

*La depresión infantil: Entre la ambigüedad conceptual y la definición clínica**

Pedro J. MESA CID

Universidad de Sevilla

El interés por el estudio de la depresión infantil desde diversas perspectivas de la psicología clínica ha crecido espectacularmente en los últimos años. Buena prueba de ello es el número cada vez mayor de publicaciones y reuniones científicas que vienen tratando sobre el tema, tanto en España como en otros países. Pero al mismo tiempo, la depresión infantil ha sido uno de los capítulos de la psicopatología que más controversias ha despertado entre las distintas escuelas. De hecho, el tan deseado acuerdo sobre cuál es su adecuado marco conceptual y qué criterios deben ser aplicados para su diagnóstico aún no se ha logrado totalmente. En este artículo se analiza, aunque de manera limitada, dicha problemática. Por otra parte, y dado que actualmente existen varios equipos universitarios de investigación trabajando en nuestro país prioritariamente en este campo, (entre ellos, en la Universidad de Sevilla, el formado por el autor de este trabajo y por el profesor Párraga) cabe esperar que en un futuro no muy lejano dispongamos de nuevos datos que ayuden a esclarecer ciertos interrogantes aún no despejados que plantean dichos trastornos.

Tradicionalmente, la existencia de trastornos depresivos en las edades prepuberales ha sido objeto de polémica. En contraste con los cuestionamientos a que da lugar la conceptualización de la depresión en la infancia, la mayor parte de los autores está de acuerdo en admitir sin mayores reparos su existencia en la adolescencia (Rutter, 1976). Curiosamente, esto es una paradoja, como opinan Puig-Antich y Gittelman (1985), ya que sabemos realmente muy poco de los desórdenes afectivos en adolescentes. A excepción de algunos estudios descriptivos de la depresión bipolar en adolescentes (Carlson y Strober, 1978), carecemos de datos abundantes y fiables para evaluar con un mayor rigor la naturaleza de la depresión en estas edades.

Por otra parte, la idea de que la depresión se manifiesta de forma diferente en la infancia, en la adolescencia y en la edad adulta no carece totalmente de sentido, pero dicho planteamiento ha generado a la larga más confusión de lo que cabía esperar. A esto debe sumarse la equivocidad que tiene actualmente el concepto de depresión, que llega a designar tantas y tan variadas alteraciones que incluso estamos cada vez más autorizados a hablar de *depresiones*, en plural, que sobre *la depresión*. (Polaino-Lorente, 1984).

En realidad, y a pesar de los intentos de la OMS (1978) por aglutinar a las depresiones infantiles en un nuevo marco conceptual (alteraciones emocionales específicas en niños y adolescentes con sufrimiento e infelicidad) y del DSM-III (1980) equiparando sus criterios de diagnóstico con los de las depresiones del adolescente y del adulto, cabe afirmar que el concepto de

depresión infantil aún no se halla totalmente libre de ser definido con cierta ambigüedad; aunque, como se mostrará más adelante, dicha situación ha mejorado notablemente en los últimos años, gracias, sobre todo, al establecimiento de unos criterios operativos de diagnóstico y al perfeccionamiento de las pruebas evaluativas.

1. Breve aproximación histórica al problema. Las hipótesis de R. Spitz y la etapa de los modelos experimentales

En las décadas de los cuarenta y cincuenta el concepto de depresión infantil se planteó desde dos perspectivas radicalmente distintas y opuestas. Así, mientras Spitz (1945, 1946) aplica el concepto de *hospitalismo* -acuñado por Pfaundler en 1915- para describir el comportamiento anómalo (de carácter depresivoide) de lactantes separados de sus madres *antes de los seis meses de edad* para ser ingresados en un hospital, y el de *depresión anaclítica* para definir un cuadro clínico semejante al anterior, pero menos grave, observado en niños *mayores de seis meses* tras ser separados brutalmente de sus madres y situados en un medio desfavorable después de haber desarrollado un vínculo afectivo normal con ellas, Rochlin (1959) y posteriormente Beres (1966), negaban categóricamente la existencia de conductas depresivas en niños pequeños.

Dichos autores basaban su punto de vista en el clásico postulado psicoanalítico que afirma: antes de la formación del superyo, la agresión no puede estar dirigida contra el propio sujeto; dado que ésta es una condi-

* El autor agradece a los profesores A. Polaino-Lorente, E. Domenech y A. Blanco su inestimable asesoramiento durante la elaboración de este artículo.

ción *sine qua non* de la depresión, los niños pequeños no pueden estar deprimidos.

El estado actual en la investigación en psicología evolutiva y psicopatología infantil permite rechazar de plano los planteamientos de Rochlin y Beres. El tiempo, y los estudios controlados con rigor, vinieron a darle la razón, con las precisiones correspondientes, a Spitz: clínicamente, la depresión en niños pequeños es un hecho incuestionable hoy día. Los bebés sometidos a las circunstancias anteriormente apuntadas o similares caen, tras una etapa de enérgicas protestas, en un estado de tristeza, retraimiento y apatía, al tiempo que suelen manifestar una gran variedad de síntomas somáticos, desde cólicos abdominales y diarreas hasta retrasos en la locución y control de esfínteres, pasando por trastornos del sueño, del apetito, etc.

Las hipótesis y observaciones de Spitz, que alzapirman el polo timocentrista de la cuestión, han sufrido posteriormente rectificaciones importantes, lo cual no merma en absoluto su valor científico original. Así, su concepto de *hospitalismo*, que él consideraba como gravísimo e irreversible casi siempre, además de que hoy día es raramente observable, tiene un pronóstico mucho más favorable (Paperny, Hicks y Hammer, 1980).

Sin embargo, le corresponde el mérito de haber iniciado una línea de investigación que, posteriormente, se ha revelado muy fructífera (en honor a la verdad, fueron sus trabajos y no los de Freud -*Inhibición, Síntomas y Ansiedad*, 1925- ni los de Burlingham y Freud, 1942, sobre la importancia que tenía la separación del niño de su madre y sus efectos en la conducta del niño, los que potenciaron una auténtica avalancha de estudios sobre el tema).

En este sentido, cabe citar los trabajos de Engel y Reichmann (1956), Robertson y Bowlby (1952) y Bowlby (1960, 1973, 1980), entre otros. Todos ellos, *mutatis mutandis*, han confirmado, rectificado y ampliado parcialmente sus hipótesis, aunque, por ejemplo, se haya reconocido que el desapego (verdadero caballo de batalla de su teoría) no es un paso invariante en la secuencia de la depresión anaclítica (Bowlby, 1980), y que más recientemente Seligman (1983) haya señalado que seguimos sin conocer la base real para la aparición del desapego.

En los años sesenta se incrementan los estudios conducentes a la elaboración de un modelo animal de depresión anaclítica, lo cual se logra por vez primera con el trabajo de Seay, Hansen y Harlow (1962); (véase Polaino-Lorente, 1984, para revisión).

Desde entonces, los estudios para lograr modelos análogos de depresión anaclítica se han refinado y sofisticado extraordinariamente (véase Polaino-Lorente, 1984), hasta el punto de poder afirmar que actualmente dichos modelos son útiles y operativos, sobre todo porque proporcionan al investigador un material no humano para ensayar nuevas terapias físicas y/o conductuales que deben probarse antes de introducirlas en la clínica (véase Suomi y Harlow, 1983; McKinney y Moran, 1985, para revisión).

Con todo, la depresión anaclítica en niños no está totalmente libre de problemas de moldeamiento (Akis-

kal y McKinney, 1974), ya que hoy sabemos que no es una consecuencia inevitable de la separación de la madre; que la reunión con la madre no siempre produce el inmediato regreso a la conducta anterior a la separación; y que aún existe desacuerdo sobre si la depresión anaclítica es representativa, de algún modo, de las depresiones del adulto (Seligman, 1983).

En cualquier caso, esta etapa de la investigación sobre la existencia de depresiones en niños pequeños, sirvió indudablemente para fortalecer y clarificar en gran medida la posición conceptual de dicho trastorno, esto es, para restarle por vez primera su tradicional ambigüedad¹.

La depresión infantil, incluso la observada en el primer año de vida, es una realidad clínica. Podría discutirse, en todo caso, si dichas conductas deben calificarse como depresión, *sensu stricto*, como reacción de pesar a la privación de contacto con la madre o como ansiedad de separación. Pero esta controversia podría reducirse a un mero problema semántico, sin que afectara gravemente a la esencia del concepto.

2. Discusión en torno a los criterios diagnósticos

A partir de los años setenta, el interés de los investigadores se centra en la búsqueda de sólidos criterios diagnósticos para la depresión infantil, objetivo que se consigue tras una larga serie de propuestas criteriosales y con el perfeccionamiento de los sistemas objetivos de evaluación, como se verá más adelante.

La discusión se inicia cuando Poznanski y cols. (1970) informan que los síntomas depresivos son muy raros en los niños comprendidos entre los doce meses y los cuatro años. Abundando en ello, Anthony y Benedek (1975) han atribuido la escasez de casos registrados en esta edad a la incapacidad del niño para expresar con palabras cómo se siente. La tarea en este sentido no es nada fácil, por cuanto el clínico debe basarse en los gestos y actitudes motrices del niño para determinar si éste padece depresión. Esta incapacidad verbal conduce, en ocasiones, a que los clínicos perciban equivocadamente al niño como deprimido, estableciéndose así un diagnóstico erróneo en función de la atribución de emociones propias del adulto sobre el niño. Por otra parte, la natural hiperactividad motriz de muchos niños hace que la tarea del diagnóstico en dichos casos se complique bastante.

El problema se hace más complejo desde que Mahler (1967), informa, de acuerdo con las posteriores observaciones de Poznanski, no haber observado síntomas depresivos frecuentes en la primera infancia, pero sí determinadas actitudes que parecen indicar una *predisposición a la depresión en épocas posteriores*. El tema ha sido retomado recientemente por Birlson (1981), Agüero y cols. (1984), Benjumea (1982) y Polaino-Lorente (1984).

Hasta ahora, los datos coinciden en señalar: 1) que durante esta primera etapa del desarrollo, rara vez se observan síntomas y comportamientos depresivos; 2) que, desde una perspectiva evaluativa, la tendencia es a descalificar el concepto de personalidad pre-depresiva,

¹ Véase Castells Cuixart (1985), para la revisión del concepto de depresión infantil en el sigloXIX (Moreau de Tours, West, Ebbinghaus), durante el período 1850-1890.

sustituyéndolo por el de *rasgos de personalidad en la depresión*; y 3) que hasta que no se utilicen sistemáticamente grupos controles que posibiliten comparar los puntajes ofrecidos por los cuestionarios pasados a deprimidos, continuaremos sin saber si nos hallamos ante una personalidad *causa* de la depresión o, por el contrario, *resultado* de la misma.

En contraste con los estudios realizados en las edades señaladas, Poznanski y cols. (1979, 1983, 1984), Cytryn y McKnew (1972), Weinberg (1973), McConville y cols. (1973), McKnew y Cytryn (1979) y Cytryn, McKnew y Bunney (1980), entre otros, comunican haber observado episodios depresivos más semejantes a los del adulto en niños comprendidos entre los seis y los doce años, caracterizados, a diferencia de aquéllos, por una menor consistencia y estabilidad en su evolución.

En el pasado, hubo ocasionales registros de casos de este tipo (Bierman y col., 1961) que los consideraban como rarezas clínicas o casos mal diagnosticados. Dichos registros presentaban series más o menos numerosas de niños con síntomas aparentemente depresivos, si bien los criterios diagnósticos utilizados por los diferentes investigadores no eran igualmente rigurosos.

Previamente a dichos trabajos, la literatura publicada sobre el tema inundó las revistas de artículos sobre casos de niños que padecían cuadros depresivos, desde el momento en que Sperling (1959) y Toolan (1962) propusieron el concepto de *equivalentes depresivos o depresión enmascarada* con la intención de allanar de una vez para siempre la discusión sobre la presunta existencia de depresiones en la infancia.

Los resultados, en poco tiempo, evidenciaron que había sido peor el remedio que la enfermedad. La idea de que los niños expresan su depresión mediante comportamientos específicos de su edad pero *equivalentes* al trastorno, dificultó enormemente la tarea conducente a una evaluación correcta de la incidencia real de depresión infantil, puesto que la «moda» de los equivalentes provocó que un elevadísimo número de síntomas clínicos y conductas desajustadas fueran diagnosticadas como *formas de desequilibrios afectivos infantiles*.

Si ya resultaba ambigua la posición conceptual de la depresión infantil, mucho más confusa e imprecisa resulta la de *equivalente depresivo*. Dicho concepto no diferencia entre abatimiento o afecto depresivo y el propio síndrome de depresión. Es más, no es necesario presuponer un desorden depresivo subyacente para explicar los trastornos conductuales infantiles; es posible encontrar interpretaciones clínicas alternativas a los *equivalentes depresivos* sin que las mismas aludan a la idea de un estado de ánimo patológico primario, (Puig-Antich y Gittelman, 1985).

Sustentar hoy la opinión de que los niños encuentran graves dificultades para modificar y superar sus estados de tristeza o angustia, estableciéndose así con relativa facilidad un estado depresivo, resulta poco menos que imposible. Los que así piensan, olvidan sin duda el concepto de *plasticidad* en la infancia y parecen adscribirse a una línea excesivamente determinista. La observación cuidadosa de las conductas infantiles ofrece la evidencia de la gran facilidad que poseen la mayoría de los niños para desviar sus pensamientos y actividades desde una situación displacentera hacia otras más agradables. El niño no puede tolerar por mucho tiempo sentimientos e

ideas de tristeza o angustia y, en función de la flexibilidad cognitiva y comportamental que existe a esas edades, se ve capacitado para defenderse con éxito de tales situaciones y vivencias mediante variadas estrategias.

Annell (1971), opina que los niños no soportan sentirse deprimidos por mucho tiempo y buscan activamente la manera de evadirse de la depresión. Según argumenta, la no orientación hacia el futuro y el encuadramiento en el «aquí» y «ahora» propio de los niños, hacen que la instauración de una depresión duradera y estable sea, en ellos, un hecho bastante raro, por no decir improbable.

Entre los presuntos equivalentes se han mencionado las actitudes hipomaniacas, la hiperactividad, ciertos síntomas somáticos y, en un momento superior del desarrollo como es la adolescencia, la delincuencia (García-Villamisar y Polaino-Lorente, 1985).

Ahora bien, ¿son estas actitudes equivalentes depresivos o intentos de adaptación para superar una situación desagradable? Al parecer, la segunda hipótesis es mucho más plausible. Desde luego, la evidencia clínica confirma la aparición de *episodios depresivos poco persistentes* más que *estados depresivos estables*. Cabe admitir, por supuesto, que el niño sienta tristeza si se le obliga a hacer frente a una situación desagradable, tal como es en realidad; pero, librado a sus propios recursos, puede encontrar el modo de negarla utilizandó defensas para evitar el doloroso enfrentamiento, deteniendo así los elementos cognitivos que dan lugar a las vivencias depresivas. Conners (1976) y McConville (1973), también han subrayado con énfasis la transitoriedad de los síntomas depresivos en los niños que tuvieron ocasión de estudiar. La base de sus argumentaciones es el factor *etapa del desarrollo* en que se encuentra el niño en el momento de la exploración, que parece arrojar bastante luz sobre los síntomas y conductas estudiadas en cada caso.

El trabajo de McConville se basó en una muestra de 75 niños que presentaban conductas depresivas, sujetos a un seguimiento de tres años. El análisis del binomio *sinomatología depresiva-etapa del desarrollo*, permitió diferenciar, al menos, tres tipos de síndromes: *afectivo* (entre 6 y 8 años); *de auto-estima negativa* (entre 8 y 10 años); y *de culpa* (entre 10 y 12 años).

De lo anterior se deduce que la verificación de la hipótesis de la transitoriedad de las conductas depresivas sólo es posible si los investigadores tienen en cuenta algunos elementos importantes; como el momento en que el niño es explorado, y no basar nunca el diagnóstico en un solo examen (es fundamental el seguimiento de los casos, siguiendo el ejemplo de McConville). Así, sería más fácil constatar si el estado disfórico es constante o sólo transitorio.

A todo esto cabe añadir que muchos niños o adolescentes suelen avergonzarse de demostrar tristeza o depresión y disimulan estas emociones con una falsa jovialidad. Del mismo modo, hay pautas culturales que justifican los estallidos agresivos y en cambio ridiculizan las exteriorizaciones de desesperación, lo cual hace que el niño se incline por aquél tipo de actitud.

Por lo que se refiere a la cuestión de la concordancia en criterios diagnósticos, cabe señalar, como dato introductorio a esta discusión, que las estadísticas comparadas arrojan cifras tan diversas que resultan difícilmente conciliables. Los porcentajes varían desde el 1,8 al 25%

del total de las muestras (véase Anell, 1971; Castells Cuixart, 1983, 1985).

De acuerdo con Anell (1971) y Polaino-Lorente (1983), esta disparidad no puede achacarse en ningún modo a la capacidad profesional de los especialistas, sino a las presuntas discrepancias conceptuales que éstos mantienen acerca de qué sea la depresión. De hecho, no hay más que comparar las clasificaciones al uso para comprobar cómo los puntos de vista conceptuales son muy diferentes. Como consecuencia de esto, las técnicas evaluativas y las metodologías empleadas son también muy diversas. Y, en último término, siempre, al elaborar una clasificación, cada autor parte de un esquema hipotético, esto es, de un modelo de depresión que, en más ocasiones de las que serían deseables, no es comprobado con el rigor necesario.

En este sentido, el panorama ha mejorado notablemente en los últimos diez años. Las propuestas de clasificación sintomatológica gozando de un merecido reconocimiento en comparación con las que se elaboraban hacia la década de los sesenta. Esto se debe, sin duda, al apoyo que brindan a los planteamientos teóricos la utilización de criterios más rigurosos para la evaluación de las conductas depresivas en la infancia, como son los sistemas objetivos de medida y el seguimiento de los casos, costumbre esta cada día más extendida, por fortuna, entre los investigadores.

Un ejemplo bastante claro de la disparidad de criterios a la que nos referimos, consiste en comparar las propuestas clasificatorias de Sandler y Joffe (1965) y Weinberg (1973), para mostrar cómo los primeros, que realizaron su esquema a partir de un estudio teórico, obtuvieron una clasificación muy diferente a la del segundo (véase cuadro 1). Debe advertirse que Weinberg fue el primero en usar criterios de diagnóstico para la depresión infantil, derivados un tanto libremente de los criterios de Feighner para la depresión en adultos (Feighner y col., 1972).

Una detenida lectura de esta tabla comparativa evidencia no sólo las posibles diferencias conceptuales y diagnósticas de estos autores, sino también algo no menos importante: las diferencias terminológicas.

Terciando en la cuestión, Poznanski (1979) parece chocar tanto con Sandler como Weinberg en los criterios de inclusión y en el porcentaje de diagnósticos que de ellos se deriva. Así, mientras Weinberg encontró 45 casos de depresión en una muestra de 72 pacientes (entre los 6 años y los 12 años y ocho meses) que cumplían sus criterios diagnósticos, Poznanski sólo halló 14 niños de las mismas edades, aproximadamente, estrictamente deprimidos, ¡entre los 1.788 de su muestra! y ello tras un seguimiento de dos años como mínimo.

Recientemente, la profesora Domenech (1986), resumía perfectamente el punto de vista empírico de Poznanski cuando afirmaba, también en base a su experiencia que *no hay que ver más depresiones que las que verdaderamente existen*².

Las cifras parecen hablar en favor de Poznanski, habida cuenta de que el propio Weinberg advierte que sus conclusiones estadísticas son, con toda probabili-

CUADRO 1

Tabla comparativa de las clasificaciones sintomatológicas de Sandler-Joffe y Weinberg, en niños deprimidos:

Sandler-Joffe	Weinberg*
1) Sentimientos de tristeza o desdicha	1) Conducta agresiva.
2) Retraimiento y falta de interés	2) Trastornos del sueño (especialmente insomnio).
3) Anhedonia.	3) Descenso del rendimiento escolar.
4) Sentimientos de carencia de amor y rechazo de los demás.	4) Escasa socialización.
5) Renuencia al consuelo.	5) Cambios en la actitud hacia el estudio.
6) Tendencia a la <i>pasividad oral</i> .	6) Síntomas somáticos.
7) Insomnio.	7) Disminución de la energía habitual.
8) Hábitos masturbatorios y otras actividades repetitivas.	8) Variaciones desacomodadas y severas en el apetito y el peso.
9) Dificultades para mantener el contacto con el terapeuta.	

* En realidad, la clasificación de Weinberg incluye 10 y no 8 síntomas, tal como queda reflejado en la tabla. De hecho, para que el niño pueda ser diagnosticado como deprimido, se debía evidenciar *abatimiento* (tristeza) e *ideas autodenigrantes*, junto por lo menos dos de los ocho síntomas consignados.

dad, «atípicas», toda vez que el grupo seleccionado era «atípico» (sic.) Al menos en el 50% de los niños de la muestra, la depresión «posiblemente» (sic) no era un desorden primario, sino secundario a problemas de aprendizaje o de conducta.

Los criterios de Weinberg son bastante inespecíficos, ya que es posible hacer un diagnóstico sin que se den la mayor parte de los indicadores del cuadro depresivo. Es más, no indicó cómo se había llegado a tales observaciones clínicas: si por medio de entrevistas con los padres, con los propios niños o con ambos, ni tampoco cuál era la fiabilidad de esas observaciones.

Por otra parte, volvemos a encontrar más diferencias que similitudes entre la sintomatología propuesta por Poznanski y las anteriores. Los síntomas que aparecen con mayor frecuencia en sus trabajos son: 1) la *imagen negativa* que los niños deprimidos tienen de sí mismos (análogas a las *ideas autodenigrantes* de Weinberg), asociada al *temor al fracaso* (expectativas negativas hacia el futuro); 2) *severa preocupación por la casi segura posibilidad de recibir un trato injusto de los demás*; 3) *sensación de inadecuación*; 4) *retraimiento* (coincidencia con Sandler-Joffe); 5) *llanto frecuente*; 6) *ansiedad*; 7) *conducta agresiva* (coincidencia con Weinberg). Cabe destacar como rasgo diferenciador más notable, la *escasa incidencia de trastornos del sueño* que Poznanski y Zrull hallaron en su estudio (de hecho, comparando la muestra con un grupo control de niños no deprimidos, encontraron que éstos padecían más trastornos del sueño que los deprimidos).

² Domenech, E. Comunicación personal.

Sintetizando los criterios usados por Poznanski (1982), Cytryn y McKnew (1972) y Kovacs y Beck (1977), pueden señalarse como síntomas relevantes y frecuentes en los niños de 5 a 12 años: la *tristeza* y la *indefensión* (como estado anímico de base), el *retraimiento*, la *disminución de la actividad*, la *frustración*, el *descenso de la capacidad de aprendizaje*, la *escasa capacidad para formar vínculos*, la *pérdida de la autoestima*, *ansiedad e insomnio*, a los que hay que añadir conductas hetero y autoagresivas y síntomas físicos.

Aguero y col. (1984) estiman en datos porcentuales -según el estudio anteriormente citado- que la *tristeza* aparece en el 87% de los casos; la *ansiedad* en el 71%; el *insomnio* en el 58%; la *disminución de la actividad* en el 44%; la *inhibición* en el 32%; los *intentos de suicidio* en el 30%; *trastornos digestivos* en el 28%; *agitación* en el 22%; *pérdida de peso* en el 18% y otros síntomas generales en el 16%.

A esto puede añadirse que, en más del 80% de las depresiones infantiles, no aparecen algunas de las características de la depresión del adulto, como el temor al futuro, retardo psicomotor y la *anorexia*. Además, el cuadro es menos persistente y resistente a cambios ambientales y la sintomatología varía significativamente en relación directa a la etapa del desarrollo en que se encuentra cada niño (McConville y col. 1973).

Por otra parte, sería conveniente incidir mucho más en la cuestión del diagnóstico diferencial, entre los cuadros depresivos y el llamado *síndrome de desmoralización* en niños con dificultades de aprendizaje y/o hiperquinéticos, que pueden desarrollar un pobre concepto de sí mismos y de su autoestima, con abatimientos y *tristeza* y en donde se plantean problemas interpersonales y de rechazo social (Aguero y col. 1984); y con el *síndrome de ansiedad de separación*, cuyas manifestaciones pueden ser primarias y venir acompañadas de una depresión secundaria o, por el contrario, existir un *síndrome depresivo* con una *ansiedad de separación* secundaria y en donde estarán presentes síntomas como el *insomnio*, el *retardo psicomotor*, los *sentimientos de culpa*, etc. (Puig-Antich y col. 1978).

Por lo que se refiere a las conductas agresivas, y especialmente a las autoagresivas, como es sabido, se encuentran claras diferencias entre los intentos y/o actos consumados de suicidio de los niños y los adultos en cuanto a la frecuencia, la distribución por sexos, efecto de los factores socioculturales, y motivaciones subyacentes.

La cantidad de casos registrados de niños y, sobre todo, adolescentes deprimidos que intentan suicidarse, según los ya clásicos datos de Seiden (1969), parecen justificar el interés por el tema, aunque se cuestione si corresponde atribuir a las actitudes autodestructivas de los niños una intención realmente suicida, (éstos carecen de una noción clara de lo que significa la muerte) y, por otra parte, si es correcto asociar suicidio y depresión infantil en todos los casos.

Aunque resulta sumamente difícil determinar con exactitud la tasa real de suicidios en niños pequeños (debido fundamentalmente a la ocultación por parte de

los padres, tanto de los intentos como de las consumaciones), Seiden obtuvo algunos resultados interesantes: el número de varones sobrepasa al de las niñas (dato en el que también coincide Shaffer, 1974) y en éstas son más frecuentes las amenazas a los amigos (dato confirmado por Mattson y col., 1969). Seiden ha logrado demostrar cómo la incidencia aumenta claramente en relación proporcional con la edad, hasta convertirse en una de las principales causas de muerte hacia el final de la adolescencia y el comienzo de la juventud, al menos en poblaciones norteamericanas.

Según los datos estadísticos obtenidos por el autor para los diferentes grupos de edad por cada 100.000 habitantes, los porcentajes se distribuyen así: entre 5 y 9 años, 0,05; entre 10 y 14 años, 0,4; entre 15 y 19 años, 4,6; entre 20 y 24 años, 10,8. Puede verse cómo las cifras mencionadas confirman que las tasas de suicidio aumentan significativamente a medida que el niño se convierte en adulto.

Por su parte, Mouren y Dugas (1982) estiman que el comportamiento suicida en estados depresivos infantiles no es frecuente (aproximadamente afecta a un 10%).

No obstante, es preciso consignar que Shaffer coincide con la línea propuesta por McConville sobre la estrecha relación entre desarrollo cognitivo y depresión, comentada anteriormente, ya que una de las conclusiones más importantes de su trabajo consiste en demostrar que, si bien el suicidio en la infancia es el producto final de muchos factores (como las alteraciones de la situación familiar, estados depresivos, un hecho precipitante, el acceso a los medios necesarios para cometer el suicidio y un contacto estrecho con conductas suicidas), destaca sobre todos la existencia necesaria de un cierto grado de *madurez cognitiva* que permita reconocer el *significado real de la muerte*, así como planear y llevar a cabo el suicidio³.

3. Hacia la concretización clínica de las depresiones infantiles: los sistemas objetivos de evaluación

En las dos últimas décadas se han incrementado notablemente los esfuerzos con el fin de superar definitivamente la ambigüedad del concepto de depresión infantil.

Las investigaciones más recientes parecen haberse desplazado del enfoque clínico descriptivo a la elaboración y perfeccionamiento de técnicas objetivas de evaluación.

Todo parece indicar que este nuevo enfoque está contribuyendo decisivamente al logro del tan deseado acuerdo sobre los criterios diagnósticos que deban utilizarse en la valoración clínica de las depresiones infantiles.

Los trabajos incluidos en este apartado se han centrado principalmente en las técnicas de entrevista y en los cuestionarios conductuales y escalas de autoinforme. A esto debe añadirse otra línea de investigación más reciente centrada en el estudio de los correlatos psicobiológicos de los trastornos depresivos severos

³ Confiamos en que el trabajo que Domenech y cols. están realizando en la actualidad sobre suicidio infantil y depresión, arroje nuevos e interesantes datos sobre esta peligrosa complicación clínica de las depresiones infantiles.

en niños (secreción de cortisol, polisomnografía, respuesta de la hormona del crecimiento a la hipoglucemia inducida mediante insulina, etc.).

En opinión de Puig-Antich (1985), -pionero en este campo- no basta la existencia de cuestionarios y criterios de diagnóstico confiables para probar la validez real de un diagnóstico particular dentro de una población específica. Por ello, es conveniente completar los datos extraídos de los cuestionarios y entrevistas con los indicadores ofrecidos por los tests de laboratorio que actualmente existen a disposición de los investigadores (Sachar y col., 1973; Carroll y col., 1976 a y b; Puig-Antich y col., 1979 a y b; Gillin y col., 1979).

Estos tests biológicos parecen probar que la depresión prepuberal es equiparable, salvando distancias, a la depresión del adulto, pero aún no hay resultados definitivos. La mayoría de las pruebas se encuentran en fase preliminar, por lo que no parece oportuno aún ofrecer resultados de las mismas (véase para revisión Puig-Antich y Gittelman, 1985).

Por lo que se refiere a las entrevistas, la tendencia general es a creer que el niño sigue siendo la fuente de información básica en todo lo que se relaciona con la explicación de los síntomas y conductas depresivas que éstos presenten.

Pese a las dificultades del niño para describir sucesos del pasado, la mayoría de los investigadores que trabajan con niños depresivos opinan que éste es quién mejor puede referirnos su estado actual e insisten mucho en la entrevista con él para evaluar la situación emotiva en el presente (Carlson y Cantwell, 1980; Cytryn y col., 1980).

Durante la pasada década se han publicado algunos estudios sobre la competencia de los niños para ofrecer información válida, y la conclusión es que se pueden obtener datos fiables acerca de un estado interno si nos valemos de entrevistadores bien entrenados y con experiencia. (Herjanic y Campbell, 1977).

Toda esta información debe completarse con los testimonios de los padres y educadores, que, en general, son los mejores informadores acerca de las conductas observables.

Los protocolos más usados en la actualidad son el DISC de Herjanic, el ISC de Kovacs y el K-SADS de Puig-Antich y Chambers. Una de las conclusiones más importantes que pueden extraerse de los estudios sobre la utilidad de las entrevistas en psicopatología infantil, y más concretamente si comparamos las técnicas estructuradas con las no estructuradas, es la siguiente: se ha demostrado que la entrevista muy estructurada puede dejar de lado datos muy importantes, mientras que la entrevista no estructurada es incompleta porque suelen omitirse, a su vez, indicadores relevantes (Puig-Antich y Gittelman, 1985).

Parece mucho más útil un procedimiento semi-estructurado en la evaluación del niño, porque así pueden evitarse los inconvenientes de los enfoques extremos (Cox y Rutter, 1977).

Aunque los cuestionarios conductuales no podrán sustituir de manera absoluta a las entrevistas, la realidad

es que se ha avanzado mucho en la labor de ceñir los ítems a los síntomas que se describen en los criterios de diagnóstico. Este defecto, que hasta hace poco resalta en la mayor parte de las escalas, se ha visto notablemente corregido a partir de los intentos de Achenbach, cuyo Perfil Conductual Infantil incluye una dimensión depresiva (Achenbach, 1979), y de Puig-Antich quien ha añadido al Cuestionario del Profesor de Conners (1969) 49 ítems que hacen referencia a síntomas específicos del síndrome depresivo, mejorando así la efectividad de dicha prueba.

Por otra parte, el CDI de Kovacs (1977), sigue siendo una de las escalas de autoevaluación más fiables hasta el momento. Una puntuación total en el CDI superior a nueve, de un máximo posible de 54 puntos, es suficiente para clasificar correctamente al 88% de los niños depresivos y al 90% de los normales. Las cifras hablan por sí mismas.

También ha demostrado su efectividad el SRS de Birlson (1981) y la Escala de Valoración Clínica de Poznanski (revisada en 1984), por su facilidad de ejecución y su seguridad científica.

Otro método bastante útil es el Inventario de Evaluación por los Compañeros (*Peer-Nomination*) de Lefkowitz (1980 a y b). Se trata de un método prometedor, aunque de momento no ha sido validado con respecto a la exploración clínica. Habrá que proceder con cautela antes de aplicarlo como técnica válida de diagnóstico para fines clínicos y epidemiológicos⁴.

De todo lo anterior se deduce que en los últimos años se ha producido un extraordinario avance en el capítulo de los sistemas evaluativos de la depresión infantil. Es indudable que este avance ha contribuido a despejar algo más la connotación de ambigüedad que tradicionalmente ha rodeado dicho concepto.

Uno de los aspectos más controvertidos que se ha beneficiado de tales avances es el de depresión enmascarada o equivalentes depresivos. Dicho concepto ha ido perdiendo terreno poco a poco, y, en todo caso, debería ser totalmente despejado en base a estudios experimentales, lo cual será posible cuando contemos con marcadores psicobiológicos apropiados. En cualquier caso, se trata de no hacer todavía un uso indiscriminado de éstos y otros instrumentos que no se han citado aquí, sino de completar la investigación en aquellos que parecen tener mayor utilidad.

Con toda seguridad, ahí radicará el éxito en el logro de la eficacia en el diagnóstico de la depresión prepuberal.

Conclusiones

Los datos recogidos en el presente trabajo evidencian que el concepto de depresión infantil ha ido perdiendo el carácter de ambigüedad que mantuvo en las décadas de los cincuenta y sesenta, cuando la literatura sobre el tema era muy confusa y generaba enormes controversias.

Sin embargo, el problema de la diversidad de modelos teóricos aún no está resuelto, pues en la actualidad

⁴ Según nuestra experiencia, el *Peer-Nomination* (atribución de comportamientos a un niño por sus propios compañeros) debe ser utilizado con prudencia, pues, dadas las especiales dificultades que plantea su administración a grupos de niños, su fiabilidad no parece ser demasiado alta.

hay varias líneas que pretenden explicar estos desórdenes afectivos desde distintos puntos de vista. Obviando la posición teórica que postula la no existencia de depresiones en la infancia, las demás parecen concentrarse en dos planteamientos muy claros: el que intenta comprender y explicar las conductas depresivas del niño desde la perspectiva del *desarrollo* (criterio evolutivo) defendido por McConville, Connors y al parecer la misma Poznanski, entre otros, y el que pretende abordar dicha explicación considerando como similares los trastornos depresivos de los adultos y de los niños (Puig-Antich y cols.).

Aún es pronto para decidir cuál de estos planteamientos puede dar una respuesta más satisfactoria al problema, pues los datos de unas y otras investigaciones no parecen ser concluyentes por ahora. Personalmente me inclino más por el criterio evolutivo, por considerarlo más lógico y coherente con respecto al trastorno estudiado y a lo que hoy sabemos del comportamiento infantil a través de la psicología evolutiva.

Al menos en EE.UU. ha ido ganando terreno el criterio equiparador de los trastornos depresivos en niños y adultos, tal como se refleja en la última modificación que aparece en el DSM-III (1980), en la cual no se distingue ya entre los criterios de diagnóstico de las depresiones infantil, adolescente y adulta.

En cualquier caso, el estudio de los desórdenes afec-

tivos infantiles ha progresado notablemente en los últimos años gracias a las contribuciones aportadas por los modelos experimentales animales y humanos y al desarrollo de los sistemas objetivos de evaluación.

No obstante, cabe decir que la depresión infantil es un capítulo de la psicopatología donde aún existen grandes incógnitas, que esperamos sean resueltas en breve merced a las investigaciones que hoy día se están llevando a cabo.

Debe insistirse una vez más en la necesidad de crear estudios epidemiológicos -todavía escasos- que puedan aportar datos fiables sobre la incidencia y prevalencia reales de estos trastornos, así como potenciar los trabajos con escalas de evaluación, cuestionarios conductuales y marcadores biológicos, con el fin de averiguar las presuntas analogías de las depresiones infantiles y adultas, las respuestas al tratamiento y el diagnóstico diferencial entre dichos trastornos depresivos y otros desórdenes infantiles.

Cabe esperar que los estudios que ya están en marcha y otros que puedan realizarse próximamente, logren asentar y sistematizar definitivamente el marco conceptual de las depresiones prepuberales, dotándolo de unos perfiles propios y despejando en la medida de lo posible el carácter ambiguo y problemático que tuvo en otras épocas.

Referencias

- ACHENBACH, T.H.: The child behavior profile. *International Journal of Mental Health*, 1979, 7, 478-488.
- AGUERO, A.: Consideraciones clínico-evolutivas acerca de una muestra de cuarenta y nueve síndromes depresivos en la etapa infanto-juvenil. *Revista de Neuropsiquiatría Infantil* 1984, num. monográfico sobre «Avances en Depresiones Infantiles», 54-66.
- AKISKAL, H.S. y MCKINNEY, W.T.: Overview of recent research in depression. *Archives of General Psychiatry*, 1975, 32, 285-305.
- ANNELL, A.L.: *Depressive states in childhood and adolescence*. New York: Halsted Press, 1971.
- ANTHONY, E.J.: Psychoneurotics disorders, en M. Friedman y H.S. Kaplan (comps.) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Williams and Welling, 1967.
- ANTHONY, E.J. y BENEDEK, T.: Childhood depression, en *Depression and human existence*. Boston: Little Brown, 1975.
- BENJUMEA, P.: *Perfil psicológico de la personalidad depresiva*. Publicaciones de la Universidad de Sevilla, 1982.
- BERES, D.: Superego and depression, en R.M. Lowenstein y L.M. Newman (comps.): *Psychoanalysis and General Psychology*. New York: Inst. University Press, 196.
- BIRLESON, P.: The validity of depressive disorder in Childhood and the development of a self-rating scale: A research report. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1981, 2, 73-88.
- BOWLBY, J.: Separation Anxiety, *International Journal of Psychoanalysis*, 1960, 41, 89-113.
- BOWLBY, J.: *Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books, 1973.
- BOWLBY, J.: The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psychoanalysis*, 1981, 39, 350-373.
- BURLINGHAN, D. y FREUDM A.: *Young children in war time*. Londres: Allen and Unwin, 1942.
- CARLSON, G. y CANTWELL, D.: A survey of depressive symptoms in a child and adolescent psychiatric population *This Journal*, 1979, 18, 587-599.
- CARLSON, G. y CANTWELL, D.: Unmasking masked depression in children and adults. *American Journal of Psychiatry*, 1980, 137, 445-449.
- CARLSON, G. y STROBER, M.: Manic-depressive illness in early adolescence: a study of clinical and diagnostic characteristics in six cases, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1978, 17, 138-153.
- CARROLL, B.J., CURTIS, G.C. y MENDELS, J. Neuroendocrine regulation in depression: I. Limbic system adrenocortisol dysfunctions. *Archives of General Psychiatry*, 33, 1039-1044.
- CARROL, B.J., CURTIS, G.C. y MENDELS, J.: Neuroendocrine regulation in depression: II. Discrimination of depressed from nondepressed patients. *Archives of General Psychiatry*, 1976, 33, 1051-1058.
- CARROLL, B.J., FEINBERG, M., SMOUSE, P., RAWESON, S.G. y GREDEN, J.: The Carrol rating Scale for depression: I. Development, reability and validation. *British Journal of Psychiatry*, 1980, 138, 194-200.
- CASTELLS CUIXART, P.: Estados depresivos en la infancia, en *Archivos de Pediatría*, 1983, 34, 517-524.
- CASTELLS CUIXART, P.: Depresiones en la infancia y adolescencia en *Pediatría*, 1985, 27, 13-20.
- CONNERS, C.K.: A teacher rating scale for use drug studies with children, *American Journal of Psychiatry*, 1969 126, 152-156.
- CONNERS, C.K.: Clasificación and treatment of childhood depression and depressive equivalentes, en D.M. Gallant y G.M. Simpson (eds.): *Depression*. New York: Spectrum, 1976. 181-204.
- COX, A. y RUTTER, M.: Diagnostic appraisal and interviewing en M. Rutter y L. Hersov (eds.): *Child Psychiatry*. Londres: Longman V.K., 1977.
- CYTRYN, L., McKNEW, D.J.: Proposed classification of childhood depression, *American Journal of Psychiatry*, 1972 129, 149-155.

- CYTRIN, L. McKNEW, D.J. y BUNNEY, W.: Diagnosis of depression in children: Reassessment, *American Journal of Psychiatry*, 1980 137, 22-25.
- ENGEL, G. y REISCHSMAN, F.: Spontaneous and experimentally induced depressions in a infant with gastric fistula, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1956, 4, 428-456.
- FEIGHNER, J.P. y ROBINS, E.: Diagnostic criteria for use in psychiatric research, *Archives of General Psychiatry*, 1972 26, 57-61.
- FREUD, S.: *Obras Completas* 9 vols., Madrid: Biblioteca Nueva, 1983.
- GARCIA-VILLAMISAR, D. y POLAINO-LORENTE, A.: Depresión Infantil: una revisión conceptual desde la perspectiva clínica (I y II), *Acta Pediátrica Española*, 1985, 43 (9), 249-253; 254-259.
- GILLIN, C., DUNCAN, W., PETIGREW, K.D., FRANKEL, B.L. y SNYDER, F.: Successful separations of depressed, normal and insomniac subjects by EEG sleep data. *Archives of General Psychiatry*, 1979, 36, 85-90.
- HERJANIC, B. y CAMPBELL, W.: Differentiating psychiatrically disturbed children on the basis of a structures interview. *Journal of the Association of Child Psychology*, 1977, 5, 127-134.
- KOVACS, M.: Rating Scales to assess depression in school-aged children, *Acta Paedopsychiatrica* 1981, 46, 305-315.
- KOVACS, M. y BECK, A. T.: An empirical-clinical approach toward a definition of childhood depression, en J.G. Schultzerbrandt y A. Raskin (eds.): *Depression in Childhood*. New York: Raven Press, 1977.
- LANG, T.: *Children's depression Scale*. The Australian Council for Educational Research Limited, Hawthorn, Victoria, Australia, 1978.
- LEFKOVITZ, M.: Assessment of depression in normal children, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1980 a 48, 43-50.
- LEFKOVITZ, M.: Assessment of childhood depression, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1980 b, 49, 109-116.
- LEFKOVITZ, M. y BURTON, N.: Childhood depression: a Critique of the Concept, *Psychological Bulletin* 1978, 85 (4), 716-726.
- MAHLER, M.: Notes on the development of basic moods: the depression affect, en M. Lowenstein y L.M. Newman (comps.): *Psychoanalysis and General Psychology*. New York: International Unibversity Press. 1967.
- Manual diagnóstico y estadístico de los desórdenes mentales*. Barcelona: Masson, 1983.
- MASER, J.D. y SELIGMAN, M.E.: *Modelos experimentales en Psicopatología*. Madrid: Alhambra, 1983.
- MATTSON, A.: Suicidal behavior as a child psychiatric emergency, *Archives of General Psychiatry*, 1969 20, 100-109.
- McCONVILLE, B.J.: Three types of childhood depression, *Canadian Psychiatric Association Journal* 1973, 18, 133-138.
- McKINNEY, W.T. y MORAN, H.: Modelos animales, en E.S. Paykel (comp.): *Psicopatología de los trastornos afectivos*. Madrid: Pirámide, 1985.
- McKNEW, D., CYTRYN, L., EFRON, A., GERSHON, E. y BUNNEY, W.E.: Offspring of patients with affective disorders. *British Journal of Psychiatry* 1979, 134, 148-152.
- MOUREN, M.C. y DUGAS, M.: Aspects cliniques et évolutifs de la dépression de l'enfant, *Neuropsychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*, 1982, 30, 521-535.
- PAPERNY, D., HICKS, R.; y HAMMAR, S.L.: Munchausen's syndrome, *American Journal of Child Psychiatry*, 1980, 30, 134-794.
- POLAINO-LORENTE, A.: *Psicología Patológica*, 2 vols., Madrid: UNED, 1983, 803-826.
- POLAINO-LORENTE, A.: *Depresión: actualización psicológica de un problema clínico*. Madrid: Alhambra, 1984, 10-80.
- POZNANSKI, E. y ZRULL, J.P.: Childhood depression: clinical characteristics of overtly depressed children. *Archives of General Psychiatry* 1970 23, 8-15.
- POZNANSKI, E. COOK, S. y CARROLL, B.J.: A depression rating Scale por children. *Pediatrics*, 1979, 64 442-450.
- POZNANSKI, E. COOK, S. y CORZO, A: Children's Depression rating Scale: its performance in a residential psychiatric population. *Journal of Clinical Psychiatry* 1983, 44, 200-203.
- POZNANSKI, E. y GROSSMAN, J.: Preliminary studies of the Reliability and Validity of the Children's Depression Rating Scale, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 1984, 23,, 191-197.
- PUIG-ANTICH, J., BLAU, S., MARX, N., GREENHILL, L. y CHAMBERS, W.: Prepuberal major depressive disorder: Pilot study, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 1978, 17, 695-707.
- PUI G-ANTICH J., CHAMBERS, W.: Cortisol hypersecretion in prepuberal depressive illness. *Psychoneuroendocrinology*, 1979 a, 4, 191-197.
- PUIG-ANTICH, J., PEREL, J.M.: Plasma levels of imipramine (IMI) and desmethylimipramine (DMI) and clinical response to prepuberal major depressive disorder. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. 1979b, 18, 616-627.
- PUIG-ANTICH, J. y GITTELMAN, R.: La depresión en la infancia y la adolescencia, en E.S. Paykel (comps.): *Psicopatología de los trastornos afectivos*. Madrid: Pirámide, 1985.
- RIE, M.E.: Depression in childhood: a survey of some pertinent contributions. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1966, 5, 653-686.
- ROBBERTSON, J. y BOWLBY, J.: Responses of young children to separation from their mothers. *Courrier du Centre International de l'Enfance* 1952, 2, 131-142.
- ROCHLIN, G.: The loss complex. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1959, 7, 299-316.
- RUTTER, M.: Relationships between child and adult psychiatric disorders. *Acta Paedopsychiatrica*. 1972, 48, 3-21.
- RUTTER, M. y GRAHAM, P.: Adolescent turmoil: fact or fiction? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1972, 5, 47-55.
- SACHAR, E.J. y HELLMAN, L.: Disrupted 24 hour pattern of control secretion in psychotic depression. *Archives of General Psychiatry*, 1973, 28, 19-25.
- SACHAR, E.J., HELLMAN, L. y GALLAGHER, T.F.: Cortisol production in depression, en T.A. Williams, M.M. Katz y J.A. Shield (comps.): *Recent advances in the psychobiology of the depression illnesses*. Department of Health, Education and Welfare, Publication n° (HSM), 70-9053, 1972.
- SANDLER, J. y JOFFE, W.G.: Notes in childhood depression. *International Journal of Psychoanalysis* 1965, 46, 88-96.
- SEAY, B., HANSEN, E.W. y HARLOW, H.F.: Mother-infant separation in monkeys. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1962, 3, 123-132.
- SEIDEN, R.H.: Suicide among youth, *Bulletin of Suicidology* (supl.), 1969.
- SHAFFER, D.: Suicide in childhood and early adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1974, 15, 275-291.
- SPEHLING, M.: Equivalent of depression in children. *Journal of Hillside Hospital*, 1959, 8, 138-148.
- SPITZ, R.: Hospitalism, (1945), en S.I. Harrison y J.F. McDermott (eds.): *Childhood Psychopathology*. New York: International University Press, 1972.
- SPITZ, R.: Anaclitic Depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1946, 2, 313-342.