

Curso 1995/96
HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

LIDIA CABRERA PÉREZ

**La depresión infantil en la población escolar
de la isla de Lanzarote**

Director
ÁNGEL AGUIRRE BAZTAN



SOPORTES AUDIOVISUALES E INFORMÁTICOS
Serie Tesis Doctorales

ÍNDICE

	Página
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.....	6
1. Síndrome depresivo	7
1.1. La depresión como trastorno vital.....	7
1.2. Etiopatología de la depresión vital.....	9
1.3. Demarcación histórica del concepto: Melancolía, Acedia y Depresión.....	17
1.4. Dimensión antropológica de la depresión.....	23
2. Concepto diagnóstico de la depresión.....	29
2.1. La depresión como trastorno bipolar: la manía y la depresión.....	29
2.2. Clasificaciones de la depresión.....	32
2.3. Diagnóstico de la depresión.....	43
3. La depresión diferencial.....	55
3.1. La depresión en la infancia.....	56
3.2. La depresión en la adolescencia.....	57
3.3. La depresión en la edad adulta.....	61
3.4. La Depresión en la vejez.....	64
4. Principales modelos en la configuración de la depresión infantil: desarrollo histórico	67
4.1. Enfoque psicodinámico	69
4.2. La depresión infantil enmascarada	73
4.3. La depresión infantil como un desorden clínico	76
4.4. La depresión infantil como aspecto del desarrollo	78
4.5. Posición actual	80

5. Conceptualización de la depresión infantil	81
6. Clasificaciones de las depresiones infantiles	84
6.1. Posición teórica en torno a las clasificaciones de la depresión en la infancia	84
6.2. Clasificaciones de la depresión en la infancia	88
7. Formas clínicas de la depresión infantil	92
7.1. Estados depresivos en lactantes y primera infancia	93
7.2. Estados depresivos en la temprana infancia: edad preescolar	98
7.3. Estados depresivos en los periodos intermedios y final de la infancia: edad escolar	99
8. Factores etiológicos relacionados con la depresión infantil	103
8.1. Depresión endógena	107
8.2. Depresión sintomática	108
8.3. Depresión situacional	110
8.4. Depresión neurótica	121
9. Diagnóstico de la depresión infantil	122
9.1. Criterios diagnósticos para la depresión infantil en la infancia	123
9.2. Instrumentos de diagnóstico para evaluar los correlatos clínico conductuales de la depresión en la infancia	125
9.3. Evaluación globalizada de la depresión en la infancia	135
10. Epidemiología de la depresión infantil	139
10.1. El método epidemiológico	139
10.2. Estudios epidemiológicos en psicopatología: depresión infantil	140
10.3. Resultados de prevalencia e incidencia en epidemiología infantil: otras variables relacionadas	144
III. PARTE EXPERIMENTAL	151
INTRODUCCIÓN	152
PRIMER ESTUDIO: EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN INFANTIL	156

EN LA POBLACIÓN ESCOLAR DE LA ISLA DE LANZAROTE

1. Introducción: objetivos de la investigación	156
2. Demarcación psico-contextual del estudio	157
2.1. Contexto sociocultural y geográfico de la isla de Lanzarote	158
2.2. Cultura infantil: características del grupo poblacional objeto de estudio	162
3. Definición y planteamiento del problema	167
4. Hipótesis	168
5. Definición de "caso" versus "no caso"	171
6. Metodología	173
7. Método	176
7.1. Sujetos	176
7.2. Muestreo	176
7.3. Características de la muestra	177
7.4. Instrumentos utilizados	183
7.5. Procedimiento	187
8. Resultados	189
8.1. Datos marginales	189
8.2. Relación entre las distintas variables y depresión infantil	199
9. Discusión	222
10. Conclusiones	232
 SEGUNDO ESTUDIO: ESTUDIO COMPARATIVO DE CASOS Y CONTROLES: SUJETOS CON SÍNDROME DEPRESIVO Y SUJETOS SIN SÍNDROME DEPRESIVO	 235
1. Introducción	235
2. Planteamiento del problema y objetivos	236
3. Planteamiento de hipótesis	237
4. Metodología	238
5. Diseño	240
6. Método	242
6.1. Sujetos	242
6.2. Características de la muestra	244
6.3. Instrumentos	254

6.4. Procedimiento	258
7. Resultados	259
7.1. Datos marginales	259
7.2. Relación entre las distintas variables y depresión infantil	263
8. Discusión y conclusiones	282
SEGUNDO TERCERO: ESTUDIO ETNOGRÁFICO-CLÍNICO DE LA DEPRESIÓN INFANTIL EN LA ISLA DE LANZAROTE	287
1. Introducción	287
2. Definición del método.....	288
3. Análisis sociocultural de Lanzarote	292
4. Planteamientos generales de la investigación	313
4.1. Objetivos	313
4.2. Diseño de la investigación	314
4.3. Definición de "caso" y "no caso" para esta investigación	317
4.4. Sujetos	318
4.5. Descripción y análisis de las técnicas de recogida de información	319
4.6. Criterios de credibilidad	322
5. Diagnóstico clínico: confirmación del síndrome depresivo	323
5.1. Sujetos	323
5.2. Procedimiento	323
5.3. Diagnóstico	324
6. Descripción y Análisis de los datos: características de los sujetos diagnosticados de depresión mayor en la isla de Lanzarote	330
6.1. Datos obtenidos a partir de las entrevistas con los niños	342
6.2. Datos sobre el comportamiento escolar facilitados por los profesores	350
6.3. Datos obtenidos a partir de las observaciones del investigador	353
7. Interpretación y conclusiones	356
IV. CONCLUSIONES FINALES	151
V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	152

I. INTRODUCCIÓN

El trabajo de investigación que presentamos tiene como objetivo central, el estudio de una patología, generalmente desconocida, *la depresión infantil*. Es, probablemente, por ese desconocimiento, por lo que hemos tenido que escuchar y contestar tantas veces, a lo largo del desarrollo del trabajo, la misma pregunta: ¿hay depresión en la infancia? o ¿los niños también se deprimen?.

No nos sorprende tal desconocimiento, puesto que, en la comunidad científica, hasta hace muy pocos años, se negaba la existencia de la depresión infantil como tal. El reconocimiento de la misma, en este círculo, se sitúa en el año 1971, con la celebración del IV Congreso de la Unión Europea de Paidopsiquiatría, en el cual se reconoce y declara la existencia de la depresión en la infancia.

A partir de ese momento y hasta la actualidad, los altos índices de incidencia hallados en los distintos estudios epidemiológicos que se han ocupado del tema, no sólo avalan su existencia, sino que hacen que aparezca una luz de alarma.

Finalmente, el evidente estado depresivo que, desafortunadamente, a veces tenemos que contemplar en algunos niños, como los que aparecían en el reciente reportaje emitido por televisión española sobre los orfanatos chinos, no nos dejan lugar a la duda. En él pudimos observar cómo las condiciones infrahumanas a las que eran sometidos los bebés, y la carencia total de afecto, conducían a los niños, después de largos períodos de lloros sin ser atendidos, a sumirse en un estado catatónico, en el que prevalecía el mutismo y la mirada ausente, estado reseñado por Spitz y Bowlby para describir lo que ellos denominaron *depresión anaclítica* y *síndrome de hospitalismo*, respectivamente.

Afortunadamente, no son tan graves los cuadros depresivos infantiles que llegan a las consultas clínicas o que hemos constatado en nuestra investigación.

Pero, a veces, el diagnóstico de la depresión también puede ser un problema subjetivo. Al igual que sucede con otras muchas patologías, se suele cometer el error de pensar que cuantos más cuadros clínicos se diagnostiquen más razón de ser tiene la especialidad, apareciendo con ello muchas depresiones donde no las hay. Al ser uno de los síntomas constantes de la depresión, el estado de ánimo triste, hay que diferenciar al respecto, que una cosa es la vivencia y expresión de sentimientos de tristeza, cualidad innata en el ser humano, y que se produce con gran frecuencia en la infancia, y otra muy distinta, la denominada *depresión clínica* a la que aquí hacemos referencia.

Uno de los mayores problemas con que nos encontramos en torno a la existencia de esta tristeza patológica, es que los niños, al contrario que los adultos, no saben expresar esos sentimientos de tristeza, y rara vez se perciben a sí mismos como objeto de diagnóstico y/o tratamiento, por lo que tienen que ser los demás, padres, profesores u otras personas significativas, los que deben detectar a través de sus comportamientos, si han de ser objeto de intervención psicológica. Pero, si bien hay muchos padres y especialistas que ven tristeza en el niño donde no la hay, o interpretan como patológica la tristeza normal a la que antes hacíamos referencia, con mucha frecuencia también nos encontramos con niños patológicamente tristes ignorados por los adultos que los rodean, y que solo los consideran niños serios y callados.

¿Qué sucede con estos niños que viven con estados depresivos sin ser diagnosticados ni tratados?. Cobo (1992) describe la existencia de depresiones que se cronifican en la infancia en estados de permanente tristeza y desesperanza. Según este autor, estos niños pueden vivir el resto de sus vidas como si la tristeza mórbida fuera el estado normal y único de la vida, pero a costa de una vejez psíquica prematura. Es, por ello, por lo que se hace necesaria hoy la intervención.

Pero la intervención no sólo debe estar orientada al diagnóstico y tratamiento sino, sobre todo, a la prevención de una adecuada salud mental, en los mismos términos que estamos acostumbrados a hacer con la salud física y el desarrollo cognitivo y/o intelectual. Para ello, se hace necesario conocer y partir del contexto escolar, familiar y social, por ser los que conforman la totalidad del niño. Si el diagnóstico y la intervención los hiciéramos descontextualizados de esos tres ámbitos, sólo adquiriríamos un conocimiento y tratamiento sesgado y parcial del sujeto.

Sobre todo, hay que tener en cuenta el contexto escolar, por dos razones: después del ámbito familiar es en el que más tiempo permanece el niño, y por otro lado, es el ámbito más idóneo para la prevención (Maganto, 1992). Si tenemos en cuenta que en torno a la escuela se registran índices de hasta un 40 y 50% de fracaso académico, y que ese fracaso muchas veces es generado por los déficits cognitivos que acompañan a la depresión (Frías et al., 1990; Mestre, 1992), el contexto escolar adquiere especial relevancia en la actividad diagnóstica preventiva.

En torno a este planteamiento se inicia el presente trabajo que tiene como objetivo detectar factores de riesgo, y proponer criterios identificativos, que permitan al profesor prevenir y detectar precozmente a niños con presencia de sintomatología depresiva, para que pueda, así, colaborar con los profesionales de la salud en la actuación temprana.

En ese orden, el trabajo se estructura en dos partes, una donde se reelabora un marco teórico de referencia sobre la depresión, y otra donde se describe el desarrollo y resultados de la investigación.

En el marco teórico, a pesar de que está dividido en 10 capítulos, cada uno de ellos referido a un aspecto distinto del síndrome depresivo, se pueden observar dos bloques de conocimiento bien diferenciados. En el primero se expone un modelo de depresión general en el que nos ubicamos para el desarrollo del estudio. Este es el modelo de depresión *tetradimensional* propuesto por Alonso Fernández (1988). En el segundo

bloque se expone, de un modo más amplio, la situación actual en torno a la depresión diferencial en la infancia. A pesar de que nos ubicamos en una perspectiva más evolutiva de la depresión infantil, hemos querido exponer los distintos modelos existentes, no sólo porque en la infancia éstos no gozan de la misma consolidación y ampliación que tienen los de los adultos, sino además, por el deseo de partir de un marco más amplio de reflexión.

En la parte experimental se presentan, a su vez, tres estudios. Con el primero quisimos partir de una identificación y determinación de factores y población de riesgo, tarea facilitada por la realización de un estudio epidemiológico de la depresión escolar infantil. En el segundo nos propusimos analizar la incidencia de algunos factores de riesgo a través de la comparación de dos grupos extremos, un grupo con presencia de sintomatología depresiva, y otro sin presencia de dichos síntomas. Finalmente, en el tercer estudio, se abordó la tarea de realizar diagnósticos más amplios, a través del método clínico etnográfico, para concluir con una interpretación del síndrome depresivo desde la cultura específica en la que se enmarca la población objeto de estudio.

La conjunción de distintas metodologías obedece al deseo de abordar el problema en toda su dimensionalidad y de un modo interdisciplinar. Con el estudio epidemiológico pudimos verificar la existencia de síndromes depresivos en la población escolar, y la vinculación de éstos a los trastornos escolares. Con la etnografía, al permitirnos, ésta, observar al sujeto en su totalidad y en su realidad contextual y cultural, pudimos reconfirmar la existencia del síndrome y además, redefinir un cuadro sintomatológico específico de la depresión infantil en la isla de Lanzarote.

II. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

1. EL SÍNDROME DEPRESIVO

1.1. La depresión como trastorno vital

Actualmente la depresión constituye uno de los principales problemas sanitarios, por razones cuantitativas, según los datos epidemiológicos, y por razones cualitativas, ya que esta afección ocasiona sufrimientos individuales y comunitarios considerables.

Psicopatológicamente, la depresión hace honor a su nombre, derivado de *depressio*, palabra latina que significa "abatimiento, descenso, concavidad", traduciéndose por un abatimiento de la vitalidad, psíquico y físico, que se extiende al estado de ánimo, a la impulsividad, a la sociabilidad y a la regulación de los ritmos, las cuatro dimensiones o parámetros de la estructura clínica de la depresión.

Antes de seguir avanzando en el concepto hemos de distinguir la depresión como dolencia clínica o enfermedad de la depresión, como expresión empleada para referirse a sentimientos de tristeza e infelicidad. La tristeza es un sentimiento displacentero motivado por alguna adversidad de la vida, concreta y definida, y que todo el mundo ha experimentado alguna vez; en cambio, el sufrimiento del enfermo depresivo, dice Alonso Fernández (1988:1), "es profundo y difuso, se infiltra en la mayor parte de los procesos psíquicos y corporales y suele asociarse con otros signos y síntomas que reflejan la falta de impulso, la pérdida de la comunicación y la irregularidad imperante de los ritmos biopsíquicos". Por ello, identificar un estado de tristeza o infelicidad con depresión es una trivialización fruto del desconocimiento.

Cuando hablamos de las cuatro dimensiones de la estructura de la depresión, estamos aludiendo a un concepto relativamente novedoso, propuesto por Alonso Fernández (1988) y que él denomina "modelo tetradimensional". Este modelo trata de interpretar la enfermedad depresiva como algo más que un "problema afectivo", tal como viene tratado en el DSM-III-R para convertirse en un "trastorno de la vitalidad" total del sujeto en un entramado que comprende un doble carácter, psicomorfo y somatomorfo¹.

El hecho de que se haya reducido la depresión en el DSM-III-R a un trastorno afectivo, representado éste por vivencias afectivas, intelectuales y volitivas, ha sido un error producto de la separación que reina entre las distintas perspectivas o escuelas.

1.1.1. Desarrollo del modelo tetradimensional

Este modelo, propuesto por Alonso Fernández (1988), parte del análisis de la depresión a través del método fenomenológico-estructural. Al tratarse el cuadro clínico como una totalidad se observó la existencia de cuatro factores o dimensiones fundamentales:

- a) Estado de ánimo depresivo.
- b) Anergia o vaciamiento de impulsos.
- c) Discomunicación o trastorno de la sintonización.
- d) Ritmopatía o disregulación de los ritmos.

¹Este concepto de "Depresión Vital" se remonta a Kurt Schneider (1920) que analiza el cuadro depresivo a la luz de la teoría estratificada de Max Scheler, en la que distingue cuatro tipos de sentimientos: sensoriales, vitales, psíquicos y espirituales. Kurt Schneider, conceptúa entonces la depresión endógena, como un trastorno primario de la capa de los sentimientos vitales y nombra al trastorno depresivo unas veces como "depresión vital" y otras como "tristeza vital". Este término, sin embargo, fue desvirtuado al ser confundido con el sentimiento de tristeza producido por los acontecimientos desagradables de la vida. Más tarde Weitbrecht no sólo confirma el punto de vista de Schneider, sino que defiende la existencia de casos de depresión vitalizada producidos, según él, por un mecanismo de vitalización (*vitalisierung*), que consiste en la transformación de un sentimiento psíquico en un sentimiento vital. En esta transformación el cuadro clínico se aproxima al tipo endógeno y se acompaña cada vez más de síntomas corporales (Cfr. Alonso Fernández, 1988).

Cada una de estas dimensiones puede obedecer, sin embargo, a un trastorno básico distinto, a la vez que cada una de ellas está integrada por una combinación específica de síntomas psíquicos y corporales. Ellas representarían, a su vez, la estructura de la vitalidad humana: el estado de ánimo o humor, la impulsividad, la sintonización o comunicación y los ritmos. Al componer las cuatro dimensiones una estructura, si una se desequilibra lo suficiente, tiende a arrastrar a las demás, por lo que la alteración de una de ellas puede ser suficiente para concluir en un cuadro depresivo. Por esa misma razón, las cuatro dimensiones comparten los factores etiológicos y sintomatológicos.

En los modelos tradicionales de depresión los síntomas se suelen agrupar alrededor de dos dimensiones básicas, humor depresivo e inhibición psicomotora. Con esta clasificación se dejan fuera muchos de ellos, que pasan a formar la categoría "otros". En esta nueva clasificación, sin embargo, se pudo comprobar que permitía agruparlos todos. El modelo tetradimensional pues, propone, como alternativa a los anteriores, que la depresión, además de extenderse por una dimensión de afectividad vital o anímica, lo hace por otras tres, la impulsividad, la sociabilidad o sintonía y la ritmicidad, manifestándose todas con síntomas psíquicos y corporales.

Sintetizando, entendemos la depresión desde esta perspectiva como un trastorno psicofísico en el que el cuadro clínico comprende rasgos psicopatológicos y alteraciones corporales, en torno a cuatro dimensiones que representan una totalidad en el ser humano, convirtiéndose entonces, no en un sentimiento afectivo, sino en un sentimiento vital o "trastorno vital".

1.2. Etiopatología de la depresión vital

Esta depresión vital viene determinada por diversos factores causales, como corresponde al condicionamiento nosográfico de un síndrome. El síndrome depresivo vital se sistematiza en cuatro entidades nosológicas:

- a) Depresión genética, representada por componentes hereditarios.
- b) Depresión somatogena como producto de afecciones corporales, medicamentos y drogas.
- c) Depresión psicogena como producto de un carácter neurótico.
- d) Depresión sociogena, como reacción a situaciones ambientales perturbadoras.

Alonso Fernández (1988), propulsor de este modelo, prefiere denominarlas respectivamente así: *depresión endógena*, *depresión sintomática*, *depresión neurótica* y *depresión situacional*. Veamos unas breves referencias sobre cómo se configura cada una de ellas.

1.2.1. La Depresión Endógena

La etiología de depresión endógena corresponde a un tipo de depresión determinada genéticamente, es decir, hereditaria. Los marcadores biológicos genéticos que se conocen son de ligazón cromosómica y de vulnerabilidad genética. Estos últimos se caracterizan por anomalías hereditarias (hiperfunción colinérgica), mientras que los marcadores cromosómicos se asocian a un sector del "cromosoma X" y al "cromosoma 6". Habitualmente se acompaña de presencia de familiares con este trastorno y en general de una sobrecarga familiar depresiva.

Alonso Fernández (1988) califica a la depresión endógena como el cuadro depresivo habitualmente más intenso y completo que se caracteriza por:

- Antecedentes personales de episodio hipertímico.
- La característica principal es un temperamento ciclotímico, que suele presentar oscilaciones en la escala de la tristeza-euforia, hundimiento-exaltación, y una alta capacidad de sintonización con las demás personas.
- Presencia de melancolía, entendida ésta como un cuadro depresivo intenso, adscrito a las psicosis maniaco-depresiva.

- Se encuentra implícita en distintas modalidades de depresión con términos muy dispares: depresión endogenomórfica, depresión vital, depresión mayor, depresión psicótica congruente, depresión autónoma y melancolía.
- Se desarrolla desde dentro de la persona.

La delimitación del cuadro clínico de la depresión endógena ha sido muy discutido históricamente, generándose en torno a él dos perspectivas: la de considerarlo simplemente como la forma más severa de este síndrome y que suele requerir hospitalización (Lewis, 1938), y la de presentarlo como un cuadro depresivo cualitativamente distinto de los demás, al estar caracterizado por síntomas específicos (Guillespie, 1929). En torno a ellas, los síntomas son descritos por distintos autores de forma desigual (Kendell, 1976; Nelson y Charney, 1981; Andreasen , 1982). Tomando como referencia las cuatro dimensiones del modelo tetradimensional de Alonso Fernández (1988), los síntomas se distribuyen así:

- *Dimensión I:* dolor moral o sufrimiento por vivir, acompañado de tendencias suicidas; hipocondría acompañada de trastornos corporales difusos; sentimientos de culpa con la desesperanza.
- *Dimensión II:* aburrimiento y/o desgana, asociado con la sensación de no tener sentimientos; disminución de la actividad psicomotora habitual con agotamiento o cansancio precoz.
- *Dimensión III:* reducción del lenguaje hablado con sensaciones de recelo y desconfianza; falta de reactividad a los estímulos agradables, acompañada de sensaciones de soledad.
- *Dimensión IV:* insomnio medio, acompañado de empeoramiento por las mañanas; despertar precoz o insomnio terminal, acompañado de pérdida de apetito-peso.

En cuanto al diagnóstico, los datos familiares y de la personalidad previa poseen un gran valor para identificar la depresión endógena. En la

psiquiatría anglosajona existen distintos criterios diagnósticos para la depresión endógena, entre los que cabría destacar los siguientes.

1. *Research Diagnostic Criteria* (RDC). Propuesta por Spitzer (1975). Aquí se manejan diez síntomas depresivos para el diagnóstico de la depresión endógena y las valoraciones se distribuyen en tres niveles: depresión endógena definida, depresión endógena probable y depresión no endógena.
2. Asociación Psiquiátrica Norteamericana (DSM-III-R). En este sistema la Depresión Mayor se subdivide en depresión delirante y melancolía (ésta reemplaza la denominación de depresión endógena). Permite sólo dos niveles diagnósticos: melancolía o no melancolía. El DSM-III-R reconoce, además, dos trastornos: el bipolar y el ciclotímico, cuya adscripción a la depresión endógena no se discute.
3. Los criterios de Feinberg y Carroll (1982). Fueron construidos a partir de la escala de Hamilton, con la finalidad de separar la depresión unipolar endógena de la no endógena. Se apoyan, asimismo, en el "test Dexa" de supresión de la dexametasona. Carroll et al. (1980), sostienen que casi el 50% de los depresivos endógenos pueden ser identificados por el test de supresión de la dexametasona.
4. La escala de Newcastle. Se compone de diez ítems que intentan detectar la depresión no endógena.

1.2.2. La Depresión Sintomática

Son depresiones originadas por trastornos del organismo, bien producidos por una enfermedad orgánica o física o por la administración de algún medicamento o droga. Este tipo de depresión es el que se relaciona con la drogodependencia y la alcoholdependencia.

La depresión sintomática se divide en:

- *Depresiones somáticas*: producidas por enfermedades físicas extracerebrales (cardiopatías, endocrinopatías, metabolopatías, etc.).
- *Depresiones orgánicas*: determinadas por una enfermedad física cerebral (tumor cerebral, afección vasculocerebral, traumatismo craneoencefálico, etc.).
- *Depresiones farmacógenas*: causadas por la administración de algún fármaco o droga.

La depresión farmacógena es generada por diversos agentes etiológicos, procedentes del campo médico o de las sustancias dependígenas o drogas. En la mayor parte de ellas, el efecto depresivo proviene de la interferencia causada por dichas sustancias en el metabolismo de los neurotransmisores en el cerebro, particularmente la noradrenalina. La relación causal es difícil de establecer, por ello, la utilización prolongada las convierte en factores de riesgo de contraer depresión. En cuanto a la depresión somática general y cerebroorgánica, los enfermos más propensos a padecerla son los que sufren enfermedades graves en sentido médico, y los que tienen antecedentes de depresión. Las enfermedades físicas, donde la capacidad depresógena se encuentra debidamente contrastada, son: procesos renales avanzados sometidos a diálisis; período inmediato al postinfarto de miocardio; en cirugía coronaria; el cáncer u otros procesos malignos; ciertas enfermedades endocrinas, metabólicas y neurológicas; SIDA; etc. Además, la demencia de Alzheimer y la enfermedad de Huntington son anunciadas a menudo por un cuadro depresivo.

Este tipo de depresión suele plantear problemas diagnósticos, puesto que el cuadro depresivo puede aparecer como consecuencia de otros factores psicosociales asociados a la enfermedad como: pérdida de independencia personal, sometimiento a normas hospitalarias, temor a perder el empleo; sufrimientos, temores y frustraciones que integran la vivencia de la enfermedad, acompañada de un estrés psicológico, etc. Por ello, resulta difícil comprobar la existencia de un factor de causalidad real que parta de la enfermedad física cerebral o extracerebral o del agente químico para originar la depresión (Alonso Fernández, 1988). Las dudas

apuntan a si se trata de una depresión sintomática auténtica o de una depresión que coexiste con ciertos trastornos del organismo.

El cuadro clínico se agrupa en tres psicósíndromes:

- El *psicósíndrome de transición*: sin trastorno de la conciencia, que puede ser puro o asociado a trastornos psicomotores, alucinatorios o amnésicos, sensación de debilidad y falta de energía vital.
- El *psicósíndrome con alteración de la conciencia*: la clásica psicosis exógena aguda.
- El *psicósíndrome exógeno* (somático) y orgánico, con obnubilación de la conciencia en el primer caso, y el deterioro de la inteligencia en el segundo.

1.2.3. La Depresión Situacional

Incluimos en esta categoría aquellas depresiones determinadas primordialmente por circunstancias psicosociales conflictivas o traumatizantes, aunque su agente determinante no consiste en esa vivencia aguda y aislada, sino en la situación prolongada de la misma. Dado que también una situación traumatizante puede determinar un cuadro de depresión endógena, la depresión situacional sólo puede diagnosticarse después de haber excluido la posible existencia de aquélla.

Las situaciones depresógenas más determinantes suelen ser: pérdidas significativas de tipo afectivo o relacional, que inciden sobre el estado de ánimo; sobrecargas emocionales producidas por grandes tensiones emocionales o estrés acumulado, que afectan al caudal de las energías e impulsos, con un hundimiento general; el aislamiento o la inactividad generada después de la liberación de una situación opresora o de la descarga de una preocupación, que incide sobre la regulación de los ritmos; y las situaciones de desarraigo producidas por cambios bruscos como mudanzas, cambios de trabajo, emigración, etc., no asimilados por el sujeto, que se manifiestan con crisis y rupturas del ritmo habitual de la vida. Además, pueden intervenir como agentes provocadores ciertos

acontecimientos de la vida, o ciertas características o circunstancias familiares.

Los "acontecimientos vitales" y las "pérdidas" son consideradas como los causantes principales de la depresión situacional. Los acontecimientos vitales constituyen una incidencia aguda e intensa, que opera a modo de estímulo y tiene un origen externo al sujeto, con lo cual éste se remite a recibir el acontecimiento pasivamente.

Estas situaciones suelen identificarse con el área de las relaciones sociales, al modo de agentes estresantes sociales (Alonso Fernández, 1988). Existe la evidencia de que el número y la intensidad de los acontecimientos vitales estresantes se relacionan positivamente con la incidencia de cuadros depresivos (Ilfeld, 1977). La explicación de por qué los mismos acontecimientos no producen siempre depresión, reside en el hecho de que algunas personas son portadoras de una vulnerabilidad para la depresión que puede ser precipitada por un acontecimiento vital (Clayton, 1986). Es la interacción que se produce entre el sujeto y el acontecimiento vital lo que se considera situación depresógena y no al acontecimiento por sí solo.

La depresión situacional no se puede conceptualizar como reactiva ya que implica modificaciones conceptuales significativas como: las de poseer una etiología estructurada en forma de una situación; la de no dejarse catalogar como una reacción, ya que no cumple las condiciones propias de una reacción vivencial; para obtener su remisión clínica no resulta casi nunca suficiente la supresión de la situación depresógena y la de implicar ciertas alteraciones biológicas neuroquímicas, acompañadas de una alta sensibilidad a los fármacos antidepresivos. Por eso, para algunos, en el diagnóstico de depresión endógena es prioritario excluir el de depresión situacional. El agente etiológico primordial de la depresión situacional, es aceptado como la situación conflictiva yo-mundo.

Los cuadros clínicos de la depresión situacional no suelen ser tan completos ni acentuados como los de la depresión endógena. Aquí se

incluyen la mayor parte de los cuadros depresivos primarios unipolares no endógenos.

1.2.4. La Depresión neurótica

Con ella nos referimos a los trastornos "neuróticos" de la personalidad predepresiva. El tipo de personalidad más propenso es la inseguro-anancástica, puntual, pulcra y puritana, con una fuerte carga de autoexigencias y un gran sentido de responsabilidad, hipervigilancia de la conciencia moral, la escrupulosidad, la seriedad desmedida, el perfeccionismo, el exagerado afán de orden, la desmedida autoexigencia con relación al trabajo y a los rendimientos y una notable tendencia a la responsabilización, con una falta de medida en la valoración de lo pequeño y de lo fútil. En cuanto a las relaciones humanas, mantienen lazos de fidelidad tanto con las amistades como con la familia (Alonso Fernández, 1988). La depresión se produce cuando se rompe ese orden del sujeto por circunstancias vitales externas.

Cuando hablamos de depresión neurótica nos referimos a aquel grupo de depresiones en cuya determinación han tomado un papel primordial los factores neuróticos. Serían depresiones secundarias a una neurosis. Pero se debe enlazar con una modalidad de personalidad comúnmente descrita como personalidad neurótica. Las definiciones que se han dado sobre neurosis sostienen, por un lado, que éstas son el resultado de la incapacidad para resolver adecuadamente los conflictos que existen en el psiquismo. Por otro, que son consecuencias del fracaso del "yo" en la labor de integrar los impulsos instintivos del "ello", junto a las exigencias normativas y prohibitivas del "superyo" y las presiones de la realidad externa.

El cuadro de la depresión neurótica no suele ser ni muy intenso ni muy amplio. Se acompaña de síntomas neuróticos, sobre todo de elementos relacionados con sentimientos tímicos (miedo, temor, inseguridad, angustia y ansiedad), de autosubestimación de la personalidad y de algunas producciones fóbicas.

Este cuadro depresivo viene desencadenado por una situación de frustración, sufrimiento o decepción, muchas veces determinadas por la evolución infantil, que convierte estas situaciones en patógenas. Ante las situaciones desagradables, el yo intenta defenderse de los impulsos amenazadores, pero aparece la represión y, por ella, los síntomas.

Existe una tendencia general en presentar la depresión neurótica como el contrapunto de la psicótica o con síntomas psicóticos, pero existen, sin embargo, opiniones enfrentadas al respecto.

En cuanto a los sentimientos tímicos, vemos cómo en la angustia neurótica prevalecen las notas psíquicas sobre las corporales, y se imponen sensaciones de inquietud, sobresalto y falta de aire, admitiéndose que la angustia ha tomado una forma especial, la ansiedad. No debemos emparejar nunca depresión y ansiedad. En la escala tímica podemos encontrar: miedo, temor, terror, pánico, inseguridad, angustia, ansiedad. Derivaciones de este estado serían: neurosis de ansiedad, neurosis fóbica y neurosis obsesivo compulsivas.

Desde el punto de vista sintomatológico la depresión neurótica es la más peculiar. Lo más característico es la ansiedad, la despersonalización, hipocondría, desrealización y otros elementos neuróticos. Raramente se presentan tendencias suicidas e indicadores biológicos. Hay autores que definen este modelo de depresión como un modelo integrador de depresión y ansiedad. En general, tanto desde el plano semiológico como terapéutico, es una depresión muy peculiar.

1.3. Demarcación histórica del concepto: Melancolía, Acedia y Depresión

Los trastornos depresivos no sólo son las alteraciones psicopatológicas más frecuentes sino también las más antiguas. Sus orígenes conceptuales se remontan hacia el S.VII A.C. con los escritores

hipocráticos que acuñan el término de melancolía, constituyendo el principal testimonio de los orígenes de la medicina occidental. A lo largo de los siglos, sin embargo, han ido cambiando tanto la descripción clínica, como los esquemas etiológicos y las formas de tratamiento.

A grandes rasgos, la historia terminológica conceptual de la depresión está jalonada, fundamentalmente, por tres vocablos: *melancolía*, *acedia* y *depresión*. Veamos como se han ido generando las distintas teorías explicativas a lo largo de la historia, y las denominaciones que a la vez han surgido para designar el hoy llamado "síndrome depresivo".

1.3.1. La melancolía en la época clásica

La historia de la depresión es la historia de la melancolía (Jackson, 1989). Esta aparece como enfermedad normal en la Grecia y la Roma clásicas, que hablan de tres tipos de locura al referirse a los trastornos mentales: frenitis, melancolía y manía.

Los escritores hipocráticos se basan en la *teoría de los humores*, que más tarde desarrollaría Galeno para explicar la enfermedad. Esta teoría parte de los cuatro humores corporales: sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema. Un desequilibrio, por exceso o por defecto, de alguno de los humores produciría desorden mental. Desde Hipócrates, se pensó que el exceso de bilis negra era la que producía la melancolía. Desde esta época, todos los escritos llegados de Grecia y Roma (Aristóteles, Celso, Sorano de Efeso, Rufo de Efeso, Areteo de Capadocia, etc.) compartían la Teoría humoral e incluso algunos de ellos hacen conexiones entre la melancolía y la manía.

1.3.2. Edad Media

En esta época, no cambiaron súbitamente las ideas en torno a la depresión (Aguirre, 1989). Aportaciones médicas importantes fueron las

de Oribasio de Pérgamo (324-403), Pablo de Egina (625-605), Constantino Africano (1020-1087) etc. y autores de la medicina árabe como Avicena (980-1037) e Ishaq Ibn Imram, de gran trascendencia en la historia del pensamiento médico medieval. Todos eran portadores del pensamiento galénico, sosteniendo que el factor causal principal de la melancolía era el exceso de la bilis negra.

Avanzada la Edad Media, época de prevalencia de interpretaciones demonológicas de la enfermedad mental, se muestra el estado depresivo - la melancolía - como consecuencia y casi como castigo de una existencia culpable, y empezó a utilizarse el término *acedia* (*accedia*, *acedia*, *acidia*) para denominar el trastorno.

En un principio se asociaba la *acedia* con la aflicción y la tristeza, y al hablar de ella se la denominaba como el "pecado de la negligencia o de la pereza", pero otras veces se refería a ella haciendo alusión a la desesperación. A finales de la edad media se la asocia con las luchas de los anacoretas contra el aislamiento y las tentaciones carnales. Se pensaba que estas luchas o tentaciones se producían por una excesiva atención a los asuntos terrenos mientras se afanaban en alcanzar la perfección espiritual y la unidad en el Señor. En este contexto la *acedia* simbolizaba al "demonio" que venía desde fuera para tentar, interfiriendo la paz interior del asceta (San Isidoro, S.VII y Casiano en el libro X de las Instituciones de los Cenobios).

Con el florecimiento del escolasticismo, y su análisis sobre la fe, cambió un poco el concepto de *acedia* y, si bien continuaba siendo considerada como un pecado, se empezó a tratarla desde la fisiología y a relacionarla con los temperamentos personales.

1.3.3. La melancolía en el Renacimiento

A pesar de las grandes contribuciones de esta época (tanto humanísticas como científicas y artísticas, fruto de un pensamiento más

secularizado) la orientación galénica siguió prevaleciendo durante todo el S.XVI. Sin embargo, a medida que iba pasando el tiempo, se veía cómo declinaba lentamente, iniciándose frecuentes conatos de crítica sobre las posturas que imperaban en el medievo.

Entre los autores más destacados cabe señalar a Paracelso, Timothie Bright, André Du Laurens, Robert Burton (1948), etc. El "Tratado sobre la melancolía" de Timothy Bright (1586), y el médico español Francisco Vallés (1524-1592), son los primeros que rechazarían el concepto demoníaco de la enfermedad, y algunos también la teoría humoral (Cfr. Jackson, 1989).

Estas críticas se convierten en sistemáticas en el Barroco. El testimonio más interesante de esta época corresponde a un ilustre enfermo, el clérigo y filósofo inglés Robert Burton (1948), con su libro "The anatomy of Melancholy". Para explicar la patogénesis de la enfermedad suscribía a veces la teoría humoral, manteniendo una etiología multifactorial para la melancolía. Entre las causas generales contemplaba las sobrenaturales (Dios, demonios y brujos), las congénitas (hereditarias y vejez), las externas (educación, pobreza, terrores y miedos, muerte de amigos) y las internas (por enfermedades anteriores, o destemplado de partes concretas como corazón, hígado, etc.).

1.3.4. La melancolía en los Siglos XVII y XVIII

En este siglo la teoría de los humores se reemplaza definitivamente por explicaciones médico-químicas. Richard Napier, contemporáneo de Burton, decía que los sentimientos experimentados por los melancólicos eran normales y que lo anormal era la intensidad con que se presentaban (Cfr. Jackson, 1989).

En el siglo XVIII empiezan a utilizarse las explicaciones químicas y surgen otras explicaciones mecanicistas. El término "depresión" es mencionado por vez primera en los escritos sobre melancolía, y lo hace

Samuel Johnson (1709-1748), describiendo su propio estado de aflicción. Habla de estar "bajo una depresión mental que encadena las facultades sin destruirlas, y deja a la razón el conocimiento del bien sin la capacidad para seguirlo" (Jackson, 1989: 138).

1.3.5. La melancolía en el S. XIX

Fueron muchas las explicaciones teóricas surgidas en este siglo, prestándose cada vez más atención al curso del desorden. La figura más representativa a finales del XVIII fue Pinel (1745-1826). En su "Tratado médico-filosófico sobre la alienación mental", afirma que la melancolía consiste en un juicio falso que el enfermo se forma acerca del estado de su cuerpo que él cree un peligro por causas nimias, temiendo que sus intereses le salgan mal. Divide los desórdenes mentales en: mania-melancholia-dementia-idiotismo. Los autores más destacados de la historia nosológica de la melancolía son: Kraepelin, Esquirol, Griesinger y Falret, junto a otros como Rush (que diferencia la hipocondría de la melancolía llamándolas tristimania y amenomanía), Maudsley; Von Krafft-Ebing y Mercier.

A finales de siglo, empezó a emerger un concepto de desorden afectivo que era similar al que prevalece en la actualidad. Los escritos de Jean Pierre Falret y Baillarger empezaron a hablar de "folie a double forme" y de "folie circulaire" para describir un desorden que era normalmente grave y que podía adoptar un carácter bipolar (Andreasen, 1982). Posteriormente Kraepelin (1896), siguiendo las observaciones clínicas de los psiquiatras franceses, enunció el concepto de locura maniaco-depresiva como entidad nosológica independiente.

1.3.6. Melancolía y Depresión en el Siglo XX

Los trabajos más representativos a principios del S. XX fueron los de Emil Kraepelin (1856-1926), que se convirtió en una figura clave hasta mediados del S. XX.

Kraepelin (1896) clasifica los estados melancólicos de manera muy semejante a la de sus contemporáneos. Por vez primera se da importancia al término depresión, conservando el de melancolía para designar desórdenes en la senectud. Reconoce que numerosos pacientes deprimidos tendían a fluctuar hacia la manía y, en consecuencia, unificó manía y depresión en un único desorden. Sustituye las *psicosis periódicas* por *psicosis maniaco-depresivas* para referirse a un grupo en que incluía estados maníacos, estados depresivos, y estados mixtos. Atribuye un carácter hereditario a la enfermedad, como factor etiológico más destacado.

Otro autor representativo de la época es Adolf Meyer (1895-1940) que da importancia, sobre todo, a la historia de la vida de la persona, y concibe los desórdenes psiquiátricos como reacciones de maladaptación y dependientes de la constitución y la experiencia vivida. Los de Henderson (1884-1965) y Gillespie (1897-1945) que clasifican los desórdenes depresivos en dos subcategorías principales (Cfr. Jackson, 1989): psicosis maniaco-depresiva y melancolía involutiva. Estos, además, mencionan otras formas más leves de depresión, que con frecuencia se presentan "enmascaradas". Coinciden con Kraepelin en que la predisposición hereditaria es el factor etiológico más importante, añadiendo que "cuando los desórdenes maniaco-depresivos surgen de la nada, sin ningún factor de precipitación definido, se denominan constitucionales o endógenos. En otros casos, no obstante, en los que parece haber existido algún factor precipitante más o menos adecuado, tanto físico como psíquico, hablamos de excitaciones o depresiones reactivas" (Jackson, 1989:192).

Gillespie (1929) clasifica al trastorno depresivo en: depresiones reactivas y depresiones autónomas (endógenas).

En 1950, Kurt Schneider, considerando que sólo una minoría de casos merecía realmente el calificativo de maniaco-depresivo, propone el término de "psicosis ciclotímicas", término que tiene una gran aceptación. Finalmente, la innovación terminológica de "psicosis fasotímica" propuesta por Alonso Fernández (1976), permite recoger en el mismo vocablo las dos características básicas: la distimia vital, triste o eufórica, y el curso fásico.

A lo largo de todo este período, surgieron otras discusiones en torno a una serie de dicotomías propuestas para clasificar los desórdenes melancólicos y depresivos. Las distintas propuestas hacen referencia a: endógeno-exógeno, endógeno-neurótico/psicótico-exógeno, primarias-secundarias, unipolar-bipolar, etc., debate que aún no está del todo resuelto.

Otra contribución importante de este siglo, en torno a los trastornos afectivos en general, y que no debemos pasar por alto, es la de Sigmund Freud (1917) y sus colegas psicoanalistas. Freud en su obra "Aflicción y melancolía", utiliza el término melancolía para referirse al cuadro clínico atribuido actualmente a la depresión.

Finalmente Melania Klein (1882-1960), apuntó una serie de posiciones básicas como fases del desarrollo normal. Dice que el niño en la segunda mitad del primer año, pasa por una *posición depresiva* en la que experimenta sentimientos depresivos que alcanzan su clímax justo antes, durante y después del destete. Según la autora ésta sería una melancolía "in statu nascendi".

1.4. Dimensión antropológica de la depresión

Como hemos visto, la utilización del término "depresión" para designar algunos trastornos afectivos, es relativamente reciente en la literatura psiquiátrica, aunque no significa ello, ni el hecho de que se

presente actualmente con mayor frecuencia que en tiempos pasados, que sea ésta una enfermedad de nuestra generación.

Tal y como hemos podido observar en el capítulo anterior, han sido distintas las explicaciones dadas a través de la historia en torno a la enfermedad depresiva. Alrededor del pensamiento griego se articula una dimensión *cosmológica*, en el medieval una dimensión *teológica*, acentuándose en la modernidad una perspectiva *logológica* de la depresión, al otorgarle una etiología mental y definirla como una enfermedad del pensamiento humano (Aguirre, 1994). Este autor dice así:

"Melancolía, Acedia y depresión son tres términos que esconden un planteamiento filosófico profundo. En efecto, tres conceptos básicos han definido la metafísica occidental: Naturaleza, Dios, Hombre. Como hemos dicho, el mundo griego fue *cosmológico*: la "physis" explicaba a los dioses y a los hombres; pero el mundo contemporáneo ha sido *logológico*: es el hombre el que explica a la naturaleza y a los dioses. La variación de este triángulo conceptual ha explicado, también, el discurso hipocrático-galénico de la teoría humoral (enfermedad "natural"), el discurso teológico-medieval (enfermedad "demoníaca") y el discurso logológico-contemporáneo (enfermedad "mental"). Así, el "homo depressivus" obtiene una referencia conceptual en el viejo discurso epistemológico de la metafísica que ha de ser, actualmente, reelaborado desde la antropología" (1994: 86).

La actual aceptación de la vinculación entre depresión y cultura nos obliga a plantearnos la dimensión antropológica de la depresión. Como dice Ballus Pascual (1989: 9), "si un trastorno humano merece ser calificado de antropológico aquél es la depresión". Por lo que al describir el hecho depresivo, Polaino Lorente (1989: 49) dice que "es la consecuencia de una descripción/interpretación/explicación muy permeable a la acción de determinados factores socioculturales que, en mayor o menor medida, condicionan también la naturaleza misma de la experiencia depresiva", pues, según él, la conceptualización de la

depresión no puede realizarse sin hacer referencia a un marco cultural determinado.

Por otro lado, investigaciones transculturales han comparado aspectos diferenciales de este hecho en conexión con marcos culturales específicos y los aspectos discriminantes han sido relevantes. Así, por ejemplo, en Senegal son muy frecuentes los cuadros paranoicos y los síntomas somáticos, mientras que en Sudán son más relevantes los sentimientos de vergüenza y culpa (Singer, 1975).

Ante estos hallazgos, parece ser que la enfermedad depresiva se ve determinada por el contexto cultural en el que se produce. Efectivamente, ésta juega un papel importante porque la cultura es, ante todo, un sistema de conocimiento que da sentido a nuestro comportamiento vital. Por eso, tanto el cuadro etiológico como sintomatológico hemos de hacerlo desde una contextualización socio-cultural para comprenderlo. Desde la pluralidad cultural es desde dónde podemos explicar la diversidad de formas sintomáticas, a través de las cuales se ha manifestado y manifiesta el hecho depresivo y, es a través del estudio de esa diversidad de formas, desde donde se han podido obtener profundas visiones humanas que hubieran sido difícilmente alcanzables por otras vías. Veamos cuáles han sido las distintas interpretaciones hechas en torno a la depresión desde este análisis antropológico.

Ya desde principios de siglo, se planteó la cuestión de las relaciones que podían existir entre cultura y depresión. Así, Kraepelin, se ocupó de esclarecer la existencia de síndromes depresivos circunscritos y específicamente limitados a determinadas culturas. Kraepelin opinaba que la depresión es un hecho universal, puesto que aparece tanto en la cultura oriental como en la occidental. Sin embargo, sus investigaciones constataron la existencia de diferencias sintomatológicas, en la incidencia y en las formas clínicas en que la depresión se manifestaba. Engelsmann (1982), más tarde, llegaría a las mismas conclusiones. Actualmente se siguen sosteniendo las mismas hipótesis. Así, Polaino Lorente (1989) sostiene que las alteraciones psicopatológicas son fenómenos universales,

pero que a la vez son también fenómenos abiertos y enraizados en lo cultural y de ahí, que haya variables contextuales, de tipo sociocultural, que realizan una función moduladora sobre las manifestaciones sintomáticas, atribucionales y cognitivas de estas alteraciones, lo que modifica la naturaleza misma de tales alteraciones psicopatológicas.

Los intentos de definir la depresión desde la cultura, toman cuerpo hacia 1920, con las escuelas de "cultura y personalidad" y "metacultura" (Badillo, 1988), explicando que la depresión supone una quiebra del orden vital desde la ruptura de la textura cultural o deculturación .

Toda enfermedad supone una ruptura del orden (Aguirre, 1989): cuando una parte del cuerpo enferma, es todo el cuerpo el que no funciona y cuando una persona enferma, el cosmos de la comunidad a la que pertenece, queda alterado. De ahí que sean los objetivos de la etnomedicina (Mandianes, 1987: 48) "la restauración del orden de la persona y la comunidad y no tanto la curación".

En conclusión, y como dice Alonso Fernández (1988), el "Homo depressivus" es esencialmente un hombre pático y mortal, por la realidad del sufrimiento y la imagen de la muerte, pues, según él, en la depresión se sufre en todas las partes del ser, simplemente por vivir. Este sufrimiento se ve acentuado por un sentimiento inmotivado o injustificado e irreversible, hecho por el que los depresivos creen que su sufrimiento no tiene remedio, circunstancia que genera en ellos el deseo de morir (Alonso Fernández, 1988).

Por otro lado, la diferente aparición sintomática de la depresión en las diversas culturas nos impone un análisis transcultural cuyo método nos permite encontrar las variantes que se presentan en los distintos cuadros psicopatológicos, impuestas por los factores culturales. Aguirre (1994), al hacer un análisis de las posturas alternativas de universalistas y relativistas, constata la universalidad del hecho depresivo y apunta la posibilidad de que haya síndromes depresivos circunscritos a determinadas formas culturales. A partir de ello, él plantea dos hipótesis: que es posible un

análisis comparativo intercultural (transcultural sincrónico) entre las diversas formas de manifestarse el hecho universal de la depresión, y, que es posible un análisis comparativo diacultural (transcultural diacrónico) entre las formas de depresión más primitivas (estudiadas por la etnopsiquiatría popular) y las formas actuales (estudiadas por la psiquiatría académica).

Si tenemos en cuenta los resultados obtenidos de diversas investigaciones interculturales, tenemos que aceptar que es muy difícil conceptualizar el término depresión sin identificar con anterioridad las características étnicas y culturales que dibujan el perfil de una determinada sociedad.

Efectivamente, hay culturas, por ejemplo, en las que el concepto de depresión no tiene una representación en las funciones cognitivas del sujeto, como los habitantes del Borneo, Malasia y ciertas áreas geográficas de Africa y América. En otras, sin embargo, los cambios emocionales (tristeza, culpabilidad y ansiedad) constituyen el núcleo fundamental de las manifestaciones depresivas. Por otro lado, los factores etiológicos o precipitantes tampoco parecen coincidir. Por ejemplo, en nuestra sociedad occidental los factores socioculturales de tipo depresivo más relevante son el paro, el divorcio, enfermedades crónicas con la administración prolongada de ciertos medicamentos, la exposición crónica al estrés, alienación social, etc., aunque el hecho depresivo no sea reductible a la presencia de uno de esos acontecimientos. En las culturas no occidentales, el perfil depresivo tiene unas características distintas; Africa, por ejemplo, se caracteriza por una escasa frecuencia de depresiones, una duración más corta de la enfermedad, ausencia de sentimientos de culpabilidad y muy baja tasa de suicidios. A esto se añade la ausencia de sintomatología cognitiva y la presencia muy marcada de depresiones enmascaradas con síntomas confusionales y somáticos.

Esa diferencia sugiere que aceptemos que en los distintos grupos étnicos existe un modo distinto de expresar "sintomáticamente" las enfermedades psicósomáticas, y además cada cultura posee su propia

definición de normalidad y anormalidad, y lo que para una cultura es una buena conducta para otra puede ser una transgresión. Para Marsella (1978) los factores socioculturales son específicos en la remodelación de los aspectos etiológicos, sintomatológicos, curso clínico y respuesta a la terapia de la enfermedad depresiva. Por ejemplo, el individualismo de nuestra cultura nos lleva a deprimirnos "aislándonos" y "llorando", mientras que en una tribu "grupala" africana, las manifestaciones depresivas las resuelven danzando en grupo y gritando (Aguirre, 1994). Por ello, será difícil diagnosticar una depresión africana con escalas como el DSM-III-R ya que representa el cuadro sintomático de una cultura occidental, a través de los cuales no podemos identificar los estados depresivos en otras culturas.

Al respecto, no faltan hipótesis contrarias como la de Polaino Lorente (1989), que defiende la no atribución sintomatológica a determinados países o culturas. En su argumentación expone dos razones: por un lado, existe un reconocimiento en el marco clínico de una sintomatología universal y, por otro, apoya la hipótesis de que Occidente se orientaliza día a día, asumiendo costumbres orientales. Aunque también se puede decir lo contrario sobre la cultura oriental, respecto a la adopción de tecnología y estilos de vida occidentales. También Singer (1975), sostiene que hay un núcleo sintomatológico de la enfermedad depresiva que es universal en todos los pacientes, cualquiera que sea la cultura a que pertenezcan.

Finalmente, las posturas más conciliadoras como la de Kellman (1978), distinguen entre alteración depresiva (una alteración biológica debida especialmente a las monoaminas de los neurotransmisores cerebrales), que tendrían validez universal, y enfermedad depresiva (la experiencia personal y social de esa alteración depresiva), que sería un constructo cultural, obviamente permeable a la acción de los factores socioculturales y, por consiguiente, dependiente de éstos.

En conclusión, los estudios transculturales apoyan un hecho clínico universal: que la enfermedad depresiva está presente en todas las culturas, aunque con manifestaciones sintomáticas diferenciadas.

2. CONCEPTO DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN

2.1. La depresión como trastorno bipolar: la manía y la depresión

Esta perspectiva de la depresión fue propuesta por primera vez por Kraepelin, quien definió el concepto de desorden maniaco-depresivo. La definición de dicho desorden hace referencia a una disfunción en la cual el rasgo central y primario es una alteración en el estado de ánimo, alteración que se traduce en una exacerbación en el caso de las manías y como abatimiento en el caso de las depresiones (Hamilton, 1985).

La característica esencial del desorden parece radicar en una profunda perturbación de naturaleza orgánica, que a su vez se manifiesta en diversos síntomas. En las depresiones se produce un descenso de la actividad vital que se manifiesta a través de alteraciones en el funcionamiento cognitivo, afectivo y fisiológico. En la manía la pérdida de la eficacia funcional no se manifiesta hasta que la alteración alcanza un nivel elevado.

2.1.1. La Depresión

Dependiendo de si la enfermedad es leve o severa, los síntomas se van a presentar de modo diferente en intensidad y tiempo. Las características básicas de la enfermedad, cuando es severa, son síntomas de abatimiento, sentimientos de culpabilidad y pensamientos de suicidio. En la práctica clínica, sin embargo, los más percibidos son el abatimiento, la pérdida de interés y la ansiedad. A éstos le suceden en orden de frecuencia, la dificultad para dormir, la pérdida de apetito, la falta de energía, la

fatigabilidad, juntamente con unos incipientes pensamientos de suicidio (Hamilton, 1985).

En sus formas más leves, la depresión se presenta con un descenso del humor y falta de respuesta emocional a las actividades cotidianas. Los pacientes se quejan de apatía e insensibilidad. A los ojos de los extraños la conducta suele parecer normal, pero no así a personas cercanas en la convivencia. Es posible que la depresión no sea continuada, pero en situaciones severas el abatimiento se va haciendo continuo. El deprimido se atormenta con sus desdichas, evita los contactos sociales y de sus amigos, le afloran ataques de llanto continuo por cualquier cosa, hasta que al final son incapaces de llorar.

En general, la anormalidad de la depresión se manifiesta en:

- Trastornos del juicio: sólo se fijan en el lado triste de las cosas y contemplan su vida llena de fracasos y sin sentido.
- Pérdida del interés: abandonan todas sus aficiones y hobbies y van experimentando una creciente dificultad para trabajar.
- Ansiedad manifestada en un continuo estado de aprehensión e irritabilidad. Se sienten continuamente tensos y olvidadizos. Palpitaciones, sudoración, sequedad de boca, etc.
- Trastornos del sueño: demora en el sueño o incapacidad para dormir. Sueños desagradables, o un despertar con sensación de no haber descansado, o triste e incluso llorando.
- Suicidio: es éste el gran peligro del depresivo. El 15% de estos pacientes acaban suicidándose.
- Sentimientos de culpabilidad: se acusan a sí mismos pensando que se han descuidado y desatendido sus familias. Creen que todo lo hacen mal.
- Síndrome de agitación. Es una forma de inquietud asociada a la ansiedad. Agitación, movimientos nerviosos, hablar continuamente, etc. Es más común en mujeres que en hombres.

- Retardo psicomotor: caminar lento, rostro inexpresivo, retardo al responder, actitud abatida. Los paciente se quejan incluso de tener dificultades para pensar.
- Síntomas físicos: dan lugar a una forma de depresión enmascarada. Los más característicos son: falta de energías y fatigabilidad, dolor de cabeza, malestar difuso en los músculos, pérdida de apetito o apetito desmesurado (esto cuando hay ansiedad), mal sabor de boca, falta de secreción salivar, pesadez en el abdomen y estreñimiento (más en la depresión severa), pérdida de peso.
- Inhibición sexual. En los hombres incapacidad para eyacular y pérdida de erección. En las mujeres pérdida del apetito sexual.
- Preocupaciones hipocondríacas en torno a las funciones corporales. Creen firmemente que padecen una enfermedad orgánica. Lo más que les preocupa es una posible enfermedad de corazón o cáncer.
- Otros síntomas: pensamientos obsesivos y rituales compulsivos e ideas paranoicas.

2.1.2. *La Manía*

La manía es un estado eufórico, polarmente opuesto al hundimiento depresivo.

Actualmente se suelen distinguir dos tipos en esta enfermedad: la bipolar, en la que se padecen ciclos altos y bajos alternativamente y la unipolar con estados eufóricos. Los episodios de manía aparecen normalmente asociados con episodios alternantes de depresión, y de aquí el término de desorden afectivo bipolar. La manía unipolar, es decir, la que ocurre sin ninguna evidencia de sintomatología depresiva, existe pero es rara. Hay autores que sostienen la existencia de otro tipo de manía, la secundaria, ocasionada por causas concretas como secuencial a enfermedades físicas (estado tóxico, tumor cerebral, esclerosis múltiple, gripe, encefalitis, etc.), o secundaria a la ingestión de drogas (medicamentos antidepresivos, anfetaminas, corticosteroides, L-dopa, cocaína, anfetaminas, etc.) (Tyrer y Shopsin, 1985).

Los síntomas son parecidos en todas las edades. Sólo en los niños se puede hablar de exhibir características diferentes. Normalmente, la enfermedad aparece mucho antes de que los familiares o personas cercanas se percaten de la existencia de la misma, justo porque en los primeros estadios de la manía, los pacientes dan la impresión de estar bien. Ellos están convencidos de que no tienen dificultades y se muestran en excelente disposición y con absoluta confianza en sí mismos. Ello, evidentemente, es valorado positivamente, sobre todo cuando el mismo paciente en períodos anteriores ha sufrido episodios de depresión.

En general, los síntomas más característicos son (Monedero, 1975):

- Felicidad y despreocupación. Con buen humor, ánimo expansivo, desinhibidos hasta el punto de poder llegar a molestar a los demás, habilidosos en hacer que los demás sigan sus deseos. Se suelen implicar en empresas sin sentido o demasiado arriesgadas o ambiciosas.
- Este estado de ánimo puede alterarse repentinamente y ser sustituido por la irritabilidad y la cólera. Puede ser muy vulnerable y muy sensible a la crítica, encolerizándose ante hechos inofensivos. En episodios agudos, se pasarán la mayor parte del tiempo discutiendo.
- Acelerado ritmo de la actividad psicomotriz. Siempre están en acción. Duermen poco. El interés sexual se incrementa, sobre todo en las mujeres. Puede tornarse en excesivamente hablador, con un lenguaje agolpado. Tienen múltiples contactos sociales.
- Juicio pobre, aunque sus ideas son inteligibles. Distráidos, con planes irreales. Son despreocupados con el dinero, la forma de vestir, la higiene y la enfermedad.
- Síntomas de naturaleza psicótica: ideas grandiosas, alucinaciones y fantasías, a menudo con una cualidad religiosa o sexual.

2.2. Clasificaciones de la depresión

Para hablar de clasificaciones de la depresión, hemos de remontarnos al filo de los siglos XIX y XX con Kraepelin, uno de los primeros que

estableció un cierto orden en la nosografía de las psicosis de la afectividad. El, fundándose a la vez en datos etiológicos, constitucionales y evolutivos, establecía la entidad nosológica denominada *psicosis maniicodepresiva*. La psicosis maniicodepresiva quedaba así caracterizada por una etiología genético-constitucional y un cuadro clínico que oscilaba entre fases depresivas y fases maníacas o hipertímicas.

La alternancia de fases hipertímicas y fases depresivas había sido tomada desde el siglo XIX por los psiquiatras franceses Falret y Baillarger para describir, respectivamente, la psicosis circular y la psicosis de doble forma.

Kraepelín distinguía cinco clases de depresión:

- *Depresión endógena*, incluida en las psicosis maniicodepresivas.
- *Depresión psicógena*, iniciada después de un estrés psíquico.
- *Personalidad depresiva*, caracterizada por un estado depresivo permanente.
- *Depresión sintomática*, que podía ser sintomática de una enfermedad somática o de otra enfermedad psíquica.
- *Depresión involutiva*, iniciada después de los 45 años, con una sintomatología próxima a la depresión endógena (Alonso Fernández, 1988).

La descripción Kraepeliana constituyó el primer esquema nosológico, ya que se adaptaba a la estructura de la asistencia psiquiátrica de la época. Tanto es así, que la concepción actual de los trastornos afectivos se encuentra todavía influida por sus ideas. Pero su esquema pronto se desmembró, dando paso a una gran variedad de clasificaciones-diagnósticas, al no resultar del todo satisfactoria cuando se vio que muchos pacientes no encajaban bien en las categorías nosológicas clásicas y que no servían adecuadamente para las exigencias de la investigación farmacológica, bioquímica y epidemiológica.

Tomándose como punto de referencia la clasificación de Kraepelin se fueron desarrollando posteriormente numerosas tipologías clasificatorias, atendiendo a los distintos enfoques que se iban desarrollando alrededor de este síndrome. Entre las más importantes tenemos las de Gillespie (1929), Kiloh y Garside (1963), Carney et al. (1965), Kielholz (1966), Klein (1974), Pollit (1965), Van Praag (1965), Andreasen y Grove (1982), etc.

Actualmente son otros los sistemas clasificatorios existentes, pero igualmente con ciertas discrepancias entre unos y otros. Andreasen (1982) los divide en dos grupos: los que se usan en la práctica clínica y los que se usan en investigación.

2.2.1. Sistemas clasificatorios actualmente en vigor en la práctica clínica.

Hay dos grandes sistemas:

a) Novena edición de la clasificación internacional de enfermedades. ICD-9. (Organización Mundial de la Salud, 1978)

Este sistema de clasificación es complejo y a menudo se solapan algunas de sus categorías. La razón de su complejidad y amplitud tiene que ver con los objetivos de su elaboración. Este está hecho para que sea utilizado por los psiquiatras de todo el mundo y se adapte a cualquier contexto cultural, social y económico. Apenas se parece a ninguno de los sistemas de clasificación de la depresión usados en investigación. Los subtipos de desórdenes afectivos que compone son:

- *Esquizofrenia*: tipo esquizoafectivo.
- *Psicosis afectiva*: manícodepresivas tipo maníaco, tipo deprimido, tipo circular deprimido, circular maníaco, circular mixto, circular inespecífico y otros tipos inespecíficos.
- *Otras psicosis no orgánicas*.
- *Desórdenes neuróticos*: depresión neurótica.

- *Desórdenes de personalidad*: personalidad afectiva.
 - *Reacción aguda al estrés*: alteración emotiva predominante.
 - *Reacción de ajuste*: reacción depresiva breve y prolongada.
 - *Desorden depresivo*: no clasificados en otros apartados.
- b) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-III-R. (Asociación Psiquiátrica Americana, 1988)*

Esta clasificación fue diseñada para satisfacer las necesidades de clínicos e investigadores de un único país. Sin embargo ha tenido una gran acogida internacional y su uso es casi mundial. La mayoría de los desórdenes afectivos vienen agrupados en un solo encabezamiento, y no dispersos en las psicosis, neurosis y en los desórdenes de personalidad como sucedía en el ICD-9 y en el DSM-II.

Las subdivisiones que hace de los desórdenes afectivos, que en esta revisión denominan trastornos del estado de ánimo, son las siguientes:

1. *Trastornos bipolares*: presencia de uno a más episodios maníacos.
 - Trastorno bipolar: tipo mixto maníaco y depresivo.
 - Trastorno ciclotímico: se suceden los episodios maníacos y de depresión mayor sin períodos de remisión.
 - Trastorno bipolar no especificado: con síntomas maníacos o hipomaniacos que no cumplen los criterios de un trastorno bipolar.

2. *Trastornos depresivos*: presencia de uno o más episodios de depresión sin episodios maníacos.
 - Depresión mayor: tipo melancólico y tipo crónico.
 - Distimia: ánimo deprimido, pero los síntomas de los dos primeros años no concuerdan con los de depresión mayor.
 - Trastorno depresivo no especificado: con sintomatología depresiva que no cumple los criterios de ningún trastorno del estado de ánimo.

2.2.2. *Sistemas de clasificación usados en investigación*

Muchos de estos sistemas de clasificación han sido desarrollados por investigadores que creen que su utilidad primaria está en la clínica, es decir, creen que poseen una validez predictiva significativa. Sin embargo gran parte de los sistemas de clasificación aquí desarrollados, han tenido poco impacto sobre los sistemas clínicos como el ICD-9 o el DSM-III-R.

a) Depresión endógena-exógena (Andreasen, 1982)

Según Ayuso y Sainz (1981), desde el punto de vista sintomatológico, el concepto dualista de las depresiones obtuvo un apoyo importante con la publicación por Kiloh y Garside (1963), estableciendo el perfil de depresión endógena y depresión neurótica.

Esta clasificación dicotómica ha sido la más problemática y la más ampliamente estudiada por los investigadores y más usada por los clínicos. En la práctica esta distinción es habitualmente intercambiable con la dicotomía endógena-neurótica o psicótica y neurótica.

El concepto primitivo de depresión endógena alude a la depresión que "provenía de dentro" en oposición a la depresión "exógena" que era causada por razones externas (Andreasen, 1982). Con el término psicótico se tiende a destacar simplemente la intensidad de la sintomatología depresiva. En esta clasificación también queda implícito que lo psicótico está determinado básicamente por causas biológicas, y lo neurótico surge de la dinámica personal y de los acontecimientos vitales (Ayuso y Sainz, 1981).

Se sabe, tras amplios estudios factoriales, que la depresión endógena posee un conjunto de síntomas característicos como trastornos en el sueño terminal, retardo psicomotor, cualidades diferentes en el estado de ánimo, pérdida de peso, dificultad para concentrarse, ánimo muy abatido e incapacidad para reaccionar a los cambios placenteros, que se dan en las situaciones vitales o en el entorno. Adivinar si tal o cual depresión ha sido

o no precipitada por algún factor externo puede ser una tarea ciertamente difícil. Por otro lado, las depresiones endógenas puras, en el sentido de carecer por completo de factores desencadenantes identificables, son muy raras (Andreasen, 1982).

Como este término ya no puede calificarse como "proveniente de dentro". hay investigadores que se preguntan si debemos mantener todavía el término endógeno. Klein (1974) ha propuesto en su lugar el término "endogenomórfico". La clasificación DSM-III-R ha elegido el término "con melancolía" para hablar de estas depresiones. Van Praag et al. (1965) han hablado de depresión "vital" en contraste con la depresión "personal".

La depresión reactiva implica un trastorno de aparición relativamente aguda precipitado por algún acontecimiento exterior, trastorno que probablemente se extinguirá tan pronto como la situación desencadenante sea controlada. Los estudios factoriales parece que han preferido usar el término "neurótico". Los síntomas característicos son: estado de ánimo susceptible de variación, rasgos histéricos, insomnio inicial, irritabilidad, hipocondría, tendencia a las obsesiones, desencadenamiento súbito y factores precipitantes. La mayor parte de estos rasgos pueden ser más propiamente asociados con el concepto de neuroticismo que con el concepto de reactividad (Andreasen, 1982).

Finalmente hay quien se refiere a las depresiones endógenas como equivalentes de las depresiones psicóticas, de modo que la subclasificación de la depresión se convierte en una subdivisión psicótico frente a neurótico.

El término psicótico tiene múltiples significados tales como: exigencia de que haya fantasías y alucinaciones o un notable trastorno en el pensamiento formal; pérdida de contacto con la realidad; que sea incapacitante y exija hospitalización; desorden muy severo; o cualquier desorden que en el ICD-9 sea clasificado entre las psicosis (Andreasen, 1982).

Actualmente, los hallazgos clínicos y neuroquímicos o neuroendocrinos en apoyo del concepto de depresión endógena son bastante notables.

b) Depresión primaria y depresión secundaria

Tras las críticas hechas a la clasificación endógeno-exógeno surgen nuevos esquemas como el de la depresión primaria y depresión secundaria propuesta por Munro (1966), siendo luego más desarrollada por Robins et al. (1972) y la escuela de Saint Louis en Estados Unidos.

Es éste el primer criterio diagnóstico utilizado para calificar cualquier síndrome depresivo, y hace referencia a la historia natural de los antecedentes psiquiátricos del paciente. De lo que se trata es de averiguar la existencia o no de otra patología que pueda ser la causa de la depresión. Si no se encuentra ninguna alteración previa que la explique la depresión será primaria. Si por el contrario ésta es producto de otra patología, la depresión será secundaria.

Otra cuestión en la distinción entre depresión primaria-secundaria se refiere a la naturaleza del diagnóstico anterior. De este modo la depresión secundaria puede serlo a alguna enfermedad, física o psíquica, o bien ser el efecto de alguna droga o fármaco, aunque actualmente han quedado eliminados los diagnósticos médicos.

Robins et al. (1972) hacen esta clasificación basándose en los siguientes criterios: cronología y presencia o ausencia de enfermedades asociadas, quedando definidas del siguiente modo:

- *Depresión Primaria*: sin antecedentes psiquiátricos, salvo episodios previos de depresión o manía y ausencia de afección somática conjunta.
- *Depresión Secundaria*: todo síndrome que no responda a las condiciones anteriores.

Los trastornos depresivos primarios a su vez pueden subdividirse en: unipolares y bipolares. Winokur (1972) defensor de esta clasificación jerárquica, propone además que los trastornos unipolares vuelvan a ser subdivididos en base a la historia familiar, distinguiendo: depresión de comienzo temprano o "enfermedad de espectro depresivo" y, depresiones de comienzo tardío o "enfermedad depresiva pura".

Los factores diferenciales son: edad de comienzo, sexo y antecedentes familiares, siendo irrelevantes las diferencias clínicas.

Algunos investigadores se han preguntado si será preciso subdividir ulteriormente la depresión secundaria, debido a que los diagnósticos antecedentes son muy heterogéneos. Un intento ha sido el de la subdivisión de las depresiones secundarias en dos grupos: las caracterizadas por ansiedad (pánico, fobias, trastornos obsesivo-compulsivos, etc.), y, las que cuentan con diagnósticos previos relativos a conductas "actuadas" (personalidad antisocial, alcoholismo, etc.).

El grupo de Saint Louis proponen distinguir dentro de las depresiones secundarias las siguientes categorías: síndromes precedidos por otros trastornos psiquiátricos y síndromes depresivos precedidos por enfermedades somáticas.

A partir de esta escuela se desarrolla, con las aportaciones de la Universidad de Columbia, un nuevo esquema: Sistema R.D.C. (Spitzer et al., 1975) que culmina en una nueva clasificación, el DSM-III-R (Asociación Psiquiátrica Americana, 1988). Este se convierte en el manual oficial de diagnóstico psiquiátrico americano a partir de 1981 (con versiones anteriores). Aquí se eliminan las concepciones de depresiones neuróticas e involutivas. Se distinguen los trastornos afectivos según el curso, polaridad y gravedad.

c) Depresión unipolar y depresión bipolar

En base a la ocurrencia o no de manía, los trastornos primarios han sido divididos en dos enfermedades distintas: depresión unipolar y depresión bipolar.

Esta dicotomía es originaria de Leonhard (1957) y desarrollada ulteriormente por Perris (1966) en Suecia y por Angst (1966) en Suiza. Ambos conceptos quedan definidos así:

- *Depresión Unipolar*: La psicopatología reside en el polo depresivo, es decir, sólo ha sufrido episodios de depresión.
- *Depresión bipolar*: su evolución se caracteriza por alternar entre fases maníacas y fases depresivas.

Leonhard (1968) se basa en los siguientes rasgos para separar las depresiones unipolares de las bipolares: el riesgo de morbilidad depresiva para los familiares es esencialmente más alto en los cuadros bipolares que en los unipolares, dato corroborado por Angst (1966) y Perris (1966), y, la existencia de una serie de características clínicas y evolutivas diferenciales en torno a las depresiones unipolares como: una evolución más larga, repiten menos veces, dejan unos intervalos asintomáticos más prolongados y poseen unos cuadros clínicos más puros.

Esta subdivisión de los desórdenes afectivos es tal vez la más ampliamente aceptada en todo el mundo, adoptada por la clasificación de las enfermedades mentales de la OMS (ICD-9, 1978) y de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (DSM-III, 1988). A su vez ambas categorías han sido subclasificadas en distintos tipos por diversos autores.

Numerosas investigaciones confirman hoy el valor de la clasificación unipolar y bipolar, ya que se dispone de los suficientes datos que manifiestan la existencia de una serie de rasgos diferenciales epidemiológicos, genéticos y sintomáticos. El 90% de los depresivos son unipolares y el 10% bipolares. Además, mientras que los bipolares forman un grupo bastante homogéneo por sus características nosológicas y

etiológicas, los unipolares son sumamente heterogéneos en todo lo referente a ambas cuestiones.

Sin embargo, son varios los autores que se oponen a esta clasificación (Taylor y Abrams, 1980; Alonso Fernández, 1988) por diversas limitaciones que presentan en el diagnóstico. Pero a pesar de esas limitaciones, la clasificación evolutiva de las depresiones en bipolares y unipolares, se considera en la literatura psiquiátrica como una importante contribución para la comprensión de la nosología de los trastornos depresivos, a la vez que útil, para la clínica y la investigación.

d) Categorización nosográfica multiaxial

Esta clasificación es propuesta por Alonso Fernández (1985, 1988). Trata de aproximarse a una tipología nosológica fundamental del síndrome depresivo vital, y se desarrolla en la línea de la clasificación de las depresiones propuesta por Kraepelin .

En la categorización nosográfica multiaxial de las depresiones, propuesta por Alonso Fernández, atiende al establecimiento de correlaciones entre los ejes etiológicos, sintomatológico y evolutivo diferenciando entre:

- *Depresión Endógena*: con evolución bipolar y multifásica.
- *Depresión Situacional*: con evolución unipolar y multifásica.
- *Depresión Sintomática*: con evolución unipolar y unifásica.
- *Depresión Neurótica*: con evolución unipolar encronizada.

La descripción de cada una de ellas puede observarse en el apartado dedicado a la etiología de la depresión.

Finalmente, siguiendo un criterio cronológico (edad de aparición), la depresión puede clasificarse en:

- Depresión en la infancia.
- Depresión en la adolescencia.
- Depresión del adulto.
- Depresión involutiva.

Estos tipos de depresión, al referirse a síndromes conceptuales distintos, serán descritos en el apartado dedicado a la depresión diferencial.

e) Depresión pura versus trastorno del espectro de la depresión versus depresión no familiar (Andreasen, 1982).

Este método de subclasificación fue propuesto por vez primera por Andreasen y Winokur (1979) y sus asociados. El propone un modelo familiar (partiendo de observaciones en estudios piloto), en el que sugiere que el alcoholismo, la personalidad antisocial y la depresión pudieran componer un espectro de trastornos interdependientes que tenderían a estar relacionados desde el punto de vista de la familia, y posiblemente también de la herencia, y que se manifestarían como alcoholismo y como personalidad antisocial en los varones y como depresión en las mujeres.

El problema surge cuando se ve que no cubre todas las posibilidades. En consecuencia se ha desarrollado más recientemente un método más simple para estudiar los trastornos depresivos en base al historial familiar (Andreasen y Winokur, 1979) que queda así:

1. Desórdenes afectivos secundarios.
2. Desórdenes afectivos primarios:
 - * Bipolares.
 - * Unipolares:
 - No familiares: historial familiar carente de enfermedades psiquiátricas.
 - Puros: historia familiar únicamente de trastornos depresivos.
 - Del espectro de la depresión: historia familiar de alcoholismo, personalidad antisocial, histeria o abuso de drogas, bien aislados o bien en combinación con la depresión.

En conclusión, en medio de tanta clasificación, no siempre suficientemente aclaratoria, nos remitimos a lo largo de este trabajo a las propuestas de Alonso Fernández (1988), las que tomamos como base y punto de partida en el análisis del síndrome depresivo.

2.3. Diagnóstico de la depresión

Diagnosticar supone "determinar el carácter de una enfermedad mediante el examen de sus signos" (Diccionario de la Lengua Española, 19ª ed.). En la acción diagnóstica se parte de un supuesto (la existencia de la enfermedad), se asume un procedimiento (el examen de los signos sobre los que se funda aquélla) y se tiende a una valoración (el juicio diagnóstico) desde la que ordenar y disponer ciertos tratamientos (Polaino Lorente, 1985).

Para hacer una evaluación de la conducta depresiva, se ha de buscar las causas que determinan ese comportamiento, por lo que se ha de partir de las aportaciones de los distintos autores al respecto (Alvarez Cerbero, 1990). Las más importantes se pueden sintetizar en:

- a) *Modelo Conductual*: baja tasa de refuerzo positivo. Desde esta perspectiva la evaluación se centraría en un análisis funcional de la conducta depresiva.
- b) *Modelo Cognitivo*: las distintas experiencias del sujeto crean unos esquemas cognitivos determinados que le hacen verse a sí mismo y al entorno de forma negativa (Beck, 1970). Aquí cobran importancia los aspectos cognitivos.
- c) *Modelos Psicoanalíticos*: la depresión se produce por una pérdida experimentada como traumática y culpabilizante, que requiere la elaboración de un "duelo" consciente (aflicción). Cuando éste no se da, aparece la depresión o melancolía.

d) *Modelos Bioquímicos*: la depresión se produce por un bajo nivel de neurotransmisores (adrenalina, serotonina y aminos biogéneas). Desde este modelo habría que hacer una evaluación biológica.

Como podemos observar, los aspectos determinados a evaluar vienen dados por distintos modelos explicativos, de ahí que el diagnóstico sea necesariamente pluridimensional, ya que la naturaleza del síndrome no nos da una información suficiente sobre su etiología.

El diagnóstico de la depresión es una operación que se efectúa, básicamente, a través de las manifestaciones clínicas y suele complementarse con la aplicación de pruebas psicométricas. La exploración clínica comprende dos etapas (Alonso Fernández, 1988):

1. *Diagnóstico del síndrome depresivo*: confirmar si existe o no el mismo.
2. *Diagnóstico nosológico*: cuando se confirma el primero. Esta actividad diagnóstica trata de determinar la modalidad de enfermedad depresiva presente. Este se desarrolla normalmente por la vía etiológica, mediante el estudio de los datos familiares, la personalidad previa, la situación, los acontecimientos de vida, las sustancias administradas (medicamentos y drogas) y los trastornos somáticos, con el concurso de los datos semiológicos y evolutivos que mantengan una cierta correspondencia con alguna clase etiológica de depresión.

2.3.1. Identificación clínica del síndrome depresivo

El síndrome se configura a partir de dos clases de determinantes: *los signos*, que el examinador ve (los cambios en la fisonomía, los gestos, la voz y la postura), y *los síntomas* que el enfermo refiere. Este diagnóstico del síndrome suele servir de plataforma para posteriormente formular el diagnóstico etiológico, nosológico y subtipológico.

La información que facilitan los pacientes es la manera más directa de obtener información. Las exploraciones normalmente se basan en entrevistas a los pacientes y a los parientes o personas allegadas a ellos. La limitación que presenta esta modalidad es que los pacientes no dicen toda la verdad de sí mismos, bien porque no quieren o porque no pueden. Por otro lado, la observación de la conducta del paciente por un buen evaluador puede ser tan directa como la anterior. El valor de la información recogida dependerá en gran medida de la habilidad, la experiencia y el juicio del entrevistador. Esta información se suele utilizar como complementaria a las escalas autoadministradas.

Pero el diagnóstico va a depender de la concepción que se tenga del síndrome. En el caso de la depresión, el concepto mantenido por la psiquiatría tradicional se ha modificado sustancialmente en las últimas décadas. Actualmente se sustenta sobre cuatro ejes o planos, defendidos por Alonso Fernández (1988), que serían los siguientes:

1. *Eje semiológico.* Abarca un espectro de síntomas y signos agrupados, desde el punto de vista estructural, en cuatro sectores o dimensiones: el hundimiento energético-vital, el humor depresivo, el trastorno de la comunicación y la alteración de los ritmos psicobiológicos.
2. *Eje patogénico.* Consiste en la alteración del funcionamiento de los sistemas neurotransmisores, sobre todo del descenso de la actividad noradrenérgica en el cerebro, originado por la hiposensibilidad de los receptores postsinápticos.
3. *Eje terapéutico.* Se basa en que la mayor parte de las depresiones responden favorablemente a un plan de psicoterapia, combinado con medicamentos antidepresivos, cuyo denominador común consiste en producir una estimulación noradrenérgica. Con ella se confirma el diagnóstico, puesto que fuera del cuadro depresivo estas sustancias carecen de virtudes terapéuticas y pueden tener efectos psicotizantes (episodios de confusión mental) y neurotizantes (movilización de la angustia y de los mecanismos neuróticos).

4. *Eje etiológico*. La distribución de los factores abarca una amplia escala que se extiende desde la endogeneidad hasta los trastornos de tipo somático, pasando por las situaciones sociales aflictivas, estresantes, críticas e incommunicantes y de la personalidad neurótica.

En torno a ello, en el diagnóstico de la depresión nos podemos encontrar con tres grupos de enfermos: los depresivos puros, la depresión secundaria o como consecuencia de otra patología y otras enfermedades que clínicamente cursan de modo semejante a la depresión. Si se sospecha que puede pertenecer a los últimos dos casos, se efectuarán los exámenes complementarios pertinentes a fin de poder diagnosticar la patología causante de la depresión y proceder al oportuno tratamiento, o bien, si no se trata de depresión, no confundirla con ella.

En el diagnóstico es fácil confundir el síndrome depresivo o tristeza vital con la tristeza reactiva producida por los acontecimientos de la vida. De ahí que la problemática del diagnóstico diferencial de las depresiones exija muchas veces desplazarse fuera del campo de la psicopatología hacia la etiología, la evolución, la terapia, los antecedentes familiares y la personalidad previa (Alonso Fernández, 1988).

En cualquier caso, se realizará un completo historial clínico, indicando la posible existencia de antecedentes, tanto familiares como personales, de alteraciones del estado de ánimo. Si existen antecedentes personales de depresión merece la pena averiguar el tratamiento a que fue sometido y sus resultados, ya que puede repetirse el mismo si el resultado fue satisfactorio.

Alvarez Cerveró (1990), hace una relación de conductas y procesos, entresacados de los modelos explicativos de depresión más importantes, y que según él deben ser tenidos en cuenta en toda evaluación de la depresión:

- Comportamientos que hayan aumentado de frecuencia.

- Comportamientos que hayan reducido en frecuencia.
- Cambios bruscos en el medio que hayan podido determinar la pérdida de reforzadores.
- Cambios en el medio que han resultado un aumento de la estimulación aversiva.
- Programas de refuerzo que exijan gran cantidad de conducta antes de que pueda obtenerse el mismo.
- Ver si posee un repertorio de conductas necesarias para alcanzar los reforzadores que desea.
- Pensamientos de inutilidad.
- Errores lógicos.
- Ideas o intentos de suicidio.
- Episodios depresivos anteriores.

Finalmente, el proceso diagnóstico conlleva varias etapas:

1. La entrevista diagnóstica es el acto primordial para identificar el síndrome depresivo. Se preguntará al paciente sobre sus dolencias y preocupaciones actuales. En ocasiones puede ser oportuno obtener información a través de algún familiar próximo ya que nos pueden aportar información muy valiosa.
2. Investigación de los antecedentes personales y familiares. Ello nos permite detectar la existencia de fases anteriores análogas.
3. Aplicación de escalas y cuestionarios. Estos datos pueden ofrecer una inestimable ayuda para precisar el diagnóstico y el subdiagnóstico de la depresión.
4. Utilización de marcadores biológicos. Son hoy por hoy una información diagnóstica meramente auxiliar y subsidiaria. El diagnóstico de la depresión se funda en los datos clínicos.

2.3.2. Criterios diagnósticos

Actualmente, los criterios diagnósticos más manejados son: los de Feighner (1972), el "Research Diagnostic Criteria" (RDC) de Spitzer (1978), el DSM-III-R de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana y los de la Organización Mundial de la Salud, ICD-9 (1978).

a) Criterios diagnósticos de Feighner (San Luis, 1972)

- Humor disfórico.
- Síntomas asociados: apetito disminuido o pérdida de peso, dificultades para dormir, pérdidas de energías, agitación psicomotora o retardo, pérdida de interés o de placer, sentimiento de culpa o autorreproches, capacidad disminuida para pensar, y/o capacidad disminuida de concentración, pensamiento sobre la muerte o el suicidio.
- Duración: al menos un mes.
- Exclusiones: cualquier condición psiquiátrica previa distinta de la depresión y de la manía.
- Exigencias: humor disfórico y al menos cinco de los ocho síntomas asociados.

b) Criterios diagnósticos de Spitzer (Nueva York, 1978)

- Humor disfórico o pérdida intensa de interés o placer.
- Síntomas asociados: Los mismos síntomas que Feighner más incremento de apetito o de peso.
- Duración: al menos dos semanas.
- Exclusiones: delirios de ser controlados o de influencias sobre el pensamiento (eco, robo o producción), alucinaciones no afectivas durante varios días, voces en forma de comentario sobre la conducta del enfermo o múltiples voces conversando entre si, un mes de alucinaciones no afectivas o delirios sin síntomas depresivos prominentes durante la presente enfermedad, preocupación sobre un delirio o alucinación, marcado desorden formal.

- Exigencias: humor disfórico o pérdida de interés o placer y al menos cinco de los nueve síntomas asociados.

c) Criterios diagnósticos de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (DSM-III-R, 1988)

- Estado de ánimo deprimido y pérdida de interés o capacidad de placer.
- Síntomas asociados: aumento o disminución en el apetito y el peso, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad y culpabilidad, disminución de la concentración y capacidad de pensar, ideas suicidas recurrentes.
- Duración: mínimo dos semanas.
- Exclusión: una causa orgánica, la alteración no es reacción a la muerte de un ser querido, no ha habido ideas delirantes ni alucinaciones, no está superpuesto a una esquizofrenia, a un trastorno delirante o a un trastorno psicótico no especificado.
- Exigencias: 5 de los síntomas asociados, no incluir síntomas asociados a causas físicas.

d) Criterios diagnósticos de la Organización Mundial de la Salud (ICD-9, 1978)

- Humor depresivo.
- Ideas suicidas.
- Desesperanza.
- Sentimientos de inferioridad.
- Hipocondría y/o ansiedad.
- Sentimientos de incapacidad.
- Autorreproches o culpa.
- Incapacidad para alegrarse.

2.3.3. Instrumentos de diagnóstico

Los más comunes son escalas de autoevaluación o autoinforme y técnicas de registro observacional, ello sin tener en cuenta las medidas psicofisiológicas y bioquímicas de competencia médica. Estas suelen ser utilizadas como complemento de la información obtenida a través de la entrevista clínica y la observación del enfermo. Son éstos instrumentos muy valiosos para obtener datos más precisos y objetivos así como para cuantificar el diagnóstico.

a) Escalas y cuestionarios:

Son en apariencia muy simples y tratan de catalogar de la forma más exhaustiva y claramente posible, aquellos segmentos conductuales que están alterados en un determinado problema conductual.

Las escalas y cuestionarios pueden ser de heteroevaluación o autoevaluación. La diferencia fundamental entre ambas es que en las primeras los ítems se presentan en forma de temas, y en los cuestionarios aparecen en forma de preguntas directas. Las escalas de autoevaluación tienen muchas limitaciones, pero su aplicación con una entrevista clínica ofrece un diagnóstico mucho más rico que la entrevista sola. Además, sirven también para la detección precoz del síndrome depresivo, para la investigación y para el control y seguimiento de la eficacia comparativa entre los distintos procedimientos terapéuticos utilizados (Polaino Lorente, 1985). Entre otras, hoy contamos con las siguientes:

Escalas de asertividad (Warreny et al., 1978).

- Cuestionarios de autoconcepto.
- La CPRS (Asberg , 1978).
- El cuestionario conductual de la *learned helplessness* (Price et al., 1978).
- El análisis de criterios múltiples para las depresiones neuróticas (Klerman et al., 1979).

b) Pruebas psicométricas:

Este tipo de pruebas son escasas. Se pueden dividir en dos grupos, generales y específicas.

1. *Pruebas psicométricas generales*: la mayor parte de las mismas son inventarios de sintomatología psiquiátrica, complementada o no con otros datos como antecedentes, agentes determinantes y evolución. Entre otros, tenemos:

- El PSE (*Present State Examination*) de Wing et al. (1974).
- El BPDS (*Brief Psychiatric Documentation System*) de Overall y Gorham (1962).
- El sistema de la AMPD (Asociation for Methodology and Dokumentation) de Helmchen (1979).
- El programa del PSE con ordenador para manejar la información registrada en la entrevista semiestructurada, conocido como sistema PSE-ID CATEGO (Bebbington, 1985).

2. *Pruebas psicométricas específicas*: las pruebas específicas para la depresión son muy numerosas y diversas. Las diferencias existentes entre ellas se extienden a aspectos tales como el constructo, los objetivos, la composición, la evaluación y la aplicación. Entre las más conocidas tenemos:

- "*Hamilton Rating Scale*" HRS (Hamilton, 1967) o Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton. Esta escala ha tenido tanta popularidad que se le ha llegado a llamar escala de la depresión. Es una escala heteroadministrada. Su objeto primordial es establecer comparaciones sobre la sintomatología del cuadro depresivo cuantificada en diferentes momentos, con la finalidad de facilitar el preciso seguimiento del curso posterapéutico de la depresión. Varios autores (Beck et al., 1974; Klerman, 1979) la han tomado como referencia para la construcción de otras con características similares.

- "*Beck Depression Inventory*" BDI (Beck, 1961) o Inventario de Depresión de Beck. Es capaz de estimar diferencias entre grupos de enfermos con diversos grados de depresión y capaz de detectar cambios en la intensidad de la depresión después de un intervalo de tiempo. En 1974, Beck prepara una versión breve de trece ítems, que es la escala autoaplicada hoy más utilizada para el diagnóstico de la depresión.
- "*Escala de Diagnóstico de Newcastle (N-I)*" y "*Escala de Predicción para la Reactividad al Electrochoque (N-II)*" (Carney et al., 1965). La primera sirve para diferenciar, juntamente con el factor bipolar, las depresiones endógenas y neuróticas. La segunda escala se usa para predecir los resultados del electrochoque. El sistema de Newcastle está formado, por tanto, por una escala diagnóstica y una escala pronóstica. Según Katona y Aldridge (1983), la N-II no sólo se muestra como un mejor predictor para el electrochoque que el test Dexa, sino que es una prueba válida para predecir resultados con fármacos antidepresivos.

En 1971 el grupo Newcastle publica su segunda escala diagnóstica, "*Escala de Ansiedad-Depresión de Newcastle (N-III)*", para diferenciar la enfermedad depresiva y los estados de ansiedad.

- "*Self-Rating Depression Scale*" (Zung, 1965) o "Escala Autoaplicada para la Depresión de Zung". Aparece en el mismo año en que se publican las dos primeras escalas de Newcastle, y constituye un instrumento válido para medir la intensidad de la depresión.
- La *Escala de Montgomery y Asberg* (1979). Es una prueba heteroaplicada que sirve para evaluar el cambio de la sintomatología depresiva.
- La *Escala de la Organización Mundial de la Salud (WHODS)*. Este instrumento tiene la peculiaridad de aplicarse más a estudios descriptivos en distintas culturas que a la medición de cambios.

- *Escala CES-D (The Center for Epidemiological Studies Depression Scale)*, Es una escala autoadministrada cuyo objeto es medir la sintomatología depresiva corriente. Los ítems de esta Escala fueron elegidos entre los protocolos de varias escalas que han alcanzado cierta popularidad: Las de Beck, Zung, Raskin, Gardner y el Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota.
- El *Diagrama HARD* (Ruffin y Ferreri, 1984). Este está sistematizado en cuatro polos: humor, angustia, lentificación y riesgo. Se presenta como un instrumento que permite establecer la forma del cuadro depresivo según su grado de intensidad en los cuatro polos o planos. Es un instrumento destinado para el uso del médico no especialista, para aportar información sobre los aspectos cuantitativos y cualitativos de la depresión.
- *LICET-D 100* (Lista Integrada de Criterios de Evaluación Taxonómicos para la Depresiones), (Pull et al., 1984 y 1986; Botelho, 1985). Representa un enfoque especial para el estudio cuantificado de la depresión. Se dispone de otra lista de criterios para las psicosis no afectivas (LICET-S). Este inventario multiaxial, de estructura tan complicada, trata de recoger el diagnóstico según los distintos sistemas de clasificación de las depresiones.
- "*Cuestionario Estructural tetradimensional para la Depresión*" *CET-DE* (Alonso Fernández, 1986). Este está estructurado en cuatro dimensiones: humor depresivo, anergia, discomunicación y ritmopatías. Permite registrar el subtipo de depresión de acuerdo con la identidad de las dimensiones alteradas en cada caso.

La característica de sistematizar los ítems en cuatro bloques distintos es de originalidad absoluta en esta prueba. Por esta circunstancia se convierte en un instrumento original, ya que si bien es homogéneo, se compone de cuatro partes que son intrínsecamente distintas y exigen una evaluación independiente. Por ello, puede ser un instrumento de ayuda para el primer paso diagnóstico, donde se dilucida si existe depresión, para

el segundo paso donde se trata de establecer la identidad categorial de la depresión y para el tercero, constituido por el subdiagnóstico o identificación del tipo clínico.

La administración del cuestionario se realiza en forma de una entrevista semiestructurada. El diagnóstico de depresión con arreglo a los resultados obtenidos en el CET-DE, se evalúa de forma independiente en las cuatro dimensiones. Otra característica que avala su eficacia son los excelentes valores predictivos que posee.

3. LA DEPRESIÓN DIFERENCIAL

Actualmente, se ha generalizado la concepción de que el síndrome depresivo presenta en las distintas edades una etiología y un cuadro clínico diferente, no quedando con ello excluido el hecho que se compartan en los distintos niveles muchos aspectos. En general se observa un origen común de la enfermedad y una patogenia similar, a la vez que variaciones importantes en el cuadro clínico dictadas por el estadio evolutivo correspondiente a la edad cronológica en que se encuentre el sujeto (Alonso Fernández, 1988). Para otros autores además la edad justifica perfectamente un tipo de clasificación particular, puesto que con frecuencia presentan características clínicas específicas (Arieti, 1990).

A pesar de que son muchas las publicaciones existentes sobre cuadros depresivos específicos, como los que aparecen junto a una enfermedad física (la depresión en enfermos de cáncer) o como reacción a un acontecimiento de vida importante (la depresión post-parto), los autores clasifican este tipo de depresiones en torno a categorías dependientes de los distintos períodos evolutivos del sujeto.

De acuerdo con la psicopatología cultural del desarrollo, podemos distinguir como formas clínicas diferenciadas por sintomatología específica, las depresiones de la infancia, adolescencia, edad madura y vejez, porque se constituyen desde cuatro formas culturales diferenciadas. Así, hablamos de:

- Depresión infantil.
- Depresión del adolescente.
- Depresión en la edad madura.
- Depresión en la senectud.

3.1. La depresión en la infancia

La depresión en la infancia, como veremos más ampliamente en capítulos posteriores, se ha visto sujeta a grandes controversias en la historia de la investigación. Afortunadamente, hoy goza de total autonomía, y aunque todavía se trata de diagnosticar y tratar de forma similar a la depresión en la edad adulta, es más por una limitación de recursos adaptados a la infancia, como instrumentos de diagnóstico y sistemas clasificatorios, que porque no se acepte una depresión diferencial específica para esta edad.

Dentro de la infancia, a su vez, se pueden establecer distintos subestadios, en función de la edad, que hacen al niño más o menos vulnerable; de ahí que dependiendo del período de edad estudiado, los autores se posicionen a favor o en contra de la existencia de este síndrome. Los períodos más importantes se sitúan en torno a tres niveles de edad específicos: la lactancia (de 0 a 2 años aproximadamente), la edad preescolar (alrededor de los dos hasta los 5 años) y la edad escolar (hasta los 10 u 11 años).

3.1.1. La depresión en los bebés

Es éste uno de los períodos de edad más estudiados históricamente. Entre los trabajos más importantes destacan los de Spitz, Bowlby y Klein. Todos sostienen la existencia de un cuadro dominado por la tristeza y el retraimiento que se producía en el bebé cuando éste era separado de su madre.

Otros autores, sin embargo, aún aceptando la existencia de estos casos, sostienen que son reacciones a carencias afectivas o enfermedades orgánicas, pero que no tiene que ver con lo que se entiende por depresión (Cobo, 1992). Autores de tendencia no psicoanalítica discuten estas propuestas.

3.1.2. La depresión en la edad preescolar

No se conocen trabajos amplios alrededor de esta edad, por lo que la mayoría de los autores sostienen que son muy raros los síntomas depresivos en este período, y que es posible que no puedan presentarse hasta que no se alcance un mayor grado de madurez (Poznanski y Zrull, 1970). Otros, sin embargo, atribuyen esa escasez de casos encontrados al hecho de que los niños a esta edad aún no pueden exteriorizar sus sentimientos depresivos (Anthony, 1975; Bemporad, 1990).

3.1.3. La depresión en la edad escolar

Es este el período de edad que más atención está recibiendo en los últimos años, siendo muchas las publicaciones generadas al respecto. En general se observan cuadros clínicos similares a los que se presentan en el adulto, pero con características diferenciales. Por otro lado, las tasas de prevalencia e incidencia son cada vez más altas en todas las partes del mundo. Ello ha hecho que se acepte por unanimidad la existencia de la depresión en la infancia. Hoy la controversia gira en torno a otros parámetros tales como cuadro clínico, criterios diagnósticos, etiología, etc. aspectos que estudiaremos en próximos capítulos dedicados específicamente a ello.

3.2. La depresión en la adolescencia

Si bien aún existe la duda de si podemos hablar de síndrome depresivo en la infancia, nadie duda la existencia de depresiones en la adolescencia (Marcelli, 1992, 1995). Es más, la aceptación universal de la adolescencia como una época difícil por la confluencia de diversos cambios, y la normal oscilación de estados de ánimo, ha hecho que se consideren normales muchos trastornos cuando se dan en esta edad, entre ellos la depresión. El problema pues, está en diferenciar los verdaderos estados depresivos de los normales episodios de abatimiento, producto de

la remodelación de la estructura psíquica del individuo, que se produce como consecuencia de los masivos cambios biológicos, sociales y psicológicos que se dan en la adolescencia.

Este estado en la adolescencia, dice Jacobson (1961), se produce cuando el individuo rompe con los lazos del pasado para forjar una nueva imagen de sí mismo. Las presiones que el "ello" y el "superyo" ejercen en el proceso de formación hacen de la adolescencia un período turbulento de inestabilidad emocional. Jeammet (1988) sostiene que los cambios que se producen en esta edad conllevan en sí mismos una vivencia. La desidealización y autonomización de los padres así como la renuncia de los vínculos infantiles, dan origen a un sufrimiento mental que absorbe al adolescente, volviéndole malhumorado, negativista, pudiendo desembocar en un estado de sufrimiento psíquico de angustia y de depresión (Jeammet, 1988). Otras posiciones más estrictas, como la de Ladame (1981), afirman que no hay adolescencia normal sin depresión, o sin momentos depresivos y no por ello deba asociarse o identificarse con depresión clínica. Al respecto, otros autores se oponen, como Weiner (1970), que no cree que la adolescencia deba ser vista como un período turbulento de inestabilidad emocional.

Alonso Fernández (1988: 271) en una posición frente a la defensa de la depresión diferencial en la adolescencia manifiesta:

"Ya es hora de que el síndrome depresivo del adolescente deje de enfocarse erróneamente como una crisis del desarrollo, como un período de modificación de las relaciones objetales, como el producto de un super-ego internalizado o como una perturbación educacional corregible con medidas pedagógicas punitivas. La depresión del adolescente significa nada más y nada menos que una encrucijada, patológica en extremo, que rompe e interfiere el desarrollo de la personalidad y, a la vez, proporciona grandes sufrimientos y suscita importantes riesgos".

Como podemos observar, las dificultades existentes para explicar el problema de la etapa evolutiva de la adolescencia, ha generado muchas polémicas a la hora de describir el síndrome depresivo en este período. Sin

embargo, en general se sostiene que la depresión adolescente es una entidad diagnóstica identificable en la adolescencia. Así, Evans y Acton (1972), valoran la depresión como el trastorno más frecuente entre los adolescentes con problemas psiquiátricos, a la vez que muchos adultos depresivos refieren haber pasado por una depresión en la adolescencia que no fue diagnosticada en su día. Los datos epidemiológicos de que se dispone acreditan que el 35% de los depresivos ciclotímicos adultos han padecido episodios o fases de depresión durante el período de la adolescencia (Alonso Fernández, 1988).

Actualmente las polémicas giran, del mismo modo que en la infancia, en torno a sus características diferenciales. Mientras unos defienden un cuadro similar al que se produce en el adulto (Carlson et al., 1979), otros tratan de justificar cuadros específicos para la adolescencia (Glaser, 1967). Veamos algunas características diferenciales halladas en torno a la etiología y sintomatología en la depresión adolescente.

a) Consideraciones etiológicas:

Partiendo de la premisa de que en el adolescente puede aparecer la depresión igual que en el adulto, Jeammet (1988) sitúa la depresión en la adolescencia en torno a tres niveles:

- *Factores genéticos y bioquímicos.* Los descritos en general para la psicosis maniaco-depresiva.
- *Factores de la personalidad.* Aquéllos que contribuyen a debilitar las bases narcisistas de la personalidad y a mantenerla en una dependencia exagerada hacia el entorno: separaciones frecuentes en la infancia, discontinuidad en la relación con la madre, conflictos familiares, depresión de la madre y sobre todo pérdida de la madre antes de los once años. Se encuentra también en los cuadros de los toxicómanos y los suicidas.
- *Factores biográficos y del entorno.* Situaciones de pérdida reales o fantasmáticas, conflicto y separación de los padres, utilización por uno

o ambos padres del adolescente con fines narcisistas o de proyección de sus propios conflictos (incesto), confusión generacional y difuminación de las fronteras interindividuales o intergeneracionales, situaciones de marginación, descalificación y prohibiciones por parte de la familia, etc.

b) Características de la depresión en la adolescencia

Los cuadros sintomatológicos de la depresión adolescente son muy polimorfos y varían en los distintos autores. El problema mayor con que se encuentran los clínicos a la hora de diagnosticar una depresión en la adolescencia es que, contrariamente a lo que sucede con los adultos, el adolescente no se queja de que está deprimido. Esto supondría confesar una debilidad y reconocer una dependencia, contra la que está justamente tratando de luchar.

Jeammet (1988) defiende un cuadro clínico específico en la adolescencia, que con la edad se va semejando al del adulto. Otros la caracterizan más bien, por aquello que no aparece en el desarrollo normal de la adolescencia, que por la manifestación de signos positivos. Male (1971) habla de los "adolescentes taciturnos", en los que aprecia un rechazo por el mundo y sus objetos, interpretándose como un equivalente depresivo.

En general, las formas depresivas más citadas hacen referencia a: culpabilidad, ansiedad e inhibición, humor depresivo, falta de energía y falta de sentido de la realidad. En la adolescencia precoz, sin embargo, las formas de depresión más frecuentemente encontradas son fracasos y fobias escolares, conductas antisociales y trastornos psicósomáticos y viscerales. Los síntomas más novedosos que se producen en esta época, respecto a la etapa infantil son: conductas hiperagresivas y delictivas, promiscuidad sexual y consumo indebido de drogas y alcohol. En general, la atipicidad propia de los cuadros depresivos de la adolescencia va disminuyendo a medida que el sujeto se aproxima al límite de la edad adulta. De este modo,

en la adolescencia tardía se suelen observar cuadros depresivos más típicos y completos, produciéndose mayoritariamente apatía, pasividad, abstramiento, incomunicación, desgana, etc. en definitiva un prototipo de "sujeto instalado en la penumbra" (Alonso Fernández, 1988).

Finalmente, otro apartado importante en el cuadro sintomatológico son las tendencias a presentar anorexia y/o bulimia y otras psicopatologías adolescentes desde la perspectiva de la depresión.

3.3. La depresión en la edad adulta

Los estudios sobre la depresión en la edad adulta son los más desarrollados científica y clínicamente. Este tipo de depresión se corresponde con el modelo general presentado en capítulos anteriores. Nos dedicaremos entonces en este capítulo a presentar algunos tipos de variables depresivas específicas de este período de edad.

3.3.1. La depresión de la mujer en la edad madura: "Síndrome del ama de casa"

El "síndrome del ama de casa", se considera una categoría más dentro de la depresión diferencial. Algunos autores han denominado así a la depresión que se desencadena en muchas mujeres a causa de la ruptura de factores psicosociales alrededor de los cuales fueron configurando sus vidas.

Los parámetros más importantes son los relacionados con la mujer esposa-ama de casa. Muchas mujeres, al casarse renuncian a sí mismas y adoptan un estilo de vida incondicional, dependiente, a las necesidades y demandas de las personas que componen su entorno familiar. Ese rol que desempeñan, las hace sentirse útiles e importantes, hecho que cambia cuando los hijos se van haciendo mayores, autosuficientes y se despegan del hogar en el que ellas son las "amas" (González Duro, 1989). Suelen atravesar entonces, una crisis de identidad con un creciente vacío de

realización personal y una marcada ausencia de perspectivas y de proyectos de futuro, que fácilmente desencadena en un cuadro depresivo con síntomas como cansancio, abatimiento, cambios psíquicos, etc.. denominado "síndrome del ama de casa" (González Duro, 1989).

Esta crisis se inicia, con frecuencia, con un sentimiento de pérdida afectiva por la separación de sus hijos. La mujer se muestra triste, dolorida y decepcionada, no se siente útil y acaba deprimiéndose, a menos que obtenga otras compensaciones y gratificaciones o que movilice eficazmente sus mecanismos de defensa.

En otros casos, menos frecuentes, la mujer se percata de que a lo largo de su vida, ha sido una víctima inocente de la familia y de la sociedad. Por ello le surge el resentimiento y un sentimiento de hostilidad. Sólo si esta hostilidad se transforma en un impulso consciente, en deseo manifiestamente agresivo (adquiriendo nuevos roles sociales, y cambiando su modo de vivir en la sociedad), la mujer podrá evitar su caída en la depresión y encontrará una salida positiva para la crisis, lo que requiere el apoyo de su pareja, los familiares y de la comunidad.

Pero estos desequilibrios psíquicos también se dan en mujeres que trabajan fuera del hogar, que además también desempeñan el trabajo tradicional de ama de casa. Moulton (1977) (Cfr. González Duro, 1989) las denomina "mujeres con doble vida". En nuestra sociedad, tradicionalmente rural, la familia proporcionaba a la madre una constante fuente de estima y afecto, así como una estimulación de su identidad personal y de su imagen social. Como consecuencia del descenso del número de hijos y la predominancia de la familia nuclear se ha producido un aumento del "síndrome del ama de casa".

Otros autores hablan, como factores causantes, de la cotidianidad, de las vidas monótonas, vacías y sin objetivos a las que se ven sometidas muchas mujeres, siendo amas de casa. Esta circunstancia genera una ansiedad y malestar. Se configura así un estado depresivo, que en cierto modo es una autoagresión psíquica, donde se toma al "yo" como objeto de

odio. La imagen internalizada de ese objeto genera sentimientos ambivalentes, convirtiéndose en el blanco del odio, y del amor que había sido dirigido hacia el objeto perdido. Esta es la condición intrapsíquica que predispone a la depresión.

Ante la falta de amor, el depresivo desea expresar la intensa ira que siente hacia el objeto amado, pero su dependencia de éste le impide mostrar abiertamente su hostilidad. De modo que, a través de la depresión, la paciente puede vehiculizar su hostilidad hacia las personas más próximas, por las que se siente abandonada.

La mujer que siente esta tristeza vital, se siente indefensa ante el mundo, desamparada e impotente para salir del abatimiento general que le impide vivir activamente. No entiende lo que la ha llevado a sentirse deprimida y, en modo alguno, culpa a nadie de su situación. No encuentra motivos para quejarse de nada ni de nadie, por ello, se atribuye a sí misma la causa de su mal, de su impotencia, de su inutilidad, de su incapacidad para realizar las tareas que siempre hizo y que está obligada a seguir haciendo. Se siente culpable por no cumplir sus obligaciones de siempre, porque causa problemas a los demás, por estar enferma. Con frecuencia reivindica su condición de enferma con síntomas hipocondríacos, para que le presten la atención que necesita. Pero lo que consigue es que su familia la evite y le recrimine sus quejas, lo cual aumenta su aislamiento y refuerza su depresión, hecho que con el tiempo puede llevarla al padecimiento de una depresión grave con necesidad de hospitalización.

Los casos de depresión profunda son menos frecuentes, y suelen aparecer a partir de los 45 años, cuando la mujer comienza a perder casi definitivamente los objetos más significativos en su vida. En la mujer de 35 a 45 años, que aún mantiene fuertes vínculos familiares, la depresión no es, en general, muy acentuada. Suele mejorarse y curarse, pero en ocasiones se producen recaídas y la depresión tiende a cronificarse.

También hay mujeres que, por sus rasgos de personalidad, parecen especialmente predispuestas a sufrir una depresión, es decir, que tienen a

una personalidad "predepresiva". Se trata de mujeres que sólo se sienten satisfechas cuando ven felices a los demás, cuando se saben útiles para los familiares, si no, se sienten inútiles, casi como un estorbo. No saben vivir por y para sí mismas. Y si no se sienten felices, consideran que será culpa suya o porque no lo merecen. Están abocadas a la depresión, a no ser que pudieran ser de otra manera y organizar sus vidas de un modo diferente.

3.3.2. La depresión post-parto

Desde la época clásica se definió un cuadro clínico que presentaban las mujeres en la fase de puerperio. Los estudios recientes sobre esas alteraciones adscriben la sintomatología a tres tipos de síndromes: síndrome transitorio, psicosis puerperal y depresión moderada (Pelechano y Matud, 1990).

De esas alteraciones la depresión post-parto ha sido el síndrome más recientemente identificado y, consiste en la aparición de depresión y ansiedad tras el parto y que persiste después de la primera semana del nacimiento (Cutrona, 1982). Los síntomas más comúnmente encontrados son cambios de humor, desánimo, llanto, irritabilidad, fatiga, insomnio, síntomas de hipocondría y sentimientos de incompetencia y ansiedad ante el recién nacido. Los distintos estudios realizados, sin embargo, son muy dispares en cuanto a procedimientos y muestras utilizadas, por lo que no se ha llegado aún a conclusiones definitivas.

3.4. La Depresión en la vejez

Con la jubilación se produce un "parón" en la vida laboral y profesional experimentándose una redefinición del "tiempo vital" (se tiene todo el tiempo, hay que "matar el tiempo", el tiempo se hace terminal). Este cambio y pérdida se hacen generadores de depresión.

Con la llegada de la vejez, además, se forjan alrededor de la persona de edad dos factores que muchas veces le sitúan al borde de la depresión.

Por un lado, el descenso del nivel de vitalidad, originado a su vez por el envejecimiento fisiológico y psicológico progresivo. Por otro, a medida que se va desvinculando del mundo exterior (vida laboral, familiar y social) va teniendo más posibilidades para profundizar en su intimidad y desarrollar una vida interior más intensa. Esa vida interior muchas veces se ve inundada con la imagen de la muerte, y aunque el anciano suele aceptar la muerte sin temor, es ésta una de las constantes que más le acercan al enfermo depresivo (Alonso Fernández, 1988).

Si bien ha sido éste un tema tradicionalmente poco tratado - de ahí que no se haya podido llegar a conclusiones sobre diferencia de tasas de incidencia entre ancianos y adultos de otras generaciones -, estudios epidemiológicos recientes han comprobado como la depresión se incrementa notoriamente con la edad, alcanzando en los sujetos mayores de 65 años un índice de prevalencia entre el 15 y 20% (Blazer y Williams, 1980; Ben-Arie et al., 1987). Otros estudios apoyan mayores índices de prevalencia entre ancianos institucionalizados.

Según algunos investigadores, la mayor proporción de mujeres respecto a varones disminuye o se invierte con los años (Post, 1968). Gurland añade que si nos fijamos en síntomas más que en diagnósticos clínicos la depresión es más común en las personas con más de sesenta y cinco años.

Post (1972) en un estudio sobre la depresión en la senectud, encontró que había distintos síndromes depresivos. Unos aludieron a una depresión intensa con agitación frecuente y a ideas fantásticas de enfermedad, pobreza o culpa. Otros exhibían comportamiento taciturno, aparentemente vacío, y estado apático, pero con trastornos graves de apetito y sueño. Este segundo grupo representa quizá en su forma más intensa el cuadro que se considera típico de los depresivos ancianos, aunque todos los pacientes tenían algunos pensamientos de tipo alucinatorio.

La etiología de los desórdenes afectivos en la senectud son factores psicológicos, genéticos y los relacionados con el envejecimiento biológico.

En cuanto a los factores psicológicos, Post (1968, 1972) dice que se ha demostrado que la depresión viene precedida por una serie de acontecimientos traumáticos cuya ocurrencia es muy significativa. Entre ellos se encuentran el fallecimiento de alguien cercano, enfermedades físicas, pérdidas de status, internamientos, etc. También confirmó que la estructura de la personalidad de los depresivos tardíos era más resistentes que la de los depresivos tempranos, aunque la tasa de sucesos críticos era parecida en ambos (Post, 1968, 1978).

En cuanto a los factores genéticos parece demostrada la existencia de una relación inversa entre la edad del primer ataque y la influencia de éstos (Mendlewicz, 1976). Por tanto los factores genéticos en la depresión tardía no son importantes ni específicos.

En los factores relacionados con el envejecimiento biológico hay pruebas de que el envejecimiento afecta de alguna forma a la afectividad, por lo que podría ser razonable la deducción de que las tendencias depresivo-ansiosas se crecen a medida que pasan los años y, se convierten en patologías afectivas para dar lugar luego a demencias de tipo senil o cardiovascular. Estudios de seguimiento han demostrado que las demencias en la senectud no aparecen con más frecuencia en los casos depresivos que en la población general de ancianos (Post, 1985).

4. PRINCIPALES MODELOS EN LA CONFIGURACIÓN DE LA DEPRESIÓN INFANTIL: DESARROLLO HISTÓRICO

La primera cuestión que se plantea cuando se habla de depresión infantil es la de su existencia y ello, por dos razones fundamentales: por un lado la posición conceptual respecto a la depresión en la infancia ha sido durante mucho tiempo ambigua; por otro lado, ha sido una cuestión poco estudiada hasta hace unos años y en consecuencia poco tratada en los manuales de psiquiatría infantil. Las breves referencias halladas sobre el tema difieren radicalmente en cuanto a la definición clínica, criterios diagnósticos, etiopatología, etc.

Esa imprecisión terminológica y conceptual ha obstaculizado el estudio de la depresión tanto en la vida adulta como en la infancia (Cantwel, 1987).

A pesar de que el tema de la depresión infantil no fue tratado hasta nuestro siglo, se dispone de varias referencias históricas que hacen alusión al mismo como el libro de Robert Burton sobre la melancolía (1621); o el de George Baker (1755) "De affectibus animo et morbis inde oriundis", tratando más específicamente las causas de la melancolía infantil. Más tarde James Parkinson (1755-1824), que habla de factores educativos inadecuados como elementos causantes de la melancolía en la infancia; y Wilhelm Griesinger (1817-1868) que justifica la existencia de la melancolía y la manía en los niños (Cfr. Mardomingo Sanz, 1994).

Hacia la mitad del S.XIX aparecen dos importantes textos monográficos sobre psiquiatría infantil, el de Delasiauve (1852) "*Lecons sur la manie infantile*", y el de Charles West (1854) "*Lectures on the diseases of infancy and childhood*", que aunque no hacen una alusión

explícita al término de depresión, muchos aspectos evocan las características del cuadro depresivo (Cfr. Polaino Lorente, 1988).

Sin embargo, las primeras referencias sobre la realidad clínica de la depresión infantil han surgido a partir del primer tercio del S.XX con las obras de Augusto Vidal Perera (1907), con su obra "Compendio de Psiquiatría Infantil"; Isidro Martínez Roig (1911), que describe un caso de depresión melancólica delirante en un niño de diez años; Lafora (1913), describe un caso de locura maniaco-depresiva e hipertiroidismo; etc (Cfr. Polaino-Lorente, 1988).

A partir de los años 30 se intensifican los trabajos al respecto entre los que se pueden citar a Robert Gaupp (1932) "Psicología del niño"; Jerónimo de Moragas (1932), quien facilitó el diagnóstico de las alteraciones en el estado de ánimo; Erich Stern (1933), haciendo una descripción de las características del niño deprimido, etc. Pero las verdaderas aportaciones, por su cantidad y especificidad, al campo de la depresión infantil abarcan los últimos 25 años. Su arranque se sitúa alrededor del año 1966 y de la mano de tres acontecimientos (Polaino Lorente, 1988: 32): Rie (1966) publica una obra en la que hace una revisión del tema; Rutter (1966) publica el primer trabajo científico que se conoce sobre hijos de padres depresivos; ese mismo año el *Group for the Advancement of Psychiatry* (GAP) incluye en su clasificación, el síndrome depresivo infantil entre las alteraciones mentales.

De todas estas aportaciones se desprenden, sin embargo, actitudes y opiniones muy distintas entre los profesionales respecto a la depresión en la infancia. Todas ellas pueden resumirse en cuatro enfoques principales vinculados a las distintas escuelas de psicopatología infantil que se han ocupado inicialmente del tema: la *escuela psicoanalítica*, que sostiene la no existencia de este trastorno en la infancia; los que apoyan la conceptualización de la depresión como *depresión enmascarada* o *equivalentes depresivos*; las orientaciones que aceptan la existencia de la depresión infantil pero equiparándola a la adulta, sosteniendo que son *fases de un mismo trastorno* y, finalmente, de origen más reciente, nos encontramos con una escuela formada por los *psicopatólogos del*

desarrollo, que sugieren que los síntomas pueden variar según la edad, por lo que ponen en discusión la aplicación en los niños de criterios establecidos para los adultos. Veamos más ampliamente cada una de ellas.

4.1. Enfoque psicodinámico

Estas posiciones se desarrollan en la década de los 50, y desde un principio se niegan a admitir que las depresiones se den en los niños antes de la pubertad. Este punto de vista se basa en distintas argumentaciones, pero la de mayor relevancia es la psicoanalítica.

La concepción freudiana de la depresión adulta se fundamenta a través de la interacción de las distintas instancias de la personalidad. Rochlin (1959) y Rie (1966) definían la depresión como consecuencia de una desviación de la agresión hacia el propio sujeto, por influencia de un superyó fuerte, es decir, la consideran como el resultado de un conflicto intrapsíquico entre un *super-ego* primitivo y un *ego* desvalido. En torno a ello se postulaba, siguiendo las teorías de Abraham y Freud, que como el *super-yo* no estaría estructurado antes de la adolescencia, no existe la posibilidad de elaborar un síndrome depresivo en la infancia. Rie (1966: 672) dice así:

"Si se conceptualiza la depresión como la pérdida de la autoestima derivada de un conflicto entre el yo-ideal y el yo-actual ("Si mismo"), dado que la utoimagen y el yo-ideal no se constituyen de forma estable hasta el final del período de latencia y durante la adolescencia, no es posible hablar de depresión a edades más avanzadas".

Y Rochlin (1959: 312):

"Dado que el niño no dispone de un superyo lo suficientemente desarrollado e internalizado, la agresión no puede estar dirigida contra el propio sujeto, lo cual es condición indispensable a la hora de explicar el fenómeno depresivo".

Entienden que para que haya depresión en la infancia deben estar suficientemente desarrolladas determinadas estructuras metapsicológicas, que no están adquiridas en las etapas evolutivas infantiles. Por esta razón, la mayoría de los trabajos se han centrado en el estudio de la depresión a partir de la etapa preadolescente. Como esta escuela es la que predomina en aquel momento, el tema queda casi excluido entonces de los manuales de la psiquiatría infantil. A pesar de ello, se cuenta con importantes aportaciones de esa época como las de Bakwin y Bakwin (1953) que tratan los temas de suicidio y depresión anaclítica, o las de Michaux (1953) que trata la depresión infantil de forma clara y contundente (Cfr. Polaino Lorente, 1988).

Más recientemente, Lefkowitz y Burton (1978) expusieron otras razones para explicar la no existencia de la depresión en la infancia. Señalaron que los síntomas considerados como indicadores de un síndrome depresivo sólo son fenómenos transitorios del desarrollo infantil que desaparecen con el paso del tiempo. La explicación que daban a la aparición de determinados síntomas es que, a distintas edades, existen marcadas diferencias en la prevalencia de síntomas depresivos y que muchos de los síntomas característicos de depresión aparecen con mucha frecuencia en niños normales (Cantwel, 1987).

Esta postura de la escuela psicoanalítica, mantenida durante mucho tiempo, ha sido criticada por otros autores psicoanalistas más próximos a la práctica clínica, que puntualizan que la depresión puede aparecer en cualquier edad, dependiendo sus manifestaciones sintomáticas y la experiencia depresiva del desarrollo alcanzado (Arieti, 1978; Bemporad, 1982; Anthony, 1983; etc.). Estos autores llegan incluso a aceptar y definir estados depresivos "normales" asociados a determinadas etapas del desarrollo como la etapa edípica, adolescencia, etc. En este sentido se expresa M.Klein (1921, 1945), al referirse a la "posición depresiva" como una etapa normal y necesaria del desarrollo psicoafectivo. Esta autora es la primera psicoanalista que habla de depresión en la infancia haciendo referencia a tres acontecimientos puntuales:

- El *trauma del parto*, como pérdida del "feliz estado intrauterino", que crea el primer estado angustioso en el niño.
- La *etapa oral*, en la que el niño experimenta su primera emoción en medio de un conflicto entre los impulsos libidinosos e impulsos agresivo-destructivos como consecuencia de la etapa anterior. Sería ésta la "etapa de la ansiedad depresiva". La depresión aparecería del tercero al sexto mes de vida, relacionada con el temor a perder el objeto amado: el pecho de la madre, ambivalencia entre lo bueno y lo malo.
- *Sentimientos de hostilidad hacia el padre*, al verle como posible competidor de las relaciones con su madre. Surgen así las reacciones depresivas, que manifiestan latentes sentimientos de culpabilidad, que el niño en ocasiones sublima para atenuar su ansiedad depresiva.

Según la autora la "ansiedad depresiva" supondría pues, una etapa forzosa en el desarrollo evolutivo del niño. La depresión constituiría una respuesta comportamental normal, incluso con finalidad adaptativa.

A esta autora se le critica la poca contribución que han tenido sus aportaciones en el desarrollo del concepto de depresión infantil, e incluso se ha llegado a decir que las mismas lo que han hecho es confundir más al clínico con sus concepciones antipsicopatológicas, traducidas en un concepto de normalización.

Para Bemporad (1978), el psicoanálisis ortodoxo no atiende a determinados aspectos del desarrollo afectivo infantil. Junto con Arieti (1967) sostiene que la depresión infantil hay que enfocarla bajo los parámetros del desarrollo afectivo y cognitivo del yo, más que bajo los del "superyo" del psicoanálisis clásico.

Simultáneamente a las aportaciones Kleinianas, se abren paso algunas líneas de investigación, con metodologías más científicas y rigurosas, que tratan de explicar ese comportamiento infantil. Entre ellas tenemos los estudios de los efectos que se producían en los niños de corta edad cuando se les separaba, transitoria o permanentemente, de la madre.

Las aportaciones más importantes que se desarrollan en esta línea son las de Spitz (1946), y Bowlby (1952, 1960), y además las de Deutsch, Batwin, Freud y Burlingham, Schaffer et al., Heinicke et al., etc. (Cfr. Polaino-Lorente, 1988). En todos estos trabajos se estudian las relaciones entre separación, experiencias de pérdida y la aparición de comportamientos afectivos patológicos caracterizados por la ansiedad y la depresión. Las conclusiones obtenidas hacen referencia a que, cuando al niño se le separa transitoriamente de su madre o le atiende una madre sustituta, aparece un comportamiento caracterizado por la ansiedad; en cambio, cuando la separación es definitiva y no goza de la presencia de otra figura materna, el nuevo comportamiento que emerge es típicamente depresivo.

Spitz se opone a los autores analíticos que atribuyen al recién nacido una vida mental complicada, llena de fantasías y conflictos entre instintos opuestos, sentimientos de culpabilidad y tendencias a la reparación. En el nacimiento, para Spitz, no hay aún procesos intrapsíquicos; no existe el pensamiento, la sensación, la percepción, ni la voluntad. Sostiene que en el lactante existe, en un principio, un estado inicial indiferenciado (no existe el "yo") a partir del cual y a través de la maduración y el desarrollo, todas las funciones se van diferenciando, adquiriéndose de forma lenta y continua, las distintas estructuras de los procesos psicológicos y, para él, el progreso y el desarrollo psicológico están esencialmente basados en el establecimiento de las "relaciones objetales" y sociales (Spitz, 1946). Esas relaciones objetales se van a establecer en base a dos principios, el "principio del placer" y el "principio de la realidad". Por otro lado, el medio para él está compuesto por un solo individuo, la madre o su sustituto, con la que va a establecer esas primeras relaciones objetales. Durante toda la mitad de su primer año, el niño centra toda su seguridad en la actitud mantenida por su madre. Consecuencia de la seguridad adquirida es el rápido desarrollo de la segunda mitad. Esa seguridad y desarrollo viene determinado por los vínculos o desarrollo afectivo. La función del desarrollo afectivo es la precursora del desarrollo perceptivo. En el desarrollo de la percepción, los afectos de desagrado tienen su parte equivalente a los de placer. Ambos colaboran en la formación del

psiquismo; la inactivación de uno de ellos sólo puede conducir al desequilibrio (Spitz, 1946).

Las críticas que se le hacen a esta teoría, entre otras, es que la privación materna, por sí sola, no es suficiente para producir la aparición de la depresión. Desde esta postura se encuentran trabajos como los de Ainsworth (1969, 1977) que estudia las relaciones entre la conducta de apego y el comportamiento exploratorio, en niños de un año con la madre y sin la madre. Más tarde, las relaciones que se producen con dos tipos de madres, sensibles e insensibles. Las conclusiones a las que llega es que no todos los niños responden deprimiéndose ante la privación materna; que su exposición a situaciones extrañas puede ser tan irrelevante como una mayor o menor presencia de la figura materna, y que lo que de verdad importa es la interacción madre-hijo, es decir, la calidad de esa interacción, no la cantidad de tiempo que la madre está con el niño.

4.2. La depresión infantil enmascarada

Alrededor de los años 60, surgen los conceptos de "depresión enmascarada" y de "equivalentes depresivos" para explicar la depresión en la infancia. Se sostiene que como las construcciones psíquicas y cognitivas no están lo suficientemente consolidadas en el niño, hecho que no le permitirá manifestar su afecto depresivo en forma de humor depresivo, propio del adulto, éste manifiesta su estado depresivo con sintomatología somática y trastornos psicopatológicos diversos ("equivalentes depresivos", "equivalentes conductuales", etc.).

Desde este nuevo enfoque la mayoría de los autores sostienen que la depresión puede ocurrir en la infancia, pero cuando lo hace aparece de forma sumergida, con sintomatología somática y trastornos psicopatológicos diversos, que difieren de las normales manifestaciones depresivas. Estos se traducirían en conductas observables y manifiestas como trastornos de conducta, hiperactividad, enuresis, trastornos del aprendizaje, quejas somáticas, desobediencia, delincuencia, fobias,

irritabilidad, ansiedad de separación, bajo rendimiento escolar, etc. (Toolan, 1962; Bakwin, 1972; Malmquist, 1977; Raskin, 1977). Desde esta perspectiva, la ausencia de estado de ánimo disfórico, anhedonia y otros síntomas característicos de la depresión en el adulto no impiden considerar un afecto deprimido.

Se considera que la "reacción de depresión enmascarada" es la forma más habitual de manifestación depresiva en el niño (Cytryn y McKnew, 1974) más que la conducta y el humor depresivo presentes en el adulto. Por eso manifiesta sus conflictos y estados por vía somático-corporal y conductual, encargándose la edad (hacia el umbral de la adolescencia) de diferenciar y configurar la sintomatología depresiva final (Cytryn y McKnew, 1974; López Ibor-Aliño, 1982; Malmquist, 1977; Toolan, 1962; etc.).

Glaser (1968) es quien más ha defendido esta concepción. Según él los síntomas se dispersarían en los siguientes sectores: problemas conductuales y delincuencia, reacciones psicósomáticas y reacciones psicofisiológicas. López-Ibor Aliño (1982) igualmente sostiene que las depresiones infantiles pueden enmascararse en forma de "trastornos psíquicos" como aislamiento, apatía, aburrimiento, ideas obsesivas, fobias, bajo rendimiento escolar, etc. y, "alteraciones de conducta" tales como conducta delictiva, inhibición, agresividad, agitación, etc.

Cytryn y McKnew (1974) afirman que la reacción de "depresión enmascarada" es la forma más común de presentarse la depresión infantil, en cuanto que la conducta y humor depresivos se presentan con baja frecuencia. Según estos autores hay tres vías de análisis sintomatológico: conducta y humor, fantasías y contenido del sueño y expresión verbal (Polaino-Lorente, 1988).

Toolan (1962) y Sperling (1959) sugieren que los niños son incapaces de manifestar el afecto depresivo como lo hace el adulto y que por tanto representa el desorden a través de otros síntomas: trastornos gastrointestinales y del sueño, cólicos, dolor de cabeza, rabiets, huidas del

hogar y propensión a los accidentes. Este concepto difiere de la "depresión encubierta" descrita por Cytryn y McKnew (1972), quienes la consideran una modalidad infantil de defensa contra los sentimientos depresivos.

Actualmente, y a pesar de la vigencia obtenida en épocas anteriores, el concepto de "depresión enmascarada" ha perdido credibilidad y ha quedado casi abandonado en el marco de la psicopatología depresiva, al igual que el hecho de considerar como "equivalentes depresivos" determinados síntomas (Rutter et al., 1986). Al respecto se prefiere hablar de una constelación de síntomas que formarían parte de un cuadro depresivo manifiesto y abierto propio de estas edades. Lo contrario, supondría caer en un error diagnóstico, al considerar cualquier trastorno psicosomático o conductual como depresión (Alonso Fernández, 1988).

Polaino-Lorente (1988), al analizar la conceptualización que se hace de la depresión desde esta perspectiva dice que con ella lo que se nos plantea es un problema conceptual, pues no nos permite diferenciar si estamos ante un síndrome depresivo o no, al no disponer de criterios adecuados para determinarlo. Ello es debido a que los síntomas que se toman como referencia para diagnosticar la depresión enmascarada, son característicos también de otros desórdenes psicopatológicos que pueden diferenciarse o no de la depresión infantil (Polaino-Lorente, 1988).

Otros autores entre los que destacan Kovacs y Beck (1977), señalaron que el término es engañoso e innecesario. Consideran que esos mismos síntomas se dan en el adulto, y no se supone que enmascaran por ello una depresión, sino que son parte integrante de la misma. Carlson y Cantwel (1979) reafirmaron esta opinión. Para ellos, junto a esta sintomatología se debe apreciar otra propiamente depresiva y concluyen que los trastornos conductuales es típico que se hallen presentes antes del inicio del episodio depresivo, y que a veces son tan significativos que pueden eclipsar la sintomatología depresiva, por lo que expresan que es más frecuente que sea el clínico y no el niño quien enmascare la depresión (Cantwel, 1987). En la misma línea, Petti (1993), afirma que una evaluación clínica atenta y detallada permitirá constatar la presencia de un

síndrome depresivo que la restante sintomatología no enmascara por completo.

Rie (1966) hace una crítica a todas esas concepciones. Sus argumentos son:

- No existe una conexión lógica entre el síntoma equivalente y la supuesta depresión subyacente.
- No hay pruebas de que exista un afecto depresivo del cual el síntoma se considera equivalente.
- La presencia de la depresión se infiere únicamente a partir de fundamentos teóricos, lo que permite suponer que todo niño que no exhiba una manifestación directa de depresión después de una pérdida, debe estar expresándola de alguna otra manera.
- Se ha caído en el error de considerar que todo síntoma susceptible de ser interpretado como simbólico de privación oral (eje. trastornos alimenticios) es un equivalente psicodinámico de la depresión. (Cfr. Bemporad, 1990).

Al respecto Bemporad (1990: 209) dice que

"el concepto de equivalente depresivo contribuyó mucho a confundir el diagnóstico de las depresiones en la infancia, al dar lugar a que se asigne tal calificación a prácticamente cualquier síntoma. De modo que hasta que sepamos más acerca de la vida interna de los niños, conviene abstenerse de usar este cuestionable concepto".

4.3. La depresión infantil como un desorden clínico

Este concepto nace en EEUU. de la mano del DSM-III-R. La denominación científica del concepto es la de Depresión Mayor, y en el cuadro sintomatológico no se aprecian diferencias respecto a la depresión en el adulto. Esta orientación acepta la existencia de la depresión en la infancia, pero equiparándola a la del adulto, sosteniendo que ambas son fases de un mismo trastorno, (Puig-Antich et al., 1982). El hecho de que se abogue por la continuidad del trastorno depresivo a lo largo de todas las

edades no significa que en la infancia no existan unas características propias (Mardomingo, 1994).

Estos autores, al sostener que la depresión se da en la infancia y que los aspectos esenciales del desorden son similares en niños, adolescentes y adultos (Anell, 1972; Cantwell, 1982; Carlson y Cantwell, 1980; Puig-Antich y Gittelman, 1982), consideran que incluso puede diagnosticarse utilizando los mismos criterios e instrumentos que en el adulto (Carlson y Cantwell, 1980; Kashani et al. 1981; McNew y Cytrin, 1979; Puig-Antich et al. 1978, etc.).

Cantwell (1987) señala que existe, sin lugar a dudas, un síndrome clínico de depresión infantil cuyos síntomas esenciales se manifiestan de manera similar a como se presenta el síndrome depresivo en la vida adulta por tanto se puede diagnosticar utilizando los criterios del DSM-III-R. Acepta, sin embargo, que se pueda presentar una sintomatología asociada, ligada a la edad y al estadio de desarrollo, que no enmascaran la depresión, por lo que las manifestaciones de este cuadro no tienen que ser necesariamente idénticas.

El DSM-III-R ha influido decisivamente en la clínica entre la que goza de un relativo prestigio. Los avances que se han logrado en el esclarecimiento de los componentes biológicos, motivacionales, cognitivos y afectivos de la depresión infantil se produjeron al amparo de esta posición conceptual (Polaino-Lorente, 1988), y hoy es uno de los sistemas clasificatorios más utilizados tanto en la clínica como en la investigación.

Sin embargo, en la actualidad son muchas las críticas que recibe pues algunos autores consideran que la subclasificación que hace de los desórdenes afectivos en niños, se ha realizado muy pobremente. Polaino Lorente (1988) opina que tal y como se presentan los subtipos de trastornos en el DSM-III-R, no se puede saber si éstos existen o no. Además añade que porque la depresión se pueda diagnosticar en niños, adolescentes y adultos, no significa las manifestaciones en los distintos grupos tengan que ser necesariamente idénticas (Polaino-Lorente, 1988). En otro apunte Cobo (1992: 27) dice así:

"los criterios empleados por el DSM-III-R no son datos clínicos tratados estadísticamente, sino que más bien parecen el resultado de un consenso burocrático que fija un marco para aplicación de medidas. Creemos que tiene mayor interés una evaluación clínica, es decir, una apreciación de cada caso".

En los últimos años se está tendiendo a revisar el tema, siendo varios los autores que tienden a contemplar la depresión infantil desde una perspectiva evolutiva (Saylor, 1984; Digdon y Gotlib, 1985; Rutter et al., 1986; Kazdin, 1987) (Cfr. Del Barrio, 1990).

4.4. La depresión infantil como aspecto del desarrollo

Alrededor de los años 70 se empieza a producir un despliegue de trabajos que sostienen, tras la observación de que los niños siguen manifestando estados depresivos, que existe un síndrome depresivo "diferencial" en la infancia independiente de la depresión adulta.

Este concepto se deriva de la psicología evolutiva que sostiene que el parámetro de desarrollo es el que puede ofrecer un punto de vista más acertado para el estudio teórico de la depresión infantil.

Bajo este enfoque, basado en los estadios de desarrollo, no se cuestiona la depresión en la infancia, sino el modo en el que ciertas limitaciones cognitivas y afectivas propias de cada período evolutivo, modulan la vivencia y expresión de la depresión (Kaslow, 1985; Arieti y Bemporad, 1990;). Para estos autores, el desarrollo afectivo va ligado al desarrollo de estructuras cognitivas, que se van adquiriendo a lo largo de la infancia. Si los aspectos cognitivos se van modulando y adquiriendo de forma progresiva en las distintas edades, las vivencias afectivas van a ser distintas en los diferentes momentos del desarrollo (Bemporad, 1990), configurándose, entonces, el estado depresivo de una u otra forma en función del estado evolutivo en que se encuentre el niño. Esto equivale a decir que los síntomas van a cambiar a lo largo de los diferentes estadios o

edades y por tanto, en la infancia tendría una sintomatología propia no equiparable a la del adulto (Arieti, 1978; Anthony, 1977; Rutter, 1984; Bemporad, 1982; Nissen, 1971; etc.). Ello nos permitirá diferenciar entre aquéllos síntomas asociados al desarrollo normal, de aquellos más específicos del desarrollo depresivo. Esta sintomatología sería fundamentalmente la relacionada con problemas de conducta, tales como hiperactividad, agresividad, fugas, etc. de ahí que se le haya denominado "depresión enmascarada", pues muchos profesionales equivocan su diagnóstico (Del Barrio, 1990).

La depresión sería, pues, una vivencia afectiva que requiere un elevado nivel de maduración cognitiva, ya que sería imposible sentir ciertas emociones, si no se ha desarrollado la capacidad de hacer una apreciación cognitiva de determinados aspectos de la experiencia (Bemporad, 1990).

Desde esta conceptualización se hace necesario explicar la depresión infantil en el marco del desarrollo general - afectivo, cultural, cognitivo, social y motor -, de ahí que se haya otorgado, desde la psicopatología evolutiva actual, un valor modular y nuclear a la edad y a determinados procesos evolutivos considerados como estructurantes de la personalidad, como el primer año de vida. Con ello se llega a la conclusión de que la depresión puede llegar en cualquier momento del desarrollo infantil y que su sintomatología se dispersa en función de la edad del sujeto (Polaino Lorente, 1988). Nissen (1971), por ejemplo, establece un inventario de síntomas en función de las distintas etapas evolutivas: edad preescolar, edad escolar, preadolescencia y adolescencia.

Aceptar que el síndrome depresivo es vulnerable a la edad del niño, está suponiendo una amplia discusión sobre la aplicación de los criterios de la depresión adulta a los niños. En torno a esta crítica se destacan los trabajos de Achenbach (1978) y los de Rutter et al. (1986). En esta línea, Polaino-Lorente (1988) sugiere que se haga una revisión de los criterios diagnósticos y clasificatorios de las depresiones, pues en su opinión, han

de introducirse nuevas variables, parámetros y dimensiones, que hasta el momento habían sido desatendidas.

4.5. Posición actual

Afortunadamente, hoy la depresión infantil goza de gran autonomía, a pesar de que hemos de destacar la escasez de trabajos que se encuentran dedicados al estudio específico de ésta. Varios autores consideran que la depresión infantil puede existir incluso por debajo de los seis años de edad (Poznanski, 1970; Petti, 1993). En pocos años, ha pasado de ser un concepto ignorado, a constituir una entidad nosológica y clínicamente diferencial respecto a la depresión adulta (Rutter, 1995), situándose en la cresta de la psicopatología infantil.

El cierre del conflicto entre la tesis sobre la existencia o no de la depresión en la infancia lo marcó la célebre polémica entre Costello (1980), defensor de la existencia de la depresión infantil, y Lefkowitz y Burton (1978), negadores de la misma. Lefkowitz y Burton (1978) se basan para apoyar la no existencia en que los síntomas en este período son demasiado frecuentes y además transitorios, a lo que Costello responde puntualizando que la depresión infantil es un síndrome, no unos pocos síntomas. Además añade que este síndrome es duradero y que los síntomas investigados por Lefkowitz y Burton (lloros y falta de apetito) no son los representativos del mismo. Las tesis de Costello fueron apoyadas por varios autores como Kovacs (1977, 1989), Rutter et al. (1986) y el mismo Lefkowitz que se convirtió en uno de los investigadores expertos en depresión infantil.

Toda la polémica anterior ha culminado en dos grandes consecuencias: el establecimiento definitivo de la tesis de la existencia de la depresión en la infancia y, una preocupación por el estudio del tema por mayor número de investigadores, que hasta entonces no se habían ni interesado por esa cuestión (Del Barrio, 1990). Sin embargo, aún reina un gran desacuerdo en torno a su conceptualización y diagnóstico y se sabe muy poco sobre los factores etiopatológicos. Nosotros consideramos que

muchos de los problemas de planteamiento se obviarían, si se reconociera la específica cultura infantil que matiza profundamente la forma sintomática de presentar la depresión.

5. CONCEPTUALIZACIÓN DE DEPRESIÓN INFANTIL

Como hemos podido observar, la falta de acuerdo y la divergencia existente entre los diferentes enfoques, han dificultado la formulación de una definición conceptual única para la depresión en la infancia. Si bien el debate sobre la existencia o no de depresión ya no se plantea ni justifica, ello no soluciona los problemas de conceptualización. En esta dimensión, la depresión no está todavía perfectamente delimitada. Cytrin et al. (1980) hablan de tres puntos de vista opuestos:

- a) La depresión es una "entidad clínica" diferencial que requiere un criterio diagnóstico distinto al usado con los adultos.
- b) La depresión puede englobarse dentro de los trastornos afectivos de los adultos, y por tanto, diagnosticarse bajo los mismos criterios, ligeramente modificados en función de los distintos niveles de desarrollo.
- c) La depresión infantil no representa una entidad clínica válida.

Planteamientos a los que podría añadirse un cuarto, que cuenta en la actualidad con gran número de seguidores (Alonso Fernández, 1988).

- d) La depresión infantil comparte la etiopatología de la depresión adulta, pero sus manifestaciones clínicas difieren de ésta, presentando unos síntomas propios que serán modulados por los diversos aspectos evolutivos y culturales de la personalidad.

Por otro lado, al estar la literatura psiquiátrica marcada por tanta confusión ha llevado a los investigadores a dar varios significados al término depresión. Comúnmente, la interpretación más aceptada es la de aquéllos que la entienden como un *síntoma* (humor disfórico), un *síndrome*

(y así se habla de cambios motivacionales, cognitivos, afectivos, alteraciones psicomotoras, etc.) o un *desorden* (Pearce, 1977; Carlson y Cantwell, 1980). Veamos cada uno de ellos:

- a) *Como un síntoma*: sería como una respuesta a un desajuste sin formar parte de un desorden depresivo. Este desorden puede aparecer como respuesta a una pérdida o desengaño o presentarse sin una razón aparente que la explique, y se le atribuye como único componente el humor disfórico.
- b) *Como síndrome clínico*: hace referencia a un conjunto de síntomas y signos que regularmente ocurren a la vez. Puede ser secundario a otras alteraciones psicopatológicas o primario. Este concepto no sólo incluye la disforia como forma clínica sino también otros síntomas de tipo vegetativos y psicomotores, así como cambios cognitivos y motivacionales. El síndrome clínico de la depresión puede presentarse como el problema principal, pero también puede aparecer acompañado de una gran variedad de trastornos físicos o psíquicos.
- c) *Desorden o trastorno*: posee connotaciones más amplias pues implica la existencia de un síndrome depresivo, y la existencia de un cuadro clínico, una historia clínica y una respuesta al tratamiento característicos, además de determinados correlatos familiares, ambientales y biológicos.

Otras revisiones, sin embargo, han asignado otros significados al término. Veamos algunas de ellas:

Petti (1993) la describe como síntoma y como síndrome. Como *síntoma* implica quejas de tristeza, lloros o está disfórico solitario, desesperado o pesimista. El mal humor, la irritabilidad y las ideas autodestructivas frecuentemente se asocian con el complejo sintomático. Como *Síndrome* constituye un conjunto de síntomas y signos que configuran una enfermedad, un proceso mórbido.

Angols (1988) hace una revisión más exhaustiva sobre los trabajos hechos y concluye que el término depresión puede entenderse:

- Como fluctuación del humor normal llegando a un extremo bajo (Gittelman-Klein, 1977).
- Como infelicidad, con sensación de dolor psíquico y situaciones desagradables, como consecuencia de fracasos importantes (Pearce, 1978).
- Como un rasgo. Hace referencia a una característica estable de personalidad (World Health Organization, 1978).
- Como síntomas individuales. Cuando hay una desviación cuantitativa y cualitativa en la intensidad normal (DSM-III-R).
- Como un síndrome. Correlación de síntomas que aparecen juntos (Carlson y Cantwell, 1980).
- Como un desorden o enfermedad. Se entiende como una desviación de la normalidad (Gittelman-Klein, 1977).
- Como una enfermedad, diferenciada de la anterior pues está marcada por componentes genéticos y patología física, con respuesta específica a determinados tratamientos (Carlson y Cantwell, 1980. Usan los criterios del DSM-III-R).
- Como causa de un handicap. Se sostiene que el síndrome o desorden depresivo requiere ser la causa de un handicap de reconocimiento parecido. (Pearce, 1977) (Cfr. Angols, 1988).

6. CLASIFICACIONES DE LAS DEPRESIONES INFANTILES

6.1. Posición teórica en torno a las clasificaciones de la depresión en la infancia

Como hemos visto en apartados anteriores, en torno a la depresión infantil nos encontramos aún en una situación casi pre-nosológica, puesto que las cosas han sucedido de un modo muy distinto a la depresión adulta; de ahí la dificultad con la que se han encontrado tanto investigadores como clínicos en hacer una clasificación nosológica de las depresiones en la infancia. Una vez analizadas las distintas propuestas dadas por algunos autores, podemos concluir que está aún por construir un sistema clasificatorio claro en torno al síndrome depresivo en la infancia.

Paralelamente a las dificultades que han frenado la constitución de un sistema clasificatorio propio, nos encontramos con la resistencia de algunos autores que se muestran poco favorables de las clasificaciones en la infancia (Laing, 1967; Hersch, 1968; Bandura, 1969; McMillan et al., 1979; Kessler, 1971).

No es ésta sin embargo la razón de peso que ha dificultado la elaboración al respecto, pues son varios los autores que se oponen a la postura anterior defendiendo la necesidad de establecer un sistema clasificatorio de las depresiones en la infancia (Lantwell et al., 1983; Garber, 1984; Rutter et al., 1985; Polaino-Lorente, 1988). Polaino-Lorente (1988) justifica además las razones por las que considera necesario un sistema clasificatorio. Las mismas se pueden sintetizar en las siguiente:

- Nos permitiría simplificar los síntomas, para establecer grupos homogéneos de cara a un tratamiento y predicciones futuras.

- Sin la existencia de una nosología es muy difícil la comunicación entre investigadores.
- "La nosología de las depresiones infantiles tiene un relevante interés social, ya que sin ella no se pueden medir ni cuantificar las alteraciones afectivas, no es factible realizar ninguna investigación epidemiológica, y en consecuencia, no se pueden arbitrar las necesarias medidas para prevenir e intervenir en los programas oportunos" (Polaino-Lorente, 1988: 101).

Y añade, "sin estas *etiquetas*, se ocultaría la verdad de lo que al niño le sucede, se infraestimaría su diagnóstico y, en consecuencia, no se propiciaría el tratamiento debido" (Polaino-Lorente, 1988: 100).

Sin embargo, existen sistemas de clasificación concebidos y desarrollados específicamente para clasificar los trastornos afectivos en la infancia.

Rutter (1978) y Spitzer y Cantwell (1980) han revisado y citado algunas características comunes en las distintas clasificaciones hechas en psiquiatría infantil (Cfr. Cantwell, 1987: 32). Las más importantes son:

- No existe un sistema de clasificación de los trastornos psiquiátricos en la infancia que sea natural o correcto. Los sistemas de clasificación tradicional (GAP y DSM-III-R), dividen los trastornos en categorías, algunos síndromes derivados empíricamente no tienen sus equivalentes en el DSM-III-R y viceversa. La etiología no es el pilar más adecuado para construir un sistema de clasificación.
- Un sistema de clasificación será útil si se basa en hechos y no en conceptos teóricos.
- Las categorías diagnósticas deben ser fiables. Causas de poca fiabilidad: varianza de información, de observación e interpretación y la varianza de criterios.
- Las categorías diagnósticas deben ser válidas. .
- Se clasifican trastornos psiquiátricos en la infancia; no se clasifican niños.

- Será útil si su capacidad de diferenciación e inclusión son adecuados.
- No son entidades (trastornos psiquiátricos infantiles) discretas y no existe una total discontinuidad entre un trastorno y otro.
- Las clasificaciones se deben realizar utilizando como punto de referencia características evolutivas del desarrollo durante la niñez, infancia y adolescencia.
- Debe ser operativa y útil en la práctica clínica.

Tradicionalmente las depresiones infantiles se clasificaron en: *depresiones equivalentes* (equivalentes a la depresión adulta) y *enmascaradas* (las que se acompañan de trastornos de conducta). Pero esta distinción ha sido criticada, puesto que la depresión enmascarada podría ser un trastorno afectivo y no depresivo (Puig-Antich, 1982; Cfr. Del Barrio, 1990).

Actualmente, las posiciones con las que nos encontramos son las siguientes:

6.1.1. Enfoque de la continuidad

Este enfoque sostiene que no hay diferencia entre la depresión en la infancia y la adultez, por lo que no se considera necesario un sistema clasificatorio específico. Esta ha sido hasta hace pocos años la hipótesis más defendida, sosteniéndose que la depresión infantil es una fase de la depresión general. Al respecto Harbaner et al. (1980) dicen así:

"Las depresiones son desconocidas en los niños. Toda depresión en la infancia está enmascarada. Psicopatológicamente no hay ninguna diferencia entre las depresiones de los niños y las de los adultos. Las depresiones somatógenas y psicógenas de los niños son frecuentes, siendo su sintomatología específica de la edad y del desarrollo" (Cfr. Polaino-Lorente, 1988: 109).

Poznanski et al. (1982) se muestran a favor de la hipótesis de la continuidad tras llegar a aunar los distintos criterios del DSM-III-R, el RDC para adultos y, los de Weinberg para niños.

Hoy, sin embargo, este enfoque no goza de mucho crédito, al menos entre los investigadores (Polaino, 1988: 105) y parece muy difícil de defender.

6.1.2. Enfoque de la teoría del desarrollo

Desde este enfoque la fenomenología de la depresión se presenta en un contexto ligado a la edad (Glaser, 1968; Malmquist, 1971; Bemporad y Wilson, 1978; Arieti y Bemporad, 1990) y, a la cultura de la propia infancia (Badillo, 1995).

En contra de la hipótesis anterior, se ha corroborado que la edad modula las manifestaciones sintomáticas, es decir, que en cada período de edad los síntomas son diferentes. Polaino-Lorente (1988), expone que hay claras diferencias en la expresividad sintomatológica de los niños. Del mismo modo Glasber et al. (1982), Bemporad (1982) y Poznanski (1982) sostienen que hay síntomas diferentes y síntomas coincidentes en ambos grupos. Esta posición obliga a reevaluar los distintos síntomas vinculados a las depresiones infantiles desde la perspectiva del desarrollo.

Kovacs (1984) dice que el diagnóstico clínico es diferente en función del diagnóstico realizado. Lo mismo opina Puig-Antich et al. (1985). Arieti y Bemporad (1990) creen que es posible basar una clasificación en el proceso de desarrollo como lo hizo McConville (1973). Al respecto, Bemporad (1990: 200) dice así:

"La posibilidad de que un niño experimente y exprese sentimientos de depresión está limitada por sus facultades cognitivas y afectivas. Es obvio que los factores desencadenantes de una depresión cambian a medida que el niño madura. En última instancia es posible que los interrogantes que plantea la

depresión en la infancia encuentren respuesta cuando sepamos más acerca del desarrollo normal".

6.2. Clasificaciones de la depresión en la infancia

Las clasificaciones de las depresiones en la infancia se encuentran todavía con varias dificultades que impiden una sistematicidad (Del Barrio, 1987) y por tanto dificultades para su comparación. Es por ello, por lo que no se dispone actualmente de sistemas clasificatorios en la infancia de utilidad clínica (Carlson y Cantwell, 1980).

Arieti y Bemporad (1990), partiendo de los parámetros del desarrollo normal hacen la siguiente clasificación:

- a) *Depresión aguda infantil.* Aparece como resultado de una situación externa claramente identificable, vinculada por lo general con la pérdida de atención de una persona amada. Las características de la misma serían: buen ajuste premórbido, proporcionalidad entre los síntomas y parecida intensidad entre los eventos traumáticos padecidos; presencia de un factor precipitante en todos los casos; antecedentes familiares de comportamiento neurótico moderado en ausencia de antecedentes depresivos; incapacidad de utilizar los mecanismos de defensa bien empleados hasta el momento de la aparición del hecho traumático; manifestaciones de negativismo y otros signos correspondientes a la personalidad pasivo-agresiva. Es difícil diferenciarlos de los niños que atraviesan por situaciones de pesar o duelo. Los síntomas depresivos se presentan en períodos de tiempo breve, a menos que persistan las situaciones ambientales traumáticas, recuperándose después rápidamente.

- b) *La depresión infantil crónica.* En este tipo no se detecta un hecho desencadenante y la recuperación es más difícil. Sus características son: presencia de sentimientos y conducta depresiva con inclusión de ideas suicidas desde edades muy tempranas; presencia de depresión crónica en la madre; imposibilidad de encontrar un factor precipitante

inmediato, aunque exista una historia repetida de abandonos, separación conyugal, etc.; en todos los casos al menos uno de los padres había sufrido episodios depresivos; aparición de conductas pasivas, dependientes y desvalidas de larga evolución; ausencia de ansiedad aguda que, de alguna forma, está relacionada con el cuadro depresivo.

Este último grupo coincide con un tipo de depresión infantil observado por Poznanski y Zrull (1970). En los niños estudiados por estos autores la depresión no era una reacción a un trauma inmediato, sino parte de un proceso existencial activo. Además observaron que en muchos casos los padres eran depresivos, trataban con rigidez a sus hijos y los rechazaban abiertamente.

Entre las otras clasificaciones propuestas podemos destacar las de Frommer (1968), McConville, Boag y Purohit (1973), Malmquist (1975) y las de Carlson y Cantwell (1980).

Para Eva Frommer (1968), la depresión es relativamente común en los niños, y distingue tres subgrupos principales:

- *Depresivo enurético*: por la marcada incidencia de enuresis y encopresis. Presentan además problemas de aprendizaje y retraimiento. Se trata de niños infelices, que debido a una combinación de factores sufren un retardo neurológico, problemas de aprendizaje e incontinencia, sin embargo, no parecen deprimidos.
- *Depresión simple*: es el grupo más numeroso de su estudio. Estos niños se caracterizan por irritabilidad, debilidad y tendencia a reiterados estallidos temperamentales. Se observaron trastornos del sueño y signos de depresión.
- *Depresivo fóbico*: con gran incidencia de ansiedad y falta de confianza. Suelen sufrir dolores abdominales u otros síntomas somáticos. Parecen ajustarse al modelo de "fobia a la escuela". Con estallidos

temperamentales pasajeros, que alternan con períodos de conducta apacible y juiciosa. Sugieren síntomas precoces de desórdenes maniacodepresivos.

McConville, Boag y Purohit (1973), han delimitado tres aspectos de la depresión infantil que han correlacionado con factores evolutivos y cronológicos. En función de si el peso recae en uno u otro han propuesto la siguientes categorización:

- *Afectivo*: se da con mayor frecuencia entre los 6 y los 8 años. Se caracteriza por tristeza, llanto, desamparo, desesperanza, retraimiento y pérdida interior, separación y problemas relacionados con la crianza.
- *Autoestima negativa*: se suele dar entre los 8 y 12 años. Se caracteriza por pérdida de autoestima y baja valoración por parte de los otros.
- *Culpa*: se da por encima de los 10 años. Es muy poco común. Generalmente se da tras una pérdida importante. Se caracteriza por culpabilidad excesiva, autoestima punitiva, pensamientos pasivos y activos de autodestrucción y, deseos de restitución tras una pérdida.

Malmquist (1975) las divide en:

- *Depresión asociada a enfermedades orgánicas*: enfermedades degenerativas, infecciosas, metabólicas y deficiencias nutritivas.
- *Depresión por carencia afectiva*: depresión anaclítica, caracteropatía atímica.
- *Depresión asociada con trastornos en el proceso de individualización*: problemas de separación-individualización y fobias escolares con componente depresivo.
- *Equivalentes depresivos o depresiones enmascaradas*: somatización, hiperquinesia, alteraciones del apetito.
- *Estados maniaco-depresivos*.
- *Depresiones en la adolescencia*. (Cfr. Ayuso y Sáinz, 1981).

Carlson y Cantwell (1979, 1980), utilizaron la nosología de depresión primaria y secundaria para clasificar trastornos en niños y adolescentes que reunían los criterios del DSM-III-R. Por tanto sigue el mismo esquema que la clasificación primaria secundaria propuesta en la depresión adulta.

Como podemos observar nos encontramos ante un aspecto de la depresión en la infancia muy poco fundamentado. Los distintos problemas conceptuales y etiológicos han impedido la elaboración de una buena clasificación nosológica. Al respecto, Del Barrio (1987) sugiere un nuevo planteamiento diagnóstico que permita la evaluación de cualquier tipo de alteración, paso previo para la posterior clasificación.

7. FORMAS CLÍNICAS DE LA DEPRESIÓN INFANTIL

En este apartado, trataremos de hacer una presentación de cuál es hoy la situación en torno a las características de la depresión en la infancia.

Como hemos señalado anteriormente, tradicionalmente se ha venido sosteniendo una similitud entre la depresión adulta y la infantil (Rutter, 1972; Cytryn y McKnew, 1972; Puig-Antich, 1978; Spitzer et al. 1978). Sin embargo, otros estudios sostienen la existencia de diferencias evidentes entre ambas al creer que la inmadurez cognitiva y emocional de los niños debe producir manifestaciones diferentes (Conners, 1976; Del Barrio, 1987; Bemporad, 1990). Finalmente encontramos un tercer grupo más conciliador que sostiene la existencia de síntomas comunes y otros específicos de la infancia asociados al propio desarrollo (Cantwell, 1982; Alonso Fernández, 1988; Frías et al., 1990).

Esta última perspectiva es la que hoy goza de mayor solidez científica. Se enmarca dentro de la Teoría del desarrollo y parte de la premisa de que el síndrome depresivo puede tener en las distintas edades un origen común y una patogenia similar, pero con variaciones importantes en el cuadro clínico, dictadas en gran parte por el estadio evolutivo del sujeto. Por esa razón se considera la edad (Frías et al., 1990) como una variable que incide en la configuración de los síntomas depresivos. Dependiendo del nivel de maduración cognitivo y afectivo de cada edad se van a producir manifestaciones depresivas diferentes.

La investigación infantil desde esta perspectiva, por tanto, se muestra complicada debido a las características evolutivas del niño, siempre en continuo cambio. Por otro lado, no hay un común acuerdo sobre cuál es el perfil característico de niño depresivo en general, desconociéndose aún más descripciones específicas para cada nivel de edad. Los distintos

autores utilizan criterios diferentes, lo que dificulta enormemente el acercamiento en la definición del cuadro sintomatológico. Por ejemplo, Poznanski y Zrull (1970), exigen que el niño sea descrito como triste, desgraciado o deprimido. Puig-Antich et al. (1978), emplean los criterios del RDC (humor disfórico y síndrome depresivo). Murray (1970), habla de 8 síntomas principales: depresión, trastorno del sueño, temor a la muerte, retraimiento social, absentismo escolar, quejas somáticas, agresión y ansiedad general. Doménech y Polaino-Lorente (1990) junto a muchos otros, usan los criterios del DSM-III-R. Lefkowitz y Burton (1978) manifiestan, por otro lado, que la prevalencia de muchos de los síntomas del síndrome depresivo infantil es tan elevada en los niños normales que tales síntomas pueden no ser estadísticamente atípicos (Cfr. Petti, 1986).

A pesar de la incertidumbre y el desacuerdo existente, nos encontramos con algunas propuestas más sólidas y elaboradas como las de Nissen (1973, 1987) o Bemporad (1990). Estos autores proponen perfiles sintomáticos en función de la edad. Nissen además añade diferencias referidas al sexo. Según él las niñas suelen ser tranquilas, inhibidas, con tendencia a las fluctuaciones del humor, y "son buenas y se portan bien"; por su parte los niños presentan dificultades para establecer contactos, tendencia al aislamiento, inhibiciones de aprendizaje e irritabilidad, dificultades escolares y agresividad (Cfr. Ayuso y Sáinz, 1981).

Expondremos a continuación el perfil que hemos configurado, después de analizar los distintos síntomas propuestos por los distintos autores para cada uno de los periodos de edad.

7.1. Estados depresivos en lactantes y primera infancia

Las primeras contribuciones al respecto hacen referencia a los estudios de Rene Spitz (1946) que estudia la reacción de los bebés ante la separación de la madre.

Para Spitz los bebés desarrollan estados de angustia y depresión a partir de la ambivalencia que sienten entre los instintos libidinales y agresivos que se sienten hacia su madre o sustituto. Por otro lado, el niño halla toda su seguridad en la actitud mantenida por su madre, seguridad que viene determinada por la calidad de los vínculos afectivos que establece con ella. Si esa seguridad se ve alterada (abandono materno) se producirá un desequilibrio en el desarrollo.

En el desarrollo de la angustia Spitz establece tres fases:

- a) *Traumatismo del nacimiento*: definida por Freud como estados de tensión. Son manifestaciones psicológicas aún arcaicas y duran hasta la octava semana.
- b) *Estados de tensión*: se manifiesta en situaciones más específicas del desarrollo. Se empiezan a producir hacia el tercer mes, como respuesta a percepciones de desequilibrio interior. Se desarrolla una reacción de "miedo" que tiene su origen en experiencias desagradables del entorno.
- c) *Angustia de los ocho meses o primera reacción de angustia propiamente dicha*: se produce ante el contacto con extraños alrededor de los 8 meses. El niño a esa edad ya diferencia al extraño del amigo y reacciona con angustia. Pero la reacción de miedo ante un extraño no implica que anteriormente haya tenido experiencias desagradables con extraños, sino que proviene de la angustia y el miedo de no volver a ver a su madre (Spitz, 1946).

Partiendo de estas teorías Spitz centra su investigación en comprobar los efectos que producen en el niño la separación de sus madres. Los niños, al ser separados de éstas reaccionaban con actitudes y comportamientos patológicos, produciéndose en el niño lo que Spitz llama "trastornos de carencia afectiva". Estos trastornos suelen ser de dos tipos en función del tipo de deprivación: por carencia parcial y/o por carencia total.

- a) *Trastornos por carencia afectiva parcial*. Generado a partir de situaciones vividas por niños que se vieron privados de sus madres

después de 6 meses de buenas relaciones con ellas. El sustituto que se les proporcionó no les satisfizo y manifestaron un cuadro clínico que progresaba en el tiempo si la separación continuaba. Spitz denomina este cuadro *depresión anaclítica*. Esta se iba agravando mes a mes, en función del tiempo que duraba la separación. El perfil característico, según Spitz era:

- Primer mes: los niños se vuelven llorones, exigentes y se aferran al observador que toma contacto con ellos.
- Segundo mes: los lloros se transforman en chillidos. Hay pérdida de peso. Estacionamiento del desarrollo.
- Tercer mes: rechazo del contacto. Posición patognomónica (los niños permanecen la mayor parte del tiempo acostados boca abajo en la cuna). Insomnio. Continúa la pérdida de peso. Tendencia a contraer enfermedades intercurrentes. Generalización del retraso motor. Rigidez de la expresión facial.
- Después del tercer mes: se fija la rigidez del rostro. Los lloros cesan y son reemplazados por gemidos extraños. El retraso aumenta y se convierte en letárgica. Si se restituye la madre al niño, o se consigue hallar un sustituto aceptable para éste antes que transcurra un periodo crítico situado entre los finales del tercero y del quinto mes, el trastorno desaparece con sorprendente rapidez. Hemos llamado a este trastorno depresión anaclítica, debido a la semejanza que presenta con el cuadro cínico de la depresión en el adulto. Insistimos en considerar la estructura dinámica de la depresión anaclítica completamente distinta de la depresión en el adulto. (Spitz, 1946: 108-109).

b) *Trastornos por carencia afectiva total*. Estas investigaciones ha sido llevadas a cabo con niños de orfanatos separados de sus madres alrededor de los tres meses, confiándoles a los cuidados de una niñera que atendía a varios niños a la vez. Los cuidados materiales eran perfectos, pero al ocuparse la niñera de varios niños, éstos recibían solo parte de todo el afecto maternal, lo que se considera como una total carencia afectiva. Este cuadro entraría también dentro de lo que él

denomina "depresión anaclítica", y Spitz (1946: 111) lo describe del modo siguiente:

"Una vez separados de la madre, estos niños pasaron rápidamente por los estados que hemos descrito en los casos de privación parcial. Tras ellos, el retraso motor se hizo plenamente evidente. Estos niños, de pasividad total, yacían en sus cunas, con el rostro vacío de expresión, con aire generalmente idiota y presentando con frecuencia una coordinación ocular defectuosa".

El desarrollo se retrasa en todas sus dimensiones, llegando a extremos de no ponerse de pie ni hablar a los cuatro años. "La poca resistencia a las infecciones, por una parte, y el deterioro progresivo, por otra, dieron a estos niños un porcentaje extremadamente elevado de marasmo y de muerte" (Spitz, 1946: 112).

Otros estudios similares a los Spitz fueron los de Engel y Reichsman (1956). Ellos postularon una reacción infantil innata de "retraimiento de conservación", síntomas similares a la actitud de resignación del adulto depresivo. La diferencia que establecen respecto al adulto es que los niños carecen del componente esencial del desorden del adulto, la formación de un *superyo* cruel.

Bowlby (1960), continuó en esta línea sus estudios. Sugirió que la madre despierta actitudes instintivas de apego en el bebé, y éste, a su vez, moviliza actitudes innatas de apego en ella. Si se les separa, los bebés parecen entristecer y al tiempo se retraen en una especie de estado defensivo. Pero a este estado, aunque tenga connotaciones depresivas, él no lo denomina estado de depresión, sino de "duelo" secundario a la separación y le denomina "hospitalismo". El cuadro clínico observado por Bowlby sigue el siguiente proceso:

- *Etapa de protesta*: a través de llantos y chillidos trata de restablecer el contacto con la madre.

- *Etapa de desesperación*: todavía tiene esperanzas de reunirse con la madre, pero su llanto es menos convulso y constante. Finalmente cae en el silencio, disminuye sus movimientos, y se comporta como auténtico deprimido.
- *Etapa final de defensa o desapego*: el bebé parece haberse recuperado de la pérdida y reacciona ante otros adultos. Se muestra otra vez contento y sociable, pero ya no individualiza a su madre y hasta puede ignorarla si ésta reaparece (Bowlby, 1960).

Otros trabajos como los de Dennis y Najarian (1957) y Malmquist (1971) postulan que la falta de estímulos cognitivos, e incluso la desnutrición pueden dar lugar a conductas similares a la depresión del adulto como llantos, protestas y retraimiento.

La ausencia de la madre, como expresó Piaget, provoca el deterioro del desarrollo psíquico, sea en el plano de los afectos, del conocimiento o de la motricidad. Probablemente al formar todas las funciones en esa edad una unidad, la pérdida de la madre puede ser equiparable a la pérdida de estímulos o de alimentos (Bemporad, 1990). Por ello Bemporad (1990) se muestra partidario de interpretar esas reacciones patológicas en los bebés más como privaciones de su desarrollo que con padecimientos depresivos, al igual que Bowlby, ya que al tiempo el bebé sale de su retraimiento y comienza a interrelacionarse con los demás.

Algunos autores, como Alonso Fernández (1988), interpretan hoy los cuadros depresivos en lactantes descritos por Spitz, Wolf y Bowlby, como una "reacción regresiva" al abandono o a la privación afectiva más que como una depresión. Al respecto Alonso Fernández (1988: 258) dice así: "hay que ser cautos y no confundir una depresión con una regresión".

Puig-Antich et al. (1978) desde posturas conductistas, al respecto, dice que aunque hay una gran relación entre la ansiedad de separación y la depresión en la primera infancia, abundan los trastornos depresivos de los niños sin ansiedad de separación.

7.2. Estados depresivos en la temprana infancia: edad preescolar

En este periodo de edad, son muy escasos los estudios realizados en torno a la depresión. Es por ello por lo que se ha llegado a concebir, de forma generalizada, la idea de que la depresión es muy rara entre los doce y dieciocho meses y la fase edípica (Alonso Fernández, 1988), aunque sí se sostiene que puede ser una época crucial para sentar las bases de ulteriores episodios depresivos.

Esta etapa se caracteriza por la individuación psicológica. El niño no se contenta sólo con recibir y quiere hacer cosas por si mismo e intenta satisfacer su voluntad en ese sentido, aún corriendo el riesgo de ser censurado por sus padres.

En esta circunstancia los padres suelen insistir en que su hijo muestre un comportamiento perfecto, con lo que los niños sienten amenazados sus deseos. Esas amenazas si son excesivas pueden generar inhibición, actitud que puede engendrar ulteriores autonegaciones y temores hacia la propia realización (Bemporad, 1990). Esta situación, añade Bemporad (1990), se complica cuando además uno de los padres es depresivo, e incapaz de participar de la alegre excitación que experimenta el niño al descubrir el mundo. Las raíces de la depresión, por tanto, parecen encontrarse en el castigo y la falta de respuesta por parte de los padres a las normales actitudes de exploración y aprendizaje (Bemporad, 1990).

Ante estos hechos los niños se suelen volver tristes y temerosos, renunciando a su propia gratificación para obtener la satisfacción de los padres. Sin embargo, no se suele identificar este estado como depresivo sino con predisposición a padecer depresión, puesto que se va configurando un estado de ánimo susceptible de modificación en función de las circunstancias y por tanto, sus comportamientos están regidos más por demandas externas que por deseos propios.

En esta misma hipótesis se sitúan las conclusiones del trabajo de Mahler (1966), que no notó verdaderos síntomas depresivos en la temprana infancia, pero sí actitudes que parecían indicar una predisposición a la depresión en épocas ulteriores.

Anthony (1975), al contrario que Mahler (1966), sostiene que son muchos los síntomas que se manifiestan a estas edades y que, si no se presentan es por la incapacidad del niño de expresar con palabras cómo se siente.

Expondremos a continuación algunos cuadros descritos para estos niveles de edad, observados en niños identificados como deprimidos.

Tabla 1. Cuadro sintomatológico depresivo en la primera infancia.

FROMMER (1971)	NISSEN (1973)	BEMPORAD (1990)
- Enuresis.	- Insomnio.	- Tristeza.
- Anorexia.	- Anorexia.	- Miedos.
- Insomnio.	- Crisis de llanto y gritos.	- Seriedad.
- Molestias abdominales y ansiedad.	- Situación prolongada de carencia afectiva.	- Inhibición.
- Respuesta favorable a la medicación antidepr.		- Aferramiento.
		- Desaprobación por padres.

7.3. Estados depresivos en los periodos intermedios y final de la infancia: edad escolar

Es en torno a este periodo de edad donde se está llevando a cabo un mayor volumen de investigaciones y publicaciones sobre los estados depresivos. En contra de lo que siempre se creyó, que este periodo de edad era un periodo de latencia (Freud, Piaget), hoy se ha podido comprobar la existencia de una vida interior más intensa y un alto riesgo de caer en depresión. Se considera esta edad como límite a partir de la cual la frecuencia depresiva se acrecienta progresivamente (Alonso Fernández, 1988).

Varios autores (Cytryn y McKnew, 1972; Weinberg et al., 1973; McConville et al., 1973) han confirmado la existencia de síndromes depresivos semejantes a los observados en adultos. En general, presentan periodos prolongados de tristeza, como respuesta a tensiones ambientales crónicas. Los distintos autores los definen como niños desdichados, aunque no pueden identificar los motivos de su aflicción.

Otros autores, Sandler y Joffe (1965), Poznanski y Zrull (1970), al estudiar estos casos, observaron una transformación cognitiva que se traducía en la aparición de miedo generalizado hacia todos los seres humanos y sentimientos de que nunca podrían alcanzar sus metas, por lo que no tenía sentido esforzarse. Estos sentimientos sugieren la presencia de rasgos depresivos. En general, en estos casos se observaban frustraciones causadas por oposiciones, desaprobaciones y carencias afectivas de los padres, lo que iba generando impotencia, desesperanza, y más tarde, infravaloración. Vendría a ser lo que Seligman (1975) llamó "indefensión aprendida o adquirida".

Estos períodos de tristeza y desesperanza, sin embargo, suelen ser breves, circunstancia que se explica por las propias características de esta edad en la que los chicos suelen estar muy predispuestos a defenderse de sentimientos displacenteros (Bemporad, 1990). Esta característica puede explicar también la denominada "depresión enmascarada": el niño, aparte de que por sus características presta más atención a los estados agradables, conserva una gran capacidad de olvidar las cosas cuando no se enfrenta con ellas. Ello, unido al normal hedonismo infantil, nos hace comprender por qué los síntomas depresivos a estas edades son raros y fugaces (Bemporad, 1990). Por otro lado muchos niños y adolescentes suelen avergonzarse de demostrar tristeza o depresión y disimulan estas emociones con una afectada jovialidad (Toolan, 1962). Paralelamente a estos estados de tristeza, el fracaso escolar es el fenómeno más constante que acompaña al trastorno depresivo.

Veamos a continuación una descripción general de los síntomas encontrados por distintos autores en este periodo de edad.

Tabla 2. Cuadro sintomatológico depresivo en los periodos intermedios y final de la infancia.

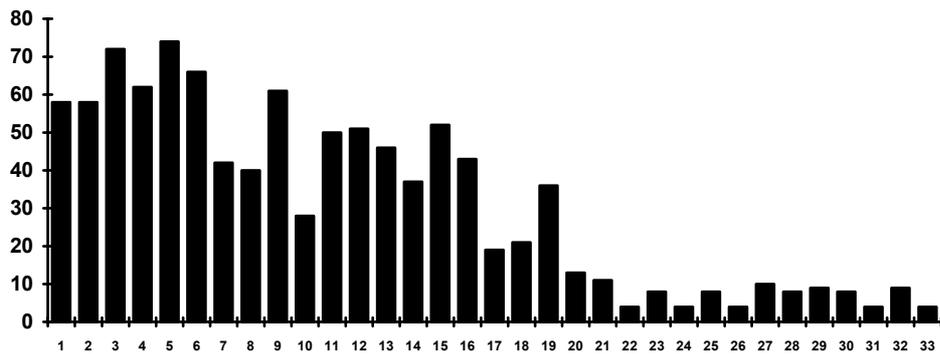
HARRINGTON Y HASSAN (1958)	NISSEN (1971)	AYUSO Y SAINZ (1981)
<ul style="list-style-type: none"> - Crisis de sollozos. - Irritabilidad. - Abatimiento. - Temor a la muerte propia o a la de los padres. - Quejas somáticas. - Pérdida de impulso. - Pérdida de apetito. - Inadaptación escolar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inhibición afectiva. - Irritabilidad y llanto. - Problemas de aprendizaje. - Resistencia a jugar. - Timidez. - Molestias psicossom. - Enuresis y Onicofagia. - Manipulación de los genitales. - Miedos nocturnos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tristeza. - Sollozos sin motivos. - Voz y tono monótono. - Descenso del rendimiento . - Enlentecimiento del pensamiento. - Dificultades de atención y memoria. - Inhibición y aislamiento. - Miedos nocturnos y fobias. - Síntomas somáticos.

ALONSO FERNANDEZ (1988)	BEMPORAD (1990)
<ul style="list-style-type: none"> - Molestias psicossomáticas e insomnio. - Llanto frecuente y negativismo. - Trastornos de conducta (rebelde, violenta, hiperactiva, agresiva) y pérdida de peso. - Rechazo a la escuela y bajo rendimiento. - Ansiedad, desmotivación, aislamiento. - Dificultades de concentración y pensamiento. - Discomunicación intelectual. - Falta de la energía psíquica habitual. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tristeza generalizada como respuesta automática. - Rechazo parental. - Pérdida de actividades gratificantes.

Del Barrio (1990) ha hecho un excelente trabajo en el que revisó todas las características propuestas por los distintos autores para este periodo de edad. Posteriormente, reagrupó todos aquellos síntomas que

tenían el mismo contenido, y analizó el porcentaje de aparición de cada uno de ellos en el conjunto de los perfiles propuestos por los distintos autores. Al ser un trabajo muy completo, reproduciremos a continuación la tabla donde recoge y representa gráficamente el peso de cada síntoma.

Figura 1. Porcentaje de síntomas depresivos recogidos por los distintos autores



1. Disforia	7. Quejas somáticas	13. Anhedonia	19. Dif. concentración	25. Oposicionismo	31. Sent. pérdida
2. Ideas suicidas	8. Trast. escolares	14. Desesperanza	20. Hiperactividad	26. Conformismo	32. Sent. no querido
3. Trast. sueño	9. Agitación, agresión	15. Relent. motora	21. Onicofagia	27. Fobias	33. Regresión
4. Trast. peso y apet.	10. Irritabilidad	16. Pesimismo	22. Tics	28. Masturbación	
5. Baja autoestima	11. Llantos	17. Ansiedad	23. Expresión fija	29. Pérdida de apego	
6. Probl. socialización	12. Astenia	18. Enuresis-Encopr.	24. Masoquismo	30. Trast. Relac. Famil	

En general observamos un escaso acuerdo entre los autores respecto a los aspectos más relevantes de la depresión infantil. Por ello, urge definir un modelo desde el marco del desarrollo general (afectivo, cognitivo, cultural, social y motor), en el que las características y limitaciones afectivas y cognitivas de cada etapa articulen y den forma a la afectividad y los trastornos afectivos en el niño.

8. FACTORES ETIOLÓGICOS RELACIONADOS CON DEPRESIÓN INFANTIL

La etiología de la depresión en la infancia constituye un tema poco maduro a causa de la deficiente conceptualización del síndrome depresivo infantil. Como dicen Polaino-Lorente y García Villamisar (1993) son todavía muchas las preguntas sin respuesta y, "aunque es mucho lo que en las últimas décadas se ha avanzado en la lucha contra la enfermedad depresiva, todavía es más lo que nos queda por hacer" (Polaino-Lorente y García Villamisar, 1993: 4).

Entre los factores más frecuentemente aducidos como generadores de depresión infantil se citan el temor a la separación de los padres, la vivencia del divorcio parental, el bajo rendimiento escolar, la falta de confianza en sí mismo, la ausencia de amigos y compañeros, etc.

Junto a todos estos factores se insiste en la importancia del nivel de vulnerabilidad originado por la sobrecarga afectiva y/o sobreprotección familiar, o por el abandono parental. Algunos autores insisten en que en los niños más pequeños parecen predominar factores de separación y crianza, mientras que en los mayores suelen ser más determinantes la baja autoestima y las pérdidas de personas, animales o cosas queridas.

Cobo (1992) habla de una "condición depresiva" en la que engloba dos tipos de factores intervinientes: una "forma de ser" que hace referencia a un tipo particular de personalidad y una serie de "factores o condiciones" que facilitan la aparición de la depresión. En la misma línea se sitúa Beck (1983) que habla de la interacción entre factores que predisponen al desarrollo del síndrome y variables que lo precipitan. Por tanto esas variables etiológicas sólo producirían patología "si encuentran eco en la individualidad" (Cobo, 1992: 179) o un estado de

vulnerabilidad en ese determinado momento que le predispone. En el niño, añade Cobo (1992: 179), la depresión es "una enfermedad más condicionada desde el interior de su persona que desde fuera. No es suficiente una desgracia grande en la vida del niño para que enferme de depresión; hace falta que esa desgracia se encuentre con una disposición interior del niño, con una sensibilidad especial, con una etapa vulnerable de su desarrollo para que la mezcla resulte depresiva".

Sin embargo, independientemente de la predisposición interior de cada individuo, se ha podido comprobar cómo determinados acontecimientos en la vida del niño han podido ser determinantes en el desencadenamiento de una depresión. En torno a ellos se han establecido varias hipótesis etiológicas.

Petti (1993) describe la enfermedad depresiva como una senda psicobiológica final, que depende de la interacción de varios factores que incluyen: vulnerabilidad genética, acontecimientos del desarrollo, acontecimientos psicosociales, estresantes fisiológicos y rasgos de personalidad. Este autor hace una descripción de los distintos modelos etiológicos de cinco escuelas principales: psicoanalítica, conductual, sociológica, existencial y biológica.

a) *Escuela psicoanalítica.* Hace hincapié en el modelo de Abraham-Freud de la "cólera replegada". Es decir, la desviación hacia dentro del instinto agresivo causado por la pérdida de un objeto amado de forma ambivalente. Este instinto agresivo se convierte entonces en afecto depresivo. Otros modelos dentro de esta escuela son los de Spitz (1946), Horney (1950), Bowlby (1960), etc. El modelo de depresión de Beck (1967), que defiende el concepto de "triada cognitiva depresiva" (visión negativa de sí mismo, del ambiente y del futuro), es considerado como puente entre el modelo psicoanalítico y conductual.

b) *Modelo Conductual.* Abarca dos modelos: el modelo de "indefensión aprendida" de Seligman (1973) que consiste en la incapacidad individual para escapar de circunstancias aversivas y, el modelo de

"pérdida de reforzamiento" de Lewinsohn et al. (1969). El primero se relaciona con la pérdida de reforzamiento, frustración crónica y pérdida de control sobre las relaciones interpersonales, estado cognitivo negativo, desesperanza etc. En la medida que los niños son conscientes de su ineficacia o de su fracaso, van perdiendo su autoestima y se vuelven incapaces de resolver tareas que habían resuelto antes. Dweck (1975) demuestra que los niños experimentan indefensión y cogniciones negativas tras fracasar en una tarea. El segundo modelo, que se relaciona con el primero, al ser el sujeto incapaz de obtener reforzamientos positivos, se vuelven vulnerables a la depresión y/o al aislamiento. Esta falta de reforzamientos se produce bien porque el sujeto carece en su ambiente de los mismos o, por una incapacidad para obtenerlos a causa de déficits en sus habilidades sociales. Lewinsohn et al. (1968) hallaron como antecedente de comportamientos depresivos una falta de reforzamiento positivo (Cfr. Petti, 1993).

- c) *Escuela sociológica*. Defiende un modelo centrado en la ruptura de la autoestima individual (Cfr. Petti, 1993).
- d) *Modelo existencial*. Similar al sociológico, en que la depresión resulta de una pérdida del significado de la existencia (Cfr. Petti, 1993).
- e) *Modelo biológico*. Se basa en la *Teoría Aminobiogénica* en la que se considera que las alteraciones en la neurotransmisión monoaminérgica son la base de la depresión. A pesar de que son varios los autores que defienden la existencia de este componente biológico en los trastornos depresivos (Weinberg et al., 1973; Petti, 1987; Puig-Antich et al., 1987; entre otros) no se ha podido demostrar suficientemente que las depresiones en los niños cuenten con un componente biológico. Sin embargo se ha comprobado que los síntomas asociados a la depresión experimentan gran mejoría con tratamiento de antidepresivos tricíclicos (Petti, 1987).

En apoyo a esta teoría biológica de la depresión se está desarrollado una línea de trabajo que trata de demostrar la existencia de una disfunción fisiológica como tiroidismo, reducción hipofisaria de la estatura, tumores cerebrales, trastornos neurológicos, etc. Finalmente dentro de este modelo se han encontrado causas familiares. Efectivamente, los hijos de padres con trastornos psiquiátricos en general y depresivos en particular parecen mostrar una vulnerabilidad especial a la depresión.

Como complemento a esta clasificación, podemos añadir el *Modelo Cognitivo*, no contemplado por este autor.

f) *Modelo Cognitivo*. Desde esta perspectiva se considera a la depresión como una sofisticada vivencia afectiva que requiere un elevado nivel de maduración cognitiva. Las distintas experiencias del sujeto van creando unos esquemas cognitivos que hacen que se vea a sí mismo y al mundo de forma negativa. Estas limitaciones cognitivas van a ser distintas dependiendo del periodo evolutivo en el que se encuentre el niño, por lo que las vivencias serían distintas en función del nivel de desarrollo adquirido (Bemporad, 1990).

Una vez descritos someramente los modelos de análisis de la depresión en la infancia, y siguiendo los criterios de Alonso Fernández (1988) planteamos que pueden distinguirse cuatro formas etiológicas en la depresión infantil, al igual que en la adulta: *endógena*, *sintomática*, *situacional* y *neurótica*.

Hemos afirmado anteriormente que las manifestaciones sintomáticas de la depresión infantil son diferentes de las que aparecen en la adolescencia y adultez, debido a que su cultura también es diferente, y como hemos afirmado, el particularismo diferencial se constituye en vehículo específico de la sintomatología. Pero esto no significa que no podamos homologar la etiología de la depresión en todas las edades del ciclo vital.

8.1. Depresión endógena

En la *etiología endógena* aludiremos a las causas biogenéticas y orgánicas.

a) *Causas genéticas*. Son varios los autores que atribuyen la causa de los trastornos afectivos a la herencia (Nurnberger y Gershon, 1985; Poznanski et al., 1982) aunque los datos de los que se dispone en la actualidad no son lo suficientemente demostrativos como para apoyar esta afirmación. Se desconoce aún concretamente cómo se efectúa la determinación genética, si hay un gen concreto ligado a la enfermedad o no, pero la convicción clínica y distintos datos de investigaciones hechas en esta línea han demostrado que un factor genético juega un papel importante en la vulnerabilidad a los trastornos depresivos, sobre todo de padres a hijos. Sin embargo algunos estudios con gemelos (Thapar y McGuffin, 1994), han tratado de separar la influencia genética y la ambiental encontrando que los trastornos aparecen de forma heredada, aunque se modifican por la acción del ambiente, lo que nos permite sugerir que lo verdaderamente importante en la detección de factores de riesgo son las situaciones traumáticas en la vida del niño.

Este tipo de investigaciones se han centrado mayoritariamente en el estudio de grupos de gemelos, a partir de los cuales aparecen claras evidencias a favor de la hipótesis de la heredabilidad; estudios de adopción cuyos padres biológicos padecían algún tipo de trastorno depresivo, siendo los resultados también favorables a la hipótesis; y estudios familiares en los que se analiza, sobre todo, la incidencia de depresión en hijos de padres depresivos.

b) *Causas biológicas*. Se basan en que las alteraciones neuronales y bioquímicas y los mecanismos neurofisiológicos implicados en la neuroregulación de las alteraciones afectivas, se acompañan y manifiestan a través de alteraciones biológicas a las que se denomina

marcadores biológicos (Post et al., 1984). Según Paykel (1985), probablemente, cada uno de los efectos de tipo psicológico de un suceso crítico tiene un sustrato neurofisiológico que está relacionado con ciertos aspectos neuroquímicos, fisiológicos y farmacológicos del funcionamiento del sistema nervioso central; estos factores activan los circuitos que regulan el estado de ánimo, y de esta forma, llega a producirse la depresión.

Son varios los estudios de este tipo hechos con adultos; sin embargo, este componente biológico (sustancias neuroquímicas en sangre y orina, ciclo del sueño, funciones neuroendocrinas, etc.) es complejo y bastante discutido (Cobo, 1992).

8.2. Depresión sintomática

Las causas *sintomáticas* hacen referencia a la acción de otras enfermedades o la influencia médico-hospitalaria. Al respecto, es preciso anotar la importancia que tiene el prolongado internamiento de los niños en hospitales ("*hospitalismo*"); los largos tratamientos ambulatorios, seguidos muchas veces de incapacidades físicas que les impiden una convivencia normalizada con los demás, así como la depresión producida por secuelas de tratamientos quirúrgicos o tratamientos farmacológicos. Con frecuencia, la depresión generada por esta suerte de hospitalismo interno o ambulatorio, comporta un estado depresivo que dificulta la propia recuperación ya que la depresión contribuye a una cierta inmunodeficiencia y bajas defensas .

Ya Spitz (1946) describió lo que les sucedía a los niños hospitalizados. A pesar de que estaban perfectamente tratados y cuidados, los niños experimentaban un agravamiento de su estado general que él llamó "depresión anaclítica" (ya descrita en capítulos anteriores). La causa era la privación de la madre y la carencia afectiva. De ahí se deduce, además, que aunque la madre estuviera presente, si el afecto era carencial o patógeno producía el mismo efecto. Aunque hoy

no se ven tanto estas situaciones, el descubrimiento de la depresión anaclítica, dice Cobo (1992), permitió demostrar que la carencia afectiva puede ser causa de patología de la personalidad si opera en las primeras edades. Distintos estudios hechos con niños con enfermedades crónicas (Worchel, 1992) encuentran elevadas tasas de incidencia de depresión entre ellos.

Desde el Conductismo encontramos la teoría de la "indefensión aprendida" para explicar este tipo de síntomas en tales situaciones. La indefensión hace hincapié no en la causa, sino en el efecto, convertido en un razonamiento negativo. El problema de la indefensión no reside en el daño que producen los hechos traumáticos, sino en la incapacidad del sujeto de controlar tales hechos. El sujeto con indefensión vive siempre pensando que no se puede hacer nada para evitar las situaciones malas o desagradables. Edelstein et al. (1992) identifican también como causas de indefensión, las situaciones aversivas y restrictivas familiares, que a su vez le predisponen a la depresión. Al respecto, Cobo (1992), desde una posición más evolutiva, defiende la hipótesis de que el niño indefenso presenta trastornos instrumentales que le han impedido vivir un desarrollo con seguridad y entusiasmo, y requerirá una reeducación psicopedagógica. De todos modos, es necesario descubrir el núcleo de indefensión que puede conllevar una depresión infantil para hacerle frente terapéuticamente.

Concluyendo, consideramos que debe revisarse, o por lo menos atenuarse la práctica de internamientos prolongados de los niños en situación hospitalaria y, por el contrario, fomentar al máximo su socialización con la familia y con los amigos en el contexto de la propia cultura infantil (juegos, cuentos, otros compañeros de su edad, etc.).

Otras situaciones relacionadas con la etiología sintomática son las separaciones prolongadas del niño del lado de sus padres o, la cesión de éstos a otras personas (generalmente abuelos) para su crianza, y el internamiento en centros escolares u otros.

8.3. Depresión situacional

Como principales generadores de este tipo de depresión se identifican los sucesos críticos de la vida y las pérdidas de personas u objetos vivenciados como afectivamente propios, a los que se añaden situaciones escolares insatisfactorias, hogares rotos, etc. Veamos a continuación algunos de ellos.

a) Sucesos críticos de la vida

Los niños sometidos a sucesos vitales traumáticos como la muerte de sus padres o algún familiar; niños abandonados; niños maltratados física y psíquicamente; niños marginados socialmente, etc.; la emigración a culturas y espacios ajenos a los que hay que adaptarse; las catástrofes (incendios, terremotos, inundaciones, etc.); las guerras y el terrorismo con sus efectos de explosiones, raptos, ataques, etc.; la inseguridad ciudadana, miedo a ser raptado o atacado, etc.; constituyen factores traumáticos que marcan la vida de los niños como pueden verse en los campos de refugiados, cánceres, accidentes, situaciones de hambre y miseria, etc.

Todos estos aspectos se relacionan, como factores intervinientes, con las depresiones en la infancia. Cejas et al. (1994) hacen una revisión sobre los estudios que relacionan, factores estresantes en la edad temprana y posterior desarrollo psicopatológico concluyendo que, los niños sometidos a carencia afectiva o a altos niveles de estrés en la primera infancia, están más predisuestos a padecer, tanto en el presente como en la vida adulta, un amplio espectro de trastornos, entre los que se incluye la depresión. Saight (1991), relaciona en su estudio las experiencias traumáticas infantiles con la presencia de sintomatología depresiva, encontrando relaciones altamente significativas, relaciones que no se contemplan en un grupo control que no ha sufrido experiencias traumáticas.

Sin embargo, son muy pocos estudios desarrollados en torno a esta vinculación. Las conclusiones son extraídas, mayoritariamente, de la experiencia clínica (Kashani et al., 1986; Badillo, 1989; Kashani et al., 1990; Cobo, 1992).

De la misma forma que en los adultos, inmediatamente después de los hechos traumáticos, no suele manifestarse con claridad el estado depresivo, sin embargo, ha podido comprobarse que hacia los seis meses comienza una abundante sintomatología depresiva como consecuencia retardada de tales sucesos.

b) Situaciones de pérdidas

Son éstas las causas más abundantes. Entre ellas, las más conocidas son las referentes al entorno familiar como muerte o separación de los padres, cambio de domicilio y/o colegio, muerte de animales queridos, pérdida de amigos, etc. Algunos autores (Myquel, 1987) diferencian este tipo de depresiones, que denominan afectivas, de la depresión como enfermedad biológica. Expondremos a continuación algunas de las más importantes.

- *Pérdida de alguno de los progenitores por muerte*

Krakowski (1970) cita, junto al divorcio, la pérdida de un ser querido como la causa más importante. Otros como Spitz, Bowlby, Weissman (1984), Puig -Antich (1983), Kashani (1986) y otros, aluden a la deprivación materna en los niños pequeños como causas más frecuentes.

Sin embargo, muchos estudios recientes han encontrado escasa correlación entre depresión y muerte de uno de los progenitores (Doménech y Polaino-Lorente, 1990 y Polaino-Lorente y García Villamizar, 1993), hallando una correlación más alta con pérdida por separación.

Las conclusiones respecto a las relaciones entre depresión y muerte de alguno de los padres suelen variar en función de otras consideraciones como la edad en la que se produce la pérdida y el sexo del progenitor muerto. Durante los primeros años de vida parece afectar mucho más la muerte de la madre. Más tarde dependerá del sexo del niño, que se encontrará más identificado con el progenitor de su propio sexo.

- *Pérdida de uno de los progenitores por separación o divorcio*

Este ha sido uno de los factores más relacionados con depresión infantil, y los estudios más recientes avalan dicha hipótesis. Entre ellos tenemos los trabajos de Mussen et al. (1969), Wallerstein y Kelly (1980), Weissman (1984), Kashani et al. (1987); Doménech y Polaino-Lorente (1990), etc. Al respecto, debemos decir que el divorcio es experimentado, a veces, como más traumático que la muerte de un ser querido, porque el niño hasta los diez años no suele vivenciar la muerte como irreversible.

Nissen (1971) en un estudio con 100 niños deprimidos encuentra que el 23% son hijos de padres separados. Wallerstein y Kelly (1980) llevaron a cabo un seguimiento de 131 niños pertenecientes a 60 familias divorciadas, desde la separación hasta 5 años después y observaron que los niños más pequeños presentan conductas regresivas y, a partir de los 6 años comenzaban los síntomas depresivos propiamente dichos; después de 18 meses de ruptura, la mayor parte de los niños mejoran, pero el 37% permanece con una depresión severa o moderada. Weissman (1984) en un trabajo con niños de 6 a 18 años con diagnóstico de depresión mayor, comparándolo con un grupo control encuentra, que uno de los predictores de depresión es pertenecer a un hogar roto por divorcio o separación. En este caso, dice Weissman que el impacto patológico de la separación es más fuerte que la muerte de uno de los progenitores. En su muestra halló que un 34'4% eran hijos de padres divorciados, un 15'4% de no divorciados y sólo un 8'3% huérfanos.

Pero al igual que con la presencia de otros indicadores de riesgo, la influencia en el desencadenamiento de depresión por el divorcio, parece más plausible cuando se interponen ciertos patrones de personalidad. En esta línea se sitúan Doménech y Polaino-Lorente (1990) entre otros, que proponen no hacer depender las depresiones infantiles de la "angustia por la separación de los padres". Según ellos esta angustia, por sí sola, no justifica la aparición de cuadros depresivos.

Actualmente se sostiene que en el proceso del divorcio de los padres lo que realmente suele causar un mayor impacto en el niño son las situaciones de tensión anterior, y de pérdida ulterior, que pueden durar mucho tiempo. En estas circunstancias parece que la vulnerabilidad será mayor en la medida que las situaciones postpérdida sean más adversas (Tennant et al. 1981), tales como el cambio en las condiciones de vida que supone la separación, la relación posterior que el niño/a establece con el padre que se va y, la nueva relación que se produce con el padre o madre que se queda con su custodia, las relaciones que mantiene la pareja después de separarse, etc. (Cobo, 1992).

Algunos estudios, sin embargo, han encontrado escasa correlación entre divorcio y depresión, a la vez que se ha constatado una gran relación entre bienestar psíquico y humor de la madre y sintomatología depresiva en sus hijos. Normalmente, la custodia de los hijos de padres separados queda en manos de la madre, las que a su vez, por falta de apoyo afectivo y social, son más vulnerables a padecer una depresión y a comunicarla a sus hijos (Hammen, 1991). De ello se desprende que los efectos del divorcio sobre los hijos son más bien indirectos.

- *Pérdida de amor de los padres y niños no deseados*

Es éste otro de los grandes factores de riesgo relacionado con las pérdidas en la precipitación de la depresión en la infancia. Krakowski (1970) dice que las familias que abandonan y descuidan a sus hijos, les

frustran y les rechazan psicológicamente, van modelando con sus actuaciones conductas depresivas en el niño. Por su parte el niño responde con hostilidad a la amenaza de una pérdida de amor, experimentando sentimientos de culpa, engrosando el cuadro de la depresión. Para Teichman (1989) son la calidad de las interacciones padres-hijos las que refuerzan y/o producen depresión, de ahí que identifique a la familia como principal causa.

c) Hogares rotos y/o conflictivos

Últimamente está tomando fuerza la variable psicopatológica de los padres referente al estrés familiar, enfermedades crónicas y/o patológicas de los padres como alcoholismo, enfermedades psíquicas o físicas, conflictos permanentes con peleas y discusiones, etc.

Paykel (1985) en un estudio cualitativo sobre las relaciones del entorno familiar durante la infancia, observa que los pacientes depresivos puntuaron más alto en relaciones familiares insatisfactorias en comparación con un grupo de control compuesto por pacientes psiquiátricos no depresivos (Paykel, 1985). Igualmente McDermott (1970), Kashani et al. (1987), Doménech y Polaino-Lorente (1990), han encontrado una relación directa entre la discordia familiar y la presencia de depresión y/o daño psicológico en los niños.

Entre ellos, un factor frecuentemente citado en los últimos años es el estrés familiar. Hammen y otros (1988) realizan una investigación con niños cuyas madres padecen mucho estrés (entre las que figura un alto índice de mujeres separadas o divorciadas) concluyendo que las repercusiones en los hijos son importantes. Este mismo autor en otro trabajo de características similares (Hammen, 1988) concluye de nuevo que la vida estresada en los niños (accidentes, cambios de colegio, enfermedades psíquicas de los padres, estrés de los padres, etc.) surge como un predictor significativo de depresión y, tres años más tarde,

(Hammen, 1991) añade que cualquier trastorno en la relación padres-hijos puede ser origen de depresión en los hijos.

Sin embargo, como en todos los factores de riesgo citados, sucede a veces que niños con condiciones de vida sumamente adversas y traumáticas, son muy resistentes a la depresión. Anthony (1983) les denomina niños "psicológicamente invulnerables". Ante estos casos se plantea la duda de cómo conseguir o generar esa invulnerabilidad, si protegiéndoles y evitándoles todo lo que pueda suponer un riesgo o "vacunarles" exponiéndoles a situaciones duras (Doménech y Polaino-Lorente, 1990).

Finalmente, la depresión de los padres juega un papel importante (no sólo por su condición biológica, ya tratada en apartados anteriores) en la modulación de cuadros depresivos en los niños (Poznanski y Zrull, 1970; Cytryn et al., 1986; Martorell y Miranda, 1985). Desde esta perspectiva cobran relevancia los aspectos relacionados con las pautas de crianza y la relación que se establece entre padres e hijos cuando aquéllos padecen algún trastorno psíquico en general. Parece ser que las relaciones que se establecen, al no poseer los padres un modelo positivo de interacción, suelen ser negativas como de sobreprotección, castigo, comunicación deficiente, sentimientos negativos hacia el niño, hostilidad y rechazo, pautas de educación negativas, pocos cuidados, pobres expresiones de afecto, etc. produciendo efectos nocivos en el niño.

Distintos estudios comparativos entre hijos de padres depresivos y normales (Weissman et al., 1972; Welner et al. 1977; Weissman et al., 1987; Hammen, 1991; Adrian y Hammen, 1993), concluyen que en los hijos de padres depresivos el riesgo de padecer disfunciones psicopatológicas es mayor. Esta circunstancia parece que se agrava en la medida que se sumen otros factores psicosociales negativos como dificultades económicas, edad elevada de los padres, drogadicción, etc.

d) Causas escolares

Junto a la familia, el marco escolar o las situaciones escolares insatisfactorias constituyen el agente que aparece más vinculado a las depresiones situacionales en la infancia. Entre ellos, cobra especial relevancia el fracaso escolar. Desde que se han iniciado los estudios en torno a la depresión infantil, el fracaso y/o el rendimiento escolar han sido variables frecuentemente relacionadas con dicho trastorno (Kaslow et al., 1984; Blechman et al., 1986; Feshbach y Feshbach, 1987; Nissen, 1989; Doménech y Polaino-Lorente, 1990; etc.). Por otro lado, todas las categorías diagnósticas disponibles y los instrumentos de evaluación que se conocen, contemplan el fracaso escolar o el funcionamiento escolar inadecuado como síntoma del síndrome depresivo en la infancia. Históricamente, al amparo de la concepción de la depresión infantil "enmascarada", se consideraba al fracaso escolar como el síntoma más representativo tras el cual el niño ocultaba su depresión (Agrans, 1959; Toolan, 1962; glaser, 1967; Cytryn y McKnew, 1974; Tisher, 1987).

Estas alusiones, sin embargo, resultan aún muy débiles por dos razones. Primero, porque son muy escasos los estudios específicos realizados en torno al esclarecimiento del binomio rendimiento escolar-síndrome depresivo en términos de causa-efecto y, segundo, por la diversidad de argumentos respecto a si el fracaso o bajo rendimiento escolar en el niño constituye el origen de la depresión, o si por el contrario es una consecuencia o manifestación de ésta. Es por ello por lo que encontramos frecuentemente demandas de estudios más exhaustivos al respecto, como Párraga (1990: 219) señala que "resulta urgente esclarecer la posibles relaciones entre la depresión y el ámbito escolar, puesto que aquélla puede afectar de forma importante a factores asociados al aprendizaje, como el rendimiento escolar, el comportamiento en el aula, la interacción con otros compañeros y con el profesor, etc."

Independientemente de la falta de conclusiones consistentes en torno a esta variable, los autores contemplan con cierta normalidad las manifestaciones del síndrome depresivo en relación al ámbito escolar en

general al ser la escuela el lugar donde transcurre gran parte de la vida del niño. Por otro lado, son las ejecuciones escolares la tarea por excelencia de la etapa infantil, por lo que resulta casi evidente que cualquier desajuste a este nivel incida en el equilibrio afectivo y emocional del niño (Buisán y Marín, 1987). En una revisión exhaustiva sobre el tema que nos ocupa Weinberg y Rehmet (1987), concluyen que cada vez que aparecen síntomas del tipo trastorno afectivo en la infancia, como hiperactividad, irritabilidad, agresividad, distracción, malhumor, etc., los niños suelen enviarse a un especialista para que evalúe los problemas escolares.

Por otro lado, aunque la relación depresión infantil/rendimiento escolar no siempre es directa (Stevenson y Romney, 1994), en la mayoría de las investigaciones se ha encontrado un mayor porcentaje de síntomas depresivos entre los niños que suspenden.

Por ello, algunos autores sostienen (Agras, 1959; Buell, 1962; Nissen, 1971; Bernstein et al., 1990; etc.) que cuando un niño manifiesta: fobia a la escuela, excesiva fatiga y ansiedad en clase, disminución de la concentración, hipoactividad, baja autoestima, quejas somáticas, disminución de la socialización, etc., debe pensarse en la posibilidad de que sufra un síndrome depresivo.

- *Expectativas sociales y familiares*

Tanto a nivel social como familiar, el éxito escolar es el elemento por el que es más valorado el niño. El niño que obtiene buenas notas escolares es valorado socialmente, admirado por sus compañeros y premiado por profesores y padres. Al contrario, el niño que suspende es rechazado, ridiculizado y muchas veces castigado. Estas circunstancias otorgan al niño una excesiva responsabilidad, acompañada generalmente de estados estresantes generadores de depresión.

En el ámbito social y escolar, el niño que fracasa reiteradamente se automargina, descendiendo con ello su autoestima y el nivel de sus

aspiraciones, evita reunirse con chicos que tienen mejores calificaciones, inhibiendo con ello su comportamiento social, etc. Todo ello supone un debilitamiento en su motivación y un fuerte desvalimiento frente a las situaciones. En consecuencia, lo que inicialmente es un fracaso ocasional, transitorio, puede mutarse en un hábito comportamental, que moldea y configura la aparición de un estilo cognitivo depresógeno. Los resultados de las investigaciones hechas avalan dicha hipótesis. Por ejemplo en un estudio realizado por Bauersfeld (1972) con una muestra de niños con fracaso escolar se encontró que el 13% padecía depresión, tasa que se eleva al 58% en el estudio de Weinberg et al (1973) con niños que presentaban trastornos de aprendizaje y, al 62% en el de Brumback et al (1980). En España, Doménech y Polaino-Lorente (1990) encuentran una mayor incidencia de depresión en los repetidores de curso (6'4%) que en los no repetidores (2'7%).

En torno al ámbito familiar, al ser las notas escolares la causa por la que los niños son más premiados/regañados familiarmente, un descenso de éstas suele engendrar en los niños miedo a ser rechazados afectivamente por sus padres y a perder la aceptación y admiración que de ellos esperan y necesitan. Esta situación por si sola es ya suficientemente agobiante, pero además, suele suceder, que los niños que que suspenden asocian cualquier problema familiar como discusiones o separaciones, a su "mala" conducta y/o a sus malas notas, apareciendo entonces depresión por culpa. Por ello un niño que fracasa en las tareas escolares se sentirá responsable de las disputas familiares y de todo lo negativo que a su alrededor sucede.

- *Excesivas demandas escolares.*

Es frecuente encontrar en los programas escolares una inadapatación entre objetivos de instrucción y capacidades individuales, sobre todo cuando esos programas son aplicados a alumnos que no reúnen el perfil del alumno medio. Estas situaciones están más que identificadas por los expertos escolares como fuentes generadoras de fracasos, los que a su vez generan retraimiento, baja autoestima,

desesperanza, convirtiéndose con ello poco a poco en niños deprimidos. La amplia literatura sobre el tema nos muestra cómo la situación psicológica y personalidad del alumno cobran especial relevancia en el logro académico. Dentro de ellas, la autoaceptación juega un papel decisivo. Molina y García (1984) aseguran que el autoconcepto positivo es un prerequisite básico para el aprendizaje. Trabajos como los de Gimeno Sacristán (1976), Rodríguez Espinar (1982) así lo demuestran. Al respecto Carlson (1987: 101) manifiesta que:

"un niño, situado en una clase que le plantea exigencias inadecuadas a sus capacidades, desarrolla posteriormente una baja autoestima, indefensión y desesperanza... el rendimiento de un niño deprimido ha disminuido a consecuencia de la poca concentración y los sentimientos de desesperanza... lo cierto es que el fracaso escolar y la depresión están a menudo asociados".

Estas situaciones son explicadas por Petti (1993) desde la óptica del modelo de "indefensión aprendida". Desde este modelo, los niños con incapacidades para el aprendizaje escolar no suelen obtener reforzamientos positivos, con lo que, "ante esa incapacidad e indefensión se convierten en particularmente vulnerables a la depresión" (Petti, 1993: 278). Por ello Rourke (1988; Cfr. Frias et al., 1990), señala que, a pesar de que algunos niños con tales dificultades escolares manifiestan estabilidad emocional, existe la probabilidad de presentar un trastorno emocional con el paso del tiempo.

Distintas investigaciones han tratado de estudiar la relación entre síntomas depresivos y rendimiento académico. De ellas no se pueden extraer conclusiones en términos de causa-efecto, puesto que la depresión también puede ser causa del fracaso escolar o bajo rendimiento, pero casi todas encuentran relaciones significativas entre ambas variables (Nissen, 1989; Hall y Haws, 1989; Frias et al., 1990; Brumack et al., 1980; Polaino-Lorente y García Villamizar, 1993) ante lo que todos concluyen que los niños con fracaso escolar son más propensos a padecer depresión. Además Nissen (1989) observó que tanto en los niños como en los adolescentes depresivos que

constituyeron su muestra, la sintomatología depresiva disminuía de manera temporal durante las vacaciones escolares.

Concluimos pues que, independientemente de que los estados depresivos afecten al rendimiento académico, junto a las bajas notas y los reiterados fracasos escolares, con toda probabilidad, se van elaborando síndromes depresivos en los niños. En consecuencia lo que inicialmente puede ser un fracaso ocasional, puede convertirse en un hábito comportamental que le predisponga a la aparición de un estilo cognitivo depresógeno (Polaino-Lorente, 1988).

Ante estos hallazgos se está iniciando una línea de prevención centrada en la escuela. Esta consiste en alertar al profesor para que pueda detectar y prevenir riesgos de padecer síndrome depresivo. El papel del profesor, en este sentido, tendría dos funciones, por un lado, saber detectar comportamientos depresivos en el aula y, por otro, actuar preventivamente con ejercicios de motivación y reestructuración cognitiva, con aquellos chicos con aparente fracaso académico.

e) Otros

Si bien las circunstancias más determinantes o desencadenantes del síndrome depresivo a este nivel son las expuestas en los apartados precedentes, no queremos dejar de mencionar otras variables que han mostrado ser parte de muchos cuadros etiológicos. Nos referimos a fracasos personales (con amigos, con el primer amor, tareas importantes, etc.), personalidades muy retraídas o inhibidas, carencia de habilidades sociales, etc.

Las relaciones con los amigos ha sido la variable más estudiada. El aislamiento y las dificultades para relacionarse con sus compañeros hacen que los niños que los sufren se sientan solitarios, acomplexados y muchas veces rechazados por sus propios compañeros (Kashani et al., 1987; Jacobson, 1983; Puig-Antich et al. 1985), lo que les va

convirtiéndose en niños depresivos. Sin embargo, otros estudios como el de Crowley et al. (1992) que estudian la relación entre depresión, popularidad, comportamiento social y problemas de conducta, encontraron relaciones muy poco significativas.

8.4. Depresión neurótica

La etiología neurológica en la depresión infantil ha sido poco estudiada, en gran parte porque el tema de las neurosis ha sido un tema tratado predominantemente por psicoanalistas, los cuales consideran los estados neuróticos más propios de los adolescentes y adultos que de los niños. Sin embargo, junto a la neurosis de ansiedad, que acompaña a las manifestaciones neuróticas no es fácil detectar formas de histerismo (llamar la atención, celos, llantos con gritos, conductas anoréxicas o bulímicas, etc.), fóbicas (miedos a animales o cosas, fobias a los alimentos, a la obscuridad, a los colores, a las enfermedades, etc.) y, obsesivo compulsivas (manía de orden, limpieza, comportamiento sadomasoquistas, etc.) que provocan formas depresivas a veces difusas y menos intensas que las situacionales.

9. DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN INFANTIL

El diagnóstico de la depresión infantil ha estado frenado por las vicisitudes conceptuales a las que se ha visto sometido este síndrome: desde no admitir su existencia, a su deficiente formulación.

La información que se posee en la actualidad es relativamente reciente y es un área que se encuentra en la actualidad en una etapa de investigación muy activa, aunque se encuentra con limitaciones como la escasa precisión del cuadro sintomatológico.

Sin embargo, el mayor problema en torno a este aspecto es que los logros alcanzados son mayoritariamente adaptaciones del material que se disponía para evaluar la depresión adulta. Si hoy aceptamos un síndrome diferencial, hemos de demandar unos criterios e instrumentos diagnósticos específicos.

Desde el ámbito clínico (Cobo, 1992), el diagnóstico del niño pronosticado de posible deprimido, debe comenzar con un estudio pediátrico que permita descartar cualquier patología orgánica. Si no se encuentra ningún problema de este tipo se inicia entonces el diagnóstico psiquiátrico o psicológico.

Cobo (1992) propone que el diagnóstico de la depresión en la infancia se haga en el siguiente orden:

- Entrevista con el niño.
- Entrevista con los padres o personas adultas que convivan con él.
- Entrevista con los profesores.
- Tests psicológicos.
- Respuesta positiva al tratamiento antidepressivo.

9.1. Criterios diagnósticos para la depresión infantil en la infancia

Los primeros criterios diagnósticos de depresión infantil que se conocen son los de Hoffe y Sandler (1965) que sólo son una especie de listado de síntomas (Cfr. Del Barrio, 1990). Entre los más significativos tenemos:

- Criterios de Ling (1970). Sobre los de Ling se basan los de Weinberg (1973) y los del DSM-III (1980).
- Criterios de Fighner (Fighner et al., 1972).
- Criterios de Weinberg (Weinberg et al., 1973).
- Research Diagnostic Criteria. RDC (Spitzer et al., 1978).
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-III-R (American psychiatric Association, 1985, 88).
- Criterios de Birlson (1981). Son exclusivamente infantiles.
- Criterios de Poznanski (Poznanski, 1982).
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV (American psychiatric Association, 1995). De muy reciente publicación.

En el DSM-III-R y el RDC apenas fueron modificadas las versiones existentes para adultos. Los otros se han construido específicamente para la infancia. Entre ellos los más utilizados son los de Weinberg (1973) y el DSM-III-R (1988). Los de Weinberg son los que han producido un impacto mayor, por estar adaptados a la infancia, sin embargo, se ha comprobado que sólo el 6% de los autores los han utilizado, mientras que 72% han utilizado los del DSM-III-R (Cfr. Del Barrio, 1990).

Esta circunstancia nos muestra un claro desplazamiento de los otros criterios por el DSM-III-R, a pesar de que éste no tiene en cuenta síntomas exclusivamente infantiles propuestos por los autores infantiles, como problemas escolares y quejas somáticas.

Todos los criterios requieren la presencia de humor disfórico. Mientras unos exigen que el estado de ánimo sea expresado verbalmente por el niño, otros contemplan la posibilidad de hacer el diagnóstico a través de las conductas no verbales.

En cuanto a la duración de los síntomas no hay unanimidad entre ellos, oscilando esta categoría entre una semana a un mes como mínimo. El número de síntomas exigido por los distintos sistemas para el diagnóstico de depresión también varía de un autor a otro. En la tabla adjunta (tabla 1) se pueden observar los síntomas contemplados como mínimos en cada uno de los criterios diagnóstico.

Tabla 1. Criterios diagnósticos para la depresión infantil

	Ling 1970	Figner 1972	Weinberg 1973	Spitzer 1978	DSM-III-R 1980/88	Birleson 1981	Poznanski 1982
Disforia	*	*	*	*	*	*	*
Anhedonia		*		*	*	*	*
Aumento/dism. Apetito/peso	*	*	*	*	*	*	
Insomnio o Hipersomnia	*	*	*	*	*	*	*
Falta de energía o fatiga	*	*	*	*	*		*
Agitación/retraso motor		*		*	*		*
Reproche o culpabilidad	*	*	*	*	*	*	*
Pobre concentración		*		*	*		
Pensamientos muerte		*		*	*	*	*
Retraimiento social	*		*			*	*
Llantos inmotivados						*	
Agresividad	*	*					
Cambio en rendimiento Esc.	*		*			*	*
Quejas somáticas	*		*			*	
Fobia escolar	*						
Cambio actitud escuela			*				
Ensoñaciones						*	

9.2. Instrumentos de diagnóstico para evaluar los correlatos clínico conductuales de la depresión en la infancia

En este ámbito los fines diagnósticos son: diagnosticar si el niño manifiesta los síntomas específicos de la depresión y establecer la gravedad de la misma (Polaino-Lorente, 1988).

La evaluación comportamental infantil es más compleja que en el adulto, por lo que se aconseja utilizar varias fuentes de información complementarias, ya que es frecuente que algunos niños que padecen depresión no lo manifiesten a través de los cuestionarios, hecho que es muy raro en los adultos (Carlson, 1985).

Los instrumentos de los que actualmente se dispone son:

- Entrevistas con los padres u otros familiares o personas cercanas a la vida del niño.
- Entrevista con el niño.
- Observación de la conducta del niño.
- Escalas de evaluación y estudios de laboratorio: estudios de medidas biológicas y pruebas psicológicas.
- Cuestionarios: de autoinforme, para padres, para maestros, para los compañeros y, finalmente, los que formalizan los clínicos.

Sin embargo, en la práctica diaria el diagnóstico se realiza mayoritariamente con entrevistas a los niños, a los padres y/o maestros y escalas de evaluación conductual. Rutter et al. (1970) en un estudio realizado sobre fiabilidad y validez del diagnóstico, encontraron que la entrevista con los padres es el mejor instrumento aislado para detectar niños con trastornos psiquiátricos. En investigación, sin embargo, se han fomentado más el uso de escalas conductuales, a las que los clínicos consideran de gran utilidad. Pero en general, son muy escasos los

trabajos sobre la fiabilidad y validez del proceso diagnóstico en psicopatología y psiquiatría infantil.

Semrud-Clikeman y Hynd (1991) enfatizan en el análisis de los instrumentos diagnósticos de depresión, la habilidad de la medida para discriminar niños con desórdenes frente a otros sin patologías significativas. Posteriormente se debería tener en cuenta, a la hora de seleccionar un instrumento u otro, que éste permita aislar sintomatología depresiva frente a otras categorías diagnósticas. Finalmente se analizarían sus habilidades para valorar la severidad, duración y frecuencia de los síntomas. Cuando seleccionamos una medida es importante ser conscientes de las diferencias en edad y el formato de los instrumentos. Estos autores consideran que los formatos de respuesta de "sí" y "no" generan dificultades por la falta de respuestas, siendo más indicados para valorar la severidad los de más alternativas.

Cantwell (1987), considera que para llevar a cabo un adecuado proceso diagnóstico en depresión infantil debe de utilizarse:

- Entrevista con los padres del niño, para recoger información sobre éste.
- Entrevista a familiares.
- Entrevista con el niño.
- Escalas de evaluación conductual que contestan padres y maestros, así como otras personas significativas en la vida del niño.
- Una exploración neurológica.
- Ciertos estudios de laboratorio que incluyen la administración de pruebas psicológicas.

Haremos a continuación una breve descripción de los instrumentos más utilizados.

9.2.1. Entrevistas

La entrevista ha sido y sigue siendo el instrumento más extendido en el campo de la evaluación y el diagnóstico. Se caracteriza por la posibilidad de acceder a las perspectivas de las personas entrevistadas, al mundo de sus opiniones y valoraciones, sentimientos, percepciones, significados personales, etc. Por otro lado, nos permite explorar todos aquellos aspectos que no pueden ser observados directamente. (González González, 1987). Teniendo en cuenta que la depresión está vinculada al mundo interior de las personas, la entrevista constituye una fuente de información de primer grado.

Dependiendo de los fines que nos propongamos con la entrevista, utilizaremos una determinada modalidad de la misma. Si bien para la investigación es más práctica la entrevista estructurada, para la clínica se aconseja la no estructurada por ser la que más información ofrece, siempre que se deje al entrevistado (niño, maestro, padre) hablar con espontaneidad y añadir información asociada a las preguntas que el clínico le hace (Cobo, 1992). Ya algunos estudios han demostrado cómo se pierde mucha información importante en el diagnóstico infantil con entrevistas estructuradas (Puig-Antich et al., 1987).

El mayor problema con el que cuenta el uso de este instrumento es la formación y experiencia que se requiere por parte del evaluador. Esta se puede sintetizar en: conocimiento profundo de la técnica de la entrevista; tener presentes todos los elementos que pueden estar interrelacionados con el estado de la conducta que se pretende evaluar; aspectos motivadores y de empatía que debe generar en la situación de entrevista; objetividad en la recogida e interpretación de la información facilitada por el entrevistado.

9.2.1.1. Entrevista con el niño

Son varios los investigadores y clínicos que defienden el uso de la entrevista para el diagnóstico de la depresión en la infancia (Badillo, 1987). Al igual que con los adultos, toman al propio enfermo como

principal fuente de información (Alonso Fernández, 1988). Al igual que para Puig-Antich et al. (1987) la entrevista con el niño es el instrumento más importante a la hora de diagnosticar sintomatología depresiva en la infancia, por lo que sugiere, que ésta reemplace la tradicional entrevista a los padres y maestros, manifestando que los niños son informadores fiables. Prioriza el uso de la entrevista frente a otros instrumentos diagnósticos, al constituir los síntomas de la depresión signos internos que pueden escapar a las observaciones de otras personas.

La entrevista con el niño es aconsejable desde los seis o siete años, o desde que el niño posea una buena capacidad verbal. Debe hacerse a solas con él para que no se sienta mediatizado por la presencia de los padres. Algunos clínicos valoran esta información muchísimo (Badillo, 1987; Cobo, 1992) pues consideran que la información que poseen tanto los padres como los maestros, tiene más que ver con manifestaciones externas de la conducta, como problemas de comportamiento o integración, rendimiento escolar, hábitos y relaciones interpersonales. Los adultos que rodean al niño frecuentemente suelen desconocer la parte más interior de éste, sus ideas, pensamientos y sentimientos, que el niño sí revela en la entrevista clínica. Cobo (1992: 216) manifiesta que "el niño posee su propia palabra, su entidad, su versión de lo que ocurre".

Si bien la entrevista más rica suele ser la no estructurada, existen muchas entrevistas estructuradas para evaluar síndrome depresivo en la infancia y adolescencia. Algunas de ellas son:

- *Diagnostic Interview for children and adolescent (DICA)*, desarrollada por Herjanic (Puig-Antich et al., 1987). Abarca más información sobre la vida del niño que en el episodio actual.
- *Interview Schedule for children (ISC)*, desarrollada por Kovacs (1984). También abarca la vida del niño e incluye todos los síntomas que aparecen en la literatura como parte integrante de la depresión infantil. Recoge una versión separada para padres.

- *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school-age Children (Kiddie-SADS-P, K-SADS-P)*, desarrollada por Puig-Antich y Chambers (1987). Mide psicopatología sólo en el momento del trastorno. Tiene una versión para padres.

9.2.1.2. Entrevistas para padres

La entrevista a los padres suele ser el primer requisito del clínico cuando tiene que hacer una exploración psicopatológica infantil. Sin embargo, hay algunos síntomas que se cree tienen mayor validez si se entrevista al niño y no a los padres (Cantwell y Carlson, 1987). Esta entrevista se puede hacer antes de entrevistar al niño, o inmediatamente después de hablar con éste. Es aconsejable hacer una entrevista no estructurada y complementar ésta con una estructurada o cuestionario que haga referencia sobre todo a los síntomas del niño.

En la actualidad existen bastantes formatos de entrevistas estructuradas para padres. Estas se empezaron a desarrollar como instrumentos para la investigación, pero están siendo de gran utilidad en la práctica clínica. Muchas de ellas están dirigidas a evaluar psicopatología general, pero otras miden específicamente depresión. Entre las más conocidas tenemos:

- Children's Depression Rating Scale (CDRS), Poznanski et al., 1979.
- Children's Depression Scale-revised (CDRS-R), Poznanski et al., 1984.
- Bellevue Index of Depression (BID), Petti, 1978.
- Children's Affective Rating Scale (CARS) McKnew et al., 1979.
- Interview Schedule for Children (ISC-Form C), Kovacs et al., 1984.
- Kiddie-SADS (K-SADS), Chambers et al., 1978).
- Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA).
- Diagnostic Interview Schedule for Children-Parente Form (DISC-P).
- Columbia Psychiatric Interview (COLPA).

9.2.1.3. Entrevistas para profesores

El informe escolar de los profesores se considera otra fuente útil de información, puesto que es la escuela uno de los marcos donde tiene lugar gran parte del desarrollo infantil. Además, es en la escuela donde el niño pasa una gran parte de su tiempo, bajo la observación de los maestros, por lo que éstos conocen bastante el comportamiento infantil. Por otro lado, muchas depresiones, tales como las derivadas de fobias escolares, retrasos en el aprendizaje, pueden tener manifestaciones claras en la escuela y no en la casa. Al respecto, son varios los autores (Kashani et al., 1986; Stark, 1990; entre otros) que consideran imprescindible la información de los profesores para la elaboración del diagnóstico.

9.2.2. Observaciones

La observación puede considerarse como el más antiguo y más moderno método de recogida de información sobre la conducta (Ballesteros y Carroble, 1987). La observación es un procedimiento básico de recogida de información, de forma intencionada y estructurada, del comportamiento de los sujetos evaluados. El uso de la misma se hace prioritario cuando no son factibles otras técnicas de evaluación. En el contexto del diagnóstico clínico o psicopedagógico la observación es muy utilizada ya que muchos aspectos de la vida psíquica y de la conducta, objeto de estudio de ésta, son imposibles de abordar a través de instrumentos estandarizados de diagnóstico.

En el diagnóstico de la depresión, la observación de la conducta ha sido una estrategia poco utilizada debido al propio carácter interiorizado de las alteraciones depresivas. Actualmente, sin embargo, está cobrando una gran relevancia. Algunos autores (Kazdin et al. 1987; Kashani et al., 1986; Polaino-Lorente, 1988), consideran muy necesario la inclusión de

este tipo de registros en el proceso diagnóstico por la relevancia que se ha podido comprobar que tiene la conducta no verbal en estos pacientes.

Los primeros intentos de utilización de la observación en el diagnóstico de la depresión infantil, han tenido lugar en la consulta con el niño. Las conductas más observadas para su registro han sido conducta motora, fluidez verbal, contacto ocular, movimiento de las manos y posición y movimientos corporales. Kazdin et al. (1987) han elaborado un código de conductas para hacer observaciones en niños deprimidos. Las conductas seleccionadas son: contacto ocular, expresividad facial, latencia de respuesta, movimientos corporales, movimientos de manos, ceño, aislamiento e interacción social. Por su parte Kashani crea el "General Rating Affective Symptoms in Preschooler" (GRASP, Kashani et al., 1986). Es éste el primer instrumento de observación sistemática de la conducta deprimida en los niños. Las conductas fundamentales recogidas en este registro son retraimiento, anhedonia, irritabilidad e hiperactividad (Cfr. Del Barrio, 1990).

9.2.2.1. Observación participante

La observación participante se caracteriza porque el observador se introduce, como un miembro más en el escenario de la observación y pasa el mayor tiempo posible con el o los sujetos que observa (Woods, 1989; Goetz y LeCompte, 1988) .

Para que esta se lleve a cabo debe existir un conocimiento previo entre el observador y observado y una "permisividad en el intercambio" establecido (Anguera, 1995) puesto que lo que interesa, o lo realmente significativo de esta observación, es la dinámica que se genera, es decir, el proceso más que el producto. Estas estrategias son las que permiten a la observación participante llegar a obtener matices en el diagnóstico que es muy difícil adquirir con otras técnicas.

La relevancia de este tipo de instrumentos en el diagnóstico radica además en que permite contemplar los fenómenos en situaciones naturales, permite adaptarse a cualquier fenómeno observable, posibilita explorar respuestas atípicas e idiosincráticas y, sobre todo, permite analizar el fenómeno en un contexto global (Anguera, 1995).

9.2.3. Escalas y cuestionarios

Estos empezaron a producirse a comienzo de los años 70 y después de la aparición de los criterios diagnósticos de Ling (1970) y de Weinberg (1973). Todos se encuentran aún en fase de desarrollo. Unos en fases más prematuras y otros avalados por un número razonable de trabajos. Sólo la mitad de ellos aproximadamente han sido construidos para la evaluación de la depresión. El resto, recogen una amplia gama de perturbaciones infantiles o adolescentes entre las que se encuentra la depresión (Del Barrio, 1990). Entre ellos tenemos: escalas de autoinforme y cuestionarios para padres, maestros, otras personas cercanas al niño, compañeros y para el propio clínico.

9.2.3.1. Escalas de autoinforme

Algunos autores se preguntan si la utilidad de los cuestionarios autoadministrados es la misma en niños que en adultos. Tanto en un caso como en otro los cuestionarios autoadministrados están sujetos a ciertas fuentes de sesgo y distorsión (Cantwell y Carlson, 1987). Pero en la infancia el sesgo se supone que es mayor por las limitaciones que el niño puede tener en el lenguaje y habilidades cognitivas, que probablemente influyen en la interpretación que éste hace de los ítems planteados en la escala. Por otro lado, se ha cuestionado la capacidad del niño para definir sus síntomas (Frías et al., 1990). Sin embargo, algunos autores las defienden como la mejor fuente de información, puesto que "no hay duda de que el niño es la mejor fuente de información de sus sentimientos internos y fenómenos subjetivos" (Frías et al. 1990; Canals, 1990). Algunas de ellas se presentan con formato de entrevista para que

el clínico pueda ayudar al niño a entender el contenido de los ítems preguntados.

Otra ventaja que presentan es el bajo costo que suponen en dinero y en tiempo, puesto que se pueden administrar rápidamente. Por otro lado, la estandarización y uniformidad permite hacer comparaciones posteriores entre los sujetos y entre poblaciones distintas. Finalmente, permiten obtener datos normativos con puntos de corte preestablecidos, con lo que se elimina la subjetividad.

Por todo ello, en el ámbito del diagnóstico de la depresión los autoinformes están especialmente indicados, además de que los estados afectivos se prestan más a la evaluación subjetiva. Los más usados son:

- Children's Depression Inventory (CDI), Kovacs y Beck, 1977.
- Children's Depression Scale (CDS), Lang y Tisher, 1978.
- Short Children's Depression Inventory (Short-CDI), Carlson y Cantwell, 1979.
- Face Valid Depression Scale for Adolescents (DSA), Mezzich y Mezzich, 1979.
- Center for epidemiological Studies Depression Scale (CES-D), Weisman et al., 1980. Modificado para niños.
- Beck Depression Inventory (BDI-A), Chiles et al., 1980. Modificado para adolescentes.
- Modified Zung (M-Zung), Lefkowitz y Tesiny, 1980.
- Self-Rating Scale (SRS), Birlleson, 1981.

9.2.3.2. *Cuestionarios para padres*

El objetivo de éstos es el mismo que el de las entrevistas estructuradas. Entre los más conocidos tenemos:

- *Cuestionario de Rutter*, Rutter et al. 1970. Evalúa trastornos psiquiátricos en general.

- *Child Behavior Checklist*, Achenbach (1985).
- *Modificación del cuestionario de Connors* y Puig Antich (1978).
- *Children's Depression Scale (CDS)*, Lang y Tisher (1978). Versión para padres.
- *Children's Depression Inventory (CDI)*, Carlson (en proceso de elaboración). Versión para padres.

Los cuestionarios de Rutter y Connors no contienen muchos ítems referidos al estado de ánimo del niño. El de Achenbach se valora como muy adaptado a la patología depresiva (Cantwell y Carlson, 1987).

9.2.3.3. Cuestionarios para compañeros

Los compañeros de clase del niño son considerados una fuente de información muy importante puesto que conocen numerosas conductas que no se suelen expresar en otros contextos. Por eso, son de un valor muy estimable a la hora de realizar un diagnóstico. Existen ya cuestionarios destinados a tal fin como el *Peer Nomination Inventory for Depression (PNID)*, de Lefkowitz y Tesiny (1980). La estructura del mismo es similar a la de un test sociométrico. Exige que un niño sea evaluado por muchos compañeros en el marco ambiental del aula.

9.2.3.4. Cuestionarios para maestros

Al igual que en los de padres, se trata de escalas de psicopatología general. Sólo en el caso de Achenbach (1985) existe un número significativo de ítems referidos al estado de ánimo.

Estos cuestionarios no se consideran de mucha fiabilidad, puesto que se ha observado, en ocasiones, que el maestro conoce muchas cuestiones de comportamiento pero no de estado de ánimo. Han recibido las mismas críticas que los de padres.

9.2.3.5. Cuestionarios de uso clínico

Finalmente, la apreciación clínica del especialista es la más importante por ser sobre la que recae la responsabilidad del diagnóstico. Si bien los cuestionarios facilitan enormemente el descubrimiento de una depresión, ningún diagnóstico clínico debe basarse únicamente en ellos (Cobo, 1992).

El clínico debe formular su propio cuestionario con los datos obtenidos a través de las otras fuentes de información, además de sus propias observaciones. Debe fijarse en el aspecto físico del niño, cómo anda, su mirada, su aspecto de salud, etc. Otro aspecto importante gira en torno al lenguaje, en el que debe apreciar el tono, la intensidad, la fuerza de las respuestas, su espontaneidad, etc.

9.2.4. Tests psicológicos

Estos suelen ser tests proyectivos y se utilizan para evaluar las fantasías del niño. Las que se han utilizado en este sentido han sido:

- El Rorschach.
- El Test de Apercepción Temática de Murray (TAT).
- El CAT.
- El test de dibujo de la figura humana.

En la mayoría de los casos no se han administrado de un modo sistemático en el estudio de la depresión infantil, pues no se consideran muy válidas para el diagnóstico por su poca contribución (Cantwell, 1982; Frías et al., 1990). Otros autores, sin embargo, los encuentran de mucha utilidad, sobre todo cuando se valora el juego y el dibujo libre, que suelen ser los equivalentes verbales en los niños más pequeños (Cobo, 1992).

9.3. Evaluación globalizada de la depresión en la infancia

Frecuentemente el diagnóstico de la depresión en la infancia se desarrolla a través de un proceso centrado en el síntoma. Estas prácticas provienen del modelo conceptual clínico, defendido mayoritariamente por la comunidad científica americana, al amparo de los criterios diagnósticos como el *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-III-R*. Este tipo de diagnóstico suele ser de tipo ambulatorio y los que practican el mismo, muchas veces no suelen detenerse en valorar otras variables moduladoras y/o interactivas en la conducta depresiva, ni tienen en cuenta si los cuadros descritos por el DSM-III-R, prototipos del comportamiento depresivo de la sociedad americana, son los equivalentes a los manifestados por pacientes de otras culturas u otros entornos socioambientales distintos.

En la génesis de la depresión convergen múltiples factores que se interrelacionan haciendo posible la aparición de sintomatología depresiva. De hecho cuando se describe el cuadro clínico del niño con trastornos, se suele aludir a factores de desarrollo, familiares, sociales, culturales y cognitivos (Petti, 1993). Evidentemente, cada uno de ellos tendrán más o menos peso, pero todos se suceden interrelacionándose entre sí y por tanto, todos pueden ser influyentes y a la vez susceptibles de verse afectados, por lo que deberán tenerse en cuenta.

Este modelo de diagnóstico que presentamos tiene como objetivo, en contra del diagnóstico clínico aislado, hacer un acercamiento al problema desde el propio contexto en el que se produce y de forma global. Esta aproximación globalizante conlleva tener en cuenta todos los aspectos posibles intervinientes y no una vana precisión de detalles. Diagnosticar desde un marco contextual supone una aproximación sistemática de la realidad, es decir, teniendo en cuenta de forma conjunta todas las partes que componen el todo. En este sentido Cooper (1994), enfatiza el trabajo interdisciplinar en el diagnóstico

El individuo, y sobre todo el niño, (Bassedas et al., 1991) está inmerso en una realidad donde coexisten diversos sistemas, cada uno con sus reglas, estructura e ideología². Los sistemas fundamentales para el niño son la familia y la escuela, por lo que en todo diagnóstico sobre el comportamiento infantil en general, es necesario acercarse a ellos para conseguir información sobre las características básicas de ambas, para que nos ayuden a comprender y valorar la conducta del niño. Por otro lado, si planteamos el diagnóstico como una evaluación globalizante y/o integral, hemos de entender que deben tenerse en cuenta todas las fuentes de información posibles.

Las fuentes de información están relacionadas con aquéllas que nos puedan aportar datos sobre cualquier elemento interviniente en las circunstancias de vida del niño. En éste hemos visto como las depresiones vienen determinadas primordialmente por los sistemas *familia, escuela y amigos*. El contexto o sistema familiar del niño configura tanto la etiología depresiva como su evaluación diagnóstica y tratamiento.

Algunos autores al plantear el diagnóstico de la depresión en la infancia, proponen una evaluación más exhaustiva en la que se contemplen otros elementos además de la conducta depresiva, Nissen, (1987) por ejemplo habla de:

- Biografía del niño: historia evolutiva, familiar y escolar.
- Autodescripción del estado actual.
- Observación de su aspecto físico y actividad psicomotora.
- Descripción de su conducta: en su familia, en la escuela y en la clínica.
- Antecedentes familiares y personales.

²El niño vive la realidad de un modo global. Por eso, en la enseñanza primaria se ha promovido la realización de evaluaciones globales, no por áreas, y el maestro es globalizador. En clínica, debe suceder igual.

Este tipo de diagnóstico conlleva una ampliación de las competencias profesionales que deben ir más allá del mero uso de instrumentos estandarizados para identificar los síntomas. El mismo vendrá condicionado por:

- Conocimiento de los factores relacionados con el síndrome depresivo.
- Conocimiento y aplicación de distintos instrumentos diagnóstico.
- Tener en cuenta todos los factores relacionados con la vida del niño que pueden influir en el desarrollo del mismo, tanto familiares como psicopedagógicos.
- Conocer el contexto cultural tanto infantil como étnico.

En él toman relevancia los instrumentos cualitativos poco estructurados y abiertos, pues el evaluador tiene que posibilitar que el sujeto plasme su cuadro clínico y situación particular. En este sentido, la entrevista, tanto con el niño como con los maestros y sus padres y la observación de la conducta del niño en su contexto, se presentan como los instrumentos más relevantes. Evidentemente, consideramos de gran utilidad los instrumentos estandarizados, como escalas y cuestionarios, por un doble motivo; en primer lugar porque permiten confirmar el diagnóstico y establecer la severidad o intensidad de los síntomas, y en segundo lugar porque ofrecen la posibilidad al clínico de hacer comparaciones.

La consideración de la severidad de los síntomas es de gran importancia en el diagnóstico infantil por varias razones: la intensidad de los síntomas es más sensible a los cambios que el diagnóstico global; las relaciones que se pueden establecer entre depresión y otras variables demográficas y de personalidad son más ricas cuando se hacen con grados de severidad que cuando se hace con valores de presencia y/o ausencia; a la hora de establecer criterios de intervención, el grado de severidad es más útil que el mero diagnóstico, (Polaino Lorente, 1988).

10. EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN EN LA INFANCIA

10.1. El método epidemiológico

Tradicionalmente, el origen del concepto de epidemiología se atribuye al estudio de las enfermedades infecciosas, campo en el que surge y en el que originariamente se aplica. Hace relativamente poco que los estudios epidemiológicos se han incorporado a la investigación de las enfermedades no infecto-contagiosas como trastornos psicósomáticos, trastornos mentales, etc (Maganto, 1990), y es que actualmente, por diversas circunstancias que no nos detendremos ahora en analizar, son otras las patologías que amenazan a los ciudadanos de nuestra época.

Hoy se conoce como disciplina epidemiológica, "aquella que estudia la distribución de frecuencia de las enfermedades o eventos y fenómenos de salud en grupos sociales y los factores que influyen sobre la ocurrencia y variación de esta distribución" (Colimón, 1990). Requiere, por tanto, conocer la historia y curso natural de la enfermedad, así como la relación que ésta presenta con el ambiente (Marti y Murcia, 1987), además de las distintas condiciones psicológicas de esa población, como posibles factores influyentes (Doménech y Polaino-Lorente, 1990).

En el campo de la salud mental, debido a la consideración del ser humano como ser bioquímico social, se tiende al análisis de la presencia y frecuencia de los trastornos, intentando determinar los grupos de población con diferentes niveles de riesgo y estudiar los factores causales (Maganto, 1992).

Tanto en el campo de las enfermedades contagiosas como en el de la salud mental, los horizontes de la epidemiología se han ampliado, y también sus usos. Entre algunos de sus objetivos actuales destacamos a modo de referencia:

1. Conocer la naturaleza de los problemas, y la variación de la patología según el tiempo y el lugar. La frecuencia de la enfermedad se mide a través de: la prevalencia, tasa anual de incidencia³ y tasa anual de mortalidad.
2. Conocer la historia clínica de la enfermedad.
3. Establecer la etiología de la enfermedad.
4. Predecir el curso clínico de la enfermedad, tanto a nivel comunitario como individual, (Marti y Murcia, 1987; Maganto, 1990).

De este modo, la epidemiología se ha convertido en un gran recurso para la investigación etiológica. Así lo confirman algunos autores cuando manifiestan que la epidemiología se ha transformado en una ciencia predictiva, ya que se ocupa de determinar los factores de riesgo estableciendo el control, el manejo y la prevención de las enfermedades. Para los que así la entienden, como Dohrewend (1994), la investigación epidemiológica resulta imprescindible, tanto para el conocimiento de la enfermedad como para el establecimiento de cualquier programa preventivo. Así lo manifiestan Polaino-Lorente y García Villamizar (1993: 5): "la promoción de la salud, de la que hoy afortunadamente tanto se habla, necesariamente pasa por las investigaciones epidemiológicas".

10.2. Estudios epidemiológicos en psicopatología: depresión infantil

La epidemiología en psiquiatría no ha ido muy atrás de las enfermedades infecciosas, puesto que ya desde finales del siglo XIX

³Los términos de prevalencia e incidencia son conceptos que se han acuñado en torno a los estudios epidemiológicos. Por prevalencia se entiende la proporción de la población que padece la enfermedad en un momento dado. Por incidencia, el número de nuevos casos de enfermedad que aparecen en un período de tiempo.

Durckheim estudia la epidemiología del suicidio. Más tarde le siguieron muchos otros entre los que destacamos, a modo de referencia, a Esquirol (1838) en su estudio sobre las enfermedades mentales, y Lewis (1929) con estudios sobre el retraso mental. Sin embargo es relativamente reciente el uso normalizado de estudios epidemiológicos en torno a la salud mental.

Actualmente esta práctica se ha articulado con el desarrollo asistencial y con el fin de optimizar los servicios preventivos y terapéuticos (Maganto, 1990).

En el ámbito de la psiquiatría infantil, los inicios son aún más recientes, derivados de las investigaciones del adulto, pero con gran despliegue, sobre todo en los últimos años. Estos están incidiendo en temas tales como: la prevención, detectando factores de riesgo, la intervención adecuada, a través de dotación y planificación de recursos asistenciales a nivel social (Maganto, 1990).

Aunque son muy pocos los trabajos existentes sobre depresión infantil en particular, son bastantes los que se han hecho sobre epidemiología psiquiátrica en general. En nuestro país, sin embargo, hasta 1990, se desconocen estudios al respecto. Contamos en la actualidad, en torno al tema que nos ocupa, con dos importantes trabajos: el de Doménech y Polaino-Lorente (1990) sobre la depresión infantil en seis ciudades españolas, y el de Polaino-Lorente y García Villamizar (1993) sobre la comunidad de Madrid. Sobre adolescencia se conoce el de Canals Sans (1990), llevado a cabo con todos los niños y niñas de 11 y 12 años escolarizados en la ciudad de Reus (Tarragona) y, el de Mestre Escrivá (1992) que utiliza un diseño longitudinal para observar los cambios producidos en sujetos de 14 y 15 años, después de cinco años de seguimiento.

Haciendo un poco de historia, los primeros estudios epidemiológicos sobre psicopatología infantil empiezan a desplegarse a partir de los años 60. En muchos de ellos no se cita para nada la depresión. El primer estudio epidemiológico conocido que contempla la

depresión infantil, al lado de otras patologías, es el de Rutter (1970) realizado en la isla de Wight. Otros de similares características, por no estar dirigidos específicamente a detectar depresión infantil, son los de Beitchman et al. (1978) en Canadá, y el de Anderson (1987).

Prácticamente hasta los años 80 no aparecen estudios específicos de depresión. Se sitúa esta época con el estudio de Kashani y Simmonds (1979). Estos estudios han estado frenados por la propia historia de la conceptualización de la depresión en la infancia. Es justo alrededor de ese momento, a partir de los 70, cuando se vio que la depresión infantil era más frecuente de lo que se había pensado, y empezó a aceptarse la existencia de la misma. Presentaremos a continuación una revisión de los estudios epidemiológicos que se han desarrollado desde ese momento hasta la actualidad⁴.

Tabla 1. Estudios de prevalencia de depresión infantil

AUTOR	POBLACION	N	EDAD	PAIS	RESULT.
Rutter et al. (1970)	Toda la población de la isla de Wight	2.199	10-11	Gran Bretaña	0.14%
Albert y Beck (1975)	Escuela parroquial de suburbios	63	11-15	EE.UU.	33%
Welner et al (1977)	Hijos de padres depresivos e hijos de padres normales	75/152	06-16	EE.UU.	7% - 0%
Kashani y Simonds (1979)	Todos los nacidos en un mismo hospital en un año (Missouri)	103	07-12	EE.UU.	01.90%
Lefkowitz y Tesiny (1981)	14 escuelas públicas (New York)	3.020	08-12	EE.UU.	5.2%
Kashani et al (1983)	Niños nacidos en el hospital obstétrico en un año (Dunedin)	641	9	N.Zelanda	4.3%
Verhultz et al (1985)	Toda la población (provincia de Zuid)	2.600	04-16	Holanda	9%
Kashani et al (1986)	Dos guarderías (ciudad Nid-Western)	109	02-07	EE.UU.	1%
Anderson et al (1987)	Nacidos en un mismo año en el hospital de Dunedin	792	11	N.Zelanda	2.7%

⁴Presentamos solamente la revisión de los estudios epidemiológicos realizados con poblaciones normales, al ser éstos los que se identifican con las características de nuestro trabajo. Con poblaciones caracterizadas por presentar algún trastorno o patología (lenguaje, fracaso escolar, trastorno psiquiátrico, etc.) se conocen varias investigaciones epidemiológicas. Una revisión exhaustiva sobre ellas puede encontrarse en: Doménech y Polaino-Lorente (1990) y en Petti (1986).

Tabla 1. Estudios de prevalencia de depresión infantil (continuación)

AUTOR	POBLACION	N	EDAD	PAIS	RESULT.
Doménech y Polaino-Lorente (1990)	Todos los alumnos de 4º de EGB de seis ciudades	6.432	09-11	España	8.2%
Canals Sanz (1990)	Todos los escolarizados, nacidos en el primer semestre en 1976-77 (Tarragona)	534	11-12	España	6%
Mestre (1992)	Alumnos de 4º de EGB (Valencia)	1.286	09-10	España	6.18%
Mestre (1992)	Alumnos de FP y BUP (Valencia)	406	14-15	España	7.64%
Polaino-Lorente y García Villamisar (1993)	Todos los escolarizados en 4º de EGB (Madrid)	1.074	09-11	España	12%

Como podemos observar, en ellos, el índice de prevalencia varía bastante de unos estudios a otros. Tal circunstancia se atribuye a tres razones concretas: algunos estudios no están dirigidos específicamente a detectar síndrome depresivo; los instrumentos utilizados para la discriminación han sido distintos; y las edades que comprenden ambas muestras difieren bastante entre sí.

Para Doménech y Polaino-Lorente (1990: 38), los estudios epidemiológicos en la infancia encierran una gran complejidad de la que no se ven exentos los de adultos, pero que en éstos se agrava enormemente por las siguientes circunstancias:

- El niño es un ser en continua evolución.
- Los conceptos psicopatológicos que describen las alteraciones infantiles no son tan precisos como en los adultos.
- La nosología psicopatológica infantil está muy ambiguamente dibujada. Por tanto la validez de los diagnósticos es muy dudosa.
- Son múltiples los factores intervinientes, resaltando los distintos autores unos u otros.
- Estas investigaciones se ven forzadas a emplear criterios de evaluación que, lógicamente, se dirigen a padres y profesores.

- Los resultados varían en función de los objetivos que se persigan (de los que dependerán los instrumentos).
- Definición de caso, con arreglo a criterios centrados en el niño y no en el adulto.
- Sesgos relativos al diseño. Selección de la muestra y objetivos.

10.3. Resultados de prevalencia e incidencia en epidemiología infantil: otras variables relacionadas

Los índices de prevalencia e incidencia de depresión entre la población normal es cada vez mayor, tanto en adultos como en niños. Algunos autores atribuyen ese incremento paulatino a las características y condiciones de vida actuales (Del Barrio, 1990), cada vez más saturada de elementos complejos ante los que el individuo se siente desprotegido. En trabajos transculturales (Seligman, 1988) también se ha observado un ascenso en las tasas de incidencia.

En la infancia no se tiene claro aún cuáles son los porcentajes del trastorno entre la población normal, puesto que hay una gran disparidad entre los resultados de los trabajos hechos hasta el momento (datos expuestos en el punto anterior). Esa discrepancia se produce, sobre todo, cuando se comparan estudios que han utilizado distintas muestras, criterios e instrumentos de diagnóstico (Kazdin, 1987, 1988), (Cfr. Semrud-Clikeman y Hynd, 1991). Lógicamente, también se producen discrepancias cuando se hacen comparaciones entre estudios realizados con poblaciones clínicas y con poblaciones normales. Si se separan estos dos últimos grupos obtenemos una media de prevalencia de depresión en poblaciones normales de un 10% (entre un 0.14% y un 33%), y en poblaciones clínicas de un 26% (entre 1.80% y 61%) (Del Barrio, 1987).

Para Petti (1986), la incidencia de la depresión en la infancia va a depender de las características de los estudios. Sobre todo de variables tales como población estudiada, rango de edad, definición de depresión,

tipo de instrumento de evaluación e identidad de los informadores. Actualmente se está tendiendo a tratar con mayor rigor cada una de ellas, pues es mucha la demanda existente entre los autores (Brumback et al., 1977; Brumback y Weinberg, 1977; Strauss et al, 1984), de datos sobre prevalencia y severidad, a fin de desarrollar más y mejores métodos de investigación e intervención (Cfr. Semrud-Clikeman y Hynd (1991).

Veamos a continuación los datos obtenidos en relación a las variables más estudiadas:

10.3.1. Sexo

En contraste con la depresión adulta donde la proporción es de 2 mujeres por hombre (Kaplan, 1972; Weissman y Klerman, 1977; Brown y Harris, 1978; Kazdin, 1988), en los niños no se han encontrado diferencias significativas entre ambos sexos en la infancia (Weissman y Klerman, 1977; Rholes et al. 1980; Kashani et al, 1983; Polaino-Lorente y García Villamisar, 1993). Los autores que han encontrado algunas diferencias, curiosamente, han sido a favor de los niños (Alonso Fernández, 1988). Sólo cuando los sujetos están por encima de los 12 años de edad, se observa una predominancia depresiva en las chicas (Kaplan, 1984; Canals et al., 1991). Esta predominancia femenina en la adolescencia y en la edad adulta, la explican los autores en términos socioculturales y educativos, que pueden hacer a la mujer más vulnerable a padecer dicho trastorno afectivo (Kaplan, 1972; Brown y Harris, 1978).

En torno al sexo, lo que sí parece mostrar diferencias significativas son las manifestaciones conductuales (Canals et al. 1991). Mientras que las niñas muestran ser más sociables y presentan más quejas somáticas que los niños (Johnson y Bradlyn, 1988; Canals et al., 1991), los niños hablan más de suicidio, muestran más problemas conductuales (Achenbach y Edelbrock, 1983) y puntúan más ítems cognitivos referidos al fracaso escolar (Canals et al., 1991). Las investigaciones al respecto, sin embargo, son muy escasas.

10.3.2. Edad

Desde que se han iniciado los estudios sobre depresión en la infancia, se ha considerado la edad como una posible variable moduladora de este síndrome. En torno a ella no sólo se sostiene que hay períodos en la infancia en los que la vulnerabilidad a padecer depresión es mayor, sino también que la propia edad modula el cuadro sintomatológico (Nissen, 1973; Arieti y Bemporad, 1990; Doménech y Polaino-Lorente, 1990; Mestre Escrivá, 1992; Polaino-Lorente y García Villamisar, 1993; etc.). Sin embargo, si bien las conclusiones han sido muy relevantes en torno a las diferencias entre la infancia y la adolescencia, en los distintos períodos de la etapa infantil la literatura sobre el tema no está aún muy clara.

Algunos autores, en base a las pocas investigaciones hechas en torno a distintos períodos de edad, describen cuadros depresivos distintos para cada etapa evolutiva: lactancia, preescolaridad y edad escolar básica (Nissen, 1973; Arieti y Bemporad, 1990; Mestre Escrivá, 1992; etc.). Sin embargo, otros no establecen tales diferencias. Por otro lado, en torno a los criterios e instrumentos diagnósticos, no se observan diferencias específicas en cuanto a la presencia y frecuencia de síntomas para las distintas edades.

En torno a la incidencia, y haciendo un análisis global, un gran peso recae sobre la hipótesis de que a más edad mayor índice de depresión (Polaino-Lorente y García Villamisar, 1993). Canals et al. (1991, 1992) no encuentran diferencias estadísticamente significativas alrededor de la variable edad, aunque sí observan un porcentaje superior de casos en niñas a partir de los 11-12 años, y un porcentaje inferior de niños a partir de los 15 años.

10.3.3. Fracaso escolar

El fracaso escolar ha sido una variable muy peculiar en el campo de la depresión infantil, ya que se contempla como causa y como síntoma. Generalmente es contemplada por casi todos los autores en todos los criterios e instrumentos diagnósticos. Sin embargo, son muy escasos los estudios que se conocen en los que se contemple como variable moduladora. Por tanto, no se dispone de datos concluyentes sobre su influencia en la depresión, y aunque se asuma que el bajo rendimiento sí es una consecuencia del estado depresivo, se desconocen los procesos y modos de dichas manifestaciones.

La mayoría de los estudios sobre la variable rendimiento académico, lo hacen contemplando los porcentajes de niños con problemas escolares hallados entre los depresivos, o viendo la relación estadística existente entre ambas variables (Kaslow et al., 1984; Blechman et al., 1985; Feshbach y Feshbach, 1987; Nissen, 1989; Mestre, 1992; Polaino-Lorente y García Villamisar, 1993; entre otros). Todos coinciden en señalar una relación directa entre rendimiento escolar inadecuado y sintomatología depresiva. En sentido inverso, es decir, estudios sobre incidencia de niños depresivos en poblaciones que presentan problemas escolares, conocemos los de Bauersfeld (1972), Weimberg et al. (1973) y Brumback et al. (1980) (Cfr. Doménech y Polaino-Lorente, 1990). Los resultados resultan abrumadores, puesto que se encontraron índices del 13%, 58% y 62% respectivamente. La comparación entre un grupo de estudios y otro nos sugiere que tienden más los niños con fracasos escolares a deprimirse que los deprimidos a fracasar escolarmente.

10.3.4. Variables familiares

Las variables familiares como el clima familiar, enfermedades crónicas de algún miembro de la unidad familiar, número de hermanos, divorcio o separación de los padres, etc. son variables frecuentemente señaladas por los distintos autores, cuando aluden a factores etiológicos de las depresiones en la infancia; sin embargo, son muy escasos los

estudios llevados a cabo en torno a las mismas. Los datos de que se dispone proceden más del ámbito clínico. Las variables más estudiadas y sobre las que podemos, por tanto, ofrecer resultados consistentes hacen referencia a: familias con un alto índice de estrés producido por desórdenes afectivos maternos, rupturas conyugales, pérdidas, estructura familiar y nivel socioeconómico de los padres.

Los estudios más amplios y sólidos giran en torno a la relación y/o influencia de la depresión en la infancia y familias altamente estresadas (rupturas conyugales, convivencia familiar inestable, enfermedades crónicas, desequilibrio materno después de una separación, etc.) (Hammen et al., 1987, 1988, 1991, 1992; Adrian y Hammen, 1993; Nissen, 1971). Todos ellos van en la línea de comprobar el impacto que produce ese estrés familiar, sobre todo la ansiedad de la madre después de una situación de separación, en los niños. Hammen sostiene que estas situaciones son grandes predictoras de depresión, pues los resultados obtenidos reflejan que el estrés familiar (de la madre) va influyendo en los niños, volviéndoles vulnerables a la depresión.

Nissen (1971) hace un estudio más general, con 100 niños deprimidos, en el que tuvo en cuenta muchísimas variables familiares y contextuales. Respecto a las que aquí nos interesa analizar encontró que el 33% de los niños había padecido privación materna durante más de seis semanas antes de los seis años; el 58% pertenecía a familias rotas; el 22% eran hijos ilegítimos; el 23'8% huérfanos de padre y el 7'6% de madre; el 23% hijos de padres separados; el 23'8% con disputas familiares; el 25% padecían sus padres enfermedades crónicas y el 13% tenían una convivencia familiar inestable.

Las experiencias de pérdida de alguno o ambos progenitores, ya sea por muerte o separación, ha sido una variable frecuentemente analizada. Ya Spitz (1945) señaló la gran influencia que las experiencias de pérdida de los padres en la edad temprana tienen en la aparición de cuadros depresivos e incluso suicidios en la infancia. Weissman (1984), Doménech y Polaino-Lorente (1990) entre otros, han encontrado

relaciones altamente significativas entre depresión y divorcio o separación de los padres. Otros estudios, sin embargo, han encontrado escasa relación entre ambas variables, lo que no facilita el esclarecimiento del tema. Hammen (1991, 1992) observó que lo que más secuelas dejaba en el niño era el bienestar psíquico de la madre después de la separación (por ser ésta con la que normalmente se queda el niño), por lo que concluye que los efectos psíquicos del divorcio sobre el niño son más bien indirectos, es decir, que no es el hecho tal del divorcio, sino la situación de estrés a la que se ve sometido el niño después de él. Otros autores comparten la misma hipótesis haciendo referencia a la relación posterior que establece la pareja entre sí, la relación que establece el niño con el miembro que se va, cambios en la situación económica familiar, etc. (Wallenstein, 1980; Frías et al., 1992, etc.).

En relación al padecimiento de enfermedades crónicas físicas o psíquicas por parte de algún miembro familiar, los estudios más sólidos se refieren a la influencia que ejercen en los niños los padres y sobre todo madres depresivas. Los resultados de todos los trabajos concluyen que los hijos de madres depresivas están más expuestos a padecer el síndrome depresivo que los hijos de madres sin depresión con enfermedades médicas (Hock y DeMeis, 1990); que los hijos de mujeres que no trabajan fuera de casa y quieren hacerlo, al mostrar éstas problemas de autocontrol, menos satisfacción emocional y menos confianza en sus funciones de madres, van transmitiendo comportamientos depresivos en los hijos (Hock y DeMeis, 1990).

En cuanto la estructura familiar, se ha intentado relacionar la aparición de cuadros depresivos con número de hermanos, lugar que ocupa entre ellos, presencia en el hogar de otras personas ajenas a la unidad familiar, etc. Se ha encontrado que hay una relación importante entre número de hermanos y lugar que ocupa con presencia/ausencia de sintomatología depresiva, siendo más vulnerables los niños pertenecientes a familias numerosas (más de cuatro hermanos) y los que ocupan las posiciones intermedias entre el grupo de hermanos (Frías y et al., 1992).

Finalmente, en torno al nivel socioeconómico de los padres, existe una gran disparidad de resultados y conclusiones. Kaplan (1984) habla de una mayor incidencia en los niveles socioeconómicos más desfavorecidos. Weissman (1984) encuentran una tasa mayor de depresión en las clases sociales más elevadas. Mientras que los estudios más recientes llevados a cabo en nuestro país (Doménech y Polaino-Lorente, 1990; Mestre Escrivá, 1992), no han observado diferencias estadísticamente significativas al respecto. Los resultados de Chess (1984) han esclarecido algo el tema al observar este autor que mientras en las clases sociales más favorecidas se da una mayor incidencia de depresiones reactivas, las depresiones endógenas son más frecuentes entre las clases sociales más humildes, resultados confirmados por Puig-Antich (1985) y Munro (1966).

III. PARTE EXPERIMENTAL

INTRODUCCIÓN

En la revisión teórica expuesta, se ha podido percibir la preocupación que existe actualmente por esclarecer el concepto de depresión infantil y el de su incidencia, tanto en la población general como en la escolar.

Esta patología ha pasado, en pocos años, de una situación donde se negaba o asimilaba a la depresión adulta, a la posición actual en la que ocupa un marco conceptual específico. Sin embargo, reina aún gran desacuerdo, y a veces desconocimiento, sobre muchos aspectos relacionados con la misma.

Por otro lado, las altas tasas de incidencia del síndrome depresivo halladas en las poblaciones objeto de estudio en investigaciones recientes, han alarmado a un gran número de profesionales (clínicos, investigadores, educadores, etc.) que se han ocupado en tratar de desvelar las causas. A pesar de los esfuerzos, éste es aún un tema poco maduro, debido a la cantidad de variables que interactúan en la moodulación del mismo.

En torno al marco escolar, se ha identificado el creciente fracaso académico registrado en torno a los estudios primarios en los últimos años, como una de las causas de las depresiones en la infancia, dentro de un marco etiológico situacional. Estas alusiones resultan aún muy débiles por la escasa fundamentación empírica de que adolecen. Sin embargo, si tenemos en cuenta que es en la escuela donde transcurre la mayor parte de la vida del niño, y que, es el alto rendimiento escolar por lo que se valora al niño más frecuentemente, tanto dentro como fuera de la escuela, es normal que niños que no puedan alcanzar las demandas escolares les inunden estados de desesperanza, infravaloración, inhibición, y con el tiempo, depresión.

Es en este punto donde hemos enmarcado nuestro trabajo experimental, con el que nos propusimos desarrollar tres áreas distintas:

1. Determinar cuál era el índice de prevalencia de depresión infantil en la población escolar de la isla de Lanzarote.
2. Comprobar la relación entre síndrome depresivo infantil y bajo rendimiento académico.
3. Definir un perfil sintomatológico, acorde con el grupo poblacional y cultural estudiado, que permita a los profesores identificar en sus aulas a niños con este tipo de trastornos, para que procedan a darles el curso clínico oportuno, ya que, también éstos pueden ser a su vez causa de bajo rendimiento escolar.

Partiendo de nuestro objetivo primordial de interrelacionar etiológicamente la depresión infantil con el bajo rendimiento académico (Nissen, 1989; Párraga, 1990; Cobo, 1992; Petti, 1993) determinamos, en primer lugar, la epidemiología depresiva infantil en la población escolar de la isla de Lanzarote, de acuerdo con la metodología científica actual. A partir de aquí, analizamos la incidencia del fracaso escolar en dicha población infantil, interesándonos, después, por la correlación entre el rendimiento académico y la depresión, comparando dos grupos extremos: con síndrome depresivo y sin síndrome depresivo .

Para el desarrollo de la investigación, tuvimos la necesidad de definir con precisión el cuadro depresivo en la infancia y elaborar un inventario diagnóstico de síntomas. A su vez, y desde la psicopatología cultural, hemos tenido en cuenta, tanto la especificidad de las culturas del ciclo vital (en este caso de la infancia), como los fines diferenciales del contexto cultural de la isla de Lanzarote (Aguirre, 1989).

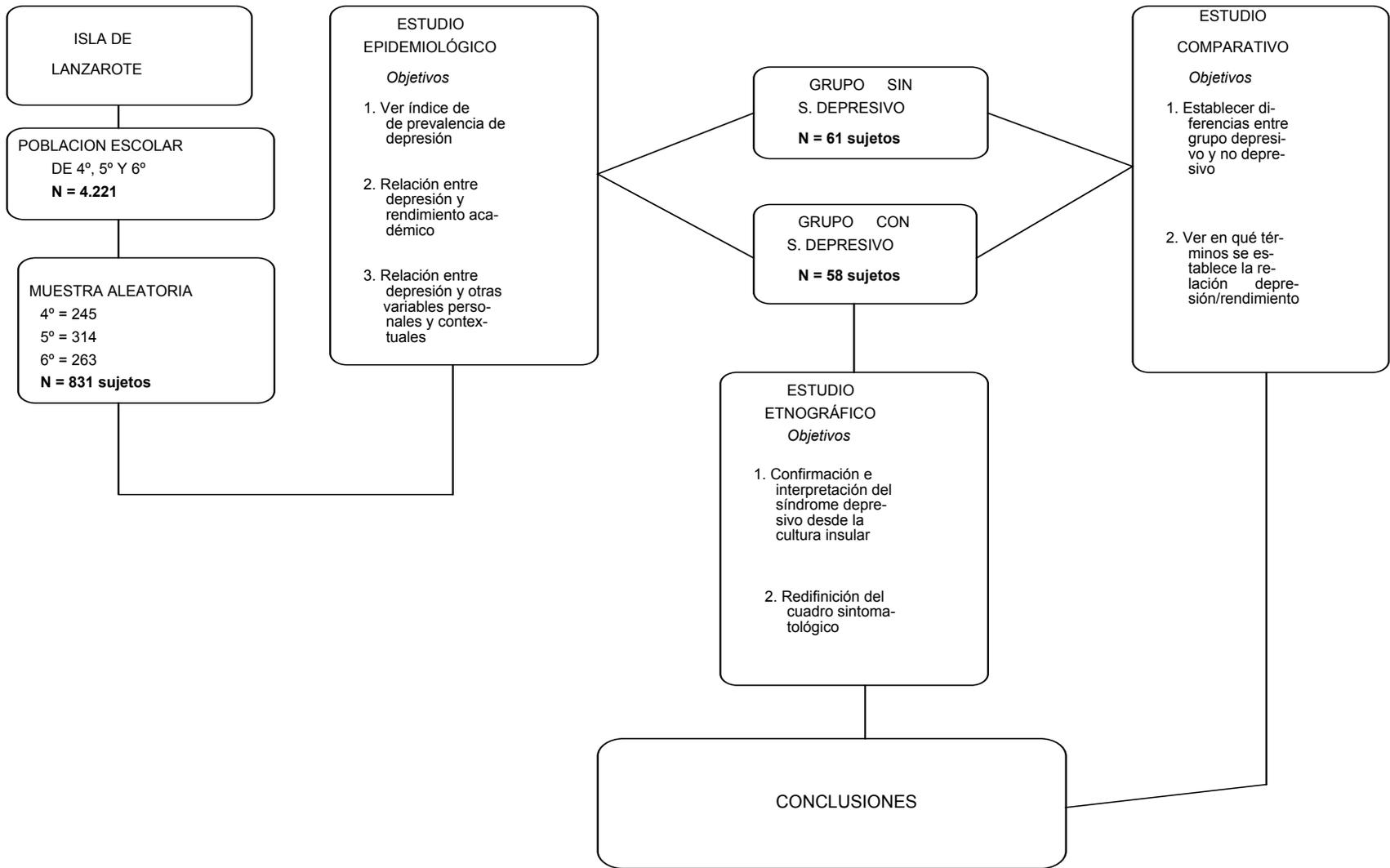
En esta misma línea, hemos tenido en cuenta los estudios transculturales de la depresión (Earls et al., 1980), que redefinen la sintomatología clínica desde el particularismo cultural. En concreto, hemos partido de la realidad

(cultural, geográfica, histórica y demográfica) de la isla de Lanzarote, marco en el que se contextualiza la población infantil, estudiada por nosotros, y en la que hemos tratado de analizar la interrelación de la epidemiología depresiva infantil con algunos aspectos del bajo rendimiento escolar.

Por tanto, una vez delimitada nuestra hipótesis de investigación procedimos a su confirmación en tres momentos diferentes, aunque complementarios:

1. *Estudio epidemiológico de la depresión infantil en la población escolar de la isla de Lanzarote.* Realizado con el objetivo general de establecer el índice de prevalencia de depresión y discriminar cuadros clínicos para posteriores fases de estudio. En esta fase se utilizó una metodología cuantitativa.
2. *Estudio comparativo entre niños con síndrome depresivo y niños sin síndrome depresivo: relación entre depresión y retrasos en el rendimiento.* Aislados los casos de depresión infantil, se procedió a analizar algunas características asociadas a tal síndrome. Para ello, se seleccionó un segundo grupo sin síndrome depresivo, con el fin de realizar análisis comparativos. Se utilizó a tal efecto una metodología cuantitativa de corte correlacional.
3. *Estudio etnográfico-clínico de la depresión infantil.* El objetivo de este tercer estudio fue confirmar, en su medio natural, el cuadro epidemiológico identificado en los estudios anteriores, desde la observación participante clínico-etnográfica, en el que combinábamos el punto de vista "emic" de niños y profesores, con el punto de vista "etic" de la observación exterior (Aguirre, 1995).

Estos tres pasos están expuestos en el diagrama siguiente en el que representamos de forma gráfica el diseño y procedimiento seguido en la investigación general.



PRIMER ESTUDIO

EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN INFANTIL EN LA POBLACIÓN ESCOLAR DE LA ISLA DE LANZAROTE

1. Introducción: Objetivos de la investigación

En los últimos años, en el ámbito de la salud, los estudios epidemiológicos se están convirtiendo en procesos previos para la intervención. A través de ellos podemos identificar los factores de riesgo si queremos desarrollar una acción preventiva, comprobar la eficacia de determinados tratamientos y planificar mejor los recursos asistenciales comunitarios. Mezzich (1994) asegura que, en psicopatología, no sólo es importante el diagnóstico sino también la epidemiología. El estudio epidemiológico trata de responder preguntas tales como ¿con qué frecuencia se produce un determinado problema?, ¿quiénes son las personas que lo padecen?, ¿por qué se llega a padecer ese trastorno?, etc.

En la comunidad canaria son muy escasos los estudios epidemiológicos realizados en el ámbito clínico y, en particular, en el ámbito de la depresión, tanto infanto-juvenil como adulta. Esto nos planteó un reto, por lo que decidimos roturar este campo, centrándonos en el estudio epidemiológico de la sintomatología depresiva de la población infantil escolarizada de la isla de Lanzarote.

Así como existe un cierto acuerdo en torno al constructo "síndrome depresivo adulto", lo que facilita la construcción de investigaciones

epidemiológicas en este campo, en el ámbito de la depresión infantil diferencial, al existir disparidad de criterios nosológicos, resulta mucho más problemática su investigación epidemiológica. Por ello, se hizo necesario adoptar decisiones conceptuales previas.

El trabajo, que pasamos a describir, tuvo como punto de partida los siguiente objetivos:

1. Conocer la prevalencia del síndrome depresivo en la población escolar de 4º, 5º y 6º de E.G.B. de la isla de Lanzarote.
2. Analizar la distribución de la sintomatología depresiva en la población en función de: edad, sexo, curso, estructura familiar, estatus socioeconómico, zona de residencia, tipo de colegio, estado civil de los padres, rendimiento escolar, etc.
3. Determinar características o factores vinculantes al síndrome depresivo, que puedan constituir factores de riesgo.

2. Demarcación psico-contextual del estudio

La investigación, desde un enfoque epidemiológico descriptivo, conlleva, necesariamente, el análisis de tres factores básicos: variables de persona, tiempo y lugar (Turquets y Murcia, 1987). Las variables personales hacen referencia a los rasgos y cualidades de la persona, tales como la edad, el sexo, nivel socioeconómico, educación, etc. Las variables temporales se traducen en unidades de tiempo de duración del problema y la determinación del mismo en un momento o periodo dado. Las variables de lugar identifican las patologías de un lugar determinado.

Dadas las características de la patología estudiada, las variables de persona y de tiempo, tal y como hemos reseñado en el marco referencial teórico, se consideran imprescindibles. Respecto a las de lugar, si tenemos en

cuenta que un estudio epidemiológico representa el estudio de la patología de una población (Aguirre, 1989; Polaino-Lorente y García Villamisar, 1993), éstas variables no deben descuidarse, puesto que, en gran medida, son las que contextualizan el curso de la enfermedad. En concreto, y respecto a los trastornos o enfermedades psíquicas, se ha podido comprobar, a través de distintas investigaciones transculturales, que el comportamiento humano y las distintas psicopatologías de las que éste se ve afectado, no dependen tanto de factores biológicos y psicológicos, como de factores socioculturales (Polaino Lorente, 1989). Por esta razón, partimos de un análisis psicosocial del lugar, con el fin de contextualizar el estudio. Ello se hizo a través de dos vías: características físicas, sociales y culturales del grupo poblacional, y características culturales del subgrupo estudiado (cultura infantil). Veamos cada una de ellas:

2.1. Contexto sociocultural y geográfico de la isla de Lanzarote

Con el fin de situar al lector en el lugar donde realizamos este estudio y sin pretender hacer interpretaciones culturales, por ser el objetivo propio de la tercera fase de la investigación, pasaremos a describir algunas características socioculturales y geográficas de la isla de Lanzarote.

Lanzarote es la isla más septentrional y oriental del Archipiélago Canario. Este, situado en el Océano Atlántico a solo 100 Kms de la costa noroeste del continente africano, conforma la comunidad autónoma más alejada del territorio español.

Las alturas de Lanzarote son modestas, pues su punto culminante sólo alcanza los 670 m. Como el resto del Archipiélago, esta isla es enteramente volcánica, con abundancia de muestras recientes que caracterizan gran parte de su paisaje, de ahí que se le haya acuñado el slogan de *Isla de los Volcanes*.

La ubicación de esta isla, en el cinturón de altas presiones subtropicales, y su escasa altura, hace que sólo tenga las condiciones climáticas de la zona baja en cuanto a temperaturas, precipitaciones, etc., que la acercan mucho a las características propias de los climas subdesérticos. Sin embargo, debido a su condición de isla, el mar y su efecto termorregulador, como consecuencia de la presencia de la corriente fría de Canarias, hace que el clima se suavice considerablemente, con amplitudes térmicas anuales mínimas, pero con un índice de humedad relativa bastante alto (alcanza hasta el 90%). Pero el índice térmico de la isla se mantiene bastante uniforme durante todo el año, estando sus mínimas medias centradas en los meses de Enero y Febrero, con temperaturas que no bajan de 16°C, mientras que las medias máximas se sitúan en torno a los 24°C, en los meses de Agosto y Septiembre.

Por sus características climáticas, la isla cuenta con una vegetación escasa. Además, el viento del suroeste suele alcanzarla varias veces al año, con graves consecuencias para la agricultura. Este clima ha condicionado siempre la vida del isleño, sobre todo por la escasez de agua necesaria para el desarrollo de la agricultura, primer sector económico insular hasta hace pocos años. Actualmente, la desalinización es la fuente más importante de agua potable.

En cuanto al paisaje natural, éste no se ha visto muy alterado por la presencia humana, que ha sabido integrarse plenamente en él, respetando sus peculiaridades y adaptando sus formas de vida a las características del entorno natural de la isla. Hasta las construcciones de los últimos años, tratan de adaptarse a las viviendas campesinas de antaño. En este sentido, Lanzarote posee una personalidad propia.

Demográficamente, en lo que va de siglo, la población ha tenido un crecimiento moderado respecto al resto de las islas, pero con distintos ritmos en su evolución. En general, hasta 1960, éste fue muy lento debido a la constante emigración a Cuba y a las islas centrales del Archipiélago; sin embargo, a partir de este momento, y sobre todo en los últimos años, se ha

producido una gran aceleración en el crecimiento de la población, debido también a los movimientos migratorios, pero esta vez en orden inverso. El desarrollo turístico, que se empieza a experimentar en la isla a partir de los años sesenta, hace que Lanzarote se convierta en zona con saldos migratorios positivos, hasta tal punto que, en los últimos 15 años, la población de hecho supera enormemente a la de derecho. El empuje del sector turístico, además, ha generado una polarización del poblamiento en torno a los núcleos turísticos del Centro-Este de la isla: Arrecife, Costa de Teguise, Tías y San Bartolomé. Este incremento ha afectado de modo especial a la capital, Arrecife, que reúne en la actualidad a más del 50% de la población insular. En el resto de la isla, el caserío no se encuentra disperso como es habitual en otras islas del Archipiélago, sino que suele agruparse en torno a pequeños núcleos.

En el ámbito socioeconómico, en la actualidad, la isla se caracteriza por un cierto equilibrio en los sectores básicos de la economía. Tradicionalmente, éstos se habían reducido a la agricultura y a las pesquerías conserveras. La pesca ha tenido y tiene gran importancia en la isla, debido a la ventaja que presenta su proximidad al banco canario-sahariano, aunque actualmente existen numerosos problemas originados por las limitaciones impuestas por los países que actualmente dominan en el área costera africana, donde siempre ha faenado la flota canaria. La explotación agrícola se ha reducido machismo en los últimos años, pasando a convertirse en segunda actividad del isleño. A pesar de ello, la comercialización de los productos cosechados contribuye al equilibrio económico. Pero ha sido el despliegue de la industria turística de los últimos años el que constituye en la actualidad la mayor fuente de ingresos de la economía insular. En estos momentos es el sector servicios el que ocupa a la mayor proporción de la población activa.

Pero la implantación de la industria turística ha supuesto, no sólo un cambio económico sino también social, cultural e incluso ideológico. El desarrollo económico y de infraestructura física, generados por y para este fin, han venido acompañados de la afluencia de un gran cúmulo de población de

diferentes orígenes, aparte del turista visitante, con sus respectivas culturas y estilos de vida. Esta convivencia con otras culturas ha generado un cambio de mentalidad casi acelerado.

A pesar de ese cambio de mentalidad, el nivel cultural medio de la población es relativamente bajo, debido al predominio hasta tiempos recientes de la actividad primaria, la cual no necesita cualificar su mano de obra. En la medida que el sector turístico ha ido reemplazando al agrícola, se ha ido imponiendo la necesidad de aumentar el nivel educativo de la población mediante la instrucción escolar, siendo un instrumento de capacitación para la actividad económica. En la actualidad la isla tiene una población escolar de 12.426 alumnos (450 unidades). Arrecife es el municipio que cuenta con mayor número de unidades (256). La ratio es de 27'70 alumnos por unidad, inferior a la de la comunidad autónoma. Los alumnos se escolarizan, por lo general, en sus propios municipios. Los municipios receptores de población (Arrecife, San Bartolomé y Tías) han notado un incremento en las tasas de escolarización debido a la llegada reciente de gran número de inmigrantes.

Pero a pesar de que económica y socialmente se han experimentado notables cambios positivos en los últimos años, las dificultades de la isla son varias: la escasez de agua que limita el desarrollo total, afectando intensamente a la agricultura y al turismo; la conflictividad política y militar en la costa sahariana que ha puesto en peligro la actividad pesquera en la zona; las tasas de analfabetismo ligeramente superiores a la media de la comunidad autónoma; el gran incremento de inmigrantes arrastrados por el reciente desarrollo turístico que choca con la cultura y estilo de vida del isleño, con pérdidas progresivas de identidad cultural; el alto índice de delincuencia y drogadicción desencadenados en los últimos años, etc.

Por otro lado, en los datos sobre pobreza ofrecidos en el estudio hecho por la Dirección General de Servicios Sociales del Gobierno de Canarias (1992), si bien Lanzarote registra los porcentajes más bajos de toda Canarias

(un 3'26% de pobreza severa), es la isla que presenta mayores porcentajes de unidades de familias numerosas, mayor porcentaje de unidades familiares con niños y jóvenes y en el 23% de ellas vive una persona mayor de 65 años. Ello se contrarresta con ser la isla donde hay menor número de contratos eventuales, de paro y de enfermedades en los cabeza de familia. Finalmente, es la isla que registra el mayor porcentaje de viviendas autoconstruidas y propias, con una media de superficie de 127 m², frente a la media de Canarias en general que es de 98 m².

Concluyendo, en general Lanzarote, frente a otras poblaciones regionales e incluso nacionales, presenta unos buenos índices de calidad de vida. Sin embargo, otros factores específicos como el choque cultural, producto de la fuerte inmigración, la pérdida de valores tradicionales por una excesiva apertura a lo foráneo, el desatendimiento familiar infantil provocado por la masiva incorporación de la mujer al mundo del trabajo, el gran incremento de consumo de drogas por parte de la población juvenil y las consecuencias que ello genera, etc. son variables preocupantes que inciden en esa calidad.

2.2. Cultura infantil: características del grupo poblacional objeto de estudio

Nadie discute hoy que el ciclo vital integrado fundamentalmente por cuatro segmentos de edad, infancia, adolescencia, madurez y vejez, tiene cuatro desarrollos culturales específicos. Así, podemos hablar de una cultura infantil y adolescente, diferenciada de la cultura adulta.

En lo que se refiere a la cultura infantil, ésta se desarrolla en el marco primario de la familia y se complementa, posteriormente, en la escuela.

La importancia de esa cultura infantil específica ha sido puesta de manifiesto a través de los estudios sobre el animismo infantil, la omnipotencia mágica, los cuentos, cantos y juegos y sus operaciones intelectuales concretas

(Piaget). Freud, por su parte, estudió los específicos desarrollos de la personalidad infantil como determinantes de la vida futura del adulto.

Sin esta necesaria referencia a la cultura y modo de pensar y ser de la infancia, no podrían entenderse ni sus comportamientos, ni sus manifestaciones psicopatológicas. En concreto, la depresión infantil se presenta, desde sus propias constantes culturales, como sintomáticamente diferente de la adolescente o la de la adulta, tal como ha sido constatado por los estudios recientes sobre el tema (Marcelli, 1992; Badillo, 1995).

Desde esta perspectiva cultural general, hemos ubicado nuestro estudio en el marco cultural concreto de Lanzarote y en un segmento de su población escolar, los niños y niñas de 4º, 5º y 6º de EGB, cuyas edades oscilan entre 9 y 12 años. En la muestra además está contemplado un porcentaje mínimo (5% aproximadamente) de alumnos/as de 13 y 14 años que, por desfases escolares, cursan niveles inferiores a los que les corresponde por edad. Consideramos que las características evolutivas de los niños integrados en un mismo nivel, son más semejantes entre sí que las de los que tienen una misma edad cronológica situados en distintos niveles escolares. Por ello se decidió no excluirlos de la muestra.

Desde la perspectiva de la psicología del desarrollo, creemos conveniente introducir algunos conceptos explicativos previos.

a) Características psicológicas

A lo largo de la historia de la psicología evolutiva ha habido distintos intentos de explicar el desarrollo infantil. Hoy podemos englobarlos en dos grandes grupos: las teorías que consideran el desarrollo en base a divisiones temporales, en una sucesión de fases o etapas (Gessell, Wallon, Piaget, Freud), y las que se centran más en el estudio de la naturaleza del propio proceso

evolutivo. destacando la influencia de factores genéticos o endógenos, la influencia del medio y la interacción del individuo con su propio medio (Bijou, Vigotsky, Luria). A pesar de la gran acogida que han tenido siempre las primeras, en los últimos años hay un interés compartido por la segundas, en la que nosotros nos situamos.

Nuestros sujetos se distribuyen en dos grupos importantes identificados por los autores: segunda infancia (9-10 años) y preadolescencia (11-12 años). En líneas generales, son épocas de pensamiento analítico, de una mayor socialización, donde se aprende no sólo gran cúmulo de conocimiento social, sino también mecanismos sociales, que dan lugar a un desarrollo más continuo y homogéneo, con cambios menos bruscos (Moraleda, 1992). Efectivamente, se atribuye a esta fase una relativa serenidad, con control de sí mismo y de sus manifestaciones emotivas, una actitud optimista y alegre, confianza en sus capacidades físicas y psíquicas, con deseos de que le valoren, etc. En la entrada a la preadolescencia, esta serenidad se va cambiando por una excitabilidad, con aumento de tensión nerviosa, sentimientos de inferioridad, disposiciones a la ansiedad y frecuentes oscilaciones en la vida afectiva (Moraleda, 1992) .

Tradicionalmente, se ha caracterizado a esta etapa de plenitud y serenidad a nivel de personalidad. Freud la define como un periodo de latencia, donde se adquieren nuevas habilidades, y las tendencias libidinales de la fase anterior son reprimidas o sublimadas a otros fines. Brocher (1971) pone en duda la hipótesis psicoanalítica, pues según él hay una creciente actividad afectiva y sexual en los miembros de ambos sexos. Afortunadamente, hoy son ya varios los autores que comparten los planteamientos de Brocher (1971), preocupados en comprobar si es realmente una época tan plácida como se había creído. Si así fuera, ¿sería posible la existencia de depresión?. De acuerdo con Tanner, (1978) la menarquía se ha hecho más precoz, reduciendo cronológicamente esta última etapa infantil.

b) Características socio-culturales

Es evidente que, en los últimos 50 años, hemos pasado de un modelo de familia extensa a familia nuclear, y del contexto rural a un predominante contexto urbano. La esperanza de vida de una familia a principios de siglo era de unos 18 años, de los cuales 13 se dedicaban a la procreación (la mortalidad de los hijos era de un 50%). Actualmente, la esperanza de vida de una familia puede dilatarse hasta 50 años, de los cuales tan solo 5 ó 6 se dedican a la procreación.

Junto a estos datos, aparece la creciente tasa de separación conyugal que, si bien en España no supera actualmente el 12%, se prevé un incremento progresivo, dado que la media actual europea es del 32%.

Este contexto cultural, en el que, además, la mujer se ha incorporado masivamente al trabajo fuera de casa, juega un papel relevante, en cuanto que ha modificado las relaciones afectivas y sociales del niño actual.

La infancia tiene en este momento más comunicación exterior (televisión, juegos informáticos, cómics, aprendizajes reglados e informales, etc.) y menos diálogo (y a veces, también, contacto afectivo) con los padres. Por otra parte, la cultura de los "mas-media" (televisión, videojuegos, etc.) realiza una dura competencia con la cultura tradicional infantil en la que el niño se apoya y, a través de la cual, construye los mapas cognitivos. Las estadísticas nos informan que el niño actual consume proporcionalmente más tiempo en ver televisión que en otros quehaceres. Por otro lado, TVE importa más de un 51% de los programas infantiles que emite, de lo que se deduce que los niños están aprendiendo una cultura que no es la propia.

Finalmente, debemos constatar que en la cultura infantil aparece un corpus "oficial" enseñado en las aulas y una contracultura que se aprende a través de los medios de comunicación y en la transmisión oral, entre la que se

encuentra la llamada "obscena cultura" infantil, tal como han puesto de manifiesto Gaignebet (1986) y, Woods y Hammersley (1995) entre otros.

c) Entorno escolar y demandas escolares

La etapa escolar es un periodo de gran importancia en el desarrollo infantil, por constituir la escuela, los compañeros, la pandilla, etc. fuentes importantes de socialización. Sin embargo, el éxito y el fracaso constituyen una variable importante para la motivación escolar, actuando también como factores determinantes en la modulación de la personalidad.

Beltran y Moraleda (1987) identifican algunos factores que pueden incidir en el fracaso escolar en esta época. Encuentran que, además de déficits instrumentales, están las disposiciones afectivas y motivacionales. La escuela, por ser el medio donde tienen lugar gran cantidad de aprendizajes para los alumnos, desempeña un importante papel para su desarrollo, pero éste dependerá de las características del propio niño, de la interacción profesor-alumno, de las características familiares y de las características del grupo de iguales.

El fracaso, en estas edades, viene determinado por las experiencias de frustración que experimenta el chico cuando no consigue las metas escolares. Los componentes psicológicos que pueden intervenir en el fracaso son (Beltrán y Moraleda, 1987):

- Experiencia interiorizada de los fracasos vividos: conflictos, sentimientos de culpabilidad, humillación, sentimientos de impotencia, falta de expectativas de logro, miedos o ansiedad neurótica, etc.
- Un sentimiento de frustración en relación con la experiencia negativa del aprendizaje escolar, que sólo se vuelve fuente de frustración cuando es

vivida por el alumno como amenaza para su personalidad (Cfr. Moraleda, 1992).

3. Definición y planteamiento del problema

Las reflexiones hechas a partir de los datos actualmente existentes en torno a la depresión en la infancia, presentados en la exposición teórica de este trabajo, nos han permitido llegar a diversas conclusiones, que a la vez se convierten en premisas para la presente investigación. Estas son:

- La depresión en la infancia existe, pero tiene unas características específicas que la diferencian del adulto.
- A pesar del cúmulo de investigaciones existentes, no hay acuerdo, por la falta de datos concluyentes, sobre el cuadro clínico específico de la depresión en la infancia.
- El desarrollo de criterios e instrumentos diagnósticos ha sido un apartado que se ha mostrado poco sensible a la incorporación de nuevas alternativas que optimicen la evaluación.
- En torno a los factores intervinientes reina una gran controversia. Los modelos existentes describen el trastorno de modos distintos, generándose con ello varias hipótesis etiológicas.
- La escuela o las situaciones escolares insatisfactorias, es uno de los agentes más relacionados con depresiones en la infancia; sin embargo, los estudios al respecto son escasos. Los trabajos que tratan la relación entre depresión y rechazo escolar se centran mayoritariamente en si deben considerarse síndromes o síntomas.
- El fracaso escolar o los problemas de aprendizaje suele configurar casi siempre el cuadro sintomatológico depresivo infantil. Por otro lado, se ha podido comprobar que las excesivas demandas escolares, pueden generar un estado patológico en algunos niños denominado *depresión escolar*. Por

consiguiente, tanto el fracaso escolar como la depresión pueden ser causa y consecuencia uno del otro.

Partiendo de estos supuestos y de las características de la población objeto de estudio, las cuestiones básicas que se formularon fueron:

- ¿Qué entendemos por síndrome depresivo en la infancia?
- ¿Cuál es la frecuencia de síndromes depresivos en la población escolar escogida para el estudio?
- ¿Qué factores están asociados con la probabilidad de aparición del trastorno?
- ¿De qué modo se configura el síndrome depresivo en relación con los trastornos escolares?

Estos puntos son los que constituyeron la base a partir de la cual formulamos las hipótesis de trabajo.

4. Hipótesis

Los estudios epidemiológicos descriptivos no requieren el planteamiento de hipótesis previas, puesto que el objetivo de los mismos es la descripción de la frecuencia de un trastorno, sea éste psíquico o físico, en una población en un momento dado y la distribución del mismo en torno a variables personales, de tiempo y lugar. A partir de esos datos se suelen generar hipótesis causales en función de las características halladas, tales como edad, sexo, clase social, área geográfica, tiempo de aparición, etc. Estas hipótesis causales deberán después ser contrastadas mediante estudios analíticos.

En torno a la epidemiología de la depresión infantil, contamos en la actualidad con la reciente realización de algunos trabajos en España (Doménech y Polaino-Lorente, 1990; Canals, 1990; Mestre, 1992; Polaino-

Lornente y García Villamisar, 1993). Esto hace que tengamos ya, de antemano, referentes descriptivos acerca de algunas variables relacionadas con el síndrome depresivo, trastorno objeto de estudio de esta investigación.

Ante tal circunstancia, no resulta necesario llevar a cabo la tarea descriptiva y analítica en distintas fases, por lo que las desarrollaremos a la par. Para ello, se hace preciso abordar hipótesis previas, referentes a las relaciones entre variables que pretendemos confirmar. Las planteadas en esta investigación fueron las siguientes:

a) Hipótesis referidas a variables del sujeto:

1a. No existen diferencias significativas en cuanto a depresión infantil, por razón de sexo.

2a. Cuanto más elevada es la edad del sujeto, mayor es la probabilidad de presentar puntuaciones altas en depresión.

b) Hipótesis referidas a variables contextuales:

1b. Los niños que viven o se desarrollan en ciudades o zonas turísticas, presentan mayor porcentaje de sintomatología depresiva que los que viven en zonas rurales.

c) Hipótesis referidas a variables escolares:

1c. Los niños y niñas escolarizados en colegios públicos se deprimen en mayor medida que los escolarizados en colegios privados y/o religiosos.

2c. A medida que se incrementa el nivel académico, aumenta la probabilidad de prevalencia depresiva.

- 3c. La proporción de niños y niñas con síndrome depresivo es mayor entre los que suspenden que entre los que aprueban.
- 4c. Cuanto mayor es la integración escolar de los alumnos/as, menor es la probabilidad de padecer síndrome depresivo.
- 5c. Cuanto mejores son las expectativas de futuro académico y vital, menor es el riesgo de padecer síndrome depresivo.
- 6c. Los niños y niñas que no presentan síndrome depresivo establecen una mejor comunicación con sus maestros/as que los que presentan síndrome depresivo.

d) *Hipótesis referidas a variables familiares:*

- 1d. Entre los hijos de padres separados o divorciados se observan mayores índices de prevalencia de síndrome depresivo que entre los hijos de padres no separados.
- 2d. Los niños y niñas que pertenecen a familias numerosas presentan un mayor porcentaje de síndrome depresivo que el resto.
- 3d. Los niños y niñas, en cuyas familias conviven otros miembros ajenos a la unidad familiar (abuelos, tíos, otros) se deprimen en mayor medida que los que conviven sólo con los miembros propios de la unidad familiar.
- 4d. Los niños y niñas que conviven con algún padrastro, madrastra o hermanastro/a, presentan mayor índice de sintomatología depresiva que los que viven con sus padres y hermanos legítimos.
- 5d. Cuanto mayor es el nivel profesional y económico de los padres, menor será la probabilidad de aparición de sintomatología depresiva en los hijos.

6d. Los niños/as que no presentan síndrome depresivo establecen una mayor comunicación con sus padres y madres que los que presentan tal síndrome.

7d. A medida que mejora la convivencia familiar, disminuye el riesgo de aparición de síndrome depresivo en los niños/as.

e) *Hipótesis referidas a otras variables:*

1e. Cuanto mayor es la comunicación del niño con las personas que le rodean (padres, profesores y compañeros), menor es la probabilidad de aparición de síndrome depresivo.

2e. A medida que disminuye la autoestima en los niños/as, aumenta la probabilidad de aparición del síndrome depresivo.

3e. A medida que aumenta la inhibición social, se incrementa la probabilidad de aparición del síndrome depresivo.

5. Definición de "caso" versus "no caso"

Uno de los puntos más complejos en los estudios epidemiológicos es el problema de la definición de "caso" y "no caso" (depresivo/no depresivo o con síndrome depresivo/sin sin síndrome depresivo), para precisar la frecuencia. En general, se describe el "caso" (conducta anormal o enfermo) haciendo referencia a criterios estadísticos y/o, como desviación social, teniendo en cuenta los patrones conductuales de desarrollo (criterios de normalidad) y las aportaciones de la psicopatología (estudios de anormalidad) (Maganto, 1992).

Para Maganto (1990), la definición de caso en epidemiología es compleja puesto que involucra aspectos tan controvertidos como:

- Definición de salud/enfermedad (con trastorno o sin trastorno).
- Presencia de una taxonomía diagnóstica que contemple la perspectiva genético-evolutiva (de la que se carece).
- Instrumentos diagnósticos fiables y exactos.
- Un enfoque teórico.

En categorías amplias, como depresivo/no depresivo, estas dificultades sin embargo son menores.

Los modelos más utilizados en la definición de caso han sido el modelo sintomatológico y el modelo clínico.

I. Modelo sintomatológico: el criterio utilizado es cuantitativo, es decir, lo que diferencia al "caso" del "no caso" es la diferencia de "mayor-menor" entre las puntuaciones de uno y otro. A su vez, la puntuación viene determinada por la presencia/ausencia de unos síntomas concretos que se pueden escoger de forma arbitraria o partiendo de un listado predeterminado, referido a la patología concreta. A esta forma se le conoce por "symptom loading" o "acumulación de síntomas". Este criterio es el más utilizado por la mayoría de los investigadores, entre otros Lefkowitz y Tesiny (1981), Doménech y Polaino (1990), y es en el que se basan la mayoría de los instrumentos de "screening" que actualmente se utilizan.

II. Modelo clínico: éste utiliza un criterio cualitativo al establecer una diferencia entre las características del "normal" y el "caso". El caso tendría que reunir una serie de condiciones que no están presentes en el "normal". El instrumento más utilizado por este modelo es la entrevista clínica.

En esta investigación se utilizaron ambos modelos, si bien en distintas fases cada uno de ellos. En esta fase epidemiológica el criterio prioritario es el cuantitativo, reforzado con apreciaciones de corte etnográfico-clínico. En una fase posterior de la investigación, el criterio utilizado para reconfirmar el

síndrome depresivo será eminentemente clínico-etnográfico, reforzado éste, a su vez, con datos cuantitativos. Definiremos, por tanto, lo que se considera por "caso", bajo este modelo, en su apartado correspondiente.

Para el presente estudio, partiendo de un criterio sintomatológico, se aplicaron instrumentos estandarizados y tipificados de *screening*, con el fin de identificar como "casos" a aquellos sujetos que obtenían un determinado nivel de puntuación, a partir de la suma de los diversos síntomas o ítems.

En cuanto a los criterios diagnósticos, los distintos estudios epidemiológicos en psicopatología han marcado una trayectoria de adhesión a unos criterios operacionales. Para la infancia, no se dispone aún de un sistema de clasificación de las enfermedades mentales, circunstancia que ha obligado a los investigadores que han estudiado la depresión a utilizar los criterios disponibles para el estudio de la depresión en el adulto, a pesar de que, para la depresión, sí existen criterios específicos para la infancia como los de Weinberg et al. (1973) o los de Poznanski et al. (1979).

Hablábamos en anteriores apartados de la imposibilidad de hacer conclusiones comparativas entre los distintos estudios si los criterios diagnósticos utilizados no eran similares. Atendiendo a esta razón utilizaremos los criterios diagnósticos del DSM-III-R por dos razones: la primera, porque son los criterios más utilizados por la mayoría de los investigadores y, la segunda, porque los estudios epidemiológicos que se conocen en España también han utilizado éstos. Ese precedente, de alguna manera, nos obliga a utilizar estos criterios para permitir posteriores análisis comparativos.

6. Metodología

Aunque no se considera a la epidemiología como una disciplina científica autónoma, pues carece de elementos propios que la hagan independiente,

existe en la actualidad una amplia bibliografía sobre los diseños y métodos más propios de la investigación epidemiológica, tanto médica como psicopatológica.

Los métodos de los que se dispone actualmente se clasifican en: *descriptivos, analíticos y experimentales o de intervención* (Colimón, 1990). La selección de uno u otro dependerá del objetivo trazado. Veamos brevemente cada uno de ellos:

a) *Descriptivos*: estudio de un evento, y la distribución de su frecuencia en una población, referida a un lugar y tiempo dados.

b) *Analíticos*: se establece comparación del riesgo entre grupos de estudio y grupos de control, con el fin de encontrar asociaciones entre factores de riesgo y efectos tendentes a demostrar causalidad. Estos pueden ser:

- *Estudios de cohortes*: se elige el grupo partiendo de unas características dadas.
- *Estudios de casos y controles*: un grupo enfermo y otro no.
- *Estudios transversales o de prevalencia*: se mide la enfermedad en un momento determinado o corto periodo de tiempo.
- *Estudios ecológicos*: estudios de agregación de individuos en áreas geográficas.

c) *Experimentales*: manipulación por parte del investigador de un factor de riesgo en grupos de estudio y de control para determinar el efecto en dichos grupos.

Los estudios descriptivos, por su fácil aplicación, son los que mayor despliegue han tenido hasta el momento, sin embargo, son varios los autores que manifiestan que las medidas de frecuencia de una enfermedad, aunque constituyen el primer peldaño en este tipo de investigaciones, resultan

insuficientes, por lo que demandan la necesidad de que se prolonguen a la epidemiología analítica (Martí y Murcia, 1987). Es por lo que en el presente trabajo se pretenden conjugar ambas tendencias, descriptiva y analítica, ésta última de corte transversal o de prevalencia.

Dada la complejidad del diagnóstico de esta patología y las dificultades que presentan la amplitud de la muestra, se decidió utilizar un diseño de "doble fase" que consiste en la identificación de los "casos" en dos etapas. La primera consiste en hacer un diagnóstico general con pruebas de *screening* con todos los niños/as de la muestra. Estos instrumentos conviene que sean de fácil aplicación y de gran sensibilidad. Vázquez Barquero (1980) manifiesta que el objetivo de la fase de *screening* es, más que establecer un diagnóstico, diferenciar en la comunidad dos grupos de población en función de la probabilidad de padecer o no alguna patología.

La segunda fase consiste en un diagnóstico analítico individual con un enfoque clínico de corte cualitativo, preferentemente, con los casos seleccionados en la primera fase. Esta segunda fase, al requerir un diseño de investigación distinto, será presentada en la tercera fase de la investigación (Estudio Etnográfico-clínico).

El momento en el que se lleva a cabo el diagnóstico es una variable importante a considerar en este tipo de estudios. Si bien hay que controlar que el tiempo que transcurra entre las dos evaluaciones no sea excesivo, por la posible variación de los síntomas, hay que tener en cuenta que debe transcurrir un periodo mínimo para que se pueda cumplir el criterio de duración de los síntomas.

Este tipo de diseño fue desarrollado por Goldberg (1972) y ha sido utilizado por varios investigadores en estudios epidemiológicos de depresión infantil como Rutter (1970) y Doménech y Polaino-Lorente (1990), entre otros.

7. Método

7.1. Sujetos

La población de interés, en un primer momento, estaba formada por todos los niños y niñas escolarizados/as de la isla de Lanzarote. Se decidió trabajar con los escolarizados/as por dos motivos: la necesidad de datos sobre el rendimiento escolar y el hecho de que todos los niños y niñas de Lanzarote estuvieran escolarizados.

Dada la complejidad que comporta la definición del síndrome depresivo en rangos tan amplios de edad (objeto de estudio de la tercera fase de esta investigación), decidimos restringirla a los niveles medios de escolarización. Según la LOGSE, éstos serían el segundo y tercer ciclo de enseñanza primaria obligatoria, que se corresponden con tercero, cuarto, quinto y sexto de EGB.

En el estudio piloto, comprobamos que los niños de tercero tenían dificultades para cumplimentar los protocolos de autoinforme, instrumentos básicos del estudio, razón por la que se excluyeron, quedando la población de interés definitivamente compuesta por los niños y niñas de cuarto a sexto de EGB de la isla de Lanzarote en el curso académico 1992/93.

7.2. Muestreo

El universo total de los niños escolarizados en 4º, 5º y 6º de EGB era de 4.211, distribuidos de la siguiente forma: 1.129 en cuarto, 1.485 en quinto y 1.597 en sexto y pertenecían a 29 centros escolares.

El procedimiento utilizado para la elección de la muestra fue el muestreo probabilístico por conglomerados y los pasos seguidos fueron los siguientes:

- a) El tamaño total de la muestra se obtuvo teniendo en cuenta la máxima prevalencia de depresión infantil hallada en otros estudios epidemiológicos, que oscilaba en torno al 20% ($p=.20$), el nivel de confianza (95% con un α de .05) y el margen de error ($e= \pm 2'5$) elegidos. Con estos parámetros se obtuvo una muestra total de 789 sujetos.
- b) Por la dificultad que presentaba elegir a los sujetos uno a uno para un estudio de este tipo, se decidió hacer un muestreo por conglomerados. Cada conglomerado lo componía un aula, pasando ésta a constituir una unidad muestral. Por otra parte, dado que se desconocía el número de aulas correspondientes a cada curso por centro, fue preciso hacer un muestreo polietápico por conglomerados (en dos etapas). En la primera etapa se eligieron los colegios y en la segunda las aulas dentro de los colegios.

Partiendo de una ratio de 25 niños por aula, se estimó que serían necesarios unos 31 conglomerados y, al desconocer los existentes en cada colegio, se decidió tomar un conglomerado por curso en cada uno de ellos. Por esta razón se seleccionaron al azar 11 colegios.

- c) Identificados los colegios, nos pusimos en contacto con ellos, y se fue eligiendo un grupo de cada nivel (4º, 5º y 6º) al azar. La muestra total quedó constituida por 33 unidades muestrales, y un total de 831 sujetos.
- d) El error de estimación obtenido a partir de un nivel de confianza del 95% es de $\pm 2'04$.

7.3. Características de la muestra

La muestra definitiva quedó compuesta por 442 niños y 389 niñas, con edades comprendidas entre los 9 y 14 años, distribuidos en 11 colegios (9 públicos, 1 concertado y 1 privado).

Presentaremos a continuación una descripción detallada de cómo quedan distribuidos los sujetos de la misma en función de las distintas variables que se han tenido en cuenta:

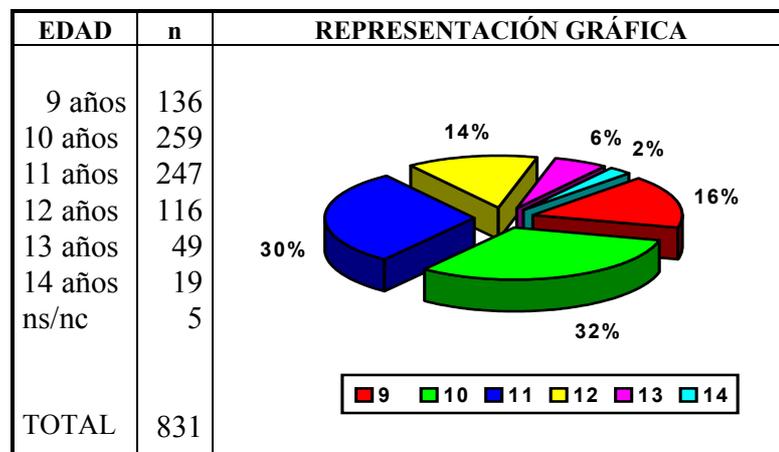
7.3.1. Variables del sujeto

Las contempladas en el presente estudio son edad y sexo. Veamos cada una de ellas.

7.3.1.1. Edad

El rango de edad, objeto de estudio en esta investigación, es el comprendido entre los 9 y 12 años. En la presente muestra, los sujetos que cumplen tal condición representan el 92% de los sujetos (n=758). Son éstas las edades que se corresponden con los cursos escolares estudiados. Por desfases en el rendimiento nos encontramos además en este grupo de escolares con un porcentaje del 8% de niños y niñas con 13 y 14 años. Por razones ya expuestas en apartados anteriores (apartado 2.2.), decidimos no excluirlos en esta fase de la investigación. Veamos como se distribuye la totalidad de los sujetos en la figura 1.

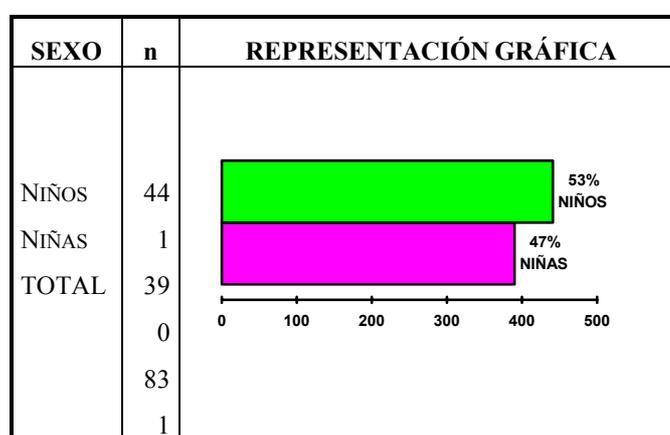
Figura 1. Distribución y representación gráfica de los sujetos en función de la edad



7.3.1.2. Sexo

En cuanto al sexo, como se puede apreciar en la figura 2, la proporción de niños de la muestra es ligeramente superior (53%) a la de niñas (47%). Esta diferencia se corresponde con la existente en la población de la que se extrajo la muestra.

Figura 2. Distribución y representación gráfica de los sujetos en función de la sexo



7.3.2. Variables contextuales

Respecto a este tipo de variables, hemos analizado únicamente la zona de ubicación del centro escolar. Se ha tenido en cuenta esta variable por la presumible influencia que el ambiente ejerce sobre la conducta de las personas, aunque por ahora sólo analizaremos los datos marginales de manera aislada y sin relacionarlos con la conducta depresiva.

El hecho de que tengamos en cuenta la zona de ubicación del centro y no la zona de residencia se debe a que en Lanzarote normalmente los niños son escolarizados en la zona de residencia¹.

¹Datos facilitados por el equipo de *Inspección Educativa* de la isla de Lanzarote.

En la muestra están representadas, aparte de todas las zonas geográficas de la isla (Ver figura 3), los cuatro niveles de la variable "zona geográfica", clasificados en función de la actividad económica principal de la misma.

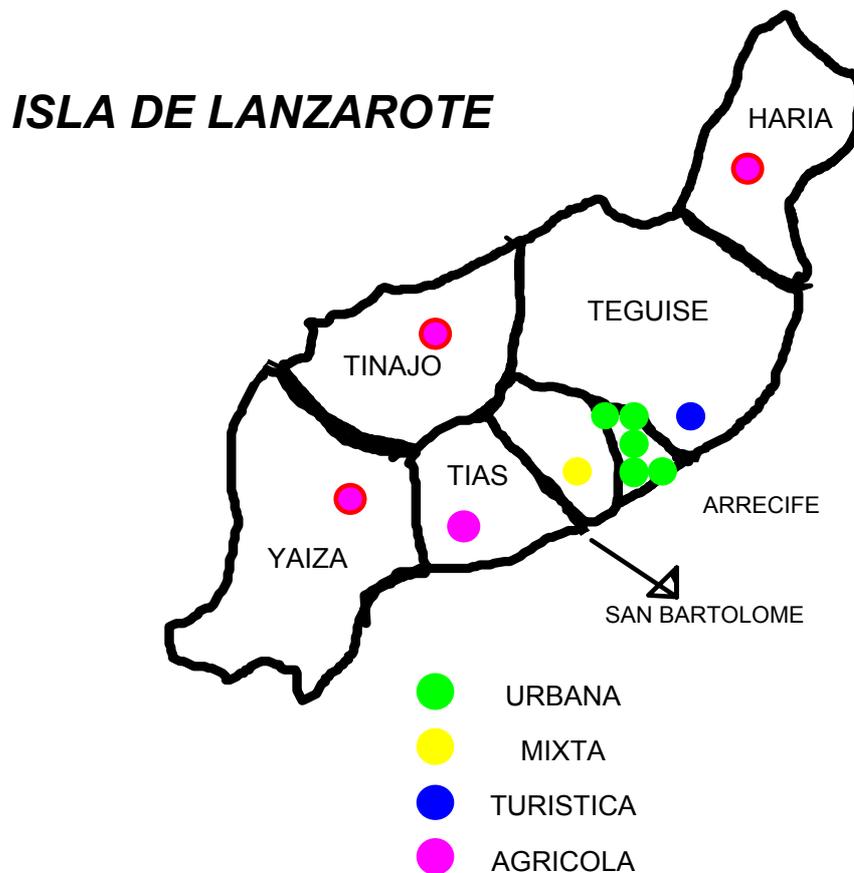


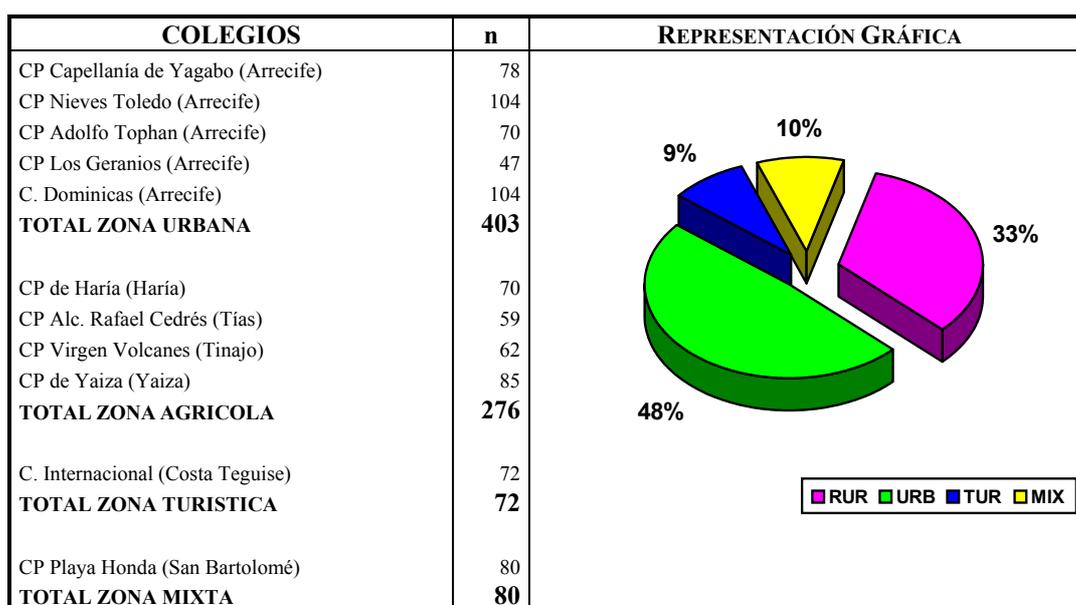
Figura 3. Representación geográfica de la ubicación de cada uno de los centros escolares

A pesar de haber distribuido a la población insular en cuatro zonas: rural, urbana, turística y mixta, es ésta una clasificación no del todo acertada puesto que, por las características actuales de la misma, también se podría hablar de dos únicas zonas, urbana y extraurbana, puesto que las zonas identificables como rurales, están perdiendo de un modo acelerado esa identidad, al pasar a

ser la primera actividad económica, no la agricultura, sino el turismo. Sin embargo, se observan todavía diferencias en las costumbres y estilos de vida de una zona y otra.

Como puede apreciarse en la figura siguiente (figura 3), la distribución territorial y la consiguiente muestra representativa de la misma, se hizo atendiendo a las características sociodemográficas y culturales de la isla. Las zonas urbanas se sitúan exclusivamente alrededor de la capital, Arrecife, al ser éste el único núcleo propiamente urbano, excepto las zonas turísticas. Estas configuran zonas concretas creadas exclusivamente para el desarrollo de este sector. La zona denominada como mixta, representa a un grupo poblacional que, perteneciendo a un municipio rural, está situada en la zona metropolitana urbana, y sus habitantes desarrollan sus actividades laborales fuera de la zona, en torno al sector servicios de las zonas turísticas. Finalmente, las zonas rurales representan a la población dedicada tradicionalmente a la explotación agrícola. Estas conservan aún gran parte de esa cultura rural.

Figura 4. Distribución y representación gráfica de los sujetos en función de la zona de ubicación del colegio



Atendiendo a esta clasificación, los sujetos quedaron distribuidos del siguiente modo: 403 escolarizados en zona urbana, 276 en zona agrícola, 72 en zona turística y 80 en zona mixta. En la tabla siguiente (figura 4) podrá observarse el porcentaje muestral correspondiente a cada una de ellas, y el número exacto de sujetos por centro.

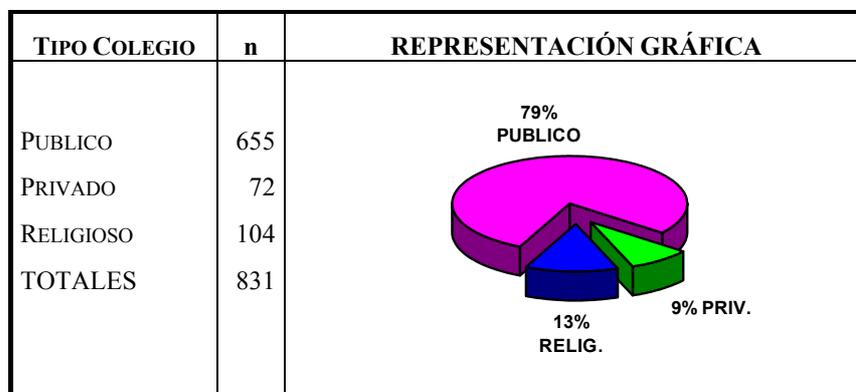
7.3.3. Variables escolares

En este apartado se incluye la distribución de los sujetos en función del curso, del tipo de centro y las calificaciones académicas obtenidas por los alumnos en las tres áreas básicas de instrucción.

7.3.3.1. Tipo de colegio

En cuanto al tipo de colegio, todos son públicos excepto dos: uno privado, situado en la zona turística (Costa de Teguise) y otro religioso situado en Arrecife. A pesar del bajo porcentaje destinado a colegios privados, éstos representan fielmente a la población. De hecho, de los tres colegios privados existentes en la isla, dos están presentes en la muestra.

Figura 5. Distribución y representación gráfica de los sujetos en función del tipo de Colegio

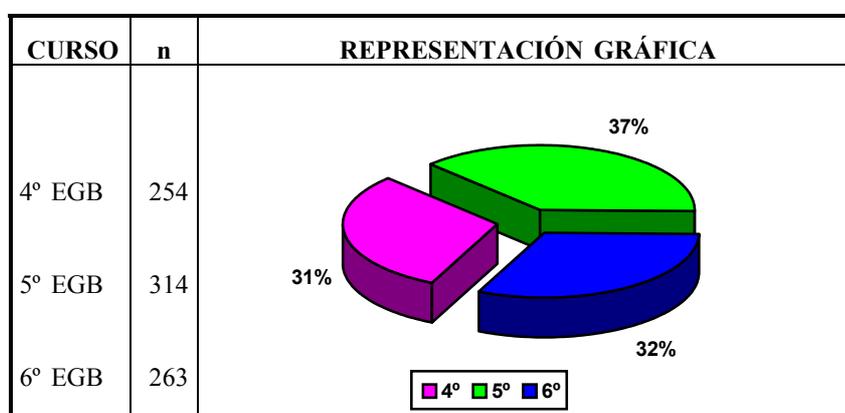


Los porcentajes de sujetos que aglutinan cada uno de ellos corresponden a un 79% perteneciente a colegios públicos, un 9% a privados y un 13% a religiosos. Veamos en la figura 5 una representación gráfica de dicha distribución.

7.3.3.2. Curso académico

En cuanto al curso académico de escolarización, los sujetos se distribuyen del siguiente modo: un 31% en cuarto, un 37% en quinto y un 32% en sexto de EGB. Como puede apreciarse en la figura 6, se registra una ligera diferencia porcentual en el grupo de quinto. Este aumento se debe a que los conglomerados de este curso contenían un número mayor de alumnos que los restantes. Esta circunstancia se produce por los repetidores de ciclo, que por imperativo legal, deben hacerlo en este nivel escolar.

Figura 6. Distribución y representación gráfica de los sujetos en función del curso



7.4. Instrumentos utilizados

Los instrumentos utilizados (ver Apéndice I) fueron seleccionados para recoger información de distintas fuentes tales como los sujetos de la muestra,

los profesores tutores y los compañeros de curso. Presentaremos, a continuación, una breve descripción de los mismos.

a) Cuestionario construido específicamente para esta investigación

El presente cuestionario tenía como objetivo recoger información sobre variables personales y contextuales relacionadas con la depresión en la infancia. Estas fueron:

1. *Variables personales*: edad y sexo.
2. *Variables ambientales*: zona de ubicación del centro escolar (zona de residencia).
3. *Variables escolares*: tipo de colegio, curso escolar, integración en el centro escolar, comunicación con los profesores/as y expectativas de éxito futuro.
4. *Variables familiares*: estructura familiar, número de hermanos, lugar que ocupa entre ellos, estado civil de los padres, nivel profesional y económico de los padres, comunicación con los padres y madres y tipo de convivencia familiar.
5. *Otras variables*: comunicación con los compañeros.

b) Children Depression Inventory (CDI, Kovacs, 1977)

Es éste un instrumento de *screening* con gran poder discriminativo cuando se aplica a población normal escolarizada. Su objetivo es detectar la presencia y severidad del trastorno depresivo en niños y adolescentes de 8 a 17 años. Como punto de partida para su construcción se toma el cuestionario de depresión para adultos de Beck (*Beck Depression Inventory, BDI, 1967*). Su justificación radica en la presumible sintomatología común entre niños adolescentes y adultos.

Es el instrumento de mayor consolidación en el diagnóstico de la depresión en la infancia y su uso es bastante generalizado. La fiabilidad del

CDI, obtenida mediante el alfa de Crombach a partir de diferentes muestras, oscila entre 0,86 y 0,94 (Kovacs, 1.983 y Saylor et al, 1984). En nuestra muestra se obtuvo una fiabilidad de $\alpha=0.91$. En cuanto a la validez del CDI, los diferentes estudios realizados vienen a demostrar su capacidad para discriminar y diferenciar grupos previamente diagnosticados como depresivos y no depresivos mediante diferentes instrumentos.

El CDI consta de 27 ítems, cada uno de ellos con tres respuestas alternativas en orden de frecuencia. Recoge una amplia gama de síntomas depresivos como: alteraciones del humor, capacidad hedónica, funciones vegetativas, autoevaluación y otras conductas de relaciones interpersonales (Polaino-Lorente, 1988). Su autora le atribuye además la capacidad para medir la severidad del síndrome depresivo (Kovacs, 1983).

c) Test Experimental de Depresión Infantil (TED. Cabrera y García, 1994)

Este cuestionario fue construido específicamente para la presente investigación y con un doble objetivo: adaptar la medida de depresión a las características de la población objeto de estudio, y tratar de superar algunas limitaciones atribuidas al *Children Depression Inventory* por la comunidad científica en psicopatología infantil, y que nosotros compartimos.

Respecto al CDI encontramos cómo el TED presenta un menor índice de consistencia interna ($\alpha=0.72$) (Cabrera y García, 1993) y aunque, en principio, esto parece una limitación, sin embargo, presenta algunas ventajas respecto del CDI tales como mayor heterogeneidad de los contenidos, mejoras en cuanto a diseño, más niveles de intensidad de los ítems añadidos, y la temporalización del síntoma.

Consta de 30 ítems, con cuatro respuestas alternativas en orden de frecuencia y dos preguntas abiertas. Incluye todos los contenidos del CDI, y otros no contemplados en éste como temporalidad del síntoma,

acontecimientos vitales estresantes, etc. Las preguntas abiertas permiten hacer análisis cualitativos, sobre todo, de los acontecimientos estresantes en la vida del niño.

d) Cuestionario de Inhibición Social (García Medina. Paper)

El objetivo de la utilización de una medida de inhibición o retraimiento social es doble: por un lado, los distintos autores que han estudiado la incidencia de retraimiento en los niños, coinciden en que tanto el retraimiento como la soledad es mayor en niños con depresión. De este modo puede ser una medida que contribuya a la confirmación de nuestro diagnóstico. Por otro lado, distintos autores sugieren que la inhibición y el retraimiento pueden ser causas de trastorno académico. Teniendo en cuenta que la inhibición social es el síntoma que con mayor frecuencia se encuentra en los diagnósticos de depresión en la infancia, en este estudio puede contribuir a la explicación del binomio depresión infantil-rendimiento académico.

Este cuestionario está compuesto por 46 ítems con dos alternativas de respuesta: si y no. Los ítems, en estudios en los que los ha puesto a prueba su autor, se han distribuido en 3, 4, y 5 factores respectivamente. Por ser un instrumento con poca consolidación psicométrica, se procedió a realizar una nueva depuración factorial.

En la nueva factorialización se obtuvieron dos factores principales en torno a los cuales se agrupan un 80% de los ítems (Ver Apéndice II). El porcentaje de varianza explicada para ambos factores fue, para el factor 1 de 10.6% y para el factor 2 de 12.1%. La explicación de la reducción de los ítems a dos factores en este estudio es doble: primero, la muestra de sujetos utilizada es bastante superior a las anteriores en las que se había puesto a prueba y, segundo, los sujetos pertenecen a un entorno geocultural distinto (otra isla con otras características sociales y estilos de vida). El índice de fiabilidad que presenta a partir del cálculo del alpha de Crombach es de .71.

En torno al primer factor se agrupan ítems asociados a la *inhibición social* como aislado de los compañeros, preferencias por estar solo, problemas para hablar con la gente, etc. En torno al segundo factor se agrupan ítems referidos a *baja autoestima* como sentimiento de ser rechazado por los demás, vergüenza del aspecto físico, incapacidad de resolver problemas sin ayuda, etc.

e) Valoraciones de compañeros

A través de estas se quiso recoger información sobre las opiniones de todos los niños del grupo-clase sobre el estado de ánimo de sus compañeros. El objetivo era completar el diagnóstico de depresión. El contenido del mismo consistió en pedir que que identificaran a los niños más tristes de la clase. Las distintas respuestas se valoraron siguiendo las mismas directrices de un test sociométrico.

f) Entrevista al profesor

Esta fue una entrevista semiestructurada a través de la cual se trató de recoger información referente a:

- El rendimiento escolar de cada uno de los alumnos.
- Identificación de niños que presentaran alguna anormalidad a nivel de comportamiento u otras características escolares y/o familiares relevantes.
- Información general sobre las características del grupo y del entorno escolar y social del centro académico (Esta información será analizada en el estudio etnográfico, fase III de la investigación).

7.5. Procedimiento

Una vez delimitada la población objeto de estudio y preparados los instrumentos pertinentes, se procedió a desarrollar el estudio propiamente

dicho, después de poner a prueba éstos últimos mediante un estudio piloto² realizado sobre una muestra de 120 sujetos de 3º, 4º, 5º y 6º de EGB.

Los resultados obtenidos, a excepción de algunos errores detectados en la presentación y administración de los cuestionarios, que posteriormente se corrigieron, fueron favorables, por lo que se decidió poner en práctica el estudio definitivo, aplicando cada uno de los instrumentos a los diferentes niños y niñas que compusieron la muestra total.

La administración se llevó a cabo colectivamente en cada una de las clases. Antes de iniciar la cumplimentación de cada instrumento, se dieron las instrucciones oportunas para la correcta ejecución de la tarea, a pesar de que éstas ya venían dadas en el cuestionario. Pero, dada la edad de los sujetos se consideró oportuno explicar "in situ" la forma de cumplimentar cada uno de ellos.

Se procuró que todos recibieran exactamente las mismas instrucciones, que consistieron en las siguientes:

- Pedir a los niños la colaboración en la cumplimentación de los cuestionarios explicándoles el objetivo de los mismos:

"voy a darles un cuestionario que me gustaría contestaran, porque estoy haciendo un trabajo para ver cómo piensan los chicos y chicas de la edad de ustedes y, así, poder ayudar a algunos niños que tienen problemas. No se preocupen, porque lo que contesten no lo va a ver ninguna de las personas que ustedes conocen. Por eso, les pido que sean lo más sinceros posible y traten de contestar aquello que más se parece a lo que ustedes piensan y sienten".

- Explicar en la pizarra cómo debían contestar cada uno de los ítems y/o preguntas. Una vez explicada la forma de procedimiento en cada tipo de

² El estudio piloto se realizó en el mes de febrero de 1993, con una muestra de 120 sujetos, pertenecientes a cuatro colegios públicos de la isla de Tenerife (2 en La Laguna, 1 en Valle Guerra y 1 en Candelaria).

respuesta, se les pedía que leyeran las instrucciones que aparecían escritas en la primera página de cada cuestionario. Una vez terminada la lectura se les advertía que cada vez que tuvieran algún problema levantaran la mano para poder acercarnos y resolver la duda.

Una vez dadas las instrucciones se procedió a la ejecución de las pruebas. Estas se presentaron en dos mitades. Al finalizar la cumplimentación de la primera parte se procedió a hacer un descanso en el que los niños podían salir al patio de recreo.

8. Resultados

8.1. Datos marginales

Los primeros datos estadísticos del presente estudio son una mera descripción de cómo han quedado distribuidos los sujetos en función de las distintas variables estudiadas.

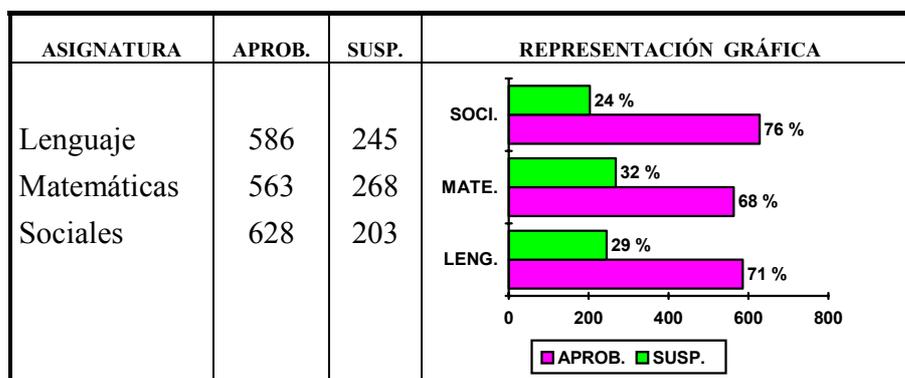
8.1.1. Rendimiento académico

En este apartado se analiza el rendimiento académico de los alumnos de la muestra en las tres asignaturas básicas (lenguaje, matemáticas y sociales), por ser las más discriminantes, y a la vez, se comparan los resultados obtenidos con los de la población general de la Comunidad Autónoma Canaria en el mismo curso académico.

La media de suspensos registradas es de un 28%: 29% en lenguaje, 32% en matemáticas y 24% en sociales (Ver figura 7).

Como podemos apreciar, es la asignatura de *sociales* la que alcanza un mayor porcentaje de aprobados y la de matemáticas el menor.

Figura 7. Distribución y representación gráfica de los sujetos en función de las calificaciones escolares



Al comparar los resultados de la muestra con los de la isla de Lanzarote y de la Comunidad Autónoma Canaria, en los mismos cursos y año académico, se observa lo siguiente:

- No existen apenas diferencias entre el porcentaje de aprobados de nuestra muestra y el de la población de Lanzarote. En el ciclo medio, tanto la muestra como la población de la que se extrajo (alumnos totales de la isla), alcanzan un 78% de aprobados; en sexto de EGB, en cambio, se observa una ligera diferencia a favor de la población total, que obtiene un 68% de aprobados frente al 63% de la muestra. Esta diferencia podría deberse a los diferentes momentos en que ambas puntuaciones se obtuvieron: el dato de la población general se refiere a la nota final de junio, mientras que el de la muestra fue descrito por los profesores en función del rendimiento mostrado por cada alumno en el momento de la recogida de datos.
- Tampoco se aprecian diferencias importantes al comparar nuestros resultados con los de la Comunidad Autónoma. En el Ciclo Medio aprueba

el 81% en la Comunidad Autónoma, lo que supone tres puntos por encima de la muestra y en sexto de EGB el 65.5% frente al 63% de la muestra³.

- Al comparar los resultados académicos en función del tipo de colegio se aprecia un porcentaje mayor de aprobados en el privado que en el público, tanto en los sujetos de nuestra muestra como en los de la Comunidad. En la muestra se observa que en el Ciclo Medio hay un 75% de aprobados en el público frente a un 80% en el privado y en sexto de EGB, un 60% en el público frente a un 73% en el privado. En la Comunidad Autónoma aprobó el 78% en los colegios públicos y el 86% en los privados, en el Ciclo Medio y en sexto de EGB, el 58% de los públicos frente al 73% de los privados.

Una vez analizados y comparados los resultados globales, se desglosaron por asignaturas para matizar, aún más, las diferencias, y como puede apreciarse en la tabla 1, los porcentajes son distintos, tanto por asignaturas como por ciclos.

Tabla 1. Porcentajes de aprobados en las distintas asignaturas de los sujetos de la muestra y el total de alumnos de la Comunidad Autónoma

ASIGNATURA	MUESTRA %	C.A.C. %
CICLO MEDIO		
LENGUAJE	71.30	77.00
MATEMÁTICAS	72.90	76.00
SOCIALES	81.20	80.00
SEXTO DE E.G.B.		
LENGUAJE	68.80	70.00
MATEMÁTICAS	56.70	66.50
SOCIALES	63.50	74.00

³Datos facilitados por la Consejería de Educación del Gobierno de Canarias.

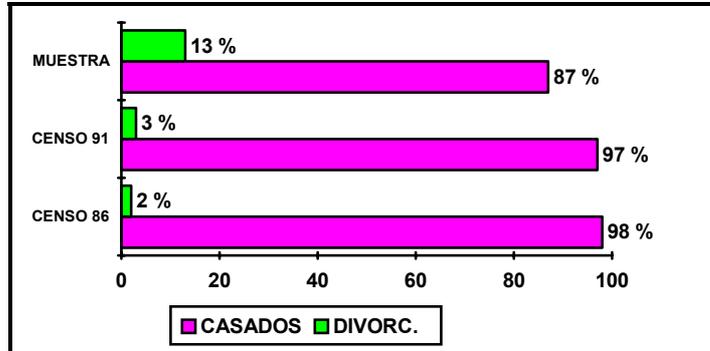
8.1.2. Variables familiares

Expondremos en este apartado las distribuciones correspondientes a las variables divorcio o separación de los padres, estructura familiar y nivel profesional y económico del padre y la madre.

8.1.2.1. Divorcio

Como se puede observar en la figura 8, el 13% de los padres de los niños y niñas de la muestra están separados y/o divorciados.

Figura 8. Gráfico comparativo del incremento de divorcios desde 1986 hasta la fecha de recogida de datos.
(Fuente: CEDOC y elaboración propia)



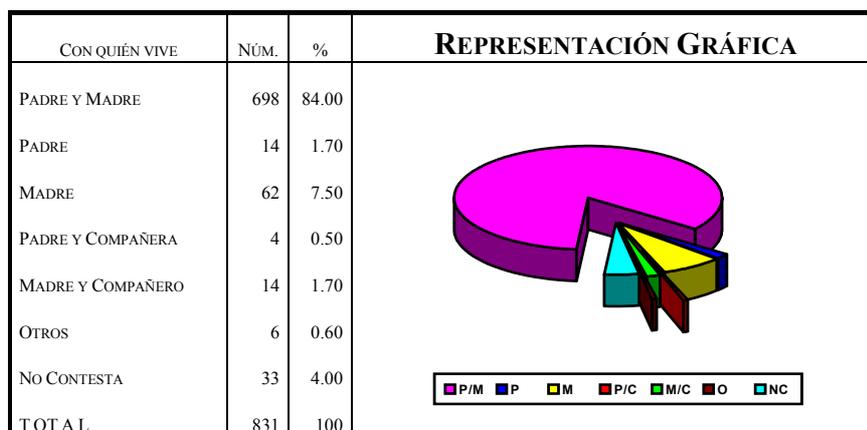
Esta cifra es muy superior a las proporcionadas por el CEDOC en los Censos de 1986 y 1991 por lo que nos parece conveniente analizar tales diferencias. La explicación del incremento del 2 al casi 3'5% de divorciados en la población total de Lanzarote de 1986 a 1991 se explica a partir del cambio de actitudes que con respecto al divorcio se produjo en España durante estos años. En cuanto a la cifra del 13% de divorciados que arroja nuestro estudio, a pesar de la enorme diferencia con las dos anteriores, también tiene una explicación lógica: la proporción de divorcios es mucho mayor entre los

matrimonios jóvenes que entre los de mayor edad y dadas las cortas edades de la población con que trabajamos, intuimos que las familias a que se hace referencia en el estudio están formadas mayoritariamente por el grupo de esos matrimonios jóvenes.

8.1.2.2. Estructura familiar

En este apartado se pretende analizar cómo se estructuran las familias a las que pertenecen los sujetos de la muestra, aunque sólo se presenta la variable que hace referencia a la situación familiar de los progenitores, es decir, si los niños viven con el padre y la madre, solo con uno de ellos o con uno de ellos y el compañero o compañera de éstos. Dejaremos para un posterior análisis otras variables, también importantes, como el número de hermanos, el lugar que ocupa entre ellos el sujeto y si convive con hermanastros, abuelos u otras personas. Veamos las distintas modalidades encontradas y la distribución correspondiente a cada una de ellas en la siguiente figura (figura 9).

Figura 9. Distribución y representación de los sujetos de la muestra en función de si viven con ambos padres u otros



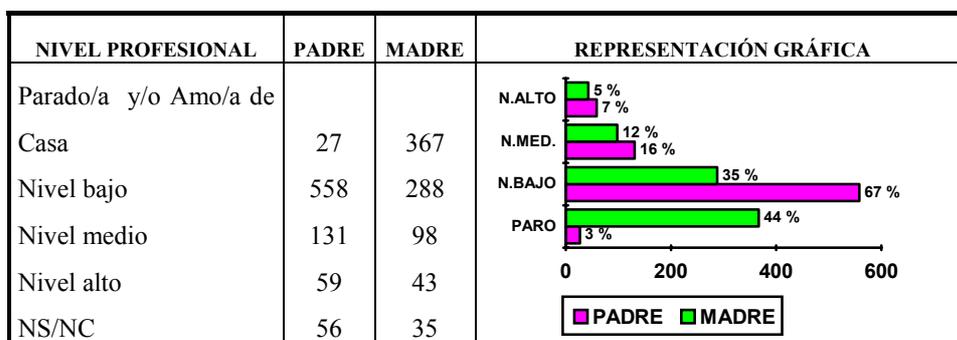
Como se puede observar, la mayoría de los sujetos (el 84%) viven con ambos progenitores (el padre y la madre). El segundo rango (un 7'5%) lo ocupan los hijos que viven solo con sus madres, por separación o muerte de sus padres. El resto se distribuye en torno a otras modalidades.

8.1.2.3. Nivel profesional y económico de los padres

Alrededor de esta variable se han establecido cuatro niveles a partir de la profesión real de los padres: una primera categoría que incluye los niveles económicos inferiores donde se agrupan las personas que no trabajan, bien por estar en paro, bien por dedicarse a las labores domésticas. En una segunda categoría (nivel bajo) se incluyen a las personas que se dedican al sector servicios; en la tercera categoría (nivel medio) se agrupan a los titulados medios y trabajadores autónomos; finalmente, en la cuarta categoría (nivel superior), se contemplaron a los titulados superiores y grandes empresarios. Hemos eliminado la categoría "medio-alto" y la hemos fundido con la de alto, al ser la proporción de familias de clase alta casi inexistente.

Como se puede apreciar en la figura 10 es muy bajo el porcentaje de paro en los padres y muy alto el porcentaje de madres que no trabajan. Al agruparse un gran número de mujeres en esta categoría (un 44%), en el resto de los niveles, el porcentaje de los hombres es, siempre, superior al de las mujeres.

Figura 10. Distribución y representación de los sujetos de la muestra en función del nivel profesional y económico de los padres



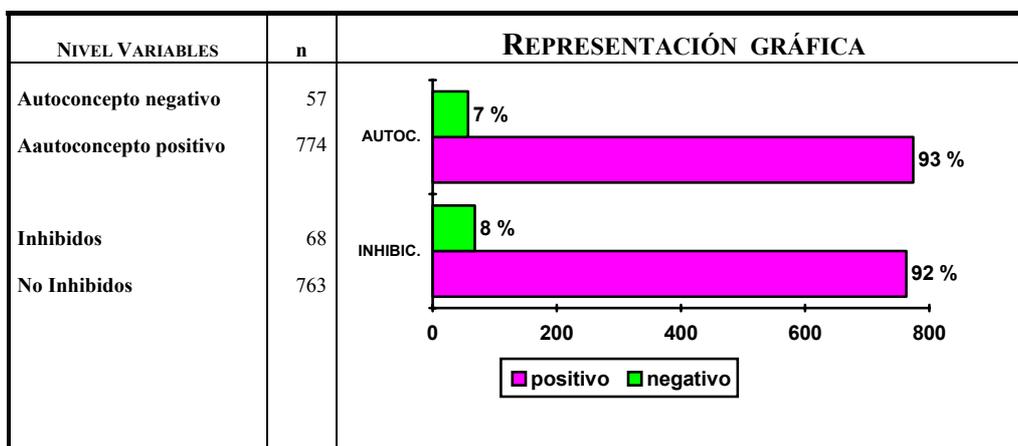
8.1.3. Inhibición social y baja autoestima

Como en el caso anterior, pretendemos comprobar cómo se distribuyen los sujetos con respecto a ambos factores (inhibición social y baja autoestima) y si los dos, por formar parte de un mismo cuestionario de inhibición social, discriminan a los mismos sujetos.

En la figura 11 se representa la distribución de ambas variables. Como se puede observar, del total de la muestra un 7% presenta problemas de inhibición social y un 8% autoconcepto negativo.

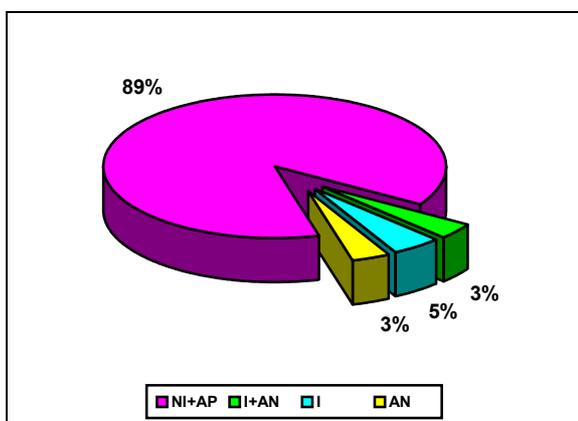
Los porcentajes de inhibidos y de autoconcepto negativo son prácticamente los mismos.

Figura 11. Distribución y representación de los sujetos en las variables inhibición social y autoconcepto negativo



Al estar estos dos factores relacionados y formar, además, parte de un mismo cuestionario, creemos que pueden ser los mismos sujetos los que se agrupan en torno a ambas puntuaciones. Para comprobarlo cruzamos ambas variables (partiendo de la distribución de las mismas en el estadístico Chi Cuadrado) y obtuvimos la distribución que aparece en la figura siguiente (figura 12).

Figura 12. Representación gráfica cruzada entre las variables de inhibición social y autoconcepto negativo



Ambos factores son coincidentes al discriminar como no inhibidos y con autoestima positiva (NI+AP) al 89% de los sujetos. Del 11% restante, sólo un 3% coincide con puntuaciones negativas en ambos factores (I+AN), es decir, son inhibidos y presentan autoconcepto negativo. Aparece luego un 5% de

niños inhibidos (I) que no presenta autoconcepto negativo y un 3% que presenta autoconcepto negativo (AN), pero no inhibición social.

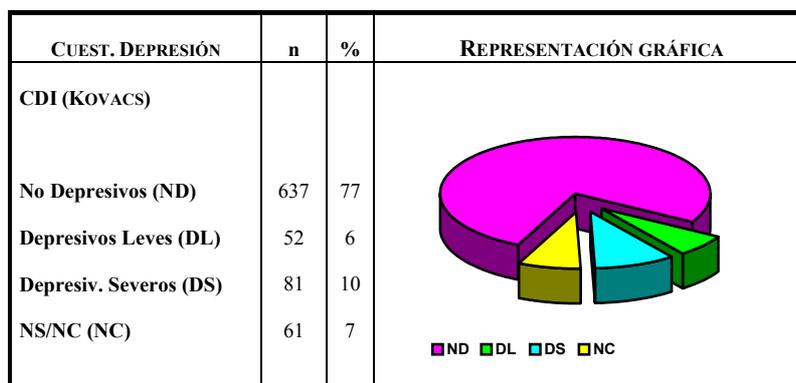
8.1.4. Depresión infantil

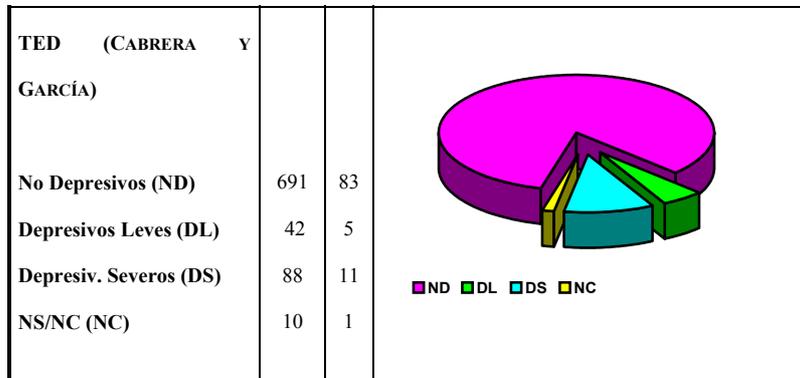
En este apartado presentamos sólo los datos marginales sobre la prevalencia de la depresión infantil, a partir de los cuestionarios de *screening* utilizados.

Como puede observarse en la figura 13, en torno a estas distribuciones se han establecido dos puntos de corte, uno más rígido (puntuación igual o superior a 19) a partir del cual atribuimos depresión severa, y otro más moderado (puntuaciones entre 16 y 19), en torno al cual se atribuye depresión leve. Por ello, en la distribución de esta variable encontraremos siempre tres grupos: no depresivos, depresivos leves y depresivos severos.

A la vista de los datos mostrados en la figura siguiente (figura 13), parece que hay una gran coincidencia entre ambos cuestionarios a la hora de discriminar los casos de presión infantil leve y severa

Figura 13. Distribución de los sujetos de la muestra en la variable depresión en los dos cuestionarios utilizados (CDI y TED)





Cada instrumento, por separado, discrimina un 16% de sujetos (severos y leves) con presencia de síndrome depresivo. Sin embargo, cabe preguntarse si los sujetos detectados en ambas medidas son los mismos. Para ello, decidimos, como en la variable anterior, hacer un cruce de variables para comprobar qué sujetos coincidían. Presentamos esta nueva distribución cruzada en la siguiente tabla (tabla 2).

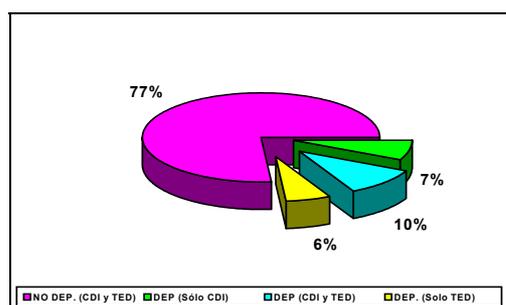
A partir del cruce entre ambas variables de depresión (CDI y TED) pudimos comprobar que el **83.4%** de los sujetos coinciden exactamente en las puntuaciones en ambos cuestionarios: 76'6% de no depresivos, 0'8% de depresivos severos y 6% de depresivos leves. Por otro lado, observamos cómo el **3.2%** también coincide, aunque en menor medida: el 1'4% aparecen como depresivos leves en el TED y severos en el CDI y, el 1'8% aparecen como severos en el TED y leves en el CDI.

Finalmente, el porcentaje (10'4%) restante no coincide en las puntuaciones de ambos cuestionarios. Unos son discriminados como depresivos por el CDI pero no por el TED, y otros son discriminados como depresivos por el TED, pero no por el CDI.

Tabla 2. Distribución cruzada de las dos medidas (CDI y TED) de la variable depresión

	TED NO DEPRESIVOS	TED DEP. LEVES	TED DEP. SEVEROS
CDI NO DEP.	584 76.6%	22 2.9%	24 3.1%
CDI DEP. LEVES	31 4.1%	6 0.8%	14 1.8%
CDI DEP. SEVER.	24 3.1%	11 1.4%	46 6%
$\chi^2 = 65.35123$		$p = .0000$	

Figura 14. Representación gráfica cruzada de las dos distribuciones (puntuaciones del CDI y punt. del TED) en la variable depresión



En síntesis, el 76'6% de los sujetos de la muestra han sido discriminados como no depresivos por ambos cuestionarios de screening de depresión infantil. Un 0'8% son discriminados como depresivos leves y un 6% como depresivos severos también por ambos.

Finalmente, son discriminados un 3'2% pero en un cuestionario como depresivos leves y en otro como severos.

8.2. Relación entre las distintas variables y depresión infantil

En este apartado aparecen los resultados obtenidos después de analizar las distintas relaciones entre la variable depresión y el resto de las variables estudiadas. Para mayor claridad expositiva, iremos presentando las distintas relaciones entre variables en el mismo orden en el que fueron presentadas las hipótesis.

8.2.1. Relación entre las variables del sujeto y depresión infantil

Las dos únicas variables que se han tenido en cuenta en la presente investigación han sido las de *sexo* y *edad*.

8.2.1.1. Sexo

Tabla 3. Distribución de la depresión infantil en función del sexo

SEXO	NO DEP.	DEP.LEV E	DEP.SEV
NIÑOS	332 43.1%	23 3%	52 6.8%
NIÑAS	305 39.6%	29 3.8%	29 3.85
TOTAL	637 82.7%	52 6.8%	81 10.5%
χ^2 5.872		p .0531	

Los resultados obtenidos, en los análisis hechos para relacionar depresión y sexo, a partir del estadístico Chi cuadrado, muestran una escasa relación entre ambas variables. A partir de la distribución (Ver tabla 3) de los niños y las niñas en torno a la variable depresión medida con el CDI,

puede concluirse que el porcentaje de niños depresivos es mayor que el de niñas.

Sin embargo, no se encontró relación entre la misma variable *sexo* y *depresión infantil*, medida esta última con el TED ($p=.4053$), razón por la que no presentamos las distribuciones correspondientes, pues la relación entre las mismas se debe al azar.

Los resultados anteriores los hemos contrastado con otra prueba estadística (T-TEST o diferencia de medias para grupos no relacionados), confirmándose íntegramente las anteriores conclusiones.

El grupo de niños presenta una puntuación media en depresión infantil, medida con el CDI., (10.6953) significativamente mayor que el de niñas (9.6722) con una probabilidad de $p=.029$ e igual varianza.

Por lo que respecta a la depresión infantil, medida con el TED, nos encontramos con varianzas iguales entre ambos grupos (niños-niñas), pero medias ligeramente distintas (19.0599 para los niños y 17.6898 para las niñas), siendo la probabilidad de $p=.054$, y este resultado nos permite concluir la escasez de diferencias entre ambos grupos con respecto a sus puntuaciones medias en depresión, medida con el TED.

8.2.1.2. Edad

Dado que, en este caso, nos encontramos frente a tres variables cuantitativas (edad, CDI y TED), el estadístico más apropiado para analizar las relaciones entre ambas parece ser el de la Correlación de Pearson (R_{xy}). Los resultados obtenidos muestran una inexistencia de relación entre edad y las variables de depresión (CDI y TED). El índice de correlación entre depresión y edad fue de .0813 para el CDI y de .0440 para el TED.

8.2.2. Relación entre las variables contextuales y depresión infantil

8.2.2.1. Zona de Ubicación de los Centros

No se ha encontrado relación significativa alguna entre la zona de ubicación de los distintos centros escolares (rural, urbana, turística y mixta) y la depresión infantil. Los estadísticos y niveles obtenidos a partir de la prueba de Chi cuadrado se pueden consultar en la siguiente tabla (tabla 4)

Tabla 4. Distribución de la depresión infantil en función de la zona de ubicación del centro escolar (zona de residencia)

ZONAS	DEPRESION MEDIDA CON "CDI"			DEPRESION MEDIDA CON "TED"		
	No Dep.	Dep. Leves	Dep.Sever.	No Dep.	Dep. Leves	Dep.Sever.
RURAL	205 26.6%	17 2.2%	28 3.6%	205 26.9%	13 1.7%	27 3.5%
URBANA	314 40.8%	26 3.4%	39 5.1%	319 41.9%	19 2.5%	38 5%
TURISTIC A	56 7.3%	4 5%	5 6%	54 7.1%	3 0.4%	8 1%
MIXTA	62 8.1%	5 6%	9 1.2%	61 8%	4 0.5%	11 1.4%
TOTAL	637 82.7%	52 6.8%	81 10.5%	639 83.9%	39 5.1%	84 11%
VALORES ESTADISTIC	$\chi^2 = .91552$ $P = .9886$			$\chi^2 = 1.42617$ $P = .9642$		

8.2.3. Relación entre las variables escolares y la depresión infantil

En este apartado analizaremos la relación existente entre las distintas variables escolares y la depresión infantil. Además, por ser la inhibición social y el bajo autoconcepto variables frecuentemente relacionadas con el área escolar, presentaremos también la relación existente entre ambas y el rendimiento académico.

Procederemos inicialmente a presentar la estructura del análisis, que presenta tres niveles distintos: uno elemental, y referido a los distintos indicadores; un segundo que hace referencia a los índices parciales y, por fin, el tercero y más general, que denominamos índice general y surge a partir de los anteriores (Ver tabla 5).

Los índices parciales y general se obtuvieron a partir de la suma de las puntuaciones obtenidas por cada sujeto en los respectivos indicadores. Con

éste método hemos pretendido, siguiendo a González Blasco (1986), representar numéricamente todas las dimensiones del concepto operativizado de "clima escolar". Como puede apreciarse en la tabla 5 las codificaciones se efectuaron atendiendo a las características de los niveles de respuesta, en función de si éstas eran positivas o negativas para un óptimo desarrollo escolar.

Tabla 5. Representación de las distintas variables escolares dentro de una estructura global: área escolar

INDICE GENERAL	INDICES PARCIALES	INDICADORES (VARIABLES)
1. AREA ESCOLAR	1.1. RENDIMIENTO ESCOLAR	1.1.1. NOTAS EN... <input type="checkbox"/> LENGUAJE <input type="checkbox"/> MATEMÁTICAS <input type="checkbox"/> SOCIALES
	1.2. INTEGRACIÓN ESCOLAR	1.2.1. SENT. PERTENENCIA AL COLEGIO 1.2.2. RESPONSABILIDAD MATERIALES ESCOL. 1.2.3. SENTIMIENTO DE QUE LE TIENEN EN CUENTA
	1.3. COMUNICACIÓN CON PROFESORES	
	1.4. FUTURO COMO ESTUDIANTE	

Para facilitar la interpretación, presentaremos primero las relaciones entre depresión y los distintos índices parciales, donde previamente se analizan cada uno de los indicadores. Posteriormente se mostrarán los resultados obtenidos de los análisis hechos en torno al índice general: el área escolar.

8.2.3.1. Rendimiento Escolar

Esta variable se refiere al rendimiento de los sujetos de la muestra en tres asignaturas concretas: lenguaje, matemáticas y sociales. En las tres se tuvieron en cuenta dos únicos niveles (aprobado o suspenso).

Tabla 6. Distribución de depresión infantil (medida con el CDI) en función del rendimiento académico

CALIFICACIÓN	LENGUAJE			MATEMATICAS			SOCIALES		
	No Dep.	D.Leves	D.Sever.	No Dep.	D.Leves	D.Sever.	No Dep.	D.Leves	D.Sever.
APROBADO	477 87.4%	33 6%	36 6.6%	461 88.3%	30 5.7%	31 5.9%	509 87.5%	33 5.7%	40 6.9%
SUSPENSO	160 71.4%	19 8.5%	45 20.1%	176 71%	22 8.9%	50 20.2%	128 68.1%	19 10.1%	41 21.8%
	$\chi^2 = 33.77458$ $p = .0000$			$\chi^2 = 40.87366$ $p = .0000$			$\chi^2 = 40.72021$ $p = .0000$		

Tabla 7. Distribución de depresión infantil (medida con el TED) en función del rendimiento académico

CALIFICACIÓN	LENGUAJE			MATEMATICAS			SOCIALES		
	No Dep.	D.Leves	D.Sever.	No Dep.	D.Leves	D.Sever.	No Dep.	D.Leves	D.Sever.
APROBADO	470 86.6%	24 4.4%	49 9%	457 88.1%	22 4.2%	40 7.7%	503 87%	27 4.7%	48 8.3%
SUSPENSO	169 77.2%	15 6.8%	35 16%	182 74.9%	17 7%	44 18.1%	136 73.9%	12 6.2%	36 19.6%
	$\chi^2 = 10.29297$ $p = .0058$			$\chi^2 = 22.11304$ $p = .0000$			$\chi^2 = 19.84941$ $p = .0000$		

Al relacionar las tres variables de rendimiento escolar con depresión infantil mediante la prueba estadística de Chi Cuadrado, los resultados obtenidos fueron los que aparecen en las tablas anteriores (tablas 6 y 7).

Como puede apreciarse en los datos resultantes de la relación entre depresión, medida tanto con el CDI como con el TED, y rendimiento escolar, en las asignaturas de lenguaje, matemáticas y sociales, los niños depresivos suspenden en mayor proporción que los no depresivos. Tales porcentajes se incrementan a medida que la depresión es más severa. Por otro lado, los niveles de probabilidad son altamente significativos, tanto con la medida del TED como con la del CDI, con lo que se prueba nuestra hipótesis que relaciona la depresión con el rendimiento.

La conclusión final a la que podemos llegar en este punto, es que existe una proporción mayor de niños depresivos entre los que suspenden que entre los que aprueban y que tal proporción no se debe al azar.

Después de las relaciones encontradas, se recodificaron las tres variables de rendimiento (suma total de lenguaje, matemáticas y sociales, con un rango resultante de 0 a 3), para obtener un índice parcial que las representara y que, a la vez, las convirtiera en variable cuantitativa, que permitiera hacer una correlación con los valores obtenidos en depresión. Los resultados muestran una correlación negativa muy significativa ($p=.0000$) para ambas medidas de depresión, lo que nos informa de que cuanto más suben las puntuaciones en depresión más bajan las notas y viceversa. Los índices de correlación obtenidos fueron para el CDI de $-.3122$ y para el TED de $-.2134$ y, el hecho de ser tan bajos, se debe al corto rango de las puntuaciones correspondientes a la variable rendimiento escolar (0-3).

Finalmente, y como complemento a los resultados obtenidos, se procedió a realizar una diferencia de medias (t-test) para grupos no relacionados (aprobados y suspendidos). Los resultados obtenidos, en resumen, son los

siguientes: las puntuaciones medias en depresión de los niños que suspenden lenguaje, matemáticas o sociales, son más elevadas que las puntuaciones medias de los que aprueban dichas asignaturas. En las tablas 8 y 9 puede apreciarse el nivel de significación obtenido para cada caso.

Tabla 8. **Diferencia de Medias de depresión (medida con el CDI) entre aprobados y suspendidos**

ASIGNATURA	Punt. Media suspensos	Punt. Media aprobados	Varianza	Valor t	Grados Libert.	Probab. 2 colas
LENGUAJE	12.7277	9.1813	distintas	6.60	359	.000
MATEMATICAS	12.7500	9.0077	distintas	7.24	401	.000
SOCIALES	13.4468	9.1684	distintas	7.46	269	.000

Tabla 9. **Diferencia de Medias de depresión (medida con el TED) entre aprobados y suspendidos**

ASIGNATURA	Punt. Media suspensos	Punt. Media aprobados	Varianza	Valor t	Grados Libert.	Probab. 2 colas
LENGUAJE	20.7621	17.5028	iguales	4.08	760	.000
MATEMATICAS	21.2469	17.0829	iguales	5.58	760	.000
SOCIALES	21.7609	17.3443	iguales	5.43	760	.000

8.2.3.2. Integración Escolar

Esta variable se obtuvo a partir de tres indicadores: sentimientos de pertenencia al centro, responsabilidad con los materiales y sentimientos de que le tuvieran en cuenta. Analicemos cada uno de ellos.

8.2.3.2.1. Sentimiento de pertenencia al Centro

Tras los resultados obtenidos a partir del estadístico Chi Cuadrado ($\chi^2=20.37796$ / $p=.0090$ para el CDI, y $\chi^2=22.24913$ / $p=.0045$ para el TED), pudimos comprobar que los niños que tienen esta sensación se deprimen en

menor medida que los que carecen de la misma. Sentir el colegio como algo ajeno, por tanto, está muy relacionado con depresión infantil y con el segundo factor de inhibición social.

8.2.3.2.2. *Responsabilidad hacia los materiales*

Esta es una variable que guarda una relación menor con depresión infantil. A partir del estadístico Chi Cuadrado, se observa una ligera relación con la depresión medida a través de CDI ($\chi^2=17.52397$ y $p=.0251$), sin embargo, no se encuentran relaciones significativas con depresión medida con el TED ($\chi^2=9.80503$ y $p=.2790$).

8.2.3.2.3. *Sentimiento de que le tienen en cuenta*

La falta de esta sensación, teóricamente, es más propia de los niños depresivos que, o bien la alimentan de forma recurrente a partir de la depresión, o bien se deprimen por sentirla. Sin embargo, los resultados contradicen esta hipótesis, y en ningún caso, se ha encontrado relación significativa entre la presencia o ausencia de este sentimiento con la depresión infantil ($\chi^2=9.78711$ / $p=.2803$ para el CDI, y $\chi^2=13.42523$ / $p=.0980$ para el TED).

Una vez analizados los indicadores, se procedió a analizar la correlación existente del índice parcial (*integración escolar*), obtenido a partir de la suma de cada uno de ellos.

Los resultados, curiosamente, apuntan una cierta correlación entre la integración escolar y los niveles de depresión, medidos, tanto con el CDI ($R_{xy}= -3220^{**}$) como con el TED ($R_{xy}= -.2794^{**}$). Estos resultados indican que existe una tendencia a puntuar más alto en depresión en la medida en que se puntúa bajo en integración escolar.

8.2.3.3. *Comunicación con los profesores*

Los niveles de esta variable fueron cinco (imposible, muy difícil, difícil, fácil y muy fácil). Pues bien, al analizar la relación de la misma con depresión infantil mediante Chi Cuadrado, los resultados obtenidos muestran la existencia de relación altamente significativa entre todas ellas ($\chi^2=52.64395$ / $p=.0000$ para el CDI, y $\chi^2=29.01618$ / $p=.0012$ para el TED).

Las distribuciones surgidas a partir del estadístico muestran que, a medida que la comunicación con los profesores empeora, se incrementa la proporción de niños con depresión. Concluimos, por tanto, que cuanto mejor es la comunicación con los profesores, menores son las puntuaciones en depresión, y viceversa.

8.2.3.4. *Futuro como estudiante*

Es este el último indicador parcial analizado dentro del área escolar. Nuevamente, los resultados obtenidos a partir del estadístico Chi Cuadrado muestran una relación altamente significativa ($\chi^2=65.35123$ / $p=.0000$ para el CDI y $\chi^2=50.19942$ / $p=.0000$ para el TED) entre la percepción que los niños tienen de su futuro como estudiantes y depresión. Ello nos permite concluir que cuanto mayor es la ilusión de los niños con respecto a su futuro académico, más bajas son las puntuaciones en depresión.

La relación entre ambos tipos de variables es tan clara que merece la pena comprobarlo al menos en una de las distribuciones, por ejemplo la referida a depresión infantil, medida con el CDI (Ver distribuciones en la tabla 10).

Tabla 10. Distribución de depresión infantil (CDI) en función de las expectativas de futuro

FUTURO ACADÉMICO	NO DEPRES.	DEPRES. LEVES	DEPRES. SEVEROS
SIN ILUSIÓN	20 50%	3 7.5%	17 42.5%
REGULAR	226 78.2%	22 7.6%	41 14.2%
CON ILUSIÓN	385 89.3%	25 5.8%	21 4.9%
χ^2 65.35123		p .0000	

El porcentaje de los depresivos, sobre todo severos, se incrementa de forma muy notable (50%) a medida que la percepción con respecto al futuro académico se empobrece. Por otra parte y, como era de esperar, la mayoría de los niños que ven el futuro con ilusión (90%) son no depresivos.

8.2.3.5. Area Escolar como índice general

Esta variable, referida al índice general, aglutina cuantas variables han sido analizadas en éste apartado referido al marco escolar. Como en ocasiones anteriores y mediante las oportunas recodificaciones, hemos obtenido, a partir de variables cualitativas, una nueva que se comporte a modo de cuantitativa para, de esta manera, correlacionarla con las puntuaciones directas obtenidas por los sujetos en las dos medidas de depresión infantil.

Se procedió, por tanto, a hallar una correlación entre este índice y la depresión infantil, a partir del estadístico de Correlación de Pearson. Los resultados obtenidos muestran una alta correlación ($R_{xy}=-.4197$ para el CDI y $R_{xy}=-.3922$ para el TED) entre ambas variables. Esta relación es altamente significativa, puesto que en torno a ella se ha alcanzado una probabilidad de $p=.0000$ para ambas medidas (CDI y TED).

A la vista de los índices de correlación obtenidos con este último estadístico, concluimos que, cuanto mayor es la calidad y/o el funcionamiento del ámbito escolar general (notas, integración, comunicación, etc), menores son las puntuaciones observadas en la variable depresión.

8.2.3.6. *Curso académico*

Esta variable se tuvo en cuenta por la presumible influencia, en cuanto a nivel de exigencia académica, entre la misma y la presencia de sintomatología depresiva. Sin embargo, al desconocer tal influencia no se incluyó en los índices parciales escolares, por lo que será analizada de forma aislada.

Para ello, se utilizó el estadístico Chi Cuadrado. Los resultados obtenidos no muestran relación alguna entre esta variable y la depresión ($\chi^2=2.06350$ / $p=.7547$ para el CDI y $\chi^2=1.44126$ / $p=.8629$ para el TED).

A partir de estos resultados, concluimos que las puntuaciones en depresión no se ven modificadas por el curso académico en el que se encuentran los niños.

8.2.3.7. *Relación entre inhibición social / baja autoestima y rendimiento académico*

Curiosamente, y en contra de nuestras predicciones en las que creíamos que la inhibición social en general podía estar relacionada con el bajo rendimiento académico, observamos a partir del estadístico Chi Cuadrado que las relaciones estadísticas existentes entre las variables de inhibición social/baja autoestima y rendimiento académico, en las asignaturas de lenguaje, matemáticas y sociales, son azarosas, como puede comprobarse en la tabla 11.

Tabla 11. Valores obtenidos a partir del estadístico Chí Cuadrado entre inhibición/baja autoestima y rendimiento académico

	INHIBICIÓN SOCIAL		BAJA AUTOESTIMA	
	χ^2	p	χ^2	p
LENGUAJE	0.90461	.3415	0.79446	.3728
MATEMÁTICAS	0.39960	.5273	1.52217	.2173
SOCIALES	0.48765	.4850	4.41537	.0356

Posteriormente, hallamos una correlación entre estas variables y el índice parcial de rendimiento escolar (suma de las calificaciones anteriores). De nuevo se obtiene una escasa correlación entre inhibición social y rendimiento ($R_{xy} = -.0482$ y $p = .407$). Sin embargo, se observa una mínima correlación negativa, aunque significativa ($R_{xy} = -.1241$ y $p = .001$) entre rendimiento académico y baja autoestima, es decir, los niños con puntuaciones altas en "baja autoestima", tienden a obtener puntuaciones bajas en rendimiento académico.

Finalmente, decidimos realizar una diferencia de medias (t-test) para grupos no relacionados (aprobados y suspendidos), observándose de nuevo una cierta inconsistencia entre inhibición social y depresión. Sin embargo, en cuanto al bajo autoconcepto, se observan mayores puntuaciones medias entre los suspendidos que entre los aprobados ($p = .001$).

Concluimos que la inhibición social no guarda relación alguna con rendimiento académico, cualquiera que sea la prueba estadística a la que le sometamos. Por tanto, los niños inhibidos suspenden y aprueban en igual proporción que los no inhibidos.

En cuanto al bajo autoconcepto, a pesar de que con los valores aislados de cada una de las calificaciones no guarda relación, se observan posteriores relaciones significativas con el rendimiento general. Este hecho nos permite,

finalmente, decir que los niños con bajo autoconcepto suspenden más que el resto.

8.2.4. Relación entre las variables familiares y la depresión infantil

En este apartado, se analiza la relación existente entre múltiples variables referidas, de alguna forma, al contexto familiar y la depresión infantil, como en casos anteriores, medida ésta con los dos instrumentos CDI y TED.

Tabla 12. Representación de las distintas variables familiares dentro de una estructura global: area familiar

INDICE GENERAL	ÍNDICES PARCIALES	INDICADORES (VARIABLES)	SI	NO
1. CLIMA FAMILIAR	1.1. CONVIVENCIA FAMILIAR	1.1.1. DIVORCIO	0	1
		1.1.2. VIVIR CON...		
		<input type="checkbox"/> PADRE	1	0
		<input type="checkbox"/> MADRE	1	0
		<input type="checkbox"/> PADRASTRO	0	1
		<input type="checkbox"/> MADRASTRA	0	1
		<input type="checkbox"/> HERMANOS	1	0
		<input type="checkbox"/> HERMANASTROS	0	1
		<input type="checkbox"/> ABUELOS	0	1
		<input type="checkbox"/> OTROS	0	1
		1.1.3. TIPO CONVIVENCIA		
		<input type="checkbox"/> BUENA	2	
		<input type="checkbox"/> REGULAR	1	
		<input type="checkbox"/> MALA	0	
	1.2. COMUNICACIÓN FAMILIAR	1.2.1. COMUNIC. PADRE		
		1.2.2. COMUNIC. MADRE		

Como en el apartado anterior, referido a las variables escolares, presentaremos la relación existente entre éstas y depresión en tres niveles: uno referido a los distintos indicadores familiares de forma aislada; otro referido a índices parciales; y finalmente, un índice general (área familiar) también obtenido a partir de la suma de los anteriores (tabla 12). El procedimiento seguido para obtener los índices parcial y general fue el mismo que el llevado a cabo en el área escolar.

Veamos a continuación la relación existente entre cada una de las anteriores variables y los distintos niveles de depresión infantil.

8.2.4.1. Divorcio

De acuerdo con los resultados obtenidos a partir del estadístico chi cuadrado, podemos establecer las siguientes conclusiones para esta variable:

- No existe relación significativa entre los distintos niveles de depresión infantil, medida con el CDI, y padres divorciados ($\chi^2 = 1.56213$ y $p = .4579$)
- Sí hemos encontrado, en cambio, relación significativa entre los mismos niveles de depresión infantil, medidos con el TED, y divorcio ($\chi^2 = 12.64310$ y $p = .0018$). Como puede apreciarse en la siguiente tabla (tabla 12) el porcentaje de depresivos severos es mucho mayor entre los hijos de padres divorciados que entre los de no divorciados, no ocurriendo lo mismo en el caso de la depresión leve.

Tabla 13. Distribución de la depresión infantil (medida con el TED) en función del divorcio

	NO DEP.	DEP.LEV	DEP.SEV
		E	
DIVORC.	79 77.5%	2 2%	21 20.6%
NO DIVORC.	560 84.8%	37 5.6%	63 9.5%
TOTAL	639 83.9%	39 5.1%	84 11%

- La prueba estadística t-test para grupos no relacionados corroboró los resultados anteriores. Los niños, hijos de padres divorciados presentan una puntuación media en depresión (medida con el TED)

significativamente superior ($t=2.40$; $g.l.= 760$; $p=.017$) que la obtenida por los hijos de padres no divorciados. Sin embargo, no se aprecian tales diferencias en la medida de depresión con el CDI ($t=1.43$; $g.l.=768$; $p=.154$).

Dada la importancia que se le ha dado a las experiencias de pérdida de alguno de los progenitores por muerte o separación, procedimos a analizar un ítem abierto en el que se le preguntaba a los niños por algún acontecimiento importante que les hubiera cambiado la vida. En los resultados obtenidos observamos que el 26% de los sujetos eludieron hacer cualquier referencia a acontecimientos vitales traumáticos, el 40% manifestó no haberlos padecido nunca y el 34% restante hizo referencia, entre otros, a la muerte de los padres o de un familiar cercano (5'6%), a la conflictividad familiar (3'5%) y al divorcio o separación de los padres (3'9%).

Para poder analizar la influencia de la orfandad y el divorcio de los padres en la depresión de sus hijos, fue necesario aislar ambas categorías frente al resto, para analizar la relación existente entre ellas y los tres niveles de depresión obtenidos (para ello se tomó una sola medida de depresión, la del CDI). Los resultados obtenidos mediante la prueba de Chi Cuadrado, fueron los siguientes:

- No existe relación significativa ($p=.7765$) entre la vivencia traumática de la muerte de los padres o de un familiar cercano y la depresión infantil. Los porcentajes de no depresión (84'8%), depresión leve (2'2%) y depresión severa (13%) entre los niños que citaron la muerte de un familiar como acontecimiento traumatizante y el resto (87'9% de no depresivos, 2'3% de depresivos leves y 9'8% de depresivos severos) apenas se diferencian.
- Si se da una relación significativa ($p=0004$) entre divorcio o separación de los padres y depresión infantil. La proporción de niños con depresión leve es mucho mayor entre los hijos de padres divorciados (12'5%) que entre el resto (1'9%), observándose lo contrario entre los no depresivos (el 78'1% de

los niños con padres divorciados frente al 88'1% del resto). En el caso de depresiones severas no se aprecia diferencia.

El hecho de que no haya habido una correlación significativa entre las puntuaciones del CDI y la variable divorcio, y sí con las respuestas dadas por los sujetos en torno al divorcio de los padres como acontecimiento vital desagradable, se debe a que en este ítem los niños manifestaron sus sentimientos de manera más libre y con mayor exactitud que en el ítem que les preguntaba si sus padres estaban separados. Este se presenta cerrado y actúa separando a los sujetos en dos grupos, hijos de padres separados o no. Sin embargo, en las respuestas abiertas, tanto la separación de hecho como la posibilidad de que ocurra, tienen igual fuerza como detonadoras de una depresión en el niño.

Al respecto, podemos presentar algunas respuestas dadas por los niños a modo de ilustración: "pienso que mis padres se separan, pero a veces es cierto y a veces es mentira"; "cuando mi padre y mi madre se iban a separar, pero mi padre le pidió perdón a mi madre por lo que había hecho y no se separaron"; "cuando mis padres casi se divorcian". Estos niños, que viven con miedo la posible separación de sus padres, no están incluidos como hijos de padres separados o divorciados porque, de hecho, sus padres no lo están.

8.2.4.2. Estructura familiar

Con el fin de profundizar en el análisis de la relación existente entre la composición de la estructura familiar y la depresión infantil, decidimos llevar a cabo dos tipos de análisis: uno con cada miembro de la unidad familiar por separado y otro con la unidad familiar en su conjunto. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

1. No existe relación entre la presencia o ausencia de casi ningún miembro de la unidad familiar (padre, madre, padrastro, madrastra, hermanos,

hermanastros, abuelos y otros) y depresión infantil obtenida a partir del estadístico Chi Cuadrado. Los dos únicos casos en que sí se da tal relación son entre la presencia de padrastro u otras personas ajenas al núcleo familiar y depresión infantil, medida con el TED. En ambos casos se observa que la proporción de niños y niñas depresivos leves y severos es mucho mayor entre los que viven con un padrastro o con otras personas ajenas a la familia. En el caso del CDI, también se observan diferencias notables entre los niños que viven con padrastro y los demás, pero, dado que el nivel de significación es de $p=.1065$, tal relación debe atribuirse al azar.

En la tabla siguiente (tabla 14) pueden observarse los niveles de significación correspondientes a cada una de las relaciones obtenidas a partir de Chi Cuadrado.

Tabla 14. Niveles de significación (Chi Cuadrado) obtenidos a partir de la relación establecida entre depresión y distintos tipos de estructura familiar

	PADRE	MADRE	PADRAST	MADRAST	HNOS.	HNASTRS	ABUELOS	OTROS
CDI	.7150	.5696	.1065	.5022	.6134	.0902	.1232	.1322
TED	.1454	.22888	.0008	.1818	.4941	.1090	.7510	.0580
ISF1	.4981	.8557	.5656	.9475	.9093	.3569	.3518	.1044
ISF2	.1472	.3315	.8648	.8235	.5419	.5265	.2880	.2016

2. Tampoco se observa relación entre la composición de los miembros de la pareja y la depresión infantil medida con el CDI y sí con el TED. Podemos observar la distribución y el nivel de significación en la tabla 15.

Tabla 15. Distribución de los sujetos entre los distintos niveles de depresión (medida con el TED) y los miembros de la pareja con qué vive el niño/a

VIVIR CON...	NO DEPRESIVOS	DEPRESIVOS LEVES	DEPRES. SEVEROS
PADRE Y MADRE	544 (84.6%)	35 (5.4%)	64 (10%)
SOLO PADRE	10 (90.9%)		1 (9.1%)
SOLO MADRE	48 (82.8%)	2 (3.4%)	8 (13.8%)
PADRE Y COMPAÑERA	3 (100%)		
MADRE - COMPAÑERO	5 (41.7%)	2 (16.7%)	5 (41.7%)
OTROS	3 (50%)		3 (50%)
$\chi^2 = 29.71882$		$p = .0031$	

La distribución que observamos en esta tabla corrobora los resultados anteriores. En los análisis individuales, sólo aparecía relación significativa entre depresión infantil, medida con el TED, y vivir con padrastro u otras personas ajenas al núcleo familiar. Ahora volvemos a observar que solamente hay relación significativa entre la composición familiar y la depresión infantil cuando ésta es medida con el TED, y esto se debe, como puede apreciarse en la distribución adjunta, a la influencia de los mismos elementos anteriores (padrastro y otros miembros ajenos). La proporción de niños depresivos es mucho mayor en estos casos que en los demás.

3. La codificación correspondiente a las respuestas de los distintos componentes del núcleo familiar (padre, madre, padrastro, etc.) se hizo de tal forma que, al sumar los valores de todas ellas, obtuviéramos una puntuación única, capaz de comportarse como una variable cuantitativa y representar el grado y calidad de la estructura familiar. De esta forma, pudimos correlacionar las puntuaciones procedentes de la estructura familiar con las correspondientes a depresión infantil.

La correlación obtenida entre este índice y depresión no resultó ser significativa para ninguna de las medidas de depresión ($R_{xy} = .0294$ para el CDI y, $R_{xy} = -.0215$ para el TED), siendo los niveles de significación de $p = .416$ y $p = .553$ respectivamente.

8.2.4.3. *Tipo de convivencia*

Esta variable hace referencia a la calidad del ambiente familiar y, al responder, el niño valora si la convivencia familiar actual es mala, regular o buena. No debemos olvidar que la respuesta a este tipo de ítems suele contaminarse por la deseabilidad social, dando lugar a valoraciones más positivas de lo que en realidad deberían ser. A pesar de ello, se han encontrado relaciones altamente significativas ($\chi^2=40.11592$ y $p=.0000$ para el CDI y $\chi^2=56.28339$ y $p=.0000$ para el TED) entre tales valoraciones y los niveles de depresión.

Las distribuciones de Chi Cuadrado nos permiten asegurar que la probabilidad de deprimirse es mayor cuanto peor percibe el niño el ambiente familiar.

8.2.4.4. *Comunicación con el padre y la madre*

Con estas variables, como en las anteriores, se trata de buscar relación entre ellas y la depresión a partir del estadístico Chi Cuadrado. En ambos casos se da una relación muy significativa ($p=.0000$) entre el nivel de comunicación con el padre y/o la madre y la depresión infantil. Los valores de Chi Cuadrado para ambas variables podemos observarlos en la tabla 16. Los porcentajes obtenidos en cada uno de los niveles indican que, a medida que se empobrece la comunicación con los padres aumenta la proporción de niños depresivos.

Por tanto, podemos concluir que, cuanto mayor sea la comunicación de los niños con sus padres, menores son las puntuaciones en depresión.

Tabla 16. Valores de Chi Cuadrado y niveles de significación para las variables comunicación con el padre y la madre

COMUNICACIÓN FAMILIAR	CDI	TED
CON EL PADRE	$\chi^2 = 57.35112$ (p=.0000)	$\chi^2 = 59.99663$ (p=.0000)
CON LA MADRE	$\chi^2 = 33.78851$ (p=.0000)	$\chi^2 = 37.38137$ (p=.0000)

8.2.4.5. Convivencia familiar

Esta variable ha surgido, como puede apreciarse en la tabla 12, a partir de los distintos indicadores analizados en los puntos anteriores. Es, por tanto, un índice parcial que actúa a modo de resumen de aquellos y permite medir el concepto genérico de *convivencia familiar*, tomando una serie de valores cuantitativos, cuyo rango va de 2 a 20.

Este tipo de recodificación, nos permite utilizar el estadístico *Rxy* y comprobar si la convivencia familiar, tomada en sentido lato, correlaciona con las variables cuantitativas de depresión analizadas a lo largo de esta investigación. Los resultados obtenidos, como en los indicadores anteriores, muestran una relación nada significativa con el CDI (p=.201; *Rxy*=.0478) y sólo se aprecia una correlación significativa y de carácter inverso entre convivencia familiar y depresión infantil medida con el TED (*Rxy*= -.1017 y p=.006)

A pesar de que la correlación es muy baja, la significatividad del resultado obtenido nos permite concluir que cuanto mejor es el la convivencia o ambiente familiar existe una cierta tendencia a disminuir las puntuaciones en depresión, medida con el TED y, por tanto, menor proporción de niños deprimidos.

8.2.4.6. *Comunicación familiar*

Este es el segundo índice parcial utilizado a modo de resumen de los indicadores relacionados con la comunicación familiar (comunicación con el padre y con la madre). También, en este caso, se ha obtenido una nueva variable cuantitativa con rango de 1 a 10 para correlacionarla con las variables cuantitativas de depresión. Los resultados obtenidos han mostrado una correlación altamente significativa tanto con los niveles de depresión medidos con el CDI ($R_{xy} = -.3338$; $p = .000$) como con los del TED ($R_{xy} = -.3498$; $p = .000$).

Esos valores nos permiten concluir que cuanto mejor es la comunicación en la familia menor es la puntuación obtenida en depresión.

Estos resultados complementan los referidos a convivencia familiar. La cuestión no está en con quién vive el niño, sino en cómo vive o, mejor dicho, cómo se llevan a cabo las interacciones familiares. Es evidente que, en los ambientes tensos, la comunicación decrece y da lugar a fuertes inhibiciones, tanto de los mayores como de los niños.

8.2.4.7. *Clima familiar (índice general)*

Tal como se llevó a cabo en el área escolar, en esta variable hemos hecho un compendio de cuantas variables, referidas al área familiar, hemos estado analizando.

Una vez obtenido el índice de puntuación total se procedió a hallar la correlación con la variable depresión a través del estadístico de Correlación de Pearson. Los resultados obtenidos han mostrado, una vez más, una correlación negativa ($R_{xy} = -.2547$ para el CDI y $R_{xy} = -.2936$ para el TED) altamente significativa ($p = .000$ en ambas medidas).

Estos resultados, a modo de resumen, nos permiten concluir que, cuanto mejor es el clima familiar, menores son las puntuaciones de los niños en depresión, y viceversa.

8.2.4.8. Relación entre depresión infantil y nivel profesional y económico de los padres

Esta es una variable propiamente familiar; sin embargo, por sus características, no se pudo incluir en el índice general familiar, pues no sabemos si ello repercute negativamente o no. Por tanto analizaremos ésta por separado.

Tabla 17. Valores de Chi Cuadrado obtenidos en la relación entre nivel profesional de los padres y depresión infantil

NIVEL PROFESIONAL/ECONOMICO	CDI	TED
PADRE	$\chi^2 = 5.74304$ (p=.4526)	$\chi^2 = 2.24087$ (p=.8973)
MADRE	$\chi^2 = 4.56727$ (p=.6004)	$\chi^2 = 3.92243$ (p=.6872)

Como en las anteriores, se halló la correlación existente entre ambas variables a partir del estadístico Chi Cuadrado. En los resultados obtenidos no se observa relación significativa (tabla 17) entre la profesión del padre y/o de la madre y los distintos niveles de depresión infantil.

8.2.5. Relación entre depresión infantil y otras variables

8.2.5.1. Relación entre depresión infantil e inhibición social y bajo autoconcepto

La inhibición social y el bajo autoconcepto han sido variables frecuentemente asociadas a la depresión en la infancia. Al tratarse de variables

cuantitativas, comprobamos la relación entre ellas a través del índice de Correlación de Pearson. Los resultados obtenidos muestran correlaciones muy significativas (Ver tabla 18) entre ambas variables.

Tabla 18. **Indices de correlación entre las dos medidas de depresión y las de inhibición social y baja autoestima**

	CDI	TED	INHIBICIÓN	BAJA AUTOESTIMA
CDI	1.0000			
TED	.8088**	1.0000		
INHIBICION	.5529**	.5166**	1.0000	
BAJA AUTOESTIMA	.5167**	.4801**	.4987**	1.0000

Podemos concluir, por tanto, que a mayores puntuaciones en depresión, mayores en inhibición social y bajo autoconcepto.

8.2.5.2. Relación entre depresión infantil y comunicación

La comunicación del niño con otras personas ha sido analizada ya con los maestros/as, los padres y las madres. En este estudio, otro tipo de comunicación que se valoró fue la de los compañeros que hasta el momento no se ha analizado ni se va a analizar por separado..

En este apartado, no nos preocupa el nivel de comunicación aislado con una persona concreta. Nos interesa analizar el nivel de comunicación general. Para ello, se generó una nueva variable, a partir de la recodificación de todos aquellos ítems que hacían referencia, de una manera u otra, al nivel de comunicación de los niños y niñas de la muestra con sus profesores, padres, madres y amigos.

Aunque estas cuatro variables son cualitativas, al disponer todas ellas de valores entre 0 y 5, según fuera la comunicación imposible, muy difícil,

difícil, fácil o muy fácil, obtuvimos con su recodificación un rango entre 0 y 20.

Esta estrategia nos permitió simular una nueva variable "cuantitativa" para comprobar cómo se comportaba frente a los distintos valores de las variables cuantitativas de depresión infantil.

Con este sistema se pudo utilizar el coeficiente de Correlación de Pearson, a partir del cual se obtuvo una correlación altamente significativa entre esta variable y depresión, medida, tanto con el CDI ($R_{xy}=-.3955^{**}$) como con el TED ($R_{xy}=-.3755^{**}$).

De estos índices de correlación se deduce que, cuanto mayores son las puntuaciones obtenidas por los niños y niñas de la muestra en la variable nivel de comunicación, menores son las de depresión infantil.

A partir de estos datos podemos concluir que, cuanto mayor es la capacidad de comunicarse con los demás, menor será la probabilidad de deprimirse.

9. Discusión

Una vez expuestos los resultados principales obtenidos en el presente estudio epidemiológico, pasaremos a realizar un análisis comparativo entre ellos y los obtenidos por otros investigadores en estudios similares. Para facilitar la exposición de los mismos, los iremos presentando por áreas o variables analizadas.

9.1. Prevalencia de depresión infantil

Recordemos que la prevalencia hace referencia al número total de casos de una enfermedad en una población en un momento dado. En este estudio se detectó la prevalencia de depresión, mediante la aplicación de dos instrumentos de *screening*. Una vez establecidos los puntos de corte, se consideraron posibles deprimidos a los sujetos que puntuaban por encima de la puntuación establecida en ambos cuestionarios.

Al final del procedimiento nos encontramos ante un total de 73 niños (9% de la muestra total) que fueron discriminados por ambos cuestionarios como posibles deprimidos.

Dado que la mayoría de los estudios realizados en nuestro país han utilizado, para discriminar depresión en la infancia, el mismo cuestionario que nosotros, vamos a presentar la prevalencia obtenida, para hacer posibles las comparaciones, partiendo del mismo punto de corte utilizado en estos estudios (Doménech y Polaino-Lorente, 1990; Canals et al., 1991; Mestre, 1992; Polaino-Lorente y García Villamisar, 1993).

Utilizando, por tanto, sólo las puntuaciones del *Children depression Inventory* (CDI) y estableciendo el punto de corte en 19, obtenemos una muestra de 49 (6%) sujetos que presentan sintomatología depresiva. Mestre (1992) con una muestra valenciana de 9 y 10 años, y utilizando el mismo punto de corte de 19, encuentra una prevalencia de 6'18%. En otra ciudad española, Reus (Tarragona), Canals et al. (1991) en un estudio similar con niños de 11 y 12 años, y estableciendo un punto de corte de 17, encuentran una prevalencia de 9'4%.

Los estudios de Doménech y Polaino-Lorente (1990) en seis ciudades españolas (Madrid, Barcelona, Sevilla, Valencia, Gerona y La Coruña) y Polaino-Lorente y García Villamisar (1993) en la comunidad de Madrid no son del todo comparables en este estudio, porque utilizan un diseño de diagnóstico de doble fase (los sujetos son evaluados en dos momentos con instrumentos

distintos). Por tanto, presentaremos sólo los resultados obtenidos en la primera fase en la que el criterio diagnóstico se estableció a partir de la obtención de 19 puntos o más en el CDI. La prevalencia obtenida fue de 7'4% en el estudio de Doménech y Polaino-Lorente (1990) y de 6'4% en el de Polaino-Lorente y García Villamizar (1993). Ambos estudios se realizaron con niños y niñas escolarizados en 4º de EGB cuyas edades estaban comprendidas entre 9 y 11 años.

Contrastando estos resultados con los nuestros, observamos cómo los índices de prevalencia encontrados en la isla de Lanzarote son similares a los del resto de la nación. A primera vista, los resultados de Canals et al. (1991), pueden parecer superiores, pero no debemos obviar que el punto de corte utilizado por estos autores es más bondadoso que el nuestro.

Con los demás estudios epidemiológicos que se conocen, referidos a depresión infantil (Rutter et al., 1979; Lefkowitz y Tesiny, 1981, etc), no hemos querido hacer comparaciones, puesto que, las características de dichos estudios (edad de los sujetos, tipo de población e instrumentos utilizados) no son coincidentes con los de nuestra investigación. Consideramos por ello que, cualquier análisis comparativo puede resultar poco fiable.

9.2. Depresión infantil y edad

La edad ha sido una variable comúnmente tratada en relación con la depresión en la infancia. En torno a ella, se sostiene que hay períodos en la infancia, en la que la vulnerabilidad a padecer depresión es mayor (lactancia, primera infancia y adolescencia). Además, se sugiere que, a más edad, más probabilidad de emergencia de cuadros depresivos.

En nuestro estudio, al no contemplar rangos tan altos de edad, resulta imposible establecer conclusiones sobre cuáles son los períodos más

vulnerables. Sin embargo, sí podemos refutar la hipótesis de que a más edad, mayor presencia de depresión, puesto que, el porcentaje de síndrome depresivo encontrado en el rango más alto de edad (niños de 6° de EGB) es bastante inferior al que aparece alrededor de los 9 y 10 años (4° y 5°).

Estos resultados se muestran contrarios a los hallados por otros investigadores (Kashani y Carlson, 1987; Ezpeleta, 1988; Doménech y Polaino-Lorente, 1990; Mestre, 1992, etc.), los que concluyen que la depresión aumenta con la edad.

Por otro lado, en contra de las opiniones de algunos investigadores, que sostienen que los trastornos depresivos son raros en niños prepúberes (Angold, 1988), podemos concluir que la depresión no es un fenómeno poco común en estas edades. Por el contrario, los elevados índices de incidencia encontrados, convierten a la depresión en la infancia en un problema alarmante.

9.3. Depresión infantil y sexo

Al tomar como punto de referencia, la predominancia femenina de la depresión adulta (Weissman y Klerman, 1977; Rabassa, 1982), se ha llegado a considerar que en las niñas hay mayor riesgo de prevalencia depresiva que en los niños. Sin embargo, los estudios realizados en torno a esta relación no predicen una diferencia significativa entre ambos sexos en la infancia (Kashani et al., 1983; Mardomingo y Grado, 1990; Canals et al. 1992; Polaino-Lorente y García Villamisar, 1993; etc.).

Todos los resultados obtenidos apuntan relaciones muy poco significativas. Sin embargo, las conclusiones no son esclarecedoras, puesto que, en unos casos, se observa una prevalencia relativa a favor de las niñas (Kovacs et al., 1984), y en otros a favor de los niños (Poznanski, 1970; Puig-Antich et al., 1985; Polaino-Lorente y García Villamisar, 1993). Debemos

matizar el hecho de que, normalmente, son mayores los porcentajes alcanzados por los niños.

En nuestro estudio, no encontramos relaciones estadísticamente significativas, por lo que tampoco podemos ofrecer conclusiones esclarecedoras, aunque el porcentaje de niños depresivos alcanzado es mayor que el de niñas.

Las conclusiones al respecto giran en torno a la idea de que, en la infancia, el sexo no es un factor de riesgo. Es a partir de los 11-12 años cuando empiezan a observarse porcentajes superiores en torno a las niñas (Kaplan, 1982; Canals et al., 1992), datos totalmente coherentes, puesto que es, a partir de esta edad, cuando las chicas empiezan a recibir distintas presiones socioculturales y educativas, circunstancia hoy muy asociada a la etiología depresiva. Respecto a los niños, los distintos estudios concluyen que hay un incremento, superior al de las niñas, alrededor de los 13-14 años, que empieza a descender hacia los 15 (Canals et al., 1992; Kashani et al., 1983).

9.4. Depresión infantil y zona de residencia

Es ésta una variable muy poco contemplada en los estudios de depresión infantil. Los resultados obtenidos (Polaino-Lorente y García Villamizar, 1993) no encuentran ninguna diferencia entre las distintas zonas de residencia, exceptuando el de Doménech y Polaino-Lorente (1990) que encuentran porcentajes mayores de depresión en las zonas urbanas que en las rurales, y un ligero ascenso de trastornos distímicos en estas últimas.

En nuestra muestra, tampoco se observan relaciones significativas entre ambas variables.

9.5. Depresión infantil y escuela

La relación entre la depresión infantil y la escuela ha sido un tema frecuentemente debatido, pero muy poco estudiado. Las posiciones de los distintos autores sugieren una estrecha relación entre el mal funcionamiento académico y la presencia de sintomatología depresiva en la infancia; pero estas conclusiones se han generado mayoritariamente a partir de la práctica clínica.

La variable más frecuentemente estudiada, en las investigaciones que se conocen, es el rendimiento académico. Pero, a pesar de la creencia generalizada de que los niños depresivos tienen peores ejecuciones escolares que los no depresivos, los resultados científicos no corroboran del todo esta hipótesis, puesto que, en muchas ocasiones, no se han encontrado relaciones significativas entre ellas (Doménech y Polaino-Lorente, 1990; Polaino-Lorente y García Villamizar, 1993). Estos autores observan, sin embargo, que los niños depresivos sí obtienen menos aprobados con notas altas, por lo que concluyen que el rendimiento es un aspecto que se va deteriorando progresivamente. También encuentran mayores porcentajes de niños depresivos entre los que repiten curso que entre los que no repiten.

Nuestros resultados, en cambio, muestran relaciones significativas entre depresión infantil y notas, observándose mayores porcentajes de suspendidos entre los niños deprimidos que entre los no deprimidos. Estos mismos resultados han sido obtenidos por Bauersfeld (1972), Weinberg et al. (1973), Brumback et al. (1984), Frías et al. (1990). Todos estos autores concluyen, junto con nosotros, que la depresión es un estado frecuente en niños con bajo rendimiento escolar.

Otros resultados se refieren, no a las calificaciones académicas, sino al comportamiento escolar en general. Al respecto, Nissen (1987) observó que los niños, cuyas capacidades no se adaptaban a las exigencias escolares, tenían gran tendencia a presentar sintomatología depresiva, y que, cuando llegaban

las vacaciones escolares, los síntomas se mitigaban temporalmente. Nosotros encontramos relaciones altamente significativas entre depresión e integración escolar. Estos datos nos confirman que los niños no depresivos se sienten más contentos, más integrados y consideran más propio su colegio que los depresivos. A éstos, les gusta menos el colegio, lo consideran como algo ajeno, por lo que no se sienten responsables del mismo y, sienten que los profesores y demás miembros de la comunidad escolar no les tienen en cuenta.

Carlson (1987) observó que los niños deprimidos solían mostrar mayor desesperanza que los no deprimidos. Estos resultados fueron corroborados en nuestro estudio, al obtener relaciones altamente significativas entre la percepción que los niños tienen de su futuro como estudiantes y depresión. Tales datos nos permiten sugerir que, los niños deprimidos presentan cogniciones más negativas sobre las cosas, por lo que muestran una predisposición negativa que les va conduciendo paulatinamente al fracaso.

9.6. Depresión infantil y familia

Las características familiares han sido variables muy estudiadas en relación a la depresión en la infancia. La mayoría de los estudios giran en torno a la estructura y al clima familiar.

Al referirse a la estructura familiar, McDermott (1970) dice que el tamaño de la familia y el lugar que ocupa el niño en el grupo de hermanos, son elementos que afectan al desarrollo afectivo y emocional de éste. Frías et al. (1992), en una muestra de 1.286 niños entre 8 y 13 años encuentran que, el número de hermanos aparece como una variable discriminativa, respecto a los niveles de depresión en los niños, observando que, a mayor número de hermanos, mayor puntuación en depresión. Conclusiones similares han sido obtenidas por Arranz y Malla (1986), Doménech (1988), Doménech y Polaino Lorente (1990), Mestre (1992), etc. Nuestros datos, en cambio, no muestran

relaciones significativas entre ambas variables, al igual que Mardomingo y Grado (1991) quienes no encuentran diferencias entre niños depresivos y no depresivos, respecto al número de hermanos y lugar que se ocupa entre ellos. Mestre (1992) encuentra, además, que los niños que ocupan lugares intermedios entre los hermanos, alcanzan niveles más altos de depresión, y Frías et al. (1992), que los primogénitos son los que alcanzan niveles más bajos. En nuestra muestra, tampoco encontramos diferencias significativas al respecto.

Otra variable, frecuentemente relacionada con depresión, es la pertenencia a familias monoparentales. Las conclusiones, sin embargo, no son muy esclarecedoras, ya que son muy pocos los estudios que se conocen al respecto. Además, los distintos resultados no son concordantes entre sí. Mientras Doménech y Polaino-Lorente (1990) encuentran mayores porcentajes de depresión entre los niños que viven sólo con la madre, Frías et al. (1992) no encontraron diferencias entre niños pertenecientes a familias intactas y niños pertenecientes a familias monoparentales, aunque sí percibieron una tendencia a puntuar más alto en aquellos niños, en cuyas familias faltaba uno de los cónyuges. Nosotros no encontramos relaciones significativas entre ambas variables, pero sí las hallamos entre presencia de depresión y convivencia con padrastros, no así con madrastras u otros miembros ajenos a la unidad familiar de origen. Nuestros resultados concuerdan, en parte, con los de Weissman (1984) que identifica como factor de riesgo la presencia en el hogar de padrastros o madrastras y/o hermanastros/as.

Si comparamos estos hallazgos con las situaciones de pérdida de uno de los progenitores, frecuentemente relacionadas con depresión en la infancia, podemos concluir que el vivir con un solo miembro de la familia no constituye un factor de riesgo en sí mismo, sino la razón por la que se produce la pérdida y las condiciones añadidas que ello conlleva.

Efectivamente, los distintos estudios sugieren mayor presencia depresiva ante pérdidas por separación o divorcio que por muerte de uno de los progenitores (Doménech y Polaino-Lorente, 1990; Polaino-Lorente y García Villamizar, 1993). Estos resultados han sido confirmados en nuestro estudio, al encontrar escasa relación entre la vivencia traumática de la muerte de los padres y la depresión, y una relación altamente significativa con divorcio o "miedo" a que sus padres se divorcien. Al respecto de esta variable, queremos matizar el hecho de que esta relación surge a partir del análisis de datos cualitativos, encontrándose escasa relación tras el análisis de datos cuantitativos. Este hecho, viene a corroborar la idea de que, a veces, no es bueno reducir a estadísticos los sentimientos humanos, siendo preciso conjugar lo cuantitativo y lo cualitativo.

En torno a las situaciones de pérdida por muerte, otros autores sí han encontrado relaciones entre pérdida de los padres y depresión, como Nissen (1971) o Krakowski (1970). Pero es en torno al divorcio, donde se han encontrado mayores relaciones (Krakowski, 1970; Puig-Antich, 1983; Weissman, 1984; Kashani et al., 1987; Doménech y Polaino-Lorente, 1990). Wallerstein y Kelli (1980) hacen un seguimiento a los hijos de 60 familias divorciadas y observan aparición de conductas regresivas en niños pequeños, y síntomas depresivos en niños mayores de 6 años. Después de 18 meses de ruptura un 37% de los casos aún continuaba con presencia de depresión.

Sin embargo, los autores matizan esta cuestión y sugieren que, la angustia de la separación, por sí sola, no justifica la aparición de depresión en los niños (Tennat et al., 1981; Doménech y Polaino-Lorente, 1990; Hammen, 1991; etc.), sino que ésta depende de otras circunstancias, tales como el sexo del niño (en relación con el miembro de la pareja que se va), la relación previa que se tiene con el padre o la madre ausente, las relaciones posteriores que se establecen, los cambios que a veces se producen en torno a la calidad de vida, y sobre todo, el equilibrio psíquico del miembro de la pareja con quien se quedan a vivir (normalmente la madre).

Finalmente, la mala convivencia familiar o los trastornos en la relación de los miembros familiares, se identifican como factores de alto riesgo en la aparición de síndrome depresivo en los niños. Esta hipótesis ha sido confirmada en distintos estudios (Nissen, 1971; Hamnen, 1987; Doménech y Polaino-Lorente, 1990; etc.).

Nuestros resultados también sugieren una alta relación entre discordia familiar y presencia de depresión, observándose porcentajes superiores de niños con sintomatología depresiva entre aquéllos que califican la convivencia familiar como regular o mala, y entre los que tienen una mala comunicación con sus padres.

9.7. Depresión infantil y clase social

En torno a la infancia, al igual que sucede en los adultos, existe gran disparidad en los datos y conclusiones, respecto a la asociación entre clase social y depresión infantil. Kaplan (1984) habla de una mayor incidencia en los niveles socioeconómicos más desfavorecidos; sin embargo, Weissman (1984) encuentra una tasa mayor de depresión en las clases sociales más elevadas.

Otras matizaciones, en torno a la enfermedad depresiva, han permitido concluir que, mientras en las clases sociales más desfavorecidas se da una mayor incidencia de depresiones reactivas, las depresiones endógenas son más frecuentes entre las clases sociales más humildes (Munro, 1966; Chess, 1984; Puig-Antich, 1985).

Nuestros datos no sugieren diferencias significativas entre unos grupos y otros, respecto al nivel profesional y económico de los padres. Estas mismas conclusiones son aportadas por Doménech y Polaino-Lorente (1990) y Mestre (1992).

9.8. Depresión infantil e inhibición social/bajo autoconcepto

Son varios los autores que sostienen la alta relación existente entre inhibición social y depresión en la infancia (O'Connor, 1972; Gottman, 1977; Ross, 1980; Petti, 1993). En general, todos exponen que los niños con escasa interacción social o con falta de habilidades sociales para relacionarse adecuadamente, se suelen sentir angustiados por el deseo de hacer amigos, pero que, a la vez, no lo intentan por el miedo a ser ignorados o ridiculizados. Esa angustia, unida al fracaso, va modulando paulatinamente cuadros depresivos en los niños.

Por otro lado, las distintas investigaciones que han estudiado la incidencia del retraimiento en los niños, han encontrado que éste y la soledad son estados o conductas más frecuentes en niños con depresión (Poznanski y Zrull, 1970; Kashani et al., 1981).

Nuestros resultados apoyan dicha hipótesis, al encontrar relaciones altamente significativas entre depresión e inhibición social en los niños. Las mismas conclusiones se hacen extensibles a la relación entre depresión y baja autoestima, donde también se obtienen relaciones estadísticas altamente significativas.

10. Conclusiones

Una vez analizados y discutidos nuestros datos, presentaremos, a modo de síntesis final, las conclusiones más relevantes obtenidas:

1. No existen diferencias significativas, en cuanto a la presencia de sintomatología depresiva, entre niños y niñas, aunque los porcentajes indican, un mayor número de niños.
2. La depresión existe en el período intermedio y final de la infancia (9-12 años). Sin embargo, no se observan diferencias significativas, en cuanto a incidencia, entre las distintas edades.
3. No se encuentran diferencias significativas entre la zona de ubicación del centro escolar (zona de residencia) y la presencia de síndrome depresivo.
4. Tampoco se han encontrado relaciones significativas entre el tipo de colegio (público, privado y religioso) y la presencia de síndrome depresivo en la infancia.
5. El curso académico, no se contempla como un factor de riesgo en el padecimiento de depresiones en la infancia.
6. Existen relaciones significativas entre rendimiento académico y presencia de sintomatología depresiva. De ello se deduce que, a mayor depresión mayor es la probabilidad de suspenso y viceversa.
7. No se encuentran relaciones significativas entre rendimiento escolar e inhibición social. Por tanto, concluimos que, la presencia de inhibición social no influye en los resultados académicos.
8. No existe relación estadísticamente significativa entre rendimiento académico y autoconcepto negativo, aunque se aprecia una tendencia a una relación negativa, es decir, a mayor rendimiento menos puntuaciones en baja autoestima, y viceversa.

9. La integración escolar, medida a través de sentimientos de pertenencia del centro escolar, responsabilidad con los materiales del mismo y, sentimientos de que en el colegio le tienen en cuenta, es un factor muy relacionado, con síndrome depresivo en la infancia.
10. Existe una relación altamente significativa entre las expectativas de futuro de los niños, como estudiantes, y presencia de síndrome depresivo. Con ello concluimos que, cuanto mayor es la ilusión de los niños respecto a su futuro académico, menor es la proporción de presencia de síndrome depresivo.
11. La comunicación con los profesores se contempla como un factor de riesgo en torno a las depresiones en la infancia. A medida que la comunicación con el profesor empeora, aumenta la presencia de síntomas depresivos.
12. El divorcio o separación de los padres ha sido una variable en torno a la cual también se encuentran relaciones significativas con la presencia de síndrome depresivo en la infancia. Sin embargo, no se encuentran relaciones significativas entre muerte de alguno de los progenitores y presencia de sintomatología depresiva.
13. En torno a la estructura familiar se ha concluido que: no hay relaciones significativas entre presencia de síndrome depresivo y número de hermanos o el lugar que se ocupa entre ellos. Tampoco se encuentran relaciones significativas entre la presencia en el hogar de otras personas ajenas a la unidad familiar, excepto con padrastros, en trono a las que si se contemplan relaciones significativas.
14. No existen diferencias significativas entre el nivel profesional y económico de los padres y la presencia de sintomatología depresiva en los hijos.

15. En cuanto a la convivencia familiar, se observa una alta relación entre buena convivencia familiar y baja prevalencia de depresión. Por otro lado, a medida que aumenta la comunicación familiar, independientemente de la composición de la estructura familiar, van disminuyendo los porcentajes de sintomatología depresiva. Por ello concluimos que, lo relevante no es con quién vive el niño, sino cómo vive, es decir, cómo se desarrolla su vida familiar.
16. El nivel de comunicación establecido con las personas que rodean al niño, ha resultado ser una variable muy significativa en relación a la presencia de síndrome depresivo. Tanto con los padres, como con los profesores y amigos, se observa que, a mayor nivel de comunicación, menor es la presencia de sintomatología depresiva y viceversa.
17. Existen relaciones altamente significativas entre depresión infantil e inhibición social en los niños.
18. Existen relaciones altamente significativas entre depresión infantil y bajo autoconcepto en los niños.

SEGUNDO ESTUDIO

ESTUDIO COMPARATIVO DE CASOS Y CONTROLES: SUJETOS CON SÍNDROME DEPRESIVO Y SUJETOS SIN SÍNDROME DEPRESIVO

1. Introducción

Los estudios comparativos, suponen un paso más dentro de la metodología epidemiológica. Consisten en establecer comparación entre dos grupos, uno de riesgo (con presencia del trastorno) y otro control (sin presencia del trastorno). El objetivo de los mismos es explorar determinadas características o factores de riesgo de los casos y de los controles, para contribuir en la aclaración del papel etiológico de dichos factores en el desarrollo de la enfermedad.

Este tipo de estudios exigen haber discriminado previamente en la población general un grupo de individuos con un factor de riesgo y otro, sin ese factor de riesgo.

En el estudio anterior, de un modo general, se establecieron ya algunas comparaciones respecto a las variables estudiadas entre el grupo discriminado por presentar sintomatología depresiva y el resto de los sujetos del estudio. Sin embargo, esa comparación se realizó, básicamente, en términos descriptivos, por lo que, en esta segunda fase de la investigación, se propuso llevar a cabo un análisis más exhaustivo con el fin de encontrar otras asociaciones entre los factores de riesgo detectados y la presencia de síndrome depresivo, por un lado, y configurar un cuadro sintomatológico propio del síndrome depresivo a partir de las diferencias encontradas en dos grupos específicos de estudio.

A continuación se describirá el desarrollo del mismo.

2. Planteamiento del problema y objetivos

En el estudio anterior, una de las variables más relacionadas con síndrome depresivo ha sido el rendimiento académico. Por otro lado, uno de los objetivos fundamentales de la investigación general es ver cómo se modula el síndrome depresivo en el entorno escolar, con el fin de orientar a los profesores cara a la mejora de la salud mental de los escolares. Es por ello por lo que el presente estudio comparativo, se centrará eminentemente, en establecer diferencias en dos grupos distintos (con síndrome depresivo y sin síndrome depresivo), respecto al rendimiento escolar y al perfil sintomatológico del síndrome depresivo.

En la literatura científica, el rendimiento escolar es una variable frecuentemente asociada a la depresión en la infancia, pero la carencia de estudios específicos sobre el tema no nos permiten establecer asociaciones en términos de causa-efecto. Lo más frecuente es contemplar el bajo rendimiento académico como parte del cuadro sintomatológico del niño depresivo. Sin embargo, la experiencia clínica nos ha permitido comprobar, que niños remitidos a consulta acuñados con fracaso escolar, eran posteriormente diagnosticados como depresivos¹. Ante ello, surge el planteamiento de que, aunque los cuadros depresivos van modulando frecuentes historias de fracaso escolar, es posible que reiterados fracasos escolares vayan configurando a su vez cuadros depresivos en la infancia.

Psicosocialmente, la escuela y los estudios son factores frecuentemente estresantes para la vida del niño. A la vez, son las notas escolares por lo que más suele ser valorado éste, tanto a nivel social como familiar. De hecho, muchos suicidios infantiles son fruto del miedo del niño con malas notas a enfrentarse a los padres.

¹Datos facilitados por la clínica INFAD de Barcelona.

A su vez, al tratarse la depresión en la infancia a partir de los parámetros establecidos para el adulto, no está aún muy definido el cuadro sintomatológico infantil. Al ser uno de nuestros objetivos establecer parámetros, a través de los cuales puedan ser detectados casos de riesgo en la escuela, nos sentimos obligados a contribuir con el estudio en la configuración del cuadro sintomatológico. Esta tarea nos ha planteado la duda siguiente: ¿qué diferencias existen entre los niños depresivos y los no depresivos?, problema que configurará el eje central del estudio.

A partir de estos planteamientos, los objetivos del estudio quedan concretados en los siguientes:

1. Observar en qué se diferencian los niños con síndrome depresivo de los del grupo control respecto a todas las variables estudiadas.
2. Describir en qué términos se establece la relación depresión infantil/rendimiento académico.
3. Configurar un cuadro diferencial entre ambos grupos respecto a la presencia/ausencia de síntomas depresivos específicos.
4. Comprobar si hay síntomas específicos para cada nivel de edad.
5. Comprobar si hay síntomas específicos para cada sexo.

3. Planteamiento de hipótesis

Partiendo del planteamiento expuesto en el punto anterior y, a la luz de los resultados obtenidos en otras investigaciones (Bernstein et al., 1990; Beer, 1991; Mestre, 1992; Polaino-Lorente y García Villamizar, 1993; Rutter, 1995; entre otros) con igual objeto de estudio, se procedió al planteamiento de las siguientes hipótesis:

1. El grupo con síndrome depresivo presenta un mayor número de síntomas referidos al estado de ánimo negativo, baja autovaloración, sentimientos de culpa, somatizaciones, pensamientos reiterados sobre la muerte y bajo rendimiento escolar que, el grupo sin síndrome depresivo.

2. El grupo con síndrome depresivo es más rígido en el estudio que, el grupo sin síndrome depresivo.
3. El grupo sin síndrome depresivo presenta más características de neuroticismo que el grupo sin síndrome depresivo.
4. El grupo con síndrome depresivo tiene es más dogmático y elitista que el grupo sin síndrome depresivo.
5. Los niños del grupo con síndrome depresivo son menos extrovertidos y presentan menos características de líderes que los del grupo sin síndrome depresivo.
6. Los niños del grupo con síndrome depresivo sienten mayor desagrado (menos agrado) hacia el centro escolar que los del grupo sin síndrome depresivo.
7. Los niños del grupo sin síndrome depresivo tienen más desarrolladas las habilidades intelectuales que los del grupo con síndrome depresivo.
8. Los niños del grupo con síndrome depresivo son más inhibidos socialmente que los del grupo sin síndrome depresivo.
9. Los niños del grupo con síndrome depresivo presentan un autoconcepto más negativo que los del grupo sin síndrome depresivo.

4. Metodología

La principal característica de los estudios comparativos es buscar relación entre variables. En el presente estudio se pretende esclarecer la presencia/ausencia de relación, en términos de causa o efecto, entre el síndrome depresivo y otras variables independientes objeto de estudio. Entre éstas cobra especial importancia el rendimiento académico. En este caso concreto, sin embargo, los efectos sobre la variable dependiente

(síndrome depresivo) ya se han producido, por lo que no se pretende establecer ninguna situación experimental.

A este tipo de estudios se les denomina *ex-post-facto* (se hace la medición después de que ha ocurrido el hecho de forma natural). Estos a su vez incluyen diversos métodos, Arnal et al. (1992) hablan de método comparativo-causal, método descriptivo y método correlacional.

Nuestra intención es buscar y explicar relaciones de causalidad comparando dos grupos diferenciados. El método que más se acerca a este objetivo es el *Método Comparativo-Causal* que consiste en detectar factores que parecen hallarse asociados a ciertos hechos (Colás Bravo y Buendía, 1992). Veamos algunas características del mismo.

Este método trata de explicar relaciones de causalidad, pero la variable que se estudia como posible causa de los cambios observados no es manipulable y sólo admite un nivel de selección (Arnal et al., 1992). Con este método se parte de la observación o medición de la variable dependiente (variable criterio) cuando ya ha recibido la posible influencia de la o las variables independientes (variables predictivas). Además trata de ir más allá de la mera confirmación de la existencia de relación, preocupándose de qué manera ocurre y por qué. Para ello, se comparan las semejanzas y diferencias que existen entre los fenómenos para descubrir los factores que parecen contribuir a la aparición de ciertos hechos y situaciones en su propio contexto natural.

Otra característica de estos estudios es que no se seleccionan variables, sino sujetos en función de si la variable dependiente o criterio está presente o ausente. Una vez seleccionados los grupos, se trata de hallar entre las posibles variables independientes o predictoras (posibles causas) que se relacionan con la variable criterio, la posible influencia en los efectos o cuadros observados. En este método no es fácil establecer la dirección de la relación de causalidad, pues aunque se encuentre relación nunca se puede concluir que una variable es causa de la otra, por no existir manipulación y control de la variable independiente (Colás Bravo y Buendía, 1992). Para

disminuir esa ambigüedad y poder inferir relaciones de causalidad se suelen tener en cuenta una serie de condiciones (Arnal et al., 1992). Estas hacen referencia a:

1. Ha de existir una relación estadística entre las variables implicadas y una determinada secuencia temporal (la variable predictora debe preceder a la variable criterio en el tiempo).
2. Para que exista relación de causalidad ha de ocurrir que la variable criterio no dependa de otras variables, por lo que tendremos que examinar si, además de la variable predictora, otras variables causan las diferencias detectadas en la variable criterio. Para verificar esta posibilidad se introducen otras variables dentro del análisis y se observa en qué forma afectan a la relación.

5. Diseño

a) Variable criterio: síndrome depresivo

Se presenta como:

1. Variable dicotomizada (dos niveles): con presencia de síndrome depresivo y sin síndrome depresivo. Es ésta la condición en base a la cual se han seleccionado los grupos.
2. Variable cuantitativa: rango de puntuación de 0 a 54 puntos (puntuación total en el cuestionario de depresión *Children Depression Inventory*).

b) Variable predictora: rendimiento académico

Se presenta como:

1. Variable dicotomizada (dos niveles): aprobado y suspenso. Puede manifestarse en muchas modalidades pero en este caso solo se les permite presentarse según dos.

2. Variable cuantitativa: a partir de la suma de las tres notas registradas, lenguaje, matemáticas y sociales, obtenemos una sola variable rendimiento con rango de 0 a 6.

c) *Otras variables predictoras (variables contaminantes):*

1. *Integración en el centro escolar (ADACE).*

Se presenta como:

1. Variable dicotomizada (dos niveles): agrado hacia el centro escolar y desagrado hacia el centro escolar.
2. Variable cuantitativa con dos factores: Agrado de 0 a 11 y Desagrado de 0 a 12 (puntuaciones obtenidas en el ADACE).

2. *Inhibición social (IS)* con dos factores: ambos se pueden presentar como variables dicotómicas o como variables cuantitativas.

IS1, Inhibición Social:

1. Variable dicotomizada: con inhibición y sin inhibición.
2. Variable cuantitativa: rango cuantitativo de 0 a 25.

IS2, Autoconcepto Negativo:

1. Variable dicotomizada: con autoconcepto negativo y sin autoconcepto negativo.
2. Variable cuantitativa: rango cuantitativo de 0 a 12.

3. *Personalidad (ENR)* con cuatro factores. Ambos se pueden presentar como variables dicotómicas o como variables cuantitativas.

ENF1, Rigidez en el estudio:

1. Variable dicotomizada: con rigidez en el estudio y sin rigidez.
2. Variable cuantitativa: Rango cuantitativo de 0 a 17.

ENR2, Neuroticismo:

1. Variable dicotomizada: con rasgos neuróticos y sin rasgos neuróticos.
2. Variable cuantitativa: rango cuantitativo de 0 a 16.

ENR3, Elite y Dogmatismo:

1. Variable dicotomizada: muy dogmático y no dogmático.
2. Variable cuantitativa: rango cuantitativo de 0 a 15.

ENR4, Extroversión y liderazgo:

1. Variable dicotomizada: extrovertido y no extrovertido.
2. Variable cuantitativa: rango cuantitativo de 0 a 9.

4. *Inteligencia* (G4, G5, G6 EOS). Variable cuantitativa expresada en percentiles.

d) *Sintomatología depresiva*. Variables cuantitativas referidas a siete áreas o dimensiones:

1. Estado de ánimo: rango de 0 a 27.
2. Relacional: rango de 0 a 14.
3. Sentimientos de culpa: rango de 0 a 14.
4. Autovaloración: rango de 0 a 12.
5. Corporalidad: rango de 0 a 9.
6. Pensamientos de muerte: rango de 0 a 3.
7. Escolaridad: rango de 0 a 3.

6. Método

6.1. Sujetos

Los sujetos que formaron parte de la presente investigación fueron seleccionados a partir de la muestra del estudio anterior. El objetivo era escoger dos grupos independientes, uno con síndrome depresivo y otro sin síndrome depresivo, para lo que se tomaron los sujetos situados en los dos extremos de la distribución en las medidas de depresión (*Children Depression Inventory, CDI* y *Test Experimental de Depresión, TED*).

El criterio adoptado para establecer los respectivos puntos de corte fue, para el grupo con síndrome depresivo, todos los sujetos que puntuaran 16 o más de 16 en el *CDI* y que coincidieran en el percentil del mismo rango en el *TED*. Para la autora del *CDI*, el punto de corte en 19 es muy óptimo. En este caso, dado que se contaba con dos criterios de medida (*CDI* y *TED*) y, con la intención de dotar a los instrumentos de mayor sensibilidad, se estableció el punto de corte en una puntuación inferior. En contrapartida, y con la intención de obtener una mayor especificidad y evitar una menor presencia de falsos positivos, se escogieron a los niños/as detectados como "caso" en ambos instrumentos. Constituyeron un total de 70 casos. A éstos se les sumaron 3 casos que puntuaron alto en el *CDI* y no en el *TED*, pero que fueron identificados por profesores y compañeros como niños tristes.

Para el grupo sin síndrome depresivo el criterio de selección fue el mismo, solo que aplicado al otro lado de la distribución (sujetos que menos puntuaban en las medidas de depresión), quedando constituido el grupo por 65 sujetos.

Dados los problemas que los distintos autores atribuyen a los estudios de depresión infantil llevados a cabo con rangos muy amplios de edad (Doménech y Polaino-Lorente, 1990) y, dado que, aproximadamente a partir de los doce años es cuando se inicia el periodo de la adolescencia, se decidió excluir a los niños que tuvieran 13 o más de 13 años. Son varios los autores que sostienen la existencia de variaciones importantes en el cuadro clínico en la infancia y en la adolescencia (Alonso Fernández, 1988), dictadas en gran medida por el nivel de desarrollo. Investigaciones hechas con adolescentes depresivos han encontrado más semejanza entre los cuadros clínicos de éstos y los adultos que con los de niños (Bemporad, 1990), por lo que no se puede ya hablar de depresión infantil.

Los sujetos con trece años, presentes en ambos grupos eran 8, que quedaron excluidos. Finalmente, hubo una mortandad experimental de 11 sujetos en total para los dos grupos (en su mayoría porque los profesores se negaron a que se trabajara con los niños) quedando definitivamente

constituidos los grupos del siguiente modo: 61 niños/as que no presentaban síndrome depresivo y 58 niños/as con síndrome depresivo (según el criterio de los instrumentos de *screening* utilizados).

6.2. Características de la muestra

En este apartado se hace una descripción de los sujetos que participaron en esta fase de la investigación. Como ya se dijo anteriormente, sólo participaron aquellos que obtuvieron puntuaciones extremas (altas o bajas) en las medidas de depresión y con una edad igual o inferior a 12 años.

Estas variables fueron ya presentadas en el estudio anterior, pero al reducirse ahora el grupo al 12% aproximadamente, consideramos oportuno volver a analizar como ha quedado distribuido el nuevo grupo, en función de las mismas.

6.2.1. Variables del sujeto

Como en el estudio anterior, éstas hacen referencia a edad y sexo.

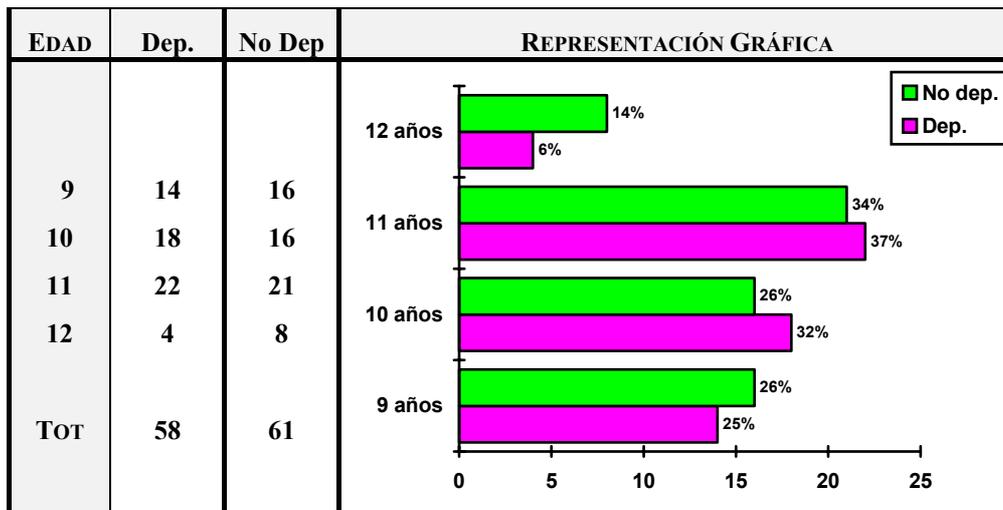
6.2.1.1. Edad

Al hacer la selección para el presente estudio no se tuvo en cuenta la edad de los seleccionados, excepto en el caso de los niños de 13 o más años, que fueron eliminados. Por tanto, esta distribución nos permite comprobar el peso de las distintas edades en ambos grupos extremos.

Como puede verse en el gráfico siguiente (figura 1), la proporción de sujetos, en ambos grupos, se incrementa con la edad, excepto en los doce años, donde se produce un importante descenso. Por otro lado, observamos cómo en los grupos de edad extrema (9 y 12 años), es mayor el número de sujetos con puntuaciones bajas en depresión, mientras que, en los centrales (10 y 11 años), sucede lo contrario.

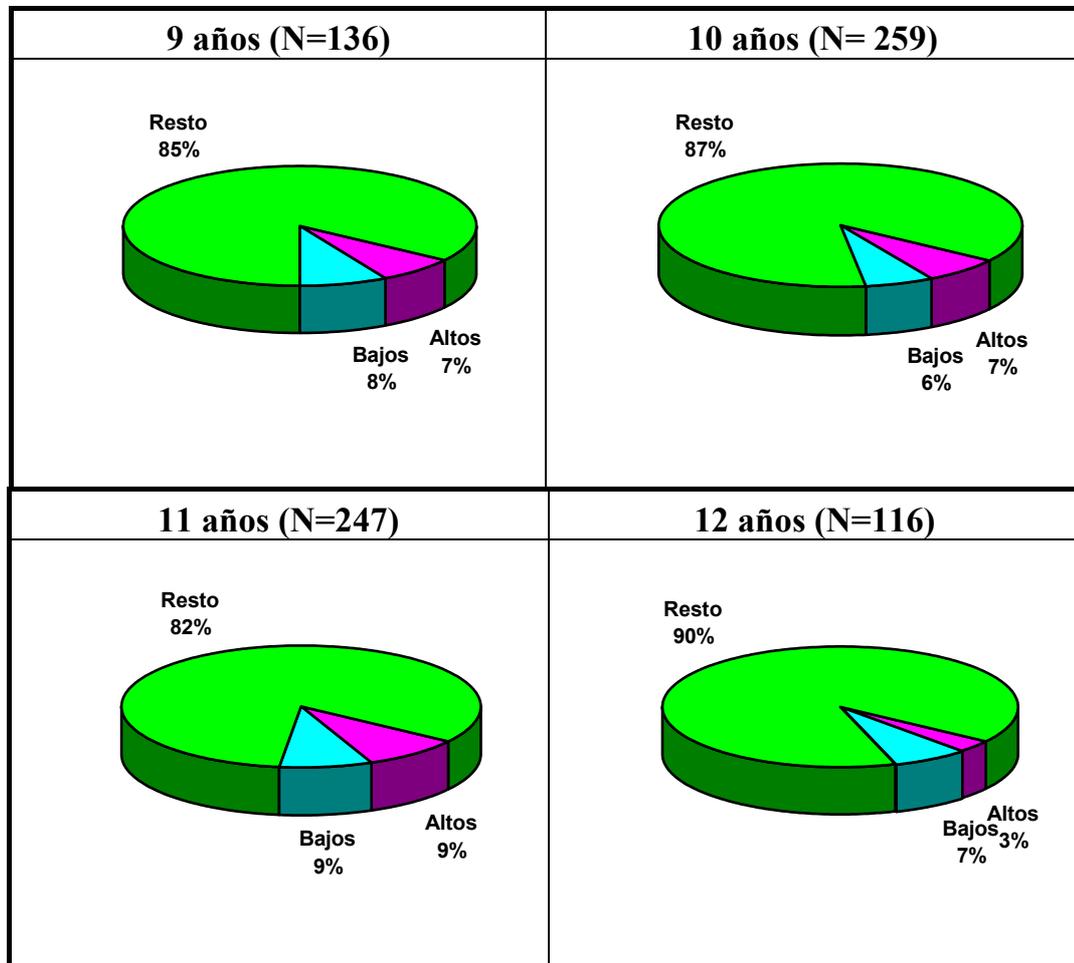
Sin embargo, esta interpretación carece de validez si no se analizan las verdaderas proporciones correspondientes a cada grupo de edad de la muestra total, es decir, la muestra del estudio epidemiológico de la que se extrajo la presente (De ahora en adelante "muestra total de referencia").

Figura 1. Distribución de los sujetos con síndrome depresivos y sin síndrome depresivos en función de la edad



En la figura 2 puede apreciarse cómo la distribución de sujetos con puntuaciones muy altas o muy bajas en depresión para las distintas edades es similar, excepto entre los niños de 12 años para el grupo con puntuaciones altas en depresión. Con ello se corrobora la interpretación anterior, ya que se confirma un claro descenso de sujetos depresivos en este grupo. Sin embargo, en el grupo de los no depresivos no se observa este descenso, siendo la proporción similar a la de las otras edades.

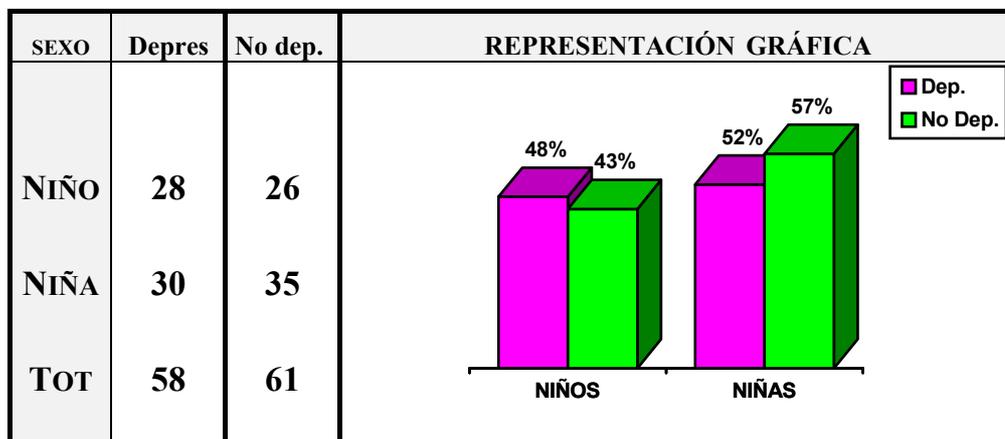
Figura 2. Porcentajes de sujetos con síndrome depresivo y sin síndrome depresivo en cada grupo de edad (muestra total)



6.2.1.2. Sexo

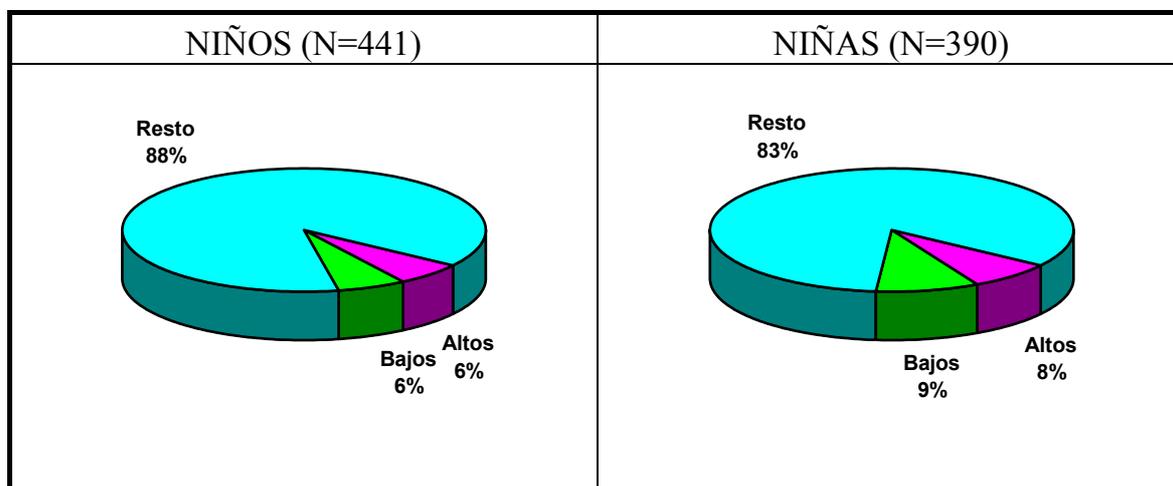
En el primer estudio, al analizar mediante la prueba de chi cuadrado la relación existente entre sexo y depresión infantil (CDI), aparece un porcentaje mayor de niños (6.80%) que de niñas (3.85%) con depresión severa, pero esta distribución resultó azarosa, debido a su bajo nivel de significación (0.1948). Veamos cómo se distribuyen ahora ambos grupos en función del sexo (figura 3).

Figura 3. Distribución de los sujetos con síndrome depresivo y sin síndrome depresivo en función del sexo



La distribución de la muestra en torno a esta variable, al contrario de lo que ocurre en el estudio anterior, nos muestra una mayor proporción de niñas que de niños en ambos grupos. Esta aparente contradicción se explica a partir del proceso de selección. En éste se eligieron a los sujetos que obtuvieron puntuaciones altas en las dos medidas de depresión utilizadas y, a la vista de estos resultados, parece ser que hubo más niñas que niños que cumplieran esta condición.

Figura 4. Porcentajes de niños y niñas con síndrome depresivo y sin síndrome depresivo que aparecen en la muestra total



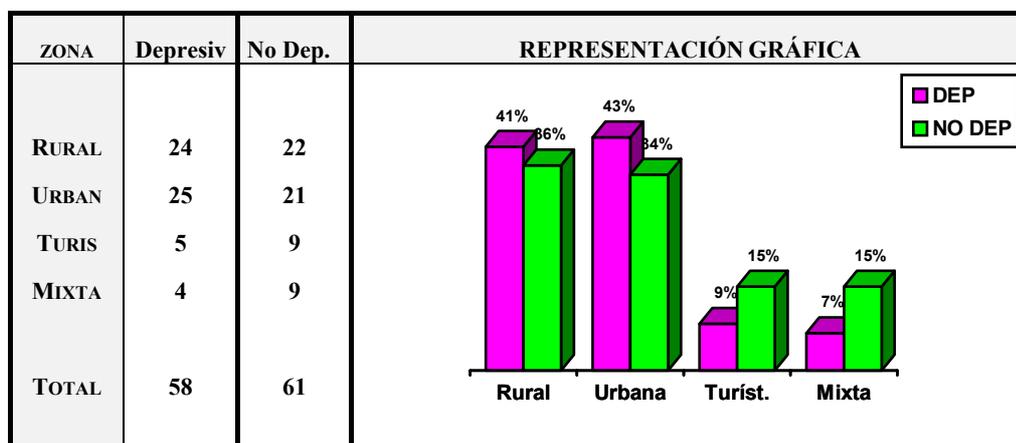
Sin embargo, como se hizo con la edad, conviene analizar las proporciones a partir de la muestra total de referencia. En la figura 4 se presenta esta distribución y nuevamente se contempla que la proporción de niñas es mayor que la de niños en ambos grupos.

6.2.2. Variables contextuales: ubicación de los centros escolares

En este apartado analizaremos la distribución de la muestra a partir de la ubicación geográfica (zona de residencia) de los distintos centros escolares.

La distribución de los sujetos de ambos grupos en función de esta variable muestra, en general, un porcentaje mayor de sujetos con síndrome depresivo que sin síndrome depresivo en las zonas rurales y urbanas (figura 5).

Figura 5. Distribución de los sujetos con síndrome depresivo y sin síndrome depresivo en función de la situación geográfica



El hecho de que haya un mayor número de sujetos en los estratos rural y urbano, se debe exclusivamente al mayor número de sujetos de ambos en la muestra original. Lo que importa, por tanto, es comprobar el

peso relativo de cada proporción a partir de la muestra total de referencia. Estos porcentajes podemos observarlos en la siguiente gráfica (figura 6).

Figura 6. Porcentaje de sujetos con síndrome depresivo y sin síndrome depresivo en cada zona geográfica en la muestra total de referencia

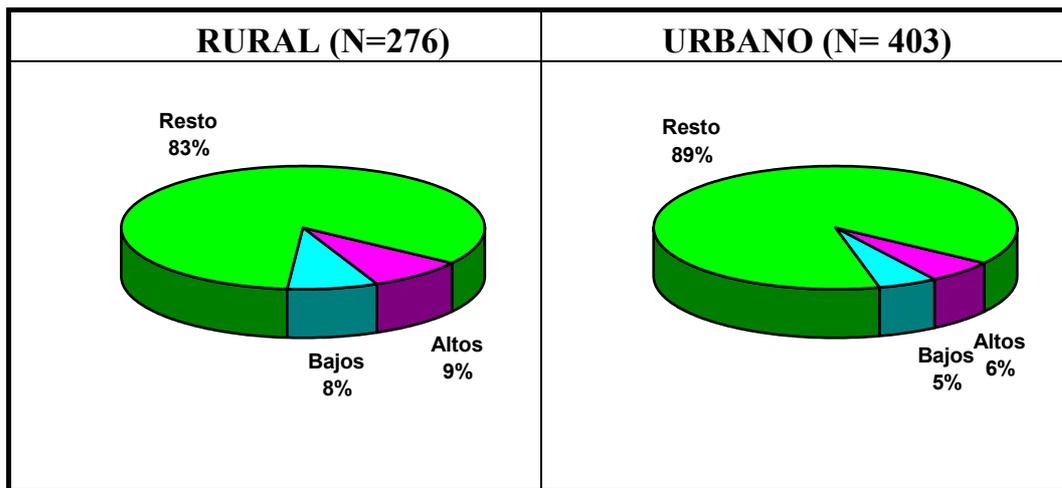
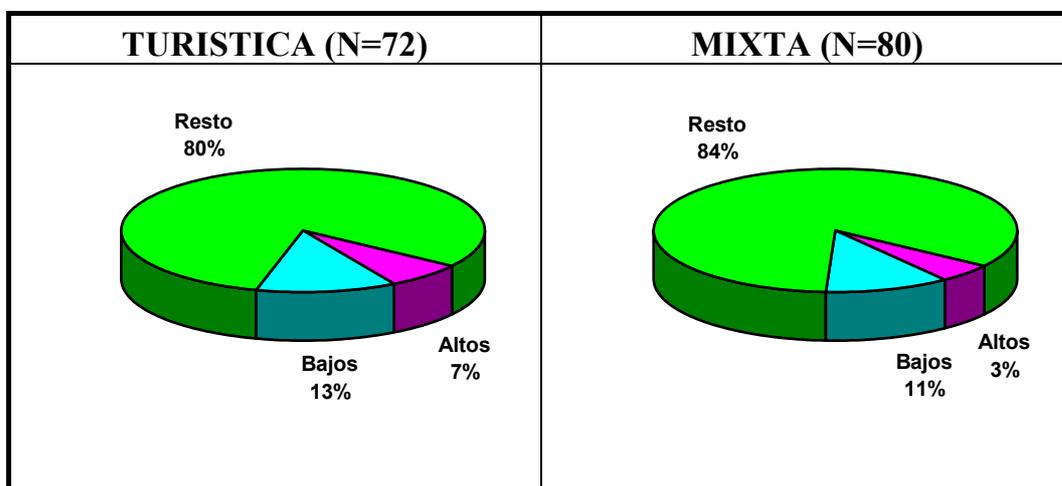


Figura 6. Porcentaje de sujetos con síndrome depresivo y sin síndrome depresivo en cada zona geográfica en la muestra total de referencia (continuación).



Al analizar los datos en esta otra distribución, se observa como la proporción de sujetos con puntuaciones altas en depresión es mayor en el estrato rural que en los otros tres y destaca por su bajo porcentaje el de carácter mixto. En cuanto a las proporciones referidas al grupo de

puntuaciones bajas, cabe destacar los estratos mixto y turístico por sus altas proporciones y al urbano por lo contrario.

6.2.3. Variables escolares

Analizaremos en este apartado las distribuciones correspondientes a las variables tipo de centro y curso escolar.

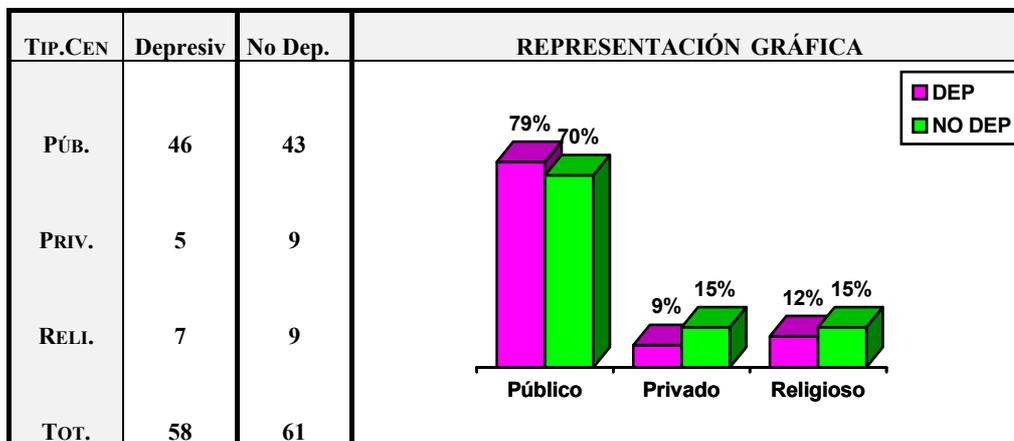
6.2.3.1. Tipo de centro

Los centros escolares quedaron distribuidos en tres estratos: públicos, privados y religiosos.

Analizadas las frecuencias que aparecen en cada uno de ellos para ambos grupos (figura 7) observamos que la mayor parte de la muestra total, en tanto que representativa de la población, pertenece a colegios públicos y, por eso, la mayoría de los niños elegidos pertenecen a este tipo de colegios.

Sin embargo, al comparar los grupos de puntuaciones altas y bajas en depresión en los tres tipos de colegio, se observan claras diferencias entre los públicos y el resto (privados y religiosos). Mientras en los primeros la proporción de sujetos con puntuaciones altas en depresión es ligeramente superior que la de los sujetos con puntuaciones bajas, en los colegios privados y religiosos esta tendencia se invierte y aparecen más niños con puntuaciones bajas que con altas.

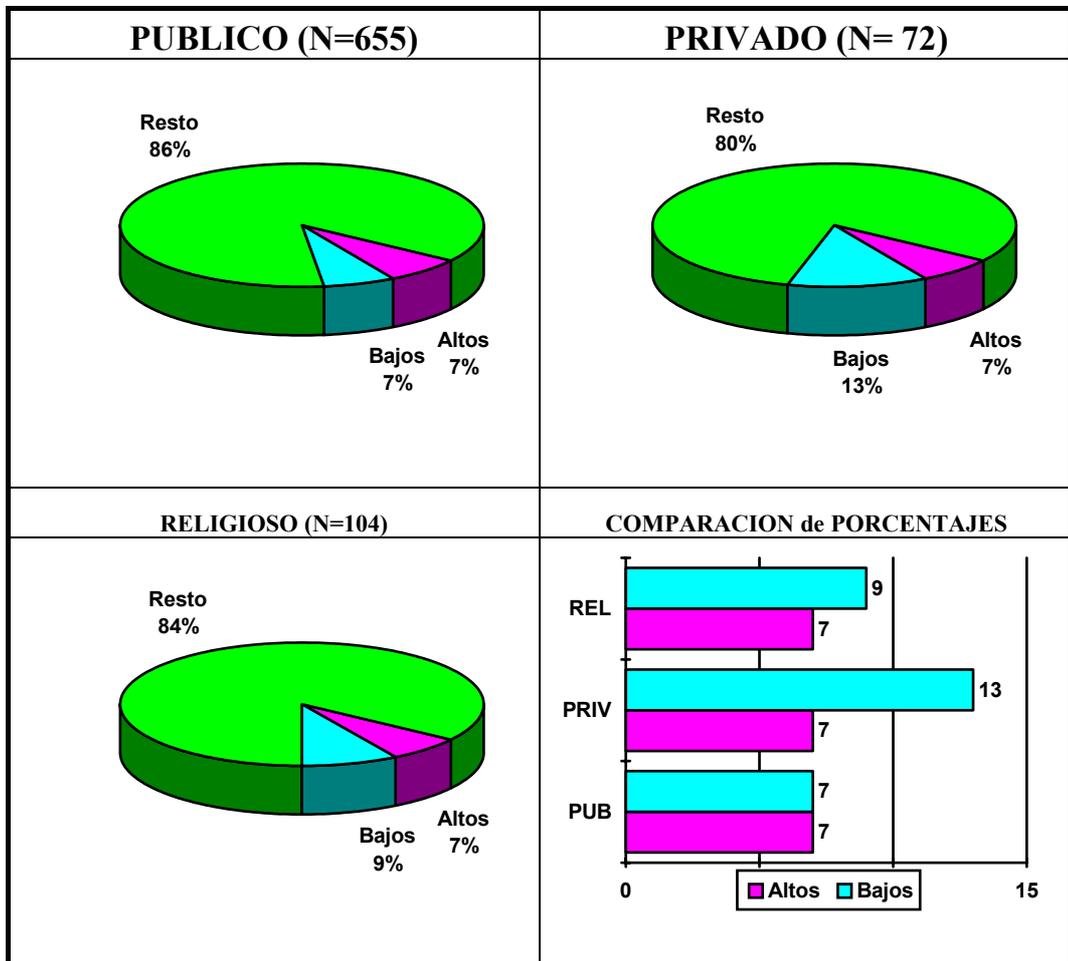
Figura 7. Distribución de los sujetos con síndrome depresivo y sin síndrome depresivo en función de la edad



Veamos, no obstante, como en los casos anteriores, lo que ocurre al comparar estas proporciones desde la perspectiva de la muestra total de referencia (figura 8).

Como puede apreciarse en los resultados expuestos en las figuras 7 y 8, la proporción de niños con puntuaciones altas en depresión es exactamente igual en los tres tipos de colegios (7%). Donde aparece una clara diferencia es al comparar los niños pertenecientes al grupo de puntuaciones bajas. En este caso es en los privados donde aparece el mayor porcentaje.

Figura 8. Porcentaje de sujetos con síndrome depresivo y sin síndrome depresivo en cada tipo de centro a partir de la muestra total



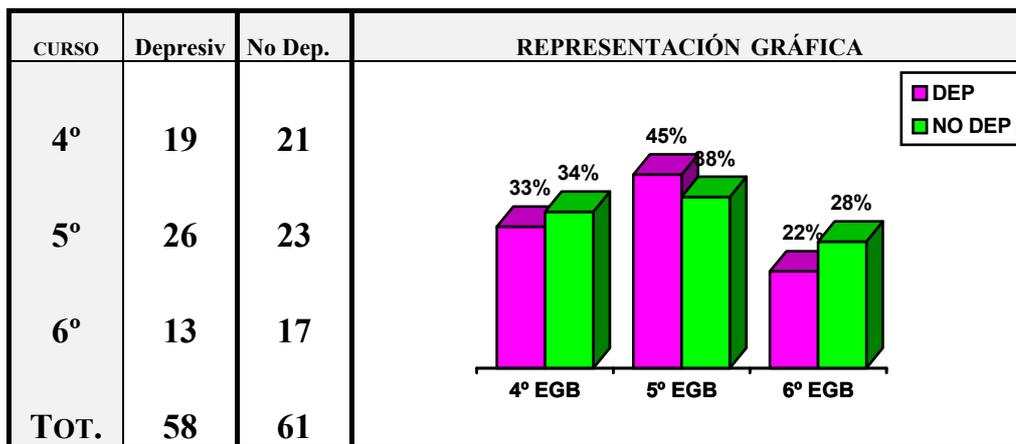
6.2.3.2. Curso escolar

Los tres cursos analizados, al igual que en la muestra total, son los correspondientes a cuarto, quinto y sexto de EGB.

Los resultados de esta distribución muestran un mayor porcentaje de niños con depresión en quinto, lo que no ocurre en los otros dos cursos (cuarto y sexto) (ver figura 9).

Estos resultados podrían estar relacionados con el hecho de que es en este curso donde se concentran mayor número de repetidores (es en quinto, donde se repite ciclo) y esto avalaría la hipótesis de que la depresión está relacionada con el fracaso escolar.

Figura 9. Distribución de los sujetos con síndrome depresivo y sin síndrome depresivo en función del curso académico



Analizados estos datos, nuevamente, desde la perspectiva de la muestra de referencia (figura 10), los resultados obtenidos siguen mostrando una mayor proporción de sujetos con síndrome depresivo en quinto curso y el porcentaje más bajo en sexto curso.

Figura 10. Porcentaje de sujetos con síndrome depresivo y sin síndrome en cada curso a partir de la muestra total

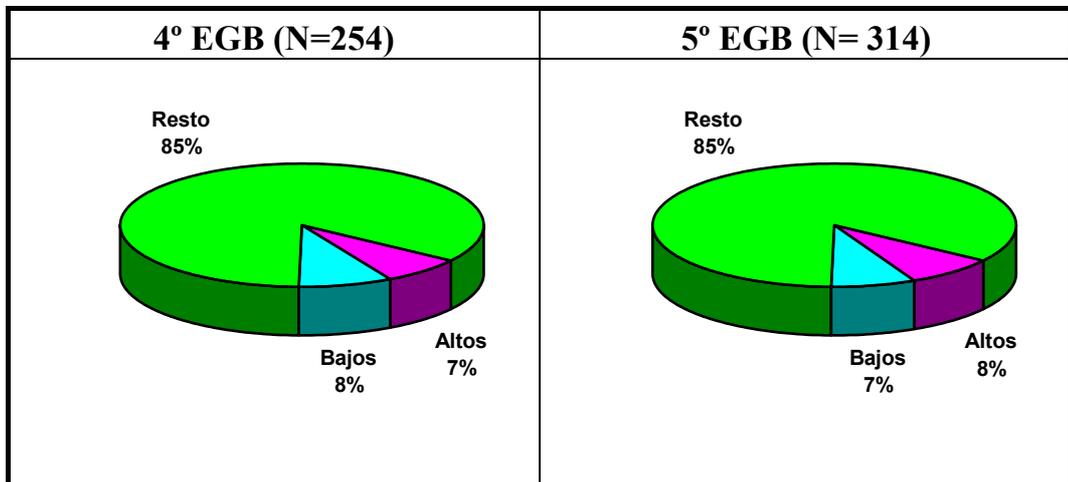
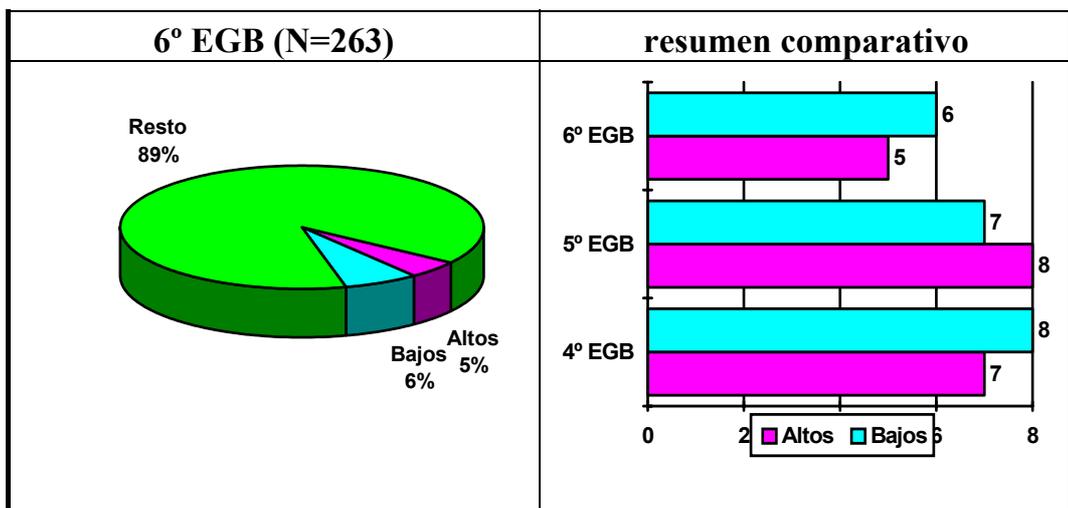


Figura 10. Porcentaje de sujetos con síndrome depresivo y sin síndrome en cada curso a partir de la muestra total (continuación)



Al analizar la variable *tipo de colegio* pudimos comprobar cómo se daba la misma proporción de niños con puntuaciones altas en depresión (7 por ciento). El hecho de que tal distribución no se mantenga al analizar la misma muestra en función del curso académico, demuestra que no es el tipo de colegio, sino el curso, la edad y el fracaso escolar las variables mejor relacionadas con el síndrome depresivo.

6.3. Instrumentos

En este estudio se utilizarán los resultados en las medidas de depresión, inhibición social y rendimiento obtenidos en el estudio epidemiológico.

Al ser nuestro principal objetivo de estudio comprobar la relación entre depresión y rendimiento académico, y al no poder atribuir con significación estadística el bajo rendimiento a la depresión, se han introducido otras medidas "control" a través de las cuales pretendemos explicar el éxito-fracaso en el rendimiento académico. Estas fueron: personalidad, inteligencia, inhibición social y agrado hacia el centro escolar. Además, se utilizó una medida de sintomatología depresiva con la intención de analizar características diferenciales de comportamiento y estado de ánimo entre ambos grupos. Los instrumentos utilizados fueron los siguientes (Ver Apéndice III):

a) Cuestionario de densidad sintomática en la depresión infantil-juvenil (DSDI o ASDI) de Cobo (1992)

Este cuestionario está inspirado en el *Cuestionario de Depresión para niños (CDS)* de Lang y Tisher (1978). Mide 82 síntomas depresivos en niños los cuales se distribuyen en siete áreas distintas:

1. *Estado de ánimo*: hace referencia a sentimientos de tristeza, negativismo ante la vida, desesperanza, disgusto consigo mismo y con la vida, etc.
2. *Relacional*: hace referencia a la calidad de las relaciones que se establecen con los otros. Se valoran sentimientos tales como los de rechazo, soledad, incompreensión, deseos de estar solo, etc.
3. *Autovaloración*: se valoran sentimientos y actuaciones relacionados con la autoestima como sentir que no se vale nada, que no se hace nada bien, disgusto de si mismo, creer que los demás son más guapos, más listos, mejores, etc.
4. *Sentimientos de culpa*: hace referencia a culpas atribuidas sentir que los padres están a disgusto con él/ella, que no es bueno, que no se merece que le quieran, no poder ser bueno, etc.

5. *Corporalidad*: se valoran síntomas somáticos tales como cansancio, ganas de quedarse en la cama, problemas con la comida y con el sueño, etc.
6. *Muerte*: hace referencia a pensamientos y/o sueños con la muerte suya o de personas de su familia.
7. *Rendimiento escolar*: se valoran sentimientos trágicos en torno a las bajas calificaciones escolares .

Las respuestas se presentan en una escala con cuatro niveles de intensidad (muchas veces, algunas veces, pocas veces, nunca). Sin embargo éstos se redujeron a dos (sí y no), por dos motivos: para evitar el sesgo de la tendencia a posicionarse en los niveles centrales, y por las dificultades detectadas en los estudios anteriores de los niños a la hora de posicionarse en escalas de mayor rango de puntuación. Las puntuaciones totales obtenidas (suma de las siete dimensiones o factores) nos ofrecen información sobre la intensidad del síndrome en seis niveles: *bajo-bajo*, *bajo-alto*, *medio-bajo*, *medio-alto*, *alto-bajo* y *alto-alto* y, además, la posibilidad de establecer diferencias de medias a partir del sumatorio correspondiente a los síntomas de cada área.

Al ser el objetivo del cuestionario medir la densidad de sintomatología depresiva, y no discriminar depresión, su autor, no presenta datos sobre la fiabilidad de éste.

b) Cuestionario de agrado-desagrado y adecuación en la percepción y la actitud hacia el centro escolar (ADACE). García Medina (1990).

Este cuestionario está compuesto por 29 ítems con cuatro alternativas de respuesta (nada, algo, mucho, muchísimo). Trata de predecir el rendimiento a través de la percepción que los alumnos tienen del contexto escolar y, en consecuencia, las actitudes que se generan hacia él (García Medina, 1990). Su justificación teórica se basa en la idea de que el fracaso escolar genera una personalidad patológica, y una tendencia a percibir negativamente todos los aspectos relacionados con el aprendizaje. Con este cuestionario se podrían detectar alumnos con riesgo de fracaso que hubieran

pasado desapercibidos por el profesor (García Medina, 1990) ya que permite valorar la desadaptación escolar y el rendimiento adecuado.

Está compuesto por dos factores: agrado y desagrado hacia el centro escolar. En el primero se evalúan sentimientos tales como, que pueden dar sus propias opiniones, limpieza del colegio, respeto de los compañeros, preocupación por parte de los profesores, buen funcionamiento, etc. En el segundo, en cambio, se valoran sentimientos negativos hacia el centro escolar como, disgusto con el colegio y los profesores, indisciplina de los alumnos, falta de refuerzos positivos, apatía por el estudio, suciedad de las aulas, etc.

La fiabilidad, obtenida a través del coeficiente de correlación "r" test-retest es de .82. Los distintos tipos de validez analizadas por su autor, muestran que, se puede considerar una prueba aceptable desde el punto de vista psicométrico (García Medina, 19919).

c) Cuestionario de Extroversión, Neuroticismo y Rigidez (ENR) Pelechano, V. (Paper)

Este cuestionario pretende valorar determinadas características de personalidad relacionadas con el buen funcionamiento escolar. Está integrado por 57 ítems dicotómicos (dos alternativas de respuesta: si y no), y presenta una estructura multifactorial compuesta por cuatro factores: rigidez en el estudio, neuroticismo, élite y dogmatismo, y extroversión y liderazgo. Las características específicas a que hace referencia cada una de ellas son:

1. *Rigidez en el estudio*: mide pensamientos o concepciones muy rígidas sobre aspectos o circunstancias del aprendizaje como, creer que lo importante es ser siempre el primero, que el/ella se esfuerza y sabe más que los demás, tener que estudiar mucho para que los profesores le quieran, lo más importante en la vida es trabajar duro, etc.

2. *Neuroticismo*: se trata de valorar sentimientos y comportamientos de carácter neurótico como, desconcierto por nada, inquietud, nerviosismo, cansancio, excesiva preocupación por las cosas, etc.
3. *Elite y dogmatismo*: se valoran concepciones o creencias como principios para las actuaciones de la vida cotidiana como, dependencia del criterio de personas mayores, creer que la formación personal tiene que ver con poseer puntos de vista firmes sobre las cosas (subjetividad de pensamiento), planificación y orden en todo como principio de vida, etc.
4. *Extroversión y liderazgo*: en éste, finalmente, se valoran dimensiones relacionadas con la personalidad extrovertida y características de líder como, actuar espontáneamente, decir normalmente lo que se piensa, costumbre de organizar juegos con los amigos, etc.

Se desconocen los índices de fiabilidad y validez del mismo, puesto que, su autor, ha validado cada uno de los factores en pruebas independientes. Sin embargo, se le atribuyen muy buenas propiedades psicométricas.

d) Bateria Psicopedagógica EOS. Test de inteligencia general: Test G-4 EOS, Test G-5 EOS y Test G-6 EOS, de Díaz Langa (1977) .

Nuestro objetivo no es medir inteligencia, sino tomar la medida de inteligencia como una variable control. Se eligió esta prueba por ser colectiva, de fácil aplicación, y bien adaptada al rango de edad de los niños de la muestra.

Es, ésta, una prueba sencilla y de instrucciones claras. Los niños deben utilizar procesos lógicos para llegar a contestaciones correctas, y los condicionamientos culturales se dan en una ínfima medida.

Los coeficientes de fiabilidad obtenidos en ocasiones distintas, y a través de la prueba de dos mitades, han sido de .82 y .78, para el G-4, de .83 y .87 para el G-5 y, .74 y .76 para el G-6.

6.4. Procedimiento

Una vez preparados los instrumentos reseñados en el apartado anterior, en una sola batería, se procedió a administrarla a los sujetos que forman parte de este estudio.

La ejecución de las pruebas se llevó a cabo fuera del aula, en salas acondicionadas para ello (bien iluminadas, sin ruidos, etc.).

Se fueron administrando por pequeños grupos (tres o cuatro), normalmente todos los que pertenecían a una misma aula, y en una sola sección (no se dividió en dos secciones puesto que estimamos que el tiempo medio que tardaban los niños en cumplimentar la batería, 75 minutos aproximadamente, no era excesivo).

Antes de pedir la colaboración de los niños seleccionados para este estudio, decidimos advertir públicamente, en el aula, que éstos habían sido elegidos al azar en representación de todos, evitando con ello cualquier interpretación perjudicial para los participantes.

Previo al desarrollo de las pruebas, se siguieron las mismas instrucciones dadas en el estudio anterior (Ver aptdo: 7.4.)

7. Resultados

7.1. Datos marginales

Presentaremos en este apartado, las distribuciones de frecuencias de ambos grupos en las siguientes variables: calificaciones escolares y divorcio o separación de los padres, por considerarlas las más significativas dentro del ámbito escolar y familiar respectivamente.

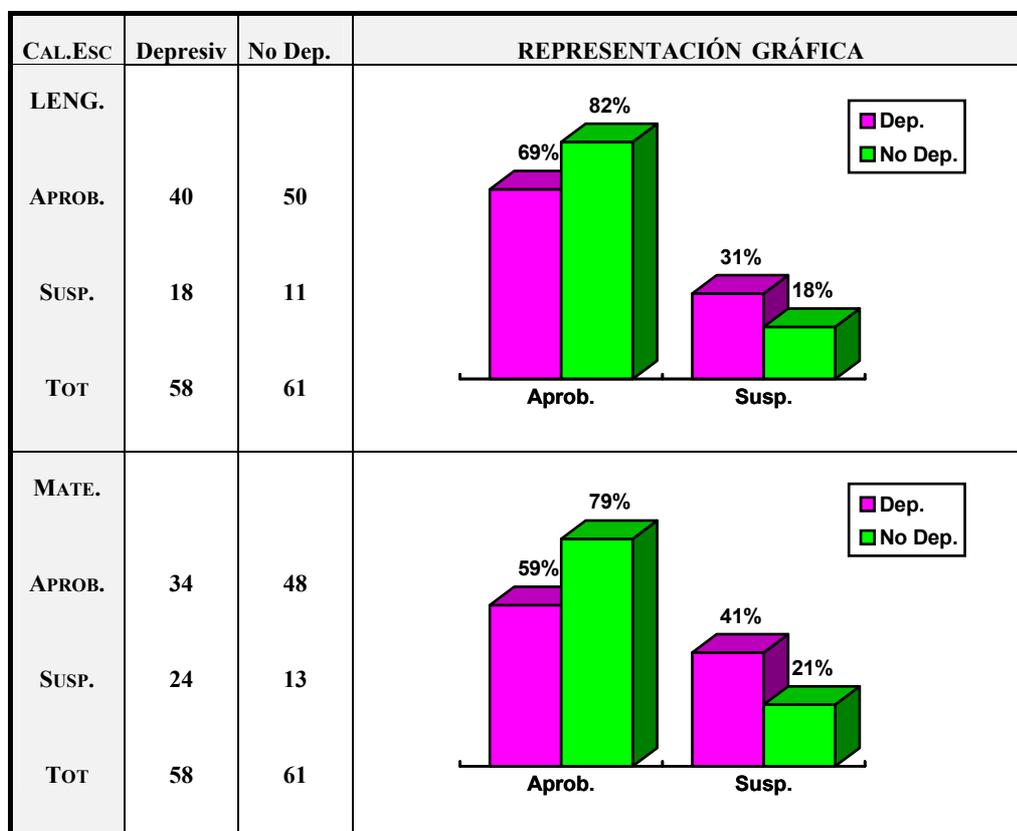
7.1.1. Calificaciones escolares

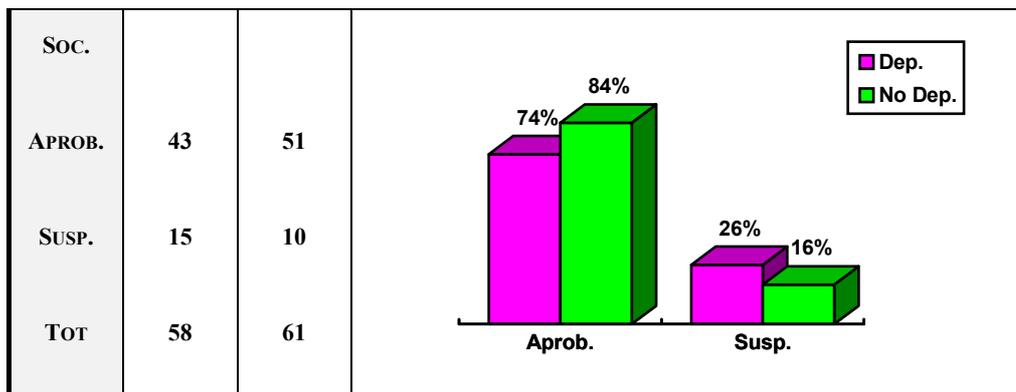
Como en el estudio anterior, estas variables hacen referencia a las notas obtenidas en las asignaturas de lenguaje, matemáticas y sociales. El análisis comparativo lo haremos, por tanto, a partir de cada una de ellas y de manera independiente, para ambos grupos.

Los datos obtenidos (figura 11) muestran claramente una mayor proporción de aprobados en el grupo no depresivo y de suspensos en el grupo depresivo, dándose por igual en las tres asignaturas analizadas.

Estos resultados, aunque no nos informan sobre relaciones estadísticamente significativas, muestran una clara diferencia entre ambos grupos respecto al rendimiento, con lo que avalan parcialmente la hipótesis de que la depresión está relacionada con el rendimiento escolar.

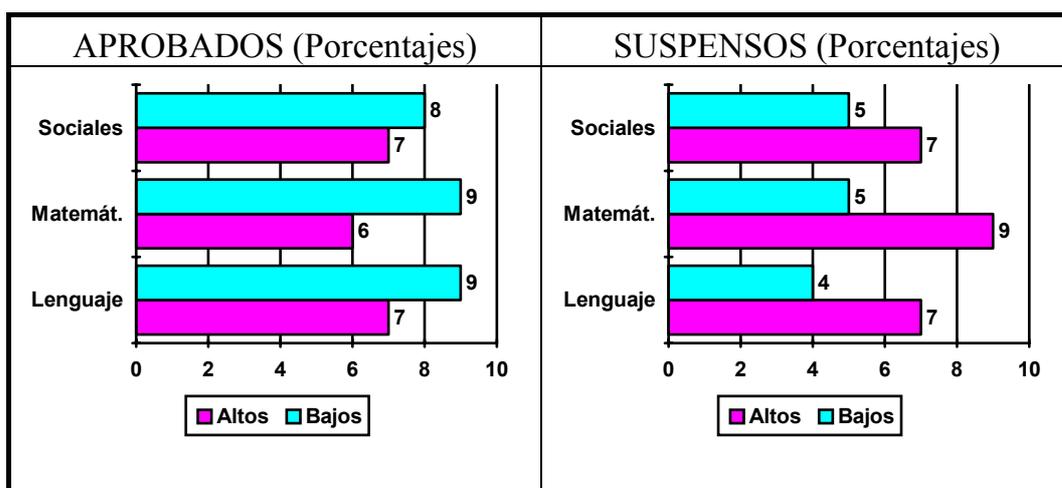
Figura 11. Distribución de los sujetos con síndrome depresivo y sin síndrome depresivo en función de las calificaciones escolares





Hechas las comparaciones a partir de los porcentajes correspondientes a la muestra total de referencia (figura 12), encontramos los mismos resultados: la proporción de niños con puntuaciones bajas en depresión, es casi el doble entre los que aprueban que entre los que suspenden cualquiera de las asignaturas analizadas. Sin embargo, la proporción de niños con puntuaciones altas en depresión es la misma en sociales y lenguaje, y sólo en matemáticas se observan diferencias importantes, apareciendo muchos más entre los que suspenden.

Figura 12. Porcentaje se sujetos suspendidos y aprobados con síndrome depresivo y sin síndrome depresivo a partir de la muestra de referencia



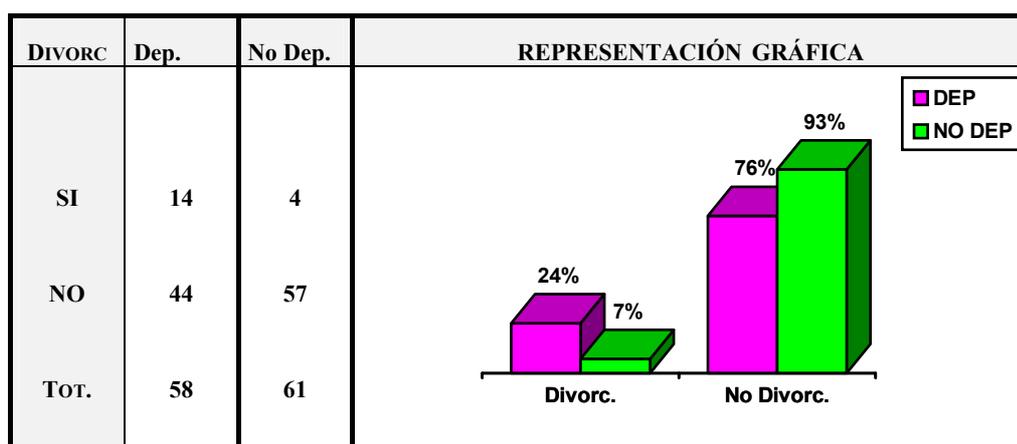
7.1.2. Divorcio

En el primer estudio se comprobó estadísticamente la poca relación entre divorcio y depresión infantil, medida ésta con el CDI, aunque sí aparecía relación con el TED y a partir del análisis de otros datos cualitativos. Ante esta indefinición, conviene analizar nuevamente esta relación en grupos extremos (figura 13).

A partir de la distribución de frecuencias de ambos grupos en torno a esta variable, se aprecia cómo entre los niños con padres divorciados, la proporción de depresivos es bastante mayor que la de no depresivos, en tanto que entre el grupo de los hijos de no divorciados la relación se invierte.

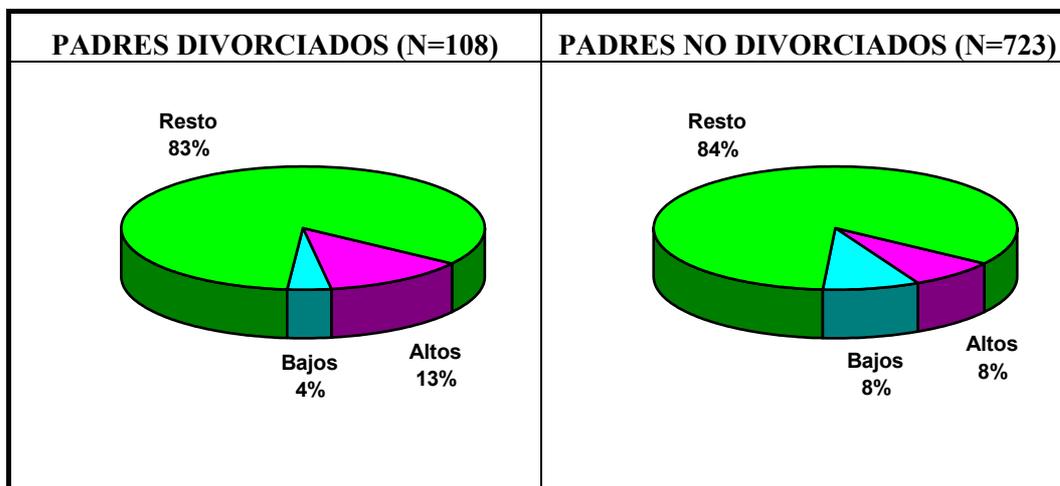
Como en el caso anterior, a pesar de que no podemos hablar de relaciones estadísticamente significativas entre ambas variables, si se observa una tendencia mayor a padecer depresión entre los hijos de padres divorciados que en el resto.

Figura 13. Distribución de los sujetos con síndrome depresivo y sin síndrome depresivo en función de la variable divorcio de los padres



Analicemos, sin embargo, como se muestra la distribución de ambos grupos a partir de la muestra total de referencia (figura 14).

Figura 14. Porcentaje de sujetos con síndrome depresivo y sin síndrome depresivo con padres divorciados y no divorciados (muestra total)



Al analizar las proporciones a partir de la muestra total (figura 14), observamos, nuevamente, cómo la proporción de niños con puntuaciones altas en depresión y con padres divorciados (13%) es mucho mayor que la de niños con padres no divorciados (8%). Además, entre los hijos de padres divorciados el porcentaje de niños con puntuaciones bajas en depresión es la mitad que en el grupo de hijos de padres no divorciados.

Como hemos podido comprobar, en ambos casos aparece una distribución inversa que subraya la importancia de la relación entre divorcio de los padres y depresión de los hijos.

7.2. Relación entre las distintas variables y depresión infantil en ambos grupos: con síndrome depresivo y sin síndrome depresivo

En este apartado se pretende analizar primero, por separado, y posteriormente en bloque, las distintas variables y/o factores que han sido tenidos en cuenta en el presente estudio y pudieran estar relacionados, de alguna forma, con la depresión infantil. En este sentido, presentaremos los resultados obtenidos en distintos apartados para cada conjunto de variables.

7.2.1. Relación entre depresión infantil y las áreas de densidad sintomática depresiva

Dado que este cuestionario de densidad sintomática de Cobo (1992) mide distintos síntomas relacionados con depresión infantil, a partir de la ausencia o presencia de cada uno de ellos, parece conveniente comprobar en qué medida se diferencia un grupo extremo del otro, en cuanto a las distintas manifestaciones conductuales

Para ello, se agruparon los 82 síntomas en los siete factores presentados por su autor y que hacen referencia al estado de ánimo, a la capacidad de relacionarse con otros, a los sentimientos de culpa, a la autovaloración, al estado físico, a la aparición de ideas recurrentes sobre la muerte y al rendimiento escolar.

Con el fin de corroborar la presumible relación entre ambas medidas de depresión infantil (CDI y COBO), se llevó a cabo un análisis estadístico de correlación entre ambas variables, es decir entre CDI y los 7 factores del COBO antes aludidos. Se utilizó, para ello, el índice de Correlación de Pearson. Los resultados obtenidos mostraron una relación altamente significativa ($p=.001$). Los distintos índices de correlación podemos observarlos en la tabla 1.

Tabla 1. Índices de correlación obtenidos entre la medida depresión y las distintas áreas de sintomatología depresiva (Cobo, 1992)

	EA	REL	SC	AV	CO	MU	ESC
CDI	.7912**	.7141**	.7729**	.5598**	.6425**	.4956**	.7026**

EA	ESTADO DE ANIMO	CO	CORPORALIDAD
REL	NIVEL RELACIONAL	MU	MUERTE
SC	SENTIMIENTO DE CULPA	ESC	ESCOLARIDAD
AV	AUTOVALORACIÓN		

Al ser los resultados significativos, se procedió, en un segundo análisis, a comprobar si se daban diferencias significativas en cuanto a la presencia de los síntomas analizados entre ambos grupos extremos (tabla 2).

Tabla 2. Diferencias de medias en sintomatología depresiva entre los grupos con puntuaciones altas y bajas en el CDI

Nombre del Factor	Punt. Media No Depres.	Punt. Media Depresivos	Varianzas	Valor t	Probabilidad 2 colas
Estado de Animo	4.2833	14.9773	Distintas	-11.61	.000
Relacional	2.1695	06.7500	Distintas	-08.71	.000
Sentim. de Culpa	2.3000	07.9556	Distintas	-12.83	.000
Autovaloración	2.5167	05.8980	Distintas	-06.26	.000
Corporalidad	2.0333	04.8889	Iguales	-09.68	.000
Muerte	0.5333	01.4151	Distintas	-06.04	.000
Rendim. Escolar	0.4000	01.9245	Distintas	-09.83	.000

Para ello utilizamos la prueba estadística del t-test, obteniéndose resultados altamente significativos (tabla 2). Estos muestran claramente como los niños con puntuaciones altas en el CDI, presentan un número significativamente mayor de síntomas, en todos los factores, que el grupo con puntuaciones bajas en el CDI.

Como estos análisis se han hecho a partir de los siete factores del COBO, presentamos a continuación la representación gráfica de las distribuciones de los síntomas correspondientes a cada uno de ellos, en ambos grupos extremos.

Como podemos observar (figuras 15-21) en cada área o factor se aprecia claramente el comportamiento de ambos grupos y, por ende, las diferencias mostradas por aquellos en cada síntoma.

7.2.2. Relación entre depresión infantil y distintos factores de personalidad

Otro de los objetivos del presente estudio era comprobar si existía relación entre depresión y los cuatro factores de personalidad medidos por el ENR de Pelechano (*rigidez, neuroticismo, dogmatismo y extroversión y liderazgo*). Para ello, realizamos un análisis estadístico, mediante la prueba t-test, de modo que pudiéramos apreciar la existencia de diferencias significativas entre los niños depresivos y los no depresivos en cada una de las cuatro dimensiones.

Los resultados obtenidos (ver tabla 3) muestran claramente en qué casos se producen diferencias significativas entre los niños con síndrome depresivo y sin síndrome depresivo, y cuál es la orientación de tales diferencias.

Tabla 3. Diferencia de medias en las distintas dimensiones de personalidad entre sujetos con síndrome depresivo y sin síndrome depresivo

Nombre del Factor	Punt. Media No Depres.	Punt. Media Depresivos	Varianzas	Valor t	Probabilidad 2 colas
Rigidez estudio ENF1	05.0492	07.0517	Iguals	-03.95	.000
Neuroticismo ENF2	04.0328	10.1207	Iguals	-11.35	.000
Elite y dogmatis. ENF3	11.0820	11.4828	Iguals	-00.94	.350
Extr. y Liderazgo ENF4	06.1803	04.6552	Iguals	05.30	.000

Mientras los depresivos presentan mayor número de síntomas relacionados con neuroticismo y rigidez en el estudio que los no depresivos, en el caso de extroversión y liderazgo ocurre lo contrario. Por tanto, podemos concluir que, por lo que respecta a personalidad, la depresión en la infancia se caracteriza por presencia de neuroticismo y rigidez y ausencia de extroversión y liderazgo.

En cuanto al dogmatismo y élite, no se dan diferencias significativas entre las puntuaciones medias de los niños depresivos y no depresivos.

Para corroborar los resultados obtenidos mediante t-test, se procedió a utilizar otra prueba estadística, el índice de Correlación de Pearson. Los resultados obtenidos (ver tabla 4), mantienen idénticas tendencias que en el caso del t-test, es decir, correlación alta y positiva de la variable depresión con neuroticismo y rigidez en el estudio (con esta última con una correlación muy alta) y negativa con extroversión y liderazgo y, como en el caso anterior, ausencia de relación entre depresión con dogmatismo y élite.

Tabla 4. Índices de correlación obtenidos entre la medida depresión y las distintas dimensiones medidas de personalidad

	ENF1	ENF2	ENF3	ENF4
CD	.4282**	.7070**	.0688	-.4610**

7.2.3. Relación entre depresión infantil y agrado y desagrado hacia el centro escolar

Como en los casos anteriores, se somete a análisis la posible relación existente entre ambas variables escolares y la depresión infantil. El primer estadístico utilizado vuelve a ser el t-test, con el fin de comprobar si existen diferencias significativas entre los niños con puntuaciones altas en depresión y puntuaciones bajas.

Tabla 5. Diferencias de medias en agrado/desagrado hacia el centro escolar entre los sujetos con síndrome depresivo y sin síndrome depresivo

Nombre del Factor	Punt. Media No Depres.	Punt. Media Depresivos	Varianzas	Valor t	Probabilidad 2 colas
Agrado Cent.Esc.	22.2459	16.3621	Iguals	04.95	.000
Desag. Cent.Esc.	09.8852	12.7586	Iguals	-02.86	.005

Los resultados obtenidos (ver tabla 5), una vez más, vienen a probar la existencia de diferencias significativas entre ambos grupos (con síndrome

depresivo y sin síndrome depresivo) tanto en agrado como en desagrado hacia el centro escolar. Los niños no depresivos presentan una puntuación media en *agrado hacia el centro escolar* significativamente mayor que los depresivos y, como era de esperar, ocurre lo contrario con la variable *desagrado hacia el centro escolar*.

Como en casos anteriores, se quiso comprobar de nuevo la relación mediante la Correlación de Pearson (ver tabla 6). Los resultados son nuevamente corroborados al presentarse una correlación significativa entre la variable depresión y las otras dos variables correspondientes a sendos factores de agrado y desagrado hacia el centro escolar.

Tabla 6. Índices de correlación entre la medida de depresión y los factores de agrado/desagrado hacia el centro escolar

	ACEF1	ACEF2
CDI	-.4797**	.3508**

7.2.4. Relación entre depresión infantil e inteligencia y rendimiento académico

Antes de exponer los resultados obtenidos en torno a estas variables, hemos de aclarar que, a pesar de que la prueba de inteligencia recibe ese mismo nombre y se ha utilizado como tal, no creemos que la dimensión medida por la misma sea inteligencia pura, sino más bien conocimientos académicos adquiridos. Hacemos esta aclaración con la intención de que el lector sea cauto y no interprete que hablamos de inteligencia propiamente dicha (o al menos lo que hoy entendemos por inteligencia).

Para saber la posible relación existente esta variable y el rendimiento con la depresión, se procedió a hallar una diferencia de medias (t-test) entre los dos grupos. Como puede verse en la tabla 7 los niños no depresivos obtienen unas puntuaciones medias en el percentil de inteligencia y en la variable rendimiento significativamente mayores que los depresivos, lo que avala las diferencias entre ambos grupos.

Tabla 7. Puntuaciones medias entre ambos grupos en rendimiento y la medida de inteligencia

Nombre del Factor	Punt. Media No Depres.	Punt. Media Depresivos	Varianzas	Valor t	Probabilidad 2 colas
Inteligencia	55.0984	34.4340	Iguals	3.95	.000
Rendimiento ²	5.0852	4.0345	iguales	2.11	.027

Posteriormente, como en los casos anteriores, se procedió a hallar el índice de Correlación de Pearson entre ambas variables. Los resultados (ver tabla 8) avalan los anteriores resultados y, efectivamente, vemos como los niños con puntuaciones altas en depresión tienden a obtener puntuaciones bajas en inteligencia y rendimiento académico, si bien en este último caso la probabilidad del estadístico es superior a .05, con lo que sirve como criterio de tendencia. En definitiva, los niños depresivos muestran puntuaciones menores en rendimiento académico y la prueba de inteligencia (también entendida, en este caso, como rendimiento).

Tabla 8. Índices de Correlación de Pearson entre la medida de depresión y las medidas de inteligencia y rendimiento académico

Rxy	INTELIGENCIA	RENDIMIENTO
CDI	-.2808*	-.1364

7.2.5. Relación entre depresión e inhibición social y bajo autoconcepto

Después de analizar los datos obtenidos a partir de t-test comprobamos que los niños depresivos presentan una mayor inhibición y más bajo autoconcepto que los no depresivos. Es decir, las puntuaciones medias obtenidas (tabla 9) en inhibición social y autoconcepto negativo son significativamente mayores en el caso de los depresivos que en el de los no depresivos.

²El rendimiento ha sido recodificado a partir de las tres variables referidas a las calificaciones escolares de los niños (lenguaje, matemáticas y sociales) con un rango de 0 a 6.

Tabla 9. Diferencia de medias en inhibición social y autoconcepto entre sujetos con síndrome depresivos y sin síndrome depresivos

Nombre del Factor	Punt. Media No Depres.	Punt. Media Depresivos	Varianzas	Valor t	Probabilidad 2 colas
Inhib. Social I	6.9836	12.1724	Distintas	-7.39	.000
Inhib. Social II	2.1639	4.5000	Distintas	-5.70	.000

Ello nos permite concluir que los niños con puntuaciones altas en depresión presentan mayor nivel de inhibición social y peor autoconcepto que los no depresivos.

Posteriormente, los resultados obtenidos mediante la correlación de Pearson entre depresión e inhibición social y autoconcepto, corroboran, como en el caso anterior (tabla 10), los resultados correspondientes al t-test. Los niños que obtienen puntuaciones altas en depresión, las obtienen también altas en inhibición social y en autoconcepto negativo, aunque con una mayor relación en inhibición social.

Tabla 10. Índices de correlación entre inhibición social y bajo autoconcepto y depresión

	ISF1	ISF2
CD	.7271**	.4411**

7.2.6. Análisis de correlaciones y regresión múltiple, a partir de las distintas variables y depresión infantil

En la tabla siguiente (tabla 11), se presentan las correlaciones correspondientes a las distintas variables utilizadas en el presente estudio. Su presentación obedece al deseo de apreciar de forma global el comportamiento de todas ellas entre sí, bien porque se trata de factores obtenidos a partir de un mismo instrumento, bien porque son variables supuestamente muy interrelacionadas. No obstante, lo importante para este estudio es comprobar lo que ocurre en el caso de la variable *depresión infantil* al correlacionarla con el resto.

Tabla 11. Índices de correlación entre las distintas variables analizadas en el presente estudio

	EA	REL	SC	AV	CO	MU	ESC	ENF1	ENF2	ENF3	ENF4	ACEF1	ACEF2	INTEL	ISF1	ISF2	RENDI	CD
EA	1.0000																	
REL	.8749**	1.0000																
SC	.8493**	.8057**	1.0000															
AV	.7361**	.6636**	.6113**	1.0000														
CO	.8544**	.7408**	.7555**	.6499**	1.0000													
MU	.6587**	.5208**	.5471**	.5332**	.6296**	1.0000												
ESC	.7882**	.7455**	.7205**	.4932**	.6972**	.5291**	1.0000											
ENF1	.3606**	.4465**	.4204**	.3061*	.3527**	.2264	.3476**	1.0000										
ENF2	.6879**	.6293**	.7619**	.4050**	.6632**	.4606**	.6132**	.4886**	1.0000									
ENF3	.0079	.0709	.1308	.0204	.0624	-.1219	.0036	.3190*	.2105	1.0000								
ENF4	-.5696**	-.5049**	-.5187**	-.4298**	-.4586**	-.3663**	-.5091**	-.1512	-.3087*	.2553*	1.0000							
ACEF1	-.4196**	-.4300**	-.4430**	-.2673*	-.2924*	-.2901*	-.3295**	-.2274	-.3277**	.1437	.3346**	1.0000						
ACEF2	.2800*	.2454	.3759**	.1516	.2079	.1024	.2609*	.4210**	.4472**	.2815*	-.0844	-.1964	1.0000					
INTEL	-.3065*	-.2010	-.2429	-.1692	-.2161	-.2441*	-.2773*	-.2233	-.2839*	.0381	.1570	.3090*	-.1616	1.0000				
ISF1	.5550**	.5583**	.5807**	.3372**	.4089**	.2697*	.5098**	.3535**	.4817**	.0269	-.3537**	-.3315**	.4391**	-.1703	1.0000			
ISF2	.4278**	.4859**	.4602**	.3416**	.3945**	.1894	.4080**	.3792**	.4144**	.0904	-.3171*	-.1881	.2755*	-.1876	.6485**	1.0000		
RENDI	-.0759	-.0600	-.1755	.0382	-.0990	-.1267	-.0342	-.2187	-.2320	-.0705	.0767	.1553	-.0166	.4380**	-.1445	-.1573	1.0000	
CD	.7912**	.7141**	.7729**	.5598**	.6425**	.4956**	.7026**	.4282**	.7070**	.0688	-.4610**	-.4797**	.3508**	-.2808*	.7271**	.4411**	-.1364	1.0000

NIVELES DE SIGNIFICACIÓN: * = .01 ** = .001

EA	ESTADO DE ANIMO	MU	MUERTE	ENF4	EXTRAVERSIÓN Y LIDERAZGO	ISF2	INHIBICIÓN SOCIAL II
REL	NIVEL RELACIONAL	ESC	ESCOLARIDAD	ACEF1	AGRADO CENTRO ESCOLAR	RENDI	RENDIMIENTO ACADÉMICO
SC	SENTIMIENTO DE CULPA	ENF1	RIGIDEZ	ACEF2	DESAGRADO CENTRO ESCOLAR	CD	DEPRESIÓN
AV	AUTOVALORACIÓN	ENF2	NEUROTICISMO	INTEL	INTELIGENCIA		
CO	CORPORALIDAD	ENF3	DOGMATISMO Y ELITE	ISF1	INHIBICIÓN SOCIAL I		

Como puede apreciarse, la mayoría de las variables correlacionan entre sí de manera altamente significativa ($p=.001$), aunque caben dos excepciones muy importantes para nuestro estudio. Estas se refieren a las variables *inteligencia* y *rendimiento*, en las que se aprecia una falta de significatividad generalizada.

Por lo que respecta a estas variables (inteligencia y rendimiento), y a su relación directa con depresión o entre si mismas, cabe decir lo siguiente: ambas variables, como podía esperarse, están significativa y positivamente relacionadas entre sí (.4380**). Por otro lado, como ya dijimos en su momento, la correlación entre inteligencia y depresión (-.2808*) apunta hacia la idea de que los niños depresivos presentan menos competencias intelectuales que los no depresivos y, si esto fuera así, el rendimiento también debería ser deficitario, tanto por su falta de inteligencia como por su situación depresiva y, sin embargo, los resultados obtenidos no dicen esto, sino que entre depresión y rendimiento no hay relación significativa y solo apunta el resultado (-.1364) a una relación inversa.

Estos datos contrastan con los que se presentan en la fila correspondiente a depresión. En ella podemos ver cómo aparecen correlaciones muy significativas y muy elevadas con todas las variables analizadas en este estudio, excepto con dogmatismo y élite (ENF3) y rendimiento.

Por fin, como complemento a los análisis anteriores, parece conveniente realizar otro nuevo análisis entre *depresión*, como variable criterio, y todas las demás variables analizadas hasta este momento, como predictoras (excepto los siete factores del COBO, por considerar que miden lo mismo que el CDI). Para ello, se procedió a realizar un análisis de regresión múltiple polietápico (método *stepwise*) y los resultados obtenidos, como puede verse a continuación (ver tabla 12), señalan que el 72 por ciento de la varianza del CDI viene explicada por cuatro de los factores y/o variables anteriores (neuroticismo, inhibición social, extroversión y liderazgo y agrado hacia el centro escolar). Los resultados obtenidos mediante la prueba anterior fueron los siguientes:

Tabla 12. Resultados de los análisis de regresión lineal múltiple

Etapa	VV. II.	Coef. determinación (R ²)	Signif F
Primera	ENF2	.48232	.0000
Segunda	ENF2+ISF1	.56743	.0000
Tercera	ENF2+ISF1+ENF4	.60709	.0000
Cuarta	ENF2+ISF1+ENF4+ACEF1	.72527	.0000

La acumulación progresiva del porcentaje de varianza explicada por las cuatro variables independientes que entran en la ecuación, se inicia con el 48 por ciento a partir de la variable *neuroticismo*, aumenta al 57 por ciento con la incorporación de la variable *inhibición social*, se incrementa hasta el 61 por ciento con la variable de *extroversión y liderazgo* y culmina con un 72.5 por ciento, a causa de la variable *agrado hacia el centro escolar*.

La ecuación de regresión resultante, a partir del análisis anterior, y

$$CD = 7.21 + 1.01*ENF2 + .67*ISF1 - 1.04*ENF4 - .19*ACEF1$$

teniendo en cuenta las constantes (β) obtenidas, sería la siguiente:

Por tanto, las cuatro variables predictoras anteriores, que conforman la ecuación de regresión, deberían tenerse en cuenta en los chicos, ya que sus valores van a determinar, siempre según nuestros datos, un 72 por ciento de la varianza de la depresión infantil.

8. Discusión y conclusiones

Con este estudio hemos querido indagar sobre algunas dimensiones, propuestas por los especialistas en psicopatología, inherentes a la depresión en la infancia. Entre ellas se le ha dado especial relevancia al rendimiento académico como principal factor de riesgo.

Si bien se han propuesto muchas sugerencias al respecto de las mismas, desconocemos en la actualidad estudios específicos similares al nuestro, circunstancia que nos impide hacer un análisis comparativo de resultados. Por tanto nos limitaremos a comentar los resultados a la luz de los supuestos teóricos propuestos por los autores y a exponer una síntesis de las conclusiones obtenidas.

En primer lugar, se confirma la prevalencia del síndrome depresivo, detectada en el estudio anterior, a partir de las frecuencias detectadas mediante el cuestionario de sintomatología depresiva de Cobo, ya que aparecen mayores porcentajes de síntomas depresivos en el grupo depresivo que en el no depresivo.

En torno a la edad, no se observan diferencias en las distribuciones de ambos grupos, depresivos y no depresivos. Destacamos, sin embargo, un menor porcentaje de sujetos no depresivos en el grupo de edad de 12 años. En cambio, en el grupo depresivo observamos un ligero ascenso entre los niños de 11 años, circunstancia que consideramos producto del azar. Concluimos por tanto que, en torno a esta etapa (9 a 12 años) y en contra de lo que sugieren algunos autores (Poznanski, 1970; McConville et al., 1973; Kashani y Carlson, 1987; Bescós e Hidalgo, 1988), el incremento de edad no se convierte en factor de riesgo para el síndrome depresivo.

El curso escolar es una variable muy relacionada con la edad, de ahí que las conclusiones sean similares en ambas variables, al relacionarlas con el grupo depresivo. En cambio los porcentajes de no depresivos van disminuyendo a medida que se aumenta de curso, observándose los

mayores en cuarto y los menores en sexto. Es probable que las exigencias escolares, que se van incrementando a medida que el niño avanza en curso, hagan que éste se muestre más preocupado y tenso, y por ello se presente menos alegre que en cursos inferiores.

Respecto al sexo, se aprecia un mayor porcentaje de niñas no depresivas que de niños. En el grupo depresivo, en contra a lo que sucedía en el estudio anterior, es ligeramente mayor el porcentaje de niñas que de niños. La inversión de dichos porcentajes se produce a partir de la exclusión de la muestra de los sujetos con 13 o más años. Estos eran mayoritariamente niños. Este dato nos sugiere la posibilidad de que antes de los 12 años las niñas se depriman más o igual que los niños, y alrededor de los trece, los niños más que las niñas. Estas conclusiones, sin embargo, van en contra de los resultados obtenidos por otros autores que sugieren que es en las niñas donde se observan porcentajes más altos a partir de los 13 años (Canals et al., 1992). Ante ello, volvemos a considerar la posibilidad del azar y concluimos que, en torno a este período de edad, el sexo tampoco se convierte en factor de riesgo de depresión.

La zona de residencia ha sido una variable poco contemplada por los autores, excepto en algunos estudios recientes que sí la han tenido en cuenta, pero que no han encontrado conclusiones relevantes al respecto (Doménech y Polaino-Lorente, 1990; Polaino-Lorente y García Villamisar, 1993). En nuestro estudio se contemplan mayores porcentajes de niños depresivos en las zonas rurales y turísticas que en la zonas urbana y mixta. Sin embargo, el mayor porcentaje de no deprimidos se registra en torno a las zonas turística y mixta. Al respecto, consideramos que han sido los niños de las zonas rurales, por la transformación cultural tan rápida producida, y los de las zonas turísticas, los que mayor impacto cultural han recibido tras la influencia del turismo, y todo el cambio económico y social que en torno a él se ha generado. Ese impacto podría ser un factor más, determinante del síndrome depresivo.

En torno al tipo de colegio, no se observan diferencias entre los porcentajes de deprimidos, aunque si se contemplan valores

significativamente mayores de no depresivos en los colegios privados frente a los públicos, en los que se registran los porcentajes más bajos.

El rendimiento académico, tal y como han puesto de manifiesto los autores (Bauersfeld, 1972; Nissen, 1989; Frías et al., 1990; etc.), se observa como una variable vinculante a la depresión en la infancia. El porcentaje de suspensos, en las tres asignaturas contempladas, es mayor en el grupo depresivo que en el no depresivo.

El divorcio o la separación de los padres es una variable frecuentemente asociada a la depresión en la infancia, y así ha quedado constatado en los distintos estudios (Krakowski, 1970; Weissman, 1984; Doménech y Polaino-Lorente, 1990; etc.). Nuestros resultados, reflejan un mayor porcentaje de niños depresivos entre los hijos de padres separados que entre los de padres no separados. Por tanto, concluimos que el divorcio es un factor de riesgo de depresión en la infancia.

Algunos autores tratan la sintomatología depresiva en la infancia desde el punto de vista del desarrollo. En función de la maduración cognitiva y afectiva (muy determinada por la edad) la vivencia de la depresión va a ser distinta y también sus manifestaciones (Loevinger, 1976; Arieti, 1990; Bemporad, 1990). En nuestro estudio no observamos manifestaciones diferenciadas en función de la edad. Por tanto, concluimos que, en este periodo de edad (9-12 años) no existen diferencias significativas en torno a las vivencias de la experiencia depresiva.

Las variables de personalidad estudiadas reflejan: mayor rigidez en el estudio y mayor neuroticismo en los niños depresivos que en los no depresivos. En cambio, no se observan diferencias significativas entre ambos grupos en torno a la variable élite y dogmatismo, y si una mayor extroversión y liderazgo en los no depresivos que en los depresivos.

En torno al agrado hacia el centro escolar se aprecia un mayor índice de agrado hacia el colegio en el grupo de niños no depresivos que en los no

depresivos, a la vez que un mayor sentimiento de desagrado en los depresivos que en los no depresivos.

El desarrollo de habilidades intelectuales y cognitivas, sí ha sido una variable contemplada por los estudios realizados en torno a la depresión en la infancia. Los autores atribuyen un debilitamiento de habilidades cognitivas e intelectuales parejo a la emergencia de cuadros depresivos (Bandura, 1977; Beck, 1982; Kaslow, 1985; Beer, 1991). Por otro lado, sugieren que los niños con niveles intelectuales bajos suelen presentar pobreza de afecto, dificultades para establecer relaciones sociales y timidez, características que refuerzan el síndrome depresivo. Beer (1991), realiza un estudio sobre la prevalencia de síndrome depresivo en niños superdotados, y encuentra que, estos niños presentan puntuaciones bajas en la medida depresión caracterizándose por, poca rigidez mental, habilidades para pensar positivamente y resistencia emocional, rasgos que les preservan de la depresión. Nuestros datos confirman dichas hipótesis al encontrar puntuaciones más bajas, en la medida de inteligencia, en los deprimidos que en los no deprimidos. Sin embargo, concluimos que, no es que los niños depresivos sean menos inteligentes sino que, la depresión deteriora o anula la funciones intelectuales a la vez que, es probable que los niños muy inteligentes tengan menos riesgo de padecer depresión.

Del mismo modo que en el estudio anterior, en éste, se observa nuevamente una mayor presencia de inhibición social y autoconcepto negativo en los niños depresivos que en los no depresivos. Lo que nos permite atribuir, a los niños con síndrome depresivo, presencia de inhibición social y baja autoestima.

Finalmente, a pesar de que se encuentran relaciones entre el bajo rendimiento y la presencia de sintomatología depresiva, éste no se contempla como variable causante de la depresión. Las variables que más explican la depresión en los niños son: el neuroticismo, la inhibición social, la extroversión y liderazgo y el agrado hacia el centro escolar.

A pesar de que el bajo rendimiento no se muestra como una variable predictora, probablemente por el rango tan corto con el que presentamos

esta variable, sí se contempla una variable escolar importante, el agrado hacia el centro escolar. Si cuando los niños no se sienten a gusto en el centro escolar tienden a deprimirse, es muy probable que también tiendan a suspender, aunque esto se note a lo largo del tiempo. Por otro lado, al observar claramente un mayor porcentaje de suspensos entre los depresivos, podemos concluir que la escuela y/o la integración escolar, en general, es un factor de alto riesgo en el padecimiento de depresiones en la infancia.

Al ser el factor neuroticismo el que mayores relaciones alcanza con la depresión, presentaremos a continuación, algunos de los síntomas o características que lo integran, ya que, nos pueden informar del perfil del niño depresivo. Estos son: desconcierto fácil, inquietud, nerviosismo, cambios rápidos de humor, ideas obsesivas, preocupación excesiva por las cosas, excesiva sensibilidad, etc.

En síntesis, concluimos que, los niños depresivos se caracterizan por: presentar más características de neuroticismo y rigidez en el estudio, ser menos extrovertidos y menos líderes, más inhibidos, con menos habilidades intelectuales, con más suspensos, y, con mayores sentimientos de desagrado hacia el centro escolar.

Entre ellos, los que se muestran como factores explicativos de la depresión son: las características de neuroticismo, la inhibición social, la falta de extroversión y sentimientos de desagrado hacia el centro escolar.

TERCER ESTUDIO

ESTUDIO ETNOGRÁFICO-CLÍNICO DE LA DEPRESIÓN INFANTIL DE LA ISLA DE LANZAROTE

1. Introducción

En la exposición del marco conceptual del síndrome objeto de estudio de esta investigación, planteábamos y apoyábamos la hipótesis de que el comportamiento afectivo humano está determinado tanto por factores biológicos como socioculturales.

Concretamente, ante el hecho depresivo, son varios los autores que, bajo el amparo de los resultados hallados en las investigaciones transculturales (Bustamante y Santa Cruz, 1975; Dewey et al., 1993), defienden que la depresión no puede estudiarse sin hacer referencia a un marco cultural determinado. Desde esta perspectiva se entiende el hecho depresivo como vulnerable a la influencia de determinados factores socioculturales de los que dependerán el desencadenamiento del síndrome y el cuadro sintomatológico.

Ya Kraepelin apuntó la diferencia sintomática de la depresión en diferentes formas culturales. A partir de este autor y, con el auge de los estudios transculturales, se ha venido defendiendo que, si bien la depresión es un hecho universal, sin embargo, su manifestación sintomática está profundamente ligada al particularismo cultural (Clifford, 1990).

Para autores con perspectiva biomédica, la depresión sería un hecho universal por su carácter endógeno, mientras que para otros autores, de

tendencia psicocultural, la etiología situacional y hasta neurótica explicaría la diversidad sintomática (Murphy, 1994).

Como dice Alonso Fernández (1988) la depresión es, sobre todo "vital": una vivencia existencial de la muerte ya, que se sufre en todo el ser, y se sufre por vivir. Esta vivencia existencial de la muerte se expresa en un marco entre biológico y cultural, es decir, que si bien la depresión se engarza en un substrato biológico (dimensión universal), se manifiesta a través de una plataforma cultural (dimensión cultural).

A nadie se le escapa que la definición de todo comportamiento humano normal o patológico, tiene como en la elipse dos focos polarizadores: la naturaleza y la cultura.

En este estudio, sin embargo, dejamos a un lado el estudio biológico de la depresión para centrarnos en su dimensión cultural. Murphy (1994), Leighton (1994), entre otros, hacen una crítica a los estudios epidemiológicos sobre desórdenes psicopatológicos que no tienen en cuenta las variaciones culturales. En este sentido, Murphy (1994) demanda de los antropólogos sistemas de clasificación cultural que sirvan de referencia al clínico que haga estudios interculturales e intraculturales.

El método clásico para estudiar la cultura es el método etnográfico. A través de él, por tanto, trataremos de analizar cualitativamente la depresión infantil en la isla de Lanzarote, tal como sucede en el acto clínico.

2. Definición del método

La perspectiva cualitativa de investigación centra su interés en la descripción de los hechos observados para interpretarlos y comprenderlos en el contexto global y natural en el que se producen (Cook y Reichardt, 1986; Bogdan y Taylor, 1986; Colás y Buendía, 1992.). Las investigaciones etnográficas se caracterizan, en general, por ser procesos reflexivos e interactivos; el inicio de las mismas, exige que los investigadores traduzcan

a descriptores empíricos los fenómenos caracterizados abstractamente en los fines de la investigación y los marcos conceptuales. Tales descriptores constituyen las unidades iniciales del análisis, que designan quién o qué va a ser la fuente de datos principal. La localización de las fuentes potenciales de datos requiere que el investigador reflexione sobre el problema de dónde, cuándo y cómo descubrir dichas unidades.

La *metodología etnográfica*, en particular, tiene por objeto la producción de interpretaciones culturales particulares de un grupo humano o una comunidad concreta, interesándose por lo que esa comunidad hace, piensa, actúa e interactúa. Lo que hace distinta a la etnografía (no sólo de los métodos experimentales, sino también otros tipos de métodos) es que a ésta se le exige que se "oriente hacia la interpretación cultural" (Wolcott, 1985). Para este autor, es ahí donde radica el verdadero objetivo de la etnografía, no en una técnica de campo o pasar mucho tiempo en el campo, ni una buena descripción, sino identificar la cultura de los individuos y/o grupos sobre los que se investiga, e interpretarla. "Cuando esa interpretación cultural no se hace evidente en el informe, no es una etnografía" (Wolcott, 1985: 130). Ello exige hacer una intensa auto-reflexión consciente sobre la cultura inmersa en los grupos o fenómenos que investigamos.

Pero, ¿cómo el etnógrafo estudia el significado de otra cultura que no es la suya?. Ese sería el arte del investigador. El etnógrafo será competente en la medida que sea capaz de confrontar ambas culturas, la suya y la que estudia. El etnógrafo se centra en el registro detallado de los fenómenos que allí suceden, para lo que debe introducirse dentro del grupo, y dentro de las perspectivas de los miembros del grupo (Woods, 1986). Luego, reconstruye las características del fenómeno estudiado, de forma que pueda representárselo a los lectores tal como apareció ante su mirada (Beals et al., 1973; Wolcott, 1985). Como dice Aguirre,

"en la etnografía, la dimensión descriptiva no es obstáculo para el análisis de la cultura en términos de identidad, totalidad y eficacia, por lo que como resultado de la acción etnográfica estamos en condiciones de conocer la identidad étnica de la comunidad, de comprender la cultura como un todo orgánico y de verificar cómo

esa cultura está viva y es eficaz en la resolución de los problemas de la comunidad"
(1995: 3).

La descripción etnográfica es particularista y se refiere a una cultura concreta puesto que cuando realizamos comparaciones entre dos o más culturas operamos ya a un nivel etnológico.

La etnografía es una metodología interactiva, de observación participante realizada en un medio natural en el cual el investigador se convierte en el principal instrumento de recogida de datos. Su dimensión holista no le impide poder explorar comportamientos idiosincrásicos.

Se ha teorizado mucho sobre el valor científico de la metodología etnográfica, a lo que podemos decir que, la captación de los fenómenos culturales en estados naturales y las narraciones "emic" de los informantes, contrastadas con la perspectiva "etic" del observador extranjero y participante, que discierne esta información émica, otorga un poder protoplástico a todo el curso de la investigación. Comparando el acto etnográfico con el acto clínico, con el que guarda notables semejanzas, podemos decir que se basa en el hecho de la relación interactiva entre el discurso "emic" del paciente, y la interpretación "etic" del terapeuta", hacia la consecución de resultados de eficacia (solución de problemas).

Así, cuando un enfermo o una cultura nativa relata su descripción cultural o patológica en demanda de ayuda (curación o cambio cultural), su relato "emic", que algunos creen a priori verdadero, debe ser reinterpretado desde la cultura "etic" del terapeuta o etnógrafo, el cual creará una síntesis o decisión diagnóstica a través de un quintuple acto: afectivo o transferencial, cognoscitivo o definitivo, operativo o intervencional, ético o valorativo y social o interactivo.

La verificación de la correcta etnografía reside en el diagnóstico que es devuelto a la cultura "emic" y aceptado por ésta y cuyo refrendo final será su eficacia. Como dice Aguirre,

"la acción del etnógrafo ha sido hasta ahora la de descubrir culturas y describirlas, pero en la actualidad, el trabajo etnográfico se orienta más a describir y

diagnosticar las culturas que lo solicitan (empresas, agrupamientos, comunidades rurales, cambios culturales, etc.), para sobre ellas elaborar un proyecto de identidad, cohesión y eficacia en la resolución de sus problemas.

Ante este nuevo consultor etnográfico, la comunidad solicitante reclama un buen diagnóstico del problema y un proyecto de resolución eficaz. Diagnóstico que deberá ser compartido por la comunidad demandante (conjunción "emic/etic") y que recibirá su respaldo total (y su agradecimiento) en el momento en que haya sido eficaz" (1995: 104).

La etnografía podemos entenderla como proceso (trabajo de campo) y como producto (monografía etnográfica). A lo largo del proceso utilizaremos diversas estrategias de investigación que van desde los discursos de los informantes hasta el estudio de los documentos y la cultura material a través de entrevistas y cuestionarios, estudio de casos y comportamiento no verbal, sirviéndose para ello de técnicas tanto cualitativas como cuantitativas (Goetz y Lecompte, 1988; Wood, 1986).

Cuando nosotros abordamos la investigación etnográfico-clínica de la depresión infantil y la posible influencia en el rendimiento, no estamos intentando realizar una etnografía "estricto-sensu" sino más bien la complementación cualitativa e interaccional de unos datos que hemos obtenido con otras metodologías.

No obstante, partiremos, al modo etnográfico, de la descripción cultural de Lanzarote (geográfico-histórica y étnica) para, desde este contexto, desplazarnos a su realidad social (familia y escuela), sólo así poseeremos un marco adecuado para la ulterior descripción cualitativa.

El carácter insular de Lanzarote nos permite contar con un marco geográfico acotado de características socioculturales específicas, en las que la tradición histórica ha sedimentado una identidad colectiva.

En cuanto a la descripción clínica, además de su similitud con la descripción etnográfica, en cuanto al proceso, nos permitirá, por otra parte, conocer individualmente cada caso con toda la significación que tiene el estudio de casos y la dimensión geográfica.

Quisiéramos, como conclusión de este apartado, resaltar la doble condición "emic/etic" del investigador, en la recogida de los datos etnográficos y clínicos. Por una parte pertenece, por nacimiento, educación y vivencia, a la comunidad de Lanzarote, con lo que se aporta un testimonio "emic" o nativo de su cultura (percepción desde dentro). Esto constituiría una endo-etnografía que algunos autores como Aguirre (1995) consideran problemática, reduciéndola al testimonio de un informante bien informado; pero la última estancia del investigador, de más de cuatro años, fuera de la comunidad lanzaroteña permitió el alejamiento intelectual y emocional que sugieren Sjoberg y Nett (1968) (Cfr. Woods, 1986) para examinar los datos desde una perspectiva más amplia y obtener la percepción "etic".

En estas circunstancias, creemos estar en óptimas condiciones para interpretar correctamente el sentido y la valoración de la cultura y el comportamiento escolar de Lanzarote. Por otro lado, el contacto frecuente con psicólogos clínicos del centro INFAD (Barcelona) nos ha proporcionado conocimiento y comprensión suficiente del síndrome depresivo infantil, en vistas a realizar esta investigación.

3. Análisis sociocultural de Lanzarote

En el estudio epidemiológico descrito en esta investigación, como contextualización del mismo, hicimos una presentación de la isla. Se citaron en ese momento datos generales a modo de referencia, para una mayor interpretación de las variables estudiadas.

En esta fase, como ya hemos señalado, el objeto prioritario de estudio es la cultura insular. Presentaremos, por tanto, en este apartado, una descripción más exhaustiva de los aspectos básicos de sus características geográfico-históricas y de su organización sociocultural. Ello nos servirá de referencia para posteriormente interpretar el síndrome depresivo infantil desde ese marco geocultural insular.

Esta isla, con apenas 800 Kms² de superficie y 65.000 habitantes, es un lugar que ha cobrado un gran prestigio mundial en los últimos años. Por su posición geográfica, junto al resto del archipiélago, conforma una importante ruta intercontinental entre Europa, Africa y América. Su particular y asombrosa forma de cultivo presenta como ejemplo a la increíble ingeniería del campesino lanzaroteño, que ha sido capaz de hacer fecunda una tierra sedienta y batida por los vientos oceánicos. Sus bellas playas, su paisaje volcánico e insólito, y el desarrollo de urbanizaciones y centros turísticos muy integrados en el medio natural, la han convertido en atractivo turístico mundial. Finalmente, la conciencia ecológica de su gente, que ha sabido cuidar desde siempre su entorno, la visión de algunos promotores turísticos que han tratado de preservar una ecología virginal y, la proyección exterior de su encanto natural a través de algunos de sus artistas, como el universal César Manrique, han propiciado un reconocimiento y elogio general, que ha culminado con la declaración por parte de la UNESCO como reserva mundial de la biosfera.

Veamos a continuación, de modo algo más detallado, algunos aspectos referidos a su historia, su paisaje, su organización, su gente.

3.1. Lanzarote y su paisaje lunar

Fueron los años de grandes erupciones volcánicas, desde 1730 a 1736, los que cambiaron la vida y el paisaje de Lanzarote. Fue esta la más larga conmovición de la historia del vulcanismo. La tierra se abrió y cubrió de fuego y cenizas la cuarta parte de la isla, dotándola con ello de una gran personalidad. Esto lo podemos contemplar hoy en el *Parque Nacional de Timanfaya*. Un impresionante suelo negro, brillante, sobre el que emergen más de 300 conos volcánicos teñidos de infinitos colores; junto a ellos se oye el silencio, sólo roto alguna vez por el viento que suele soplar sobre la isla sin descanso. Esos paisajes misteriosos y retorcidos representan hoy las señas de identidad del lanzaroteño y han configurado gran parte de su personalidad. Los nativos de Lanzarote hemos crecido envueltos en enigma, silencio, soledad y sacrificio, hechos y circunstancias que nos han dotado de una enorme vida interior. Así es puesto de manifiesto frecuentemente

por muchos lanzaroteños. Pérez Saavedra (1995: 20) manifiesta: "los que nos hemos familiarizado con ese paisaje sabemos, que para comprenderlos y gustarlos, hay que sentirse perdidos en su soledad y aislamiento, sintiendo el silencio de la naturaleza en calma"; al respecto, Manrique (1988: 25, 34) expresa: "toda la trayectoria de trabajo de mi pintura ha estado dirigida siempre por esa intuición de grabación óptica de espacio natural que desde niño me ha tocado vivir... Lanzarote podría ser la isla para la meditación".

Pero ese agravio de la naturaleza, que sepultó bajo sus lavas hirvientes las mejores tierras de cultivo de la isla, constituyó también una auténtica revolución para el campesino de Lanzarote. Este, en su afán por sacar fruto a esa tierra inhóspita y reseca, descubrió que la ceniza volcánica dejaba penetrar el rocío de la noche, a la vez que impedía que el sol resecara la poca humedad que con él quedaba en la tierra. Y así fue cubriendo sus terrenos de anchas capas de arenas negras, alterando el natural color de la isla. Ese procedimiento convirtió a Lanzarote en una isla negra, fértil y bella; como dice César Manrique (1988: 77) "ningún ser medianamente sensible, podría pasar indiferente ante su fascinación". Para este artista, cuya obra fue una auténtica simbiosis con la naturaleza de la isla, los magmas calcinados "producen una inquietud de absoluta libertad, y se siente una extraña sensación de claro presentimiento sobre el tiempo y el espacio".

Pero la belleza de Lanzarote es austera y extraña, que no suele gustar a primera vista sino después de haberla palpado y sentido, como diría de nuevo César Manrique (1975: 77) (Cfr. Manrique, 1988), que tanto habló de su isla, "Lanzarote tiene su consigna secreta y no quiere ser comprendida a primera vista, como protegiéndose de una invasión masiva de vulgaridad". Sobre esa llanura pedregosa y oscura se extienden sus pueblos, chatos y escondidos, todos pintados de blanco, lo que supone un enorme contraste. El objeto de esa arquitectura y ese color, aunque hoy es también estético, lo supuso el intento de adaptación de sus viviendas al medio rural, soleado, ventoso y seco de la isla. Las puertas y ventanas verdes en el interior, azules en la costa. Y entre ellos, salpicadas infinitas palmeras, verdes y altas.

Finalmente, la pulcritud característica de los habitantes de la isla la han convertido en lo que podríamos denominar un "paisaje colocado". Las casas pintadas, las calles limpias, los jardines cuidados y los terrenos de cultivo, divididos por parcelas, con muros lineales de piedras negras sobrepuestas y sueltas una encima de la otra, a modo de puzzle. Para las plantaciones más débiles, ha hecho también el campesino abrigos de piedra, en forma de semicírculo, para protegerlas del viento. El ejemplo más representativo de ello podemos observarlo en la típica zona de *La Geria*. Los que visitan hoy la isla suponen que su limpieza y cuidado se deben tanto a la necesidad de presentar algo atractivo al turista, como a los desvelos del gran artista lanzaroteño César Manrique, que tanto luchó por que no se perdiera el atractivo natural de Lanzarote. Pero no ha sido así, pues han sido la mano y el esfuerzo callado de tantas y tantas generaciones los que han ido dando ese aspecto atractivo, natural y limpio a la isla de Lanzarote. Mis propias vivencias y recuerdos me obligan a reconocer y publicar este hecho. El lanzaroteño aprende desde niño a mimar su entorno, como si de una continuidad de su propia casa se tratara. Es más, hoy es cuando se ha perdido, pues recuerdo a mi abuelo cuando nos enseñaba a barrer bajo las parras y las higueras; o cuando se enfadaba si al correr, de niños, tirábamos alguna piedra de esos muros de las huertas y nos gritaba: "la piedra, la piedra, que se ha caído la piedra", y allí debíamos ir a colocar la piedra. En definitiva, todo constituía una historia de amor entre el campesino y su tierra, y los lanzaroteños podemos dar fe de ello.

Todo el mundo afirma que hay una perfecta integración entre el paisaje, la agricultura y la arquitectura de esta isla. Ramírez de Lucas (1985) (Cfr. Manrique, 1985) dice que el misterio de Lanzarote es como el de Venecia, para el que no sirven las palabras para explicarlo. Añade que la isla no es fotogénica sino que hay que verla para creerla.

Pero nos falta el mar, ese mar azul y espumoso que bate todas y cada una de sus costas. Lanzarote ha sido frecuentemente denominada *isla de fuego y espuma*, y es que su forma pequeña y alargada hace que el mar no esté allá lejos en la costa, sino formando parte del mismo paisaje, siempre al

fondo. Lanzarote fue siempre un pueblo marinero, de ahí que sea el mar otro gran configurador de su identidad. Aludiendo concretamente a la gente del Puerto de Arrecife, Espinosa (1985) (Cfr. Pérez Saavedra, 1995) lo describe así: "Arrecife no ha sido nunca un pueblo tímido, sin color, que tiene miedo al mar, muy al contrario, siempre abierto a las auras del océano, como puerto y puerta de la isla".

Actualmente, al ser una zona de gran explotación turística, su aspecto físico se ha visto más realzado y embellecido por la creación de centros de atracción turística acordes con el paisaje; un mejor trazado de carreteras; mayor limpieza y cuidado de los bordes de las mismas, donde se han plantado flores y plantas; embellecimiento de sus pueblos; etc.

En toda esa transformación paisajística y de creación de infraestructura como carreteras, puertos, aeropuerto, amplios complejos hoteleros y de apartamentos, comercios, etc. es donde se palpa el gran progreso de la isla. Hasta hace 15 o 20 años, no había aún luz eléctrica y agua corriente en los pueblos. Hoy, la implantación de plantas potabilizadoras no solo han redimido a Lanzarote de la aridez del desierto, sino que la reciente creación de jardines y el verde de los árboles que amenizan las urbanizaciones, han transmutado el paisaje. En definitiva, ha sido todo una constante obra de arte e ingenio.

3.2. Algunos datos geográficos e históricos

Lanzarote, como el resto del archipiélago, debe su origen a la acción volcánica, que no ha cesado hoy en día, y se le atribuyen unos 19 millones de años de edad.

Geográfica y políticamente la isla está dividida en siete municipios: Arrecife, su capital, Tías, Teguise, Haría, San Bartolomé, Yaiza y Tinajo. Sus costas tienen una longitud de 140 Km en las que se alternan moderados acantilados con playas de arena fina y dorada. Muy próxima a ella se

encuentran la isla de *La Graciosa* y los islotes *Alegranza*, *Montaña Clara*, *Roque del Este* y *Roque del Oeste*.

A pesar de la pequeña extensión del territorio insular, podemos distinguir comarcas naturales, nítidamente diferenciadas. La zona norte comprende todo el término municipal de Haría y parte de Teguise. Es una zona donde aún se conservan cultivos en suelos desnudos, bebederos y gavias. La zona centro, un gigantesco cinturón de arenas doradas de origen marino, denominadas localmente como "jable". Abarca éste gran parte de los municipios de Teguise, S.Bartolomé y Tías. El paisaje agrario de esta zona es más monótono. Finalmente, la zona sur en la que predominan los campos recubiertos por el crespón negro de la lava, junto al parque nacional de Timanfaya.

Las temperaturas oscilan entre los 13'5° y los 21'6° en invierno y, los 18° y los 28'6° en verano. La media anual de horas de sol es de 2.937 y el agua del mar fluctúa entre los 17° en Febrero y los 22° en Septiembre. Por su baja altitud las lluvias son muy escasas.

La población total registrada en el último censo elaborado (1991) es de 64.911 habitantes. El 52% del total se concentra en Arrecife (capital de la isla). La población infantil que comprende la franja de edad entre 9 y 14 años, es de 6.029 (el 9'3%).

Expondremos a continuación, en la tablas adjuntas (Tablas 1 y 2), como ha sido la evolución de la población de derecho y de hecho insular y municipal.

Tabla 1. Evolución de la población de derecho insular y municipal

MUNICIPIO	1.975	1.981	1986	1991
Arrecife	23.294	28.864	31.674	33.906
Haría	2.878	2.624	2.759	2.851
S.Bartolomé	3.866	4.650	5.231	6.217
Teguise	6.211	6.096	6.447	8.189
Tías	3.241	3.484	5.724	7.556
Tinajo	2.975	3.071	3.217	3.517
Yaiza	1.872	1.932	1.986	2.675
TOTAL LANZAROTE	44.337	50.721	57.038	64.911

Tabla 2. Evolución de la población de hecho insular y municipal

MUNICIPIO	1.975	1.981	1986	1991
Arrecife	25.201	29.505	31.851	33.398
Haría	2.868	2.555	2.718	2.626
S.Bartolomé	3.893	4.753	5.163	6.798
Teguise	6.315	6.074	8.177	13.568
Tías	5.512	5.672	16.929	23.126
Tinajo	2.973	2.983	4.169	3.834
Yaiza	1.852	1.913	2.040	5.125
TOTAL LANZAROTE	48.614	53.455	71.047	88.475

Distintos estudios históricos avalan la hipótesis de que fue el genovés Lancelotto Malocello el primer europeo que descubrió y se asentó en la isla de Lanzarote en el primer tercio del siglo XIV (Tejera Gaspar, 1992). Las crónicas sobre la isla hacen referencia a la misma bajo la denominación de "Insula di Lanzarotus Malocellus", de donde se cree procede su actual nombre (Tejera Gaspar, 1992).

Cuando Lancelotto Malocello arribó a la isla, sus habitantes se llamaban a sí mismos *majos* y a ésta la denominaban *Tyteroygatra*. Las primeras crónicas (la francesa *Le Canarien*) cuentan que a la llegada a la isla en el año 1402 encontraron 300 hombres, sin aludir a mujeres, jóvenes y niños, denominándoles "gente amorosa y bien partida". Sin embargo, por la escasez de agua y de medios de subsistencia, no se cree que su población fuera muy numerosa. La procedencia de ésta se sitúa en el noroeste de Africa concretamente en la raza de los beréberes. Por la gran aridez, los

asentamientos se emplazaron en lugares donde el agua pudiera ser recogida en charcos o maretas.

Con la llegada de los europeos durante el siglo XIV y los acontecimientos que se sucedieron en el tiempo (incursiones piráticas, capturas de aborígenes para venderlos como esclavos, la colonización española), hubo una reducción drástica de la población. Por otro lado, la organización social, política y económica de los majos sufrió una gran transformación, cambiando totalmente en algunas zonas los modos de vida.

A partir de la conquista la isla es gobernada por franceses en régimen de señorío para pasar posteriormente a manos españolas, a cargo de los Perazas y Herrerías andaluces, por muchos años. En el siglo pasado decae el poder de estos señores con la abolición del régimen de señoríos en España.

Durante esos siglos, de ocupación múltiple, se destacan como acontecimientos más memorables los ataques de piratas llevados a cabo por naves portuguesas, francesas, inglesas y, sobre todo, berberiscas. Junto a ello, las erupciones volcánicas que se iniciaron sobre 1.700, supusieron una auténtica conmoción para los isleños que vieron desaparecer bajo la incontenible avalancha de lava pueblos enteros.

Otro acontecimiento importante en la historia de Lanzarote ha sido la constante emigración. Ya desde épocas de la conquista y colonización se produce un continuo desplazamiento de isleños de islas "señoriales" como Lanzarote, a las de "realengo" que dependían directamente de la Corona de Castilla, por ofrecer ésta mejores perspectivas agrícolas. Posteriormente, en los siglos XVIII, XIX y hasta principios del XX, la emigración a América fue siempre una constante, como en el resto de las islas. En la actualidad, es raro el isleño que no tenga un ascendente en algún país de Latinoamérica.

3.3. Evolución socioeconómica insular

Tradicionalmente, y casi hasta la actualidad la fuente económica insular se basaba, fundamentalmente, en el sector agrario. Esta ha sido

siempre una agricultura de secano y de bajos rendimientos económicos por su pequeña producción. Sin embargo, siempre hubo productos de exportación como la barrilla, los vinos, la cochinilla, legumbres, batatas, etc.

Otra fuente económica importante, más tardíamente desarrollada, fue la del subsector pesquero. Este generó un gran nivel de actividad, no sólo por el volumen de las capturas, sino por el desarrollo paralelo de una gran industria conservera relacionada con el atún y la sardina. El tráfico marítimo contribuyó al auge urbano que aumenta las actividades insulares relacionadas con los muelles. Actualmente, por diversos conflictos políticos con los países limítrofes a las costas donde faenaba la flota canaria, las capturas se han reducido mucho.

A partir de los años 70 se inicia un período de crisis que empieza a afectar a la práctica totalidad del agro isleño. Los factores determinantes de la crisis del sector agrario han sido:

1. La irrupción temprana del turismo de masas que competía con la agricultura en las zonas costeras.
2. La elevación de los costes de producción: gastos de preparación de los terrenos, agua, fertilizantes, mano de obra, etc., factores que se han encarecido considerablemente en los últimos años.
3. Elevación de los costes de comercialización junto a la disminución de la competencia del sector agrario.
4. Creciente potencialidad de las importaciones ya que cada vez es mayor la penetración de productos agrícolas foráneos.

Pero, cuando parecía evidente que las crecientes dificultades del sector agrario tradicional de autoconsumo iban a poner en peligro la supervivencia de la economía de los isleños, se produjo un periodo de tránsito en el que la estructura económica sufre un verdadero vuelco, con el comienzo de un gran proceso de desagrarización-terciarizador. Esta etapa coincide con un basculamiento decisivo de la actividad económica hacia el sector servicios

y, especialmente, el turístico, que se desarrolló en los años sucesivos de un modo incontrolado.

Efectivamente, es sobre todo, alrededor de los 80 cuando irrumpe en la isla el llamado *turismo de masas*, que penetra de lleno en la esfera del capital y convierte a la isla en uno de los espacios de ocio más importantes de España.

El turismo produjo la desagrarización de la economía y, por tanto, una liberalización de la mano de obra hasta entonces fuertemente ligada a la agricultura, sujeta al campo por formas de economía no mercantiles. Además, supuso la terciarización de una gran mayoría de población activa y su asalarización masiva, la progresiva incorporación de la mujer al mundo laboral que había sido tradicionalmente escasa, y una fuerte inmigración de mano de obra, sobre todo gallegos y andaluces, que llegaron tras el "boom" de la construcción. En este punto se apoyan importantes consecuencias o impactos que ha venido produciendo el turismo, que no ha supuesto sólo una transformación de la estructura económica, sino también de la social y cultural. De estos cambios en la estructura social hablaremos más adelante. Nos centraremos ahora en las consecuencias que se derivan en torno al sector económico.

En la actualidad, se contempla al turismo como una actividad económica industrial, perfectamente asimilada por el sistema económico capitalista. La isla de Lanzarote, junto al resto de las islas, cuenta con dos importantes recursos para el desarrollo de esta industria: su ubicación planetaria, que resulta claramente estratégica, entre África, Europa y América, y su localización en una zona climática particularmente apropiada.

La pequeña burguesía insular cambia la base de sus intereses, dejando de ser prioritaria la propiedad privada del suelo agrícola para transformarla en otra forma más rentable, la especulación inmobiliaria. Por otro lado, se desarrolla y perpetúa un proceso de dominación-dependencia de capital internacional. La estructura de poder se configura con la unión de los

herederos de la oligarquía tradicional, los mayores comerciantes y los grandes exportadores, con el poder del capital extranjero.

La nueva estructura económica conlleva una nueva estructura espacial que tiene como fin la explotación de lugares y recursos hasta ese momento vírgenes, aislados, desconectados de toda utilización económica. Por encima de otras consideraciones, el turismo ha sido el responsable de la mayor transformación que se ha producido en el espacio insular a lo largo de su historia. Actualmente destacan tres núcleos turísticos importantes: *Puerto del Carmen*, *Costa de Teguise* y *Playa Blanca*. Además, a lo largo de toda la costa de la isla, se han desarrollado de forma puntual pequeños núcleos a la vez que una labor ejemplar en la mejora de las vías de comunicación y acceso a los lugares de mayor interés paisajístico.

El auge económico de los últimos años ha permitido aumentar el número de centros sanitarios y de enseñanza, la construcción de centros culturales, tanto en la capital como en los pueblos, además de la gran mejora de los servicios urbanos. En general, todo el desarrollo de la infraestructura turística ha elevado el nivel de vida de la población, junto a un rápido bienestar económico, con transformaciones muy violentas.

3.3.1. Características del turismo insular

Con anterioridad a los años 70 esta actividad quedaba reducida al turista de excursión de un día que venía de Gran Canaria o Tenerife. La falta de infraestructura fue la que hizo que el desarrollo turístico en esta isla fuera posterior al de las islas centrales.

Aunque hoy se rentabilizan los recursos naturales de la isla, que resultan muy atractivos a los visitantes, son el gran número de horas de sol anuales, las suaves temperaturas mantenidas durante todo el año y sus playas, los que constituyen el atractivo fundamental. Estudios hechos sobre

nuevos modelos de desarrollo turístico¹ muestran a la isla de Lanzarote, por su conjunto de condiciones naturales y materiales, como candidata a un turismo altamente cualificado. Por otra parte, se trata de una zona agradable para el turista europeo, al que no le supone un gran esfuerzo adaptarse al medio, lo cual no ocurre en las latitudes ecuatoriales. La mayor afluencia de turistas visitantes procede de Inglaterra, Alemania y Países escandinavos, a los que se suman los españoles que hacen más un turismo de verano.

Los recursos naturales que posee la isla se han unido a una calidad en la infraestructura, por lo que Lanzarote tiene muchas posibilidades de diversificar su oferta turística. No hay que olvidar, además, la cercanía al continente africano y el flujo de turistas potenciales que pueden generarse en ambos sentidos, ya que puede ser alcanzada también por los primeros contingentes de turistas americanos.

Sin embargo, a pesar de todas esas favorables condiciones y auge, este sector está experimentando en estos momentos un cambio sustancial que lo está sumergiendo en una pequeña crisis. Si bien el número de visitantes anuales sigue aumentando, ha habido un mayor crecimiento de la oferta que de la demanda, produciéndose con ello una caída del grado de ocupación de las plazas. Por otro lado, se está reduciendo considerablemente el número de días de estancia media del turista, lo que ha tenido repercusiones importantes.

3.4. Medio Ambiente

Lanzarote ha contado con dos importantes agentes que han favorecido la preservación del medio natural insular: la cultura ecológica de su gente que ha sabido cuidar y proteger el medio, y la presencia de una importante figura en la defensa del espacio natural, el artista ya mencionado César Manrique, que ha luchado por su conservación hasta su reciente muerte.

¹Trabajo de campo realizado por los alumnos del *III Master Internacional de Turismo* de la Universidad de Las Palmas de Gran Canarias. Documento sin publicar.

A pesar de ello, en estos últimos años, se ha incrementado el número y tamaño de las urbanizaciones de un modo casi desorbitado, lo que ha llevado al deterioro de algunas zonas, desde una equivocada política expansionista.

Por ello, se hizo necesario un estudio profundo de las posibilidades de desarrollo turístico de Lanzarote, y de sus limitaciones, para evitar el crecimiento incontrolado y la destrucción del medio natural. Este consistió en la aprobación de un *Plan Insular de Ordenación Territorial y Urbanística (P.I.O.T)*, que tenía como objetivos analizar las distintas opciones de desarrollo turístico-territorial y ofrecer las propuestas más adecuadas para Lanzarote. Este plan se funda jurídicamente en la *Ley Canaria de Planes Insulares* del 13 de marzo de 1987, y entra en vigor el 21 de Junio de 1991. Al amparo del mismo, hoy se está tratando de controlar la especulación territorial y evitar la destrucción del medio natural y social. Unido a este procedimiento hemos de destacar también la creación de algunos colectivos ecológicos como *El Guincho*, de larga trayectoria y difusión, que están luchando enérgicamente por preservar los valores naturales de la isla.

3.5. Características sociales y poblacionales

Actualmente, la actividad turística es en Lanzarote de tal magnitud, que podríamos decir que no sólo condiciona toda la configuración funcional del territorio y la vida económica, sino también los aspectos socioculturales de la población. Esta se caracteriza por una gran juventud demográfica.

Junto al reciente cambio económico y crecimiento poblacional, se ha producido también un gran desarrollo urbanístico. El mayor crecimiento y desarrollo lo ha experimentado la capital, Arrecife, que ha crecido a ritmo acelerado. Esta posee una excelente situación geográfica, a caballo entre dos núcleos turísticos importantes, Puerto del Carmen y Costa de Teguise, junto al puerto y muy cerca del aeropuerto. Por ello, y por ser casi el único núcleo urbano insular, concentra a más de la mitad de la población, que por

falta de una previa planificación urbanística ha perjudicado el crecimiento ordenado de la ciudad.

A pesar de que ha ido cambiando paulatinamente, aún conserva su sabor marinero de antaño. Esta ciudad, como dice Agustín de la Hoz (1982), primero fue puerto y después ciudad. Empezó siendo una humilde aldea de pescadores para convertirse luego en entrada y salida de todos los productos de importación y exportación, a la vez que en base de la flota pesquera en el banco canario-sahariano. Actualmente es centro político-administrativo, educativo y cultural. Entre las mayores instalaciones sociales con las que cuenta podemos citar, la construcción de nuevos hospitales, varios institutos de bachillerato y Formación Profesional, escuelas Náutico Pesqueras y de Artes y Oficios, conservatorio de música, Instituto de idiomas, Universidad Nacional a Distancia, teatro, salas de conciertos, centros de cultura, polideportivo, varias agrupaciones lírico musicales, etc. y una intensa vida social.

Los pueblos de Lanzarote tampoco son ya aquéllas aldeas agrícolas de antaño. Si bien el aspecto físico de los mismos no se ha modificado, cuentan en un seno con toda una infraestructura sociocultural y educativa impensable hace sólo unos años. Es común a todos ellos la creación de centros de salud, pabellones polideportivos, colegios e institutos, centros socioculturales, escuelas de adultos, etc. A la vez se han desarrollado en todos ellos un movimiento de asociacionismo para el desarrollo de diversas tareas, ya sean políticas, sociales, culturales o de ocio y recreativas.

Presentado así, podría pensarse que vivir en Lanzarote es poco menos que hacerlo en un paraíso terrenal. Y así podría ser si no se contara con los problemas añadidos que hacen que pierda valor todo el desarrollo anteriormente citado. Veamos algunos de ellos.

El mayor problema con el que se encuentra hoy la isla de Lanzarote es la numerosa inmigración llegada como consecuencia de la gran oferta que ha habido de puestos de trabajo de construcción y servicios turísticos. Además de la enorme población flotante de turistas.

1. La gran confluencia de distintas culturas ha incidido en la acelerada pérdida de muchos elementos de la cultura autóctona de la isla, y de su identidad tradicional. La población nativa, por una tendencia característica del isleño, a adoptar todo lo que viene de fuera, ha adoptado estilos de vida que están repercutiendo en la pérdida de los valores culturales tradicionales. Se han acometido algunas acciones municipales con el fin de proteger tales manifestaciones (folklore, artesanía, gastronomía, recopilación de costumbres populares, etc.), pero los medios han sido insuficientes por lo que las acciones no han tenido un gran alcance.
2. El índice de jóvenes que han accedido a estudios universitarios ha crecido considerablemente en los últimos años, impulsado por el propio desarrollo del sector que exige una mayor especialización de su mano de obra y por el propio auge económico. Sin embargo, a los jóvenes el turismo les ha sorprendido como vía rápida de alcanzar una forma de vida fácil y menos dura que el trabajo agrícola o las actividades pesqueras. Además, la gran facilidad que han tenido los chicos de trabajar y hacer dinero fácil, ha frenado mucho el incremento del nivel de estudios de los insulares. Un gran porcentaje abandona los estudios al finalizar la EGB y, muchos de ellos, sin terminarla. Esa enorme realidad está en disonancia con el auge económico alcanzado, lo que nos demuestra que los isleños han adquirido una buena calidad de vida material, pero que falta mucho para conseguir una calidad de vida intelectual.
3. Otro gran problema reciente es el aumento del paro. Con el "boom" de la construcción, ya hemos dicho que hubo una gran afluencia de inmigrantes del resto del país (familias enteras), que cuando la construcción se fue paralizando siguieron manteniendo la isla como lugar de residencia. Actualmente, los insulares tienen que competir con los de fuera en la búsqueda de un puesto de trabajo, sobre todo el personal especializado, puesto que sigue prevaleciendo la ocupación de estos puestos por gente de fuera. El aumento del paro tiene, además,

otras causas como: crecimiento insuficiente de los sectores de industria y disminución de la única que había, la industria conservera; total traslado de población activa desde la agricultura a los otros dos sectores productivos, construcción y servicios; incorporación cada vez mayor de la mujer al mundo laboral; freno absoluto del proceso migratorio que aliviaba en épocas pasadas el exceso de mano de obra, ahora no sólo se registran ausencias de salidas, sino incremento de las entradas por los inmigrantes y el regreso de antiguos emigrantes.

4. Aparición de aspectos tan negativos como la droga, que afecta mayormente a la juventud, y como consecuencia de ésta la delincuencia. Lanzarote es una isla donde el tráfico y consumo de drogas es muy alto. Antes de la llegada del turismo la drogadicción, la delincuencia, la prostitución en la calle, la mendicidad, etc. eran fenómenos desconocidos en la isla. Actualmente, las calles se ven empañadas de este tipo de marginalidad social. Si el fenómeno de la droga y la delincuencia está afectando a gran número de jóvenes isleños, la mendicidad y la prostitución son prácticas de foráneos que han llegado a la isla.
5. Los padres han querido dar a sus hijos lo que ellos no han tenido, y han considerado que lo mejor es el bienestar material. Muchos de ellos se pasan todo el día fuera de casa para poder trabajar más, con lo que tienen dinero para todos los recursos materiales, pero no tienen tiempo para dedicar a sus hijos, estar con ellos, transmitirles sus valores culturales, hacer un seguimiento de las tareas del colegio, etc.

Estos factores están repercutiendo en la armonía social y cultural que, tradicionalmente, ha caracterizado a la isla. Aunque hay que valorar también, el bienestar económico y social alcanzado.

3.6. Educación

Tradicionalmente la población isleña se ha caracterizado por un alto índice de analfabetismo. Como hemos expuesto anteriormente, el nuevo sistema económico que se ha venido imponiendo en los últimos años ha impulsado también al sector educativo, traduciéndose en un claro retroceso de la tasa de analfabetismo. La práctica educativa de las últimas décadas, sin embargo, ha generado algunos desequilibrios espaciales, ya que, mientras las áreas urbanas registran un nivel cultural relativamente bueno, las rurales presentan aún graves dificultades.

La franja poblacional que más nos interesa, por ser objeto más directo de estudio en este trabajo, es la de escolaridad básica. Nos centraremos, por tanto, en analizar aspectos más específicos de ésta.

En estos niveles, la isla cuenta con una población escolar de 12.426 alumnos, escolarizados en 44 centros. En los niveles de 4º, 5º y 6º de EGB, en el momento de recogida de datos, había 4.221 alumnos/as. Arrecife es el municipio que cuenta con mayor número de unidades.

La ratio es de 27'70 alumnos por unidad, inferior a la de la Comunidad Autónoma. En estos niveles, por lo general, los alumnos se escolarizan en sus propios municipios.

La Comunidad Canaria, en general, ha ocupado desde siempre uno de los lugares más destacados en las estadísticas del fracaso escolar. Es este el principal protagonista de las grandes pérdidas de alumnos que se producen a partir de 6º de EGB y sobre todo a finales de 7º (Consejo Escolar de Canarias, 1991), siendo Lanzarote y Gran Canaria donde se observan peores porcentajes en la obtención del graduado escolar. El porcentaje medio registrado de abandono es de un 33%.

A pesar de los muchos acercamientos que se han tratado de hacer al problema dentro del marco de la comunidad, aún se desconocen causas concretas que puedan estar incidiendo en el rendimiento académico de los

alumnos. O son tantas las variables que parecen estar relacionadas que sería imposible emprender un plan de prevención que las tuviera en cuenta a todas.

Los diversos estudios llevados a cabo por el Consejo Escolar de Canarias (1991, 1993), han encontrado los siguientes resultados en torno a las causas del fracaso, identificadas por padres, profesores y los propios alumnos. Los padres lo atribuyen principalmente a la actuación docente, concretamente a la falta de preparación y preocupación; en segundo lugar, a una baja calidad de la enseñanza en general y a una mala política del Sistema Educativo; en tercer lugar atribuyen las causas a sus propios hijos, a la falta de esfuerzo, y a ellos mismos como padres por el mal ambiente familiar. Según los profesores, la causa está principalmente en la familia y en los propios alumnos. En segundo lugar identifican como causantes la cantidad de contenidos, la inadecuación de los programas al entorno físico y social, la masificación escolar, la falta de medios y materiales didácticos y, la realidad social en general. Los alumnos, atribuyen el fracaso, a sí mismos, a su falta de motivación y de hábitos de estudio, y de forma indirecta, al ambiente familiar y al profesorado.

Otros resultados, recogidos en el mismo informe (Consejo Escolar de Canarias, 1993), atribuyen las causas del fracaso escolar en el ciclo inicial a: carencias intelectuales y psicoafectivas; condiciones ambientales y culturales; falta de condiciones escolares y pedagógicas óptimas a nivel estructural como escolarización temprana, apoyos y recursos necesarios, medidas compensatorias y servicios complementarios para niños con necesidades específicas. Finalmente, otras causas detectadas, a nivel general, hacen referencia a una escasa adaptación de la enseñanza y los materiales didácticos a la realidad social y cultural de Canarias, lo que sitúa a la enseñanza lejos del interés, motivación y funcionalidad del alumno canario. Y finalmente, se identifica un desfase de equipamiento y servicios escolares, tanto en materiales como en apoyo pedagógico y reciclaje del profesorado, que la Comunidad Canaria ha afrontado con la asunción de las competencias en materia educativa (Consejo Escolar de Canarias, 1993).

Independientemente de los factores detectados por la propia comunidad educativa, hay que buscar las causas en la propia realidad socioeconómica y cultural. Los estudios comparativos hechos sobre los índices de fracaso, entre colegios públicos y privados concluyen que la enseñanza pública obtiene peores resultados que la privada, tanto en Canarias como en el resto del estado. En Canarias, en general, y en Lanzarote en particular, el peso de la escuela privada es considerablemente menor que en el resto del Estado. En la Península la enseñanza privada es prácticamente el doble a la registrada en Canarias.

En Lanzarote, particularmente, si bien el auge económico de los últimos años ha generado la creación de prácticamente la totalidad de los centros privados que en la actualidad existen, la ligera crisis que se está empezando a registrar han frenado en seco este tipo de enseñanza. Por otro lado, el desplazamiento de grandes índices de población activa del sector primario al terciario y la gran inmigración que se produjo con el "boom" de la construcción, han dado lugar al surgimiento de verdaderas zonas de marginación con fuertes repercusiones en el alumnado.

3.7. Aspectos culturales

Antes de pasar a describir las características culturales del pueblo lanzaroteño vamos a presentar una definición de lo que aquí entendemos por cultura. Dependiendo del campo teórico desde donde se la defina, podemos encontrar hoy una amplia gama de definiciones del término cultura. Kroeber y Kluckhohn (1952) (Cfr. Aguirre, 1993) después de hacer un análisis y síntesis de más de quinientas definiciones proponen la siguiente:

"La cultura consiste en patrones de comportamiento, explícitos e implícitos; adquiridos y transmitidos mediante símbolos, que constituyen los logros distintivos de los grupos humanos, incluyendo su plasmación en utensilios; el núcleo esencial de la cultura se compone de ideas tradicionales (es decir, históricamente obtenidas y seleccionadas) y, sobre todo, de sus valores asociados; los sistemas culturales pueden, por un lado, ser considerados como productos de la actuación y, por otro lado, como elementos condicionantes de las actuaciones sucesivas" (1952: 152).

El concepto explícito de cultura hace referencia al conjunto de manifestaciones visibles, y el implícito a las actitudes y valores que gobiernan la conducta de los miembros de una sociedad (Kroeber y Klukhohn, 1952. Cfr. Rodríguez, 1995).

En este apartado trataremos de describir la cultura insular desde la concepción implícita. Esta, apoyada en el movimiento de "cultura y personalidad" que defiende la existencia de un conjunto de características de personalidad comunes a los miembros de una misma cultura, concibe que la cultura abarca desde las características de la personalidad (características psicológicas y adaptación) hasta los procesos cognitivos, afectivos y motivacionales, (Rodríguez, 1995).

Desde esta perspectiva, la cultura surge de las representaciones mentales de las relaciones que el individuo va estableciendo, y a la vez, influye en el desarrollo de las estructuras intrapsíquicas. Sin duda, un acontecimiento que deja huella en el desarrollo humano es la cultura. Como dice Clifford (1990: 56) "nuestras ideas, nuestros valores, nuestros actos y hasta nuestras emociones son, lo mismo que nuestro propio sistema nervioso, productos culturales". En este sentido, la cultura se convierte en sinónimo de identidad. Por ello, hay que conocer los elementos socioculturales del contexto y las relaciones que se establecen con ellos, para determinan el ajuste psicológico del individuo.

La cultura canaria, en general, presenta la peculiaridad de no ser una cultura propia. El desconocimiento que aún reina en torno a los pre pobladores hispánicos, la imposición cultural castellana tras la conquista, y las grandes influencias ejercidas durante siglos por emigrantes y comerciantes, han culminado con el producto que hoy identificamos por "cultura canaria". Tal circunstancia puede ser un poco la causa de que el canario no se aferre a ella, sino que se muestre muy vulnerable a lo ajeno y con una gran apertura hacia el cambio. Sin embargo, todos los relatos históricos, describen a los aborígenes como personas muy abiertas y cordiales con los continuos visitantes de las islas, lo que nos hace concluir que los habitantes de las islas fueron siempre así.

En Lanzarote, tal como hemos expuesto ya en apartados anteriores, la creciente inmigración y oferta turística de los últimos años está, una vez más, modulando las costumbres y valores tradicionales de antaño. Esta circunstancia, al producirse a pasos tan agigantados, está produciendo, a su vez, grandes discrepancias intergeneracionales (sobre todo de padres a hijos) en el modo de pensar, actuar y sentir, las que a su vez derivan en continuos conflictos relacionales. Los padres están perdiendo la potestad de ejercer patrones culturales comunes a la colectividad, con lo que su tradicional influencia en la configuración de la personalidad actual de los hijos ha perdido relevancia.

Por otro lado, la influencia de las modernas tecnologías, los nuevos medios de comunicación, los cambios experimentados por las transformaciones económicas y los nuevos hábitos de consumo y ocio, están produciendo también importantes transformaciones en la mentalidad y las pautas sociales de los isleños. Por eso es difícil describir, hoy por hoy, una cultura insular, no sólo porque no hay una única cultura, sino porque ésta se encuentra en estos momentos en proceso de cambio.

No obstante, y a grandes rasgos, podemos definir la cultura del pueblo de Lanzarote actual, como la cultura del ocio.

La gente se ha acostumbrado a ganar dinero relativamente fácil, y a vivir el "hoy" del turista que va de paso. Siendo un pueblo trabajador, se está educando en la cultura del consumo de lo material (trabajar para comprar; tener para gastar). No le preocupan las grandes cosas y cultiva su bienestar material y estatus social. Está dejando de existir el espíritu de sacrificio para el futuro en favor del cultivo del hedonismo. Se han anulado completamente los valores religiosos. La familia, de gran arraigo en la cultura insular, ha perdido relevancia social. Prevalecen pocos elementos de la moral tradicional, pero es un pueblo con ética, respetuoso, solidario, hospitalario y amable, en el que también predomina la alegría.

Otra característica que ha marcado y marca a este pueblo es su condición insular. Tradicionalmente, ha padecido un doble aislamiento, del exterior por los límites geográficos, y del interior por la escasez de comunicaciones.

Hoy, con el desarrollo de los transportes y las nuevas tecnologías, no podemos hablar de aislamiento en sentido estricto; sin embargo, sigue existiendo, en cuanto que traspasar los límites de la insularidad supone depender de otros factores, sobre todo económicos, no siempre disponibles.

En torno a la infancia, también se está cultivando la cultura del consumo más que el de la producción. Muchas veces, los propios padres prefieren no estar con sus hijos para trabajar y poder dotarles de condiciones materiales, probablemente, porque es de lo que ellos carecieron. Con ello, se está generando la competitividad material en los grupos de iguales (quién tiene más cosas) y la frustración (al tener otras cosas que ellos no tienen). Los niños, por otra parte, prefieren consumir horas de televisión a jugar.

Al permanecer los padres muchas horas fuera de casa, se ha fomentado el consumo de actividades extraescolares con consecuencias no siempre gratificantes como, estrés infantil, pocas relaciones sociales al no tener tiempo para salir a la calle y/o jugar, competitividad social, etc.

Finalmente, al ser cada vez menos el tiempo que los niños comparten con los amigos y los padres, se está perdiendo toda la riqueza de la transmisión del folklore infantil, como los juegos, los cantos y los cuentos. Con ello, no sólo se pierde parte del patrimonio cultural tradicional, sino que los niños se están viendo desposeídos de una cultura propia de la infancia.

4. Planteamientos generales de la investigación

4.1. Objetivos

Sin caer en un determinismo geográfico-cultural, tomaremos el marco insular de Lanzarote, como contexto desde el que hay que partir para entender las peculiares manifestaciones sintomáticas tanto del fracaso escolar como de su posible etiología depresiva.

En muchos aspectos, serán comunes a las de otras poblaciones, pero en otros pesará mucho su singularidad geográfico-cultural, y en este sentido hemos creído conveniente esta demarcación previa.

Partiendo de ésta y de los datos obtenidos a partir de los estudios anteriores, éste se planteó con los siguientes objetivos:

1. Confirmar el síndrome depresivo a través de un diagnóstico clínico-etnográfico.
2. Establecer el índice de prevalencia definitivo de depresión infantil en la isla de Lanzarote (a partir de este diagnóstico se excluirán los falsos positivos identificados en el estudio anterior).
3. Interpretar el síndrome depresivo desde el entorno geocultural en el que se ubica y desarrolla.
4. Redefinición del cuadro sintomatológico a partir de las características encontradas.

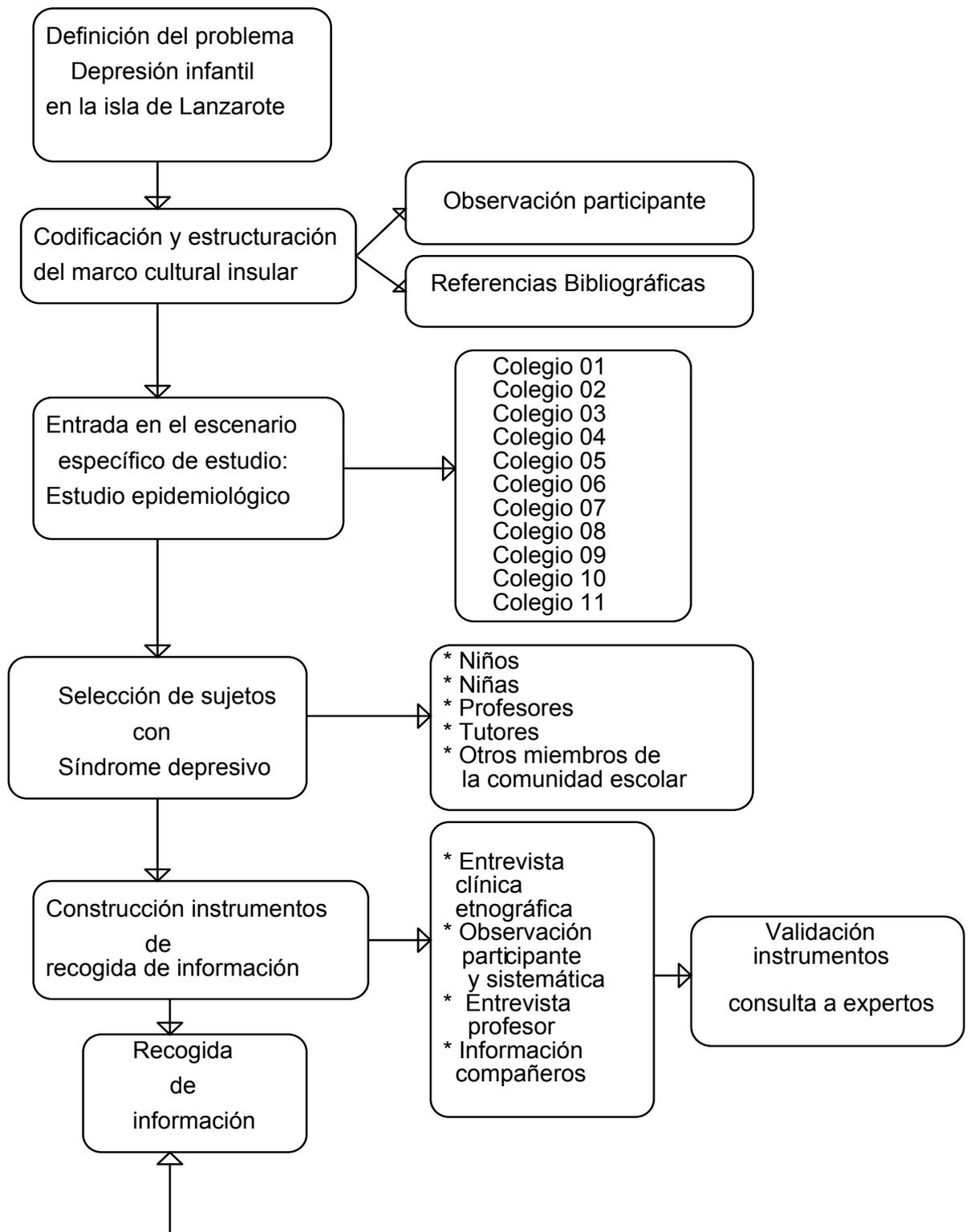
4.2. Diseño de la investigación

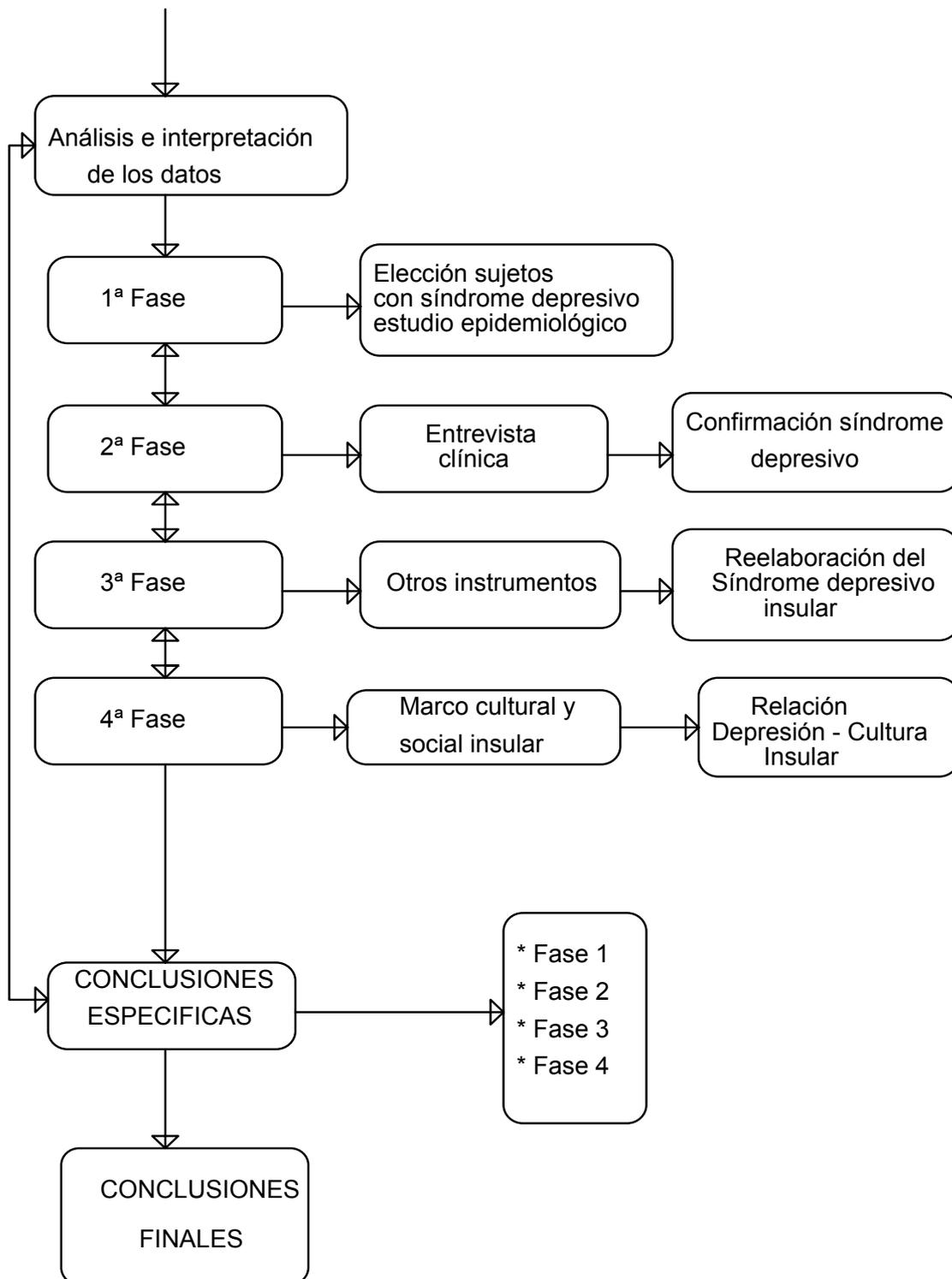
En investigación etnográfica no cuentan los diseños previos, pues son los propios datos obtenidos los que van configurando el mismo. Es decir, que el diseño etnográfico se va construyendo progresivamente a lo largo del desarrollo de la investigación.

La recogida de información no se inicia con el presente estudio, ya que, gran parte de la misma está integrada en las propias vivencias de la

investigadora. Además, los estudios anteriores han permitido delimitar el problema, encontrar variables relacionadas, identificar sujetos informantes, etc., circunstancia que permite trazar un diseño bastante aproximado de la etnografía que pretendemos elaborar (Guerrero López, 1991). Expondremos a continuación un esbozo del mismo.

Figura 1. Diseño del estudio etnográfico





4.3. Definición de "caso" y "no caso" para esta investigación

En el apartado dedicado a este mismo epígrafe en el estudio epidemiológico, se expuso la necesidad de una buena definición de "caso" en estudios discriminativos de este tipo. En aquel momento, se hizo una primera selección de casos, atendiendo a un criterio cuantitativo y menos severo, adecuado a los fines del estudio: discriminar síndrome depresivo entre una muestra muy amplia de población normal. Para confirmar el síndrome, objetivo de esta nueva fase de estudio, se requiere un diagnóstico más exhaustivo de los casos detectados a través de los instrumentos de *screening* utilizados en el estudio epidemiológico. A pesar de que hay trabajos que se han basado sólo en el criterio marcado por el instrumento de *screening* (Lefkowitz y Tesiny, 1981), se prefirió hacer un segundo diagnóstico, pues la relación entre síntomas de depresión (presentes en los instrumentos de *screening*) y síndrome depresivo no está suficientemente explicitada en la actualidad (Hirschfield et al. 1982).

Esta nueva fase de diagnóstico tiene como objetivo confirmar que los sujetos discriminados son en realidad sujetos con presencia de síndrome depresivo, lo que exige una nueva definición de qué se considera "caso" (sujeto con presencia de síndrome depresivo), criterio al cual nos ceñiremos para realizar el diagnóstico .

El criterio utilizado para esta nueva definición de "caso" es el clínico-etnográfico. Recordemos que este criterio se basa en la presencia/ausencia de síntomas concretos detectados a través de una entrevista clínica. La decisión última sobre este tipo de diagnóstico deberá ser llevada a cabo por un clínico². Hoy existe un gran acuerdo en que el modelo clínico sigue siendo el más adecuado para el diagnóstico en psicopatología infantil (Domenech y Polaino-Lorente, 1990).

²Para esta tarea se solicitó y recibió la colaboración del equipo de psicólogos del Centro INFAD de Psicología (Barcelona), quienes, junto a la investigadora, sometieron a discusión cada uno de los casos y dictaron los respectivos diagnósticos.

Para la recogida de información, se diseñó un modelo de entrevista semiestructurada³ y observación sistemática y participante (Ver Apéndice IV), con el fin de valorar un amplio espectro de parámetros sobre la depresión en la infancia. La condición de "caso" se atribuye a los sujetos que manifestaran en la entrevista clínica cumplir los criterios del DSM-III-R. El que se utilice este tipo de criterios y no otros obedece a dos motivos: los criterios del DSM-III-R son los más universalmente utilizados y a los que los clínicos atribuyen una gran validez; por otro lado, los estudios epidemiológicos sobre depresión infantil que se han realizado en España han seguido estos mismos criterios, hecho por lo que también los utilizamos para hacer posible comparaciones futuras.

En este estudio se ha querido diagnosticar solamente la categoría a la que hace referencia el DSM-III-R de *Depresión Mayor*. El requisito temporal (un año de duración) que exige el DSM-III-R para los trastornos distímicos, no nos permitió o nos impidió llevar a cabo diagnósticos de este tipo. Con ello, no concluimos que en los sujetos detectados queden excluidos los posibles casos perteneciente a estos trastornos. Por otro lado, los instrumentos diseñados están todos orientados al diagnóstico de la depresión como tal y no al trastorno distímico.

4.4. *Sujetos*

Para la descripción de los sujetos objeto de estudio en esta fase de la investigación, hemos de hacer previamente el diagnóstico clínico a través del cual seleccionaremos los casos (sujetos con síndrome depresivo). Como este procedimiento es amplio y forma parte de los objetivos de este estudio, preferimos presentar las características de los sujetos en dicho apartado (Ver punto 4. Diagnóstico clínico: confirmación del síndrome depresivo).

³Para la elaboración de la entrevista se tuvo en cuenta: algunos modelos de entrevista clínica estructurada, como la entrevista de Poznanski (1985); los criterios diagnósticos del DSM-III-R; literatura científica sobre psicopatología infantil; el marco cultural y social de la isla; y el asesoramiento del equipo de psicólogos del Centro INFAD (Barcelona).

4.5. Descripción y análisis de las técnicas de recogida de información

Para la elaboración de los instrumentos de recogida de información (Ver Apéndice 4) se tuvo en cuenta: literatura científica sobre depresión en la infancia, literatura científica sobre la técnica de la entrevista y observación participante y revisiones hechas por otros investigadores con experiencia en este tipo de estudios⁴.

A) Entrevista clínico-etnográfica con el niño

El objetivo de la entrevista realizada con los niños fue doble, por un lado que cumpliera los requisitos de una entrevista clínica para diagnosticar depresión en niños y, por otro, que sirviera de instrumento de investigación etnográfica.

Esta técnica consistió en una entrevista semiestructurada (se parte de un guión previo sobre las cuestiones específicas que el investigador quiere reunir; en el desarrollo de la misma se va modificando y ampliando en contenido y orden en función de las respuestas de los sujetos). La información requerida para el diagnóstico hace referencia, mayoritariamente, a la presencia/ausencia de los criterios del DSM-III-R. Los datos que se trataron de recoger para la investigación tienen que ver con aspectos relacionados con la presencia de síndrome depresivo, descritos en los estudios elaborados en torno al tema, y características étnicas de la cultura infantil.

Los datos obtenidos son finalmente categorizados y organizados a través de distribuciones de frecuencias. Si bien la información se va analizando a lo largo de todo el estudio, es al final, a partir de las distribuciones de frecuencia, cuando se hacen las pertinentes interpretaciones.

⁴Para la elaboración y aplicación de instrumentos, se recibió el asesoramiento de los psicólogos de la *Clínica INFAD* (Barcelona) y los profesores del *Area de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación* de la Universidad de La Laguna.

Las entrevistas se desarrollaron fuera del aula, en lugares propios para ella, y la duración de la misma fue variable, en función de las características de cada niño.

B) Entrevista para profesores

Las características técnicas de esta entrevista son similares a la entrevista para los niños (Ver Apéndice IV).

Con la misma se pretendió recoger información sobre: características y comportamiento del grupo-clase, manifestaciones conductuales del niño en el colegio, datos sobre sus características cognitivas y rendimiento, datos biográficos y circunstancias de vida, etc. Esta entrevista se llevó a cabo en dos fases: la primera, cuando se recogieron los datos del estudio epidemiológico, y hacía referencia a todos los miembros del grupo estudiado. La segunda se llevó a cabo en esta fase de investigación, y estaba dirigida a recoger información individualizada de cada uno de los casos estudiados.

La duración de la misma fue variable, en función de la cantidad de datos que estos informantes tuvieran que aportar.

Esta información se considera de mucha utilidad, no sólo para la construcción de la etnografía, al ser los maestros agentes importantes del contexto estudiado, sino también para la construcción del diagnóstico clínico.

C) Observación participante del investigador

La observación participante es la principal técnica etnográfica de recogida de datos. Como se puede aplicar a cualquier manifestación observable de la realidad, para el presente estudio etnográfico-clínico se convirtió en el principal instrumento de recogida de información. Como complemento a ésta se utilizaron las otras técnicas e instrumentos.

Para la realización de la misma se ha pasado el máximo de tiempo posible con los individuos objeto de estudio, en su entorno escolar. Se hicieron observaciones, mayoritariamente, en el aula y en el patio de recreo. En lo que respecta al marco cultural, al ser el investigador miembro de la comunidad estudiada, ha podido vivir del mismo modo que ellos.

Se partió de aspectos previamente fijados (previo a la recogida de datos propiamente dicha) que se iban ampliando en el transcurso de la investigación. Lo observado se fue anotando en *notas de campo*, donde se incluyeron comentarios interpretativos basados en las propias percepciones.

Una vez finalizada la recogida de datos, éstos se redujeron a categorías para una mejor interpretación de los mismos.

D) Observación sistemática no participante

En este tipo de observación el observador se mantiene ajeno y neutro a lo que sucede y recoge la información que necesita.

Para el desarrollo de la misma se partió de un guión preestablecido estandarizado (Ver Apéndice 4), donde se definieron las conductas específicas a observar. Este guión fue elaborado a partir de la información obtenida a través de la observación participante, la literatura científica sobre los cuadros psicopatológicos en la infancia y los criterios del DSM-III-R que se pretenden verificar.

Las observaciones se llevaron a cabo con cada uno de los sujetos objeto de estudio y dentro del marco escolar en tres contextos distintos: dentro del aula, en el patio de recreo y en el momento en el que se iban cumplimentando los otros instrumentos de evaluación e investigación.

En cada una de las entrevistas al profesor, se hizo un intercambio de opiniones con éste con vistas a confirmar y completar aspectos poco claros de las observaciones realizadas.

Estos datos pasaron a formar parte de la distribución de frecuencias, junto a los obtenidos a partir de la observación participante, para la interpretación posterior.

4.6. *Criterios de credibilidad*

Estos criterios se refieren al conjunto de requisitos que se han reunido para dotar al estudio de mayor rigor científico. Para ello, se han seguido los criterios propuestos para la investigación etnográfica por Guba (1983) y que se corresponden con la validez interna, validez externa, fiabilidad y objetividad de las investigaciones experimentales. Estos se refieren a:

- *Credibilidad*: se procuró que el tiempo de permanencia en el campo y el tipo de información recogida fuera lo suficientemente amplia y precisa a los fines de la investigación. La recogida de información finalizó cuando se consideró que los datos obtenidos hasta el momento eran los adecuados. Otro criterio, utilizado para dotar a la investigación de mayor credibilidad, adoptar revisiones y opiniones de expertos en la elaboración de los instrumentos y análisis de los datos.
- *Transferibilidad*: para que los resultados fueran aplicables y válidos para posteriores problemas de investigación a desarrollar en otros contextos, se trató de ser lo más riguroso posible en el método. Para la selección de la muestra, como se ha expuesto en los apartados pertinentes, se han seguido procedimientos de carácter estadístico a unos niveles altos de significatividad para el primer muestreo (estudio epidemiológico) y, ajustándonos a unos criterios mundialmente conocidos y utilizados (DSM-III-R), para la selección de los casos en el segundo.
- *Dependencia*: si bien con el criterio anterior pretendemos que nuestras hipótesis de trabajo sean transferibles a otros contextos similares, con el presente, ponemos de manifiesto nuestra renuncia a la replicación, en cuanto que entendemos que el problema estudiado desde un contexto

determinado, es una situación única, con características propias, que debe afrontar y resolver cada investigador en su campo.

- *Confirmabilidad*: entendemos que todo estudio de estas características debe aceptar el carácter personal valorativo e interpretativo (aunque redunde en el detrimento de la objetividad requerida en tipo de metodologías) del investigador. Sin embargo, se trató de llegar a un acuerdo consensuado, a partir de la *triangulación* de los datos obtenidos a través de las distintas fuentes o instrumentos y métodos. Además, se pretendió llegar a una *intersubjetividad*, a partir de la suma de la subjetividad del investigador y la subjetividad de las otras personas que han colaborado en la investigación (equipo de expertos y profesores del centro), con el fin de dotar a la investigación de mayor objetividad.

5. Diagnóstico clínico: confirmación del síndrome depresivo

5.1. Sujetos

El presente estudio se inició con los sujetos que cumplieron los requisitos establecidos en la "definición de caso" para el estudio epidemiológico. Recordemos que éstos son los que constituyeron el grupo con presencia de *síndrome depresivo* en el estudio comparativo. Este grupo estaba constituido por 28 niños y 30 niñas de 9 a 12 años de edad.

5.2. Procedimiento

Para la confirmación de la muestra para el presente estudio etnográfico, hubo que confirmar previamente el síndrome a partir de los criterios establecidos en la "definición de caso" para esta fase.

Para la realización del diagnóstico, se partió de los datos obtenidos a través de la entrevista clínico-etnográfica, de las observaciones y de los

resultados obtenidos en el cuestionario de densidad sintomática de Cobo (1992). El procedimiento utilizado fue el siguiente:

1. Se categorizaron los contenidos de las entrevistas y las observaciones y se fueron sintetizando en una tabla de doble entrada en la que, en cada fila se recogen los datos de cada uno de los sujetos y, en cada columna, los datos referentes a cada una de las categorías establecidas.⁵
2. Se hizo una selección, no definitiva, de casos a partir de las puntuaciones obtenidas por los sujetos en el cuestionario de densidad sintomática (Cobo, 1992).
3. Se procedió posteriormente a comprobar qué criterios del DSM-III-R cumplían cada uno de los sujetos. Para ello se elaboró otra tabla de doble entrada en la que, en cada fila se recogen los datos de cada uno de los sujetos (en forma de "*", que representa la presencia del criterio), y en cada columna los criterios del DSM-III-R.
4. La selección definitiva se hizo a partir de la combinación de los resultados obtenidos en el cuestionario de densidad sintomática y la presencia de los criterios del DSM-III-R. El que se haya contemplado otro criterio diagnóstico, además de los del DSM-III-R, obedece a la concepción de que los criterios diagnóstico del DSM-III-R están elaborados y concebidos para un tipo particular de cultura, la Norteamericana, por lo que no descartamos la posibilidad de elaboración de algún diagnóstico erróneo cuando éstos son aplicados en otros contextos culturales.

5.3. Diagnóstico

5.3.1. Resultados del cuestionario de densidad sintomática (Cobo, 1992)

La puntuación total obtenida en este cuestionario, a partir de la suma de todos los ítems, nos permite establecer tres niveles de densidad

⁵Al ser estos resultados los que se utilizaron también para la redacción de la etnografía, se presentan en el capítulo de *análisis e interpretación de los datos*. Agradecemos al lector que consulte dicho apartado si desea conocer los mismos.

sintomática: nivel I = nivel bajo, nivel II = nivel medio y, nivel III = nivel alto. A su vez, dentro de cada nivel se pueden establecer dos subniveles: bajo y alto. Por tanto, las puntuaciones de los sujetos se pueden distribuir en seis niveles distintos. Los resultados obtenidos se ofrecen en la tabla siguiente (Tabla 3):

Tabla 3. Resultados obtenidos por todos los sujetos en el cuestionario de densidad sintomática de Cobo

NIVELES DE DENSIDAD SINTOMATICA	<i>n</i>	%
Nivel bajo-bajo	3	5
Nivel bajo-alto	6	10
Nivel medio-bajo	17	30
Nivel medio-alto	26	45
Nivel alto-bajo	4	7
Nivel alto-alto	2	3

Partiendo de estos valores, se considera que pueden ser excluidos los sujetos que puntúan niveles bajos, es decir 9 casos. Sin embargo, no se pueden tomar decisiones hasta que no se comparen éstos con los resultados de la entrevista clínica-etnográfica.

5.3.2. Resultados diagnósticos a partir de la entrevista clínico-etnográfica

En este apartado se expondrán los resultados del análisis de la entrevista clínico-etnográfica hecha para identificar depresión mayor en los niños de la muestra, a partir de los criterios del DSM-III-R. Los casos diagnosticado de depresión mayor deben cumplir los requisitos dictados por dicho manual para esta patología.

Expondremos a continuación, de forma muy breve, cuáles son estos criterios para el diagnóstico de depresión mayor, y los aspectos evaluados a partir de la entrevista.

A) Criterios diagnósticos del DSM-III-R para la depresión mayor en la infancia

Este manual propone para el diagnóstico de depresión mayor la presencia de estado de ánimo disfórico (depresión, tristeza, apatía, desesperanza, etc.) y un mínimo de cuatro síntomas de los siguientes:

1. Pérdida de interés o placer por las actividades cotidianas.
2. Cambios de apetito.
3. Insomnio o hipersomnia.
4. Agitación o enlentecimiento motor.
5. Pérdida de energía o fatiga.
6. Culpa o autorreproche y sentimientos de inutilidad.
7. Disminución de la concentración o pensamiento.
8. Ideas o intentos de suicidio, pensamientos sobre la muerte.

El tiempo de duración que se establece, para la confirmación del diagnóstico, es de dos semanas. En nuestro estudio, esta entrevista se realizó a las cuatro semanas de habersele pasado a los niños el cuestionario de *screening* de depresión. Con ello, hemos entendido, que los síntomas han estado presentes, como mínimo, esas cuatro semanas. Por tanto, damos por cumplido este requisito en todos los sujetos de la muestra.

B) Aspectos evaluados en la entrevista clínico-etnográfica

Expondremos al lado de cada área, entre paréntesis, el criterio clínico con el que se corresponde.

- Escolaridad (satisfacción y rendimiento). (8)
- Estado de ánimo. (1)
- Esperanza de futuro. (2, 8)

- Sentimiento de inutilidad. (7)
- Culpabilidad. (7)
- Autoestima.
- Relación social.
- Satisfacción con la vida. (1)
- Energía/fatiga. (6)
- Imaginación (ideas mórbidas). (9)
- Capacidad de diversión. (2)
- Lloranto.
- Sueño. (4)
- Apetito. (3)
- Comportamiento motor (movilidad y postura). (5)
- Lenguaje (habla).

La información obtenida en la entrevista, acerca de las áreas mostradas, nos permitió evaluar el grado de severidad de los síntomas. Como se ha podido observar, el contenido de la entrevista recoge todos los requisitos exigidos por el DSM-III-R para el diagnóstico de depresión mayor. Para determinar si las respuestas dadas cumplían el nivel mínimo exigido, para la atribución de los criterios, se solicitó el asesoramiento del equipo de psicólogos de la clínica INFAD (Barcelona).

Expondremos a continuación los resultados obtenidos (Tabla 4), una vez finalizado el diagnóstico, para cada caso.

Tabla 4. Presencia de criterios del DSM-III-R en cada caso

Nº.Suj.	Humor	F.Interés	Pr.Comida	Sueño	Pro.Mot.	Falt.energ	Culpa	Pr.Concent	Muerte	P.Cobo
1	*				*			*	*	MB
2	*	*	*	*	*	*	*		*	AA
3	*	*			*		*	*		MA
4	*	*	*	*	*	*	*	*		MA
5	*	*	*		*		*	*	*	MA
6					*	*		*	*	BB
7	*	*	*	*	*		*	*		MB
8	*	*	*	*	*	*	*		*	MA
9	*		*	*				*	*	MA
10	*	*	*	*	*	*		*		MA
11	*		*			*		*		MB

Tabla 4. Presencia de criterios del DSM-III-R en cada caso (continuación)

Nº.Suj.	Humor	F.Interés	Pr.Comida	Sueño	Pro.Mot.	Falt.energ	Culpa	Pr.Concent	Muerte	P.Cobo
12	*		*	*				*	*	MB
13	*	*		*					*	BA
14		*	*	*		*	*	*		MA
15	*	*		*	*	*	*	*	*	BA
16		*	*		*	*				BA
17	*	*	*	*	*		*			MB
18	*	*	*	*		*	*	*	*	AB
19	*	*				*	*	*		MA
20	*	*	*	*		*	*	*		MA
21	*		*	*		*	*	*		MA
22	*	*		*		*			*	MA
23	*									BA
24	*	*	*		*	*	*	*	*	MA
25	*	*	*		*				*	MB
26						*				BA
27							*		*	MB
28	*		*			*				MA
29	*		*		*	*	*	*		BA
30								*		BB
31	*	*		*	*	*	*		*	AA
32	*	*	*	*	*	*			*	MA
33										BB
34	*	*		*		*			*	MA
35	*	*		*	*	*				MB
36	*	*	*			*			*	MA
37	*	*	*	*	*	*	*	*		MB
38	*	*		*		*	*	*	*	MA
39	*			*		*	*	*	*	MB
40	*	*			*	*	*	*		MB
41	*	*	*		*	*	*			MB
42	*		*	*	*			*		MA

Tabla 4. Presencia de criterios del DSM-III-R en cada caso (continuación)

Nº.Suj.	Humor	F.Interés	Pr.Comida	Sueño	Pro.Mot.	Falt.energ	Culpa	Pr.Concent	Muerte	P.Cobo
43	*	*				*		*	*	MB
44	*		*			*			*	MA
45	*		*	*		*		*		MA
46	*	*	*		*	*	*	*	*	AB
47		*		*	*		*	*		MB
48	*	*		*	*	*	*	*	*	AB
49	*	*					*	*		MB
50	*	*	*	*	*	*		*	*	AB
51	*	*	*	*		*		*	*	MA
52	*	*	*		*			*		MA
53	*	*		*	*	*		*		MA
54	*	*		*	*			*	*	MB
55	*	*		*	*		*	*		MB
56	*				*		*	*	*	MA
57			*	*		*				MA
58	*			*	*	*		*		MA

Siguiendo los criterios de este manual diagnóstico, trece casos no reúnen los requisitos exigidos para el diagnóstico de depresión mayor.

C) Diagnóstico de Depresión Mayor en la isla de Lanzarote

Aunque se han seguido los criterios del DSM-III-R, nuestra propuesta diagnóstica es un diagnóstico global, que tenga en cuenta la realidad total del sujeto, no ceñida exclusivamente unos criterios preestablecidos. Por ello la confirmación diagnóstica se ha realizado partiendo de los otros criterios expuestos.

Una vez analizados todos los datos se decidió atribuir el diagnóstico de depresión mayor a todos los casos que cumplieran los criterios del DSM-III, más un caso que no presentaba ánimo disfórico pero que presentaba un

cuadro sintomático muy extenso. Por tanto, de los 58 casos, se les atribuye el diagnóstico de depresión mayor a 44. En apartados posteriores todos los análisis girarán en torno a este grupo.

6. Descripción y Análisis de los datos: características de los sujetos diagnosticados de depresión mayor en la isla de Lanzarote

Cuando un etnógrafo ha terminado su estancia en la comunidad estudiada, procede a la reordenación del material en vistas a la construcción de una monografía etnográfica que, a la vez que describa holísticamente la cultura de la comunidad, defina sus señas de identidad étnica, y otorgue herramientas conceptuales para resolver los problemas que la propia comunidad encuentra en el camino de resolución de sus objetivos como grupo.

Una vez terminado nuestro trabajo de campo etnográfico en los colegios de Lanzarote, a través del cual pretendíamos verificar la epidemiología depresiva infantil y su incidencia en el rendimiento escolar, hubiéramos podido redactar una monografía descriptiva (o etnográfica) sobre ese grupo concreto de escolares depresivos lanzaroteños. Sin embargo, creemos más oportuno obviar el relato de las entrevistas y descripciones clínicas y pasar a sintetizarlas por categorías en las tablas siguientes (Tablas 5-15)⁶.

⁶Con la intención de facilitar la identificación de los sujetos que integran las distintas tablas (criterios del DSM-III-R y categorías) hemos respetado el mismo número identificativo, razón por la cual, en las tablas de categorías, aparecen éstos saltados.

Tabla 5. Datos obtenidos a partir de las entrevistas con los niños/as

	SENTIMIENTOS HACIA COLEGIO	PRESENCIA DE TRISTEZA
2	Le gusta estudiar pero no los compañeros	Muy triste, niños no la quieren. Ella no quiere padrastro
3	No le gusta el colegio porque no le gusta estudiar	Muy triste no sabe por qué
4	No le gusta el colegio por los exámenes	Muy triste no sabe por qué
5	Le gusta para jugar con sus amigos, no estudiar	Triste porque sabe menos
7	Se quedaría en casa no le gusta estudiar	Muy triste no sabe por qué
8	Le gusta un poco para ver a los amigos, no estudiar	Muy triste cuando piensa en el pasado
9	Si le gusta	Solo un poco triste
10	No le gusta nada	Triste, no sabe por qué
11	Si le gusta	Triste no sabe por qué
12	Solo un poco, no estudiar	Muy triste le pasa algo con su madre
14	Le gusta porque juega, no estudiar	Muy triste, le dicen mariquita
15	Si porque se aburre en su casa	No se siente triste
17	Si porque juega	Triste, los niños no le dejan jugar
18	Sólo un poco	Muy triste, sus padres le pelean
19	No porque no le gustan los deberes	Muy triste, sus amigos no le quieren
20	Un poco porque se cansa	Triste, se aburre mucho en su casa
21	No le gusta, se aburre	Muy triste, no sabe por qué
22	Sólo un poco	Triste, preocupada por su madre. No vive con ella
24	Si porque aprende	Sólo un poco triste
25	No porque se cansa	Muy triste, tiene mala suerte
29	Le gusta	Triste, se aburre mucho
31	Le gusta	Muy triste, no sabe por qué
32	Solo un poco	Muy triste, no le hacen caso
34	Le gusta	Muy triste, no tiene con quién jugar
35	No porque no le gusta estudiar	Triste, miedo a suspender
36	No porque se aburre	Muy triste, se siente solo
37	Si le gusta	Muy triste, cuando piensa en la vida
38	Sólo un poco	Muy triste, en su casa está sola
39	Solo a veces, no le dan ganas de levantarse	Triste, tiene celos de su hermano
40	Un poco no le gusta estudiar	Triste, su padre está malo
41	No porque se aburre	Muy triste, no se lleva con los niños de clase
42	Si le gusta	Sólo un poco triste
43	No porque no le gustan los deberes	Muy triste, le arrestan en casa
45	Si le gusta	Muy triste, no sabe por qué
46	Solo un poco	Muy triste, por lo que pasa en su casa
48	Si le gusta	Triste, no quieren jugar con ella
50	Sólo un poco	Muy triste, a nadie le gusta
51	No porque no le gustan los deberes	Sólo un poco triste
52	Si le gusta	Muy triste, no sabe por qué
53	No porque no le gustan los deberes	Triste, sus padres le pelean
54	Si le gusta	Muy triste, nadie le hace caso
55	Sólo un poco	Triste, en el colegio
56	No porque no le gusta estudiar	Triste, no sabe por qué
58	No porque se aburre	Triste, no sabe por qué

Tabla 6. Datos obtenidos a partir de las entrevistas con los niños/as

	AUTOCON	OTROS SÍNTOMAS	TIEMPO Y LUGAR
2	Regular	Problemas comida y sueño. Cree nadie le quiere. Piensa tirarse balcón	En todos lados, desde siempre
3	Muy bajo	Cree nadie la quiere	En su casa
4	Bajo	Problemas con comida y sueño. Muy mal, ganas de llorar	En el colegio y en su casa
5	Bajo	Problemas con comida. Muy mal	En todos lados desde hace un año
7	Normal	Prob. comida y sueño. No ganas de estudiar, no ganas de levantarse	En todos lados, desde hace tiempo
8	Muy bajo	Problemas con comida y sueño. Cree que siempre hace cosas malas	Sobre todo en su casa
9	Normal	Problemas con comida y sueño. Ganas de no hacer nada	En su casa
10	Bajo	Problemas con comida y sueño. Vergüenza de hacer cosas	En todos lados
11	Muy bajo	Problemas con comida. Ganas de irse lejos	En su casa
12	Normal	Problemas con comida y sueño. Cree no sabe hacer nada	En todos lados, hace un tiempo
14	Bajo	Problemas con comida y sueño. Cree no sabe hacer nada	En todos lados
15	Muy bajo	Problemas con el sueño. Deseos de ser distinto	En todos lados, siempre
17	Bajo	Problemas con comida y sueño. Muy mal, ganas de irse sola	En todos lados, siempre
18	Bajo	Problemas con comida y sueño. Ganas de no hacer nada	En todos lados, hace mucho tiempo
19	Normal	Ganas de no hacer nada	En todos lados, hace mucho tiempo
20	Bajo	Problemas con comida y sueño. Ganas de llorar y estar sola	En todos lados, siempre
21	Bajo	Problemas con comida y sueño. Ganas de encerrarse en su casa	En todos lados, hace un año
22	Normal	Problemas con el sueño. Dar puñetazos a la pared	En todos lados, hace poco tiempo
24	Muy bajo	Problemas con comida. No hablar	En todos lados
25	Medio bajo	Problemas con comida. Muy desgraciado, ganas de estar solo	En todos lados, hace tiempo
29	Medio bajo	Problemas con comida. Muy aburrido	En su casa, siempre
31	Medio bajo	Problemas con sueño. Muy mal, ganas de no hacer nada	En todos lados, siempre
32	Bajo	Problemas con comida y sueño. Mucha rabia, ganas de no hacer nada	En todos lados, hace tiempo
34	Muy bajo	Problemas con el sueño. No ver a nadie	Más en su casa, hace mucho tiempo
35	Medio bajo	Problemas con el sueño. Muy mal, mucha angustia	Todos los sitios, hace tiempo
36	bajo	Prob. comida. Ganas de no hacer nada. Dice es más lista que otros	En su casa, hace tiempo
37	Bajo	Problemas con comida y sueño. Muy aburrida, desea la vida sea distinta	En su casa, poco tiempo
38	bajo	Problemas con el sueño. Muy aburrida	En su casa, siempre
39	Normal	Problemas con el sueño. Ganas de acostarse, llorar	En su casa, hace tiempo
40	Bajo	Ganas de no hacer nada	En todos sitios, hace tiempo
41	Bajo	Problemas con comida. Triste, ganas de llorar, culpable, muy mal	En todos lados, últimamente
42	Bajo	Problemas con comida y sueño. Ganas de no hacer nada	En todos sitios, hace poco
43	Normal	Encerrarse en casa	En muchos sitios, hace tiempo
45	Bajo	problemas con comida. Mal, ganas de llorar	En el colegio, últimamente
46	Normal	Problemas con comida. Ganas de no hacer nada, cansada	En todos lados, hace tiempo
48	Bajo	problemas con el sueño. Muy mal, ganas de llorar	En todos lados, hace tiempo
50	Medio bajo	Problemas con comida y sueño. Muy mal, ganas de llorar	En su casa, mucho tiempo
51	Bajo	Problemas con comida y sueño. Muy mal, no le gusta el colegio	En todos lados, algún tiempo
52	Muy bajo	Problemas con comida. Mal, ganas de no hacer nada	Más en el colegio, hace tiempo
53	Normal	Problemas con sueño. Muy mal	En el colegio, hace tiempo
54	Bajo	Problemas con sueño. Mal, ganas de llorar, irse del colegio	En todos lados, hace mucho tiempo
55	Normal	Problemas con sueño. Ganas de no hacer nada	En todos lados, hace mucho tiempo
56	Bajo	Mal, no le gustan los amigos	En su casa más, hace tiempo
58	Bajo	Problemas con sueño. Ganas de no hacer nada	En todos lados, últimamente

Tabla 7. Datos obtenidos a partir de las entrevistas con los niños/as

	SE SIENTE DISTINTO A LOS OTROS NIÑOS	EXPECTATIVAS DE FUTURO
2	Si, por ser inglesa, cree no la quieren por eso	Ninguna, no cree que la vayan a querer. En el trabajo si.
3	No se siente distinto	Solo un poco bien
4	Si, porque no ve bien	No cree que le vaya bien
5	Si, porque le parece sabe menos que otros	Cree le irá un poco mejor
7	No se siente distinto	Cree le irá un poco mejor
8	No se siente distinto	No, no sabe hacer nada
9	No se siente distinto	Cree le va a ir mal
10	No se siente distinto	Cree le irá un poco mejor
11	Si, no sabe en qué	No sabe mucho
12	Muy distinto en todo	No cree le vaya a ir bien
14	No se siente distinto	No cree le vaya a ir bien
15	Muy distinto su casa	Sólo un poco mejor
17	Muy distinto	Todo le irá mal
18	Si, no sabe en qué	Todo le irá mal
19	Si, no sabe en qué	Sólo un poco mejor
20	Sólo un poco distinto	Cree le irá normal
21	Si, porque a nadie le gusta	No cree le vaya a ir bien
22	Si, vive en la residencia	Cree le va a ir mal
24	No se siente distinto	Cree le ira mejor
25	Si, es más desgraciado	Cree le irá bien
29	No se siente distinto	Cree le irá bien
31	Un poco distinto sólo	No cree le vaya a ir bien
32	Un poco distinto	Cree le va a ir regular-mal
34	Muy distinto, en todo	No sabe mucho
35	Si, menos estudioso que los otros	Cree le irá regular
36	Si, los otros no saben hacer cosas que ella si	Cree le irá bien
37	Muy distinta	Cree le va a ir muy mal
38	No se siente distinto	Cree le irá bien
39	No se siente distinto	Solo regular
40	No se siente distinto	Cree le irá mal
41	Si, es más fea	No sabe
42	Si, es más feo	Cree le irá medio mal
43	No se siente distinto	Cree le irá mejor
45	Si, algunas cosas ella es mejor	Cree le irá bien
46	No sabe	Cree no va a estar tan triste
48	No se siente distinto	Cree le va a ir bien
50	Si, no sabe en qué	Sólo regular
51	No se siente distinto	Muy mal, le va mal en los estudios
52	Si, sabe menos	Cree le irá bien
53	Un poco distinto	Cree le irá bien
54	Un poco distinto	Sólo regular
55	No se siente distinto	No sabe bien
56	No se siente distinto	Muy mal porque no estudia
58	Muy distinto, en todo	Cree le irá mejor

Tabla 8. Datos obtenidos a partir de las entrevistas con los niños/as

	CREEN SUS PADRES LE QUIEREN	BUENOS AMIGOS	CÓMO LE TRATAN LOS DEMÁS
2	Poco, Se culpa de la separación	No, ninguno	Todos muy mal
3	Sólo a veces un poco	Sólo alguno	Bien
4	Si	Pocos, y le pelean	Bien
5	Si	Alguno	Todos mal, le dicen cosas
7	Si, vive con un padrastro	Si	Bien
8	Si	Si	Bien
9	Si	Si	No muy bien
10	Si	No muchos	Bien
11	Si	Si	Bien
12	Si	Muy pocos	No muy bien
14	Si	Si	Amigos muy mal. Resto regular
15	Si	Muy pocos	Unos bien otros mal
17	A veces. Ellos quieren estar solos	No, ninguno	Todos muy mal
18	No, una vez detestaron que naciera	No, nadie quiere jugar con él	Algunos bien, su hermana mal
19	No. Le mandan a jugar fuera	Sólo algunos	Regular
20	Si	Si	Bien
21	No, porque rompe cosas sin querer	No muchos	Muy mal
22	A veces si, otras no por suspender	No, ellos siempre juegan con otros	Regular
24	Si	Si	Regular
25	Si	Si	Bien
29	Si	Si	Bien
31	Si	Si	A veces bien, otra mal
32	Si	Sólo algunos	Mal
34	No sabe mucho	Si	Muy mal
35	Si	Si (la maestra dijo que no)	Regular, algunos mal
36	No, sólo hablan de sus hermanos que tienen menos notas que ella	Si	Mal
37	Sólo a veces	Sólo uno, otros no guardan secretos	Bien
38	No, no están contentos con ella	Alguno, le gustaría tener mejores	Bien
39	No sabe, solo miman a su hermano	Si	Algunos mal, otros bien
40	A veces no, por los estudios	Si	Mal
41	No, siempre le echan la culpa	Si	Mal
42	Si	No, siempre le culpan de las riñas	Bien
43	Un poco, no se porta bien	No, le gustaría tener alguno	Regular
45	No sabe, cree que si	Si	Mal, todos le pegan
46	No, porque se pelean entre ellos	Si, le gustaría tener más	Bien
48	Sólo un poco	Si	Mal
50	Si	No muchos	Algunos mal
51	No sabe	Si	Bien
52	Si	Si	Algunos mal
53	No, porque no estudia	Si	Regular
54	Si	Si	Unos bien, otros mal
55	Si	Si	Algunos mal
56	No sabe	Si	Mal
58	Sólo un poco	Sólo algunos	Unos bien, otros mal

Tabla 9. Datos obtenidos a partir de las entrevistas con los niños/as

	ESTADO FÍSICO	LE GUSTA IMAGINAR ¿QUÉ?
2	Muy cansada	Si, que escribe libros que inventa, con pájaros
3	Nada	Si, volar y saltar muy alto
4	Nada	Si, que es pintora y lee bien
5	Cansada	Si, con otro mundo y con flores
7	Nada	Si, ser inventor
8	Le duele la barriga y sudan las manos	Si, con el campo, tener una casa de campo
9	Nada	Si, que es campeón de Ralling
10	Nada	Si, que vuela
11	No puede hacer deporte	Si, lo que va a hacer
12	Nada	Si, que se hace mayor
14	Le duele la barriga. No deja de moverse	Si, que vuela
15	Nada	Si, en volar, elefantes que vuelan y colores
17	Nada	Si, todo lo que imagina sucede (pasa un gato)
18	Muy cansado	Si, que es pediatra lo que le gustaría ser
19	Un poco cansado	Si, que está en otros países
20	Cansado	Si, en las cosas que haría de mayor
21	Cansado	Si, no sabe qué
22	Algo cansado	Si, que le suceden cosas buenas en el futuro
24	Normal	Si, que se hace grande
25	Normal	Si, poder vivir en otro planeta, fantasías
29	Cansado	Si que es campeón de vela
31	Normal	Si, estar en otro mundo y que es mayor
32	Normal	Si, no sabe con qué
34	Cansada no sabe hacer nada y es lenta	Si, que no le pega su hermana
35	No tiene ganas de hacer nada	Si, que tiene una prof. que le gusta
36	Normal	Si, que es grande en lo que hará
37	No puede hacer las cosas difíciles	Si, que aprueba todo
38	Normal	Si, con cuentos
39	Muy cansado	Si, con paisajes y dibujos
40	Normal	Si, que es mayor
41	Normal	Si, que se va con su novio
42	Cansado	No imagina
43	Cansada, ganas de dormir siempre	Si, que es rico
45	Normal	Si, que tiene muchos amigos
46	Siempre muy cansada	Si, tener una mansión
48	Muy cansada	Si, que es feliz con los amigos
50	Cansado	Si, que es marinero
51	Normal	Si, no sabe qué
52	Normal	Si, en el futuro
53	Muy cansado	Si, con cosas buenas
54	Normal	Si, que el mundo sea bonito
55	Normal	Si, en cosas que le gusta jugar
56	Normal	Si, que va en un ave espacial
58	Le duele la barriga	Si, que vuela

Tabla 10. Datos obtenidos a partir de las entrevistas con los niños/as

	NIVEL RELACIONAL CON OTROS	CONTENTO CON SU ASPECTO FÍSICO
2	Mal. Ella quiere llevarse bien los otros no	No sabe
3	Bien	No le gusta cómo es nada
4	No muy bien, le gusta tener más amigas	No le gusta su cuerpo
5	Regular	Si le gusta como es
7	Se lleva bien, pero habla poco	Si le gusta como es
8	Se lleva bien, pero se relaciona poco	No le gusta como es
9	Regular, mejor con los amigos	Le gusta como es
10	Bien.	Un poco
11	Se lleva bien	Le gusta como es
12	Se relaciona poco, le gustaría hacerlo más	No le gusta como es
14	Mal, le gustaría tener buenos amigos	Si le gusta como es
15	Regular	No mucho, le gustaría cambiar gestos
17	No se lleva bien, a veces tiene algún amigo	Le gusta como es
18	No muy bien con los niños, los padres no tiene confianza	No, le gustaría ser como su hermana
19	Bien	Le gusta como es
20	Bien	Le gusta, pero le gustaría cambiar
21	Regular	Le gustaría ser más listo
22	Bien (los profesores dicen que muy mal)	Le gustaría ser de otro modo, mas estudioso
24	Bien	Le gusta como es
25	Bien	Le gusta como es
29	Bien	Le gusta como es
31	Bien	No se gusta, le gustaría ser empollón alto y guapo
32	Regular, nadie le hace caso	Le gusta como es
34	Bien	No se gusta, quisiera ser buena y hacer tarea bien
35	Bien	Le gusta como es
36	Con algunos mal, se pelean con ella	No se gusta, quisiera ser más guapa
37	Bien	Le gustaría ser de otra forma
38	Bien	Le gustaría ser de otra forma en todo
39	Regular	Le gusta como es
40	Bien	No le gusta como es en nada
41	Un poco mal	Le gustaría cambiar su cuerpo
42	Bien	No le gusta como es en nada
43	Regular	Le gusta su cuerpo como es no
45	Bien	Le gusta como es
46	Bien	Le gustaría ser de otra forma
48	Bien	Le gustaría cambiar algunas cosas
50	Bien	Le gustaría cambiar algunas cosas
51	Bien	Le gusta como es
52	Con unos bien, otros mal	No le gusta como es, cambiaría su cuerpo
53	Bien	No le gusta como es le gustaría ser más buena
54	Bien	No le gusta como es su forma de ser
55	Bien	No mucho, le gustaría ser más estudiosa
56	Regular	Le gusta un poco como es
58	Regular	No le gusta como es

Tabla 11. Datos obtenidos a partir de las entrevistas con los profesores

	Comportamiento	Dolores y enfermedades	Rendimiento general
2	Despistada y poco integrada	No	Bajo, falta de concentración
3	Muy introvertida	No	Bueno
4	Normal	No	Muy floja en lengua
5	Triste y torpe. Socialmente buena.	No	Muy mal en matemáticas
7	Raro, triste con problemas	No	Mal
8	Inadaptación. No mira a los ojos.	Muy nervioso	Muy bueno
9	Muy a la expectativa teatral	No	Muchos fallos en todas las áreas
10	Se infravalora se cree no le tienen en cuenta	No	Bajo. Se pone motes a sí mismo
11	Llama atención. Falta a clase. Despistada	Hipocondría	Repetidora muy desconcentrada
12	Poco integrada	No	Medio bajo
14	Muy activo y agresivo	No	Mal en todo
15	Poco integrado	No	Bajo
17	Problemas afectivos, los otros le rechazan	Trat. psíquico	Muy mal
18	Normal	No	Normal
19	Normal	No	Normal
20	Muy correcto	No	Normal
21	Solitario, no habla de sí, desequilibrado	No	Bajo muy atrofiado
22	Agresivo, intolerante, dominante, agresivo	No	Muy mal en todo
24	Problemático en sus relaciones	No	Muy bajo muchos problemas
25	Normal	No	Bajo
29	Normal	No	Muy bajo
31	Agresivo	No	Bueno
32	Normal	No	Normal
34	Rara; problemática y muy lenta	Se queja por todo	Muy mal en todo muy despistada
35	Muy alocado	No	Muy bajo
36	Se queja mucho por todo	Rodilla mal	Bueno
37	Probl.familiares. Mirada perdida	No	Normal bajo
38	Problemática	No	Bajo
39	Normal	No	Bajo
40	Normal	No	Normal
41	No se integra follonera	No	Bajo
42	Indeciso, irresponsable, rebelde e irritable	Epilepsia	Muy mal
43	Normal	No	Bajo
45	Normal	No	Está repitiendo va mejor
46	Muy tímida	No	Flojita en todas las áreas
48	Conflictiva, triste, comunicativa, agresiva	No	Muy floja
50	Despistado, en el aire, no cuida materiales	No	Bajo, ha ido bajando últimamente
51	Muy vago, indiferente, no hace la tarea	No	Ha ido bajando últimamente puede dar más
52	Normal	No	Muy flojita en todo
53	Problemática y triste	No	Muchos problemas de rendimiento
54	Problemática mal carácter y triste	No	Suspendió matemáticas lo demás bien
55	Poco integrado, se ríen de él, agresividad	Estudio psicol.	Muy bajo. Problemas de concentración
56	Agresivo se fuga del colegio	No	Muy mal casi no sabe leer
58	Problemas de integración agresivo	No	Muy mal en todo

Tabla 12. Datos obtenidos a partir de las entrevistas con los profesores

	CAPACIDADES	CIRCUNSTANCIAS DE VIDA
2	Pocas olvida todo es desorganizada	Padres separados, no la dejan ver padre. Oda al padrastro
3	Muy inhibida	Padres separados
4	Muchas capacidades	Es extranjera
5	Pocas capacidades intelectual.	Nada
7	Pocas capacidades	Sus padres se están separando
8	No integrado, solitario, introv. (gustan animales)	Vive en el campo sin vecinos
9	Buenas pero las merma su nerviosismo	Muy estresado actividades extraescolares. Presión familiar
10	Pocas, tímido y encogido. Es repetidor	Padres mayores. Marginado por sus hermanos más mayores
11	Buenas, muy triste, está mal muchos miedos	Su padre no vive con ella y su madre no se sabe si están separados
12	Regular	Es mulata
14	No cree, no se centra	Nada
15	Normal	Se desconoce
17	No sabe, cree no sabe hacer nada	Nada especial
18	Normal	Accidente de otro niño. Le mordió un perro
19	Regular	Se desconoce
20	Regular	Se desconoce
21	No sabe desenvolverse pero tiene capacidades	Muchos problemas familiares padres alcohólicos
22	Buena resolución de sit. cognitivas no es tonto	Padres separados. Interno colegio. Madre fines de semana
24	Normales	Padres alcohólicos con mucho desequilibrio familiar
25	Normal	Padres separados. Problemas familiares
29	Desconcentrado	Se desconoce
31	Pocas	Se desconoce
32	Regula	Se desconoce
34	No se relaciona bien con los niños. Rara.	Nada especial. Madre muy preocupada no sabe qué hacer
35	Falta de concentración y atención	Nada especial
36	Muy buenas	Se va a operar de la rodilla y está muy angustiada
37	Se queda mucho en blanco	Hija de madre soltera
38	Normal	Sus padres se están separando
39	Normal	Se desconoce
40		Se desconoce
41	Puede dar más es muy despistada	Familia despreocupada. No vienen al colegio si la llaman
42	Poca comprensión. Bajo autoconcepto	Se desconoce
43	Inhibido	Se desconoce
45	Normal	Se desconoce
46	Regular	Se desconoce
48	Regular, se está recuperando	Hija de madre soltera
50	Es inteligente	Problemas al nacer y ha estado siempre muy protegido
51	inteligente	Muy protegido
52	Regular	Una solo hermana mayor (solo)
53	Cada vez menos capacidades	Murió su madre
54	Normal	Se desconoce
55	No confía sus capacidades. Problem. desarrollo	Problemas psicológicos desde que nació
56	No tiene interés	Muy protegido
58	Podría dar más	Padres separados

Tabla 13. Datos obtenidos a partir de las entrevistas con los profesores

	CAMBIOS OBSERVADOS	NIVEL RELACIONAL
2	Siempre ha tenido los mismos problemas	Rechazada por los niños
3	Ahora es menos inhibida	No se relaciona mucho
4	Ninguno	Normal
5	Ultimamente está muy nerviosa	Regular
7	Ultimamente está muy triste y raro	Regular
8	Ha sido así siempre	Muy poco es muy solitario
9	Cada vez está más estresado	Normal
10	Como siempre	Se relaciona poco
11	Se queja más de dolores	Muy poco está siempre en su mundo
12	Ninguno	Poco
14	Ninguno	Se pelea mucho
15	Ninguno	Muy raro. Se relaciona poco. Pendiente de los demás hacen
17	Cada vez peor	Muy poco
18	Ninguno	Normal
19	Ninguno	Bien
20	Ninguno	Bien
21	Siempre así	No se relaciona está siempre solo
22	Es nuevo	Muy mal, los niños no lo quieren porque les pega
24	Siempre así	Relaciones muy pobres
25	Nada	Bien
29	Nada	Bien
31	Nada	Bien
32	Nada	Bien
34	Cada vez peor	Se relaciona muy mal
35	Nada	Bien
36	Más preocupado	Bien
37	Más despistado	Normal
38	Ha bajado su rendimiento y está menos centrada	Regular
39	Nada	Inhibida
40	Siempre igual	Normal
41	Nada	No buenas relaciones, pelea mucho, pega a los otros
42	Ahora va mejor	Normal
43	Nada	Normal
45	Siempre igual	Normal
46	Nada	Normal
48	Está mejor	Muy poco comunicativa
50	Siempre así	Mal no se integra los niños la rechazan
51	Ha bajado su rendimiento y es más descuidado	Bien
52	Ninguno	Bien
53	Ha bajado en el rendimiento y está más triste	Muy solitaria
54	Ha bajado su rendimiento	Nada bien
55	Siempre así	Muy mal lo rechazan y se rien de él
56	Ninguno	Muy mal
58	Ha bajado su rendimiento	Se pelea mucho con los compañeros

Tabla 14. Datos obtenidos a partir de las observaciones

	ASPECTO FÍSICO GENERAL	LENGUAJE
2	Inhibición motora	Nada anormal muy fluido
3	Inhibición motora, postura arqueada, muy tímida	Poco fluido
4	Inhibición motora	Habla muy bajito
5	Entecimiento motor, tímida	Muy poco fluido
7	Timidez inseguridad	Muy callado
8	Muy hiperactivo, expresiones de desagrado al hablar de sí	Entrecortado
9	Normal	Normal
10	Inhibición motora, avergonzado y encogido	Poco fluido
11	Nada anormal	Normal
12	Inhibido, muy desarrollada físicamente	Inhibida poco fluido
14	Muy en el aire, muy pequeño físicamente	Normal
15	Raro, muy a la expectativa	Poco fluido
17	Sin expresividad, encogido no se ríe	Poco fluido
18	Aspecto normal muy bajo autoconcepto	Normal
19	Normal	Normal
20	Normal	Normal
21	Tímido mirada ausente y triste, encogido	Habla muy poco, solo si le preguntan
22	Pinta de líder colaborativo	Bien
24	Cohibido no mira a la cara	Casi no habla
25	Muy calladito, casi llora triste	Habla poco
29	Muy hiperactivo y triste	Habla muchísimo
31	Extrovertido y gracioso	Normal
32	Un poco raro encogido con entecimiento motor	Habla muy poco
34	Muy rara, rígida lenta. Como un robott agarrotada asustada	Habla con la misma rigidez
35	Raro, misterioso	Normal
36	Rara y triste, rígida y sombría	Habla mucho, como asfixiada para desahogarse
37	Vergonzosa	No quería hablar, muy apurada
38	Sombría apática y encogida	No habla casi nada
39	Normal	Muy simple
40	Lenta motóricamente y cohibida	Normal
41	Inhibición motora y cohibida	Habla con normalidad
42	Despistado	Normal
43	Cohibido y triste	Entrecortado
45	Lenta motóricamente	Normal
46	Encogida, sombría y mirada perdida	Bien
48	Muy delgada y nerviosa	Normal
50	Desconfiado parado	Poco fluido
51	Pillo desconfiado y serio	Le cuesta hablar, se traba
52	Sombría y triste	No habla mucho
53	Aspecto raro, no triste	Normal
54	Muy delgada y encogida	Normal
55	Muy raro en el comportamiento	Se despistaba y dejaba de hablar
56	Inhibido y muy delgado	Entrecortado
58	Inhibición motora y mirada perdida	Le cuesta mucho hablar, entrecortado

Tabla 15. Datos obtenidos a partir de las observaciones

	COMPORTAMIENTO	OTROS
2	Muy apenada, aspecto sombrío	Se siente con mucha rebeldía hacia su madre y padrastro
3	Sombria triste casi llora	Autoconcepto muy bajo
4	Cohibida casi no habla	No sabe por qué se siente así
5	Expresión rara de resignación	Cara de pena. Muy querida en la clase por los niños, bajo rendim.
7	Como que no refleja lo que siente	Triste separación de sus padres. Problemático y distinto (maestra)
8	Muy raro, se mueve mucho, triste	Se pone muy nervioso. Introverso (tb. en clase)
9	Trata de guardar el tipo me da que no es real	Dice a su madre no tiene ganas de vivir. Muy agobiado (maestro)
10	Poco decidido	No parece sincero. Desplazado por el grupo (maestra)
11	Nada anormal	Desea mucho tener cosas que no tiene. Rendimiento muy mal.
12	Muy triste e inhibido	Parece muy desadaptada
14	No atención, habla otras cosas	Probl. relación, agresividad contenida. Muy despistado
15	Nervioso y tímido a la vez	Muy desconfiado y pendiente de las notas que tomaba
17	Todo lo ve negativo	Expr. ausente. Piensa nadie le quiere. Muchos problemas famil.
18	Normal	No cree padres le quieran. Dice sentirse mal (se muestra alegre)
19	Nada	Se siente muy incomprendido por los demás de ahí su soledad
20	Nada	Nada
21	Despistado, ojos muy abiertos,	Niño que está muy mal. Asustado, dice sentirse culpable de todo
22	Muy preocupado por los estudios	Agresivo, denunció padre. Niño desgraciado y triste, hablan mal el
24	Mucha prisa no quería hablar	Creo no dice la verdad. Todos dicen que es un niño problemático.
25	No dejó de moverse todo el rato	Parece muy deprimido
29	Todo el rato moviéndose	Nada
31	Normal	Nada
32	Tímido, triste como ausente	Sobre todo triste
34	Asustada, agarrotada	Cree es mala. No reacciona a ningún estímulo (tb. maestra)
35	Normal pero como ausente	No hizo 1 prueba, dijo le costaba pensar. No presta atención
36	Más inteligente pero sin seguridad	Triste al hablar
37	Inhibida, apurada y vergonzosa	Nada
38	Apática	Se infravalora. Afectó separación de sus padres (maestra)
39	Muy corta y simplona	Nada
40	Vergonzosa y tímida	Nada
41	Rara, como solitaria y metida en su mundo	Nada
42	Normal pero no habla mucho	Cree que es malo
43	Dice que está cansado	No se ríe nada
45	Seria como desconfiada	Nada
46	Normal	Parece muy depresiva
48	Vivaracha	Nada
50	Despistado y ausente	Hermanos mayores. Se siente desplazado y poco comprendido
51	No se relaja se mueve mucho	Muy protegido (los profesores)
52	Desconfiada poco convencida lo que dice	Muy lenta
53	Extraño. Se ríe habla de sus cosas negativas	Dice es mala. Parece límite, pero también muestra depresión
54	Muy triste y muy rara	Como marginada, trata de no demostrarlo
55	No me mira. Se mueve todo el tiempo	Creo miente. Se pone agresivo porque los niños le dicen cosas
56	Le da mucha vergüenza que le pregunte	Nada
58	Extraña, no me mira a la cara	Apático, dice que no tiene ganas de nada

Una vez presentados los datos, procederemos a hacer un análisis de los mismos.

Para una mayor claridad expositiva, presentaremos estos resultados describiendo, por separado, la intensidad de cada uno de los síntomas y/o dimensiones observadas en el grupo de niños estudiados. A su vez estas dimensiones se dividen en tres apartados: testimonios ofrecidos por los propios niños en las entrevistas, información sobre el comportamiento escolar facilitada por el profesor y observaciones extraídas por el investigador.

6.1. Datos obtenidos a partir de las entrevistas con los niños

Estos datos pueden observarse en las Tablas 5, 6, 7, 8, 9 y 10.

Sentimientos hacia el colegio

De los 44 niños que formaron parte de este estudio, sólo a 13 les gusta su colegio ni asistir a él. Al resto, 31 niños, no les gusta asistir al colegio. Las razones son varias: a la mayoría (18) porque no les gusta estudiar ni hacer los deberes; 4 porque se aburren; 4 porque les tienen miedo a los exámenes; 2 porque se cansan; 1 porque no le gustan los compañeros; 2 porque no les dan ganas de levantarse de la cama. El mayor atractivo que le encuentran al colegio, en general, es jugar con los compañeros. Sólo un caso manifestó que le gustaba porque aprendía.

Estos resultados reflejan que a la mayoría de los niños que presentan síndrome depresivo no les gusta asistir al colegio, bien porque no encuentran atractivas las actividades que allí desarrollan, porque se aburren unos y porque exigen mucho esfuerzo otros, o porque les tienen miedo a los exámenes. Expresiones típicas son "me gusta ir y jugar con los compañeros, pero no estudiar", "no, porque no me gustan los deberes", "no me gusta el colegio por los exámenes".

Presencia de tristeza

La mayoría de los niños confirman en la entrevista sentirse normalmente tristes. Sólo uno manifestó ausencia de tristeza y 3 sólo un poco. Las razones por las que los niños se sienten tristes, manifestadas por ellos mismos son, mayoritariamente, dos: no saber por qué (sin causa justificada) 10 casos; y por soledad y/o pocas relaciones con los amigos, bien porque no son aceptados o porque no los tienen 10. Las causas del resto son aisladas y por tanto diversas. Tenemos: problemas con su padrastro; porque sabe menos que sus compañeros; problemas con su madre; porque le dicen mariquita; celos del hermano; miedo a suspender; sus padres le arrestan; peleas de sus padres; no vive con su madre; pensamientos del pasado; no le prestan atención los otros, etc.

Concluimos por tanto que la tristeza es un síntoma común a todos los niños con síndrome depresivo. Las causas de esa tristeza se pueden agrupar en tres apartados importantes. Un grupo no muestra causas justificadas, es decir, no saben por qué se sienten tristes ("me siento triste pero no sé por qué"). Un segundo grupo, lo atribuyen a la falta de relaciones con sus compañeros, bien porque no tienen amigos, bien porque los que tienen los rechazan o tratan mal. Con ello, los niños se sienten solos, marginados y tristes ("los niños no me dejan jugar con ello", "no tengo con quién jugar", "nadie me hace caso"). Finalmente, en un tercer grupo, se aglutinan niños que les afectan problemas particulares determinados, normalmente de carácter familiar y/o escolar ("mis padres me pelean", "por lo que pasa en mi casa", "mi padre está malo", "tengo miedo a suspender").

Autoconcepto

En general el autoconcepto del total de niños es muy bajo. En ningún caso se observa un nivel alto. Un nivel normal en 10. El resto, o presentan un nivel medio tirando a bajo (6) o bajo, el resto. Entre ellos destacan 7 niños en los que se aprecia un nivel muy bajo. Creen que nadie les quiere, no saben hacer nada, son feos, etc.

Estos datos nos permiten concluir que, en general, el autoconcepto de estos niños es bajo. Expresiones como éstas lo constatan: "me gustaría ser más guapo/a", "me gustaría saber más", "me gustaría ser como mi hermana", "a nadie le gusto", etc.

Otros síntomas

En este apartado se han tratado de recoger todas aquellas manifestaciones presentadas por los niños de forma general. Sería la expresión de esa tristeza, cómo se sienten cuando están así.

Los síntomas más comunes, los que presentan gran número de niños son: ganas de llorar, sentirse mal en general, ganas de no hacer nada y ganas de estar solo (irse lejos o encerrarse en su casa). En porcentajes bastante menores, se han observado los siguientes: problemas con la comida y/o el sueño; creer que nadie los quiere; deseos de matarse; no ganas de estudiar; no ganas de levantarse de la cama; deseos de ser distinto; dar puñetazos a la pared; no hablar; se siente desgraciados, aburridos, cansados, culpables, rabia, angustia; no ganas de ir al colegio; deseos de que la vida sea distinta; se siente con más inteligencia; no le gustan los amigos.

¿Dónde y desde cuando se sienten así?

Respecto al lugar, la mayoría de los niños se sienten así en todos lados (27 niños). El resto, 13 se sienten así en su casa y 4 en el colegio. En cuanto al tiempo que hace que se sienten así, la mayoría manifiesta que desde hace algún tiempo (22). 7 niños dicen que se han sentido así siempre. 5 que hace sólo un poco de tiempo. Finalmente 2 son más concretos y hablan de hace un año.

Como podemos observar, la mayoría de los niños se sienten así en todos lados y desde hace tiempo, lo que nos permite concluir que no se trata de un estado pasajero.

Se siente distinto a los otros compañeros

16 de los niños no se sienten distintos. El resto, sin embargo sí (28). Las razones por las que los niños se sienten distintos al resto son diversas y se corresponden con aquellas relacionadas con su baja autoestima. Muchos de ellos se sienten distintos en todo, y otros dicen no saber identificar en qué. Las causas concretas en las que suelen coincidir son: ser feo/a; saber menos; dos casos por saber más. Estos dos casos coinciden en todos los apartados con las características de niños superdotados: saben más, mayor inteligencia, se aburren en el colegio, etc. Ellos lo expresan del siguiente modo: "no me gusta el colegio porque me aburro", "sé hacer cosas que los otros no saben", etc., con lo que concluimos que también los casos de niños superdotados pueden generar en depresión por la misma falta de adaptación que los infradotados.

Expectativas de futuro: ilusión en que todo vaya mejor

Las expectativas de que, en el futuro, se les quite esa tristeza, tengan suerte y las cosas les salgan bien, son muy pocas. Sólo 11 niños creen que les va a ir mejor, con seguridad. 8 creen que les irá sólo un poco mejor y 6 que normal (regular). El resto, 3 muestran duda, no saben; 7 no creen que les vaya mejor, pero dejan en margen de duda; sin embargo, 10 niños creen con seguridad que les va a ir mal. La mayoría asocian ese futuro con los estudios al manifestar, "mal porque tengo malas notas", "mal porque no sé hacer nada", "mal porque no estudio", etc.

Del total de los niños, sólo el 25% cree que le irá mejor en el futuro. De ello se desprende otra característica típica del síndrome depresivo, la desesperanza. Esta falta de expectativas positivas hacia el futuro derivan, normalmente, de las malas notas y el mal funcionamiento escolar en

general. Normalmente, se asocia tener buenas notas y tener suerte en el futuro ("me irá muy mal porque no estudio", "muy mal porque me van mal los estudios", "no creo me vaya bien porque no sé hacer nada").

Creen que sus padres les quieren

Si bien la mayoría de los niños sí creen que sus padres los quieren, hay un porcentaje alarmante que no lo creen así. 6 dudan, 9 dicen que sólo un poco y 8 creen que sus padres no los quieren.

Las causas son curiosas, en el sentido de que jamás podríamos pensar los mayores que, por razones tan insignificantes, los niños creen que no los quieren. Un porcentaje alto, por suspender; otros, porque dicen que sus padres compran más cosas y están más pendientes de sus hermanos (en este apartado hemos de señalar que se trata normalmente de problemas de celos hacia hermanos más pequeños; curiosamente, una niña, con buenas notas, cree que sus padres no la quieren porque hablan más de su hermano porque va peor en el colegio).

Otras causas, más aisladas, son: porque se pelean entre ellos, porque los mandan a jugar a la calle, porque sus padres quieren estar solos, y un caso manifestó "porque mi madre una vez dijo que ojalá yo no hubiera nacido".

Nos damos cuenta cómo hechos o expresiones aisladas, que los mayores no dan importancia, pueden marcar los sentimientos y las creencias de los niños. O cómo asocian las cosas los niños. Seguramente, si los padres mandan a su hijo a jugar con sus amigos será porque quieren que desarrolle sus relaciones sociales y no se convierta en un niño solitario, él, sin embargo, interpreta que es porque no le quieren. Hemos de señalar también, que es posible que exista una falta de amor real de los padres hacia los hijos; si fuera así, probablemente, esas pequeñas causas, son las que el niño da ante la falta de argumentos para explicar esa falta de amor, o por no desear ontarlo.

Aparecen también en este apartado los sentimientos de culpa "creo que no me quieren porque siempre se pelean entre ellos".

Concluimos por tanto que es fácil que los niños sientan que sus padres no les quieren, y/o que hay niños con falta de amor.

Relaciones con los amigos

La mayoría de los niños tienen amigos. Estos datos, sin embargo, pueden ser falsos, ya que, casualmente, la maestra resaltó como dato importante sobre un niño concreto que no tenía amigos y él, en cambio, dijo que sí. 14 dicen que muy pocos y que les gustaría tener más. Y 7 niños no tienen ni un amigo, manifestando la mayoría que los otros no quieren jugar con ellos.

Estos hallazgos nos permiten concluir que los problemas con las relaciones interpersonales no son algo aislado en estos niños. Pero lo peor de ello no es que los niños se aislen o no busquen relacionarse con sus iguales, sino que cuando tratan de iniciar relaciones los demás les marginan un poco ("no tengo amigos, ellos siempre juegan con otros", "no tengo amigos porque siempre me echan la culpa"), o sienten que los otros les marginan.

Cómo le tratan las demás personas

Son muchos los niños que sienten que las demás personas les tratan mal, o no como a ellos les gustaría. 14 sienten que todas las personas les tratan mal como esta niña que dice "los niños me engañan y los mayores me pelean". 18 manifiestan un término medio, que equivale a unas veces bien y otras mal, o a unas personas bien y otras mal. Finalmente, 14 niños manifiestan que los demás le tratan bien.

En resumen, muchos niños sienten que los demás les tratan alguna vez o siempre mal. Lo que no podemos es asegurar que este sentimiento, al igual que muchos otros, no se sienta por el resto de los niños que no

presenten síntomas típicamente depresivos. Expresiones reveladoras de este sentimiento son: "los amigos me tratan muy mal, los demás regular", "todos me tratan muy mal, me dicen cosas", "mal, todos me pegan", etc.

Estado de salud física

Cuando se les ha preguntado a los niños por su estado de salud, es decir, si les dolía algo con mucha frecuencia o que cómo se sentían físicamente, justo la mitad muestran una normalidad física. El resto, un porcentaje alto expresa cansancio generalizado. 3 casos manifestaron frecuentes dolores de barriga; 1 caso tener siempre sueño; y dos lentitud, no poder hacer cosas difíciles, etc.

Por tanto, podemos concluir que no se observan síntomas somáticos importantes, asociados al síndrome depresivo, excepto cansancio generalizado expresado por el 50% de los niños.

Relaciones con las otras personas

La mayoría de los niños dicen llevarse bien con las personas que conocen, aunque muchos expresan el deseo de tener más amigos o hablar más con otras personas. Nuevamente, detectamos algún caso en el que el niño expresa llevarse muy bien y la maestra dice que tiene muy malas relaciones con los compañeros.

11 niños dicen llevarse regular, es decir, con unas personas bien y con otras mal. Finalmente, sólo 6 niños dicen llevarse mal con la gente. Normalmente señalan peleas con los compañeros y poca confianza con los padres.

Concluimos, por tanto, que en general, las relaciones que estos niños establecen con los demás son buenas, al ser muy pocos los casos en los que se aprecian relaciones conflictivas. Sin embargo, son constantes las manifestaciones de querer llevarse mejor y tener más amigos.

¿Le gusta imaginar?, ¿Qué?

Aunque es normal que los niños imaginen cosas, a través de esta pregunta intentábamos encontrar alguna información sobre la perspectiva que tienen de la vida y de las cosas los niños con síntomas depresivos. Sin embargo, las respuestas son tan diversas que no será fácil la interpretación. En primer lugar, sólo un niño dice que nunca imagina cosas. Al resto, a todos les gusta imaginar. Las cosas con las que les gusta imaginar (muy diversas), las hemos agrupado en tres apartados: En el primero se incluyen deseos e ilusiones de futuro, cómo hacerse mayor y todas aquellas cosas que le gustaría ser o tener, profesiones, dinero, amigos, buenas notas, novio, ser campeón, etc. (21 niños). El segundo, con cosas relacionadas con lugares o situaciones fantásticas y plácidas como: ir a otros países, con paisajes, flores, colores, estar en otro planeta, con dibujos, que el mundo sea bonito, en cosas buenas, etc.(12 niños). En el tercero hemos agrupado a un porcentaje de niños que, curiosamente, sueñan todos con volar o con cosas que vuelan (5 niños) ("si, en volar, en elefantes que vuelan", "en volar y saltar muy alto"). De los seis restantes, 5 no saben o no imaginan y el último queremos destacarlo porque expresó miedo de sus imaginaciones. Este niño dijo que todo lo que él pensaba sucedía; nos decía así, "yo por ejemplo me siento y pienso que va a pasar un gato y, al rato, pasa". Añadir que es éste un caso muy difícil, ya tratado por el equipo psicopedagógico del centro, y presenta un alto índice de sintomatología depresiva.

Probablemente, esos sueños con ser mayores, volar o estar en países muy lejanos ("imagino que me hago mayor", "imagino que voy en una nave espacial", "imagino que estoy en otro mundo") sean una escapada a la realidad que viven, que no les gusta.

Satisfacción con su aspecto físico

La mayoría de los niños desean cambiar algo de su cuerpo o su forma de ser. 9 quieren cambiar solamente algo, pero 18 no se gustan nada, les gustaría ser distintos. 16 niños están contentos de como son, es decir, se gustan. Sólo uno no sabe. Las cosas que los niños desean cambiar son: sus

físicos (ser más guapos), los estudios (ser más inteligentes y tener más notas), y la forma de ser (más buenos y con más amigos).

Concluimos por tanto que la mayoría de los niños no está del todo satisfecho de como es. Las cosas con las que más insatisfechos están son el aspecto físico, el rendimiento académico y la forma de ser (ser más buenos).

6.2. Datos sobre el comportamiento escolar facilitados por los profesores

Estos datos pueden observarse en las Tablas 11, 12 y 13.

Comportamiento general en el aula

En este apartado se observan infinidad de conductas presentes en los niños en el aula, descritas por los profesores. Son todas tan singulares que resulta difícil hacer una labor de síntesis. Sin embargo trataremos de presentar las frecuencias presentadas en torno a las más comunes. Estas son: poca integración en general (frecuentemente definido por los profesores como niños "problemáticos"), 9 niños; agresividad, 8 niños; introversión, 4 niños; torpeza en las tareas académicas, 3 niños; rechazados por el grupo, 3 niños; tristeza manifiesta, 4 niños. Otras conductas detectadas por los profesores son: mirada ausente, infravaloración, llamadas de atención, hiperactivos, etc.

En 10 de los niños, los maestros no observan conductas fuera de lo normal.

Estos datos nos permiten concluir que el estado depresivo, en el aula, no se manifiesta como tal, pero que, sin embargo, son niños que destacan por algún desajuste en la integración y adaptación escolar.

Presencia de dolores o enfermedades

En este apartado quisimos señalar la presencia de otras enfermedades física o psíquicas presentes en los niños.

Solo se destacan 7 casos: 2 casos hipocondríacos (los maestros dicen que estos niños siempre hablan de enfermedades y se quejan de todo); Un niño excesivamente nervioso, siempre le sudan las manos; una niña con un problema de rodilla, a la que hay que intervenir quirúrgicamente; finalmente, tres casos con problemas psíquicos, dos con tratamiento (uno por epilepsia y otro con diagnóstico desconocido), y el tercero diagnosticado por el equipo psicopedagógico, sin informe (se desconoce el diagnóstico).

Datos sobre el rendimiento

Independientemente de las notas, sólo 9 niños son calificados por los profesores como buenos en el rendimiento. Del resto, 8 van bien, pero muy flojitos, y los otros 27 presentan graves problemas en el rendimiento. Entre ellos hay algunos repetidores. Los problemas más detectados por los profesores son la falta de atención y concentración.

Estos datos, alarmantes, nos confirman la hipótesis de que la depresión y el rendimiento van continuamente asociados. No podemos identificar qué fue primero, sin embargo, en algunos casos se han detectado "bajones" en el rendimiento a lo largo del tiempo, lo que nos da pistas de que una depresión generada por otras causas ha influido en el mismo.

Capacidades personales

Con esta pregunta, pretendíamos identificar a niños con bajo rendimiento por falta o disminución de capacidades individuales. Los resultados obtenidos muestran que, en general, los niños tienen capacidades, que se ven mermadas por otros problemas como inhibición, baja autoestima, problemas de concentración, falta de interés, etc. 10 casos son identificados como buenos, expresado por los maestros en el modo

"podrían dar más". Con pocas capacidades intelectuales son identificados sólo 3 niños. El resto es percibido como normal, regular.

Esos datos nos permiten concluir que los problemas de bajo rendimiento de los niños no deben atribuirse a sus bajas capacidades intelectuales, sino a otras características de personalidad o circunstancias de vida.

Circunstancias de vida

Estos datos, facilitados por los profesores, tratan de explicar o encontrar las posibles causas de la presencia de síndrome depresivo en los niños. No quiere decir ello, que el hecho que se encuentre una circunstancia desagradable en la vida del niño, sea la causa de la depresión. En muchos casos, además, los maestros desconocen circunstancias desagradables en la vida del niño. Por tanto, los resultados que presentamos son meras descripciones que pueden solamente ilustrar los cuadros clínicos.

En 16 de los casos se desconoce la existencia de circunstancias desagradables. En el resto, éstas son diversas. Como en las categorías anteriores, trataremos de agruparlas por características similares. Con padres separados o en proceso de separación encontramos 7 niños. 2 con padres alcohólicos. 1 huérfano de madre. 2 hijos de madres solteras. 1 vive que aislado, en el campo. 2 con padres y hermanos muy mayores. 3 con otros problemas psicológicos y por tanto muy protegidos. 1 necesita intervención quirúrgica por un problema físico (le está afectando mucho). 1 desatendido por sus padres. 1 con padres muy exigentes (demasiadas actividades extraescolares). 1 caso sin problemas (pero la madre está muy preocupada por el estado de la niña).

Cambios observados

Este apartado hace referencia a cambios observados por los profesores en el tiempo, es decir, conductas no manifestadas en el pasado y si en el momento presente.

En general, son muy pocos los cambios presentes, o que los profesores hayan percibido. En 18 niños observan una conducta normal al respecto. En 8, apuntan comportamientos problemáticos, pero desde siempre. En el resto sí se observan cambios, unos positivos como menos inhibición y mejor rendimiento en 3 niños, y otros negativos, 4 niños con peor rendimiento que antes, 2 más tristes y "raros", y el resto con mayor preocupación, nerviosismo, despistes y quejas somáticas.

Nivel de relación con otros

De los 44 niños, 19 mantienen relaciones normales con sus compañeros según sus maestros y 3 regulares (buenas pero pocas). En el resto identifican a 14 niños que se relacionan muy poco (normalmente presentan conductas inhibidas y son niños aislados); 4 son muy rechazados por el grupo; y otros 4 tienen muy malas relaciones, generan conflictos frecuentes y pegan a los otros niños.

6.3. Datos obtenidos a partir de las observaciones del investigador

Estos datos pueden consultarse en las Tablas 14 y 15.

Aspecto físico general

Este apartado se refiere al aspecto, expresividad y comportamiento postural de los niños, sobre todo en el momento de la entrevista diagnóstica. Es difícil generalizar formas de ser y/o estar por la diversidad de comportamientos. Sin embargo mostraremos los más relevantes.

De los 44 niños entrevistados, sólo 7 muestran normalidad (en cuanto a la apariencia física se refiere). En el resto, los signos más acusados hacen referencia a: inhibición y timidez (en 12 niños); aspecto "raro", en general, y sombrío (6 niños); tristeza manifiesta (5 niños); hiperactividad (4 niños); sin expresividad (3); delgadez extrema (3); rigidez y lentitud (5); no mira a

la cara (3); inseguridad y timidez (2); 1 niño muy despistado (no se centra en la conversación); 1 muy nervioso y otro muy serio.

Algunas de estas manifestaciones, es posible que sean producto de la propia situación de entrevista.

Lenguaje

En cuanto al lenguaje, en 19 niños no se perciben anomalías en el lenguaje y la expresión. En cuanto al resto, los signos más destacados se refieren a la inhibición lingüística. 6 presentan un lenguaje muy poco fluido y otros 6 una expresión entrecortada. 4 niños apenas hablan, están sumidos en un mutismo; 3 hablan muy poco y uno, deja de hablar de pronto y se pierde (se despista); Finalmente, observamos un niño con un lenguaje muy simple, otro muy rígido, y otro que habla muchísimo.

Comportamiento general

De los niños observados 9 muestran un comportamiento normal. Los signos más acusados en el resto hacen referencia a: timidez e inhibición (7), tristeza y pena manifiesta (6), nerviosismo (4), hiperactividad (4), ausencia o metidos en su mundo (5), poco decididos e inseguros (2), como con ganas de escapar de la situación de la entrevista (2), como encubriendo sentimientos íntimos (2). Luego observamos un solo caso muy resignado, otro muy negativo, otro muy preocupado y uno muy apático, pasota.

Otros

En este apartado recogemos, sobre todo, conclusiones a las que hemos llegado, o aspectos relevantes no recogidos en las anteriores categorías.

El aspecto más relevante que caracteriza a estos niños es la tristeza, tanto aparente como manifiesta. Algunas expresiones al respecto dicen así: "a veces me siento muy triste pero no sé por qué, me pongo así sin que me pase nada"; "alguna vez me siento muy triste porque no tengo amigos y porque soy inglesa. A veces me siento muy mal y me dan ganas de tirarme por el balcón"; "a veces me siento muy triste porque me siento distinto, a mí me gusta jugar y estudiar. Me gusta hacer cosas que a ellos no. Cuando me siento así me dan ganas de llorar y de ponerme solo a ver la tele"; etc. Cuando no es tristeza lo que se observa, los niños manifiestan estar muy solos e incomprendidos.

Algunos niños tienen sentimientos de culpa, sobre todo porque piensan que son muy malos, y eso les hace sentir culpables de otras cosas, sobre todo de los enfados de sus padres. Expresiones como éstas lo evidencian: "creo que soy muy malo...creo que tengo la culpa de muchas cosas que pasan"; "creo que soy mala..."; etc.

Otros niños no tienen ganas de vivir. Al respecto, vamos a reseñar el relato de una maestra sobre uno de los niños: "es un niño que tiene muchas capacidades, pero se pone muy nervioso; es que se siente muy agobiado y presionado por su familia, hace muchas actividades extraescolares. La madre nos ha dicho que a veces le comenta que está muy triste y que no tiene ganas de vivir".

La rebeldía es otra característica muy manifiesta, encontramos sobre todo 3 niños muy agresivos, rebeldes con sus padres y que pegan a los compañeros.

La inhibición es otro signo muy constante, junto al autoconcepto negativo. Con menos frecuencia, se observa desadaptación, rechazo por parte del grupo, falta de concentración, nerviosismo, lentitud y desconfianza.

Finalmente, queremos llamar la atención sobre tres casos en los que creemos no expresaron sus sentimientos reales en la entrevista. Esta

conclusión la obtenemos sobre todo al comprobar que no coinciden los relatos de ellos y sus profesores.

7. Interpretación y conclusiones

Una vez analizados los distintos cuadros clínicos procederemos a extraer, a modo de conclusión, los trazos básicos del niño depresivo de Lanzarote y orientaciones educativas cara a la intervención preventiva y terapéutica. Estas conclusiones y sugerencias las presentaremos en cuatro apartados diferenciados: descripción sintomática, comentario etiológico, incidencia en el bajo rendimiento e intervención educativa y clínica. Veamos cada uno de ellos.

7.1. Descripción sintomática del escolar depresivo de la isla de Lanzarote

Los síntomas que presentan los niños diagnosticados de depresión mayor en la isla no difieren, substancialmente, de los descritos por otros autores occidentales. Los porcentajes de síntomas presentes en los cuestionarios administrados (*Children Depression Inventory* y *Cuestionario de sintomatología depresiva*) nos indican una mayor presencia de: tristeza y bajo estado de ánimo; soledad y aislamiento; problemas de relación con los demás compañeros; sentimientos de culpa; autoconcepto negativo; falta de energía o fatiga; dolores de cabeza y de barriga; problemas con el sueño y la comida; frecuentes ganas de llorar; pensamientos reiterados sobre la muerte y/o sucesos desagradables de la vida; preocupación excesiva por las tareas escolares; bajo rendimiento; desesperanza en el futuro; poca capacidad de diversión; incapacidad de decisión; sentimientos de que nadie le quiere; y peleas con los compañeros.

En cuanto a los síntomas específicos, más que la presencia/ausencia, éstos revelan un matiz diferencial en cuanto a la intensidad y cualidad de los mismos, dimensión ésta más determinada por la propia cultura. Este

matiz, sin embargo, hace más hincapié en los aspectos etiológicos que sintomatológicos.

Alrededor de estos últimos se entretajan algunas realidades contextuales que pasamos a describir.

A nivel general, dos factores importantes marcan las circunstancias de vida de los niños de Lanzarote, la condición insular y las características de un entorno eminentemente turístico. Tales circunstancias las percibimos como importantes fuentes generadoras de inhibición e infravaloración.

La condición insular genera, en muchas ocasiones, falta de movilidad y de conocimiento de otros horizontes. Esa escasa apertura marca la personalidad del isleño, volviéndole menos autosuficiente y con un nivel de autoconcepto más bajo (Rodríguez, 1995), además de que invita al aislamiento interior. En contrapartida, el niño lanzaroteño tiene como punto de comparación al turista, que está de vacaciones, circunstancia incomparable, ante el cual se siente cohibido e infravalorado. De hecho, gran parte de los niños depresivos presentan un nivel muy bajo en autoconcepto y cultivan poco las relaciones sociales con sus compañeros.

Por otro lado, las características geográficas de la isla, y la presencia del mar invitan al ensueño, al aislamiento y al estado melancólico. Muchos niños se sienten tristes sin saber por qué, y con tendencia a aislarse, a estar solos. Sin embargo, muchas veces esas ganas de estar solos correlacionan con la creencia de que los demás no les quieren, ya que manifiestan deseos de tener más amigos y hablar más con la gente. Su escasa autovaloración les hace sentirse inferiores y poco capaces. Esta característica ha sido identificada por otros autores (Morales y Sánchez, 1982) como consecuencia de las circunstancias históricas que el canario ha tenido que vivir.

En Lanzarote, los cambios acelerados que se están produciendo en la cultura tradicional insular, están despojando al lanzaroteño de una identidad cultural tradicional. Esta falta de identidad genera mecanismos de autorreafirmación e independencia que es transmitida a los niños. Aunque

también éstos están perdiendo parte de su identidad. Están cambiando las prácticas de su propia cultura infantil por una cultura televisiva, la mayoría de las veces importada de otras culturas⁷. Por otro lado, el niño, cada vez tiene menos tiempo para ser niño. Está todo el tiempo con personas mayores o aprendiendo cosas para cuando sea mayor, y haciendo cosas que hacen los mayores. Casi la única cultura que conoce es la del adulto, por lo que es ésta la que admira. De hecho, un alto porcentaje de niños sueñan con hacerse mayores y tener o hacer cosas de mayores. También, esa pérdida de la propia cultura les ha arrastrado, como a los adultos, al consumismo. Los niños ya no saben jugar, o al menos jugar como lo hacíamos antes, al aire libre, con imaginación y ejercitando cada una de las partes del cuerpo. Ahora juegan muchas veces sentados (también porque viven en casas reducidas que no les permiten otra cosa), y la mayoría de éstas, no juegan sino contemplan los juguetes (la muñeca que llora, el coche que corre solo, el payaso que hace piruetas en el aire, etc.).

Por otro lado, la situación actual insular, de desagrarización, terciarización y asalarización de toda la población, incorporación de la mujer al mundo laboral, desarrollo tecnológico, mayor oferta cultural, etc. ha hecho que la infancia pase a un segundo plano. Ya no se tiene mucho tiempo para dedicar y estar con los niños. Ellos mismos se dan cuenta al manifestar: "mis padres prefieren estar solos", "una vez mi madre me dijo que ojalá no hubiera nacido", "mis padres no me quieren porque siempre me mandan con mis amigos". Estos sentimientos hacen que los niños sientan que sus padres no les quieren, que los demás les tratan mal, desconfianza hacia los mayores, agresividad y rabia.

La sociedad lanzaroteña está hoy marcada por una gran apertura a la innovación y al cambio, y los padres demandan de sus hijos un crecimiento al ritmo de las continuas exigencias de esa sociedad, no siempre alcanzables. Lo mismo sucede en la escuela, la falta de una planificación

⁷Según las estadísticas del Ministerio de Cultura (1988), el niño español consume más tiempo en ver televisión que en otros quehaceres. Por otro lado, TVE importa un 51% de los programas infantiles que emite, o sea, que más de la mitad de la programación es extranjera. Para mayor información ver: Younis, J.L. (1988). *El niño y la cultura audiovisual*. Sta Cruz de tenerife: Ayuntamiento de Sta Lucía de Tirajana y Agüimes y Centro de la cultura popular canaria.

adecuada a las características de la demanda genera incapacidades y frustración. Al no poder seguir los objetivos allí perseguidos, los niños reniegan ir a la escuela por la ansiedad que les produce no llegar o no conseguir lo que de ellos se espera. Tal circunstancia, ha sido ya constatada en los recientes estudios elaborados en torno al fracaso escolar en Canarias (Consejo escolar de Canarias, 1991, 1993). En ellos, tanto profesores, como padres y niños identifican como causas de fracaso la inadecuación de los contenidos a las capacidades e intereses particulares. Son los propios niños los que más matizan esta situación al decir que lo que allí aprenden "no les interesa". Por eso encontramos tantos niños a los que no les gusta ir a la escuela: sólo van para estar con los amigos.

El clima es un condicionamiento importante de la depresión en Lanzarote (en Canarias). Otros estudios desarrollados en torno a la personalidad de los isleños (Hernández, 1987), han resaltado como condicionante climático, el carácter tranquilo y la menor viveza del canario. Probablemente, esta característica natural es la que genera tanta inhibición, presente en gran parte de los niños de la muestra, cuando hay sentimientos de tristeza y depresión.

La falta de fluidez verbal ha sido otra de las características muy acusadas en los niños lanzaroteños. Al igual que con la inhibición, el lenguaje pobre en situaciones formales es otra de las características encontradas, en torno al niño canario, en estudios comparativos entre el lenguaje del niño canario y el niño peninsular (Ganuza, 1990).

Finalmente, los trabajos de Rodríguez (1995), donde compara también aspectos de personalidad del niño canario y el peninsular, desvelan una personalidad menos autosuficiente en el canario, marcada por la propia cultura insular.

Esta falta de autosuficiencia genera inseguridad, sobre todo en los niños depresivos. Ello podemos constatarlo en la falta de expectativas de futuro. La mayoría de los niños no tienen esperanza en el futuro, se creen fracasados escolares y, por tanto, incapaces; ésto les hace pensar que todo

les va a ir mal de mayores. La mayoría de los testimonios al respecto dicen así: "no creo que me vaya mejor", "me va a ir mal porque me van mal los estudios", "me irá mal, porque no me gusta estudiar", etc.

Concretando, podemos concluir que en los niños depresivos lanzaroteños, además de los síntomas clásicos anteriormente expuestos, presentan: deseos de que la vida sea distinta; rechazo al colegio o a las tareas escolares; no tienen ganas de estudiar; problemas con el rendimiento, no debidos a bajas capacidades sino a inhibición, baja autoestima y poco interés; falta de atención y concentración; ganas de no hacer nada; ganas de estar solo; agresividad y rabia; desesperanza, desconfianza en el futuro; sentimientos de que los demás les tratan mal; peleas con los compañeros; desconfianza hacia los otros, sobre todo hacia los padres; imaginaciones y sueños en los que reflejan deseos de: huir, escapar, ir a otros sitios, volar; preocupación y nerviosismo; mirada perdida, inhibición motora, egocentrismo, falta de expresividad y timidez; a veces, hiperactividad y delgadez; lenguaje poco fluido, expresión entrecortada y a veces mutismo.

7.2. Comentario etiológico

De los cuatro factores etiológicos reconocidos en la depresión (endógeno, sintomático, situacional y neurótico), obviaremos los específicamente médicos (endógeno y sintomático) a los cuales, desde nuestra perspectiva psicopedagógica, otorgamos una prevaencia menor, para centrarnos en la depresión situacional y neurótica.

Respecto a las depresiones situacionales, no hemos encontrado ninguna incidencia producida por sucesos vitales (life-events) marcados por catástrofes como incendios, terremotos, guerras, etc., siendo por el contrario muy numerosas las debidas a depresiones por pérdidas, sobre todo por la separación de los padres. Otras depresiones de estas características las identificamos con circunstancias de vida que el niño vive como desagradables. Entre éstas encontramos: padres alcohólicos, hijos de

mujeres sin pareja, enfermedades físicas de los padres, abandono familiar, excesivas demandas familiares y otros.

Destacar las depresiones producidas por cambios de residencia y de cultura. Estas las encontramos en los inmigrantes que han tenido que adaptarse a una cultura, la insular, que no es la suya. A la inversa sucede con los niños cuyas culturas chocan con las que vienen de fuera, produciéndose choques culturales unas veces y falta de identidad otras. Al respecto, observamos en las estadísticas demográficas cómo la población de hecho (Ver Tabla 2) va aumentando progresivamente con los años, superando en la evolución a la de derecho. Desde el año 1975 al 1986 la población de hecho que superaba a la de derecho siempre oscilaba alrededor de 4.000 personas. La diferencia que se registra entre la población de derecho y la de hecho en 1991 es exactamente de 23.544. Aproximadamente un tercio de la población es foránea. Si a ello le sumamos el número diario de turistas que registra la isla (la capacidad de camas hoteleras y extrahoteleras se sitúa alrededor de 50.000, en muchas temporadas se encuentran todas cubiertas), nos damos cuenta de que normalmente, hay mucha más población foránea en la isla que insular. Esto sin analizar la masificación generada, pues la isla alcanza índices poblacionales muy superiores a los que geográficamente puede soportar.

En cuanto a las depresiones neuróticas (histeria, fobia y obsesión compulsiva) hemos podido constatar el alto nivel de angustia ante la inadaptación o posible fracaso. A pesar de que las calificaciones escolares le otorguen un aprobado, los niños se sienten inseguros en cuanto a capacidades y con mucho miedo a suspender, miedo que se acrecienta a su vez por el temor a ser rechazado por los compañeros ("no me quieren porque sé menos que ellos") o castigado por sus padres. Por otro lado, los niños suspendidos presentan un sentimiento de resignación e indefensión. Veamos uno de los comentarios de una maestra al respecto "es un niño con un nivel de rendimiento muy bajo, pero no deja que le explique; tampoco quiere que le escuchen cuando se le pregunta; siempre se pone motes a sí mismo como 'yo soy un tronco'...". Esa indefensión suele terminar en depresión.

Los niños que presentan estas peculiaridades suelen, en la escuela, relacionarse poco, estar pendientes de lo que los demás hacen o dicen, se infravaloran, creen que no los tienen en cuenta, y a veces reaccionan con agresividad, y suelen generar problemas en las relaciones.

Otra circunstancia relacionada con este tipo de depresiones es la inseguridad que experimenta el niño en su medio. Por un lado, se sienten muchas veces desprotegidos por parte de los mayores, y por otro, la delincuencia e inseguridad ciudadana, tan palpable en la sociedad lanzaroteña, hace que los niños se sientan con miedo, que a su vez genera tristeza, somatizaciones e hipocondrías como mecanismos de defensa.

7.3. Incidencia

La investigación etnográfica nos ha permitido confirmar la existencia de depresión en el marco escolar de Lanzarote. Exactamente situamos el índice de incidencia alrededor del 5%.

El creciente fracaso escolar de nuestras escuelas primarias, que en algunos cursos supera en realidad al 50%, aunque este porcentaje no se refleje en las calificaciones oficiales, se debe a factores que todavía no están perfectamente definidos. Uno de ellos es el desarraigo cultural patente en el mundo de la inmigración o el caso de una inmersión de una cultura foránea. Como ejemplo podemos citar el caso de los gitanos cuya tasa de fracaso escolar es de 95%; o el caso de los inmigrantes de otras culturas (religiones y lenguas), sobre los que se intenta programar una educación intercultural (Aguirre, 1994). En estos casos, se experimenta un proceso de deculturación que origina estados depresivos, los cuales inciden en el rendimiento escolar.

En el caso de Lanzarote, ya hemos contemplado en el apartado anterior, como un tercio de la población es foránea (exactamente 23.564). Los niños, al ser arrancados de sus lugares de origen (de su cultura, su medio, sus amigos y muchas veces de sus familiares) pierden sus propios

puntos culturales de referencia generándoles inseguridad y desequilibrio. Por otro lado, la situación de pérdida de sus cosas más queridas como su casa, amigos, colegio, les genera sentimientos de frustración, así como sentimientos de angustia y ansiedad, que pueden provocar la presencia de síndrome depresivo.

Pero el aspecto más importante, en el que se percibe con una cierta claridad la incidencia de la depresión en el rendimiento escolar, es el de las depresiones por pérdidas. Los niños de padres separados manifiestan una especial tristeza depresiva que les impide concentrarse en sus tareas ya que el dolor por la pérdida les neutraliza y bloquea.

7.4. Intervención educativa y clínica

La salud mental de los niños requiere un cuidado preventivo y terapéutico no menor al de la higiene bucal o práctica deportiva. Pero mientras se realizan múltiples programas preventivos y correctivos orientados a un mejor desarrollo físico, apenas si se ha prestado atención a los problemas psicopatológicos de los que depende, en no poca medida, la alegría, la felicidad y por consiguiente el rendimiento de los chicos.

Los especialistas escolares centran casi exclusivamente su atención en procesos de aprendizaje, medidas de inteligencia, y otros problemas relativos a la parte cognitiva, mientras descuidamos todo lo relativo al desarrollo de la personalidad y nivel emocional. En este sentido la depresión, como hundimiento vital, comporta la negación de la ilusión de vivir, de trabajar, y de madurarse inherentes al niño y al adolescente. Por ello la creación de un adecuado clima y la prevención y detección precoz de los estados depresivos, y su consiguiente tratamiento psicoterapéutico, nos otorga unos niños más felices y más capaces.

Por ello, una vez definido el perfil sintomático de la depresión en Lanzarote, nuestro deseo es facilitar un inventario de síntomas a los profesores, para que éstos puedan detectar niños con este problema en la escuela.

La escuela es el marco, después del hogar familiar, donde el niño pasa más tiempo, y a veces, dónde es más observado por los mayores.

Muchas veces, el estrés y preocupaciones familiares hacen que los padres no se percaten de que sus hijos han cambiado y/o no se sienten bien. En la escuela, en cambio, el maestro vive pendiente del niño, de su rendimiento, de su comportamiento, de ahí que muchos autores (Kashani et al., 1986; Stark, 1990) hayan realzado a los maestros como fuentes prioritarias de información en el diagnóstico de la depresión en la infancia. Sin embargo, otros autores desprestigian estos informes por considerar que el maestro no está preparado para informar sobre patologías de este tipo, al desconocer el tipo de conductas que le acompañan.

Independientemente de esa polémica, por otro lado, es común observar como muchos niños son tachados por sus maestros de apáticos, gandules, poco atentos, etc. cuando éstos enmascaran, tras esos comportamientos, trastornos como los depresivos, sin sospechar aquéllos (por desconocimiento) que se puede tratar de un desajuste a otro nivel. Esta realidad hace que demandemos una formación profesional más amplia, que dote a los maestros de las herramientas conceptuales necesarias para detectar y valorar este tipo de trastornos en la escuela. Nosotros sobrevaloramos el papel que pueden desempeñar los maestros en este sentido. En estas edades creemos que son los agentes más indicados, ya no sólo para informar sobre el comportamiento del niño, sino también para identificar causas de ese comportamiento y, sobre todo, identificar cuando empieza a emerger el mismo a través de los cambios o anomalías observadas.

Por si se tratara de un problema depresivo, se debería facilitar a los maestros un inventario sintomatológico que les permitiera:

1. Valorar mejor situaciones anómalas, para que no confundan estados depresivos (u otros) con estados de negligencia estudiantil, o estados de apatía depresiva con pereza.

2. Detectar precozmente a los niños con un potencial problema depresivo, y actuar en consecuencia.
3. No tratar de corregir con disciplina y castigos una situación psicosomática.
4. Ante la detección de un posible caso de depresión, hacer examinar al niño por personal especializado pertinente, para que, en caso de que se confirme el diagnóstico, dé el cauce clínico oportuno.

Los resultados obtenidos, tanto a través de los instrumentos clásicos para evaluar depresión en los niños, como con la investigación etnográfica, nos permiten construir un perfil sintomático de la depresión en Lanzarote. En éste, diferenciaremos dos tipos de síntomas: los clásicos y los específicos del lugar o grupo estudiado.

Presentaremos a continuación, por tanto, un perfil general (en el cual se combinan síntomas clásicos y específicos del niño insular) que refleja el comportamiento del niño depresivo. Este perfil lo proponemos como *guía para maestros*, para que éstos puedan detectar los casos de depresión infantil que emerjan en la escuela (tabla 16).

Tabla 16. Perfil del niño depresivo: combinación de síntomas clásicos y específicos de la isla de Lanzarote.

<i>SINTOMAS CARACTERISTICOS DE LA DEPRESION EN LA INFANCIA</i>
Presencia de tristeza y bajo estado de ánimo.
Soledad y aislamiento (inhibición social).
Problemas de relación con los demás compañeros.
Sentimientos de culpa.
Autoconcepto negativo.
Falta de energía o cansancio.
Dolores de cabeza y de barriga.
Problemas con el sueño y la comida.
Frecuentes ganas de llorar.
Pensamientos reiterados sobre la muerte y/o sucesos desagradables de la vida..
Preocupación excesiva por las tareas escolares.
Problemas en el rendimiento.

Tabla 16. Perfil del niño depresivo: combinación de síntomas clásicos y específicos de la isla de Lanzarote (continuación).

<i>SINTOMAS CARACTERISTICOS DE LA DEPRESION EN LA INFANCIA</i>
Desesperanza en el futuro.
Poca capacidad de diversión.
Incapacidad de decisión.
Sentimientos de que nadie le quiere.
Peleas con los compañeros.
Deseos de que la vida sea distinta.
Rechazo al colegio o a las tareas escolares.
Ganas de no hacer nada.
Ganas de estar solo.
Agresividad y rabia.
Desesperanza, no confianza en el futuro.
Sentimientos de que los demás les tratan mal.

Peleas con los compañeros.
Desconfianza hacia los otros, sobre todo hacia los padres.
Imaginaciones y sueños con: huir, escapar, ir a otros sitios, volar.
Problemas con el rendimiento no debidos a bajas capacidades, sino a inhibición, baja autoestima y poco interés.
Falta de atención y concentración.
Preocupación y nerviosismo.
Mirada ausente.
Inhibición motora y egocentrismo/ hiperactividad.
Falta de expresividad y timidez.
Lenguaje poco fluido y expresión entrecortada (a veces mutismo).

La divulgación, entre los maestros, de este tipo de perfiles consideramos que entra dentro de las líneas de actuación preventivas, de las que tanto carece nuestro sistema educativo.

Pero al hablar de prevención no nos referimos sólo a la acción de detectar niños con riesgo de padecer depresiones profundas, sino, también, a la de procurar una mayor adaptación escolar, como factor influyente en la posterior desadaptación personal y social.

Esa adaptación escolar la definimos, sobre todo, en términos de superar desfases entre el currículum del alumno y el currículum escolar, y en el fomento de habilidades sociales adecuadas que permitan al niño integrarse mejor con sus compañeros y obtener otro tipo de éxitos.

IV. CONCLUSIONES FINALES

CONCLUSIONES FINALES Y PROPUESTAS PARA SEGUIR INVESTIGANDO

El marco escolar ha sido siempre identificado como agente etiológico importante de la depresión en la infancia. Su justificación, entre otras, radica en las excesivas e inadecuadas demandas escolares que suelen generar en los niños sentimientos de inferioridad, inseguridad, fracaso, marginación, etc.

Con esta investigación pretendimos averiguar en qué términos se produce esa relación y, además, detectar otros factores de riesgo, cara a la prevención. En la tarea preventiva el maestro se convierte en el agente más indicado: puede identificar los motivos del supuesto fracaso, detectar cualquier desajuste afectivo y de estado de ánimo y prevenir, con actuaciones tempranas, la emergencia de cualquier trastorno. Por si se tratara de un problema depresivo, se les debería facilitar un inventario sintomatológico que les permitiera identificar tal patología.

Por otro lado, la psicología transcultural ha demostrado que cada cultura produce un lenguaje sintomático distinto, por lo que fue necesario, no sólo ver en qué términos se produce la relación depresión-bajo rendimiento, y si se producía, sino también estudiar las manifestaciones sintomáticas diferenciales del grupo estudiado.

Antes de estudiar etnográficamente la sintomatología depresiva en su propio contexto cultural, identificamos, a partir de patrones generales a otras culturas, los sujetos objeto de estudio y posibles factores de riesgo; tarea, esta, facilitada por la epidemiología.

Con el trabajo epidemiológico pudimos concluir que, efectivamente, la depresión en la infancia no es un evento extraño, puesto que en nuestra población escolar se obtuvo una prevalencia de síndrome depresivo de un 6%, y si bien el porcentaje es similar a los obtenidos en otras investigaciones con características similares, es evidente que no por ello deja de ser una cifra importante y también alarmante. Lo que nos falta por

averiguar es si son los actuales modos de vida los que están generando tasas de incidencia tan elevadas o si, por el contrario, siempre han sido así pero no eran diagnosticadas. Para ello, se hace necesario estudios más abundantes y profundos en torno a los factores de riesgo.

En torno a este ámbito, tal y como preveíamos en nuestras hipótesis, además de identificarse otros factores de riesgo como el divorcio de los padres, el clima familiar y/o el bajo autoconcepto, la adaptación escolar, en general, se sitúa como variable generadora y moduladora de las depresiones en la infancia. Los niños con presencia de sintomatología depresiva obtienen peores rendimientos académicos, tienen peores relaciones con sus compañeros y muestran una peor integración en el centro escolar.

No pudimos atribuir, desde los análisis estadísticos, como causa de la sintomatología depresiva, presente en los niños de la muestra, estos cuadros de inadaptación escolar, por lo que también se decidió analizar cada uno de ellos desde una perspectiva más amplia de análisis, la etnográfica.

A partir de esta metodología realizamos el diagnóstico no sólo desde el propio contexto en el que se produce y modula el síntoma, sino también, desde una perspectiva interdisciplinar. Tanto la conducta afectiva como el comportamiento o rendimiento escolar se modulan a partir de la confluencia de infinidad de variables correspondientes a diversos sistemas o estructuras, con particulares sistemas de funcionamiento, de los que el niño forma parte. Por tanto, la intervención y el diagnóstico educativo no se pueden hacer descontextualizados de toda esa realidad social y cultural que determina y condiciona el desarrollo y el comportamiento del individuo. Por ello, se hizo también necesario en el diagnóstico la utilización de herramientas interdisciplinarias.

Esta estrategia nos permitió confirmar los cuadros clínicos detectados epidemiológicamente, identificar el cuadro sintomatológico particular del grupo estudiado, verificar la existencia de la relación entre depresión y rendimiento académico, y finalmente, hacer una interpretación de los síntomas desde la propia cultura infantil insular. Con esta última interpretación de los síntomas, desde el propio marco cultural, se pudo

verificar el diagnóstico, comparando los discursos de los sujetos informantes (perspectiva emic) con las respuestas interpretativas del investigador, y de acuerdo con los conocimientos académicos previos (perspectiva etic).

En cuanto a la prevalencia, los nuevos datos obtenidos reducen el porcentaje y lo sitúan en torno al 5%.

Por lo que respecta a la relación entre depresión y bajo rendimiento académico, si bien los datos estadísticos mostraron relaciones poco significativas, etnográficamente pudimos comprobar la existencia de tal relación al contemplar en la mayoría de los niños con síntomas de depresión que no les gusta ir al colegio ni realizar las tareas escolares; tienen miedo a ser rechazados por sus padres y compañeros, si suspenden; tienen muy pocas expectativas de futuro, por considerarse malos estudiantes; tienen un autoconcepto más negativo; y sus maestros les atribuyen falta de interés, baja concentración, inadaptación en el aula y peores ejecuciones escolares, no producidas por falta de capacidades.

Estos resultados, a su vez, fueron nuevamente contrastados con otros análisis cuantitativos, donde además fueron comparados con los resultados obtenidos por un grupo de niños sin presencia de sintomatología depresiva, obteniéndose similares conclusiones. Los niños depresivos se diferencian de los no depresivos, en cuanto a su comportamiento escolar, por poseer menos habilidades intelectuales, sentir mayor desagrado hacia el centro escolar y presentar una mayor rigidez en el estudio, además de presentar más rasgos de neuroticismo, inhibición social y baja autoestima.

El hecho de que los análisis cuantitativos no muestren relaciones estadísticas significativas entre el bajo rendimiento y la presencia de síntomas depresivos, no lo atribuimos a incoherencias entre ambos tipos de estudio, sino a las características de los datos cuantitativos. Estos, en la presente investigación, no nos permitieron captar todo aquello que pudimos percibir a través de las entrevistas y observaciones participantes. Con la recogida y análisis de datos etnográficos pudimos comprobar "in situ" una

dimensión más amplia de la realidad escolar, a la vez que también pudimos entender mejor el significado de muchos eventos al interpretar éstos desde el particularismo cultural. En los análisis estadísticos, al tener que reducir la información a un valor numérico, no sólo fue imposible cuantificar toda la realidad observada, sino que las variables cuantitativas generadas no cumplieron todos los requisitos exigidos para la elaboración de análisis rigurosos a este nivel. Sin embargo, una variable escolar importante, como es el agrado hacia el centro académico, fue estadísticamente identificada como predictora de depresión en los niños. Esto, junto a otros datos como el porcentaje más elevado de suspensos registrado entre los depresivos, confirman parcialmente lo que observamos etnográficamente: que el clima escolar y las exigencias escolares son agentes importantes en la configuración y desarrollo de un estado psíquico equilibrado en el niño.

Finalmente, sólo a través de las observaciones y entrevistas etnográficas pudimos identificar los síntomas propios de la cultura específica estudiada: inhibición, malas relaciones con los compañeros, desconfianza, agresividad, rabia, falta de interés hacia la escuela, pocas expectativas de futuro, deseos de que la vida sea distinta, alejamiento de la realidad, falta de autosuficiencia y pobreza de lenguaje.

Este conocimiento concreto del síndrome es el que nos permitirá ser eficaces en la detección y diagnóstico de casos, en la prevención y en la intervención. Por ello, consideramos de mucha utilidad su divulgación, sobre todo, entre la comunidad de enseñantes, para que les permita detectar casos riesgo en la escuela y colaborar en la prevención de una adecuada salud mental.

1. Sugerencias para seguir investigando

Las conclusiones obtenidas en esta investigación nos han permitido constatar la evidencia de algunos factores relacionados con la depresión en la infancia. Sin embargo, tal y como suele suceder cada vez que se avanza en el conocimiento, también nos permitió darnos cuenta de las grandes

lagunas que aún existen en torno al tema que nos ocupa. Por ello, queremos sugerir algunas directrices que puedan servir para futuras investigaciones.

1. Fomentar y mejorar los estudios epidemiológicos en la infancia, no sólo sobre la depresión, sino en torno a cualquier otra patología, como vía para una mejor evaluación de la realidad.
2. Desarrollar estudios etnográficos sobre la cultura infantil y adolescente que sirvan de guía contextual, cara a una mejor interpretación de cualquier problema psicopedagógico en estas edades.
3. Hacer comparaciones, entre diversos diseños etnográficos, sobre casos clínicos, a través de los cuales se puedan inferir frecuencias, leyes y teorías.
4. Realizar nuevos estudios epidemiológicos en los que se introduzcan o tengan en cuenta las variables relacionadas con síntomas y factores etiológicos detectados etnográficamente.
5. Incidir en el estudio de la detección y confirmación de factores de riesgo relacionados con la depresión en la infancia.
6. Hacer estudios comparativos de casos, con depresión y sin depresión, pertenecientes a un mismo grupo escolar, para estudiar como afecta la depresión al rendimiento académico.

V. REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Achenbach, T.M. (1978). The Child Behavior Profile: I. Boys aged 6-11. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. N° 46, 478-488.
- Achenbach, T.M. y Edelbrock, C.S. (1983). *Manual for the Revised Child Behavior Checklist and Profile*. Burlington, VT: University Associates in Psychiatry.
- Achenbach, T.M. (1985). *Assessment and Taxonomy of Child and Adolescent Psychopathology*. L/A. Sage Publications.
- Adrian, Ch. and Hammen, C. (1993). Stress Exposure and Stress Generation in Children of Depressed Mothers. *Journal of Consulting Clinical psychology*. Vol, 61. N° 2. 354-359.
- Agrans, St. (1959). The relationship of school phobia to childhood depression. *Amer. J. Psychiat.* N° 116, 533-536.
- Aguirre, A. (1989). Dimensión antropológica de la depresión. *Antropológica*. 5/6. 27-44.
- Aguirre, A. (1993). Cultura. En Aguirre, A. *Diccionario Temático de Antropología*. Barcelona: Marcombo.
- Aguirre, A. (1994). *Estudios de Etnopsicología y Etnopsiquiatría*. Barcelona: Boixerau Universitaria.
- Aguirre, A. (1995). *Etnografía. Metodología cualitativa en la investigación sociocultural*. Barcelona: Marcombo.
- Ainsworth, M.D.S. (1969). Object Relations, Dependency an Attachment: a Theoretical Review of the Infant-Mother Relation-Ship. *Child Development*. N° 40, 969-1027.
- Ainsworth, M.D.S. (1977). Social Development in the first Year of Life: Maternal Influences on Infant-Mother Attachment. En J.M. Tanner (ed.), *Developments in Psychiatric Research*. Londres. Hodder and Stoughton.

- Albert, N. y Beck, A.G. (1975). Incidence of Depression in Early Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*. Nº 4, 301-307.
- Alonso Fernández, F. (1976). *Fundamentos de la psiquiatría actual*, vol. Nº 2. Madrid: Paz Montalvo.
- Alonso-Fernández, F. (1985). Tipología estructural de la depresión. *Revista Psiquiatría*. Departamento da Saúde Mental do porto. Nº 4, 22-40.
- Alonso-Fernández, F. (1986). *Cuestionario estructural tetradimensional para el diagnóstico, la clasificación y el seguimiento de la depresión*. Madrid. Ediciones Tea.
- Alonso-Fernández, F. (1988). *La depresión y su diagnóstico*. Barcelona: Labor.
- Alvarez Cerbero, J.E. (1990). La depresión: definición y modelos. En Carrobbles, J.A. (ed.) *Análisis y modificación de conducta II*. Madrid: UNED.
- Alvarez Cerbero, J.E. (1990). La depresión: definición y modelos. En Carrobbles, J.A. (ed.) *Evaluación y tratamiento de la depresión*. Madrid: UNED.
- American Psychiatric Association (1985). *Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders (DSM-III)*. 3ª ed. Barcelona: Masson.
- Anderson, J.C., Williams, S.H., McGee, R. y Silva, P.A. (1987). DSM-III Disorders in Preadolescent Children Prevalence in a large Sample From the General Population. *Arch. Gen. Psychiatry*. Nº 44, 69-76.
- Angold, A. (1988). Childhood and Adolescent Depression. *British Journal of Psychiatry*. Nº 153, 476-492.
- Anguera, M.T. (1995). La observación participante. En Aguirre, A. Etnografía. *Metodología cualitativa en la investigación sociocultural*. Barcelona: Marcombo.
- Andreasen, N.C.(1982). Conceptos, diagnósticos y clasificación. En Paykel (ed.) *Psicopatología de los trastornos afectivos*. Madrid: Pirámide.

- Andreasen, N.C. y Grove, W.M. (1985). The classification of depression: traditional versus mathematical approaches. *Am J Psychiatry*. N° 139, 45-51.
- Andresen, N.C. Y Winokur, G. (1979). Secondary depression: familial, clinical and research perspectives. *American Journal of Psychiatry*. N° 136, 62-66.
- Angold, A. (1988). Childhood and Adolescent Depression. I. Epidemiological and Aetiological Aspects. *British Journal of psychiatry*. N° 152. 601-617.
- Angold, A. (1988). Childhood and Adolescent Depression. II. Research in Clinical Population. *British Journal of psychiatry*. N° 153. 467-492.
- Angst, J. (1966). *Zur Aetiologie und Nosologie endogener depressiver Psychosen*. Berlín. Springer.
- Annell, A.L. (1972). *Depressive states in childhood and adolescence*. Estocolmo: Almquist y Wiksel, Estocolmo.
- Anthony, E.J. (1975). Childhood depression. En E.J. Anthony y T. Benedeck (comps.). *Depression and human existence*. Boston, Little, Brown.
- Anthony, E.J. (1977). Discussion of Dr. Malmquist's Chapter: Childhood Depression: A Clinical and Behavioral Perspective. En Joy G. Schulterbrandt y Allen Raskin, *Depression in Childhood: Diagnosis, Treatment, and Conceptual Models*. Nueva York, Raven Press.
- Anthony, E. (1983). An Overview of the Effects of Maternal Depression on the infant and Child. En Helen L. Morrison (ed.), *Children of Depressed Parents. Risk, Identification and Intervention*. Nueva York, Grune & Stratton, Inc.
- Arieti, S. (1967). *The intrapsychic self*. Nueva York, Basic Books.
- Arieti, S. (1978). The Psychobiology of Sadness. En Arieti y J. Bemporad: *Severe and Mild Depression*. Nueva York, Basic Books.

- Arieti, S. (1990). Psicodinámica de la depresión profunda. En: Arieti, S. y Bemporad, J. *Psicoterapia de la depresión*. México: Paidós.
- Arieti, S. y Bemporad, J. (1990). *Psicoterapia de la depresión*. Paidós. México.
- Arnal, J.; Del Rincón, D. y Latorre, A. (1992). *Investigación educativa. Fundamentos y metodología*. Barcelona: Labor.
- Arranz, E. y Malla, R. (1986). Status materno y su relación con los trastornos de conducta en la infancia. En: Alzate, R. (ed.). *Trastornos de conducta en la infancia*. V Cursos de verano en San Sebastián. Servicio Editorial Universidad del País Vasco.
- Asberg, M. (1978). The CPRS development and applications of a rating scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Nº 271, 1-69.
- Ayuso, J. L. y Sainz, J. (1981). Las depresiones. *Nuevas perspectivas clínicas, etiopatogénicas y terapéuticas*. Madrid: Importécnica, S.A.
- Badillo, I. (1987). Contexto cultural en la primera entrevista clínica. *Antropológica*. Nº 1, 95-99.
- Badillo, I. (1989). Factores psicosociales de la depresión *Antropológica* Nº 5/6, 85-113.
- Badillo, I. (1995). Psicología cultural en la infancia. *Antropológica*. Nº 17, 81-91.
- Bakwin, H. (1972). Depression-a mood disorder in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*. Nº 129, 149-155.
- Ballesteros y Carrobbles (1987). *Evaluación conductual*. Madrid: Pirámide.
- Ballús, P. (1989). Depresión, realidad humana. *Antropológica*. Nº 5/6, 9-12.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. Nueva York, Holt, Rinehart & Winston.

- Bauersfeld, K.H. (1972). *Diagnosis and treatment of depressive conditions at a School psychiatric center*. Editado por Ansell, A.L., Stockholm. Almquist and Wiksell.
- Beals, A.R.; Spindler, G.D. y Spindler, L. (1973). *Culture in Process*. Nueva York: Holt, Rinehart, y Winston.
- Bebbington, P. et al. (1985). Studies of depressive disorders using the PSE-ID-CATEGO system. En Pichot, Berner, Wolf et al. (eds.): *Psychiatry. The state of the art*, vol.I. Nueva York. Plenum Press. 649-653.
- Beck, A. T. et al. (1961). An inventory for measurement of depression. *Arch Gen Psychiatry*. N° 4, 561-571.
- Beck, A.T. (1967). Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. *Harper and Row*: Nueva York.
- Beck, A.T. (1970). The core problem in depression: the cognitive triad. *Science and Psychoanalysis*. N° 17, 47-55
- Beck, A.T. y Beamesderfer, A. (1974). Assessment of depression: the depression inventory. En Pichot, P. (ed.): *Psychological measurements in psychopharmacology*. Basilea: Karger.
- Beck, A.T. (1983). Cognitive therapy of depression: new perspectives. En: M.P. Clayton (ed.): *Depression*. New York. Raven Press.
- Beer, John (1991). Depression, general anxiety, test anxiety, and rigidity of gifted junior high and high school children. *Psychological Reports*. N° 69. 1128-1130.
- Beitchman, M.D.; Bell, K.; Simeon, S. (1978). Types of Disorders and Demographic Variables in a Canadian Child Psychiatry Population. *Can. Psychiatr. Assoc. J.* N° 23, 91-123.
- Beltrán, J. y Moraleda, M. (1987). Interacción profesor-alumno. En *Psicología de la educación*. Madrid: Eudema, 327-368.

- Bemporad, J.R. y Wilson, A. (1978). A Developmental approach to depression in childhood and adolescence. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*. N° 6, 325-352.
- Bemporad, J.R. (1982). Childhood Depression From a Developmental Perspective. En Lester Grinspoann (ed.) *Psychiatry*. Washington D.C., American Psychiatric Press
- Bemporad, J.R. (1990). Sintomatología manifiesta de la depresión en niños y adolescentes. En: Arieti, S. y Bemporad, J. *Psicoterapia de la depresión*. México: Paidós.
- Bemporad, J.R. (1990). Revisión crítica de los principales conceptos de depresión. En: Arieti, S. y Bemporad, J. *Psicoterapia de la depresión*. México: Paidós.
- Ben-Arie, O., L. Swartz y B.J. Dickman (1987). Depression in the elderly living in the community: Its presentation and features. *Brit J Psychiat*. N° 150, 169-174.
- Bescós García, S. y Hidalgo, I. (1988). Depresión infantil: estudio de factores psicosociales y antecedentes familiares. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*. Vol.16, N° 2. 83-89.
- Bernstein, G.; Svingen, P; Garfinkel, B. (1990). School phobia: Patterns of family functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Vol.29, N° 1. 24-30.
- Birleson, P. (1981). The validity of depressive disorder in childhood and development of a self-rating scale research report. *Journal of child Psychology and Psychiatry*. N° 22, 73-88.
- Blazer, D., y C.D. Williams (1980). Epidemiology of dysphoria and depression in an elderly population. *Am J Psychiatry*. N° 137, 439-444.
- Blechman, E.A.; Tinsley, B.; Carella, E.T. & McEnroe, M.J. (1985). Childhood competence and behavior problems. *Journal of Abnormal Psychology*. N° 94, 70-77.

- Blechman, E.A., McEnroe, M.J., Carella, E.T. y Audette, D.P. (1986). Childhood competence and depression. *Journal of Abnormal Psychology*. N° 95, 223-227.
- Bogdan, R. y Taylor, S.J. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Botelho, E. (1985). Lista integrada de critérios de avaliação taxonômica para as depressões (P. Pichot, C. B. Pull, M. C. Pull). *J Bras Psiqu.* N° 34, 157-169.
- Bowlby, J. (1960). Grief and mourning in infancy and early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*. Vol. 15, 9-52.
- Bowlby, J. (1962). L'angoisse de separation. *Psychiatrie de l'Enfant*. Vol. 5, N° 1, 317-335.
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Morata. Madrid.
- Brown, G.W. & Harris, T. (1978). *Social Origins of Depression*. New York: Free Press.
- Brumback, R.A. y Weinberg, W. (1977). Childhood Depression: An Explanation of a Behavior Disorder of Children. *Perceptual Motor Skills*. N° 44, 911-916.
- Brumback, R.A., Dietz-Schmidt, S.G. y Weinberg, M.A. (1977). Depression in Children Referred to an Educational Diagnostic Center: Diagnosis and Treatment and Analysis of Criteria and Literature Review. *Diseases of the Nervous System*. N° 38, 529-535.
- Brumback, R.A.; Jackoway, M.K.; Weinberg, W.A. (1980). Relation of intelligence to childhood depression in children referred to an educational diagnostic center. *Perceptual and motor skills*. N° 50, 11-17.
- Buell, F.A. (1962). School phobia. *Dis. Nerv. syst.* N° 23, 79-84.

- Buisán y Marín (1987). *Cómo realizar un diagnóstico pedagógico*. Barcelona: Oikos-Tau, S.A.
- Bustamante, J.A. y Santa Cruz, A. (1975). *Psiquiatría transcultural*. La Habana: Científico-Técnica.
- Burton, R. (1948). *The anatomy of melancholy*. Ed. Floyd Dell y Paul Jordan-Smith. Nueva York: Tudor.
- Cabrera, L. y García, P. (1994). Alternativa al *Children's Depression Inventory (CDI)*: procedimiento y metodología. *Revista de Investigación Educativa*. N° 23,
- Canals, J. (1990). Estudio Epidemiológico de la depresión en la adolescencia. En: Román, J.M. y García Villamisar, D.A., *Intervención clínica y educativa en el ámbito escolar*. Valencia: Promolibro.
- Canals, J., Doménech, E., Clivillé, R., Fernández, J. y Martí, C. (1991). Síntomas de depresión en la etapa puberal: primeros resultados de un estudio epidemiológico longitudinal. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*. Vol. 19, N° 3. 155-161.
- Canals, J., Fernández-Ballart, J. y Martí-Henneberg, C. (1992). Epidemiología de la sintomatología depresiva en una población general de adolescentes: cuatro años de seguimiento. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de medicina de Barcelona*. V.19, N° 2, 73-81.
- Cantwell, D.P. (1982). Childhood Depression. A Review of Current Research. En Benjamin, B., Lahey y Alan E. Kazldin, *Advances in Clinical Child Psychology*. Volumen 5. Nueva York, Plenum Press.
- Cantwell, D.P. (1983). Depresión en la infancia, cuadro clínico y criterios diagnósticos. En D.P. Cantwell y G.A. Carlson, *Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia*. Barcelona, Martínez Roca.
- Cantwell, D.P. (1987). La depresión en la infancia: Cuadro clínico y criterios diagnóstico. En Cantwell, D. y Carlson, G.A. *Trastornos afectivos en la infancia y la adoslescencia*. Barcelona: Martínez Roca.

- Carney, M. W. P. et al. (1965). The diagnosis of depressive syndroms and prediction of ECT response. *Brit J. Psychiat.* N° 111, 659-674.
- Carrol, B.J. (1980). Clinical application of neuroendocrine research in depression. En Van Praag (ed.): *Handbook of biological psychiatry*, parte III, Nueva York, Dekker, 179-193.
- Carlson, G.A. et al. (1979). A survey of depressive symptoms in a child and adolescent psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child Psychiatric.* N° 18, 587-599.
- Carlson, G.A., Cantwell, D.P. (1979b). Unmasking masked depression in children and adolescents. *Am. J. Psychiatry.* N° 18, 4:587-599.
- Carlson, G.A. y Cantwell, D.P. (1980). *DSM-III and Weinberg criteria for depression in childhood: A comparative study*. Ponencia presentada en la Reunión Anual de la Asociación americana de Psiquiatría. San Francisco, Mayo.
- Carlson, G.A., y Cantwell, D.P. (1980). Unmasking masked depression in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry.* N° 137, 445-449.
- Carlson, G.A. (1985). Bipolar disorder in adolescence. *Psychiatric Annals.* N° 15, 379-386.
- Carlson, G.A. (1987). Visión global de las formas enmascaradas alternativas de la depresión. En Cantwell, D.P. y Carlson, G.A. *Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia*. Barcelona, Martínez-Roca.
- Cejas Méndez, Díaz Marrero y Hernández Guerra (1994). Efectos de la separación temprana de la madre en el desarrollo del niño. *Psiquis.* Vol. 15, N° 9, 22-28.
- Clayton, P.J. (1986). Prevalence and course of affective disorders. En Rush y Altschuler (eds.): *Depression, Basic mechanisms, diagnosis and treatment*, Nueva York, Guilford Press, 32-44.
- Clifford Geertz (1990). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.

- Chess, S.; Thomas, A. y Hassibi, M. (1983). Depression in childhood and adolescence. *J. Nerv. Mental Dis.* Vol, 171. N°7, 411-420.
- Chess, S. y Thomas, A. (1984). *Origins and evolution of behavior disorders from infancy to early adult life.* New York: Brunner/Mazel.
- Cobo, C. (1992). *La depresión infantil.* Madrid: Temas de hoy.
- Colás, P. y Buendía, L. (1992). *Investigación Educativa.* Sevilla: Alfar.
- Colimon, K. (1990). *Fundamentos de epidemiología.* Madrid: Díaz de Santos, S.A.
- Consejo Escolar de Canaria (1991). *Informe sobre la realidad educativa Canaria.* Sta Cruz de Tenerife: Consejo Escolar de Canarias. Gobierno de Canarias.
- Consejo escolar de Canarias (1993). *Informe sobre la realidad Educativa Canaria.* Sta Cruz de Tenerife: Consejo escolar de Canarias. Gobierno de Canarias.
- Cook, T.D. y Reichardt, Ch.S. (1986). *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa.* Madrid: Morata.
- Cooper, B. (1994). Sociology in the context of social psychiatry. *Acta psychiatrica scandinavica.* N° 385, 39-47.
- Costello, Ch. G. (1980). Childhood Depression: There basic but Questionable Assumption in the Lefhowitz and Burton Critique. *Psychological Bulletin.* N° 87, 185-190.
- Cutrona, C.E. (1982). Nonsychotic postpartum depression: a review of recent research. *Clin. Psychology Review.* N° 2, 487-503.
- Cytryn, L. y Mcknew, D.H. (1972). Proposed classification of childhood depression. *American Journal of Psychiatry.* N° 129, 149-154.
- Cytryn, L. y Mcknew, D.H. (1974). Factors influencing the changin clinical expression of the depressive process in children. *American Journal of Psychiatry.* N° 131, 879-881.

- Cytryn, L., Mcknew, D.H., y Bunney, E., Jr. (1980). Diagnosis of depression in children: Reassessment. *American Journal of Psychiatry*. N° 137, 22-25.
- Cytryn, L., McKnew, D.H., Zahn-Waxler, C., y Gershon, E.S. (1986). Developmental issues in risk research: The offspring of affectively ill parents. En M. Rutter, C.E. Izard, y P.B. Read (eds.). *Depression in young people: Developmental and clinical perspectives*. Nueva York: Guilford Press.
- Chambers, W. et al. (1978). The ongoing development of the kiddie-SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-age Children). Presentado en la *American Academy of Child Psychiatry*. San Diego, California.
- Chiles, J.A. et al. (1980). Depression in an adolescent delinquent population. *Archives of General Psychiatry*. N° 37, 1179-1184.
- Del Barrio, V. (1987). La depresión infantil. En: Mestre, V. y Del Barrio, V. *Temas de psicopatología*. Valencia: Promolibro.
- Del Barrio, V. (1990). Situación actual de la evaluación de la depresión infantil. *Evaluación psicológica*. Vol.6. N°2, 171-209.
- Dennis, W. y Najarian, P. (1957). Infant development under environmental handicap. *Psychology Monographs*. N° 71, 1-13.
- Dewey, De la Cámara, Copeland, Lobo y Saz, (1993). Cross-cultural comparison of depression and depressive symptoms in older people. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. N° 87, 369-373.
- Díaz Langa, E. (1977). *Batería Psicopedagógica EOS: Test G-4 EOS, Test G-5 EOS y Test G-6 EOS*. Madrid: Ediciones de G-4, G-5 y G-6.
- Digdon, N. y Gotlib, J.H. (1985). Developmental Considerations in the Study of Childhood Depression. *Developmental Psychology*. N° 5, 162-199.
- Doménech, E. (1988). Prevención de la depresión infantil. En Polaino-Lorente. *Depresiones infantiles*. Madrid: Morata.

- Domenech Llaberia y Polaino-Lorente (1990). *Epidemiología de la depresión infantil*. Espaxs: Barcelona.
- Dohrenwend, B. (1994). Psychology, Psychologists, and psychiatric epidemiology. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. N° 385, 13-20.
- Dweck, C.S. (1975). The role of expectations and attributions in the alleviation of learned helplessness. *Journal of Personality and Social Psychology*. N° 31, 674-685.
- Earls, F. y Richman, N. (1980). Behavior problems in preschool children of West Indian-born parents: A re-examination of family and social factors. *Journal Child Psychol. Psychiatr.* N° 21, 107-117.
- Edelstein, W., Grundmann, M., Hofmann, V., and Schellhas, B. (1992). Family Determinants and Cognitive Consequences of the Development of Anxiety and Depression. *Poster presented at the Vth European Conference on Development Psychology*. September 6-9. Sevilla, Spain.
- Engel, G. y Reichsman, F. (1956). Spontaneous and experimentally induced depressions in an infant with gastric fistula. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. N° 4, 428-456.
- Engelsmann, F. (1982). Culture and Depression. *Al-Issa, I, Culture and Psychopathology*. University Park Press, Baltimore.
- Esquirol, E. (1978). Des Maladies Mentales. En Bailliere, J.B. *Libraire de l'Academie Royale de Médecine*. Vol. 2, 723. París.
- Evans, J. y W.P. Acton (1972). A psychiatric service for the disturbed adolescent. *Brit J Psychiat.* N° 129, 429-432.
- Ezpeleta, L. (1988). Epidemiología de la depresión infantil en el municipio de Barcelona. *Revista de Psiquiatría de la facultad de medicina de Barcelona*. V.15, N° 5. 255-268. Barcelona, España.
- Falret, J.P. (1854). Mémoire sur la folie circulaire, forme de maladie mentale caractérisée par la reproduction successive et régulière, de l'état maniaque, de l'état mélancolique, et d'un intervalle lucide plus ou moins prolongé. *Bulletin de l'Académie Impériale de Médecine*. N° 19, 382-400.

- Feighner, J. P. et al. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*. Nº26, 56-73.
- Feinberg, M., y B.J. Carrol (1982). Separation of subtypes of depression using discriminant analysis. *Brit J Psychiat*. Nº 140, 380-391.
- Feshbach, N.D. & Feshbach, S. (1987). Affective processes and academic achievement. *Child Development*. Nº 58, 1335-1347.
- Freud, S. (1968). *Obras Completas*. Vol.I. Madrid: Biblioteca Nueva. Trad. Ballesteros y de Torres.
- Frías, D., Mestre, V., Del Barrio, V. y García-Ros, R. (1990). Déficit cognitivos depresivos y rendimiento escolar. *Revista de Psicología de la Educación*. Vol. 2, Nº 5. 61-80.
- Frías, D.; Mestre, V.; del Barrio, V.; García-Ros, R.(1992). Estructura familiar y depresión infantil. *Anuario de Psicología*. Nº52, 121-131. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.
- Frommer, E.A. (1968). Depressive illness in childhood. *British, Journal of Psychiatry*. Nº 2, 117-123.
- Gaignebet (1986). *El folklore obsceno de los niños*. Barcelona: AltaFulla.
- Ganuzá Artiles, C. (1990). *Desarrollo lingüístico de los escolares canarios: un estudio diferencial*. Tesis Doctoral. Dto de Didáctica e Investigación Educativa de la Universidad de La Laguna. Tenerife.
- García Medina, P. (1990). Cuestionario de agrado-desagrado y adecuación en la percepción y la actitud hacia el centro escolar (ADACE). *Análisis y modificación de conducta*. Vol, 16. Nº 18, 229-271.
- García Medina, P. (Paper). *Cuestionario de Inhibición Social*. Facultad de Psicología. Universidad de La Laguna.
- Garber, J. (1984). Classification of childhood psychopathology: A developmental perspective. *Child Development*. Nº 55, 30-48.
- Gillespie, R.D. (1929). The clinical differentiation of types of depression. *Guy's Hospital Reports*. Nº 9, 306-344.

- Gittleman-Klein, R. (1977). Definitional and methodological issues concerning depressive illness in children. En Schulterbrandt, J.G. & Raskin, A. *Depression in Childhood: Diagnosis, Research and Conceptual Models*. New York: Raven Press.
- Gittleman-Klein, R. et al. (1978). Diagnostic classifications and psychopharmacological indications. En J. S. Werry (ed.) *Pediatric Psychopharmacology*. Nueva York, Norton.
- Glasberg, R y Aboud, F. (1982). Keeping one's distance from sadness: children's self-report of experience. *Developmental Psychology*. N° 18, 287-293.
- Glasser, K. (1967). Masked depression in children and adolescents: psychodynamic observations. *American Journal of Psychotherapy*. N° 21, 565-574.
- Glasser, K. (1968). Masked Depression in children and adolescents. *Annual Progress in Child Psychiatry Child Development*. N° 1, 345-355.
- Goetz, J.P. y LeCompte, M.D. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Morata.
- Goldberg, D.P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire monographs 21*. London: Oxford University Press.
- González Blasco, P. (1980). *El investigador científico en España*. Madrid: CIS.
- Gonzalez Duro, E. (1989). *Las neurosis del ama de casa*. Madrid: Endema.
- González González, M.T. (1987). *La Entrevista: Desarrollo y análisis*. Dpto. de Curriculum e Investigación Educativa. Univ. de Murcia, (Paper).
- Gottman, J.M. (1977). Toward a definition of social isolation in children. *Child Development*. N° 48, 513-517.

- Guba (1983). Criterios de credibilidad en la investigación naturalista. En Gimeno Sacristán, J. y Pérez Gómez, A., *La enseñanza su teoría y su práctica*. Madrid: Akal.
- Hall, C.W. y Haws, D. (1989). Depressive symptomatology in learning-Disabled and nonlearning-Disabled students. *Psychology in the Schools*. Vol. 26.
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *Brit J Psychol*. N° 6, 278-296.
- Hamilton, M. (1985). Síntomas y exploración de la depresión. En Paykel, E.S.(ed.), *Psicopatología de los trastornos afectivos*. Madrid: Pirámide.
- Hammen, C., Adrian, C., Gordon, D., Burge, D. Jaenicke, C. & Hiroto, D. (1987). Children of depressed mothers: Maternal strain and symptom predictors of dysfunction. *Journal of Abnormal Psychology*. N° 96, 190-198.
- Hammen, C. and Adrian, Ch. (1988). A longitudinal test the attributional vulnerability model in children at risk for depression. *British Journal of Clinical Psychology*. N° 27. 37-46.
- Hammen, C., Burge, D. and Adrian, C. (1991). Timing of Mother and Child Depression in a Longitudinal Study of Children at Risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol.59. N°2, 341-345.
- Hammen, C. (1992). Child and Adolescent Depression: Features and Correlates. En Gotlib, I. and Hammen, C. *Psychological, Aspects of Depression*. John Wiley & Sons Ltd, Baffins Lana, Chichester, England.
- Harbaner, H. et al. (1980). Lehrbuch der Speziellen Kinder. *Jugendpsychiatrie*, 4ª edi. Berlín, Heidelberg. Nueva York, Springer.
- Harrington, J. Y Hassan, J. (1958). Depression in girls during latency. *Br. J. Med. Psychol*. N° 31, 43-50.

- Hernández, P. (1978). Psicología y vida del actual hombre canario. En *Natura y cultura de las islas canarias*. Santa Cruz de Tenerife: Litografía A. Romero, S.A.
- Hersch, C. (1968). The discontent explosion in mental health. *American Psychologist*. N° 23,497-507.
- Hirschfeld, R. y Crows, C.L. (1982). Epidemiology of Affective Disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*. N° 39, 35-46.
- Hock, E., and DeMeis, D. (1990). Depression in Mothers of Infants: The Role of maternal Employment. *Developmental Psychology*. Vol.26. N°2, 285-291.
- Hoffe, W.G. y Sandler, J. (1965). Remarques sur ls Souffrance, la depression el l'individualisation. *Psychiatric Enfance*. N° 10, 123-156.
- Horney, K. (1950). *Neurosis and human growth*. Nueva York, Norton.
- Ilfeld F. W. (1977). Current social stressors and symptoms of depression. *Am J Psychiatry*. N° 134, 161-166.
- Jackson, S. W. (1989). *Historia de la melancolía y la depresión*. Madrid: Turner, S.A.
- Jacobson, E. (1961). Adolescent moods and remodeling of psychic structures in adolescence. *Psychoanalytic Study of the Child*. N° 16, 164-183.
- Jeammet, P. (1988). La depresión en el adolescente. En Lebovici, S. *Tratado de Psiquiatría del niño y del adoslescente*. Tomo II.
- Johnson, J.H. y Bradlyn, A.S. (1988). Assessing Stressful Life Events in Children and Adolescents. En Karoly, P. (ed.) *Handbook of Children Health Assessment: Biopsychosocial Assessment*. 303-331. New York: Wiley
- Kaplan, H.B. (1972). *The sociology of mental illness*. New Haven, College and University Press.

- Kaplan, S.L.; Hong, G.K. y Weinhold, C. (1984). Epidemiology of depressive symptomatology in adolescents. *J. Am. Acad. Child. Adoles. Psychiat.* N° 23, 91-98.
- Kashani, J. y Simonds, J.F. (1979). The incidence of depression in children. *Am. J. Psychiatry.* N° 139(9), 1203.
- Kashani, J.H. et al. (1981). Depression in hospitalized pediatric patients. *Journal of American Academy of Child Psychiatry* N° 20, 123-134.
- Kashani, J.; McGee, R.; Claryson, S. et al (1983). Depression in a sample of 9-year-old children. *Arch. Am. J. Psychiatry.* N° 4, 1217-1223.
- Kashani, J.H.; Holcomb, W. and Orvaschel, H. (1986). Depression and Depressive Symptoms in Preschool Children From the general Population. *Am J Psychiatry.* N° 143, 1138-1143.
- Kashani, J. y Carlson, G. (1987). Seriously depressed preschoolers. *m. J. Psychiatry.* Vol, 144. N° 3, 348-350.
- Kashani, J.H.; Beck, N.C.; Hooper, E.W.; Fallahi, C.; Corcoran, C.M.; Mcallister, J.A.; Rosenberg, T.K.; Reid, J.C. (1987). Psychiatric disorders in a community sample of adolescents. *The American Journal of Psychiatry.* N° 144, 584-589.
- Kashani, J.H.; Vaidya, A.F.; Soltys, S.M.; Dandoy, A.C.; Reid, J.C. (1990). Life events and major depression in a sample of impatient children. *Compr. Psychiatry.* N° 31(3), 266-274.
- Kaslow, N.J., Rehm, L.P. y Siegel, A.W. (1984). Social cognitive correlates of depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology.* N° 12, 605-620.
- Kaslow, N. and Wamboldt, F. (1985). Childhood depression: current perspectives and future directions. *Journal of Social and Clinical Psychology.* Vol. 3, N° 4, 416-424.
- Katona, Ch. E. y Aldridge, C. R. (1983). Antidepressant effects of electroconvulsive therapy. *British Med J.* N° 286, 1443.
- Kazdin, A.E. (1987). Assessment of childhood depression: Current issues and strategies. *Behavioral Assessment.* N° 9, 291-319.

- Kazdin, A.E. (1987b). Children depression scale: validation with child psychiatry inpatients. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. N° 28, 29-41.
- Kazdin, A.E. (1988). Childhhod Depression. En Mash, E.J. y Terdal, L.G. (eds). *Behavioral Assessment in Childhood Disorders*, 2nd edn. 157-195. New York: Guilford Press.
- Kendell, R. E. (1976). The classification of depressions: A review of contemporary confusion. *Brit J Psychiat*. N° 129, 15-28.
- Kessler, J.W. (1971). Nosology in Child psychopathology. En H.E. Rie (ed.). *Perspective in child psychopathology*. Chicago, Aldina, Atherton.
- Klerman, G. L. et al. (1979). Neurotic depressions: A systematic analysis of multiple criteria and meanings. *Am J Psychiatry*. N° 136, 57-61.
- Kielholz, P. (1966). *Diagnose und Therapie der Depressionen für den Praktiker*. Munich. Lehmanns.
- Kiloh, L.G., y Garside, R.F. (1963). The independence of neurotic depression and endogenous depression. *British Journal of Psychiatry*. N° 109, 451-463.
- Klein, D.F. (1974). Endogenomorphic depression: A conceptual and terminological revision. *Archives of General Psychiatry*. N° 34, 447-454.
- Klein, M. (1952). *El desarrollo temprano de la conciencia del niño*. Buenos Aire: Paidós.
- Kleinman, A.M. (1978). Culture and depression. *Cultural Medicine and Psychiatry*. N° 2 (4), 295-296.
- Kovacs, M., Beck, A. (1977). An empirical clinical approach toward a definition of childhood depression. En *Depression in Childhood: Diagnosis, Treatment and Conceptual Models*, edición de J.G. Schulterbrand y A. Raskin. Nueva York, Raven Press, pp. 1-26.

- Kovacs, M. (1983). *The children's Depression Inventory: a self-rated depression scale for school-aged youngster*. University of Pittsburgh School of Medicine. Documento no publicado.
- Kovacs, M. et al. (1984). Depressive disorders in childhood. A longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Archives of General Psychiatry*. N° 41, 229-237.
- Kovacs, M., Gatsonis, C., Paulauskas, S.L., & Richards, C. (1989). Depressive disorders in childhood. *Archives of General Psychiatry*. N° 46, 776-782.
- Kraepelin, E. (1896). *Psyhiatrie. Ein Lehrbush für Studierende und Aerzte*. Leipzig: Johann Ambrosius Barth. 425-471
- Kraepelin, D. (1921). *Manic-Depressive Insanity and Paranoia*. E. & S. Livinstone, Edimburgo.
- Krakowski, A.J. (1970). Depressive reactions of childhood and adolescence. *Psychosomatics*. N° 11, 429-433.
- Kroeber, A. y Kluckhohn, C. (1952). Culture a critical review of concepts and definitions. En *Papers of the Peabody Museum of American Archaeology and Ethnology*. Vol. 47, 1-223. Harvard University.
- Ladame, F. (1981). *Les tentatives de suicide des adolescents*. Paris: Masson.
- Laing, R.D. (1967). The study of family and social contexts in relation on the origin of schizophrenia. En J. Romano (ed.) *Origins of Schizophrenia*. Amsterdam, Excerpta Médica.
- Lang, M. y Tisher (1978). Children's Depression Scale. *Australian Council for Educational Research*. Victoria, Australia.
- Lefkowitz, M.M. y Burton, N. (1978). Childhood depression: A critique of the concept. *Psychological Bulletin*. N° 85, 716-726.
- Lefkowitz, M.M. y Tesiny, E.P. (1980). Assessment of childhood depression. *J. Consult Clin. Psychol*. N° 48, 43-50.

- Lefkowitz, M.M. y Tesiny, E.P. (1981). The epidemiology of depression in normal children. Presentada a la *American Association for the Advancement of Science*. Toronto.
- Leighton, A.H. (1994). Social science and psychiatric epidemiology. A difficult relationship. *Acta Psychiatr. Scandinavica*. N° 385, 7-12.
- Leonhard, K. (1957). *Auftilung der endogenen Psychosen*. Berlín. Akademic.
- Leonhard, K. (1968). Ueber monopolare und bipolare endogene Psychosen. *Nervenarzt*. N° 39. 104-106.
- Lewis, E.O. (1929). Report on an investigation into the incidence of mental deficiency in six areas, 1925-1927. *Report of the Mental Deficiency Committee of the Board of Education and Board of Control*. 4ª parte. London: H.M.S.O.
- Lewis, A.J. (1938). States of depression: their clinical and aetiological differentiation. *British Med J*. N° 2, 875-878.
- Lewinsohn, P.M., Weinstein, M. y Shaw, D. (1968). Depression: A clinical research approach. En R.D. Rubin & C. M. Franks (eds.) *Advances in behavior therapy*. Nueva York: Academic Press.
- Ling, W. et al. (1970). Severe childhood headaches as sign of depression. *American Journal of Child Disease*. N° 120, 122-124.
- Lopez-Ibor Aliño, J.J. (1982). Las psicosis y los trastornos afectivos. En J.J. López-Ibor Aliño, C. Ruiz Ogara y D. Barcia Salorio (Directores) *Psiquitría*. Tomo 2. Barcelona, Ediciones Toray.
- MacMillan, D.L. et al. (1979). Educational labeling of handicapped learners. En D.C. Berliner (ed.) *Review of research in education*. Vol. 7. American Educational Research Association.
- Mahler, M. (1966). Notes on the development of basic moods: the depressive effect. En: Loewenstein, R.M., Newman, L.M., Schur, M., Solnit, A.J., (eds). *Psychoanalysis: a general psychology, essays in honor of Heinz Harman*. Nueva York: International Universities Press.

- Maganto Mateo, C. (1992). El método epidemiológico. En, Maganto: *Psicodiagnóstico infantil*. Proyecto Docente. San Sebastian. Documento sin publicar.
- Maganto Mateo, C. (1990). Consideraciones metodológicas respecto al diagnóstico. Resumen de la conferencia impartida en el Curso de Doctorado sobre: *Los estudios epidemiológicos como método de investigación en Psicodiagnóstico infantil*. San Sebastián. Documento sin publicar.
- Maganto Mateo, C. (1992). *Psicodiagnóstico infantil*. San Sebastián, Facultad de Psicología: Zorroaga.
- Malmquist, C.P. (1971). Depressions in Childhood and Adolescence. *New England Journal of Medicine*. Nº 284, 887-893; 955-961.
- Malmquist, C.P. (1975). En: *The nature and treatment of depression*. F.F. Flach, S.C. Draghe (ed.). Londres/ Sidney, Nueva York. Wiley and Sons.
- Malmquist, C.P. (1977). Childhood depression: A clinical and behavioral perspective. En J.G. Schulterbrandt y A. Raskin (eds.) *Depression in children: diagnosis, treatment and conceptual models*. Nueva York, Raven Press.
- Male, P. (1971). Quelques aspects de la psychopathologie et de la psychothérapie à l'adolescence. *In Confront Psychiatry*. Nº 7, 103-124.
- Mandianes, M. (1987). La medicina popular gallega. *Antropológica*. Nº 2, 45-62.
- Manrique, C. (1988). *Escrito en el fuego*. Madrid: Edirca. Manrique, C. (1985). *Lanzarote arquitectura inédita*. Excmo Cabildo Insular de Lanzarote.
- Mardomingo Sanz, M.J. (1994). *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Díaz de Santos.
- Marcelli, D. (1992). *Adolescencia y depresión*. Barcelona: Masson.

- Marcelli, D. y Braconnier, A. (1995). *Adolescence et psychopathologie*. París: Masson. 4ª ed.
- Mardomingo y Grado (1990). Sintomatología de la depresión en la infancia y adolescencia en función de la edad y del sexo. *Pediátrika*. Vol. 10, 203-209.
- Mardomingo y Grado (1991). Criterios diagnósticos de la depresión en la infancia y adolescencia. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*. N° 4, 268-277.
- Marsella, A.J. (1978). Thoughts on cross-cultural studies on the epidemiology of depression. *Cultural Medicine and Psychiatry*. N° 2 (4), 343-357.
- Martorell, M.C. y Miranda, A. (1985). Relación de variables socioculturales con el síndrome depresivo en la infancia. Un estudio exploratorio. *Psicológica*. Vol. 6, N° 2. 201-212.
- Moraleda, M. (1992). *Psicología del desarrollo*. Barcelona: Boixerau.
- McConville, B.J. et al. (1973). Three types of childhood depression. *Canadian Journal of Psychiatry*. N° 18, 133-138.
- McDermott, J.F. (1970). Divorce and its psychiatric sequelae in children. *Archives of General Psychiatry*. N° 23, 421-427.
- McKnew, D.H. Y Cytryn, L. (1979). Urinary metabolites in chronically depressed children. *J. Am. Acad. Child Psychiatry*. N° 18, 4:608-615.
- Mendlewicz, J. (1976). The age factor in depressive illness: Some genetic considerations. *Journal of Gerontology*. N° 31, 300-303.
- Mestre Escrivá, V. (1992). *La depresión en población adolescente valenciana. Un estudio de seguimiento desde la infancia a la adolescencia*. Valencia, Consellería de Sanitat i consum.
- Mezzich, A.C. y Mezzich (1979). Symptomatology of depression in adolescence. *J. of Personality Ass.* N° 18, 133-138.
- Mezzich, J. (1994). Epidemiology and diagnostic systems in psychiatry. *Acta psychiatrica scandinavica*. N° 385, 61-65.

- Monedero, C. (1975). *La manía, una psicopatología de la alegría*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Montgomery, S. A. y Asberg, M. (1979). A new depressive scale designed to be sensitive to change. *Brit J Psychiat.* N° 134. 382-389.
- Morales González, J. (1982). *Canarias en el actual momento histórico*. Caracas. Litografía. Melvín.
- Munro, A. (1966). Some familial and social factors in depressive illness. *British Journal of Psychiatry.* N° 112, 429-441.
- Murphy, J.M. (1994). Antropology and psychiatric epidemiology. *Acta Psychiatr. Scandinavica.* N° 385, 48-57.
- Murray, P.A. (1970). The clinical picture of depression in schoolchildren. *Journal of the Irish Medical Association.* N° 63, 53-56.
- Mussen, P.H., Conger, J.J. & Kagan, J. (1969). *Child development and personality*. Harper & Row.
- Myquel, M. (1987). L'utilisation du concept de dépression en pratique édo-psychiatrique. *Psychologie Médicale.* Vol. 19, N° 12, 2223-2224.
- Nelson, J.C. y D. S. Charney (1981). The symptoms of mayor depressive illness. *Am J Psychiatry.* N° 138, 1-13.
- Nissen, G. (1971). *Depressive syndrome im Kindes und Jugendalter*. Berlin, Springer Verlag.
- Nissen, G. (1973). La dépression masquéechez l'enfant et l'adolescent. En: Kielhollz, P. *La dépression masquée*. Berna: Hans Huber.
- Nissen, G. (1987). La depresión en la niñez y en la adolescencia: diagnóstico y tratamiento. *Psicopatología*, 7: 303-314.
- Nissen, G. (1989). Prevención de la depresión infantil en la escuela. *Psicopatología.* Vol. 9, N° 4, 171-176.

- Nurnberger, J.I., Jr.; Gershon, E.S.; Jimerson, D.C.; Buchsbaum, M.; Gold, P.; Brown, G., y Ebert, M. (en prensa) (1985). Pharmacogenetics of d-amphetamine response in man. En Gershon, E.S.; Matthysse, S.; Breakefield, X.O., y Ciaranello, R. (eds). *Genetic Strategies in Psychobiology and Psychiatry*. Boxwood Press, Pacific Grove, California.
- O'Connor, R.D. (1972). Relative efficacy of modeling, shaping and the combined procedures for modification of social withdrawal *Journal of Abnormal Psychology*. N° 79, 327-334.
- Orvaschel, H.; Weissman, M. (1986). Epidemiology of anxiety Disorders. En Gittelman, R., *Anxiety Disorders of Childhood*. Chichester. John Wiley Sons.
- Párraga, J. (1990). Escuela y depresión infantil. En Doménech y Polaino-Lorente *Epidemiología de la depresión infantil*. Espaxs: Barcelona.
- Paykel, E. S. (1985). *Psicopatología de los trastornos afectivos*. Madrid. Pirámide.
- Pearce, J. (1977). Depressive disorder in childhood. *Journal of child Psychology and Psychiatry*. N° 18, 79-82.
- Pearce, J. (1978). The recognition of depressive disorder in children. *Journal of the Royal Society of Medicine*. N° 71, 494-500.
- Pelechano, V. y Matud, M.P. (1990). Depresión post-parto: datos sobre su existencia y codeterminantes en una investigación con grupos criterio y la escala de Beck. *Análisis y Modificación de Conducta*. Vol.16. N°47, 3-53.
- Pelechano, V. (Paper). *Cuestionario de Extroversión Neuroticismo y Rigidez*. Facultad de Psicología. Universidad de La Laguna.
- Pérez Saavedra, F. (1995). *Lanzarote: su historia, su paisaje, sus gentes*. Sta Cruz de Tenerife: Cabildo Insular de Lanzarote-Centro de la Cultura Popular Canaria.
- Perris, C. (1966). A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive illness. *Acta Psychiat Scand*, supl. N° 194, vol. 42. 1-89.

- Petti, T. (1986). Depresión y retraimiento en los niños. En Ollendick, T. y Hersen, M. *Psicopatología infantil*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Petti, T. (1993). Depresión. En Ollendick, T. y Hersen, M. *Psicopatología infantil*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Polaino-Lorente, A. (1985). *La Depresión*. Barcelona: Martínez Roca.
- Polaino-Lorente, A. (1988). *Las depresiones infantiles*. Morata:Madrid.
- Polaino-Lorente, A. (1989). Factores sociales, cultura y depresión. *Anthropológica*. Nº 5/6, 47-66.
- Polaino-Lorente y García Villamisar (1993). La depresión infantil en Madrid. *Un estudio epidemiológico*. Editorial AC: Madrid.
- Post, F. (1968). The factor of ageing in affective illness. En Coppen, A., y Walk, A. (eds.): Recent Developments in Affective Disorders. *British Journal of Psychiatry*, publicación especial Nº 2.
- Post, F. (1972). The management and nature of depressive illnesses in late life: A follow-through study. *British Journal Psychiatry*. Nº 121, 393-404.
- Post, F. (1978). The functional psychoses. En John Wiley & Sons, *Studies in Geriatric Psychiatry*. Chichester.
- Post, F. y Ballenger, J.C. (eds.) (1984). *Neurobiology of moods disorders*. Baltimore, Williams and Wilkins.
- Post, F. (1985). Desórdenes afectivos en la senectud. En Paykel, E. S.: *Psicopatología de los trastornos afectivos*. Madrid: Pirámide.
- Poznanski, E. y Zrull, J. (1970). Childhood depression: clinical Characteristics of overtly Depressed Children. *Archives of General Psychiatry*. Nº 23, 8-15.
- Poznanski, E. et al. (1979). A depression rating scale for children. *Pediatrics*. Nº 64, 442-450.

- Poznanski, E.O. et al. (1982). The Clinical Phenomenology of Childhood Depression. *American Journal Orthopsychiatry*. N° 52, 2, 308-313.
- Poznanski, E.O. Freeman, L.N. y Mokros, H.B. (1985). Children's depression rating scale-revised. *Psychopharmacol. Bull.* N° 21, 979-989.
- Puig-Antich, J., Blau, S., Marx, N., Greenhill, L. L. Chambers, W. (1978). Prepubertal major depressive disorders: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. N° 17, 695-707.
- Puig-Antich, J. (1982). Major Depression and conduct disorder en prepuberty. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. N° 21, 2, 118-128.
- Puig-Antich, J. y Gittelman, R. (1982). Depression in childhood and adolescence. En E.S. Paykel (ed.), *Handbook of affective disorders*. Nueva York, Guilford Press.
- Puig-Antich, J., Goetz, R., Hanlon, C. y et al. (1982). Sleep architecture and REM sleep measures in prepubertal children with major depression. *Arch. Gen. Psychiatr.* N° 39, 932-939.
- Puig-Antich, J. (1983) Sleep architecture and REM sleep measures in prepubertal major depressives. *Archives of General Psychiatry*. N° 39, 923.
- Puig-Antich, J. (1985). Psychosocial functioning in prepuberal major depressive disorder. I. *Archives of General Psychiatry*. N° 42, 500-507.
- Puig-Antich, J.; Perel, J.M.; Lugattin, W. (1985b). Psychosocial functioning in prepuberal major depressive disorder. II. *Archives of General Psychiatry*. N° 42, 511-517.
- Puig-Antich, J. (1987). Datos actuales sobre los parámetros neuroendocrinos y del sueño en el trastorno depresivo mayor en edad prepuberal. En: Cantwell, D.P. y Carlson, G.A. *Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Martínez Roca.

- Pull, C. B. et al. (1984). Une approche nouvelle du diagnostic des dépressions. *Ann Med Psychol.* N° 42. 831-847.
- Rabassa Asenjo, B. (1982). *La depresión en España, estudio sociológico.* Gabinete de estudios sociológicos Bernard Krief, Laboratorios Lederle.
- Raskin, A. (1977). Depression in Children: Fact or fallacy. En Joy G. Schulterbrandt y Allen Rasquin (ed.) *Depression in childhood: Diagnosis, treatment and Conceptual Models.* Nueva York, Raven Press.
- Rholes, W.S.; Blackwell, J.; Jordan, C. y Walters, C. (1980). A Developmental Study of Learned Helplessness. *Developmental Psychology.* N° 16, 616-624.
- Rie, H.E. (1966). Depression in childhood: A survey of some pertinent contributions. *J. Am. Acad.: Child Psychiatr.* N° 5, 653-685.
- Robins, E. et al. (1972). Classification of affective disorders: the primary-secondary, the endogenous-reactive and the neurotic-psychiatric concepts. En T. A. William et al. (eds.): *Recent advances in the psychobiology of the depressive illnesses.* Washington. Government Printing Office.
- Rochlin, G. (1959). The Loss Complex. *Journal of the American Psychoanalytic Association.* N° 7, 299-316.
- Rodríguez Hernández, A. (1995). La personalidad cultural de la infancia canaria. En: Younis, J.L. (comp.) (1995). *Cultura, Psicología y Problemas sociales.* Librería Nogal ediciones. Excmo Cabildo Insular de G.C. Las Palmas de Gran Canaria.
- Roos, A.O. y Pelham, W.E. (1981). Child Psychopathology. *Annu. Rev. Psychol.* N° 32, 243-278.
- Rourke, B.P. (1988). Socioemotional disturbances of learning disabled children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* N° 56, 801-810.
- Ruffin, J. C. y Ferreri, M. (1984). Diagramme HARD: Un nouvel outil d'évaluation des états dépressifs en pratique courante. *Brit J Clin Pract.* N° 2, 31-37.

- Rutter, M. (1966). Children of sick parents: an environmental and psychiatric study. *Insti of Psychiatr. Maudsley Monographs*. Londres, Oxford University Press.
- Rutter, M., Tizard, J. y Whitmore, K. (1970). *Education Heath and Behavior*. London. Longman Group Ltd.
- Rutter, M. (1972). Relationships between child and adult Psychiatric disorders. *Acta Psychiatrica Scandinamica*. N° 48, 3-21.
- Rutter, M.; Tizard, J.; Yule, W.; Graham, Ph.; Whitmore, K. (1976). Isle of Wight studies 1969-1974. *Research Report. Psychol. Med.* N° 6, 313-332.
- Rutter, M. (1978). Classifacation. En: Rutter, M. y Hersov (ed.) *Child Psychiatry*. Londres: Blackwell Scientific Publications, 359-384.
- Rutter, M. (1979). Protective factors in children's response to stress and disadvantage. En Rolf, J. y Ken, I. (ed.) *Primary prevention of psychopathology*. Vol. 3. Hannover University Press.
- Rutter, M. y et al. (1984). *Depression in childhood: Developmental perspectives*. Nueva York, Guilford Press.
- Rutter, M. y Sandberg, S. (1985). Epidemiology of Child Psychiatric disorder: Methodological Issues and son substantive findings. *Child Psychiatry Hum. Dev.* N° 15, 209-233.
- Rutter, M., Izard, C., Read, P. (eds.) (1986). *Depression in young people, developmental and Clinical perspectives*. Nueva York-Londres, The Guilford Press.
- Rutter, M. (1995). Relationships between mental disorders in childhood and adulthood. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. N° 91, 73-85.
- Saigh, P. (1991). The developmente of posttraumatic stress disorder following four different types of traumatization. *Behaviour research and therapy*. Vol.29. N° 3, 213-216.
- Sandler, J. y Joffe, W.G. (1965). Notes in childhood depression. *Int. Journal Psychoanal.* N° 46, 88-96.

- Saylor, C.F.; Finch, A.J.; Spiritu, A.; Benet, B.(1984). The Children's depression inventory. A systematic evaluation of psychometric properties. *J. of Cons. and Clinical Psy.* N° 6, 955-967.
- Schneider, K. (1920). Die Schichtung des emotionalen Lebens und der Aufbau der Depressionszustände. *Z ges Neurol Psychiat.* N° 59, 281-286.
- Schneider, K. (1950). Die Aufdeckung des Daseins durch die cyclothyme Depression. *Nervenarzt.* N° 21, 193-194.
- Seligman, M.E.P. (1973). fall into learned helplessness. *Psychology Today.* N° 7, 43-49.
- Seligman, M.E.P. (1975). Helplessness. *On depression development, and health.* Freeman, San Francisco.
- Seligman, M.E.P. (1988). Boomer Blues. *Psychology Today.* October, 50-60.
- Semrud-Clikeman, M. and Hynd G. W. (1991). Review of Issues and Measures in Childhood Depression. *School Psychology International.* Vol. 12, 275-298.
- Singer, K. (1975). Depressive disorders from a transcultural perspective. *Society of Sciences Medical.* N° 9, 289-301.
- Sjoberg, G. y Nett, R. (1968). *A Methodology for social research.* Nueva York: Harper and Row.
- Sperling, M. (1959). Equivalentes of depression in children. *Journal of Hillside Hospital.* N° 8, 138-148.
- Spitz, R.A. (1945). Anaclitic depression. *Psychoanal. Stud. Child.* N° 2, 313.
- Spitz, R. y Wolf, K. (1946). Anaclitic depression: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child.* Vol 2. New York. International University Press. 313-342.

- Spitzer, R., J Endicott y E. Robins (1975). *Research diagnostic criteria (RDC) for a selected group of functional disorders*. 3ª. ed., Nueva York State Psychiatric institute.
- Spitzer, R. et al. (1978). Research diagnostic criteria: Rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry*. N° 35, 773-782.
- Spitzer, R.L. y Cantwell, D.P. (1980). The DSM-III classification of the psychiatry disorders of infancy, childhood, and adolescence. *J. Am. Acad. Child Psychiatry*. N° 19, 356-370.
- Stark, K.; Brookman, C. and Frazier, R. (1990). A Comprehensive School-Based Treatment program for depressed Children. *School Psychology Quarterly*. Vol. 5, N° 2, 111-141.
- Stevenson, D.T. y Romney, D.M. (1984). Depression in learning disabled children. *Journal of Learning Disabilities*. N° 17, 579-582.
- Strauss, C.C.; Forehand, R.; Frame, C. y Smith, K. (1984). Characteristics of Children with Extreme Scores on the Children's Depression Inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*. N° 13, 227-231.
- Tanner (1978). *El hombre antes del hombre*. F.C.E., México.
- Tejera Gaspar, A. (1992). *El contacto de culturas en Lanzarote en los siglos XIV y XV*. Madrid: Secretariado de Publicaciones. Universidad de La Laguna.
- Tisher, M. (1987). El rechazo escolar: ¿un equivalente depresivo?. En Cantwell, D. y Carlson, G. *Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Taylor, M. A. y Abrams, R. (1980). The classification of affective disorders and reassessment of the bipolar unipolar dichotomy. *J Affective Disorders*. N°2, 95-109.
- Teichman, Y. (1989). Childhood Depression: A Family Perspective. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. Vol. 26, N° 1-2, 46-57.
- Tennant, C. et al. (1981). Parental loss in childhood, adult psychiatric and contact with psychiatric service. *Arch. Gen. Psychiatry*. N° 38, 309-314.

- Thapar, A. y McGuffin, P. (1994). A Twin Study of Depressive Symptoms in Childhood. *British Journal of Psychiatry*. N° 165, 259-265.
- Toolan, J.M. (1962). Depression in children and adolescence. *American Journal of Orthopsychiatry*. N° 32, 404-414.
- Turquets, J.L. y Murcia, M. (1987). *Conceptos fundamentales de epidemiología psiquiátrica*. Barcelona: Herder.
- Tyrer, S. y Shopsin, B. (1985). Síntomas y exploración de la manía. En Paykel, E.S.(ed.), *Psicopatología de los trastornos afectivos*. Madrid: Pirámide.
- Van Praag, H.M.; Uleman, A.M. y Spitz, J.C. (1965). The vital syndrome interview. *Psychiatrica, Neurologia et Neurochirurgia*. N° 68, 329-346.
- Vazquez Barquero, J.L., Muñoz, P.E. y Jauregui, V.M. (1981). La incidencia de los factores socioculturales sobre la morbilidad neurótica en la comunidad. *Revista de psiquiatría y psicología médica*. N° 2, 67-85.
- Verhulst, F.; Berden, G; Sanders-Woudstra, J. (1985). Mental health in Dutch children the prevalence of psychiatric disorder and relationship between measures. *Acta Psychiatr. Scand (Suppl.)*. N° 324, 72, 1-45.
- Wallerstein, J.S. y Kelly (1980). *Surviving the breakup: how parents and children cope with divorce*. New York: Basic Books.
- Warreny,N.J. et al (1978). Measurement of positive asertive behaviors: the behavioral tests of tenderness expression. *Behavior Therapy*. N° 8, 178-184.
- Weinberg, W.A., Rutman, J., Sullivan, L., Penick, E.C. y Dietz, S.G. (1973). Depression in children referred to an educational diagnostic center: Diagnosis and Treatment. *Journal of Pediatrics*. N° 83, 1065-1072.
- Weiner, I.B. (1970). *Psychological disturbance in adolescence*. Nueva York, Wiley.

- Weissman, M.M.; Paykel, E.S.; Klerman, G.L. (1972). The depressed woman as a mother. *Soc. Psychiatry*. N° 7, 98-108.
- Weissman, M.M. y Klerman, G. (1977). Sex differences and the epidemiology of depression. *Arch. Gen Psychiatry*. N° 34, 98-111.
- Weisman, M.M. et al. (1980). Children's symptom and social functioning self-report scales: comparison of mother' and children's reports. *J. nerv. met. dis.* N° 168, 736-740.
- Weissman, M. et al (1984). Psychopathology in the children of depressed and normal parents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. N° 23, 1. 78-84.
- Weissman, M., Wickramaratne, P., Warner, V., John, K. Prusoff, B., Merikangas, K. & Gammon, G.D. (1987). Assessing psychiatric disorders in children: Discrepancies between mothers' and children's reports. *Archives of General Psychiatry*. N° 44, 747-753.
- Welner, Z., Welner, A., McCrary, M. y Leonard, M. (1977). Psychopathology in children of impatients with depression: A controlled study. *Journal of Nervous and Mental Disease*. N° 164, 408-413.
- Wing, J. K. et al. (1974). *The measurement and classification of psychiatric symptoms*. Londres. Cambridge University Press.
- Winokur, G. (1972). Depression spectrum disease: Description and family study. *Comprehensive Psychiatry*. N° 13, 3-8.
- Wolcott, H.F. (1985). Sobre la intención etnográfica. En Velasco, H.M.; García, F.J. y Díaz, A. (eds.), *Lecturas de antropología para educadores*. Madrid: Trotta.
- Woods, P. (1986). *La escuela por dentro. La etnografía en la investigación educativa*. Barcelona: Paidós/MEC.
- Woods, P. y Hammersley (1995). *Género, cultura y etnia en la escuela*. Barcelona: Paidós.

- Worchel, F. F., Rae, W. A., Olson, T. K., Crowley, S. L. (1992). Selective Responsiveness of Chronically Ill Children to Assessments of Depression. *Journal of Personality Assessment*. 59 (3), 605-615.
- World Health Organization (1980). *Mental Disorders: Glossary and Guide to their Classification in Accordance with the New Revision of the International Classification of Diseases (ICD)*. Geneva: WHO.
- Younis, J.L. (1988). *El niño y la cultura audiovisual*. Sta Cruz de Tenerife: Ayuntamientos de Sta Lucía de Tirajana y Agüimes y Centro de la Cultura Popular Canaria.
- Zung, W. (1965). A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiat*. Nº 12, 63-70.