: Problemas Sociales (8 elementos), se refiere a las dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad del niño.

AE: Autoestima (8 elementos), se relaciona con los sentimientos, conceptos y actitudes del niño en relación con su propia estima y valor.

PM: Preocupación por la Muerte/salud (7 elementos), alude a los sueños y

fantasías del niño en relación con su enfermedad y muerte.

SC: Sentimiento de Culpabilidad (8 elementos), se refiere a la autopunición del niño.

DV: Depresivos Varios (9 elementos), incluye cuestiones de tipo depresivo que no pudieron agruparse para formar una entidad.

Total Positivo, con 2 subescalas:

AA: Animo-Alegría (8 elementos, puntuados en el polo opuesto de la depresión), alude a la ausencia de alegría, diversión y felicidad en la vida del niño, o a su incapacidad para experimentarlas.

PV: Positivos Varios (10 elementos, puntuados en el polo opuesto de la depresión), incluye aquellas cuestiones de tipo positivo que no pudieron agruparse para formar una entidad (TEA, 1986).

Como se mencionó anteriormente esta escala puede ser aplicada en forma tanto colectiva como individual. Su forma individual, consiste en presentarle al niño los ítems de forma separada, impresos cada uno, en una tarjeta para que el niño los clasifique de acuerdo a la escala de “Muy en desacuerdo”, “En desacuerdo”, “No estoy seguro”, “De acuerdo” y “Muy de acuerdo”. En el caso de la aplicación colectiva, el examinador lee los ítems y los niños contestan de acuerdo a la misma escala, pero en este caso se emplea una hoja de respuesta. En ambos casos cada elemento se puntúa en una escala

de 1 a 5 puntos según la característica del rasgo depresivo, desde "Muy en desacuerdo", "En desacuerdo", "No estoy seguro", "De acuerdo" hasta "Muy de acuerdo" en los ítems de depresión, y se invierte el orden para los ítems positivos (TEA, 1986).

El CDS, también puede ser aplicado a padres, familiares, maestros u otras personas que estén en contacto con el niño, esto se logra únicamente cambiando las preguntas de primera persona a tercera persona. Permitiendo con esto, complementar la información obtenida a través del niño y brindar un índice más confiable a aquel que se obtiene de una sola fuente de información sobre el sujeto (TEA, 1986).

En cuanto a los estudios que se han realizado para comprobar las propiedades psicométricas del CDS, se encuentran el realizado por Lang y Tisher en 1978 y que aparece en el manual original de la prueba, éste incluye un estudio de fiabilidad y validez utilizando una muestra experimental (N=40) de niños con depresión, otra control de niños normales (N = 37), y una tercera muestra de 19 niños que presentaban diversos problemas de tipo clínico; todos ellos iguales en cuanto a sexo, edad y escolaridad. En estas muestras se obtuvieron resultados satisfactorios sobre fiabilidad y consistencia interna, obteniendo un coeficiente alfa de Cronbach de 0,96, y en una correlación test-retest de 0,74. En cuanto a la validez de constructo, se encontró que 35 de los

48 ítems correspondientes a la TD discriminaron entre los tres grupos utilizados (Polaino, A. et al., 1988; TEA, 1986).

En años posteriores se realizaron diversos estudios como el de Tonkin y Hundson en 1981, con una muestra ($N = 60$) en donde se obtuvieron un coeficiente alfa de 0,92 y una correlación test-retest de 0,74 (Polaino, A. et al., 1988).

En el año de 1980, se inició la adaptación española del CDS por la editorial TEA, presentando un nuevo formato para su aplicación colectiva; para lo cual, se diseñó una hoja de respuestas que recogiera todas las contestaciones a los 66 elementos y se creó una plantilla de corrección para todas las subescalas, facilitando así, la tarea de invertir el sentido de la puntuación en algunas subescalas.

Para el análisis de los elementos fueron empleados 843 niños de ocho a catorce años, de los cuales únicamente se tomaron 730 que habían contestado a todos los ítems y en ellos se analizaron los índices de atracción de cada elemento en la dirección que puntúa hacia la depresión. Encontrándose que los niños se sentían más atraídos por los elementos que señalan aspectos positivos (AA y PV); dentro de los aspectos depresivos, los elementos más atractivos fueron los Depresivos Varios (DV) y los Sentimientos de Culpa (SC), y por último, el menos atractivo fue el correspondiente a la Respuesta

Afectiva (RA). Es necesario aclarar, que este esquema corresponde a respuestas de niños normales.

En esta misma muestra de 730 niños se calculó la fiabilidad o consistencia interna mediante la formulación de Kuder-Richardson (K-R 20) encontrándose como resultados para cada subescala: AA ($r_{xx} = 0,61$); RA ($r_{xx} = 0,71$); PS ($r_{xx} = 0,72$); AE ($r_{xx} = 0,74$); PM ($r_{xx} = 0,58$); SC ($r_{xx} = 0,67$). En cuanto a las dos grandes subescalas, Depresiva y Positiva (TD y TP), los índices encontrados fueron de 0,91 y 0,69 respectivamente; lo cual permite concluir que el CDS presenta un buen nivel de estabilidad o consistencia interna.

Posteriormente en un grupo de 111 niños de 5° y 6° de Escolaridad General Básica (EGB), se logró una segunda aplicación del CDS un año después. Los resultados de este retest fueron utilizados para obtener índices r_{xx} de estabilidad, a pesar de que las variables medidas por el CDS pueden ser más estados que rasgos de la personalidad, es decir, pueden verse modificados por las situaciones ambientales o personales del sujeto, sobre todo cuando el intervalo de tiempo es largo. En este caso el intervalo, como ya se mencionó, fue bastante amplio tomando en cuenta que la personalidad de los sujetos se está formando en esas edades. Los coeficientes de fiabilidad fueron: 0,37 en AA; 0,41 en RA; 0,39 en AE; 0,38 en PM; 0,52 en SC; 0,33 en DV; 0,47 en

PV; 0,51 en TD y 0,48 en TP. Estos resultados muestran un descenso en relación con los obtenidos por medio del KR-20; esto pudo deberse a la homogeneidad de esta muestra, y a que el intervalo entre el test y el retest fue bastante largo para la estabilidad de algunas variables, puesto que éstas son más de tipo estado que rasgo, como ya ha sido mencionado.

En cuanto a su validez concurrente, el CDS ha sido correlacionado con otros instrumentos y variables, como el Cuestionario EPQ-J de Eysenk (1978), para lo cual se empleó una muestra de 193 niños (123 varones y 70 mujeres) de 5° y 7° de EGB. Para esta correlación se tomaron cuatro factores de personalidad correspondientes a este último: Inestabilidad de la Personalidad (N), Extraversión (E), Dureza (P) y Sinceridad (S); obteniéndose un índice aceptable de $r = 0,64$.

Los dos estudios de validez de criterio realizados por Moretti y cols. (1985) y Rotundo y Hensley (1985), parecen confirmar la capacidad discriminativa de la escala entre un grupo de pacientes con diversos trastornos psiquiátricos de un grupo de niños diagnosticados con depresión. En el primer estudio, se utilizó una muestra de 13 niños con depresión mayor, 14 con trastorno distímico, 17 con trastornos de conducta y 16 con otros trastornos, encontrándose que la escala diferenció entre niños con depresión mayor del resto de los grupos, sin embargo, no se observaron diferencias significativas

entre los niños con trastornos distímicos, trastornos de conducta y otros trastornos (Polaino, A. et al., 1988).

También fue correlacionado con el CDI, utilizando un grupo de niños deprimidos (N =22), otro de niños no deprimidos (N =38) y otro de niños normales escolarizados (N =24), demostrándose así, su validez de constructo por el alto grado de correlación entre el CDI y las escalas “TD” y “TP” del CDS, al obtener una $r = 0,84$ (Rotundo y Henseley, 1985; citados en: Polaino, A. et al., 1988).

Respecto al análisis factorial, se empleó una muestra de 430 niños de 9 y 10 años de edad, donde se obtuvieron dos dimensiones generales a las que denominaron “Depresión” y “Tristeza”, que explicaban aproximadamente el 64% de la varianza común (TEA, 1986). Por otro lado, del análisis factorial de la matriz de correlaciones de los 66 ítems, se obtuvieron entre 9 y 12 factores que explicaron el 38 y el 45% de la varianza común, observándose así una agrupación coherente de los elementos. Análogamente, Rotundo y Henseley (1985) encontraron que los 66 ítems se agrupaban en 13 factores, donde el primer factor explicó el 61,3% de la varianza común y tras una rotación varimax, 45 de los 66 ítems tenían saturaciones superiores a 0,3 en el primer factor. La solución de 7 factores describió un primer factor en el que tenían cargas significativas, 47 de los 66 ítems explicaban el 71,3% de la varianza

común. En el segundo factor, saturaban positivamente 27 de los 48 ítems depresivos. Por último, el cuarto factor pareció corresponder a la escala Ánimo-Alegría (Polaino, A. et al., 1988).

En cuanto a la valoración clínica, el CDS es una escala óptima ya que abarca un abanico muy amplio de síntomas que pueden estar presentes en el niño afectado por depresión. También permite recabar información al mismo tiempo tanto del niño como de sus padres, lo que unido a su forma de presentación (la cual resulta agradable para los niños), propicia la relación de éstos con el examinador. La bondad de estas características facilita su utilidad en la prueba.

El CDS fue pensado específicamente desde su inicio para niños, de este modo, su forma de presentación se adapta perfectamente a este tipo de población perteneciente al tercer grado de escolaridad. Aunado a esto, constituye una de las pocas escalas que pueden llegar a aplicarse incluso en etapas anteriores, ya que, sus autoras han proyectado hacer una adaptación de la forma CDS-P que contenga ítems que la hagan útil para la evaluación de la depresión en edad preescolar (Polaino, A. et al., 1988).

Se trata de una escala eminentemente clínica, con un tiempo de aplicación relativamente largo, que puede utilizarse tanto en centros ambulatorios como en escuelas y hospitales. En estos últimos, podría ser de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

utilidad para el control evolutivo del niño y la evaluación de los efectos de la hospitalización sobre su estado afectivo, así como, el seguimiento a la salida del hospital (Gutiérrez, A. T., 1992).

En cuanto al contenido, intenta abarcar la mayoría de las manifestaciones de la depresión en la infancia. Es una de las pocas escalas que valora la ansiedad, síntoma que suele acompañar casi siempre a cualquier forma de depresión (Polaino, A. et al., 1988).

El hecho de estar dividida en diferentes subescalas permite conocer qué aspectos del cuadro clínico están más afectadas (autoestima, problemas sociales, sentimientos de culpa, etc.) y orientar, en función de ellos, el tratamiento.

La psicología clínica infantil, podría utilizar más el CDS de lo que lo ha hecho hasta el momento, puesto que no solamente puede ayudar a perfilar un diagnóstico, sino que también, puede tener aplicación en la terapia. Con él se puede facilitar la relación con el niño y a la vez mejorar la comunicación del terapeuta con los padres. Al mismo tiempo, el cuestionario al ser respondido por padres, permite que éstos pueden llegar a percatarse de los sentimientos de infelicidad de su hijo, por lo que puede mejorar la percepción que tienen acerca de éste, y la comprensión de sus necesidades psicológicas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

De todo lo mencionado anteriormente, resultan dos limitaciones, la primera de ellas se refiere a la longitud de la escala y la segunda, a la incapacidad de ésta valorar la duración de los síntomas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A lo largo de la revisión hecha en este capítulo, puede observarse que el número de escalas destinadas a la medición y al diagnóstico de la depresión infantil en el mercado es sorprendentemente elevado, sin embargo como se describe a continuación, no todas cumplen con los requerimientos necesarios para ser consideradas apropiadas para este fin.

En primer lugar, la mayoría de las escalas han sido elaboradas a partir de escalas diseñadas para adultos, por lo que no contemplan muchos de los aspectos relevantes en lo referente a la depresión infantil, como es el caso de el CDRS, la K-SADS, el CDI, el CES-CD, la SAS-SR, y el PIC-D. En este punto cabe mencionar que, a pesar de que los principios de la evaluación conductual infantil son similares a la de los adultos, no lo son los procedimientos que se emplean, ya que con los niños, estos deberán ser sensibles a los cambios característicos de la etapa en que se encuentren, adaptándose así a la capacidad de comprensión del niño. Sobre esto último podemos mencionar que debido a su diseño, algunas de estas escalas presentan poca claridad o son muy complejas tanto en sus ítems como en sus opciones de respuesta, lo que podría limitar la capacidad del niño para contestarlas.

Otra desventaja con relación a la redacción de los ítems, es que muchas de estas escalas al estar elaboradas en el idioma inglés su traducción resulta inapropiada para la población hispana, lo cual requeriría de una adaptación

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

que no alterara negativamente sus propiedades psicométricas originales. En esta línea la única escala que ha sido validada y estandarizada en población española ha sido el CDS.

Por otro lado, en cuanto a la elaboración de los ítems se encuentra la dificultad de que cada autor parte de una definición diferente de depresión, debido a la confusión reinante que existe en cuanto a la definición integral de ésta, como se menciona en el Capítulo I; dejando muchas veces de lado, los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-IV, como es el caso del PNID y la DSR-S, que únicamente cumplen con 5 de los 9 criterios para Depresión Mayor, y la SAS-SR que sólo cumple con 4. Por el contrario, escalas como el CDS y el CDI cumplen con 7 y 9 criterios respectivamente.

En cuanto a las escalas dirigidas a la evaluación por iguales, como el PNID, estos ponen en tela de juicio la capacidad del niño para percibir e interpretar correcta y objetivamente la conducta ajena. Esta misma incapacidad se presenta cuando el niño tiene que juzgar su propia conducta, es el caso de las escalas diseñadas para recoger información proveniente únicamente del niño, como el CDI, el NADI, el CES-CD, y la DSR-S.

Respecto a aquellas escalas que no son exclusivas para la evaluación de la depresión, como el PIC, la SAS-SR y el R-BPC, son poco recomendables, puesto que este trastorno sólo se haya implícito en una subescala de la escala

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

en general. Sin embargo, existen otras escalas exclusivas para medir depresión que presentan dificultades para discriminarla de otros trastornos psiquiátricos o simplemente discriminar entre una población normal de una población con trastornos depresivos. De igual modo, otras demuestran incapacidad para detectar actitudes positivas en el niño. Caso contrario al del CDS, que contiene dos subescalas (AA y PV) designadas a la identificación de dichas actitudes.

Así mismo, muchos de estos instrumentos carecen de estudios que demuestren sus propiedades psicométricas, dejándolas sin verificar o siendo poco confiables (NADI, BID, PIC, ISC, CEDI I y CES-CD), y en muchos casos se ha encontrado que a pesar de ser construidos para niños y adolescentes, únicamente son útiles para estos últimos como el CES-CD. También se encuentra el caso de aquellos instrumentos, que aunque se hayan verificado sus propiedades psicométricas, se han empleado muy poco en la clínica y en lo referente a la evaluación epidemiológica de la depresión como el CES-CD, el CDS de Reynolds y la SAS-R.

De todas estas escalas, destaca el CDS como la mejor opción de medida para la depresión infantil, constituyendo una escala confiable construida específicamente para niños, la cual permite tanto diagnosticar como detectar las diversas áreas afectadas de la conducta infantil; puesto que cumple con la mayoría de los criterios diagnósticos de Depresión Mayor considerados en el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DSM-IV. Asimismo, recaba información derivada de varias fuentes tanto del niño como de padres y maestros, siendo la única escala considerada como mixta, además permite identificar actitudes positivas en el niño. Sus propiedades psicométricas han sido ampliamente verificadas y ha sido el único adaptado al idioma español conservando dichas propiedades. Por último, cabe recalcar que es la única escala disponible en México para la medición de la depresión infantil.

Finalmente, se debe tomar en cuenta que ninguna escala debe emplearse como único método diagnóstico, todas ellas requieren ser complementadas con entrevistas y observaciones intensivas que brinden mayor número de datos, apoyándose a su vez de otros instrumentos de evaluación, así como de la consulta de profesionales que emitan su juicio clínico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

IV. METODOLOGÍA

4.1. OBJETIVO

El objetivo de la presente investigación reside en la elaboración de Baremos mexicanos para el Cuestionario de Depresión Infantil CDS (Lang, M. y Tisher, M., 1978) con el fin de determinar tanto la presencia de síntomas depresivos como la intensidad de estos en población normal mexicana de ambos sexos, de 8 a 12 años de edad, pertenecientes a un nivel socioeconómico medio, medio-alto.

4.2. JUSTIFICACIÓN

En vista de la carencia de instrumentos de medición para la depresión infantil que contengan Baremos para la población mexicana, y partiendo del supuesto de que el empleo de Baremos de otro país (España), como criterios diagnósticos para niños mexicanos resultará inadecuado y por tanto, no se estará obteniendo información confiable sobre el estado emocional del niño. Por lo que, si se cuenta con Baremos basados en determinada población mexicana, éstos proporcionarán información útil y confiable, permitiendo así, contar con un instrumento que complementado con información proveniente de otros métodos evaluativos, posibilite la elaboración de un diagnóstico más certero.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.3. SUJETOS

La selección de la muestra se realizó por el método no probabilístico de cuotas, tomando en cuenta criterios similares a los empleados en la adaptación española del Cuestionario de Depresión Infantil, con el propósito de simular las condiciones del estudio original. De este modo, el CDS fue aplicado a una muestra de 780 sujetos normales escolarizados, de los cuales 20 fueron eliminados por no haber completado el cuestionario. Resultando así, un diseño experimental de una sola muestra, constituida por 760 sujetos de ambos sexos, de los cuales 76% son varones y 28% mujeres, comprendidos entre las edades de 8 a 12 años, de tercero, cuarto, quinto y sexto año de primaria, de nivel socioeconómico medio, medio- alto. Todos ellos pertenecientes a una Institución Educativa Privada, ubicada en el Municipio de Naucalpan en el Estado de México. La distribución total de la muestra por sexo y edad se ilustra en la Tabla 1.

Una de las variaciones en la selección de la muestra con respecto a la adaptación española, es el rango de edad empleado, el cual fue reducido de los 8 a los 12 años, mientras que los españoles emplearon sujetos de 8 a 15 años de edad. Esta modificación, se debe a las consideraciones hechas respecto a varios factores de la pubertad y de la adolescencia que pueden afectar los resultados, tales como los cambios físicos y sociales propios de esas etapas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Otra de las variaciones realizadas, se refiere a la muestra utilizada por los españoles, conformada por 843 sujetos, de los cuales sólo 730 contestaron en su totalidad la prueba, mientras que en la presente se emplearon 760 sujetos, mismos que contestaron el cuestionario en su totalidad.

4.4. INSTRUMENTO

Para el presente estudio se utiliza el Cuestionario de Depresión Infantil "CDS" (Ver anexo) de las autoras australianas Lang, M. y Tisher, M. (1978), el cual tiene por objetivo la evaluación global y específica de la depresión infantil, en sujetos de 8 a 16 años de edad, y cuya utilidad reside en el establecimiento de la intensidad y comprensión de la naturaleza de la depresión en el contexto terapéutico, facilitando así, la comunicación entre el terapeuta y la familia.

El CDS deriva tanto de la definición empírica de depresión dada por las autoras del mismo, donde ésta es considerada como "toda respuesta humana normal que varía en intensidad y cualidad" (Lang, M. y Tisher, M., 1978; citadas en: TEA, 1986 p. 9), como de cinco conceptos operativos referentes a la sintomatología de la depresión, con el fin de definir la entidad que pretende evaluar el CDS, los cuales son:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- ❖ **Respuesta afectiva:** sentimientos de tristeza/desgracia y llantos.
- ❖ **Autoconcepto negativo:** sentimientos de inadecuación, poca autoestima, inutilidad, desamparo, desesperanza y falta de cariño.
- ❖ **Disminución de la productividad mental y de los impulsos:** aburrimiento, alejamiento, falta de energía, descontento, poca capacidad para el placer y para aceptar la ayuda o el confort, así como retraso motriz.
- ❖ **Preocupaciones:** por la muerte, la enfermedad, el yo o los otros, así como pensamientos suicidas y sentimientos de pérdida (real o imaginaria).
- ❖ **Problemas de agresión:** Irritabilidad y explosiones de mal humor.

De estos cinco últimos junto con las informaciones psiquiátricas obtenidas a través de tests proyectivos como el T.A.T y de Frases incompletas, así como de las descripciones acerca de experiencias y fenómenos referidas en la literatura, resultando los 66 elementos que conforman la presente escala. De los cuales 18 son positivos y los 48 restantes constituyen los elementos negativos, todos ellos agrupados en dos grandes dimensiones: Total Depresivo (TD) de la que se desprenden 6 subescalas que miden:

- ❖ **Respuestas Afectivas (RA): (8 elementos)** Alude al estado de humor de los sentimientos del sujeto.
- ❖ **Problemas Sociales (PS): (8 elementos)** Referente a las dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad del niño.
- ❖ **Autoestima (AE): (8 elementos)** Alude a sentimientos, conceptos y actitudes del niño en relación con su propia estima y valor.
- ❖ **Preocupación por la Muerte (PM): (7 elementos)** Alude a sueños y fantasías del niño en relación con su enfermedad y muerte.
- ❖ **Sentimientos de Culpa (SC): (8 elementos)** Se refiere a la autopunición del niño.
- ❖ **Depresivos Varios (DV): (9 elementos)** Incluye cuestiones de tipo depresivo que no pudieron agruparse para formar una entidad.
- ❖ **Total Positivo (TP)** que comprende elementos puntuados en el polo opuesto de la depresión:
- ❖ **Ánimo-Alegría (AA): (8 elementos)** Alude a la ausencia de alegría, diversión y felicidad en la vida del niño, o a su incapacidad para experimentarlas.
- ❖ **Positivos Varios (PV): (10 elementos)** Incluye cuestiones de tipo positivo que no pudieron agruparse para formar una entidad.

Todas estas subescalas son útiles para especificar e interpretar una determinada puntuación total depresiva o positiva, puesto que los niños pueden manifestar su depresión de muy diferentes maneras.

4.4.1. MATERIAL

Para su aplicación se utilizan el manual de la escala, hojas de respuesta, lápices, cronómetro, gises y pizarrón para ejemplificar la forma de respuesta.

Para la fase de calificación se emplea la plantilla de corrección correspondiente incluida en la prueba.

4.5. PROCEDIMIENTO

La investigación inició con la búsqueda de una Institución Educativa que contara con población suficiente y cumpliera con las características necesarias para los fines de la presente.

Una vez elegida la Institución, se establecieron los contactos tanto con el Director como con los Coordinadores de la escuela, con el fin de solicitar la autorización pertinente para llevar a cabo la aplicación del presente cuestionario.

Posteriormente, para tener acceso a la muestra se le solicitó a cada maestro (a) titular de grado, su cooperación para que facilitaran la aplicación,

misma que se realizó en los salones de clases asignados, con el fin de evitar cambios e influencias de otras condiciones ambientales que pudieran afectar a los resultados de la investigación.

A continuación se describen las siguientes fases del procedimiento realizadas en este estudio.

4.5.1. APLICACIÓN

La aplicación se llevó a cabo durante tres días consecutivos, en el horario matutino de clases y de forma colectiva en cada uno de los 14 grupos que representan los cinco grados escolares de la muestra.

En los dos primeros días se realizaron diez aplicaciones, y cuatro en el último día, con una duración aproximada de 20 minutos por aplicación.

Ambos examinadores ingresaron juntos a cada una de las aulas, en donde, uno de ellos proporcionó a los sujetos el material necesario para contestar el cuestionario. Una vez provistos de las hojas de respuesta, el otro examinador solicitó a los sujetos anotar sus datos personales (nombre, edad, sexo, grupo y fecha), procediendo así con las instrucciones, siendo estas las mismas para todos los sujetos de acuerdo con el manual del CDS:

“Otros niños han contestado a las frases que voy a leer, diciendo cómo piensan o cómo sienten, si están de acuerdo o no sobre lo que se dice en esas

frases. Yo leeré un número y una frase, y ustedes deberán contestar en la hoja que tienen en sus manos, poniendo una marca sobre uno de los circuitos que hay después de ese número. Para que vean como se contesta voy a poner un ejemplo en el pizarrón.”

< 75. Me gustan las visitas a los museos	75.	++	+	+/-	-	- -
		<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
		o	o	o	o	o

“Si contestan debajo de “++” es que están muy de acuerdo con lo que dice en la frase, que les gustan mucho las visitas a los museos. Si contestan “+” es que están de acuerdo, si contestan “+/-” es que no están seguros con lo que dice la frase, que están entre el sí y el no, si contestan “-” significa que están en desacuerdo, y “- -” serían que están muy en desacuerdo, es decir que no les gustan las visitas a los museos. ¿Han entendido?”.

A continuación el examinador leyó pausadamente, pronunciado con claridad el número de orden y contenido de la frase, concediendo tiempo suficiente para que todos los sujetos contestaran. Se repitieron las frases en las que existía confusión, pero no fueron aclaradas con palabras distintas; únicamente y siguiendo las recomendaciones del manual del CDS, el examinador utilizó el término “triste” en aquellos reactivos que incluían el término “desgraciado”, debido al significado peyorativo que éste último tiene en nuestro país. Cuando en la redacción se incluyen los términos madre/padre,

ambos se leen para que los sujetos puedan inclinarse a uno de ellos.

Una vez terminada la lectura de los elementos, el examinador encargado recogió las hojas de respuesta, comprobando así, que todos los cuestionarios estuvieran completos, en caso contrario, se volvieron a leer las frases correspondientes.

Posteriormente se llevó a cabo la fase de corrección y obtención de las puntuaciones directas con el siguiente procedimiento.

4.5.2. CALIFICACIÓN

Cada elemento recibe un puntaje de 1 a 5 en la dirección del rasgo de la depresión. Desde “Muy en desacuerdo” a “Muy de acuerdo” en los elementos de tipo depresivo cuyo puntaje va de 5 a 1, y desde “Muy de acuerdo” a “Muy en desacuerdo” en los de tipo positivo cuyo puntaje se invierte, es decir, va de 1 a 5 puntos. Logrando con esta inversión en los positivos, que todos ellos apunten hacia el rasgo de la depresión. Esto se hace con ayuda de la plantilla de corrección, la cual se coloca sobre la hoja de respuesta de modo que ambas coincidan, facilitando con esto la obtención de las puntuaciones directas de todas las subescalas.

Cabe recalcar que solamente para las subescalas AA y PV se realizan procedimientos especiales para obtener sus puntuaciones directas; para la

primera subescala, es necesario restar 48 puntos al puntaje bruto, y para la segunda subescala se le restaran 60 puntos.

Una vez obtenidas las puntuaciones directas de cada subescala, se procede a calcular las puntuaciones correspondientes a las dos dimensiones superiores. Para este fin, la escala del Total Positivo (TP) se obtiene de la suma de AA y PV ($TP = AA + PV$), y el Total Depresivo (TD) se obtiene de la suma de las seis subescalas restantes ($TD = RA + PS + AE + PM + SC + DV$). Posteriormente, se procede a la fase de interpretación.

4.5.3. INTERPRETACIÓN

Consiste en transformar las puntuaciones directas en puntuaciones normalizadas mediante la ayuda de una tabla de Baremos incluida en el manual de la escala.

Para este fin es necesario localizar en la tabla la puntuación directa obtenida de cada sujeto, tanto en las ocho subescalas (AA, RA, PS, AE, PM, SC, DV, PV) como en las dos dimensiones superiores (TD y TP). Una vez ubicada la puntuación directa a la misma altura horizontalmente, se encuentra tanto la puntuación centil en la primer columna izquierda como la puntuación decatipo en la columna derecha de la tabla de Baremos.

Cuando una puntuación directa no aparece expresamente indicada en la tabla, se realiza una interpolación y se asigna un centil o decapito comprendido entre los valores correspondientes inmediatamente superior o inferior registrados tal como se indica en el manual del cuestionario.

4.5.4. ANÁLISIS DE DATOS

Esta fase consistió en el análisis estadístico, para lo cual fue necesario la captura las 66 respuestas de cada uno de los 760 sujetos, con el fin de establecer la confiabilidad, tanto por el método Alpha de Cronbach como por el método de Split-Half, obteniéndose de esta forma los índices de confiabilidad de la prueba en su totalidad como de cada una de las ocho subescalas (AA, RA, PS, AE, PM, SC, DV y PV) y de las dos dimensiones superiores (TP y TD).

Posteriormente se llevó a cabo un análisis de los ítems mediante el procedimiento de Correlación Item-Escala Total para determinar la contribución de cada uno de ellos al puntaje total del CDS.

Para establecer la validez de constructo, se llevó a cabo el análisis factorial de la escala utilizando el procedimiento de los Componentes Principales, y seguido de una Rotación Varimax de los factores brutos, con el objetivo de identificar los factores que explican la Varianza Común.

Finalmente, se realizó el análisis estadístico descriptivo de los resultados obtenidos por cada uno de los sujetos en las 8 subescalas y en las dos dimensiones superiores, con estos datos, se obtuvieron las frecuencias que ilustran el número de niños que presentaron un determinado puntaje en cada una de las anteriores. También se calcularon las desviaciones típicas y las medias aritméticas; todo esto con el propósito de observar la distribución de las puntuaciones en la población infantil mexicana. De cada tabla, se utilizaron las frecuencias para calcular los centiles correspondientes a las 8 subescalas y a las dos dimensiones superiores. De esta forma, las medidas estadísticas obtenidas fueron: Media, Desviación Típica, Frecuencias y Centiles.

V. RESULTADOS

Después del análisis estadístico realizado a los datos recogidos a través de la aplicación del CDS, se procede a la descripción de los resultados obtenidos en cuanto a:

5.1. Confiabilidad.

5.2. Análisis de Ítems.

5.3. Análisis Factorial.

5.4. Obtención de Baremos.

El análisis estadístico de todos estos datos se llevó a cabo utilizando el programa (SPSS) versión 9.0 para Windows '98.

5.1. CONFIABILIDAD

Para la obtención de los índices de confiabilidad de la escala, fueron empleados el Alpha Cronbach, obteniéndose un índice $\alpha = 0,9012$, y por Split-Half $r = 0,8682$. Lo cual indica que el CDS presenta un alto nivel de estabilidad y consistencia interna.

En la Tabla 2, se ilustran los índices de confiabilidad obtenida de cada una de las ocho subescalas (AA, RA, PS, AE, PM, SC, DV y PV) y de las dos dimensiones superiores (TP, TD).

5.2. ANÁLISIS DE ÍTEMS

Este se llevó a cabo mediante el método Item –Escala Total, con el fin de determinar la contribución de cada ítem al puntaje total del CDS. Se obtuvieron los coeficientes de correlación del puntaje individual de los ítems y el puntaje total en el cuestionario si el ítem es eliminado (ver Tabla 3).

Encontrándose que 53 de los 66 ítems se correlacionaron positivamente con el puntaje total del CDS. Sin embargo, los 13 ítems restantes correspondientes a las subescalas Ánimo-Alegría y Positivos Varios, se correlacionaron de manera negativa pero sin alejarse del puntaje total, esto debido a que miden aspectos positivos, y aunque el eliminarlos podría elevar moderadamente la confiabilidad de la escala, el incluirlos tiene como propósito reducir una tendencia halo en las respuestas.

5.3. ANÁLISIS FACTORIAL

La validez de constructo fue establecida mediante un análisis factorial de los 66 ítems, utilizando el procedimiento de los Componentes Principales y seguido de una Rotación Varimax de los factores brutos, obteniéndose así 15 factores que dan cuenta del 54% de la Varianza Total, como se ilustran en las Tablas 4 y 5.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5.4. OBTENCIÓN DE BAREMOS

El análisis se llevó a cabo mediante la elaboración de una tabla de Normalización de la Distribución de los puntajes de los sujetos ($N = 760$) para cada una de las ocho subescalas (AA, RA, PS, AE, PM, SC, DV y PV) y de las dos dimensiones superiores (TP, TD). Con ésta se obtuvieron las frecuencias que ilustran el número de niños que presentaron cierto puntaje en las subescalas y dimensiones. Así como también, se calcularon las desviaciones típicas y las medias aritméticas, mismas que se ilustran en la Tabla 6.

En la Tabla 7, se presentan las medias y distribuciones típicas obtenidas a través de las diferentes muestras empleadas en los estudios de Australia, Japón, España y los datos de México correspondientes a la presente investigación. Encontrándose que tanto las medias como las distribuciones típicas, son similares en todos los estudios.

Las medias y distribuciones típicas de las puntuaciones de la muestra ($N = 760$) obtenidas en cada una de las subescalas y de las dos grandes dimensiones, se ilustran en las Figuras de la 1 a la 10. Donde: AA obtiene una media del 15.4 con una desviación típica del 5.03 (Figura 1); RA una media de 18.3 con una desviación típica de 6.89 (Figura 2); PS una media de 21 con una desviación típica de 7.53 (Figura 3); AE una media de 20.2 con una

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

desviación típica del 7.29 (Figura 4); PM una media de 19.3 con una desviación típica de 5.87 (Figura 5); SC una media de 23.2 con una desviación típica de 6.89 (Figura 6); DV una media de 29.4 con una desviación típica de 6.48 (Figura 7); PV una media de 21.7 con una desviación típica de 6.04 (Figura 8); TP una media de 37 con una desviación típica de 9.74 (Figura 9); y en TD una media de 131.3 con una desviación típica de 34.65 (Figura 10).

Como se puede apreciar en cada una de las figuras, la mayoría de los puntajes correspondientes a las subescalas y a las dimensiones superiores presentan cierta tendencia a distribirse normalmente.

Al igual que en la tipificación española, los resultados en cuanto a Baremos son presentados en centiles (1-99) y en decatipos (1-10). Considerándose al grupo promedio, dentro de los decatipos 4, 5, 6 y 7 correspondientes a los tres puntos de corte, equivaliendo a su vez a los centiles 25, 50 y 75. Por lo tanto, los decatipos 2-3, y 8-9 son indicadores de una gran desviación de la media.

En la Tabla 8, se presentan los Baremos mexicanos y en la Tabla 9 se presentan estos últimos como los obtenidos por los españoles para fines comparativos; observándose en ambas, grandes similitudes en las puntuaciones correspondientes a cada uno de los Centiles, excepto en la escala TD, en donde, se presentan algunas diferencias de los Centiles 1-60, por

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ejemplo, para que un niño mexicano pueda alcanzar la media debe obtener una puntuación de 100, mientras que un niño español necesita 114 puntos. Sin embargo estas diferencias desaparecen a partir del Centil 65.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 1. Conformación de la Muestra por Sexo y Edad.

EDAD	N = V	N = M	TOTAL POR EDAD
8 años	52	25	77
9 años	134	65	199
10 años	149	62	211
11 años	153	46	199
12 años	57	17	74
TOTAL POR SEXO	545	215	N = 760 total

V = Varones
M = Mujeres

Tabla 2. Índices de confiabilidad de cada subescala.

SUBESCALAS	ALPHA DE CRONBACH
AA	0,6614
RA	0,7804
PS	0,8026
AE	0,8114
PM	0,6578
SC	0,7472
DV	0,6194
PV	0,5781
TP	0,7519
TD	0,9366

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Tabla 3.
Análisis de ítems – Correlación ítem vs. Escala total.
Estadísticas Item- Total

Items	Correlación Ítem- Correlación Total	Alpha si el Ítem es eliminado
→ 1	-.0208	.9021
2	.3538	.8996
3	.4279	.8988
4	.4455	.8988
5	.3021	.9002
6	.4705	.8984
7	.3390	.8997
→ 8	-.0492	.9024
9	.0654	.9017
10	.4294	.8989
11	.4738	.8983
12	.5183	.8980
13	.3459	.8997
14	.4520	.8986
15	.2407	.9006
→ 16	-.0393	.9025
17	.0947	.9017
18	.4475	.8988
19	.4825	.8983
20	.4821	.8983
21	.3881	.8992
22	.4286	.8989
23	.3578	.8995
→ 24	-.1290	.9034
→ 25	-.0212	.9021
26	.5762	.8976
27	.5370	.8978
28	.5900	.8973
29	.1993	.9010
30	.5027	.8981
31	.4551	.8985
32	.2106	.9011
→ 33	-.0937	.9032
34	.5612	.8975
35	.5525	.8976
36	.6060	.8972
37	.5964	.8970
38	.4203	.8989
39	.1884	.9010
→ 40	-.1383	.9034
→ 41	-.2320	.9038

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

**Análisis de ítems – Correlación ítem vs. Escala total.
Estadísticas Ítem-Total
(Continuación)**

Ítems	Correlación Ítem- Correlación Total	Alpha si el Ítem es eliminado
42	.3667	.8994
43	.5472	.8974
44	1.4901	.8982
45	.4002	.8991
46	.3325	.8998
47	.4275	.8987
48	.1400	.9018
49	.0576	.9037
50	.5352	.8976
51	.5564	.8975
52	.5410	.8976
53	.4953	.8981
54	.4862	.8982
55	.3960	.8992
→ 56	-.0770	.9043
→ 57	-.1365	.9036
58	.5102	.8981
59	.4629	.8985
60	.4917	.8983
61	.4138	.8989
62	.5109	.8980
→ 63	-.0959	.9031
→ 64	-.0534	.9036
→ 65	-.0419	.9026
66	.3559	.8995

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 4.

Factores	Varianza Total					
	Valores Propios			Extracción de la Suma		
	Total	% de Varianza	% Acumulado	Total	% de Varianza	% Acumulado
2	13 796	20 902	20 902	13 796	20 902	20 902
3	4 428	6 710	27 612	4 428	6 710	27 612
4	1 845	2 795	30 407	1 845	2 795	30 407
5	1 753	2 655	33 063	1 753	2 655	33 063
6	1 700	2 575	35 638	1 700	2 575	35 638
7	1 522	2 306	37 944	1 522	2 306	37 944
8	1 478	2 239	40 183	1 478	2 239	40 183
9	1 418	2 148	42 331	1 418	2 148	42 331
10	1 232	1 867	44 198	1 232	1 867	44 198
11	1 159	1 756	45 954	1 159	1 756	45 954
12	1 122	1 700	47 655	1 122	1 700	47 655
13	1 078	1 633	49 288	1 078	1 633	49 288
14	1 069	1 620	50 908	1 069	1 620	50 908
15	1 037	1 571	52 478	1 037	1 571	52 478
16	1 018	1 542	54 020	1 018	1 542	54 020
17	.972	1 473	55 493			
18	.952	1 443	56 936			
19	.947	1 434	58 370			
20	.928	1 406	59 776			
21	.903	1 368	61 144			
22	.871	1 320	62 465			
23	.853	1 293	63 757			
24	.844	1 279	65 036			
25	.827	1 253	66 289			
26	.800	1 212	67 501			
27	.786	1 191	68 692			
28	.781	1 183	69 875			
29	.749	1 134	71 010			
30	.743	1 126	72 136			
31	.733	1 110	73 246			
32	.713	1 090	74 326			
33	.706	1 070	75 396			
34	.682	1 033	76 429			
35	.671	1 016	77 445			
36	.651	.987	78 432			
37	.642	.972	79 404			
38	.614	.931	80 335			
39	.611	.925	81 260			
40	.601	.910	82 170			
41	.588	.891	83 061			
42	.574	.869	83 930			
43	.570	.864	84 794			
44	.551	.835	85 629			
45	.530	.804	86 432			
46	.521	.789	87 221			
47	.519	.786	88 007			
48	.505	.765	88 772			
49	.494	.749	89 521			
50	.488	.739	90 261			
51	.489	.710	90 971			
52	.455	.680	91 661			
53	.451	.663	92 344			
54	.430	.652	92 996			
55	.419	.635	93 631			
56	.411	.622	94 253			
57	.405	.614	94 867			
58	.396	.601	95 468			
59	.383	.581	96 048			
60	.390	.578	96 604			
61	.365	.553	97 177			
62	.358	.542	97 719			
63	.335	.507	98 226			
64	.320	.485	98 711			
65	.298	.451	99 162			
66	.280	.424	99 586			
67	.274	.414	100 000			

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Método de Extracción: Análisis de los Componentes Principales

Tabla 5. Transformación de los Factores

Factores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	.752	-.288	.253	.252	.200	.178	.190	.207	.196	.100	-.100	-.029	.002	.055	.039
2	.131	.848	.253	-.060	.140	.204	.099	.089	.077	.041	.201	.235	.069	-.054	.090
3	-.188	-.026	.009	.107	-.431	-.039	.556	.117	.288	-.135	-.195	.247	.456	.186	.012
4	-.033	.062	-.164	.366	.171	.255	.398	-.409	-.372	.013	.196	-.123	-.074	.327	-.330
5	.097	.222	-.448	.370	.264	-.588	.094	.329	-.065	-.004	-.020	-.116	.149	-.165	-.013
6	-.045	-.031	-.124	-.223	.457	.099	.093	.001	.253	-.773	-.013	-.116	-.032	.130	.082
7	.030	.141	-.577	.151	-.178	.566	-.140	.213	.024	.018	-.387	.040	-.196	-.025	.125
8	.290	.156	.134	.391	-.432	-.112	-.362	-.312	-.100	-.519	-.041	-.022	.074	-.060	-.005
9	.010	.033	-.062	-.072	-.205	.225	.097	.071	.289	.003	.292	-.577	.171	-.474	-.357
10	.005	.142	.000	.052	-.141	-.238	.376	-.354	.304	.094	-.136	-.235	-.587	-.095	.326
11	.203	-.093	-.243	-.161	-.255	.005	.085	.101	-.216	-.032	.572	-.130	.103	.189	.586
12	.005	.042	-.221	.127	.159	-.019	-.360	-.383	.567	.290	.101	-.041	.329	.309	.097
13	.221	.085	-.171	-.203	-.269	-.208	-.072	.223	.205	-.042	.217	.133	-.382	.439	-.506
14	-.028	-.240	-.195	.195	.064	.061	.066	-.137	.189	-.070	.410	.626	-.164	-.452	-.039
15	-.440	-.050	.307	.539	.007	.088	-.149	.402	.162	-.049	.254	-.149	-.235	.198	.122

Método de Extracción: Análisis de los Factores Principales

Método de Rotación: Varimax

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 6.**Medias y Desviaciones típicas**

SUBESCALAS	MEDIA	D. t.	N
AA	15,41	5,03	760
RA	18,27	6,89	760
PS	20,98	7,53	760
AE	20,25	7,29	760
PM	19,35	5,87	760
SC	23,16	6,89	760
DV	29,41	6,48	760
PV	21,7	6,04	760
TP	37,04	9,74	760
TD	131,32	34,65	760

Medias y desviaciones típicas (D.t.) de las puntuaciones en cada subescala del CDS en la muestra mexicana.

Las medias indican el puntaje medio promedio en cada subescala.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 7. Medias y Distribuciones típicas en diferentes muestras.

ESCALAS	Original		Niños australianos				Niños japoneses				TEA		Niños mexicanos	
	37 V + M		88 V		102 M		195 V		194 M		846 V + M		760 V + M	
	Med.	D.t.	Med.	D.t.	Med.	D.t.	Med.	D.t.	Med.	D.t.	Med.	D.t.	Med.	D.t.
RA	17,14	6,0	22,10	6,44	21,19	5,81	16,50	4,12	18,15	5,63	19,05	6,11	18,27	6,89
PS	17,14	6,9	23,88	6,93	23,48	6,38	19,31	4,74	19,74	5,00	21,00	6,24	20,98	7,53
AE	21,2	7,2	24,82	7,18	24,50	6,16	23,12	5,98	24,96	5,68	22,45	6,21	20,25	7,29
PM	16,1	4,9	20,25	5,46	20,58	5,01	16,63	3,90	16,22	4,27	19,21	5,24	19,35	5,87
SC	20,4	7,0	24,92	6,20	25,30	6,11	21,63	4,13	21,94	4,30	25,97	5,98	23,16	6,89
DV	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	30,99	5,60	29,41	6,48
TD	116,9	35,3	145,77	32,20	144,16	27,91	123,14	21,42	127,60	24,77	138,51	27,79	131,32	34,65
AA	16,0	4,8	17,28	5,13	17,83	5,09	24,44	4,90	24,10	4,57	17,48	4,37	15,41	5,03
PV	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	22,51	5,26	21,7	6,04
TP	41,5	8,9	40,60	8,95	40,45	9,49	54,99	7,78	54,25	7,57	40,01	8,28	37,04	9,74

V = Varones.

D.t. = Desviación típica.

M = Mujeres.

Med. = Media.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 8. Baremos mexicanos

Centiles	Puntuaciones Directas										Decatipos
	AA	RA	PS	AE	PM	SC	DV	PV	TP	TD	
99	30-40	36-40	38-40	37-40	33-35	39-40	43-45	40-50	68-90	213-240	10
97	27	34	*	35	*	37	41	37	61	200-212	9
96	26	33	35	34	31	36	*	34	57	191-199	9
95	25	32	34	33	30	35	40	32	56	189	9
90	22	28	32	31	27	33	38	29	50	180-188	8
85	20	26	29	29	26	31	37	27	47	170-179	8
80	19	24	28	27	25	29	35	26	44	162	7
75	18	23	27	25	23	28	34	25	42	157	7
70	17	22	25	24	*	27	33	24	*	151	7
65	*	20	24	23	22	26	32	23	40	145	6
60	16	19	23	22	21	25	31		38	139	6
55	*	18	22	20	20	24	30	22	37	134	6
50	15	17	21	19	19	23	29	21	36	129	6
45	14	16	19	*	18	22	*	*	34	124	5
40	*	15	18	18	*	21	28	20	33	120	5
35	13	*	17	17	17	20	27	19	*	114	5
30	*	14	16	16	16	19	26	*	32	109	4
25	12	13	15	15	15	18	25	18	30	105	4
20	11	12	14	14	14	17	24	17	29	100	4
15	*	11	13	12	13	16	22	16	28	94	3
10	10	10	11	11	12	14	21	15	26	87	3
5	9	*	10	10	*	12	*	*	24	77	2
4	*	9	9	9	10	11	18	13	23	74	2
1	0-8	0-8	0-8	0-8	0-8	0-9	0-14	0-10	0-20	0-64	1
N	760	760	760	760	760	760	760	760	760	760	N
Med.	15.41	18.27	20.98	20.25	19.35	23.16	29.41	21.7	37.04	131.32	Med.
D.L.	5.03	6.89	7.53	7.29	5.87	6.89	6.48	6.04	9.74	34.65	D.L.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 9. Comparación de Baremos españoles y mexicanos

Centiles	PUNTUACIONES DIRECTAS																		Decatipos			
	Esp. AA	Méx. AA	Esp. RA	Méx. RA	Esp. PS	Méx. PS	Esp. AE	Méx. AE	Esp. PM	Méx. PM	Esp. SC	Méx. SC	Esp. DV	Méx. DV	Esp. PV	Méx. PV	Esp. TP	Méx. TP		Esp. TD	Méx. TD	
99	29-40	30-40	34-40	36-40	36-40	38-40	37-40	37-40	32-35	33-35	39-40	39-40	43-45	43-45	36-50	40-50	63-90	68-90	208-240	213-240	10	
97	26	27	32	34	33	*	35	35	30	*	38	37	41	41	34	37	57	61	190-193	200-212	9	
96	*	26	31	33	32	35	34	34	29	31	37	36	*	*	33	34	56	57	187-189	191-199	9	
95	25	25	30	32	31	34	33	33	28	30	36	35	40	40	32	32	55	56	184-186	189	9	
90	24	22	28	28	30	32	31	31	27	27	34	33	38	38	30	29	51	50	174	180-188	8	
85	22	20	26	26	28	29	29	29	25	26	32	31	37	37	28	27	48	47	167	170-179	8	
80	21	19	25	24	27	28	28	27	24	25	31	29	36	35	27	26	47	44	161	162	7	
75	20	18	23	23	*	27	26	25	*	23	30	28	35	34	*	25	45	42	156	157	7	
70	*	17	22	22	25	25	25	24	22	*	29	27	34	33	25	24	44	*	152	151	7	
65	19	*	21	20	24	24	*	23	21	22	*	26	*	32	*	23	43	40	148	145	6	
60	*	16	20	19	23	23	24	22	20	21	28	25	33	31	24	*	42	38	145	139	6	
55	*	*	19	18	22	22	23	20	*	20	27	24	32	30	23	22	41	37	142	134	6	
50	18	15	18	17	21	21	22	19	19	19	26	23	31	29	22	21	40	36	136	129	6	
45	17	14	*	16	20	19	*	18	18	25	22	*	*	*	*	39	34	134	124	5		
40	*	*	17	15	19	18	21	18	*	*	24	21	30	28	21	20	37	33	130	120	5	
35	16	13	16	*	18	17	20	17	17	17	*	20	29	27	20	19	36	*	127	114	5	
30	15	*	15	14	17	16	19	16	16	16	23	19	28	26	*	*	35	32	123	109	4	
25	*	12	*	13	*	15	18	15	*	15	22	18	*	25	19	18	*	30	119	105	4	
20	14	11	*	12	15	14	17	14	*	14	21	17	26	24	18	17	33	29	114	100	4	
15	13	*	13	11	14	13	16	12	14	13	20	16	25	22	17	16	32	28	109	94	3	
10	12	10	11	10	13	11	14	11	12	12	18	14	23	21	16	15	30	26	102	87	3	
5	11	9	10	10	*	11	10	12	10	11	*	16	12	22	*	15	*	28	24	94	77	2
4	10	*	9	9	10	9	11	9	10	10	15	11	21	18	14	13	27	23	93	74	2	
1	0-9	0-8	0-8	0-8	0-8	0-8	0-9	0-8	0-9	0-8	0-11	0-9	0-16	0-14	0-12	0-10	0-22	0-20	0-75	0-64	1	
N	843	760	843	760	843	760	843	760	843	760	843	760	812	760	819	760	819	760	812	760	N	
Med.	17.48	15.41	19.05	18.27	21.01	20.98	22.45	20.25	19.21	19.35	25.97	23.16	30.99	29.41	22.51	21.7	40.01	37.04	138.51	131.32	Med.	
D.L.	4.37	5.03	6.11	6.89	6.24	7.53	6.21	7.29	5.24	5.87	5.98	6.89	5.6	6.48	5.26	6.04	8.28	9.74	27.79	34.65	D.L.	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 1. Distribución del puntaje en la subescala Ánimo-Alegría.

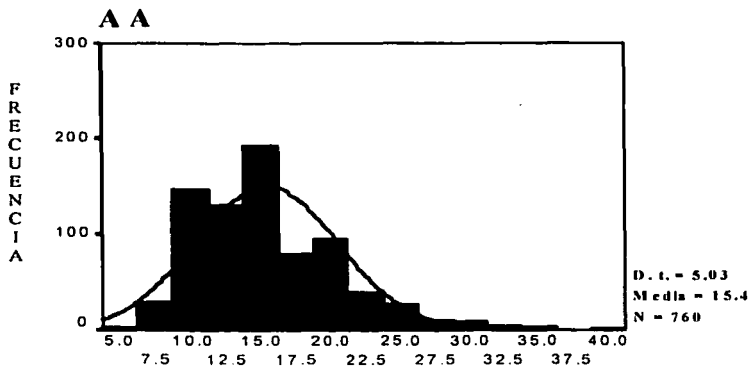
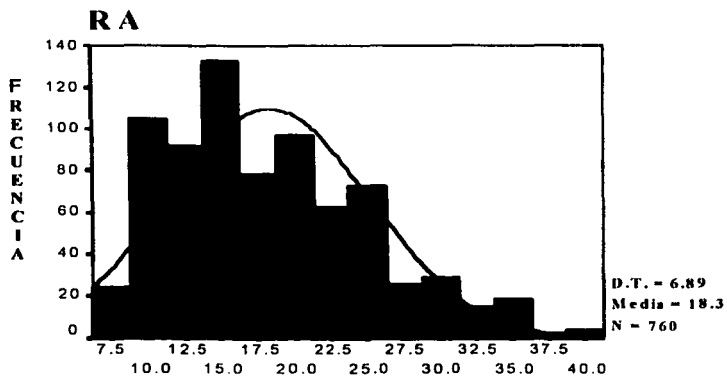


Figura 2. Distribución del puntaje en la subescala Respuesta Afectiva



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 3. Distribución del puntaje en la subescala Problemas Sociales

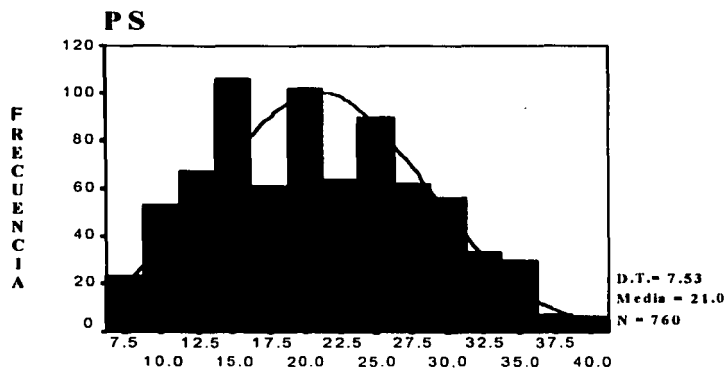
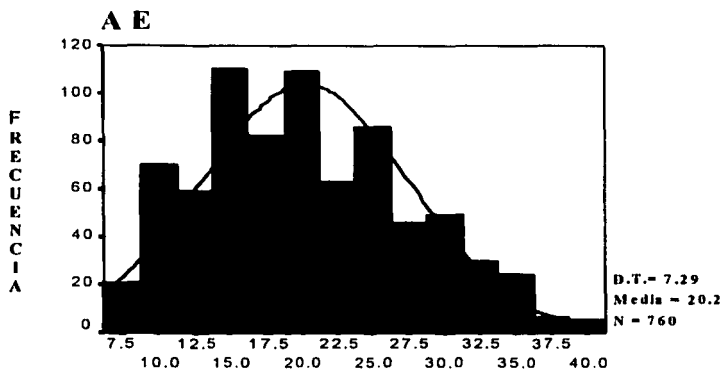


Figura 4. Distribución del puntaje en la subescala Autoestima



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 5. Distribución del puntaje en la subescala Preocupación por la Muerte

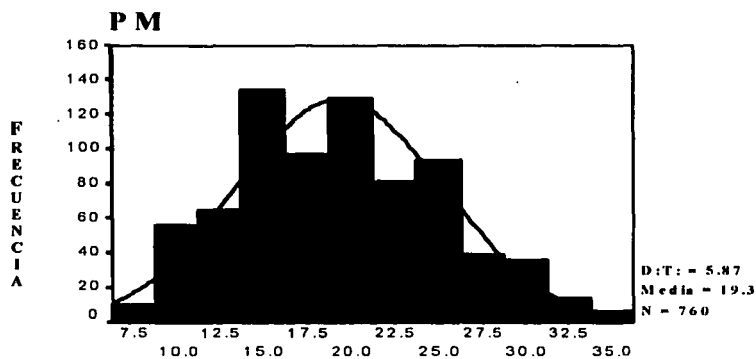
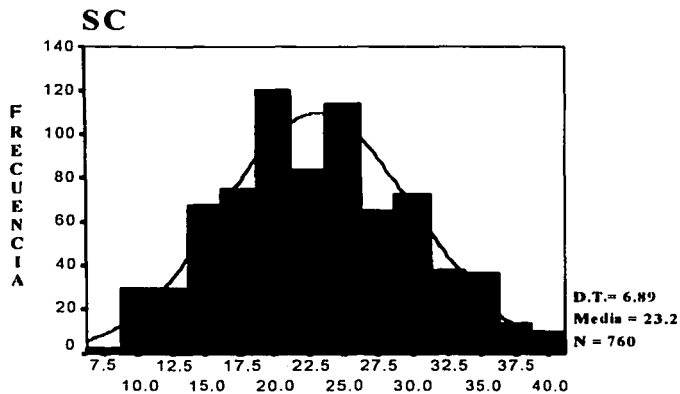


Figura 6. Distribución del puntaje en la subescala Sentimientos de Culpa



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 7. Distribución del puntaje en la subescala Depresivos Varios

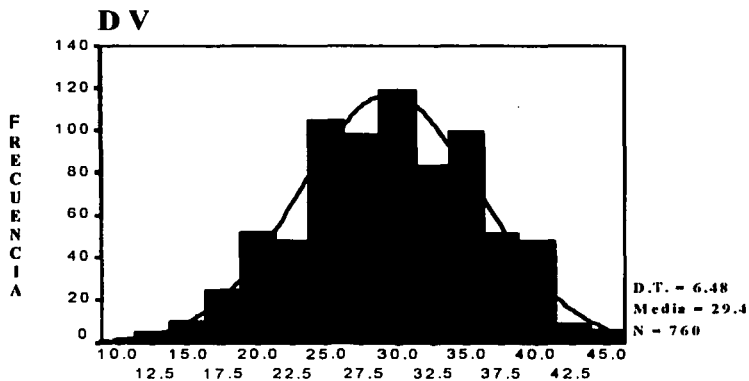
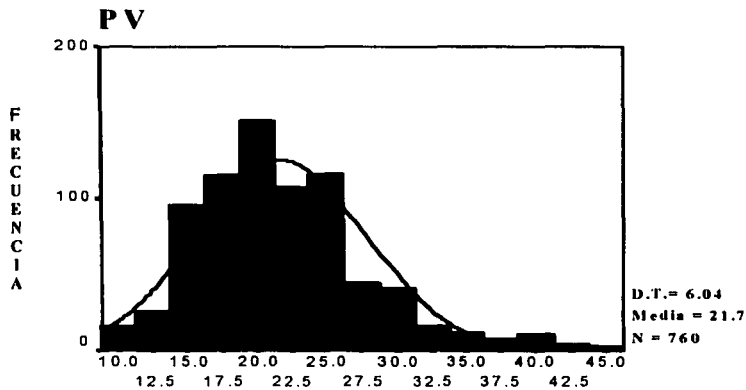


Figura 8. Distribución del puntaje en la subescala Positivos Varios



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 9. Distribución del puntaje en la dimensión Total Positivo

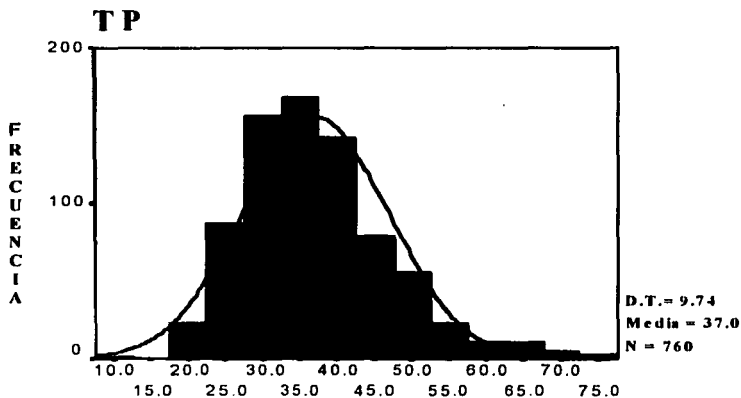
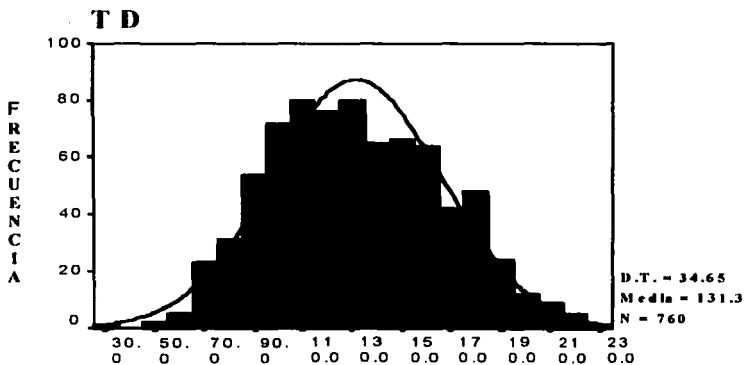


Figura 10. Distribución del puntaje en la dimensión Total Depresivo



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VI. DISCUSIÓN

Como ya ha sido establecido, la presente tesis no tiene como propósito replantear la naturaleza de la Depresión Infantil, ni tampoco apoyar ninguna concepción teórica en especial, sino abordarla como una problemática que está presente en la población infantil mexicana en edad escolar. Esto último aunado al hecho de que en este país se cuenta con el CDS como única alternativa para la evaluación de esta enfermedad, conllevó a la elaboración de Baremos basados en determinada población infantil mexicana, cumpliendo así con el objetivo principal de la presente investigación.

Asimismo, y como parte del proceso de Baremación se alcanzó el objetivo de verificar sus propiedades psicométricas, comprobando así que las conductas infantiles referidas a la depresión registradas en otros países, tales como España, se asemejan a la idiosincrasia de los niños mexicanos, esta afirmación resulta de las similitudes encontradas a lo largo de este estudio, las cuales se describen a continuación.

Los índices de confiabilidad establecidos en la presente investigación fueron de un $\alpha = 0,9012$ y un $r = 0,8682$ por Split-Half; mientras que en investigaciones anteriores de Lang y Tisher (1978), Tonkin y Hudson (1981) se obtuvieron un $\alpha = 0,96$ y un $\alpha = 0,92$ respectivamente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En cuanto a los índices de confiabilidad respecto a cada una de las subescalas y dimensiones superiores, estos fueron establecidos en la presente investigación mediante el método Alpha de Cronbach, mientras que en la adaptación española (1980, 1984) se emplea el método Test-retest con un intervalo de un año, encontrándose que para: AA $\alpha = 0,6614$ y $r = 0,37$; RA $\alpha = 0,7804$ y $r = 0,41$; PS $\alpha = 0,8026$ y $r = 0,39$; AE $\alpha = 0,8114$ y $r = 0,39$; PM $\alpha = 0,6578$ y $r = 0,38$; SC $\alpha = 0,7472$ y $r = 0,52$; DV $\alpha = 0,6194$ y $r = 0,33$; PV $\alpha = 0,5781$ y $r = 0,47$; TP $\alpha = 0,7519$ y $r = 0,48$; y TD $\alpha = 0,9366$ y $r = 0,51$.

Los coeficientes obtenidos por los españoles muestran un descenso en relación con los obtenidos en la presente, esto puede ser atribuido a que el intervalo del retest es bastante grande para la estabilidad de las variables medidas por el CDS que son más de tipo estado que rasgo. Respecto a las dos dimensiones superiores (TD y TP), ambas presentan en la adaptación española un $r_{xx} = 0,91$ y $0,69$ respectivamente obtenidos mediante KR-20, observándose diferencias mínimas entre éstos índices y los aquí obtenidos.

Todo lo anterior, permite afirmar que el CDS presenta un buen nivel de estabilidad o consistencia interna.

Respecto al análisis de los ítems se observa que solamente 13 de los 66 ítems correspondientes a las subescalas destinadas a evaluar aspectos positivos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

(AA y PV) se correlacionan negativamente pero sin alejarse del puntaje total, y aunque eliminarlos podría elevar moderadamente la escala, el incluirlos tiene como propósito reducir una tendencia halo en las respuestas, y permitir la medición de la incapacidad del niño para experimentar placer. Además de que al estar presentados de forma positiva, evitan que el niño sea afectado de un modo depresivo, encontrándose que su eliminación no es recomendable.

Por otro lado, el análisis factorial demuestra la existencia del constructo “depresión” que pretende medir esta escala, al encontrarse 15 factores que explican el 54% de la varianza común, observándose así, una agrupación coherente de sus elementos. Datos que se corroboran con los obtenidos en la adaptación española, donde se encuentra la existencia de 9 y 12 factores que explican el 38 y el 45% de la varianza común y 13 factores que explican el 71.3% de ésta, encontrados por Rotundo y Henseley (1985). Estos últimos autores, correlacionaron el CDS con el CDI encontrando una $r = 0,84$; demostrando así su validez de constructo por el alto grado de relación entre ambas.

La tabla de Baremos mexicanos en comparación a la de Baremos españoles, presenta notables similitudes, como puede apreciarse en las puntuaciones correspondientes a cada uno de los centiles y decatipos, excepto en TD, en donde se aprecian algunas diferencias en las puntuaciones

correspondientes a los centiles 1 al 60, sin embargo, a partir del centil 65 en esta misma dimensión vuelven a concordar las puntuaciones de ambas tablas.

En cuanto a las diferencias encontradas respecto a las desviaciones típicas, aunque estas son mínimas, cabe recalcar que las mexicanas son relativamente más grandes, lo que indica cierta tendencia de las puntuaciones a distribirse normalmente; con esto no se pretende afirmar que la muestra aquí empleada sea heterogénea.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VII. ALCANCES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

El contar con Baremos basados en población mexicana con estas características, brinda al ámbito clínico y escolar un instrumento que complementado con información proveniente de otros métodos evaluativos, posibilite la elaboración de un diagnóstico más certero.

Así mismo, se espera que esta investigación sirva de modelo teórico-metodológico para futuras investigaciones que se avoquen tanto a la adaptación de nuevos instrumentos a la población infantil mexicana como a la creación de programas destinados a la prevención de esta enfermedad.

En cuanto a las limitaciones, se encuentra que la muestra empleada para la presente investigación (N =760) es representativa únicamente de la población de la que es extraída, por lo que, los resultados obtenidos no pueden ser generalizados al resto de la población infantil mexicana, es decir, en caso de que este cuestionario se desee emplear utilizando la tabla de Baremos aquí elaborada, se recomienda que se aplique a sujetos con las mismas características consideradas en la presente. De este modo se sugiere, que en estudios posteriores se emplee una muestra más grande y heterogénea, que sea representativa de la población de nuestro país y que se amplíe el rango de edad hasta los 16 años; mismos que son considerados como edad máxima en el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

diseño original del cuestionario. No obstante, se sugiere que estas investigaciones no se limiten al estudio de población normal escolarizada, sino se incluyan grupos clínicos en ellas, y de esta forma, ampliar los estudios ya existentes en cuanto a su validez de criterio con el fin de demostrar la capacidad discriminativa del cuestionario.

Otra de las grandes limitaciones a las que se enfrenta esta investigación, es la vinculada a la carencia tanto de escalas destinadas a la evaluación de la depresión infantil en nuestro país, como de fuentes bibliográficas que aporten datos referentes a ellas. De aquí, que nuevas investigaciones se avoquen no sólo a la adaptación sino a la creación de instrumentos de medición y a la publicación de textos serios que aporten información valiosa que permitan al clínico hacer una selección adecuada de éstas.

Por último cabe recalcar, que el pensar que el uso de la presente escala o cualquier otra como único método diagnóstico, sería un grave error, ya que en el caso de detectarse la posible existencia de un trastorno depresivo infantil a través de dichas escalas, representa tan sólo un primer paso en la tarea de detección, a la que le deben preceder otros métodos complementarios como lo son las entrevistas, tanto con el niño como con sus padres o con personas cercanas a él, y la observación directa dentro de los ámbito social, familiar y escolar, es decir, lograr una evaluación integrada como requisito previo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

imprescindible a la instauración de un plan terapéutico.

VIII. CONCLUSIONES

Se puede concluir que, a lo largo de la revisión teórica, destaca el hecho de que la depresión referida a la infancia resulta relativamente nueva, ya que hasta hace muy poco tiempo se creía exclusiva de la población adulta, debido a los tabúes que la sociedad actual tiene respecto a este tema, es decir, la población adulta en general no concibe la afección de este trastorno en la población infantil, debido a la creencia de que la infancia alude a una etapa de felicidad y gozo, en donde no hay cabida para las experiencias tristes o traumáticas. No así, es más sorprendente que esta concepción prevalezca entre los teóricos del siglo antepasado y parte del pasado, entorpeciendo enormemente el estudio sobre el tema, provocando con esto, una gran confusión por definirla y mayor aún al intentar diferenciarla de la adulta, como se aprecia en el Capítulo I.

Aunado a esta polémica, hoy en día se estiman elevados índices de prevalencia de la Depresión en la población infantil, no obstante, los reportes acerca de estos índices en México son escasos. Sin embargo, se puede asegurar que es mayor el número de casos que los esfuerzos realizados para prevenirla, diagnosticarla a tiempo y mucho menos tratarla. Estos tres últimos aspectos hacen referencia al objetivo primordial que tiene la comunidad

dedicada a la salud mental, y en cuanto al tema que hoy nos atañe, que es la depresión Infantil, no ha cumplido con este objetivo; lo que indica la poca conciencia y atención que se le ha dado a esta.

Por todo esto, se hace imprescindible contar con instrumentos sencillos, confiables y disponibles para este fin. Esto motiva a la creación de un número de escalas cuyo propósito es detectar la presencia de síntomas depresivos y en algunos casos determinar la severidad de éstos. Sin embargo, de todas estas alternativas surgen nuevas dificultades, ya que la mayoría de las escalas no cumplen con las propiedades psicométricas necesarias para ser consideradas como instrumentos adecuados, como puede apreciarse en el análisis que se realiza a éstas en el Capítulo III.

Lo antes mencionado, aunado al hecho de que ningún instrumento puede ser empleado sin antes contar con Baremos para el país en donde se desea utilizar, motiva la búsqueda de una escala que englobe las características necesarias para la evaluación de la Depresión Infantil. De todas las escalas, surge el CDS como un instrumento útil para la evaluación de la depresión en infantes. Para asegurarse de esto, se decide en la presente investigación, llevar a cabo todos los procedimientos para corroborar su confiabilidad y validez, previo a la elaboración de los Baremos, y de esta forma contar con la seguridad de proporcionar un instrumento eficaz en la evaluación de la

depresión infantil. Demostrando así, que el CDS posee tanto un alto grado de estabilidad al ser aplicada en la población mexicana con las características aquí consideradas, como la existencia del constructo “depresión”, el cual pretende medir; afirmación corroborada y sustentada por las similitudes encontradas entre los resultados obtenidos en la presente y los arrojados por investigaciones previas a ésta.

De este modo, se alcanza el objetivo principal de la presente investigación, es decir, la creación de Baremos mexicanos para este tipo de población, brindando así, tanto al ámbito clínico como al educativo un marco de referencia contra el cual evaluar a los niños de manera certera y confiable.

BIBLIOGRAFÍA

Aiken, L. R. (1996). Tests psicológicos y evaluación (8ª ed.). México: Prentice Hall.

Ajurriaguera, J. y Marcelli, D. (1982). Manual de psicopatología del niño. España: Toray-Masson.

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) (4a ed.). Washington, DC.

Birmaker, B., Brent, D. y col. (1998). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescent with depressive disorders. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37 (10), 63-78.

Badillo, I. (1997). La depresión infantil. Barcelona: Ediciones Bardenas.

Barnett, D. y Zucker, B. K. (1990). The personal and social assessment of children: An analysis of current status and professional practice issues. E.U.A.: Allyn & Bacon.

Bellack, L. (1996). T.A.T., C.A.T. y S.A.T.: Uso clínico. México: Manual Moderno.

Blos, P. (1980). Psicoanálisis de la adolescencia (3ª ed.). México: Joaquín Mortiz.

Brown, G. F. (1980). Principios de la medición en psicología y educación. México: Manual Moderno.

Cameron, N. (1999). Desarrollo y psicopatología de la personalidad (5ª ed.). México: Trillas.

Caraveo y Anduaga, J. (1994, Septiembre 14-17). Panorama de la Investigación Clínico-Epidemiológico en Psiquiatría Infantil. Trabajo presentado en el X Congreso de Psiquiatría Infantil. 10, (3), Puebla, Méx., 87.

Contreras, C., Gutiérrez, A. T. y Lara, M. H. (1994). La depresión en etapas tempranas de la vida. Rev. Psiquis, 3, (2), México.

Conger, J. (1980). Adolescencia generación presionada. Colombia: Harla.
De la Peña, F. R. (1993). Trastorno depresivo en los niños: Un abordaje histórico, fenomenológico y de apoyos diagnósticos. Rev. Del Residente de Psiquiatría, 4, (2), México.

De la Fuente, R. (1980). La prevención y la intervención temprana en los desórdenes mentales de los niños en los programas de salud mental. Revista Salud Mental, 3, (3), 2-5.

De la Fuente, R. (1997). Papel de la depresión en la patología humana. Rev. Psicología, 14, 12-13.

Doniz, A. R. (1992). Eventos vitales que constituyen factores de riesgo en la depresión infantil. Tesis de licenciatura en Psicología, Universidad del Valle de México.

Freud, A. (1971). Normalidad y patología en la niñez (2ª ed.). México: Paidós.

Goldman, H. H. (1996). Psiquiatría General (4ª ed.). México: Manual Moderno.

Gross, R. D. (1998). Psicología: La ciencia de la mente y la conducta. México: Manual Moderno.

Gutiérrez, A. T. (1992). Estudio de la prevalencia de la depresión infantil en un colegio particular para instrucción primaria de la Ciudad de México: Ensayo de la Children Depression Scale (CDS) versión española. Tesis de licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Gutiérrez, A. T., Lara, M. H., y Contreras, C. (1995). Aplicación del Children's Depression Scale en una muestra de niños sanos de instrucción primaria en la Ciudad de México. Rev. Salud Mental, 18, (2), México.

Howells, J. (Ed.). (1971). Modern perspectives in international child psychiatry. New York: Brunner/Mazel.

Jiménez, H. M. (1995). Psicopatología infantil. Depresión Infantil: Aspectos Clínicos. Málaga, Esp.: Colección Educación y Psicología. pp. 97-98, 104-105.

Kaplan, H. I. y Sadock, B. J. (1994). Compendio de psiquiatría (2ª ed.). México: Salvat.

Keefe, F., Kopel, S. y Gordon, S. (1978). A practical guide to behavioral assesment. New York: Springer Publishing Company.

Kramer, J. y Close, C. J. (Eds.) (1992). Mental Measurements Year Book. The Buros Institute of Mental Measurements. The University of Nebraska Lincoln. Tomo XI.

Lang, M. y Tisher, M. (2000). CDS: Cuestionario de depresión para niños (6ª ed.). Madrid, Esp.: TEA Ediciones.

Macías, V. G. (1985). Psicoterapia del niño y del adolescente deprimido. Revista Salud Mental, 8, (4), México, 3-7.

Martínez, L., Saltijeral, M. y Terroba, G. (1985). Intentos de suicidio en los niños: Un fenómeno psicosocial. Revista Salud Mental, 8, (2), México, 23-25.

Meléndez, A. P. y López, F. (1991). Depresión infantil. Diagnóstico y tratamiento: Un estudio de caso. Revista Psicología y Salud, 4, México, 17.

Microsoft. (1999). Enciclopedia: Encarta 2000.

Mitchell, Jr. (Ed.). (1985). Mental Measurements Year Book. The Buros Institute of Mental Measurements. (Vol. 2). The University of Nebraska Lincoln. Tomo IX.

Organón Internacional. (1997). Job: Un santo bíblico y sus depresiones. Revista Psicología, 14, 32-32.

Paykel, E. S. (1985). Psicopatología de los trastornos afectivos. Madrid: Pirámide.

Polaino, A., Doménech, E., García A. y Ezpeleta, L. (1988). Las depresiones infantiles. Madrid, Esp.: Morata.

Ramírez, M. (2000). Terapia infantil. En Gutiérrez, G. F. (Ed.). Hipnosis Ericksoniana, PNL: Terapia Sistémica. México: C.E.F.A.D.

Sattler, J. M. (1996). Evaluación infantil (3ª ed.). México: Manual Moderno.

Saranson, I. y Saranson, B. (1996). Psicología anormal: El problema de la conducta inadaptada (7ª ed.). México: Prentice Hall.

Spitz, R. A. (1969). El primer año de vida del niño. México: Fondo de Cultura Económica.

Stark, K. (1990). Childhood depression: School Based Intervention. New York: The Guilford Press.

Ubieta, A., García S. y Artola A. (Eds). (1985). Biblia de Jerusalén: Libros sapienciales. jb II 9:15. España: Grijelmo. p. 657.

Vallejo, J. y Gastó, F. C. (1990). Trastornos afectivos: Ansiedad y depresión. Barcelona: Salvat.

Wicks, N. R. e Israel, A. C. (1997). Psicopatología del niño y el adolescente (3ª ed.). Madrid: Prentice Hall.

Winnicott, D.W. (1962). La familia y el desarrollo del individuo (2ª ed.). Argentina, B.A: Lumen-Hormé.

Wolman, B. B. (1972). Manual of Child Psychopathology. New York: Mc. Graw Hill.

<http://www.aacap.org/publications/apntsfam/depressd/>. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (1998). El niño deprimido. Revista Información para la Familia, 4.

<http://www.lanación.com.ar>. Bernardou, F. (2000). Algo más que tristeza. Revista La Nación.

<http://www.iladiba.com/centros/>. Centros de Depresión EMSA. (2000). Depresión: El mal del siglo.

<http://www.edupsi.com/depresión>. Herreros, G. (2000, Noviembre). De los humores a la antigüedad. Trabajo presentado en el primer seminario de depresión por internet, Argentina.

ANEXO

ELEMENTOS DEL CDS

1. Me siento alegre la mayor parte del tiempo.
2. Muchas veces me siento desgraciado/triste en el colegio.
3. A menudo pienso que nadie se preocupa por mí.
4. A menudo creo que valgo poco.
5. Me despierto a menudo durante la noche.
6. Pienso muchas veces que dejo en mal lugar a mi madre/ padre
7. Creo que se sufre mucho en la vida.
8. Me siento orgulloso de la mayoría de 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 cuando estoy en el colegio.
18. Estando en el colegio, muchas veces me dan ganas de llorar.
19. A menudo soy incapaz de mostrar lo desgraciado que me siento por dentro.
20. Odio la forma de mi aspecto o de mi comportamiento.
21. La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada.
22. A veces temo que lo que hago pueda molestar o enfadar a mi madre/ padre.
23. Cuando me enfado mucho casi siempre termino llorando.
24. En mi familia todos nos divertimos mucho juntos.
-
25. Me divierto con las cosas que hago.
26. Frecuentemente me siento desgraciado/ triste/ desdichado.
27. Muchas veces me siento solo y como perdido en el colegio.
28. A menudo me odio a mí mismo.
29. Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas.
30. Frecuentemente pienso que merezco ser castigado.
31. A menudo me siento desgraciado por causa de mis tareas escolares.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

32. Cuando alguien se enfada conmigo, yo me enfado con él.



33. Casi siempre la paso bien en el colegio.

34. A veces pienso que no vale la pena vivir en esta vida.

35. La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende.

36. A menudo me avergüenzo de mí mismo.

37. Muchas veces me siento muerto por dentro.

38. A veces estoy preocupado 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 desdichado.

43. Nadie sabe lo desgraciado que me siento por dentro.

44. A veces me pregunto si en el fondo soy una persona muy mala.

45. Estando en el colegio me siento cansado casi todo el tiempo.

46. Creo que los demás me quieren, aunque no lo merezco.

47. A veces sueño que tengo un accidente o me muero.

48. Pienso que es nada malo enfadarse.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

49. Creo que tengo buena presencia y soy atractivo.
50. Algunas veces no sé por qué me dan ganas de llorar.
51. A veces pienso que no soy de utilidad para nadie.
52. Cuando fallo en el colegio pienso que no valgo para nada.
53. A menudo me imagino que hago heridas o que me muero.
54. A veces creo que hago cosas que ponen enfermo a mi madre / padre.
55. Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero.
56. Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche.
-
57. Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer.
58. Creo que mi vida es desgraciada.
59. Cuando estoy fuera de casa me siento como vacío.
60. La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser.
61. A veces me siento mal porque no amo y escucho a mi madre/ padre como se merece.
62. Pienso a menudo que no voy a llegar a ninguna parte.
63. Tengo muchos amigos.
64. Utilizo mi tiempo haciendo con mi padre cosas muy interesantes.
65. Hay mucha gente que se preocupa bastante por mí.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

66. A veces creo que dentro de mí hay dos personas que me empujan en distintas direcciones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

++	Muy de acuerdo
+	De acuerdo
+/-	No estoy seguro
-	En desacuerdo
--	Muy en desacuerdo

Apellidos y nombre
 Curso Edad Sexo (V. o M.) Fecha
 Centro

SEÑALA SOLO UNA RESPUESTA

	++	+	+/-	-	--
1...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	++	+	+/-	-	--
9...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	++	+	+/-	-	--
17...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	++	+	+/-	-	--
25...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	++	+	+/-	-	--
33...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	++	+	+/-	-	--
41...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	++	+	+/-	-	--
49...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	++	+	+/-	-	--
57...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
61...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
63...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
64...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
65...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
66...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PD	
AA	<input type="checkbox"/>
RA	<input type="checkbox"/>
PS	<input type="checkbox"/>
AE	<input type="checkbox"/>
PM	<input type="checkbox"/>
SC	<input type="checkbox"/>
DV	<input type="checkbox"/>
PV	<input type="checkbox"/>
TP	<input type="checkbox"/>
TD	<input type="checkbox"/>

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Teoría de la Organización y Administración
 Teoría de la Organización y Administración - 1.º y 2.º cursos de Grado de Administración y Dirección de Empresas (ADE)
 Teoría de la Organización y Administración - 1.º y 2.º cursos de Grado de Administración y Dirección de Empresas (ADE)
 Teoría de la Organización y Administración - 1.º y 2.º cursos de Grado de Administración y Dirección de Empresas (ADE)
 Teoría de la Organización y Administración - 1.º y 2.º cursos de Grado de Administración y Dirección de Empresas (ADE)
 Teoría de la Organización y Administración - 1.º y 2.º cursos de Grado de Administración y Dirección de Empresas (ADE)