



**EVALUACIÓN
MULTIMÉTODO Y MULTIINFORMANTE
DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA
EN NIÑOS Y ADOLESCENTES**

Anna Figueras Masip

2006

Tesis Doctoral dirigida por el
Dr. Juan Antonio Amador Campos

EVALUACIÓN
MULTIMÉTODO Y
MULTIINFORMANTE
DE LA SINTOMATOLOGÍA
DEPRESIVA
EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

INTRODUCCIÓN

La depresión es uno de los principales problemas de salud mental de la sociedad actual. El riesgo de padecer un trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida oscila entre el 10% y el 25% para las mujeres y entre el 5% y el 12% para los varones (APA, 1995). La depresión es más que un desorden del humor ya que afecta a múltiples áreas del funcionamiento emocional, somático y cognitivo. Además, los trastornos depresivos pueden tener consecuencias importantes y negativas si no son identificados y tratados a tiempo.

En los últimos años ha habido un interés creciente en el área de la evaluación de la depresión infanto-juvenil. La controversia histórica y la confusión acerca del fenómeno depresivo en estas edades han evolucionado hacia una aceptación, cada vez más general, de que la depresión es un trastorno que también aparece en niños y adolescentes.

La depresión en niños y adolescentes es un trastorno insidioso, en bastantes ocasiones, poco reconocido, confundido con otros trastornos, o entendido como una

variación normal del estado de ánimo. El hecho de que no se identifique de forma adecuada lleva a la falta de tratamiento. Las causas de este hecho son varias e incluyen, entre otras, el tipo de sintomatología y la naturaleza frecuentemente encubierta de los síntomas, la visión del final de la infancia y del inicio de la adolescencia como una época de cambios y alteraciones emocionales, la poca relación y la insuficiente comunicación entre algunos adolescentes y padres o adultos de referencia como profesores, y la falta de auto derivación a los profesionales por parte de los adolescentes.

Si queremos que la evaluación psicológica proporcione un retrato lo más cercano posible al funcionamiento del niño o adolescente, debemos evitar, de entrada, otorgar una etiqueta diagnóstica, procurar evaluar a diversas áreas de funcionamiento y recoger información de diferentes informantes. También es necesario utilizar instrumentos variados que incluyan, si es posible, enfoques categoriales y dimensionales. Además estos instrumentos han de estar adaptados a la población y al contexto cultural en el que se aplican y contar con normas apropiadas para la edad y el sexo de los evaluados (Achenbach, 2005).

El objetivo de la tesis es estudiar la utilidad de un procedimiento de evaluación de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes, y adaptar a población catalana diversas medidas de autoinforme y heteroinforme que evalúan sintomatología psicopatológica en general, y sintomatología depresiva, en particular.

En el primer capítulo se revisan los diferentes aspectos a tener en cuenta en el estudio de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes: evolución histórica del concepto de depresión infantil, características evolutivas de niños y adolescentes, curso y evolución de la sintomatología depresiva a lo largo del desarrollo, epidemiología y prevalencia del trastorno y de la sintomatología depresiva desde la primera infancia hasta la adolescencia, comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos, clasificación y criterios diagnósticos, y evaluación de la sintomatología depresiva, incluyendo la revisión de los métodos e instrumentos, de las características de la información que aportan diferentes informantes, y de los modelos de evaluación específicos de sintomatología depresiva. En el segundo capítulo se presenta el procedimiento de evaluación que se analiza en el trabajo y se plantean los objetivos generales y específicos del mismo.

Los capítulos 3 y 4 constituyen la parte empírica del estudio. El tercer capítulo describe los participantes y muestras evaluadas, los instrumentos administrados y el

procedimiento seguido en la aplicación del proceso de evaluación multimétodo y multiinformante de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes. El cuarto capítulo presenta los principales resultados de este trabajo. Se estructura en dos apartados: el primero de ellos revisa las características psicométricas de los instrumentos administrados en la dos primeras fases del estudio (Children's Depression Inventory, Reynolds Adolescent Depression Scale y Reynolds Child Depression Scale) en muestra comunitaria y clínica, y el segundo recoge los resultados obtenidos en la tercera fase de evaluación individualizada del estudio mediante diversos métodos (instrumentos de Achenbach, Devereux Scales of Mental Disorders y entrevista diagnóstica) e informantes (niños y adolescentes y sus padres y profesores) en las muestras de control, de riesgo y clínica.

En el quinto capítulo se comentan y discuten los resultados obtenidos en las tres fases del estudio a la luz de los estudios revisados en la bibliografía, y en el sexto capítulo se recogen las conclusiones a partir de los resultados obtenidos, se señalan las principales implicaciones teóricas y prácticas y las aportaciones y limitaciones del estudio.

El desarrollo de instrumentos normalizados de evaluación fue una de las primeras iniciativas de los investigadores de la depresión infantil. A pesar de todos estos instrumentos, tener un procedimiento evaluación de la sintomatología depresiva que permita llegar a un diagnóstico claro y a un tratamiento eficaz de este trastorno en niños y adolescentes es esencial. Con este objetivo y teniendo presente que la identificación de la depresión en niños y adolescentes es de vital importancia dado el riesgo de mantenerse hasta la edad adulta afectando a todos los aspectos del desarrollo, en especial a la personalidad y a las relaciones sociales, nos planteamos este estudio que se desarrolla en las siguientes páginas.

1

LA DEPRESIÓN EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA: FUNDAMENTOS TEÓRICOS

En este capítulo se presenta una revisión de los aspectos más relevantes de la depresión en niños y adolescentes. En primer lugar se hace una breve revisión del concepto de la depresión infantil y adolescente a lo largo de la historia, y a través de diferentes modelos teóricos. La revisión histórica va desde la concepción psicodinámica de la depresión hasta llegar a las teorías que derivan de la psicopatología del desarrollo, incluyendo diferentes modelos de la depresión en la edad adulta y su adaptación a la edad infantil y adolescente. En segundo lugar, se repasan las características de la infancia y la adolescencia y de la sintomatología depresiva en estas edades teniendo en cuenta la edad y el sexo. Posteriormente se revisan los datos más relevantes en cuanto a la prevalencia de la sintomatología depresiva, su comorbilidad con otros trastornos y la clasificación psicopatológica del trastorno depresivo en niños y adolescentes. En último lugar se revisan las características de la evaluación psicológica en la infancia y la adolescencia y sus

aplicaciones en la evaluación del trastorno depresivo, repasando los principales instrumentos, informantes y modelos de evaluación.

1.1 Breve aproximación histórica al concepto de depresión infantil y adolescente

La noción de que los trastornos del estado de ánimo, especialmente los depresivos, pueden manifestarse en niños y adolescentes, está aceptada de forma mayoritaria en la actualidad. Pero esta aceptación es relativamente reciente. La resistencia al concepto de depresión como entidad clínica en la infancia y la adolescencia proviene tanto de la escuela psicoanalítica (Rie, 1966) como de aquellos que defendían que los síntomas depresivos representaban experiencias transitorias asociadas al desarrollo normal (Lefkowitz y Burton, 1978).

El psicoanálisis ortodoxo, desde un principio, se negó a admitir la existencia de depresiones en la infancia ya que, según la conceptualización freudiana de la depresión en el adulto, al hacerla depender de la interacción entre las diferentes instancias de la personalidad, y no estando éstas desarrolladas en las etapas evolutivas infantiles, no sería posible la emergencia de los cuadros depresivos en la infancia. El inicio de estas dificultades en el concepto de depresión infantil tiene su origen en el trabajo de Freud "Duelo y melancolía" (1917). En esta obra Freud define la melancolía, igual que el duelo, como una reacción ante la pérdida de un objeto amado (sea real o imaginado) con la especificidad de que en la melancolía dicha "pérdida" se refiere al yo. De esta manera, la depresión clínica es entendida como un fenómeno del superego que implica agresión contra el yo. Además, el superego no está lo suficientemente formado ni internalizado antes de la preadolescencia, por lo que la depresión clínica, desde la perspectiva psicoanalítica, no puede existir en la infancia (Beres, 1966; Rie, 1966; Rochlin, 1959).

Las perspectivas psicoanalíticas sobre la depresión que tienen un claro impacto en el estudio de la etapa infantil son las de Melanie Klein (1934). Klein fue la primera psicoanalista que introdujo el término de depresión, referido a la infancia. Esta autora introdujo la "ansiedad depresiva" como una etapa forzosa en el desarrollo evolutivo del niño (la reacción depresiva, en consecuencia, constituiría un modo de respuesta comportamental normal, que incluso tendría una finalidad adaptativa).

Curiosamente, sin embargo, en el mismo seno del psicoanálisis, pronto se alzaron voces en lo que respecta a la existencia de la depresión en la infancia. Un primer grupo de investigación se centró en el estudio de los efectos que se producían en niños de corta edad cuando se les separaba, transitoria o permanentemente, de su madre. Los trabajos más conocidos son los de Spitz (1946) y Bowlby (1958), además de otros autores como Deutsch (1919-1959), Bakwin (1942), Freud y Burlingham (1960), Schaffer y Callender (1959) y Heinicke y Westheimer (1965). En muchos de estos estudios, realizados con niños, se analizan las relaciones entre separación, experiencias de pérdida y la aparición de comportamientos afectivos patológicos, caracterizados por ansiedad y depresión.

Spitz (1946) describió la ocurrencia de estados similares a los depresivos en la temprana infancia. Explicó las reacciones de bebés de 6 meses de edad tras la abrupta separación de sus madres. Estos niños son descritos como tristes, apáticos, llorones y aislados, que muestran pocos movimientos espontáneos, baja reacción a los estímulos y trastornos del apetito y del sueño. Spitz concluyó que esta reacción a la separación era un trastorno del estado de ánimo infantil que llamó "depresión anaclítica", enfatizando su relación dependiente de la edad del sujeto. El lugar donde Spitz realizó estas observaciones fue en una prisión en la que las madres podían tener a sus hijos hasta los seis meses de edad, momento en el cual se trasladaba a los bebés a una guardería donde, aparentemente, estaban mejor cuidados médica y sanitariamente, pero donde el contacto humano era mínimo. El mismo autor explicó la reacción depresiva de los niños como una agresión hacia el *self*, explicada por el hecho que estos niños eran privados de un objeto externo (la madre) que absorbía su innata tendencia agresiva y, como consecuencia de esta privación, los niños volvían la agresividad hacia ellos mismos.

Bowlby (1960), describió el proceso secuencial de estadios de separación que se observa en niños pequeños. Este autor habló del apego y de los efectos patológicos de la separación en la infancia. Bowlby estructuró el proceso de separación en diferentes etapas. La primera de ellas es la de protesta, en la cual el niño está muy disgustado y quiere recuperar a la madre con el llanto, los gritos o pataleando. Si la madre no vuelve, el niño muestra desespero, con lloros silenciosos, caras tristes y aislamiento social. Si la madre sigue sin llegar, el niño realiza movimientos como defensa, parece

negar la separación y se relaciona con nuevos adultos de manera amistosa. De hecho, durante esta última etapa el niño puede ignorar a la madre si ésta reaparece.

Bowlby no consideró estos estadios como equivalentes a la depresión como entidad clínica, sino que los entendió como la reacción universal a la separación. Consideraba el apego del niño a la madre desde un punto de vista etiológico, dando importancia a las secuencias de conducta innatas, tanto por parte de la madre como del niño, que inician y mantienen el vínculo emocional.

Alrededor de la misma época, en los años cincuenta, Bibring (1953) propuso una explicación psicodinámica a la depresión adulta que puede aplicarse a personas de todas las edades. Bibring (1953) entendía la depresión como una contrapartida emocional a la desesperanza percibida por el ego al necesitar refuerzos externos. Este hecho permitía la aplicación teórica de la existencia de depresión en niños y adolescentes. En esta línea, Sandler y Joffe (1965), aplicaron la formulación teórica de Bibring (1953) a los niños y adolescentes con depresión. Estos autores describieron la depresión como un estado afectivo psicobiológico que aparece automáticamente siempre que el individuo percibe una pérdida de su bienestar. A partir de estas formulaciones se ha explicado, desde posiciones psicodinámicas, la secuencia de estadios de desarrollo y su relación con la presencia de trastorno depresivo, tal y como se muestra en la tabla 1-1.

TABLA 1-1. Estadios del desarrollo, síntomas y causas de depresión.

Estadio del desarrollo	Síntomas depresivos	Causas de la depresión
Niñez	Aislamiento después del llanto y la protesta	Pérdida de estimulación, de seguridad y buen soporte con la madre
Infancia temprana	Inhibición, conducta dependiente	Desaprobación por parte de los padres
Infancia media	Tristeza como una respuesta inmediata a la situación	Rechazo de los padres, pérdida de actividades placenteras
Infancia tardía	Depresión con baja autoestima	Incapacidad para conseguir el ideal de los padres, incapacidad para mantener las relaciones con éstos
Adolescencia	Depresión con impulsividad	Incapacidad para llegar a ser como el ideal internalizado de los padres, incapacidad para separarse de la familia.

(Tomado de Bemporad, 1994, pp.93.)

La segunda línea de investigación está representada por la psicopatología experimental animal. Los estudios de Harlow (1959) con chimpancés mostraron que estos preferían a una madre de felpa y calurosa que no daba alimento antes que a una madre de alambre que sí daba alimento, y demostraron que se creaba una relación más fuerte entre madre e hijo ante las necesidades afectivas que ante las necesidades biológicas como la alimentación; los de Kohler (1924) demostraron la aparición de anorexia mental en monos que habían sido separados de sus madres; Yerkes (1929) comunicó la aparición de conductas que identificó como depresión en chimpancés que habían sido separados de sus madres; Hebb (1947) también informó sobre la aparición espontánea de este tipo de conductas en un chimpancé; Lorenz (1952) describió los cambios comportamentales observados en perros y pájaros tras la pérdida de sus padres; Hediger (1955) comunicó que es común entre muchas especies biológicas que el aislamiento de un animal de temprana edad vaya seguido de pérdida de apetito, mientras que cuando se acompañaba de otro animal aumenta su ingesta; Engel (1954), Lehman (1959) y Saul (1962) se han referido a las relaciones existentes entre separación materna y aparición de conductas depresivas en el comportamiento animal. Posteriormente a estas experiencias, equipos de investigación de las Universidades de Wisconsin y de Cambridge replicaron experimentalmente en macacos rhesus la sintomatología de la depresión anaclítica descrita por Spitz (1946). Los trabajos experimentales, desde entonces a esta parte, han continuado hasta la aparición del modelo de indefensión aprendida (Seligman, 1975).

En la década de los cincuenta el mundo de la psicología y de la psicopatología infantil estaba dominado por el psicoanálisis. En 1937 se celebró en París el Primer Congreso Internacional de Psiquiatría Infantil; a partir de este momento las publicaciones en torno a los trastornos mentales infantiles aumentaron considerablemente. Kanner (1943) y Asperger (1944) marcan el interés creciente por la psicopatología infantil, no obstante, los estudios sobre depresión infantil son escasos. Dado que las escuelas psicoanalíticas no admiten la depresión en el niño, este tema queda excluido de los manuales de psicopatología infantil de la época.

La actual etapa en la historia de la depresión infantil abarca los últimos cuarenta años. Puede datarse su arranque en 1966. En este año coinciden diversos hechos, que son relevantes a la hora de explicar el interés creciente por la depresión infantil.

1. Rie (1966) publica una *Comprehensive Review*, en la que hace una revisión del tema.
2. Rutter (1966) publica el primer trabajo científico sobre padres depresivos.
3. La clasificación de las alteraciones psiquiátricas del niño, del *Group for the Advancement of Psychiatry (GAP, 1966)* incluye, por primera vez, el síndrome depresivo infantil entre las alteraciones mentales.

En los años sesenta surgen los conceptos de depresión enmascarada y de equivalentes depresivos. Diversos autores (Toolan, 1962; Glasser, 1968; Malmquist, 1977) sugieren que la hiperactividad, el comportamiento oposicionista, los problemas conductuales, el bajo rendimiento escolar y las quejas somáticas pueden, en algunos casos, representar “equivalentes depresivos” o manifestaciones de “depresión enmascarada”. El niño podía padecer una depresión, pero ésta se encontraría “enmascarada” y los síntomas que se detectarían tendría poco o nada que ver con la depresión, tal y como se manifiesta en el adulto (Toolan, 1962; Glasser, 1968). De esta forma, cualquier forma de psicopatología infantil podía ser síntoma de depresión. También en los años 60 se encuentran las primeras evidencias clínicas de que la disforia puede expresarse como un síndrome y un trastorno en niños.

A partir de 1970 la aceptación de un síndrome depresivo, específico de la infancia, es casi unánime. En esta década el interés se centra en la obtención de criterios diagnósticos válidos, inicialmente clínicos y psicológicos, y más tarde también biológicos. También se empiezan a aplicar a niños y adolescentes los modelos conductuales-cognitivos de la depresión adulta. Estos modelos, cuya aplicación en los estudios de la depresión infantil y adolescente se describe a continuación, destacan que las características de la depresión son el déficit de habilidades sociales (Lewinsohn, 1974), la presencia de distorsiones cognitivas (modelo cognitivo de Beck, 1967, 1976), la percepción de las situaciones externas como incontrolables (modelo de indefensión aprendida de Seligman, 1975 y Abramson, Seligman y Teasdale, 1978), la desesperanza (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989), y la falta de refuerzo externo (teoría del autocontrol de Rehm, 1977).

El modelo de Lewinsohn (1974) tiene su origen en la psicología conductual. De acuerdo con este modelo, las personas deprimidas no reciben suficiente refuerzo positivo de los demás debido a que sus habilidades sociales son inadecuadas para las

relaciones interpersonales. Este déficit en las relaciones sociales conlleva la disminución de actividades placenteras lo que, a su vez, refuerza el estado depresivo. En los estudios realizados, dirigidos específicamente a la evaluación de las habilidades sociales de los niños y adolescentes deprimidos, se ha encontrado que el déficit en las habilidades sociales está significativamente relacionado con la presencia de depresión en jóvenes (Wierzbicki y McCabe, 1988). Además, los niños y adolescentes deprimidos también muestran déficits en las relaciones sociales con sus padres, hermanos y compañeros, así como dificultades en las habilidades de solución de problemas interpersonales (Kaslow, Brown y Mee, 1994).

El modelo cognitivo de Beck (1967, 1976) sugiere la existencia de esquemas a través de los cuales las personas filtran e interpretan sus experiencias. Las personas con tendencia a la depresión desarrollan esquemas negativos distorsionados que se ponen en funcionamiento ante situaciones de estrés. Cuando se activan dan lugar a la tríada cognitiva: visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro. Estos esquemas dan lugar a creencias y actitudes negativas que conllevan los llamados errores cognitivos asociados a la depresión: inferencias arbitrarias, abstracción selectiva, generalización excesiva, magnificación y minimización, personalización, y pensamiento absolutista y dicotómico. En niños y adolescentes, los estudios realizados sobre las distorsiones cognitivas han encontrado resultados similares a los de los adultos, lo que apoya la hipótesis de la distorsión cognitiva en la depresión (Kaslow et al., 1994). Por otro lado, también se ha estudiado la visión del yo en niños y adolescentes deprimidos y se ha encontrado que éstos tienen su autoestima más baja que aquellos que no están deprimidos (Kaslow et al., 1994).

De acuerdo con el modelo de indefensión aprendida (Seligman, 1975) las personas empiezan a desarrollar depresión cuando perciben los eventos que ocurren en su entorno como incontrolables. La indefensión aprendida ocurre cuando el individuo abandona cualquier aspecto o conducta porque cree que no puede influir en el entorno. Esta teoría encontró notables dificultades al aplicarla a la depresión; los problemas apuntaban, sobre todo, al hecho que el modelo podría considerarse un buen modelo de *síntomas* depresivos (por ejemplo, el enlentecimiento psicomotor), pero no tanto del complejo síndrome de problemas que constituye la depresión humana (Costello, 1993). Posteriormente, este modelo fue revisado y se propuso la reformulación atribucional de la indefensión aprendida (Abramson et al., 1978), en el

que se introdujo el constructo de las atribuciones, es decir, la explicación que se intenta dar a la situación de incontrolabilidad (interna/externa, estable/inestable, global/específica). Los estudios realizados en niños y adolescentes se han centrado en el locus de control y en el estilo atribucional de aquellos que han sido diagnosticados de un trastorno depresivo. Tomando como referencia el modelo adulto, se ha considerado que los niños y adolescentes deprimidos perciben una falta de control sobre aspectos importantes de su ambiente. Los estudios realizados sobre este tema son pocos; a pesar de ello, han encontrado que los síntomas depresivos en niños y adolescentes están asociados con la percepción de incompetencia a nivel personal (Weisz, Weiss, Wasserman y Rintoul, 1987; Kaslow et al., 1994).

En referencia a los estudios realizados sobre el estilo atribucional de niños y adolescentes con sintomatología depresiva se ha encontrado que éstos hacen atribuciones más internas, estables y globales para los errores, y más externas, inestables y específicas para los éxitos que los niños y adolescentes sin sintomatología depresiva (Blumberg e Izard, 1985; Bodiford, Eisenstadt, Johnson y Bradlyn, 1988; Kaslow, Rehm y Siegel, 1984; Nolen-Hoeksema, Girgus y Seligman, 1986; Robins y Hinkley, 1989). Por otro lado, los estudios revisados han encontrado resultados contradictorios en el estilo atribucional de chicos y chicas; mientras algunos autores destacan la existencia de diferencias sexuales (Blumberg et al., 1985), otros no han hallado ninguna diferencia (Robins et al., 1989).

La teoría de la desesperanza de Abramson et al. (1989) es una revisión de la formulación de 1978 anteriormente comentada, y se explicita como un modelo de diátesis-estrés que especifica una cadena de causas distantes y próximas, que incrementan la probabilidad de depresión, y que culminan en la desesperanza. A diferencia de la teoría de la indefensión aprendida no se habla de “sucesos incontrolables”, sino de “sucesos vitales negativos”.

Existe un debate sobre la adecuación de la aplicación de este modelo de depresión en niños y adolescentes, basándose en los niveles de su desarrollo cognitivo, que afecta a su capacidad de desarrollar desesperanza, teniendo en cuenta la limitada perspectiva temporal y la falta de visión del futuro que se da en estas edades (Kaslow et al., 1994). A pesar de esto, Kaslow et al. (1994) han revisado diversos estudios en los que se ha encontrado que los niños y adolescentes con mayores puntuaciones en la *Hopelessness Scale for Children* (HSC: Kazdin, French, Unis, Esveldt-Dawson y Sherick,

1983) tienen mayor riesgo de tener baja autoestima, depresión, intentos de suicidio y todo un amplio rango de conductas psicopatológicas.

Rehm (1977) elaboró una teoría de la depresión, basada en el aprendizaje social, que trataba de integrar elementos de las teorías de Lewinsohn, Beck y Seligman dentro del marco del modelo de autocontrol de Kanfer (1970). El modelo del autocontrol de Rehm se basa en que la depresión es consecuencia de la pérdida de una fuente de reforzamiento externa y se considera que los depresivos atienden selectivamente a los sucesos negativos, excluyendo los positivos. Los estudios realizados muestran que los niños y adolescentes con depresión evalúan sus actividades de forma más negativa que los de grupos sin sintomatología depresiva (Kaslow et al., 1994).

En la actualidad se acepta de forma generalizada la existencia de la depresión infantil, aunque dentro de esta aceptación se puede distinguir la existencia de dos corrientes. En primer lugar, aquellos que sostienen que es equiparable a la del adulto y se puede diagnosticar con los mismos criterios e instrumentos (Carlson y Cantwell, 1980; Chambers, Puig-Antich, Hirsch, Paez, Ambrosini, Tabrizi et al., 1985). De esta forma, y estimulados por los avances en la biología psiquiátrica, diversos autores diseñaron escalas de valoración y entrevistas estructuradas que adaptaban los criterios adultos al diagnóstico de la depresión infantil (Ling, Oftedal y Weinberg, 1970; Weinberg, Rutman, Sullivan, Penick y Deitz, 1973).

En segundo lugar, en los últimos años las nuevas investigaciones sobre el actual concepto de depresión en el niño, se orientan más hacia el estudio de la depresión infantil desde el punto de vista de la psicopatología del desarrollo. Es una posición más moderada que asume que algunas de las manifestaciones de la depresión en niños son diferentes de las manifestaciones adultas y, en cambio, otras son similares a las adultas. Desde esta posición se argumenta que la fenomenología de los trastornos del estado de ánimo en jóvenes evoluciona con el desarrollo del sujeto; se afirma que algunas de las manifestaciones son exclusivas de niños, y se sugiere que los síntomas pueden variar según la edad del niño. Desde esta perspectiva, los criterios para la depresión del adulto no serían aplicables a los niños y menos de forma uniforme. Dentro de esta línea de pensamiento los autores más relevantes son Achenbach y Edelbrock (1983), Rutter, Izard y Read (1986) y Kazdin (1989).

La psicopatología del desarrollo busca unificar, partiendo del marco del desarrollo a lo largo del ciclo vital, las contribuciones hechas al estudio de la depresión

desde diferentes ámbitos (psiquiatría, psicología, neurociencia, sociología, epidemiología,...). Achenbach (1990) ha descrito la psicopatología del desarrollo como un macro paradigma más que una teoría unitaria y, como tal, representa un movimiento hacia una comprensión de la psicopatología y sus causas, determinantes, curso, secuelas y tratamiento mediante la integración del saber de múltiples disciplinas con un mismo marco de referencia. Desde este modelo no se estudian de forma exclusiva los trastornos, aunque el foco central es dilucidar sus procesos de desarrollo y como funcionan estos. Así, la psicopatología del desarrollo está interesada no sólo en conocer cómo desde el estudio del desarrollo normal se puede estudiar la conducta psicopatológica, sino también en cómo el estudio de la psicopatología puede ayudar a entender el desarrollo normal. De esta forma, la aplicación de los conocimientos del desarrollo biológico, afectivo, cognitivo e interpersonal normal a la comprensión de la depresión, supone poder entender como contribuye cada uno de estos aspectos al desarrollo de sintomatología depresiva en estas edades, a la vez que el estudio de los aspectos biológicos, afectivos, cognitivos e interpersonales en los niños y adolescentes deprimidos permite obtener una visión completa de estos procesos a lo largo del desarrollo normal (Cicchetti, Rogosch y Toth, 1994).

Los psicopatólogos del desarrollo, además de estudiar a los niños y adolescentes con trastornos, están interesados en el estudio de las variaciones en el continuum entre el comportamiento considerado normal y el patológico; así, la diversidad es central en esta perspectiva. De hecho, se espera que existan múltiples contribuyentes para el desarrollo de la depresión, y estos pueden variar entre individuos, de la misma forma que puede variar la expresión de la sintomatología depresiva en diferentes edades, de manera que desde la psicopatología del desarrollo no existe una única explicación etiológica de la depresión en niños y adolescentes.

El estudio de los trastornos depresivos en niños y adolescentes, desde la psicopatología del desarrollo, representa una visión amplia que busca unificar diferentes campos con la finalidad de integrarlos en una sola explicación. Debido a que la actual adaptación de los niños y adolescentes es vista como un producto de las circunstancias vividas y de las experiencias y adaptaciones anteriores, la depresión en estas edades se entiende en términos de factores de riesgo y de protección en el contexto del desarrollo biológico y conductual de los individuos (Cicchetti, 1990).

Dentro de este campo, Achenbach et al. (1983) han utilizado la técnica del análisis multivariado para identificar y establecer diferentes síndromes característicos de los trastornos infantiles, incluida la depresión. Estos análisis han revelado diferencias tanto en conductas normales como psicopatológicas en niños y adolescentes a lo largo del desarrollo. En lo referente a la depresión, los resultados obtenidos sugieren que los síntomas depresivos pueden ser agrupados y organizados de manera diferente según la edad y el sexo. Por otra parte también se han encontrado diferencias en la prevalencia de la sintomatología depresiva debidas al desarrollo (Kazdin, 1989), aspecto que se desarrollará en apartados posteriores.

En resumen, en este apartado se ha revisado la evolución del concepto de depresión infantil hasta llegar a la propuesta de la psicopatología del desarrollo. En general, se puede concluir que el concepto de la depresión infantil a lo largo de la historia ha pasado por cuatro corrientes de pensamiento: la orientación psicoanalítica donde no era aceptada; una segunda en la que la depresión infantil se consideraba enmascarada en otra sintomatología; la tercera que considera que la depresión infantil es igual a la de la edad adulta; y la última que entiende que la sintomatología depresiva es diferente en función de la edad y sexo del sujeto (psicopatología del desarrollo).

1.2 Curso y evolución de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes

En este apartado se revisan algunas características del desarrollo de los niños y adolescentes y las características de la sintomatología depresiva en estas edades, diferenciando entre los diferentes momentos evolutivos del desarrollo y el sexo.

1.2.1. Características de la niñez y la adolescencia

Desde los 9 años hasta los 18 los niños y adolescentes experimentan una serie de cambios rápidos e importantes en diferentes ámbitos que les permiten crecer, aprender, adaptarse y socializarse. En general, estos cambios no producen problemas, pero en algunos casos pueden llevar a trastornos psicológicos. A fin de poder conocer e identificar la existencia de sintomatología depresiva en los últimos años de la niñez y en la adolescencia se revisan, a continuación, las características esenciales del desarrollo en estas etapas.

La etapa del desarrollo escolar, de 6 a 12 años es una etapa en la que el niño realiza grandes cambios desde el punto de vista social, afectivo y cognitivo. En esta etapa la escuela es el más importante de los contextos en el que se integra el niño, además de las actividades extraescolares, deportivas o artísticas. En esta etapa también se cimientan y consolidan las relaciones con los iguales.

A pesar de los rasgos generales que caracterizan la etapa escolar, se producen cambios importantes a lo largo de la misma que se reflejan en dos niveles diferenciados de desarrollo. El primero, de los 6 a los 8 años, en el que el niño entra en el estadio de las operaciones concretas y va adquiriendo una cierta autonomía personal; y el segundo, de los 9 a los 12 años de consolidación y generalización de estas primeras adquisiciones ampliándolo con nuevos contenidos cognitivos y con la relación en nuevos contextos sociales (Silvestre y Solé, 1993).

De los 8 a los 12 años, el niño accede a un equilibrio social y afectivo de la misma manera que se consolidan los progresos cognitivos. La personalidad e identidad del niño se afianzan y son claramente reconocidas por sus padres, compañeros y entorno social. Es sólo al final de esta etapa, en la preadolescencia o adolescencia temprana, cuando surgen nuevos elementos desequilibradores de la propia identidad.

La adolescencia es una etapa vital en la que se producen un gran número de cambios. La palabra latina *adolescere*, de la cual deriva el término adolescencia, señala el carácter de cambio señalado: *adolescere* significa crecer, madurar. La adolescencia constituye así una etapa de cambios (biológicos, psicológicos y sociales) que tiene como nota diferencial, respecto a otras etapas, el hecho de conducir hacia la madurez (De Gispert, 1993). La etapa adolescente es el periodo de transición entre infancia y edad adulta que transcurre desde los 11-12 años hasta los 18-20 años. El hecho de ser una etapa tan amplia ha hecho que se haya dividido en tres periodos (Petersen y Hamburg, 1986):

1. Adolescencia temprana: 11-14 años
2. Adolescencia media: 15-18 años
3. Adolescencia tardía: más de 18 años

A lo largo de la historia se han estudiado los cambios que se producen durante la etapa adolescente, centrándose principalmente en los trastornos psicológicos y en las disfunciones que se dan en esta etapa (Hall, 1904, Freud, 1969, Inhelder y Piaget, 1955). A pesar de esto, se ha establecido una escasa relación entre los aspectos cognitivos y afectivos en estas edades (Carretero, 1998).

Una etapa de transición, en el desarrollo, es un periodo de la vida en el que se producen muchos cambios en el propio individuo y en su entorno social (Eichorn, Mussen, Clausen, Haaan y Honzik, 1981). Más allá de los cambios físicos, de las características fisiológicas que acompañan a esta etapa, bajo el punto de vista estrictamente conductual o psicológico, la adolescencia aparece como un periodo de transición de la infancia a la edad adulta. Caracterizarla como una etapa de transición es una pobre descripción de una etapa marcada por profundos cambios y por la inestabilidad y la provisionalidad. La relativa estabilidad conductual y psicológica de la persona se supone que está fraguándose en estos años, y no se forma hasta el final de la adolescencia, justo para señalar el inicio de la vida adulta (Fierro, 1998).

La adolescencia es el momento en que la persona inicia la consolidación de sus competencias específicas y su competencia o capacidad general frente al mundo, frente a la realidad, al entorno social, estableciendo su adaptación y ajustes, si no definitivos, sí lo más duraderos. Por una parte, consume el proceso de internalización de pautas de cultura y de valores, y perfecciona la adquisición de habilidades técnicas, comunicativas y, en general, sociales. Por otra, desarrolla y asegura la propia

autonomía frente al medio, la eficiencia de las acciones instrumentales encaminadas a un fin. Por ello mismo, un particular balanceo y sutil equilibrios –a veces, desequilibrio- de independencia y dependencia, de autonomía y heteronomía, seguridad e inseguridad en sí mismo, manifestados en relación tanto con la familia, la autoridad o la generación de los adultos, cuanto con los iguales y grupo de compañeros, caracteriza al adolescente.

El proceso de socialización en la adolescencia está modulado por el contexto sociocultural en que a los chicos y chicas les tocará vivir, y el momento histórico presente, en un momento determinado. Es un proceso dinámico y cambiante. La riqueza y la diversidad de relaciones que los adolescentes tendrán ocasión de establecer dependerá de la riqueza y la diversidad de los contextos y de las oportunidades culturales que les proporcionen. La sociedad actual presenta un conjunto de objetivos que los adolescentes deberán conseguir durante este periodo y que se consideran imprescindibles para el progreso de su personalidad (Vega, 1987). Durante este periodo, los adolescentes deben realizar un ajuste entre los cambios físicos y los puberales, para llegar a un desarrollo de sentimientos y actitudes equilibradas que les llevarán hacia la madurez sexual. Otro objetivo que el adolescente deberá conseguir al final del periodo será la independencia real de los padres o de las personas que le cuidan. Además, los adolescentes se deben preparar para escoger una profesión y para establecer relaciones laborales en un futuro próximo. Se debe tener en cuenta que los canales sociales para facilitar la consecución de estos objetivos son poco claros. El marco sociocultural actual ofrece más dificultades que en otros momentos históricos, ya que las expectativas de futuro profesional son más oscuras, hecho que conlleva que algunos adolescentes fracasen en sus objetivos. Estas exigencias sociales que implican grados de autonomía progresivos, se deben conseguir en un periodo en que los chicos y chicas desarrollan, de una manera gradual, una visión del mundo y una filosofía de la vida, potenciada por las nuevas capacidades de abstracción y formalización, que inspirará sus creencias y criterios morales. Son creencias y criterios esenciales para guiar y regular las decisiones que deberán tomar a lo largo de la vida.

La adolescencia es conocida por ser un periodo de crisis, de conflicto, de tensión y de contradicciones, no fáciles de resolver o simplemente asumir. En comparación con las edades entre las que se efectúa el paso, la infancia y la edad adulta, la edad adolescente aparece como vitalmente problemática. El adolescente es visto como un problema para sí y, a menudo, para los demás (Fierro, 1998). Sin embargo, se suele

pasar por alto el hecho de que gran parte de la vida emocional de los adolescentes normales es de carácter pacífico, profundo y constructivo (Gesell, Ilg y Bates Ames, 1956; 1997).

La adolescencia, como periodo de transición entre la infancia y la vida adulta, aunque variable en sus demandas, puede ser particularmente estresante. El estrés puede producirse en parte, porque, junto a los cambios biológicos de la pubertad, se incrementan los esquemas y exigencias de los demás para adecuarse a los rasgos y conductas característicos de hombres y mujeres. Las ideas y conductas de los adolescentes se configuran por la anticipación de sus roles adultos como mujeres y hombres. Durante la adolescencia los jóvenes se preparan para asimilar y practicar sus posibles roles como adultos (Buendía, 1996).

Junto a la aguda problemática y a los conflictos característicos del periodo adolescente se encuentra la psicopatología propia de la edad. Forma parte también de los tópicos, de la visión convencional de la adolescencia, considerarla momento propicio para la aparición de toda clase de trastornos conductuales o emocionales. Pertenece, en fin, a la imagen convencional caracterizarla como una edad turbulenta, de ebullición y estallido de fuerzas ahora repentinamente aparecidas y no orientadas ni regidas. Ya a principios de siglo XX, uno de los primeros autores que estudió la adolescencia, Hall (1904), la vio como un periodo de "tormenta e impulso" (*Sturm und Drang*).

Además, la expresión de la psicopatología también sufre cambios importantes desde la infancia a la adolescencia. Canals, Martí-Hennerberg, Fernández-Ballart y Doménech (1995) realizaron un estudio epidemiológico longitudinal con población catalana (Reus; Tarragona) y encontraron que los cambios más significativos no ocurren durante el periodo de desarrollo puberal, sino cuando éste ya está terminado. En este estudio, se observó que el aumento de la prevalencia de los trastornos afectivos en las chicas y las variaciones en la expresión de los mismos se producían a la edad de 13 años, o sea, cuando la mayoría de las chicas habían alcanzado el último estadio de desarrollo puberal. Según estos autores, la edad de 13 años ha resultado ser un momento crucial para el incremento de la prevalencia y de la incidencia de la depresión, al menos, en nuestro país. En la misma línea, Abad, Forns y Gómez (2002) evaluaron un grupo de 1.342 adolescentes catalanes con el Youth Self Report (Achenbach, 1991c) y encontraron una tendencia al incremento con la edad de la sintomatología internalizante en las chicas respecto de los chicos, a partir de los 13

años. Abad et al. (2002) hablan de la existencia de un curso de desarrollo diferente entre chicos y chicas para los problemas internalizantes que se basa, por un lado, en la tendencia de las chicas a aumentar las conductas de aislamiento y a reaccionar de forma ansiosa o depresiva y, por otro lado, el hecho que los chicos indican más problemas somáticos.

A la entrada de la adolescencia el niño experimenta unos cambios físicos y psicológicos, tanto cognitivos como emocionales, muy grandes en un tiempo relativamente breve. El adolescente debe hacer frente a estos cambios en su cuerpo y en su mente. Esto le coloca en una situación de vulnerabilidad (Doménech, Subirà y Cuxart, 1996). Cuando esto ocurre, también varían sus relaciones con el entorno y el rol que le pide la sociedad. En pocos meses el adolescente se encuentra inmerso en un mundo inseguro con un futuro incierto y que, a veces, se percibe como amenazador. Al mismo tiempo, los adultos que están a su lado, tanto padres como profesores, tienen dificultades para entender al recién entrado en la adolescencia con sus necesidades particulares. Por todo ello, la adolescencia temprana constituye un periodo de riesgo, tanto para las alteraciones emocionales como conductuales.

El humor del adolescente es lábil. Lo que un día parece no tener solución, puede haberse olvidado a la semana siguiente (Schowalter y King, 1991). Es frecuente que aparezcan estados pasajeros de ansiedad o tristeza. La propia autoimagen y autoevaluación son tan frágiles que las actitudes y juicios de personas como padres y amigos pueden ser suficientes para situar al adolescente en la tristeza o en la euforia. El fracaso se vive como una derrota irreparable y el éxito como la solución de todos los problemas. El adolescente no controla fácilmente sus estados emocionales. Simplemente, se ve inmerso en variaciones turbulentas del humor que muchas veces obedecen a lo que el adulto, desde su punto de vista, considera banalidades.

Probablemente, esta visión del adulto de considerar "normal" que la vida emocional del adolescente sea "caótica" le impide ser objetivo a la hora de detectar la presencia de una patología afectiva. Seguramente, es también este caos emocional el que dificulta precisar el límite entre las variaciones de un estado afectivo normal y el inicio o asentamiento de una patología depresiva. Por otra parte, el adolescente se siente muy inseguro y es esta misma inseguridad la que le hace ser muy susceptible a las influencias que ejercen sobre él las personas de su entorno. Por este motivo, su comportamiento puede ser muy distinto cuando está en casa con su familia, en el colegio con los profesores y compañeros, o cuando sale con sus amigos. Esto hace que

la expresión de su patología emocional sea muy versátil y no se manifieste en algunas situaciones o delante de determinadas personas. Además, puede ser difícil, en la adolescencia, hacer la distinción entre lo que son las variaciones normales del humor o del estado de ánimo, y los que es realmente patología. La tristeza, como la ansiedad, son emociones normales del ser humano, cuya ausencia puede ser patológica. En la adolescencia temprana, las variaciones del humor son más acentuadas que en otros periodos de la vida. El adolescente no suele controlar bien sus emociones y, a menudo, los sentimientos están a flor de piel. Esta gran versatilidad debe tenerse en cuenta al hacer un diagnóstico en esta etapa (Doménech et al., 1996).

Offer y Schonert-Reichl (1992) han descrito el desarrollo adolescente y los problemas de comportamiento en este colectivo, prestando especial atención al “mito” de la adolescencia describiéndolo como un periodo de turbulencias y emocionalidad. Encontraron que uno de cada cinco adolescentes tenía un problema de salud mental. La mayoría de los problemas de los adolescentes no eran identificados por sus padres, quienes eran reticentes a buscar atención por parte de un profesional de la salud mental. Además, los adolescentes con un trastorno mental tienden más a buscar ayuda en otros jóvenes que no en sus padres (Offer, Howard, Schonert y Ostrov, 1991).

Reynolds (1994) señala que la evidencia muestra que la depresión en adolescentes muchas veces es olvidada, ignorada o vista como síntomas de otros problemas. Tal y como se ha comentado con anterioridad, para muchas personas, profesionales y legos, la adolescencia como etapa del desarrollo se ve como un periodo de labilidad emocional. Además, los cambios de humor, el aislamiento, los cambios en la alimentación y en el sueño, las dificultades de concentración, reducción de la actividad, fatiga e irritabilidad pueden ser vistos como normales dentro del comportamiento adolescente. Muchos adolescentes muestran los síntomas arriba numerados, pero estos ocurren en unos niveles que no interfieren su funcionamiento diario y su adaptación al mundo. A pesar de este hecho, existe un grupo de adolescentes cuyos cambios en el estado de ánimo, comportamiento y funcionamiento indican la existencia de un trastorno psiquiátrico. Ante esta situación se hace necesario establecer e identificar con claridad la sintomatología depresiva indicadora de la presencia del trastorno. En el siguiente apartado se revisan los síntomas depresivos en niños y adolescentes a partir de diferentes estudios y desde la perspectiva de las diferencias de edad y sexo en la expresión de esta sintomatología.

1.2.2. Sintomatología depresiva a lo largo del desarrollo

Klerman (1989) sugirió que, en psiquiatría, el vocablo depresión había sido utilizado para describir, en primer lugar, una emoción normal en la que el humor depresivo es uno más del amplio espectro de emociones humanas; en segundo lugar, para indicar un grupo de síntomas asociados que representan un disfunción, aunque no cumplen los criterios para un diagnóstico psiquiátrico; y, en tercer lugar, como un trastorno psiquiátrico. Así, siguiendo esta clasificación, la depresión puede expresarse como signo, síntoma, síndrome o trastorno. Como signo o señal, la tristeza o disforia es una de las emociones humanas más común en todas las edades. Como síntoma la depresión es más intensa y prolongada e interfiere en el bienestar o la adaptación del individuo. Entendida como síndrome o trastorno la depresión incluye, además de la tristeza o la disforia, una constelación de síntomas tales como la anhedonia, alteraciones del sueño y del apetito, fatiga, lentitud psicomotora o ideaciones suicidas entre otros.

Los síntomas depresivos en niños y adolescentes se expresan mediante una variedad de problemas emocionales y conductuales que pueden ser diferentes de la sintomatología depresiva característica en los adultos. La depresión en la infancia y la adolescencia se expresa como un conglomerado de síntomas que incluyen pérdida de interés hacia las actividades que se realizan normalmente, baja autoestima, aislamiento social, fatiga, llanto, trastornos del sueño y de la alimentación e impulsos auto destructivos. En niños y adolescentes, los síntomas depresivos se expresan además como irritabilidad, dificultades para seguir con eficacia las demandas escolares, para enfrentarse a los problemas familiares o para interactuar de forma efectiva con los compañeros. Agresión, delincuencia, abuso de drogas y promiscuidad sexual también pueden ser características del trastorno depresivo en jóvenes (Garber, 1984; Rutter, 1986), así como la coexistencia de depresión y trastornos conductuales (Puig-Antich, 1982), y la presencia de déficits cognitivos y disminución del rendimiento en el trabajo escolar (Kaslow et al., 1984; Simons y Miller, 1987).

Los síntomas que configuran el trastorno depresivo en la infancia y la adolescencia han ido cambiando a lo largo del tiempo, ajustándose a los cánones marcados por los paradigmas reinantes en cada momento. Del Barrio (1990) realizó una revisión de los trabajos sobre depresión infantil entre 1945 y 1987 y elaboró una lista con casi 40 síntomas o características diferentes. En la tabla 1-2 se enumeran los

síntomas más habituales, categorizados según las áreas a las que pertenecen (Del Barrio, 1997). De esta extensa lista, Del Barrio (1990) destaca que los síntomas fundamentales de la depresión infantil son los siguientes: baja autoestima, cambios en el sueño, pérdida o aumento del apetito y del peso, aislamiento social, hiperactividad, disforia e ideación suicida. Estos síntomas, principalmente los de carácter interiorizado (baja autoestima, tristeza,...) son similares a los descritos en la depresión en la edad adulta. Sin embargo, en la depresión infantil y adolescente, se dan síntomas específicos como, por ejemplo, los problemas de conducta, la irritabilidad, las rabietas o la desobediencia.

TABLA 1-2. *Síntomas más habituales de la depresión infantil según el área a la que pertenecen.*

EMOCIO-NALES	MOTORES	COGNITIVOS	SOCIALES	CONDUC-TUALES	PSICO-SOMÁTICOS
Tristeza	Inexpresividad	Falta de concentración	Aislamiento	Protestas	Enuresis
Pérdida de disfrute	Hipoactividad	Pérdida de memoria	Soledad	Riñas	Pérdida de energía
Ausencia de interés	Letargo		Retraimiento	Desobediencia	Sentimientos de fatiga
Cambios bruscos de humor	Enlentecimiento motor	Pesimismo	Incompetencia social	Rabietas	
	Hiperactividad	Desesperanza		Indisciplina escolar	Pérdida de peso
Falta de sentido del humor		Indecisión		Delincuencia	Dolores múltiples
		Sentimientos de culpa		Droga	Pesadillas
Desesperanza		Baja autoestima		Piromanía	Trastornos del sueño
Irritabilidad		Ideas de suicidio			Trastornos del apetito
Lloros excesivos		Pensamientos morbosos			
Ausencia de interés por las cosas		Descenso del rendimiento			

(Elaborada a partir de Del Barrio, 1997, pp. 16 y 17.)

La sintomatología depresiva en niños y adolescentes varía considerablemente a lo largo de los diferentes estadios del desarrollo. Desde la perspectiva de la psicopatología del desarrollo (Achenbach, 1982), los síntomas depresivos en la infancia y la adolescencia están relacionados con características intrínsecas al individuo como

son la edad y el sexo. De esta manera se podría decir que la expresión de los síntomas tiene carácter evolutivo. A continuación se revisan los datos referentes a la variedad de expresiones de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes desde el punto de vista de la edad y de las diferencias sexuales.

1.2.2.1. Sintomatología según la edad

En este apartado presentamos una revisión de las diversas expresiones sintomatológicas depresivas a lo largo de diferentes etapas de la vida, desde el nacimiento hasta la adolescencia tardía. Se ha clasificado esta amplia etapa del desarrollo en cinco grupos: primer año de vida, del primer al tercer año de edad, edad preescolar (3-5 años), edad escolar (6-12 años) y adolescencia (13-18 años).

En el primer año de vida, los trastornos depresivos y su sintomatología asociada están estrechamente relacionados a los trastornos de la vinculación y la maternidad, el abandono infantil o la psicopatología de los padres. La sintomatología en estas edades se caracteriza por expresión facial sobria, gimoteos, reducción o evitación del contacto visual, inquietud, lentitud motora, dificultades en la alimentación, poco aumento o incluso pérdida de peso, hipersomnia, ansiedad de separación y enfermedades físicas, tales como los trastornos psicofisiológicos, por ejemplo, eccema infantil, dermatitis o alergias. En la siguiente etapa del desarrollo, del primer al tercer año de edad, además de la sintomatología revisada para la etapa anterior, la depresión interfiere en la habilidades evolutivas adquiridas lo que conlleva retrasos en el desarrollo psicomotor (retraso en sostenerse en pie, caminar, correr y en el control de esfínteres), cognitivo (retraso en el desarrollo de la representación del pensamiento simbólico), del sueño (hipersomnia, pesadillas) y del lenguaje (Shaffi y Shaffi, 1995).

Para describir la sintomatología depresiva en las siguientes tres etapas del desarrollo enumeradas se ha tomado como referencia la clasificación de Méndez (1998), tal y como se recoge en la tabla 1-3. En ésta, se recoge la sintomatología depresiva presente para cada edad en nueve áreas: estado de ánimo, intereses, alimentación, sueño, motricidad, energía, autoestima- preocupaciones-sentimientos, déficits cognitivos e ideación suicida.

TABLA 1-3. Características de la sintomatología depresiva según grupos de edad*.

Áreas	Edad preescolar: de 3 a 5 años	Edad escolar: de 6 a 12 años	Adolescencia: de 13 a 18 años
1. Estado de ánimo	Irritabilidad: rabietas, conducta destructiva. Variabilidad. Tristeza	Tristeza.	Tristeza. Variabilidad. Irritabilidad: malhumor, ira, rebeldía.
2. Intereses	Reducción del juego con amigos.	Aburrimiento.	Pasotismo.
3. Alimentación	Rarezas: aprensión. Problemas con comidas. Pérdida de apetito No ganancia de peso Pérdida de peso Engullir		Pérdida de apetito. Ganancia de peso lenta. Pérdida de peso. Comer en exceso. Obesidad.
4. Sueño	Pesadillas. Terror nocturnos. Resistencia a irse a la cama. Insomnio intermedio.		Insomnio. Hipersomnia.
5. Motricidad	Reducción de la actividad física: correr, trepar, montar en bici.	Hipomotilidad. Agitación.	
6. Energía			Cansancio. Fatiga. Falta de energía.
7. Autoestima Preocupaciones Sentimientos	Baja autoestima. Preocupación por el castigo. Preocupación por el fracaso.	Baja autoestima. Autodesprecio. Autoagresividad. Autocrítico. Sentimiento de culpa.	Preocupación por la imagen corporal. Baja autoestima. Autodesprecio.
8. Déficits cognitivos		Problemas atencionales.	Reducción del pensamiento abstracto. Indecisión.
9. Ideación suicida	Autoagresiones: cabezazos, arañazos, tragarse objetos... Mayor riesgo de lesiones.	Ideas, planes, intentos de suicidio.	Ideas, planes, intentos de suicidio. Suicidios violentos.

*Las casillas en blanco significan ausencia de variaciones significativas
(Tomada de Méndez, 1998, pp. 42 y 43.)

En la etapa preescolar (3 a 5 años), la sintomatología depresiva ejerce su principal influencia en las habilidades adquiridas en la etapa anterior. En la etapa escolar primaria, donde se han realizado mayores estudios, la sintomatología es más verbal y se comparten los sentimientos de tristeza con los demás. En la etapa adolescente es necesario destacar los cambios de humor típico de la adolescencia, comentado con anterioridad, que deben ser diferenciados de la sintomatología depresiva patológica.

En edades tempranas los niños muestran más síntomas de tipo exteriorizado (Weiss, Weisz, Politano, Carey, Nelson y Finch, 1992), siendo más frecuentes aquellos de tipo no verbal: expresión facial, movimientos corporales, movimientos de cabeza, movimientos expresivos de las manos; sobre los tres años son más comunes la enuresis y las quejas somáticas. A partir de los seis años los síntomas depresivos se van pareciendo cada vez más a los de los adultos, pero tienen, como característica diferencial, la asociación de la sintomatología depresiva con los problemas conductuales (Shafii et al., 1995). En los adolescentes los síntomas tanto cognitivos como afectivos son interiorizados, y se presentan con mayor intensidad (Weiss et al., 1992).

Ryan, Puig-Antich, Ambrosini, Rabinovich, Robinson, Nelson et al. (1987), indican que, a excepción de la frecuencia y severidad de algunos síntomas, las características clínicas de la sintomatología depresiva en niños, adolescentes y adultos son muy similares. Tan sólo destacar que, en comparación con los adolescentes, los niños muestran más quejas somáticas, agitación psicomotora, ansiedad de separación, fobias y alucinaciones. Los adolescentes, por otro lado, muestran más desesperanza, anhedonia, hipersomnias, cambios de peso e ideación suicida.

1.2.2.2. Diferencias según el sexo en la sintomatología depresiva

En los estudios epidemiológicos de la depresión en la edad adulta es frecuente encontrar que las mujeres presentan mayores porcentajes de depresión que los hombres. De hecho, se habla de una ratio de 2:1 en muestras comunitarias (Hirschfeld y Cross, 1982; Nolen-Hoeksema, 1987). Resultados similares se han encontrado en muestras adolescentes (Allgood-Mesten, Lewinsohn y Hops, 1990; Baron y Perron, 1986; Reynolds, 1986; Rutter et al., 1986; Weeb y VanDeveres, 1985), hecho que ha generado una proliferación de estudios que han intentado buscar explicaciones para estas diferencias entre sexos en la expresión de la sintomatología depresiva a partir de la entrada en la adolescencia. La bibliografía revisada refleja que, en algún momento de la adolescencia, la prevalencia de sintomatología depresiva se incrementa de forma significativa para ambos sexos, pero especialmente en las chicas que empiezan a manifestar mayor presencia de síntomas depresivos (Angold y Rutter, 1992; Nolen-Hoeksema y Girgus, 1994; Reinherz, Frost, Stewart-Berghauer, Pakiz, Kennedy y Schille, 1990).

Existen dos hipótesis para explicar estas diferencias, una social y otra biológica. Desde la teoría social, se entiende que los individuos aprenden a expresar su malestar psicológico de acuerdo a la forma socialmente establecida para su sexo. Siguiendo esta teoría, Campbell, Byrne y Baron (1992), afirman que los hombres tienden a expresar la sintomatología depresiva basándose en los síntomas físicos (inhibición en el trabajo, insomnio o quejas somáticas) y las mujeres, en cambio, en los síntomas más psicológicos (llanto, sentimientos de culpabilidad o distorsión de la imagen corporal). La segunda de las teorías explicativas parte de los cambios biológicos asociados a la pubertad. Aunque, Angold et al. (1992) encontraron que la etapa de desarrollo puberal no predecía la presencia de depresión en la adolescencia, Nolen-Hoeksema et al. (1994) sugirieron que las diferencias sexuales en la personalidad o en el estilo de conducta, que pueden existir previamente a la aparición de la sintomatología depresiva, interactuaban con los cambios en el desarrollo de las chicas, en la etapa adolescente, lo que daba lugar a las diferencias sexuales observadas para la depresión.

Las diferencias sexuales no sólo se observan en la frecuencia de ocurrencia de los síntomas en las chicas adolescentes en los estudios de psicopatología general, tal como han encontrado Achenbach (1991) y Lemos, Fidalgo, Calvo y Menendez (1992), sino también en la tipología de síntomas. Las adolescentes presentan puntuaciones más elevadas en características de tipo internalizante, como es la sintomatología depresiva, mientras que los adolescentes lo hacen en características externalizantes (Gjerde, Block y Block, 1988, Abad et al., 2002). Según Gjerde et al. (1988), estas diferencias son casi universales y se reflejan en todas las manifestaciones de la psicopatológica.

Tal y como se ha comentado, la sintomatología depresiva además de presentar diferencias en función de la edad, ya comentadas, también muestra intensidades dispares para chicos y chicas. Amador y Forns (1990) encontraron que las chicas puntúan significativamente más alto que los chicos en el Children's Depression Scale, CDS (Tisher y Lang, 1983). Este patrón de respuestas también se ha encontrado en otros estudios (Campbell et al., 1992; Kodaki, 1980; Tonkin y Hudson, 1981), lo que indica que las diferencias en la expresión de síntomas entre sexos se hacen evidentes a partir de la adolescencia, e indica la necesidad de interpretar las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios de sintomatología depresiva en base a diferentes baremos para chicos y chicas (Campbell et al., 1992).

1.3 Epidemiología y prevalencia

La prevalencia de los trastornos del estado de ánimo en niños y adolescentes no ha sido tan estudiada como en los adultos. Los estudios epidemiológicos con muestra comunitaria, realizados a partir de autoinformes que evalúan sintomatología depresiva, han encontrado que entre un 20% y un 50% de niños y adolescentes evaluados superan los puntos de corte establecidos para la depresión en adultos (Offord, Boyle, Szatmari, Rae-Grant, Links, Cadman et al., 1987; Reinherz, Stuart-Berghauer, Pakiz, Frost, Moeykens y Holmes, 1989). En los años ochenta, la mayoría de los estudios informaban de un deterioro emocional y conductual general (Kashani, 1982), en cambio, en la bibliografía actual, la prevalencia de los trastornos del estado de ánimo varía según los métodos de evaluación, las definiciones de depresión y la población estudiada, entre otros factores. De hecho, la tasa de prevalencia de depresión en niños va del 0,14% (Rutter, Tizard y Whitmore, 1970) a más del 60% (Brumbach, Jackoway y Weinberg, 1980). Por otro lado, se calcula que, aproximadamente, 1,3 millones de jóvenes entre 15 y 19 años padecen depresión en los Estados Unidos (Angold, Costello y Worthman, 1998). Además, el sufrir depresión en la infancia o adolescencia supone un 60% o 70% más de riesgo de continuar con la depresión en la edad adulta (Weller y Weller, 2000).

A pesar de la considerable variación de los datos de prevalencia, de los estudios revisados han emergido diversos hallazgos. En primer lugar, tanto el humor disfórico como el trastorno depresivo parecen incrementarse en los jóvenes; de hecho, las menores tasas de prevalencia se encuentran en los años preescolares y los mayores porcentajes en adolescentes. En segundo lugar, a pesar de que la sintomatología depresiva se puede identificar antes de la adolescencia, la incidencia de depresión se incrementa de forma importante en la adolescencia. En tercer lugar, la ratio entre sexos en adultos, con el doble de mujeres que de hombres con este trastorno, no se presenta en la infancia sino en la adolescencia (Angold et al. 1998). Finalmente, la comparación de los resultados obtenidos por estudios que han empleado la misma metodología indica que la variabilidad en la prevalencia es menor de lo que muchas veces se ha sugerido.

A continuación se presenta una revisión de diversos estudios de prevalencia de la sintomatología depresiva y del trastorno depresivo en niños y adolescentes. Se ha estructurado esta revisión en función de las etapas educativas (infantil, primaria y

secundaria) y según dos tipos de poblaciones (comunitaria y clínica). También se presentan datos con población española.

1.3.1. Etapa infantil

1.3.1.1. Población comunitaria

Kashani y Ray (1983) evaluaron a los padres de 241 niños de edad preescolar, por medio de cuestionarios, y no encontraron evidencia de presencia de sintomatología depresiva. Tan sólo se identificó la presencia de ideación suicida en un participante, que representa el 0,4% de la muestra evaluada. Kashani, Holcomb y Orvaschel (1986) evaluaron a 109 niños de edades comprendidas entre 2,5 y 6 años, por medio de los informes de padres y profesores, e identificaron que 9 niños (8,3%) podrían tener un trastorno depresivo o distímico. A pesar de esto, sólo uno de los participantes (0,9%) cumplía los criterios del DSM-III para el trastorno depresivo mayor.

1.3.1.2. Población clínica

Kashani, Ray y Carlson (1984), informan que un 4% (dos chicos y dos chicas) de 100 niños que fueron derivados a un servicio clínico, cumplían los criterios diagnósticos de trastornos del estado de ánimo (uno de ellos depresión mayor y tres distimia). En otro estudio, Kashani, Carlson, Horwitz y Reid (1985) evaluaron a los mismos 100 niños del estudio anterior por medio de los informes de los padres y se identificó como disfóricos a un 17% (el 85% de estos niños vivían en un entorno familiar monoparental). Kashani y Carlson (1987) evaluaron a 1.000 preescolares que vivían en el mismo entorno familiar e identificaron a un 0,9% con un trastorno depresivo mayor según los criterios DSM-III.

1.3.2. Etapa primaria

1.3.2.1. Población comunitaria

Dos estudios han aportado datos de prevalencia de depresión en una cohorte de niños en edad escolar nacidos en el mismo año en el mismo hospital en Nueva Zelanda. Kashani, McGee, Clarkson et al. (1983), presentan datos de estos niños a la edad de nueve años, e informan de una prevalencia del 1,8% de depresión mayor. El

segundo estudio (Anderson, Williams, McGee y Silva, 1987), evaluó a 792 de estos niños a la edad de 11 años y encontró una prevalencia de 1,8%. Ambos estudios establecen una prevalencia idéntica (1,8%) de depresión en la misma muestra en dos momentos diferentes en el tiempo.

Estudios que han evaluado sintomatología depresiva por medio de entrevistas, autoinformes o informes de compañeros, han encontrado unos porcentajes de prevalencia algo más altos que los anteriormente descritos. Poznanski, Grossman, Monkros, Buchsbaum, Freeman y Spiegelman (1984) entrevistaron a niños de una escuela primaria y encontraron que un 5,4% cumplían los criterios de depresión mayor. Mediante autoinformes de depresión, Strauss, Forehand, Frame y Smith (1984) identificaron que un 6,4% de evaluados superaban el punto de corte establecido en el CDI. Finalmente, Lefkowitz y Tesiny (1985), en un estudio con 3.020 niños, establecieron una prevalencia del 5,2% de depresión, por medio de la administración del *Peer Nomination Inventory of Depression*. En referencia a la distimia, Kashani et al. (1983) encontraron que el 2,5% de su muestra de niños de nueve años tenía distimia y que el 1,8% sufría depresión mayor. Garrison, Waller, Cuffe, McKeown, Addy y Jackson (1997), evaluaron 247 parejas de madres y adolescentes de 11 a 16 años mediante la K-SADS, en dos momentos con un intervalo de 12 meses, encontraron una incidencia de depresión del 3,3% y de distimia del 3,4%. Ford, Goodman y Meltzer (2003), evaluaron la presencia de trastornos psiquiátricos en Gran Bretaña en una muestra de 10.438 alumnos de 5 a 15 años y encontraron que para cualquier trastorno depresivo la prevalencia era de 0,92% en la muestra total (0,14% de 5 a 7 años; 0,34% de 8 a 10 años; 0,71% de 11 a 12 años; 2,53% de 13 a 15 años).

En población española, Canals, Doménech, Clivillé, Fernández y Martí (1991) evaluaron sintomatología depresiva mediante un estudio longitudinal de dos años en un grupo de 534 niños de 11-12 años, en la primera evaluación, y 498 de 12-13 años, en el segundo año y obtuvieron tasas de prevalencia de sintomatología depresiva con valores comprendidos entre el 9,0% y el 12,0%. Polaino y Doménech (1993), estudiaron la prevalencia de depresión infantil en una muestra de 6.432 niños de 8 a 11 años, y encontraron un 1,8% de prevalencia de depresión mayor y un 6,4% para sintomatología distímica.

1.3.2.2. Población clínica

En niños hospitalizados en unidades psiquiátricas, Petti (1978) informa de que un 59% de los participantes evaluados cumplían los criterios de depresión de Weinberg. Utilizando los criterios del DSM-III, Carlson et al. (1980) informan de un 28% de depresión de 102 niños evaluados; Ney, Colbert, Newman, Young (1986) se identificaron un 20% de 282 niños evaluados; Alessi y Magen (1988) determinaron un 16% de 160 niños; y Kashani, Cantwell, Shekim y Reid (1982) establecieron una prevalencia de 13% de 100 evaluados.

La investigación de la asociación entre depresión y trastornos del aprendizaje, tiene su interés ya que los trastornos del aprendizaje son comunes entre los niños con sintomatología depresiva. Kashani et al. (1982) informan que, en la muestra evaluada, un 62% de niños deprimidos presentan dificultades del aprendizaje frente al 22% que presentan dificultades de aprendizaje entre los niños sin sintomatología depresiva. Brumbach et al. (1980) establecieron que un 62% de 100 niños evaluados que presentaban dificultades de aprendizaje presentaban depresión según los criterios de Weinberg.

1.3.3. Etapa secundaria

1.3.3.1. Población comunitaria

En adolescentes, los índices del trastorno depresivo aumentan tanto en población general como en población clínica. Deykin, Levy y Wells (1987), administraron la *Diagnostic Interview Schedule* (Robins, Helzer, Crougham y Ratcliff, 1981) para estudiar la relación entre depresión y abuso de alcohol y drogas en 424 adolescentes de edades entre 16 y 19 años. Se encontró una prevalencia de 6,8% para el trastorno depresivo mayor.

Para un grupo de edad más joven (14 a 16 años), Kashani, Carlson, Beck, Hooper, Corcoran, McAllister et al. (1987), a partir de la evaluación con la *Diagnostic Interview for Children and Adolescents* (DICA) de 150 adolescentes y de sus padres, encontraron que el 4,7% cumplía los criterios del DSM-III para la depresión mayor y necesitaban tratamiento psiquiátrico, y que el 3,3% cumplía los criterios de distimia.

La mayoría de estudios realizados con adolescentes han evaluado a los participantes mediante autoinformes. Kandel y Davies (1982), evaluaron a 8.206

adolescentes de 14 a 18 años mediante un autoinforme de depresión y encontraron que un 18% presentaba sintomatología depresiva elevada. Albert y Beck (1975) evaluaron a 63 adolescentes de 11 a 15 años con la forma reducida del BDI (13 ítems) y encontraron que un 33,3% estaba moderadamente deprimido y un 3,2% severamente deprimido. Teri (1982) administró el BDI en su versión completa a 568 adolescentes de 14 a 18 años e identificó a un 27% con depresión moderada y a un 5% con depresión severa. Reynolds (1983) informa de un 18% de depresión moderada y severa en un grupo de 2.875 adolescentes de 13 a 18 años. Finalmente, Kaplan, Hong y Weinhold (1984) indican una prevalencia de depresión moderada del 7,3% y de depresión severa del 1,3% en una muestra de 385 adolescentes de 11 a 18 años.

En población española, Canals, Doménech, Carbajo y Bladé (1997) evaluaron la presencia de trastornos, a partir de los criterios del DSM-III-R y de la CIE-10 (OMS, 1992), en un grupo de 304 adolescentes de 18 años, provenientes de la muestra del estudio de Canals et al. (1991), revisado anteriormente, y obtuvieron una prevalencia de depresión mayor de 3,4% según los criterios del DSM-III-R y de 2,4% según los criterios de la CIE-10.

1.3.3.2. Población clínica

Los datos de prevalencia en población clínica adolescente son similares a los encontrados para la edad escolar en la misma población. Robbins, Alessi, Cook, Poznanski y Yanchysyn (1982) informan del 28% de presencia del trastorno depresivo mayor, y Strober, Green y Carlson (1981) de un 18,7% de trastorno depresivo en adolescentes hospitalizados.

En población española, Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil (2000) evaluaron la prevalencia de los trastornos psicopatológicos en un centro de Salud Mental en una muestra de 404 participantes de 0 a 18 años y encontraron que el 14,6% de los evaluados presentaban depresión.

Además, los estudios realizados con estos grupos de edad, han analizado las diferencias entre sexos en la prevalencia de sintomatología depresiva. Kashani et al. (1983) no encontraron una asociación significativa entre sexo y depresión en los niños de 9 años. Velez, Johnson y Cohen (1989) y Fleming, Offord y Boyle (1989) encontraron que la sintomatología depresiva era similar en niños y en niñas en edad escolar. En

contraste, Anderson et al. (1987), encontraron más chicos deprimidos que chicas (la ratio chicos:chicas para la depresión fue de 5,4:1). Los estudios en adolescentes indican, en general, mayores porcentajes de presencia de sintomatología depresiva en chicas (Fleming et al, 1989; Garrison, Jackson, Marsteller, McKeown y Addy, 1990; Doménech, Canals, Fernández y Marti, 1992, Polaino et al., 1993; Aláez et al. 2000).

A continuación, en la tabla 1-4, se presenta un resumen de los datos de prevalencia de la sintomatología depresiva y de los trastornos depresivos en los diferentes estudios revisados en este apartado.

TABLA 1-4. Investigaciones que han estudiado la prevalencia del trastorno depresivo en niños y adolescentes

ETAPA	POBLACIÓN	AUTORES	SINTOMATOLOGÍA EVALUADA	PREVALENCIA
Infantil	Comunitaria	Kashani y Ray (1983)	Ideación suicida	0,4%
		Kashani, Holcomb y Orvaschel (1986)	Trastorno depresivo o distimia	8,3%
			Trastorno depresivo mayor (DSM-III-R)	0,9%
Infantil	Clínica	Kashani, Ray y Carlson (1984)	Trastornos del estado de ánimo	4%
		Kashani, Carlson, Horwitz y Reid (1985)	Disforia	17%
		Kashani y Carlson (1987)	Trastorno depresivo mayor (DSM-III)	0,9%
Primaria	Comunitaria	Kashani, McGee, Clarkson et al. (1983)	Depresión mayor	1,8%
			Distimia	2,5%
		Poznanski, Grossman, Monkros, Buchsbaum, Freeman y Spiegelman (1984)	Depresión mayor	5,4%
		Strauss, Forehand, Frame y Smith (1984)	Sintomatología depresiva	6,4%
		Lefkowitz y Tesiny (1985)	Depresión	5,2%
		Anderson, Williams, McGee y Silva (1987)	Depresión mayor	1,8%
		Canals, Doménech, Clivillé, Fernández y Martí (1991)	Sintomatología depresiva	de 9,0% a 12,0%
		Polaino y Doménech (1993)	Depresión mayor	1,8%
			Distimia	6,4%
		Garrison, Waller, Cuffe, McKeown, Addy y Jackson (1997)	Depresión	3,3%
Distimia	3,4%			
Ford, Goodman y Meltzer (2003)	Trastorno depresivo	de 0,14% a 2,53%		

(Continúa)

TABLA 1-4 (Continuación). Investigaciones que han estudiado la prevalencia del trastorno depresivo en niños y adolescentes

ETAPA	POBLACIÓN	AUTORES	SINTOMATOLOGÍA EVALUADA	PREVALENCIA
Primaria	Clínica	Petti (1978)	Depresión	59%
		Carlson y Cantwell (1980)	Depresión	28%
		Ney, Colbert, Newman, Young (1986)	Depresión	20%
		Alessi y Magen (1988)	Depresión	16%
		Kashani, Cantwell, Shekim y Reid (1982)	Depresión	13%
Secundaria	Comunitaria	Deykin, Levy y Wells (1987),	Trastorno depresivo mayor	6,8%
		Kashani, Carlson, Beck, Hooper, Corcoran, McAllister et al. (1987),	Trastorno depresivo mayor	4,7%
			Distimia	3,3%
		Kandel y Davies (1982),	Sintomatología depresiva	18%
		Albert y Beck (1975)	Depresión severa	5%
			Depresión moderada	33,3%
		Teri (1982)	Depresión severa	5%
			Depresión moderada	27%
		Reynolds (1983)	Depresión moderada y severa	18%
		Kaplan, Hong y Weinhold (1984)	Depresión moderada	7,3%
			Depresión severa	1,3%
		Canals, Doménech, Carbajo y Bladé (1997)	Depresión mayor (DSM-III-R)	3,4%
Depresión mayor (CIE-10)	2,4%			
Secundaria	Clínica	Robbins, Alessi, Cook, Poznanski y Yanchysyn (1982)	Trastorno depresivo mayor	28%
		Strober, Green y Carlson (1981)	Trastorno depresivo mayor	18,7%
		Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil (2000)	Depresión	14,6%

En resumen, las variaciones en la prevalencia revisadas en este capítulo reflejan diferentes aspectos a tener en cuenta en el estudio de la sintomatología depresiva. En primer lugar, la edad; antes de los 6 años la prevalencia es inferior al 2%, porcentaje que aumenta en edad escolar y todavía más en la etapa adolescente, en la que la presencia de depresión aumenta de forma importante. En segundo lugar, el sexo; no se aprecian diferencias en la prevalencia de depresión hasta la adolescencia, cuando la ratio entre chicos y chicas aparece similar a la que se da en la edad adulta. En tercer y último lugar, la población; se ha encontrado mayor prevalencia de sintomatología depresiva entre población clínica respecto a los estudios en población comunitaria en niños y adolescentes.

1.4 Comorbilidad

Los síntomas, síndromes o trastornos raras veces ocurren de forma aislada en la infancia y adolescencia. Este fenómeno de coocurrencia, conocido como comorbilidad es evidente en los trastornos depresivos (Angold y Costello, 1993). Rutter (1986) señaló que la relación entre entidades diagnósticas y la coocurrencia entre diagnósticos había recibido insuficiente atención hasta el momento. Este estudio es particularmente importante en la depresión debido a que muchos de los síntomas depresivos, incluida la disforia, pueden constituir síntomas primarios de trastornos no afectivos (Goodyer y Cooper, 1993). Así, en el estudio de la sintomatología depresiva, la comorbilidad es la regla y no la excepción; entre el 40% y el 70% de pacientes deprimidos tienen al menos otro trastorno psiquiátrico concomitante, y de un 20% a un 50% tienen dos o más (Weller et al., 2000). El diagnóstico de situaciones comórbidas es esencial debido, principalmente, a la necesidad de determinar el tratamiento más adecuado. Los trastornos comórbidos más comunes con la depresión son la ansiedad (30%-75%), el trastorno de la conducta (10%-80%), el abuso de sustancias (20%-30%) y el trastorno de personalidad (60%) (Angold et al., 1993; Fleming y Offord, 1990). La depresión, como trastorno internalizante, coocurre con otros trastornos también internalizantes pero también muchas veces con trastornos externalizantes (Caron y Rutter, 1991). Según Lewinsohn, Zinbarg, Seeley, Lewinsohn y Sack (1997) la depresión mayor está asociada de forma significativa con la mayoría de subtipos del trastorno de ansiedad, incluyendo las crisis de angustia, la ansiedad por separación, la ansiedad generalizada, y con la fobia específica y social, pero no con el trastorno obsesivo-compulsivo. En referencia a los diversos subtipos de trastorno depresivo, la bibliografía existente sobre el tema se basa en el estudio de la comorbilidad con la depresión mayor y la distimia (Rohde, Lewinsohn y Seeley, 1996).

A pesar de estos hechos, los datos de prevalencia sobre comorbilidad tienen una gran variabilidad debida, principalmente, a diferencias en las muestras, en las edades, en los métodos de estudio y en las formas de informar de los resultados. Por ejemplo, los datos de comorbilidad tienden a variar entre grupos de edad debido, en parte, a que la tasa base del trastorno es dependiente de la edad. Además, el foco de los estudios clínicos es, generalmente, la comorbilidad entendida como un aspecto más de la evaluación del trastorno con el fin de dar un diagnóstico, en cambio, en los estudios epidemiológicos, la comorbilidad se refiere a los trastornos que ocurren durante un

periodo de tiempo determinado (Kovacs y Devlin, 1998). Por otro lado, los datos de comorbilidad han sido presentados de tantas formas que es difícil establecer comparaciones entre ellos. Algunos estudios con niños deprimidos muestran la comorbilidad con cualquier trastorno de ansiedad (Shain, King, Taylor y Alessi, 1991), otros con algunos trastornos ansiosos (Biederman, Faraone, Mick y Lelon, 1995) o con algunos específicos (Kovacs, Gatsonis, Paulauskas y Richards, 1989). A pesar de que existen pocos estudios sobre el tema, la comorbilidad entre los trastornos del estado de ánimo y el abuso de sustancias entre niños y adolescentes es generalmente más baja que las asociaciones entre depresión y ansiedad y trastornos del comportamiento (Feehan, McGee, Raja y Williams, 1994; Newman, Moffitt, Caspi, Magdol, Silva y Stanton, 1996; Rohde et al., 1996).

Otra variable que afecta la comorbilidad es el sexo: las chicas muestran mayor comorbilidad con el trastorno de ansiedad que los chicos, quienes muestran mayor co-ocurrencia de depresión junto con trastornos conductuales y relacionados con el abuso de sustancias (Kessler, Avenevoli y Merikangas, 2001).

La comorbilidad entre depresión y otros trastornos en niños y adolescentes ha sido documentada de forma extensa, tanto en muestras clínicas como en muestras comunitarias (Angold, Costello y Erkanli, 1999; Brady y Kendall, 1992; Bernstein y Borchardt, 1991; Caron et al., 1991; Fleming et al., 1990; Kashani, Dandoy y Orvaschel, 1991; Merikangas y Angst, 1995).

En muestras comunitarias de niños y adolescentes los datos muestran que la depresión está asociada con diversos tipos de trastornos, incluyendo los de ansiedad, comportamiento, alimentarios y abuso de sustancias (Gotlib y Hammen, 1992; Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley y Andrews, 1993; Simonoff, Pickles, Meyer et al., 1997). La ansiedad y los trastornos externalizantes o de conducta también son comórbidos con la depresión mayor. El trastorno de conducta está asociado con trastornos afectivos, con valores que oscilan entre el 0% y el 83% (media = 27,3% en Angold et al., 1999). Diversas investigaciones realizadas con una cohorte de 792 niños de Nueva Zelanda desde los 11 años de edad, han encontrado que la depresión estaba asociada con muchos de los trastornos del DSM-III: de 14 niños deprimidos, un 79% tenía otro diagnóstico, incluyendo el 71,4% con ansiedad y el 78,6% con trastornos externalizantes (Anderson et al., 1987). A los 15 años (N = 943), casi dos tercios de los 40 adolescentes deprimidos tenían un trastorno comórbido, incluyendo un 33% con

ansiedad y un 33% con trastorno externalizante (McGee, Feehan, Williams, Partridge, Silva y Kelly, 1990). A los 18 años, el 50% de los 167 sujetos que tenían depresión en las evaluaciones anteriores, mostraba un trastorno de ansiedad comórbido, un 7% también un trastorno de conducta y un 17% un trastorno por abuso de sustancias (Feehan et al., 1994). La re-evaluación de 961 sujetos a los 21 años mostraba que un 48% de los que presentaban trastornos del estado de ánimo (N=179), tenían un trastorno de ansiedad comórbido (Newman et al., 1996).

En el *Oregon Adolescent Depression Project*, el trastorno comórbido con la depresión que se daba con mayor frecuencia era el trastorno de ansiedad. En el subgrupo de 348 adolescentes con diagnóstico de depresión, un 42% tenía otro trastorno, un 21% un trastorno de ansiedad y un 12,4% sufría un trastorno del comportamiento (déficit de atención con hiperactividad, trastorno de conducta u oposicionista) (Lewinsohn et al., 1993). En una investigación que estudiaba la prevalencia de enfermedades psiquiátricas de los 12 a los 14 años se encontró que un 35,4% de los adolescentes con depresión (28 de 79) tenían también trastorno por ansiedad de separación, siendo este el diagnóstico más comúnmente asociado a la depresión (Garrison, Addy, Jackson, McKeown y Waller, 1992). En una población comunitaria de chicos y chicas de 10 a 20 años, el 43% de los que tenían depresión mayor tenían trastorno por ansiedad y el 62% tenían un trastorno del comportamiento (Cohen, Cohen, Kasen, Velez, Hartmark, Johnson et al., 1993). En otro grupo de muestra comunitaria de 14 a 16 años, el 75% de los que eran diagnosticados con depresión también presentaban historia de trastorno de ansiedad, el 33% tenían un trastorno del comportamiento y un 25% abuso de alcohol y otras drogas (Kashani et al., 1987). Ford et al. (2003), encontraron, en una muestra comunitaria de 983 participantes de 5 a 15 años, que un 22% de los evaluados presentaba dos diagnósticos, un 5% tres, un 2% cuatro y un 0,4% presentaba cinco trastornos recogidos en el DSM-IV. Por otro lado, en referencia a la comorbilidad del trastorno depresivo recogen que el 2,6% también presentaba trastorno de ansiedad, el 2,3% trastorno conductual y el 1,3% presentaba los tres trastornos (depresivo, ansioso y conductual).

En general, los datos encontrados con muestras clínicas de jóvenes con depresión son similares a los de las muestras comunitarias. A pesar de esto, en las muestras clínicas los porcentajes de comorbilidad con los trastornos de ansiedad son cerca del doble que con los trastornos del comportamiento, pudiendo llegar hasta más

del 70% (Birmaher, Ryan, Williamson, Brent, Kaufman, Dahl, et al., 1996; Angold et al., 1993). En cinco estudios que evaluaron a 303 sujetos deprimidos entre 6 y 18 años, la media porcentual de trastorno ansioso era de un 41,3%, con valores entre el 23% y el 51% (Ferro, Carlson, Grayson y Klein, 1994; Kovacs, Obrosky, Gatsonis y Richards, 1997; Mitchell, McCauley, Burke y Moss, 1988; Rao, Ryan, Birmaher, Dahl, Williamson, Kaufman et al., 1995; Shain et al., 1991). En otro grupo de deprimidos, la comorbilidad del trastorno depresivo con el de ansiedad era de un 35% (Biederman et al., 1995). Como contraste, en un total de 508 sujetos deprimidos derivados a un servicio clínico, la media porcentual de comorbilidad con el trastorno de conducta era de 16,1%, con valores entre el 7% y el 24% (Biederman et al., 1995; Kovacs et al., 1989; Mitchell et al., 1988; Rao et al., 1995; Ryan et al., 1987). Mitchell et al. (1988) informan que un 89% de los preadolescentes y un 86% de los adolescentes de sus estudios presentaban trastornos comórbidos con la depresión. Bernstein (1991) evaluó 96 niños y adolescentes y encontró que un 46% de chicos y un 54% de chicas presentaban comorbilidad entre depresión y ansiedad. Finalmente, Avenevoli, Stolar, Li, Dierker y Merikangas (2001) estudiaron una muestra de 42 sujetos con depresión con edades entre 7-17 años y encontraron que un 73,8% también presentaba un trastorno de ansiedad y un 52,4% un trastorno del comportamiento. Según estos autores, la depresión está fuertemente asociada a cualquier tipo de trastorno de ansiedad, hecho que queda atenuado cuando el trastorno comórbido con la depresión es el trastorno de conducta y el abuso de sustancias. Deykin et al. (1987) estudiaron la interrelación entre el abuso de sustancias y la depresión, y encontraron que tanto el abuso de alcohol como el de cualquier otra sustancia estaban asociados con el trastorno depresivo mayor. Cuando ambos trastornos eran comórbidos, el primero en aparecer era el trastorno depresivo. Woolston, Rosenthal, Riddle, Sparrow, Cicchetti y Zimmerman (1989) evaluaron 35 pacientes de 4 a 14 años y encontraron que un 32% tenía un trastorno distímico que coocurría con un trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

La evidencia sugiere que los trastornos internalizantes en la infancia están asociados con elevadas proporciones de comorbilidad en el diagnóstico. Entre los niños con depresión, la ansiedad y los trastornos externalizantes son los trastornos más comunes. Los datos confirman que, a lo largo de la infancia y de la adolescencia, los trastornos internalizantes tienden, en mayor número, a la comorbilidad con otro trastorno internalizante que con uno externalizante (Cohen, Cohen y Brook, 1993).

La interpretación de la comorbilidad es problemática porque su detección está influenciada por los criterios diagnósticos (Caron et al., 1991; Clark, Watson y Reynolds, 1995). Antes de los criterios DSM, la comorbilidad psiquiátrica atraía poco la atención y la unidad del diagnóstico era la norma. Con el DSM-III y el DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1980, 1987) el número de tipos de diagnóstico se incrementó de 182 a casi 300 (Clark et al., 1995). Fue entonces cuando se sugirió que la comorbilidad podía reflejar el amplio número de diagnósticos y la superposición de síntomas entre diferentes grupos diagnósticos (Angold et al., 1993; Caron et al., 1991; Clark et al., 1995). Según Caron et al. (1991), la comorbilidad podría ser un artefacto si uno de los trastornos se encuentra en un estadio inicial de otro diagnóstico (por ejemplo, si el trastorno negativista es un pródromo de un trastorno del comportamiento), si un trastorno es una manifestación secundaria de una condición primaria, o si algunos trastornos son expresiones alternas de un mismo trastorno: por ejemplo, la depresión y la ansiedad pueden ser vistos como una expresión alternada de un solo proceso psiquiátrico subyacente (Maser y Cloninger, 1990).

En general, los diagnósticos de comorbilidad parecen influir en el riesgo de padecer depresión resistente, en la duración del episodio depresivo, en los intentos de suicidio, en la evolución del trastorno, en la respuesta al tratamiento y en el uso de los servicios de salud mental (Brent, Perper, Goldstein et al., 1988; Brent, Perper, Johnson et al., 1993; Brent, Perper, Moritz et al., 1993; Brent, Perper, Moritz, Baugher, Schweers y Roth, 1994; Clarke, Hops, Lewinsohn, Andrews, Seeley y Williams, 1992; Kovacs, Goldston y Gatsonis, 1993; Lewinsohn, Rohde y Seeley, 1993; Lewinsohn, Clarke, Seeley y Rohde, 1994; Lewinsohn, Rohde y Seeley, 1995; Marton, Korenblum, Kutcher, Stein, Kennedy y Pakes, 1989).

Se han propuesto numerosos modelos conceptuales para explicar la comorbilidad de la depresión en niños y adolescentes (Caron et al., 1991; Kessler y Price, 1993; Klein y Riso, 1993; Merikangas, 1990; Merikangas, Stevens, Fenton et al., 1998; Swendsen y Merikangas, 2000) que, generalizando, se pueden resumir en dos modelos generales: el etiológico común y el causal (Merikangas, 1990). El modelo etiológico sugiere que dos trastornos están asociados porque comparten factores de riesgo. Las variaciones de la etiología común surgen por diferentes expresiones de un trastorno determinado a lo largo del desarrollo, por diferencias de género en la manifestación de un fenómeno, o por diversas expresiones de factores genéticos

comunes. La explicación causal, por otro lado, argumenta que uno de los trastornos causa o reduce el umbral para la expresión del otro.

1.5 Clasificación y criterios diagnósticos

La sintomatología depresiva en niños y adolescentes, tal y como se ha revisado en apartados anteriores, requiere de un sistema de clasificación para poder llegar a un diagnóstico en la investigación y en la práctica clínica. Desde la dimensión clínica, se puede entender la depresión como un síntoma (humor disfórico), como un síndrome (agrupaciones de síntomas depresivos como los cambios motivacionales, cognitivos, afectivos, alteraciones psicomotoras...) o como una constelación de síndromes identificables, que conducen al diagnóstico de un trastorno.

La definición y la comprensión de la depresión infantil y adolescente depende de los paradigmas utilizados en la evaluación y clasificación de la psicopatología. Definida de forma amplia, la evaluación se refiere a la identificación de las distintas características de casos individuales y la clasificación se refiere a la agrupación de casos de acuerdo a características distintivas (Achenbach, 1993, 2005). Así, ambos conceptos, evaluación y clasificación, están unidos el uno al otro.

Según Compas (1997), se pueden identificar tres enfoques en la evaluación y clasificación de los trastornos depresivos, que, a su vez, implican diferentes niveles de análisis. El primero de ellos, no implica un paradigma de clasificación sino que está relacionado con el estado de ánimo depresivo. En este enfoque la depresión se entiende como un estado emocional o síntoma y se refiere a la presencia de tristeza por un periodo de tiempo no especificado. El segundo enfoque entiende la depresión como un síndrome, una constelación de conductas y emociones que tiende a ocurrir de forma conjunta. El síndrome depresivo se identifica mediante la información que aportan el niño o adolescente, así como otros informantes, como padres y profesores. Esta estrategia, cuyo representante es Achenbach (1985, 1993, 2005), implica el uso de métodos estadísticos multivariantes en la evaluación y clasificación de la psicopatología de niños y adolescentes. El tercer enfoque, el categorial, entiende la depresión como un trastorno psiquiátrico y asume que incluye la presencia de un síndrome identificable de síntomas asociados, así como que estos síntomas implican un malestar o deterioro de las áreas de funcionamiento del individuo. Este punto de vista es el que siguen los criterios DSM, que se revisaran a lo largo de este apartado, además de las diversas agrupaciones realizadas a lo largo de la historia para clasificar la depresión en niños y adolescentes.

La primera organización formal de los diagnósticos psiquiátricos en los Estados Unidos, aparece en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, APA, 1952). En éste sólo se hacía referencia a los trastornos de inicio en la infancia en cuatro categorías: síndromes cerebrales crónicos asociados con traumas de nacimiento, reacciones esquizofrénicas, reacciones adaptativas de la infancia, y síntomas específicos, tales como enuresis o el sonambulismo. La falta de criterios operacionales estrictos y la no uniformidad fenomenológica de su orientación, hizo que aparecieran más de una docena de sistemas de clasificación para niños y adolescentes. El *Group for the Advancement of Psychiatry Committee on Child Psychiatry* hizo referencia a éstos en su clasificación de 1966. El sistema GAP dividía la psicopatología en niños y adolescentes en 10 grupos que daban importancia a las etapas de desarrollo y a los factores psicodinámicos. Las categorías iban de moderado (respuestas de salud) a severo (síndromes cerebrales y retraso mental).

En el DSM-II (APA, 1968) se reconoce, por primera vez, la posibilidad de la existencia de diagnósticos múltiples y concurrentes, así como una amplitud en la severidad de los síntomas y en la significación de condiciones agudas vs. crónicas. Se creó, asimismo, una nueva sección de “Trastornos de la conducta en niños y adolescentes” para identificar condiciones más severas que los trastornos situacionales, y menos severas que las neurosis y las psicosis. Dentro de esta clasificación se incluyó la hiperquinesia, el aislamiento, la ansiedad, la agresividad y la delincuencia, entre otros.

En el DSM-III (APA, 1980), buscando mayor coherencia en su organización, se sitúa la sección “Trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia” al inicio del manual. Esta sección contenía más de 40 trastornos. Pero la división de esta sección respecto al resto del manual no era absoluta: algunos trastornos infantiles no se identificaban hasta la edad adulta y otros, como los trastornos del estado de ánimo, muchas veces tienen su inicio en la infancia pero no se clasifican hasta la edad adulta. Estos hechos podían llevar a no diagnosticar presentaciones clínicas en la infancia que no se contenían en esta sección. El problema de establecer grupos de edad emergía del dilema de saber si estos trastornos existían como un continuo o bien eran diferentes en sus presentaciones en la infancia y la adultez. El DSM-III intentó establecer un sistema útil en el diagnóstico y en la investigación a través de una aproximación atórica y categorial, dentro de un marco multiaxial. Los diagnósticos son principalmente

descriptivos y se realizan a partir de datos recogidos de la observación (o de información aportada por los padres).

Por otro lado, antes de los años 70 se inició un movimiento que se alejaba de la concepción psicoanalítica de la no existencia del trastorno depresivo en niños. Los primeros intentos de definir la realidad de la depresión infantil se hicieron bajo la premisa que ésta era una condición diferente a la adulta. Haciendo uso de la terminología psicoanalítica, Frommer (1968), postuló 3 subtipos: depresivos enuréticos, depresivos puros y depresivos fóbicos.

El *Childhood Depressive Phenomena: Tentative Classification* de Malmquist (1971) se basaba en las etapas de desarrollo infantil y en la etiología de los trastornos para agrupar los síntomas en las siguientes categorías:

- (1) asociados a enfermedades orgánicas
- (2) síndromes de deprivación
- (3) síndromes asociados a dificultades en la individualización
- (4) tipos latentes (incluidos los equivalentes depresivos)
- (5) tipos adolescentes, que incluyen la reacción a la pérdida y las “esquizofrenias con componentes principalmente afectivos”

También en estos años, McConville, Boag y Purohit (1973) organizaron sus resultados clínicos en tres categorías prepuberales y propusieron etiologías para cada una. El tipo “afectivo” era más propio de niños entre los 6 y los 8 años y estaba caracterizado por la tristeza y la desesperanza. El tipo “autoestima negativa”, más común a los 8 años, se caracterizaba por los sentimientos de baja autoestima relacionados con la depresión. El tercer grupo, más raro, el tipo “culpabilidad” era más común en niños de a partir de 11 años, y se caracterizaba por síntomas cognitivos de depresión.

En 1972, Feighner, Robins, Guze, Woodruff, Winokur y Muñoz, desarrollaron los primeros criterios modernos para la depresión adulta, que se basaban en las 4 premisas siguientes:

1. Presencia de disforia (incluyendo depresión, tristeza o irritabilidad)
2. Presencia de un mínimo de 5 síntomas de los siguientes:
 - a. Pérdida de apetito

- b. Pérdida de peso
 - c. Trastornos del sueño
 - d. Pérdida de energía
 - e. Agitación o retraso psicomotor
 - f. Pérdida de interés por las actividades habituales
 - g. Sentimientos de culpa
 - h. Dificultades para concentrarse
 - i. Pensamientos recurrentes de muerte
3. Presencia de estos síntomas como mínimo 1 mes sin la presencia previa de condiciones psiquiátricas o médicas.
 4. Se excluía a pacientes con distorsiones de la percepción o del pensamiento severo como manifestación primaria del trastorno.

Para la depresión infantil, Ling et al. (1970) presentaron sus criterios específicos para esta edad. En 1973, Weinberg et al., presentaron una lista de 10 síntomas de depresión infantil en un estudio sobre la respuesta al tratamiento con antidepresivos en niños. De estos 10 síntomas el humor disfórico y la baja autoestima eran síntomas esenciales, además de la presencia de dos de los siguientes ocho síntomas adicionales: conductas agresivas, perturbación del sueño, alteraciones en el rendimiento escolar (bajo rendimiento), disminución de la socialización, cambio de actitud hacia la escuela, quejas somáticas, pérdida de la energía habitual y cambios en el apetito o el peso. El tercer grupo de criterios exclusivos para la depresión infantil son los de Birmaher (1981).

En este sistema, desarrollado a partir del DSM-II, la anhedonia no se consideró como una categoría separada sino que se incluyó dentro de los cambios de actitud hacia la escuela. La ideación suicida y los sentimientos de culpabilidad no se entendían como categorías separadas sino que estaban unidas en la categoría de baja autoestima. El retraso psicomotor no se incluyó. Los cambios en el rendimiento escolar, los problemas de socialización y las quejas somáticas eran criterios esenciales.

Estas categorías fueron modificadas por Poznanski, Cook y Carroll (1979), quienes incluyeron la disforia y el aislamiento social en los criterios esenciales, aunque no incluyeron entre los síntomas diagnósticos la agitación psicomotora o la alteración del apetito.

Poznanski, Cook, Carroll y Corzo (1983), compararon los criterios RDC, *Research Diagnostic Criteria* (Spitzer, Endicott y Robins, 1978), el DSM-III, los criterios de Poznanski et al. (1979) y los criterios de Weinberg et al. (1973) para el diagnóstico de la depresión. Encontraron que los cuatro sistemas compartían que la expresión verbal de la disforia era un síntoma esencial para el diagnóstico del trastorno depresivo, además los cuatro sistemas tenían en común los siguientes síntomas: trastornos del sueño, fatiga, y afectación cognitiva. El RDC y los criterios de Poznanski et al. (1979), requerían cinco síntomas para el diagnóstico de depresión, mientras que el DSM-III requería cuatro y los criterios de Weinberg sólo dos. Poznanski et al. (1983) informan de un acuerdo entre los sistemas de un 86% en la tarea de determinar la presencia o ausencia del trastorno depresivo, y de que alrededor de la mitad de la varianza entre los sistemas de diagnóstico se centraba en dos síntomas: disforia y anhedonia.

En el desarrollo del DSM-III se debatió si la depresión en adultos y en niños tenía las mismas características clínicas. Actualmente, desde el punto de vista categorial que plantea el sistema DSM, se entiende que los trastornos del estado de ánimo en la infancia y en la edad adulta son fenomenológicamente equivalentes. Existen cuatro líneas que evidencian esta similitud:

1. La equivalencia entre las agrupaciones de síntomas en niños y en adultos (Carlson y Kashani, 1988).
2. El aumento de la vulnerabilidad para desarrollar una depresión en niños de padres depresivos (Beardslee, Bemporad, Keller y Klerman, 1983).
3. La identificación de correlatos biológicos tanto de estado como de rasgo en preadolescentes con depresión mayor (Puig-Antich, Novacenko, Davies, Chambers, Tabrizi, Krawiec et al., 1984; Poznanski, Krahenbuhl y Zrull, 1983).
4. Los resultados de estudios longitudinales que identifican episodios temporales, así como aumento del riesgo de sufrir dos episodios de depresión (Kovacs, Feinberg, Crouse-Novack, Paulauskas, Pollack y Finkelstein, 1984).

La aparición del DSM-III-R (APA, 1987) representó un endurecimiento de los criterios de identificación de la sintomatología depresiva. En el DSM-III se requerían tres síntomas para identificar la presencia del trastorno en menores de 6 años, en el

DSM-III-R, en cambio, se requería la presencia de una agrupación de 5 o más síntomas al igual que en los adultos para realizar el diagnóstico. En el DSM-III-R no se plantean límites para diferenciar la depresión adulta de la depresión infantil y adolescente.

Tal y como se ha comentado, a partir de los años 70 surgieron los primeros criterios para el diagnóstico clínico de la depresión, exclusivos para niños (Ling et al., 1970; Weinberg et al., 1973; Birlson, 1981), aunque los criterios diagnósticos de la APA (DSM-III, 1980) empezaron a usarse para el diagnóstico de la depresión infantil y se consideró que la depresión infantil tenía las mismas características que la adulta. A lo largo del tiempo estas ideas han ido variando y en el DSM-III-R (APA, 1987), en el DSM-IV (APA, 1995) y en el DSM-IV-TR (APA, 2000) se incluyen características propias de la depresión infantil, como es la irritabilidad. Por otra parte, en el manual de la OMS (CIE-10, 1992) se considera la depresión infantil como un desorden afectivo, incluido dentro de los trastornos mixtos, a los que se denomina “trastornos de conducta depresivos”, dando importancia a los aspectos diferenciales de la depresión infantil frente a la adulta. A continuación, en la tabla 1-5, se presenta un resumen comparativo de los criterios diagnósticos para la depresión infantil revisados en este apartado.

TABLA 1-5. Criterios diagnósticos de depresión infantil*.

	Ling, Oftendal y Weinberg, 1970	Feighner, Robins, Guze, Woodruff, Winokur y Muñoz, 1972	Weinberg, Rutman, Sullivan, Penick y Dietz, 1973	RDC, 1978	Poznanski, Cook y Carroll, 1979	DSM-III, 1980	Birleson, 1981	DSM-III-R, 1987	CIE-10, 1992	DSM-IV, 1995	DSM-IV-TR, 2000
Disforia	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Anhedonia		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Aumento o disminución apetito o peso	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Insomnio o hipersomnia	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
Falta de energía o fatiga	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓	✓
Agitación o lentitud motora		✓		✓		✓		✓	✓	✓	✓
Autoreproche o culpabilidad	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Dificultades para concentrarse y pensar		✓		✓		✓		✓	✓	✓	✓
Ideas de suicidio o de muerte		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Aislamiento social	✓		✓		✓	✓	✓				
Llantos inmotivados							✓				
Ideas persecutorias	✓										
Irritabilidad							✓	✓		✓	✓
Agresividad	✓		✓								
Disminución del rendimiento escolar	✓		✓		✓		✓				
Quejas somáticas	✓		✓				✓		✓		
Fobia escolar	✓										
Ensoñaciones							✓				
Hiperactividad					✓						
Baja autoestima					✓						
<i>Duración mínima de los síntomas para establecer el diagnóstico</i>	1 mes	1 mes	1 mes	2 semanas	1 mes	2 semanas	1 semestre /1 año	2 semanas	2 semanas	2 semanas	2 semanas

* Elaborado y modificado a partir de Del Barrio y Moreno (1996)

La identificación del trastorno depresivo en niños y adolescentes se puede realizar haciendo uso de diferentes métodos. En primer lugar, la superación del punto de corte en cuestionarios estandarizados específicos para la evaluación de la sintomatología depresiva. En segundo lugar, a partir de los criterios establecidos por sistemas de clasificación como el sistema DSM. Implícita en estos métodos está la consideración que ambos llevan a la identificación de casos análogos y a similares conclusiones acerca de la naturaleza y correlatos del trastorno. Pero esta asunción no está exenta de ambigüedades. Por un lado, cuando la información proviene de diferentes informantes el grado de acuerdo es bajo (Achenbach, McConaughy y Howell, 1987), tal y como se revisará en posteriormente. Además, las diferencias en la identificación se producen por otras razones, como por el hecho que los cuestionarios evalúan sintomatología depresiva y no la presencia de un trastorno depresivo tal y como se entiende desde los criterios diagnósticos DSM.

Partiendo de tales consideraciones, Kazdin (1989) examinó las diferencias en sintomatología y actividades sociales entre dos grupos de niños, con depresión y sin depresión, clasificados a partir de los criterios del DSM-III, de las puntuaciones en un cuestionario de evaluación de sintomatología depresiva contestado por los padres o por los propios niños. Los resultados encontrados indicaban que: la utilización de diferentes métodos de clasificación seleccionaban diferentes grupos de niños; la mayoría de niños identificados mediante un método no cumplían los criterios del otro método de clasificación; las diferencias en sintomatología y en las actividades sociales dependían del método de clasificación diagnóstica. Otros autores también han estudiado esta correspondencia (Edelbrock y Costello, 1988; Garrison et al., 1991; Rey y Morris-Yates, 1991; Weinstein, Noam, Grimes, Stone y Schwab-Stone, 1990) y han encontrado evidencia para la convergencia entre los criterios DSM y los informes de padres y adolescentes, aunque los autoinformes y heteroinformes identifican más depresivos que los criterios DSM. Estos resultados indican la necesidad de articular diferentes métodos de evaluación y clasificación para mejorar la identificación de niños y adolescentes con depresión, eje principal de este estudio y que se desarrollará en el siguiente apartado.

1.6 Evaluación de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes

La evaluación psicológica se puede entender como un proceso de toma de decisiones que tiene como objetivo el análisis del comportamiento humano en un contexto determinado (Roig y Forns, 2004). El proceso de evaluación de niños y adolescentes que presentan sintomatología depresiva implica un conjunto de fases y de procedimientos que lleva a la toma de decisiones diagnósticas. La evaluación de la depresión en jóvenes es una compleja interacción entre el individuo que será evaluado, los métodos de evaluación, los evaluadores y el lugar de la evaluación, así como las experiencias previas y las razones que han llevado a la evaluación (Reynolds, 1994).

1.6.1. Características generales de la evaluación psicológica en niños y adolescentes

La evaluación de la sintomatología depresiva debe tener en cuenta las características de la depresión infantil y adolescente, además de las características propias de niños y adolescentes que determinan todo proceso de evaluación. Ésta se caracteriza por una serie de especificidades que la diferencian de la evaluación psicológica de los adultos. Estas diferencias surgen del hecho de estar evaluando a un sujeto en cambio, dentro de un proceso de desarrollo, inmerso en contextos determinantes e intervinientes (familia, escuela y sociedad), y que tiene un dominio relativo de conocimientos sobre sí mismo (Forns, 1993).

Estas características específicas de la evaluación infantil y adolescente llevan a considerar que la evaluación en estas edades debe ser múltiple e integrada: no sólo se evalúa a un sujeto en desarrollo, sino también los contextos en los que se desenvuelve, las acciones que el contexto ejerce sobre el individuo a evaluar, y las acciones educativas o de tratamiento que ejercen los adultos de forma explícita o implícita (Forns, 1993). A su vez, deben analizarse los resultados de las interacciones entre todos estos elementos.

Así la evaluación psicológica infantil debe adoptar, como estrategia de análisis, la formulación de diagnósticos abiertos que examinen la evolución o cambio del niño, no sólo frente al tratamiento determinado, sino según las características específicas de la edad. Es necesario que se recojan datos del niño provenientes de diferentes medidas, desde una perspectiva temporal lo bastante amplia, que puedan recoger los diferentes

cambios que se producen, siempre previamente a la toma de decisiones diagnósticas. Por otro lado, la evaluación psicológica debe evaluar los comportamientos del sujeto vinculados al contexto en el que éste se desarrolla. En el caso de niños y adolescentes los principales contextos intervinientes son el contexto familiar y el escolar. Este aspecto implica que la evaluación en estas edades debe ser multiinformante, es decir, la información necesaria para emitir un diagnóstico psicológico de un niño o adolescente debe recogerse de diferentes fuentes informativas: padres, profesores, compañeros y del propio individuo.

1.6.2. Instrumentos de evaluación de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes

Cuando la evaluación psicológica se realiza para determinar la presencia de un trastorno depresivo las características inherentes al sujeto y a su contexto toman mayor importancia. Hay una serie de características específicas de la depresión que dan soporte al uso de métodos de autoinforme para evaluar esta sintomatología. La depresión como un trastorno internalizante, se caracteriza por la presencia de síntomas que son internos al propio sujeto y de difícil observación externa, tales como los sentimientos de culpa, autodesprecio, ideación suicida, desesperanza y de inutilidad. De forma similar, otros síntomas somáticos como el insomnio, la pérdida de apetito y otros problemas, pueden ser difíciles de identificar por otras personas, como los padres y los profesores.

Además de estos síntomas, la evaluación de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes debe tener en consideración tres elementos o aspectos esenciales: la edad del evaluado; la severidad, duración y número de síntomas depresivos presente, y la comorbilidad con otros trastornos.

La evaluación de niños con sintomatología depresiva requiere instrumentos que sean más que una extensión o adaptación de los instrumentos que evalúan depresión en adultos. La evaluación en estas edades se centra, principalmente, en los indicadores conductuales asociados a la depresión e implica la información que proviene de padres u otros observadores, como los profesores. La información que proviene de los adultos significativos puede incluir sintomatología depresiva u otros síntomas relacionados con la depresión, tales como, hiperactividad, aislamiento social, irritabilidad, quejas somáticas o alteraciones del peso corporal, como se ha comentado anteriormente.

Se ha hecho un considerable esfuerzo para diseñar y mejorar los instrumentos de evaluación de los trastornos afectivos en niños y adolescentes. Se han creado una amplia variedad de instrumentos que incluyen desde medidas de autoinforme hasta entrevistas estructuradas, pasando por métodos de observación conductual y heteroinformes de padres, profesores e iguales (Costello, 1986; Kazdin, 1981; Kazdin y Petti, 1982; Petti, 1985).

Desde la psicopatología del desarrollo (Achenbach, 1982) se propugna un diagnóstico de tipo estadístico y dimensional basado en la concepción de la conducta como un continuo. La frecuencia, la intensidad y la combinación de las diferentes conductas dan lugar a distintos tipos de síndromes, entendidos como conjuntos de conductas que covarían. Este enfoque ha utilizado el análisis factorial como herramienta estadística que permite analizar los agrupamientos empíricos de los distintos síntomas y necesita de grandes muestras para extraer sus datos normativos y así tener una base estadística suficiente que permita la agrupación en factores, que son la base de los distintos síndromes. Desde esta perspectiva dimensional, en la que se conceptualiza el comportamiento inadecuado como un continuo, se clasifican los distintos síntomas en función de su intensidad. Los instrumentos desarrollados desde este marco agrupan inventarios, escalas y cuestionarios que son aplicados a los niños, a los padres, profesores o a otros adultos que conozcan al niño. En general, este tipo de instrumentos son fáciles de aplicar, son económicos y requieren poca formación por parte del entrevistador. Los cuestionarios de autoinforme que evalúan pensamientos y sentimientos son los más comunes en la bibliografía revisada para este estudio. Los aspectos positivos de los autoinformes residen en el hecho de que el propio evaluado (niño o adolescente) es quien mejor conoce sus sentimientos internos y subjetivos. Así, se ha corroborado la tendencia de que el autoinformante identifique más síntomas que otros heteroinformantes, como son los padres, e informe de sintomatología desconocida para los adultos (Herjanic, Herjanic, Brown y Wheatt, 1975). Además estos instrumentos son objetivos, permiten un procedimiento de evaluación estandarizado y proporcionan puntos de comparación con otros sujetos de las mismas características de edad y sexo. Los aspectos negativos residen en el hecho de excluir áreas de opinión abiertas que permitan al niño o adolescente expresar de forma más amplia aquellas experiencias asociadas a la naturaleza del trastorno.

Los criterios diagnósticos recogen definiciones y descripciones de los aspectos o manifestaciones de los diversos trastornos. El diagnóstico, derivado de la tradición médica, es de tipo categorial: el trastorno se clasifica como presente o ausente, según estén presentes o no un número determinado de síntomas y se cumplan unos criterios establecidos. Este tipo de diagnóstico es el utilizado por los manuales DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) y GAP (*Group for the Advancement in Psychiatry*). Dentro de la concepción categorial el método más habitual de evaluación es la entrevista en sus diferentes modalidades, estructurada o semiestructurada (Del Barrio, 1995). Las entrevistas se realizan a los padres o adultos significativos para el niño o adolescente, así como también al propio evaluado, y son llevadas a cabo por clínicos entrenados (Molina, 2001). Las entrevistas estructuradas permiten establecer el diagnóstico categorial de forma precisa, aunque también se han utilizado como instrumento de screening para maximizar la intervención del clínico, como instrumento de investigación clínica y como herramienta de apoyo en contextos de salud mental (Weller, Weller, Fristad, Teare y Schecter, 2000).

Las entrevistas estructuradas y semi-estructuradas, asociadas a otros instrumentos, ofrecen ventajas que no se encuentran en éstos: en primer lugar, el clínico puede obtener, si lo desea, información de diferentes fuentes y después combinarla e integrarla, y, en segundo lugar, las entrevistas personales permiten la adaptación del lenguaje a las características del entrevistado. En la evaluación de los trastornos del estado de ánimo en niños mayores de 8 años, estos instrumentos han demostrado una buena fiabilidad entre informantes, pero una baja fiabilidad test-retest debido a la inestabilidad de los síntomas afectivos en estas edades (Birmaher et al., 1996).

Boyle, Offord, Racine, Szatmari, Sanford y Fleming (1997) compararon la fiabilidad y la validez de una escala de autoinforme (OCHS-R) y de una entrevista estructurada (DICA-R) para su uso en estudios de prevalencia en niños con trastornos psiquiátricos. No encontraron datos científicos que lleven a escoger de forma prevalente los cuestionarios de autoinforme sobre las entrevistas o viceversa en estudios epidemiológicos de trastornos psiquiátricos infantiles. De manera que los autores concluyen que el hecho de escoger uno u otro instrumento en un estudio no deriva de sus mejores cualidades psicométricas sino de los intereses de los autores o de

los recursos materiales y temporales disponibles. Desde un punto de vista científico, los resultados que se obtengan con uno u otro instrumento serán equiparables.

Finalmente, están las técnicas de observación, método tradicional por excelencia de la evaluación conductual, al menos en sus primeras etapas (Silva y Moro, 1994). Las principales ventajas de este método son la evaluación del niño en un contexto natural, de forma no intrusiva, minimizando la posibilidad de influir en el comportamiento del evaluado, facilitan la obtención de registros de la conducta o sintomatología en diferentes momentos del día y permiten la evaluación por diferentes observadores (Kaminer, Feinstein, Seifer, Stevens y Barrett, 1990).

Se presenta, a continuación una revisión de los diferentes métodos e instrumentos de evaluación de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes que incluye cuestionarios de autoinforme, de heteroinforme (padres, profesores y amigos o compañeros de clase), instrumentos de observación conductual y entrevistas. Estos instrumentos se han estructurado en dos grupos en función de que sean instrumentos que evalúan de forma específica sintomatología depresiva (tabla 1-6) o si, además de ésta, evalúan otros trastornos psicológicos (tabla 1-7). Cada grupo incluye cuestionarios de autoinforme y heteroinforme, entrevistas diagnósticas e instrumentos de observación conductual.

TABLA 1-6. Instrumentos de evaluación específicos de depresión infantil y adolescente.

Nombre	Siglas	Autor	Año de publicación	Informante	Edad
Cuestionarios de autoinforme y heteroinforme					
Child Depression Questionary	CDQ	McConville, Boag y Purohit	1973	autoinforme	6-13
Depression Symptoms Checklist	DS-LC	Weinberg, Rutman, Sullivan, Penick y Dietz	1973	heteroinforme (padres)	7-12
Children Depression Scale	CDS	Tischer y Lang	1974 1978	autoinforme	8-16
Short Children Depression Inventory	SCDI	Albert y Beck	1975	autoinforme	13-18
Children Affective Rating Scale	CARS	McKnew, Cytrin, Efron, Gershon y Bunney	1979	autoinforme	5-15
Face Valid Depression Scale	FVDS	Mezzik y Mezzik	1979	autoinforme	12-17
Teacher Affective Rating Scale	TARS	Petti	1978	heteroinforme (profesores)	7-14
Short Children Depression Inventory	S-CDI	Carlson y Cantwell	1980	autoinforme	7-17
Behavior Inventory for Depressed Adolescents	BIDA	Chiles, Miller y Cox	1980	autoinforme	6-12
Zung Children Adaptation	ZCA	Lefkowitz y Tesiny	1980	autoinforme	10-11
Peer Nomination Inventory of Depression	PNID	Lefkowitz y Tesiny	1980	heteroinforme (compañeros)	6-16
Center Epidemiologic Studies Depressive- Depression Scale Modified for Children	CES-DC	Weissman, Orvaschel y Padian	1980	autoinforme	6-17
Depression Self Rating Scale-Children	DSRS-C	Birleson	1981	autoinforme	7-13
Children's Depression Adjectives Checklist	C-DACL	Sokolof y Lubin	1983	autoinforme	9-16
Children's Depression Inventory	CDI	Kovacs Del Barrio y Carrasco	1983 1992 2004 (Adaptación de TEA)	autoinforme y heteroinforme (padres y profesores)	8-18
Dysthymic Checklist	DCL	Fine, Moretti, Haley y Marriage	1984	autoinforme	8-17
Teacher Peer Nomination Inventory	TNID	Saylor, Finch, Baskin, Furey y Kelly	1984	heteroinforme (profesores)	8-14
Children's Depression Scale-Revised	CDS-R	Reynolds, Anderson y Bartell	1985	autoinforme	8-13
Child Depression Scale	CDS-P	Rotundo y Hendsley	1985	autoinforme y heteroinforme (padres)	6-14
Reynolds Adolescent Depression Scale	RADS	Reynolds	1987 /2002	autoinforme	11-17
Reynolds Child Depression Scale	RCDS	Reynolds	1989	autoinforme	5-10
Escala de depresión para profesores	ESDM	Doménech y Polaino	1990	heteroinforme (profesores)	7-16
Escala de Evaluación de la Depresión	EED	Del Barrio, Silva, Conesa-Pareja, Martorell y Navarro	1993	autoinforme (niños)	10-17
Teacher Rating Index of Depression	TRID	Cole, Martin, Powers y Truglio	1996	heteroinforme (profesores)	6-16
Preschool Symptom Self-report	PRESS	Martini	1987	autoinforme	3-6

(Continúa)

TABLA 1-6 (Continuación). Instrumentos de evaluación específicos de depresión infantil y adolescente.

Nombre	Siglas	Autor	Año de publicación	Informante	Edad
Entrevistas diagnósticas					
Bellevue Index Depression	BID	Petti	1978	heteroinforme (padres)	6-12
School Aged Depression Listed Interview	SADLI	Petti y Law	1982	autoinforme	6-13
Interview Schedule for Children	ISC	Kovacs	1983	autoinforme y heteroinforme (padres)	8-17
Children Depression Rating Scale	CDRS	Poznanski, Cook, Carroll y Corzo	1983	autoinforme	6-12
Instrumentos de observación conductual					
General Rating Affective Symptomatology for Preschoolers	GRASP	Kashani, Holcomb y Orvaschel	1986	heteroinforme (experto)	3-6
Emotional Disorders Rating Scale	EDRS	Feinstein, Kaminer, Barret y Tylanda	1988	heteroinforme (experto)	7-17

TABLA 1-7. Instrumentos de evaluación no específicos de depresión infantil y adolescente.

Nombre	Siglas	Autor	Año de publicación	Informante	Edad
Cuestionarios de autoevaluación y de heteroevaluación					
Adolescent Psychopathology Scale	APS	Reynolds	1998	autoinforme	13-19
Personality Inventory for Children	PIC	Wirt, Lacher, Klinedinst y Seat	1977	heteroinforme (padres)	3-17
Children's Behavior rating Scale	CBRS	Neeper y Lahey	1986	heteroinforme (padres)	5-15
Ontario Child Health Study scales	OCHS	Boyle, Offord, Hofman, Catlin, Byles y Cadman	1987	autoinforme y heteroinforme (padres)	6-16
		Boyle, Offord, Racine, Fleming, Szatmari y Sandford	1993		
Child Behavior Checklist	CBCL	Achenbach y Edelbrock	1991a	heteroinforme (padres)	2-18
Teacher's Report Form	TRF	Achenbach y Edelbrock	1991b	heteroinforme (profesores)	6-16
Youth Self Report	YSR	Achenbach y Edelbrock	1991c	autoinforme	11-18
Devereux Scales of Mental Disorders	DSMD	Naglieri, LeBuffe y Pfeiffer	1994	heteroinforme (padres y profesores)	5-18
Behavior Evaluation Scale-2	BES-2	McCarney y Leigh	1990	heteroinforme (profesores)	5-18
Behavior Disorders Identification Scale	BDIS	Wright	1988	heteroinforme (profesores)	4,5-21
Entrevistas diagnósticas					
Kiddie- Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia	K-SADS	Puig-Antich y Chambers	1981	autoinforme y heteroinforme (padres)	6-18
Child Assessment Schedule	CAS	Hodges, Kline, Fitch, McKnew y Cytrin	1981	autoinforme y heteroinforme (padres)	7-12
Diagnostic Interview Schedule for Children	DISC	Costello, Edelebrock, Dulcan, Kales y Klavic	1984	autoinforme y heteroinforme (padres)	6-17
Anxiety Disorders Interview Schedule for Children/Parents	ADIS-C/P	Silverman y Nelles	1988	autoinforme y heteroinforme (padres)	6-18
Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised	DICA-R	Reich y Welner	1988	autoinforme y heteroinforme (padres)	6-18
Child and Adolescent Psychiatric Assessment	CAPA	Angold, Cox, Prendergast, Rutter y Simonoff	1987	autoinforme	9-17

(Continúa)

TABLA 1-7. (Continuación). Instrumentos de evaluación no específicos de depresión infantil y adolescente.

Nombre	Siglas	Autor	Año de publicación	Informante	Edad
Instrumentos de observación conductual					
Direct Observation Form	DOF	Achenbach y Edelbrock	1987	heteroinforme (experto)	5-18
The Parent Daily Report	PDR	Patterson	1974	heteroinforme (padre/experto)	13-17
Escala de Observación Estructurada	SOT	Laike	1995	heteroinforme (experto)	3-7

1.6.3. Informantes

Como se ha comentado anteriormente, la evaluación psicológica infantil se caracteriza por ser multiinformante y multimétodo (Forns, 1993). Es multiinformante porque recoge información de la persona evaluada y de las personas significativas que conviven con ella en contextos fundamentales para su desarrollo, y es multimétodo porque utiliza diferentes instrumentos y modalidades de evaluación. Para evaluar los trastornos infantiles se hace uso de la información que aportan diversos informantes (padres, profesores, el propio sujeto, compañeros y clínicos entre otros), mediante instrumentos estandarizados (entrevistas, escalas de valoración y observación entre otros).

Es habitual encontrar diferencias entre la información que proviene de distintos instrumentos. Se entiende la variabilidad entre informantes como la aportación de informaciones diferentes por parte de las diversas fuentes de información. La variabilidad entre informantes es especialmente importante en la evaluación psicológica de niños y adolescentes, en la que los adultos tienen un papel esencial. Los niños pequeños no son capaces de identificar muchas de las áreas de su propio problema. Este hecho es más obvio a medida que la edad del niño es menor (de 1 a 3 años) y aumenta la severidad del trastorno, de manera que muchos aspectos emocionales, cognitivos y conductuales pueden no ser vistos como un problema por los propios niños. Es en este punto cuando la información de los padres u otros adultos es necesaria e imprescindible. Además, se considera que niños y adolescentes están en proceso de desarrollo de su capacidad cognitiva lo que influye en la capacidad para entender la necesidad de la evaluación psicológica y de su funcionamiento. También,

es limitada su capacidad para aportar datos sobre su propio funcionamiento en relación a los otros y a su propio pasado. Por estas razones, la información aportada por los adultos es importante, sin obviar que aquella que aporta el propio sujeto también es necesaria (Kazdin, 1994).

En la evaluación psicológica de un niño o adolescente es necesario que padres y el propio sujeto, entre otros informantes, proporcionen información. Aunque, cuando se recoge información de más de una fuente, el desacuerdo es la nota común (Kashani, Orvaschel, Burk y Reid, 1985). El conocimiento del grado de acuerdo entre los informes de diferentes fuentes (padres, profesores, niños y compañeros) sobre el comportamiento del niño o adolescente a evaluar es esencial para clínicos e investigadores. Los informantes más privilegiados de la conducta del sujeto a evaluar son padres y profesores. Ellos conocen al chico y, normalmente, están implicados en la búsqueda de ayuda especializada (Verhulst y Akkerhuis, 1989; Vitaro, Gagnon y Tremblay, 1991). Además, muchos de los estudios más relevantes sobre los problemas de comportamiento se basan en la información de padres y profesores, y hacen uso de estrategias de múltiples etapas de evaluación a fin de identificar el mayor número de sujetos con la mayor precisión, tanto en estudios de prevención como de evaluación. Al mismo tiempo, estos estudios reflejan la existencia de acuerdo entre informantes, tanto en problemas de comportamiento generales como más específicos y, también, recogen la razón de las discrepancias y las implicaciones de éstas en el proceso de decisión diagnóstica (véase por ejemplo: Achenbach et al., 1987; Grietens, Onghena, Prinzie, Gadeyne, Van Assche, Ghesquière et al., 2004).

Según Achenbach et al. (1987) y Grietens et al. (2004), existe, en general, un bajo grado de acuerdo entre la información que proporcionan diferentes informantes que provienen de distintos ambientes (padres y profesores o padres e hijos), mientras que el grado de acuerdo es moderado cuando los informantes evalúan al sujeto en ambientes similares (padres y madres o entre diversos profesores de un mismo alumno). Este bajo grado de acuerdo entre informantes podría indicar que la variable objetivo difiere en situaciones diferentes, más que pensar que las aportaciones de los informantes son inválidas o poco fiables. (Achenbach et al., 1987).

Achenbach et al. (1987) realizaron un meta-análisis de 119 estudios, que incluía muestras clínicas y comunitarias de niños y adolescentes de edades comprendidas entre los 18 meses y los 19 años. Los resultados de este estudio indican un grado de

acuerdo bajo entre el sujeto evaluado y los diferentes informantes ($r = 0,25$ con los padres; $r = 0,20$ con los profesores; $r = 0,27$ con los clínicos; $r = 0,26$ con los compañeros de clase). Asimismo, el grado de acuerdo entre los diferentes informantes dependía de la relación de éste con el sujeto evaluado, de manera que el acuerdo entre profesores ($r = 0,64$) era mayor que entre profesores y padres ($r = 0,27$), que entre padres y especialistas en salud mental ($r = 0,24$), y que entre padres y observadores ($r = 0,27$). Estos resultados indican que cada informante aporta datos de diferentes aspectos del comportamiento del niño y que ninguno de los dos puede ser minusvalorado (Fendrich, Weissman y Warner, 1991). Posteriormente, Duhig, Renk, Epstein y Phares (2000) realizaron un meta-análisis de 60 artículos. Se centraron en el acuerdo entre progenitores, en particular en las correspondencias (correlaciones entre informantes) y en las discrepancias (nivel de problemas definidos por las puntuaciones). Encontraron correlaciones moderadas entre padres y madres en la evaluación de conductas internalizantes y mayores grados de acuerdo en la evaluación de problemas externalizantes. A pesar de la falta de acuerdo ambos padres tendían a informar de niveles similares de problemas.

El grado de acuerdo entre bajo y moderado entre múltiples informantes ha llevado a clínicos e investigadores a concluir que la información que aporta cada fuente no es intercambiable por otra (Stanger y Lewis, 1993) y que cada informante aporta una única contribución, que se añade a la fiabilidad de la evaluación clínica (Grietens et al., 2004). Inicialmente las diferencias entre diversos informantes se interpretaban como un reflejo de la baja fiabilidad de los procedimientos de medida (Achenbach et al., 1987). Esta afirmación ignoraba el hecho que los patrones de comportamiento del niño pueden variar en ambientes y contextos diferentes (Achenbach et al., 1987; Fergusson y Horwood, 1993; Kazdin, 1979; Verhulst et al., 1989). Actualmente, los investigadores aceptan que las diferencias entre múltiples informantes reflejan: (1) el impacto real de la interacción específica en la conducta del niño, (2) la especificidad real de la conducta, y (3) las distorsiones en la percepción individual (Verhulst et al., 1989). Además, es necesario separar el aspecto de la fiabilidad del aspecto del acuerdo (Achenbach et al., 1987; Verhulst et al., 1989). Por otro lado, todavía existen preguntas sobre las razones de las discrepancias entre las valoraciones que diversos informantes tienen de un mismo sujeto (Verhulst et al., 1989). En general, los hallazgos muchas veces son difíciles de comparar, debido a que los estudios difieren en función del número de

participantes, los comportamientos objeto de estudio, las características de los informantes, los instrumentos, los procedimientos y los análisis estadísticos.

En primer lugar, los estudios difieren en referencia a los informantes implicados en la evaluación. Padres y profesores son las fuentes de información más utilizadas. Los informes de los padres han sido utilizados más frecuentemente debido a que éstos conocen mejor el comportamiento de sus hijos a lo largo del tiempo y las situaciones, y a la facilidad para acceder a ellos. Los profesores constituyen otra fuente importante de datos debido a que pueden observar al niño o adolescente en las interacciones sociales con sus compañeros, además de aportar información sobre su funcionamiento académico.

Los resultados encontrados son consistentes en que los padres, y particularmente las madres, tienden a identificar más problemas que los profesionales, profesores o cuidadores. Las madres tienden a percibir de forma más precisa las conductas internalizantes en comparación con otros informantes; las madres y los profesores son más precisos al identificar conductas externalizantes y madres, padres y profesores identifican mejor los problemas de adaptación del niño o adolescente (Grietens et al., 2004).

En referencia a las diferencias entre los padres como informantes, Fendrich et al. (1991) encontraron que los padres eran informadores más fiables que los hijos, en un estudio longitudinal en el que evaluaron mediante una entrevista a 220 niños y adolescentes, que provenían de 91 familias, de edades comprendidas entre los 6 y los 23 años. A pesar de este hecho, destacan que si sólo se hubiera tenido en cuenta el informe de los padres, un 25% de los niños evaluados no habría sido diagnosticado, ni hubiera recibido tratamiento. A raíz de estos resultados, Fendrich et al. (1991) consideran que aunque el uso de los padres como informantes puede ser positivo en lo que refiere a la fiabilidad, es necesario tener información del propio sujeto para obtener un diagnóstico adecuado. En este estudio, se entiende que padres e hijos hacen diferentes contribuciones al diagnóstico y que ambos influyen con sus aportaciones a la validez del proceso de evaluación. La evidencia de estos resultados lleva a afirmar que el obtener información de ambas fuentes aporta una visión completa del cuadro psicopatológico infantil.

Otros autores también han estudiado el problema del grado de acuerdo entre padres e hijos en la evaluación de un trastorno psicológico (Kashani et al., 1985).

Weissman, Orvaschel y Padian (1980) encontraron bajo grado de acuerdo entre las respuestas de niños y padres sobre los síntomas de los niños. En otro estudio, Orvaschel, Weissman, Padian y Lowe (1981) encontraron que los padres eran mejores informantes que sus hijos al dar información relacionada con el tiempo, como es la historia del tratamiento o la duración e inicio del trastorno, pero los hijos eran mejores informantes de sus estados emocionales tales como miedos, cambios de humor y sentimientos de culpa. Herjanic y Reich (1982) encontraron que al informar de cuestiones concretas y comportamientos observables, el acuerdo entre las respuestas de padres e hijos era elevado. Kazdin, French, Unis y Esvelt-Dawson (1983) evaluaron a 104 niños de entre 5 y 13 años en un contexto clínico y a sus padres. Cuando se evaluó el acuerdo entre padres y madres éste era elevado, pero el grado de acuerdo entre padres e hijos era pobre. Kazdin et al. (1983) sugieren que niños y padres enfatizan diferentes aspectos del trastorno y que ambos son parcialmente precisos. Además, sugieren que la correspondencia entre las fuentes podía variar en función de la sintomatología paterna o materna existente y de la psicopatología del sujeto evaluado.

En la misma línea, Kashani et al. (1985) recogieron información sobre la sintomatología presente en hijos de padres con sintomatología depresiva. Padres e hijos mostraron un bajo grado de acuerdo. Los hijos informaban con más frecuencia de sintomatología internalizante (depresión y ansiedad) que sus padres y éstos, a su vez, informaban más de síntomas externalizantes (desatención y oposicionismo) que sus hijos. No se encontró que los padres informaran de la presencia de más psicopatología en sus hijos, aunque los niños diagnosticados con depresión eran vistos por sus padres como desatentos y oposicionistas.

En general, se puede concluir que padres e hijos tienen diferentes áreas de preocupación y las reflejan al ser evaluados, así como que utilizan diferentes criterios para determinar cuando un comportamiento o conducta debe ser mencionado como problemático.

Otros informantes importantes en la identificación de la sintomatología depresiva son los profesores. La información que proviene de la escuela y, más concretamente, de los tutores y profesores de niños y adolescentes con trastornos del estado de ánimo, es muy útil en la identificación temprana y en el inicio del tratamiento (Bower, 1981; Edelbrock y Achenbach, 1984). La habilidad de los profesores para discriminar entre la presencia y la ausencia de sintomatología

depresiva se ha analizado en diversos estudios mediante el estudio del grado de acuerdo entre informantes. Diversos estudios (Achenbach et al., 1987; Stanger et al., 1993) han indicado que el grado de acuerdo entre padres y profesores varía en función de la sintomatología presente en el evaluado y, en general, el acuerdo es mayor para los problemas externalizantes que para los internalizantes. También se ha encontrado un pobre grado de acuerdo entre profesores y estudiantes, con valores medios de 0,20 a 0,44 (Achenbach et al., 1987). Deng, Lu y Roosa (2004) evaluaron un grupo de 2.836 parejas de padres y profesores de niños entre 6 y 11 años con el CBCL (Achenbach, 1991a) y el TRF (Achenbach, 1991b) y encontraron un grado de acuerdo bajo entre estos informantes (entre 0,12 y 0,36). Ines y Sacco (1992), evaluaron 31 profesores de 418 alumnos de 4º, 5º y 6º de Primaria y encontraron grados de acuerdo moderados, con un valor de 0,44, entre las puntuaciones del CDI contestado por los profesores y las del CDI contestado por los propios alumnos. En población española, Jané, Araneda, Valero y Domènech (2000) encontraron bajas concordancias entre padres y profesores ante la presencia de síntomas depresivos y alta ante la no presencia del síntoma, al evaluar un grupo de 998 niños de edad preescolar (3 a 6 años). Kazdin, Esveldt-Dawson y Loar (1983), que observaron correlaciones moderadas entre profesores y observadores externos en un grupo de 32 pacientes con diversos diagnósticos, plantearon las siguientes hipótesis como explicación de las diferencias entre informantes: 1) profesores y observadores externos se diferencian en las oportunidades para observar la conducta de los pacientes a evaluar; 2) las diversas maneras de comportarse de un individuo pueden ser evaluadas de forma diferencial por diferentes informantes; y, 3) la comparación entre la información que aportan los diferentes métodos de evaluación (como cuestionarios o entrevistas) da lugar a un bajo grado de acuerdo.

Una tercera fuente de información son los compañeros o amigos del evaluado. Los datos que provienen de este tipo de informantes sugieren que los compañeros son sensibles al aislamiento social; además, esta información converge con la aportada por otros informantes (Hoier y Kerr, 1988). En último lugar, otra fuente de información es la observación. Este tipo de evaluación permite la identificación de conductas que pueden ser vulnerables o específicas del trastorno depresivo, como el aislamiento social, la irritabilidad, el abandono de tareas y expresiones de tristeza, placer o fatiga (Hoier y Kerr, 1988).

Además de los informantes, existen otras variables que afectan al grado de acuerdo. En primer lugar, los diferentes tipos de sintomatología evaluada; en segundo lugar, la edad y el sexo de los evaluados; y, en tercer lugar, las características de los informantes, como es la psicopatología de los padres.

En referencia a la sintomatología a evaluar, Achenbach et al. (1987), informan, tal y como se ha comentado anteriormente, que el grado de acuerdo tiende a ser mayor para los problemas externalizantes que para los internalizantes, siendo las madres las que informan de más problemas internalizantes en sus hijos y ambos padres los que identifican mayor número de conductas de internalización, en comparación con los profesores. Kazdin (1995), indica que los niños informan con mayor frecuencia que sus padres de síntomas internalizantes como la ansiedad, las quejas somáticas y las ideaciones suicidas (síntomas depresivos), así como, alucinaciones visuales y auditivas e ideas delirantes. Los padres, a su vez, son mejores en aportar información sobre comportamientos externalizantes, aunque niños y adolescentes, en algunos aspectos como las conductas delincuentes o las drogas, suelen informar de más síntomas externalizantes que sus padres. La inaccesibilidad de esta información a los padres puede contribuir al hecho de no aportar información sobre éstas. En general, el grado de acuerdo entre informantes tiende a ser mejor para síntomas externalizantes (Jensen, Traylor, Xenakis y Davis, 1988; Kolko y Kazdin, 1993).

En segundo lugar, dadas las diferencias de desarrollo cognitivo, la edad sería un factor importante a tener en cuenta en el estudio del grado de acuerdo entre informantes. Los niños más jóvenes tienden a reflejar en menor medida su comportamiento verbalmente, entienden menos el significado de la evaluación psicológica diagnóstica, y disciernen con mayores dificultades sus dificultades o problemas. A medida que van creciendo, estos aspectos se van pareciendo más a los de la edad adulta. Los resultados de los estudios que han investigado la influencia de la edad en el grado de acuerdo entre informantes han encontrado resultados inconsistentes: mientras que diversos estudios informan del hecho de que a menor edad de los niños, mayor es el grado de acuerdo (Achenbach et al., 1987; Barrett, Berney, Bhate, Famuyiwa, Funfudis, Kolvin et al., 1991; Kazdin, French y Unis, 1983; Duhig et al., 2000), otro grupo de investigaciones no han encontrado diferencias significativas en el grado de acuerdo en función de la edad del niño o adolescente (McConaughy, Stanger y Achenbach, 1992; Kolko et al., 1993), y, otros han encontrado

que a mayor edad del sujeto mayor es el acuerdo con los adultos al informar sobre sintomatología depresiva (Renouf y Kovacs, 1994).

En lo referente al sexo, los resultados son contradictorios. Achenbach et al. (1987) no encontraron que el sexo afectara a las evaluaciones de diversos informantes. Tampoco se encontró este efecto en el estudio de Antrop, Roeyers, Oosterlaan y Van Oost (2002). Por otro lado, Swenson y Rose (2003), encontraron que el grado de acuerdo, cuando los informantes eran los amigos, era mayor para las chicas. Barrett et al. (1991) encontraron que el grado de acuerdo era mayor entre madres e hijas en aquellos síntomas depresivos de los cuales las chicas hablaban o compartían con sus madres.

Otro aspecto estudiado ha sido la influencia de las características familiares y parentales en el grado de acuerdo entre padres e hijos, debido a que se ha visto que los síntomas parentales, el estrés y el desacuerdo matrimonial muchas veces influyen en los informes de los padres (Kazdin, 1994). La característica de los padres más estudiada en las investigaciones sobre el grado de acuerdo y la identificación de problemas es la depresión materna. Diversos estudios apoyan la hipótesis de la depresión-distorsión, que indica que a mayor sintomatología depresiva, las madres muestran un mayor número de conductas negativas hacia sus hijos y sobreidentifican problemas de comportamiento en éstos (Chilcoat y Breslau, 1997; Fitzmaurice, Laird, Zanner y Daskalakis, 1995; Richters, 1992; Richters y Pellegrini, 1989). Sobre la influencia de los trastornos psicológicos de los padres en la evaluación de sus hijos se conoce menos (Phares, 1997). Youngstrom, Loeber, Stouthamer-Loeber (2000) demostraron que tanto la depresión materna como la paterna correlacionan con mayor desacuerdo con otros informantes. Hay, Pawlby, Sharp, Schmücker, Mills, Allen et al. (1999) encontraron que las evaluaciones de las madres estaban afectadas por su propio estado mental y por la visión que tenían de su matrimonio, mientras que las evaluaciones de los padres estaban asociadas de forma primaria a las habilidades cognitivas de su hijo.

1.6.4. Modelos de evaluación de la depresión infantil

En general, el bajo grado de acuerdo encontrado entre diferentes informantes en la evaluación de los problemas de los niños y adolescentes ha propiciado la búsqueda de reglas para combinar los resultados. Las reglas se han creado para tener modelos

fiables que ayuden a integrar la información que proviene de padres, profesores y sujeto, y a optimizar el proceso diagnóstico. Actualmente está ampliamente aceptado por epidemiólogos y clínicos que los informes de diversos informantes son necesarios para estudiar los problemas de niños y adolescentes (Grietens et al., 2004). De esta forma se obtiene una visión más amplia, comprensiva, válida y fiable de los problemas de niños y adolescentes, y se reduce el error de la fuente de información y del contexto evaluador. Aunque se debe tener presente que la evaluación por parte de múltiples informantes, en diferentes contextos, puede incrementar la varianza del error, ya que no existe una norma para integrar los hallazgos contradictorios con éxito (Grietens et al., 2004). Diversos autores han creado modelos para integrar la información que proviene de diversos informantes.

Van der Ende (1999) revisó diversos modelos y extrajo dos ideas básicas. En primer lugar, está claro que cada informante aporta una visión única a la evaluación. Esta idea se asocia al sistema de Achenbach de evaluación multiaxial (*Achenbach System of Empirically Based Assessment*, Achenbach y Rescorla, 2000, 2001) o el *Behavior Assessment System for Children* (Reynolds y Kamphaus, 1992, 2002), así como a las aplicaciones que se derivan de estos modelos. La segunda idea es que sería necesario que los modelos especificaran las reglas sobre como integrar la información de forma clara y menos ambigua. Piacentini, Cohen y Cohen (1992) indican que una norma general sería que el problema de comportamiento se cuente como presente sólo si el informante lo puntúa en un cuestionario. Routh (1990) sugiere formular normas específicas cuando se clasifican los problemas de comportamiento del sujeto, mientras que Offord, Boyle, Racine, Szatmari, Fleming, Sandford, et al. (1996) indican que integrar las informaciones de diferentes fuentes y contextos es una pérdida de tiempo y que los modelos basados en la asunción de que cada informante aporta una visión única a la evaluación es lo más fiable. A pesar de la existencia de diversos modelos, hay poco consenso sobre cuál es la mejor manera de combinar la información de diferentes informantes (Van der Ende, 1999), o sobre cómo formular líneas y propuestas de investigación en este campo.

Uno de los modelos que ha estudiado el procedimiento de evaluación de la depresión es el de Reynolds (1986), eje central de este estudio. Este sistema de evaluación se basa en el método de "pasos sucesivos" (Forns, 1993) que pretende la asignación de un sujeto a un grupo, en este caso depresivo, después de haberlo

analizado detenidamente, en distintos momentos y con diferentes instrumentos. Este sistema se muestra eficaz en la evaluación infantil y adolescente, por su sensibilidad a la problemática educativa, por su detallado análisis de diversas variables, y por prevenir inadaptaciones temporales (Forns, 1993). Su objetivo diagnóstico es seleccionar con precisión a los verdaderos positivos en relación con el problema analizado, en este caso la sintomatología depresiva, con la finalidad de poder derivarlos a tratamiento. Los diversos estadios en que se basa el modelo de Reynolds (1986) permiten descartar aquellos casos que aunque han sido remitidos a consulta no presentan la patología supuesta. Además, este procedimiento, basado en datos empíricos, permite mejorar los diagnósticos clínicos, ya que incluye el contraste de datos proporcionados por múltiples informantes, de modo que la información recogida sea lo más objetiva posible, y característica del comportamiento de niños y adolescentes en diferentes ambientes (Forns, 1993).

El procedimiento que presenta Reynolds (1986) es un modelo multiestadio para la detección de sintomatología depresiva en niños y adolescentes en el contexto escolar a partir de los 10 años. El modelo consiste en la selección progresiva de aquellos participantes que puntúan, de forma reiterada, en diversas técnicas y momentos distintos, en la dirección de la patología. Éste se fundamenta en tres estadios: el primero de ellos consiste en una evaluación colectiva con medidas de autoinforme de sintomatología depresiva; la segunda fase, de retest, se realiza entre 2 y 6 semanas más tarde que la anterior, y consiste en la administración de los mismos instrumentos a todos los participantes de la primera fase. Este segundo estadio pretende poder distinguir entre aquellos niños y adolescentes que experimentan alteraciones del estado de ánimo transitorias, de aquellos que padecen niveles clínicos de sintomatología depresiva. Según Hughes (1988), entre un 18% y un 20% de niños y adolescentes superan el punto de corte en la primera fase; en cambio, en la segunda fase, el porcentaje se reduce a una cuarta parte (entre un 25% y un 30% de los evaluados en esta fase, que representan entre un 4,5% y un 5% de la población inicial). Este resultado es consistente con los resultados encontrados que indican que los sujetos tienden a obtener puntuaciones inferiores en la segunda administración de los instrumentos que evalúan sintomatología depresiva (Reynolds, 1986). Este modelo identifica aproximadamente entre un 12% y un 15% de población escolar con síntomas depresivos, entre los dos primeros estadios. El tercer estadio supone una evaluación individualizada de aquellos niños y adolescentes que han superado el punto de corte

en las dos fases anteriores, en la que Reynolds (1986) recomienda realizar la evaluación mediante una entrevista clínica. En esta última fase del estudio sólo entre el 20% y un 40% de los evaluados no son identificados como depresivos. Además, el modelo propuesto por Reynolds (1986) puede ser complementado con información proveniente de los padres, mediante escalas de heteroinforme o entrevistas clínicas.

En resumen, la aplicación de los tres pasos del modelo implica la identificación de aproximadamente entre un 7% y un 12% de población comunitaria con niveles clínicos de depresión. A pesar de estos datos, Reynolds (1986) hace constar que este modelo no está dirigido a realizar un diagnóstico formal de depresión, sino a identificar a niños y adolescentes con sintomatología depresiva que requieren algún tipo de intervención.