



Año 1984 - N.º 3 Volumen II

MONOGRAFICO
Depresiones infantiles

REVISTA DE NEUROPSIQUIATRIA
INFANTIL

ORGANO OFICIAL DE LA ASOCIACION
ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA
INFANTO-JUVENIL

Secretaría de Redacción
Servicio de Paidopsiquiatría
Hospital Infantil
Vall d'Hebrón Residencia Sanitaria

Paseo Vall d'Hebrón s/n
Barcelona
Tel. 358 33 11 ext. 538

DIRECTOR

Dr. J. TOMAS VILALTELLA

SECRETARIO

Dr. B. OLIVA CERVERA

COMITE DE REDACCION:

Dra. C. ADALID
Dr. AGUERO
Dr. J.L. ALCAZAR
Dra. CASILDA ESQUETE
Dr. LOÑO PEÑA
Dr. LOPEZ-CAMOS

Depósito Legal B-10.236/83



editor
publicaciones y revistas

Paseo de Colón, 6 — Barcelona-2 — Tlfs. 302 16 05 - 318 51 99

REVISTA DE NEUROPSIQUIATRIA INFANTIL



ORGANO OFICIAL DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL

**SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE
NEUROPSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL**

JUNTA DIRECTIVA:

Presidente:

Dr. M. DE LINARES PEZZI

Vicepresidente:

Dr. J. ROM FONT

Secretario:

DR. J. M. VELILLA PICAZO

Tesorero:

DR. J. L. ALCAZAR FERNANDEZ

Vocal:

DRA. CONCEPCION GOMEZ-FERRER GORRIZ

EDITORIAL

Ante todo deseáramos resaltar la celebración de dos simposiums en el ámbito de nuestra Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infanto-juvenil, celebrados en estos dos primeros meses de 1984 y que el retraso, ajeno a nuestra voluntad, de la publicación del boletín permite señalar desde estas páginas.

Por una parte en Málaga, organizado por el Dr. Linares y ... se celebró un simposium sobre terapias cognitivas, cuya publicación de sus actos será una información exhaustiva sobre este tema, de extraordinario interés y actualidad. Queremos desde aquí felicitar su programa y organización, que fueron impecables. En el mes de febrero, en Murcia, el Prof. Barcia y el Dr. Gómez Ferrer organizaron un simposium sobre psicosis en la infancia con un temario exhaustivo sobre el tema, facilitando al mismo tiempo la exposición de trabajos de alto nivel de distintos centros asistenciales de España que se complementaban entre sí. En ellos se apreciaba el alto nivel de interés, preocupación y planificación de estudios que a lo largo y ancho de España puede hoy día ya encontrarse y que permite quizás el que empecemos a creer que nuestra especialidad de Psiquiatría Infantil está llegando a una madurez aceptable, a pesar de la obstinada y reiterativa ignorancia que el Estado y sus Instituciones tiene de ella. El simposium de Murcia con su cuidadosa organización y el planteamiento de su realización facilitó coloquios de buen nivel e interés, nuestra felicitación a todos.

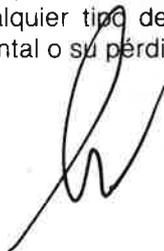
Hacemos referencia a estas dos reuniones porque creemos no hacer más que expresar el sentir unánime de los comentarios de pasillo de unos y otros asistentes a estas reuniones.

Este número del boletín, como podrán apreciar, se dedica a la publicación de una parte del contenido expuesto y elaborado en el simposium de depresiones que se celebró en Sevilla, que fue organizado por el Profesor Rodríguez Sacristán y en el que se actualizó y precisó este tema. Nuestro boletín no dispone en un solo número de la extensión suficiente para publicar la totalidad de los trabajos allí expuestos, cosa que se resolverá a través del próximo o próximos números.

Queremos decir a nuestros compañeros que nos gustaría abrir una sección de cartas, en las que o bien se expresaran ideas u opiniones sobre temas o trabajos, o se trataran en discusión o aportación sobre trabajos u opiniones expuestas en el boletín, esperando que otros miembros de la sociedad les contestaran o recogieran esas ideas. Creemos que ello podría crear un diálogo fructífero o fértil.

Por último, deseáramos insistir, a pesar de saber que es innecesario, de que este boletín al igual que nuestra sociedad recoge cualquier tipo de aportaciones de cualquier tendencia o forma de entender la salud mental o su pérdida en el período infanto-juvenil.

Dr. José Tomás Vilaltella
Director



SUMARIO

EDITORIAL	3
CRITICA BIBLIOGRAFICA	
El intersector en Psiquiatría Infanto Juvenil.	
Dr. Josep M.^a Illa	5
* Tratamiento no tricíclico en las Depresiones Infantiles.	
Prof. Dugas	11
Conductas de Suicidio en el Niño.	
Prof. J. L. Duché	17
Cuadros Depresivos Juveniles como formas de comienzo de las Psicosis Cicloides.	
Prof. D. Barcia	31
Personalidad Depresiva, Psicología atribucional.	
Prof. A. Polaino-Lorente	35
El modelo animal conductual en las Depresiones Infantiles.	
Dra. Diana L. Mendoza	51
Muerte, Pérdida y Depresión.	
Dr. A. de los Santos	59
* Aspectos Evaluativos en las Depresiones Infantiles (CEDI) modificado.	
Prof. Rodríguez Sacristán	65
Estructuras Depresivas en los Adolescentes.	
Prof. F. Alonso Fernández	75
Depresiones Somatógenas.	
Prof. G. Nissen	85
Consideraciones Clínico-Evolutivas en Depresiones Infantiles.	
Dr. J. A. Agüero	93
Tratamientos Psicológicos en las Depresiones Infantiles.	
Dr. J. Párraga	107
* Adaptación y Experiencias con la escala de Birlleson.	
Dr. E. Santiesteban	137
Síndrome Depresivo y Retraso Mental.	
Dr. A. Fernández	149
Normas de Publicación	158

Crítica bibliográfica

EL INTERSECTOR DE PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL

Autor: Dr. Josep M.^a Illa

La necesidad de autonomía de la Psiquiatría Infanto-Juvenil dentro del sector de la Psiquiatría General se está imponiendo progresivamente a nivel de varios y diversos criterios, tanto de funcionamiento operativo asistencial como de evaluación clínica y patogenética, muy a pesar de las distintas tendencias y planteamientos filosóficos que dificultan en mayor o menor grado un proceso de unificación. Por tanto la Psiquiatría Infanto-Juvenil necesita de métodos, instituciones y teorizaciones independientes de la Psiquiatría clásica (adultos), no para incrementar la división de funciones médicas, sino para crear una estructura de funcionamiento nueva dirigida a un grupo de la población muy específico.

Todo ello implica el planteamiento de una reorganización del servicio público en Psiquiatría sobre las bases de una sectorización.

PRINCIPIOS DEL INTERSECTOR EN PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL

Se trata de la organización del servicio público para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las alteraciones psíquicas dentro del marco de la niñez, infancia y adolescencia.

Habrían unas connotaciones a reseñar:

— La evolución de la psiquiatría infanto-juvenil cristaliza en un mayor y mejor conocimiento de la psicopatolo-

gía específica y de su clasificación nosológica, desprendiéndose de ello un modelo evolutivo y dinámico de todo proceso en la infancia.

— La concepción multidisciplinaria de los equipos para poder evaluar de una forma global los distintos aspectos en interacción que presenta el niño.

— El seguimiento del paciente, que queda asegurado por el equipo, permite hacer en cada momento de la evolución una reevaluación y una reorientación tanto a nivel diagnóstico, de tratamiento psiquiátrico, de orientación pedagógica como en aspectos de reinserción social.

— En todo momento el niño debe mantenerse en su medio familiar, escolar y social al que pertenece, siempre y cuando sea mínimamente posible.

— De todas formas las acciones del intersector estarán centradas básicamente en la prevención y en evitar los concomitantes ambientales y sociales con incidencia patogenética, y por otro lado evitar cualquier riesgo de cronicidad.

— El Intersector es definido como una zona geodemográfica en donde deben ejercitarse estos nuevos objetivos, con una densidad de cerca de 200.000 habitantes. El Intersector estará bajo la responsabilidad de un jefe médico y deberá estar dotado de medios suficientes que abarquen desde el Centro de Salud Mental a régimen ambulatorio, habilitación del Hospital de día, hasta unidades de ingreso específicas, asegurando así una asistencia real a la población.

— La pieza central del dispositivo es el Centro de Higiene Mental que es donde se realizan las tareas esenciales de la sectorización abarcando una zona demográfica de 40-50.000 habitantes. Corren a su cargo las tareas de prevención, diagnóstico, terapéutica ambulatoria y la coordinación con las distintas

áreas y servicios de la zona que inciden en la población infanto-juvenil. Varios de estos Centros deben crearse dentro de un Intersector.

La sectorización implica un trabajo colectivo dentro de un sector concreto desarrollándose dentro de tres grandes directrices: la relación estrecha con las instituciones sociales infantiles (protección maternal e infantil, escuelas, etc.), relaciones dentro del propio equipo del sector, relaciones con las familias que consultan.

RELACIONES CON LOS SERVICIOS SOCIALES INFANTILES

La colaboración con los servicios que cumplen un rol social dentro del ámbito infantil (escuela, guardería, hospital infantil, clubs, etc.) es condición necesaria para el funcionamiento operativo del equipo, ya que éste suele estar de por sí distanciado de las realidades cotidianas de la población y consecuentemente de los niños. Por consiguiente, la interrelación con todos aquellos grupos que por función social posean un acceso íntimo u obligatorio con el niño se traduce en un acercamiento con los problemas reales.

Estos servicios sociales deben asumir un rol de «mediador» entre el equipo y la población, mejorando con ello la información preventiva ante el fenómeno psíquico y por otro lado dar la luz de alarma ante problemas concretos que serán expuestos al Equipo del Intersector para su valoración.

Hay que hacer incapié que, a pesar de la mejor información de la población general, la demanda espontánea, por parte de los padres, es mínima y que la resistencia frente al síntoma psíquico es aún importante, incluso en la esfera médico-sanitaria.

1. Colaboración con la Protección Maternal e Infantil

Tales centros están en posición privilegiada para la investigación de los mecanismos psicopatológicos, la detección y tratamiento de los problemas y alteraciones ligadas a la primera infancia, siendo lugares de alto riesgo psicopatológico.

La atención pediátrica va orientada básicamente a detectar alteraciones orgánicas habiendo cierta reticencia a la psiquiatrización del niño, es sumamente importante, pues, la colaboración con ellos en la detección de afecciones somáticas funcionales de origen psíquico, carencias afectivas precoces, retardos evolutivos y en los trastornos de las funciones básicas.

El Centro de Salud Mental asume la tarea de orientar a las madres en dificultades, a los pediatras y puericultores en el ámbito psiquiátrico y psicológico.

2. Colaboración con las escuelas

Las relaciones con ella son especialmente importantes, de hecho más de la mitad de los niños consultados son enviados por la institución escolar, dado que los primeros síntomas, en muchas ocasiones, se presentan como un déficit de rendimiento escolar (bien por mala adquisición inicial de aprendizajes, por déficits parciales o globales de diverso origen o por una parada brusca de rendimientos) o como una mala adaptación al medio.

Muchas escuelas cuentan con Equipos Especializados ofreciendo ayuda psicopedagógica (aula educación especial, psicólogo escolar, pedagogo) aunque sus objetivos suelen ser excesivamente pedagogizantes pasando por alto el «fenómeno patológico» (psicopatología versus psicopedagogía). No se tra-

ta con todo ello el establecer una frontera entre el dominio de la psicopatología y la psicopedagogía, sino de abrir la posibilidad de una cooperación pluridisciplinaria, que conduzca a una valoración global de los fenómenos.

3. Ayuda social a la infancia

La misión general en la protección de la salud mental, seguridad y «moralidad» de los niños y jóvenes topan con algunas situaciones de riesgo: malos tratos, déficits de cuidados, dificultades financieras graves, peligro moral, pre-delincuencia juvenil, absentismo escolar, etc. De ello se deriva la tercera faceta del Centro de Salud Mental que presupone la coordinación a diversos niveles:

— Relaciones con educadores especializados y asistentes sociales.

— Relación con el Inspector de Servicio de la infancia que es quien toma las decisiones de ayuda financiera a una familia o retira temporalmente a un niño de su medio habitual. El Centro de Salud Mental debe colaborar en la canalización de los problemas de índole psicopatológica y encauzar unas medidas terapéuticas.

— Relación con los Hogares de Protección de Menores (niños retirados de sus padres), Centros Maternales (jóvenes madres en dificultades materiales o psicológicas), con los asistentes sociales encargados de supervisar a niños recogidos temporalmente.

— Relación con los educadores de «Clubs de Prevención Juvenil» ligados a la problemática específica de ciertos barrios con «alto nivel de riesgo patológico».

4. Juez infantil

En muchas ocasiones se aconseja una consulta especializada a los ado-

lescentes que han cometido actos delictivos, otras veces esta consulta se impone, lo cual dificulta en cierto grado la relación transferencial con el sujeto. Para paliar esto deberían ser los educadores del Servicio Judicial quienes, previa valoración, se pusieran en contacto con el Centro de Salud Mental para realizar la evaluación psiquiátrica.

Sería interesante la independencia de los médicos del intersector al hacer tal peritaje para evitar las dificultades de relación terapéutica con el joven que conllevan una actuación conjunta médico-juez.

5. Colaboración con los Servicios Sociales de Barrio

Los asistentes sociales están en condiciones inmejorables para detectar «in situ» las posibles alteraciones psiquiátricas ya que conocen directamente a las familias, los niños, el ambiente social y las necesidades tanto individuales como colectivas. Por ello, también, es imprescindible el contacto íntimo con el Centro de Salud Mental, a fin de ceñirse al máximo a las necesidades reales.

ESTRUCTURA DEL EQUIPO DEL SECTOR

La colaboración colectiva es indispensable en el seno del Centro de Salud Mental en tanto las modalidades de respuesta y acción son diversas implicando la necesidad de un enfoque multidisciplinario, diversificado y a la vez complementario, donde médicos, psicólogos, pedagogos, asistentes sociales, enfermeros aporten su experiencia en la comprensión dinámico-evolutiva del niño.

RELACIONES CON EL MEDIO FAMILIAR

Uno de los puntos más importantes en Psiquiatría Infantil es el manejo y movilización del ambiente familiar dada la complejidad de interrelaciones que unen al niño a la estructura familiar.

El Paidopsiquiatra no puede conocer el peso de la patología infantil sin antes evaluar las características del medio familiar, sus interacciones dinámicas con el niño e incluso la propia psicopatología familiar.

El éxito de una actuación médica depende en gran parte de la adhesión de los padres (que de hecho implica en muchas ocasiones un cambio de actitudes frente al niño), las entrevistas periódicas y seriadas, las orientaciones educacionales y en ocasiones de la puesta en marcha de una terapéutica familiar (grupos de padres, psicoterapia familiar). De aquí se desprende la importancia en la articulación entre los sectores de Paidopsiquiatría y de Psiquiatría de adultos.

LUGARES TERAPEUTICOS DENTRO DEL INTERSECTOR

Definir la función de cada dependencia terapéutica depende en parte de la historia natural de la institución, su experiencia y la ideología sobre la cual se asientan.

La estructura del intersector se basaría en unos dispositivos en forma de malla articulada que incluye Centros de Diagnóstico y de tratamiento ambulatorio, Centros de cuidados a tiempo parcial (hospital de día) y otros a tiempo completo dentro de una determinada zona geodemográfica.

1. Centro de Salud Mental

Esta dependencia es el núcleo de toda la sectorización, abarcando una zona demográfica de unos 40-50.000 habitantes.

Su tarea básica es la de elaborar unos diagnósticos y su terapéutica a régimen ambulatorio, responsabilizándose de estas indicaciones en todos los ámbitos, incluso ante la hospitalización (presencia del Centro de Salud Mental en el hospital) aliviando la ruptura del niño con su entorno social y familiar, siendo la hospitalización un eslabón más dentro de toda una serie de cuidados específicos.

Por otro lado debe articular las funciones de prevención: asesoramiento e información a escuelas, instituciones maternas e infantiles, grupos de jóvenes, servicios sociales y a la población general.

Toda documentación clínico-terapéutica queda en poder del Centro de Salud Mental.

2. Hospital de día (lugar terapéutico a tiempo parcial)

Para los niños con estructuras severamente alteradas de la personalidad (neurosis graves, psicosis, disarmonías evolutivas, etc.) el tratamiento ambulatorio debe acompañarse de unos tratamientos paralelos (psicoterapia, reeducación, logopedia) para paliar sus dificultades, con estos tratamientos se consigue que el niño viva una serie de experiencias nuevas, que lo alejen de los circuitos patológicos instaurados que permanecen estructurados en su medio ambiental.

El hospital de día puede ofrecer flexibilidad en cuanto a funcionamiento y al mismo tiempo disipar los fantasmas de hospitalización canalizando correctamente las angustias frente al niño.

Esta posibilidad de tratamiento continuado permite por una parte ayudar al niño en sus recursos evolutivos y por otra la relación terapeutas-padres que cristaliza en un cambio de actitudes por parte de los padres en su interacción dinámica con el niño. El riesgo es enfrentarse a un medio familiar lo suficientemente esclerosado que no soporta las heridas narcisísticas viviendo la acción médica como una agresión y por lo tanto continúa la estimulación nociva.

El H. de Día cumpliría una función de acogimiento especializado anexo a un centro de cura ambulatoria.

3. Lugares a tiempo completo

Las posibilidades terapéuticas se prolongan hasta el ingreso hospitalario si el cuadro así lo requiere, completando el marco de servicios institucionales.

Las indicaciones esenciales del ingreso hospitalario (separación ambiental) son básicamente ante cuadros depresivos graves, cuadros psicóticos de diversa índole, como también ante la constatación de un ambiente familiar gravemente patógeno, abandonismo, carencias familiares importantes (ausencia total de padres). En la práctica la decisión se hará en función de la gravedad sintomatológica, la importancia de la alteración estructural y del sistema relacional familiar.

Exceptuando los casos de hospitalización urgente (urgencia psiquiátrica) la decisión debe ser elaborada progresivamente en el seno del Centro de Diagnóstico, evitando crear rupturas innecesarias en el niño.

La tendencia actual se orienta hacia la creación de unas unidades de cuidados en grupos homogéneos en función de la edad y de la patología (Unidades Evolutivas).

Respecto a los adolescentes el ingreso es menos discutido que en los niños

ya que la mayor parte de la patología juvenil se centra en la oposición al medio familiar, que aparece en ocasiones como manifestación de perturbaciones afectivas construidas durante la infancia y que eclosionan en la adolescencia bruscamente.

La propuesta ideal es la de crear unas unidades de cuidados reducidas fuera del contexto hospitalario y ancladas en la comunidad. Estas unidades de barrio son importantes dada la necesidad de reinserción social y de prevención de posible patología en la edad adulta.

4. Relaciones médico-educativas

La ventaja del planteamiento pluridisciplinario es la de no dicotomizar al niño y centrarlo como una unidad evolutiva global a expensas de diversas áreas en funcionamiento.

Es decir, que la orientación pedagógica del niño deficitario con modalidades estructurales diversas han de tra-

tarse en unidades médico-pedagógicas ligadas al intersector.

La modalidad pedagógica se orientará después de un análisis de los factores madurativo-intelectivos, relacionales y emocionales del niño.

Los grandes problemas que conlleva la sectorización en Psiquiatría Infanto-Juvenil son la excesiva extensión de la malla de asistencia con el riesgo de no conseguir ser una estructura operativa, convirtiéndose en un dispositivo paralelo al resto de la asistencia y no una opción renovadora; la dificultad en la definición de los cuadros y profesionales que han de tomar parte y de su función específica.

Por otra parte las divergencias de opinión en el seno de la Psiquiatría Infantil retardan llegar a una mínima definición unitaria respecto a su propio funcionamiento.

Finalmente el problema de la autonomía en la financiación que conlleva unos déficits y limitaciones en la infraestructura de la organización.

Dr. JOSEP M.^a ILLA

TRATAMIENTO DE LAS DEPRESIONES EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA CON UNA MOLECULA NUEVA NO TRICICLICA: MIANSERINA

Prof. Dugas y Dra. Mouren
Hôpital Herold - París

INTRODUCCION

Está bien establecida la eficacia de Mianserina en el tratamiento de las depresiones del paciente adulto:

- * Mianserina es un antipresivo tetracíclico sin cadena lateral, lo que explica la minimización de efectos anticolinérgicos;
- * original es el mecanismo de acción: no tiene actividad antireserpínica, no inhibe la M. A. O., ni la recaptación de adrenalina; actúa probablemente bloqueando los receptores presinápticos adrenérgicos.
- * Mianserina es absorbida rápidamente por vía digestiva y 2 o 3 horas después de la ingestión, la concentra-

ción plasmática es máxima. La semivida plasmática es de 17 horas;

- * los estudios en doble-ciego han indicado que la acción antidepresiva de Mianserina es semejante a la de los derivados tricíclicos de referencia. Además el producto posee una actividad ansiolítica rápida comparable a la del diazepam y ejerce sobre el sueño un efecto regulador.

Teniendo en cuenta estas propiedades y su originalidad, así como el hecho de que no había hasta el momento ningún estudio publicado sobre la utilización de Mianserina en Paidopsiquiatría, hemos emprendido un ensayo piloto abierto en una población de niños y adolescentes deprimidos, en el Servi-

cio de Psicopatología Infantil del Hospital Herold en París.

Está previsto actualmente otro estudio, de forma multicéntrica, con más rigor y elaboración en la metodología. Hoy, pues, presentamos unos resultados preliminares. A continuación describimos: el método, la muestra, el tratamiento administrado, los resultados y los efectos laterales observados.

METODO

1. Selección de sujetos

Inicialmente la selección de los sujetos ha sido hecha por el mismo clínico, valorando según su criterio la severidad del síndrome depresivo y la necesidad de un tratamiento psicofarmacológico.

Después de la primera entrevista y para un segundo grupo de 42 sujetos, hemos utilizado la CDRS de Poznanski y Cook (se trata de la forma inicial de la escala de 16 ítems de 1979 y no de la revisada de 17 ítems de 1982). La valoración ha sido realizada por dos observadores anotando separadamente al final de la entrevista y comparando luego los resultados. El criterio de inclusión en este ensayo era de 30 puntos como mínimo.

Así es cómo nuestra muestra global es de 72 niños y adolescentes. Para todos ellos se hicieron evaluaciones antes del inicio del tratamiento y a los 15°, 21°, 35° días, así como en el transcurso de una entrevista ulterior (del día 60° al 90°).

Tal como hemos anunciado, nuestra metodología actual en el desarrollo del ensayo multicéntrico, es más exigente (utilización de varias escalas y lista de ítems elaborada en común con los representantes de los diferentes centros implicados).

2. Criterios de exclusión

Han sido excluidos de antemano:

- los pacientes cuyo estado justificaba un tratamiento con perfusiones i.v.;
- los pacientes que hubiesen estado tratados con electro-choques en el mes que precede;
- los pacientes que presentando síntomas de enfermedad cerebral orgánica, hacen imposible la evaluación de sus estados afectivos;
- los sujetos incapaces de darse cuenta de su sintomatología o cuyos familiares no pueden hacer esta apreciación;
- los sujetos recientemente seguidos con psicoterapia por una persona ajena al equipo asistencial.

CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA

1. Distribución según la edad

La edad de los 72 sujetos tratados con Mianserina varía entre los 8 y 19 años, siendo la media de 14 años y 3 meses. Nos ha parecido importante el diferenciar los niños de menos de 13 años (el período de 0 a 12 años, correspondiendo a la fase pre-puberal), en número de 19, de los adolescentes de 13 a 19 años (correspondientes a los «teenagers»), en número de 53.

La muestra se compone de 33 chicos (46%) y de 39 chicas (54%), 51 de entre ellos eran hospitalizados (71%), 21 seguidos en consulta externa (29%).

2. Reparto según el sexo y la edad

La edad media de los chicos es de 13 años y la de las chicas de 15 años

y 4 meses. En cuanto a los menores de 13 años, se puede observar un predominio de chicos deprimidos (13 chicos y 6 chicas), lo que ya habíamos observado con una serie de 43 deprimidos menores de 13 años, compuesta de 34 chicos y 9 chicas; en cuanto a los mayores de 13 años dicha relación se invierte (33 chicas y 20 chicos).

3. Valoración clínica de la depresión antes del tratamiento

- 61% de los sujetos han sido juzgados «deprimidos».
- 39% han sido juzgados «muy deprimidos».

Esta apreciación es esencialmente clínica y se apoya en la impresión personal global del investigador.

4. Antecedentes psiquiátricos familiares

- 61 sujetos no tienen ningún antecedente psiquiátrico familiar;
- 9 sujetos tienen antecedentes psiquiátricos paternos o maternos (estados depresivos, trastornos neuróticos, alcoholismo, depresión bipolar, personalidad psicótica o paranoica);
- 2 sujetos presentan antecedentes paternos y maternos.

5. Tratamientos psiquiátricos anteriormente prescritos a los 72 sujetos

En todos los casos en los cuales un tratamiento anterior había recetado, hemos respetado el período de abstinencia (wash-out) de 15 días impuesto por el protocolo.

Sobre 72 sujetos:

- 63 de ellos no habían recibido un psicotropo antes del ensayo;

- 8 habían sido tratados con tricíclicos: en 6 de ellos, el tratamiento fue interrumpido por ineficacia; los otros 2 presentaron efectos secundarios molestos requiriendo la suspensión del producto y su reemplazo por Mianserina;
- el último sujeto que presentaba una personalidad psicótica y episodios depresivos de repetición, fue tratado con Lítio asociado a Mianserina.

TRATAMIENTO ADMINISTRADO

1. Posología administrada y tomas

La posología utilizada ha sido de 1 mg/kg/día en los deprimidos menores de 13 años. En cuanto a los adolescentes deprimidos, la posología empleada se acerca a la del adulto: 50 a 60 mg/día (o sea más o menos 1 mg/kg/día). En esta edad recetamos de entrada 20 a 30 mg/día y aumentamos después escalonadamente en 10 mg cada 2 días, obteniendo la dosis deseada en 6 días. Damos Mianserina en una sola toma nocturna o en 2 tomas cuando la dosis es elevada, siendo la toma nocturna la más importante. La ventaja es una facilitación del sueño y una menor intensidad diurna de efectos colaterales. De todas maneras la pauta de utilización no influye significativamente sobre la respuesta a Mianserina.

2. Duración del tratamiento

La duración media del tratamiento ha sido generalmente de 3 meses (extremos: 1 y 16 meses). Preferentemente hemos escogido el período de vacaciones escolares para interrumpir el tratamiento a fin de que una recaída eventual no tuviera repercusiones sobre la escolaridad. NO hemos notado ni efec-

tos tóxicos retrasados, ni debilitamiento de la respuesta clínica en los pacientes que habían seguido el tratamiento de manera prolongada, ni tampoco efecto rebote tras la supresión.

3. Tratamientos secundariamente asociados

En la medida de lo posible hemos evitado asociar otros psicotropos durante el ensayo. No obstante, el interés del enfermo nos ha obligado a hacerlo en 12 casos (16% de los casos):

- * asociación de neurolépticos sedativos (clorpromazina, levomepromazina, cyamemazina) en 5 casos (se trataba de personalidades psicóticas con episodio depresivo);
- asociación de neurolépticos sedativos (clorpromazina, levomepromazina, cyamemazina) en 5 casos (se trataba de personalidades psicóticas con episodio depresivo);
- * asociación de diazepam en 3 casos (elección impuesta por el protocolo);
- * asociación de hipnóticos no barbitúricos en 4 casos (nitrazepam, flunitrazepam).

RESULTADOS

1. Generalidades sobre el conjunto de los resultados

En nuestra serie de niños y adolescentes deprimidos, el «perfil» de Mianserina ha sido muy parecido al que posee en el adulto.

- * Efecto regulador del sueño desde las primeras noches, que permite no tener que recurrir a la administración de hipnóticos.
- * Efecto ansiolítico semejante al de las

benzodiazepinas igualmente efectivo desde el principio del tratamiento; en consecuencia, Mianserina parece estar particularmente indicada cuando el componente ansioso de la depresión es importante.

- * Efecto antidepressivo: el período de latencia ha variado entre 1 y 3 semanas en nuestra muestra.

El análisis estadístico nos ha mostrado que no hay relación significativa entre la eficacia del tratamiento y el grupo de edad considerado (8-12; 13-19) tanto en los chicos como en las chicas. Por el contrario, en conjunto la sensibilidad al tratamiento ha sido más importante entre los chicos que entre las chicas (X^2 : 6,704, significativo al 1%).

2. Evolución de la eficacia del tratamiento con el tiempo

La apreciación de la eficacia del tratamiento se ha basado en la clínica. Entendemos por «eficacia neta» la desaparición de los principales síntomas de la depresión; por «mejoría», la atenuación del cuadro depresivo; por «ineficacia», la persistencia del cuadro clínico pese al tratamiento.

El día 14.º para 72 sujetos, se observa:

- 7% de suspensión de tratamiento (5 casos),
- 39% de ineficacia,
- 51% de mejoría,
- 3% de eficacia neta.

El día 21.º para 67 sujetos, se observa:

- 1% de suspensión de tratamiento (1 caso),
- 15% de ineficacia,
- 57% de mejoría,
- 27% de eficacia neta.

El día 35.º para 66 sujetos, se observa:

- 9% de ineficacia,
- 41% de mejoría,
- 50% de eficacia neta.

El día 90.º para una muestra global de 72 sujetos, los resultados son los siguientes:

- 14% de suspensión de tratamiento (los 6 pre-citados más 4 adicionales perdidos de vista),
- 15% de ineficacia,
- 72% de eficacia terapéutica neta (52 sujetos).

3. Eficacia del tratamiento en función de la intensidad inicial de la depresión (N = 62)

Entre los niños de 8 a 12 años:

- 56% curados (45% estaban inicialmente «muy deprimidos» y 55% «deprimidos»),
- 32% mejorados (60% estaban inicialmente «muy deprimidos» y 40% «deprimidos»),
- 12% en los cuales Mianserina ha sido ineficaz (mitad de ellos «deprimidos» y mitad «muy deprimidos»).

Entre los adolescentes de 13 a 19 años:

- 48% curados (29% estaban inicialmente «muy deprimidos» y 71% «deprimidos»),
- 46% mejorados (45% inicialmente «muy deprimidos» y 55% «deprimidos»),
- 6% de ineficacia (60% estaban inicialmente «muy deprimidos»).

Globalmente y considerando todas las edades en conjunto se constata que:

- ✘ en 49% de los casos, los síntomas han desaparecido totalmente,
- ✘ en 43% de los casos, los síntomas han sido mejorados,
- ✘ en 8% de los casos, los síntomas no han sido modificados.

4. Relación entre la eficacia del tratamiento y la evolución de las puntuaciones medias de la CDRS

- ✘ En la muestra de 13 deprimidos de 8 a 12 años la mejoría de la puntuación promedio de la CDRS no es estadísticamente significativa.
- ✘ En la muestra de 26 deprimidos de 13 a 19 años, el tratamiento parece eficaz ya el día 8.º y la eficacia aumenta para el 21.º. La mayor eficacia del tratamiento en este período de edad se objetiva por la disminución significativa de la puntuación media de la CDRS.

TOLERANCIA - EFECTOS SECUNDARIOS

La tolerancia general ha sido buena. En el niño y adolescente tratados con Mianserina, las manifestaciones anticolinérgicas son excepcionales:

Sequedad de boca (1 caso), trastornos visuales (1 caso), hipotensión ortostática (1 caso), temblores (1 caso), siendo estos efectos semejantes a los observados en el adulto.

1. Somnolencia

Ha obligado en 5 veces a interrumpir el tratamiento. En otros 17 casos, ha sido ligera y ha molestado poco a los pacientes. Desde que la dosis más importante se recetó de noche los pa-

cientos aquejaron menos somnolencia diurna. Al mismo tiempo, el sueño mejoró. De todas maneras, la somnolencia es pasajera; se produce, sobre todo, durante la primera semana de tratamiento y dependería más de la susceptibilidad individual que de la dosis ingerida.

2. Aumento de peso

NO tiene significación más que en 6 pacientes; uno de ellos ha interrumpido el tratamiento por ese motivo (aumento de 10 kg en 3 meses). El reparto de los sujetos en relación al aumento de peso indica que:

- al 35º día, aumento medio de 2,9 kg (o sea, 5,2% respecto del peso inicial) para 6 sujetos (8%). En cambio se mantuvo el peso para 61 sujetos (92%);
- al 90º día (la muestra no es más que de 66 sujetos y 1 de ellos ha interrumpido el tratamiento), se observa que 5 sujetos han seguido engordando (7%) (siendo el aumento de peso de 5,5 kg o sea 8,8 kg) mientras que 61 (93%) han conservado el peso estable.

Por regla general, el peso adquirido se pierde en unas semanas después de la interrupción del tratamiento. Lejos de ser un inconveniente, este aumento de peso satisface a las familias, aliviándolas al ver al niño deprimido recuperar su apetito y crecimiento ponderal.

3. Asociación de varios efectos secundarios

8 pacientes han presentado varios efectos secundarios, entre ellos, 3 aque-

jaron somnolencia y un aumento moderado de peso. En ningún caso esto llevó a la interrupción del tratamiento.

4. Relación entre los efectos secundarios, la edad y el sexo

No hay relación alguna entre la edad, el sexo y los efectos secundarios, los cuales se distribuyen al azar en toda la población considerada.

CONCLUSION

Este estudio piloto abierto con Mianserina, sobre una serie de 72 niños y adolescentes deprimidos de 8 a 19 años, nos ha permitido constatar una marcada eficacia en el 72% de los casos.

La posología utilizada para los menores de 13 años ha sido de 1 mg/kg/día y de 50 a 60 mg/día para los adolescentes.

Las propiedades de Mianserina son semejantes a las observadas en el adulto: antidepresivo, con un componente ansiolítico y una actividad reguladora del sueño. Los efectos laterales son escasos (no han motivado más que en 6 veces la interrupción del tratamiento) y han sido bien soportados por los pacientes y sus familias.

Por consiguiente, este estudio abierto justifica la realización de otros estudios controlados para confirmar el interés de Mianserina en el tratamiento de las depresiones del niño y adolescente.

CONDUCTAS DE SUICIDIO DEL NIÑO

Prof. J. L. Duche
París (Francia)

Rarísimos son los suicidios cumplidos de niños. Son en cambio, más frecuentes de lo que se piensa generalmente las tentativas efectuadas, las amenazas proferidas y las ideas expresadas.

Pues, si el estudio sobre las conductas de suicidio de los adolescentes es muy numerosa, el estudio sobre estas mismas conductas del niño prepúber aparece muy rudimentario y más frecuentemente confundido con el estudio sobre los adolescentes.

Por eso, hemos pensado que sería oportuno hacer una investigación sobre las conductas de suicidio de los niños prepúberes y nos proponemos analizar 104 casos de esta investigación. Conviene notar que no se trata aquí únicamente de amenazas o remotas ideas

sino de formas distintas y verdaderas de actuar (paso al acto).

¿Cómo llamar esos hechos?: ¿tentativas, deseos, voluntad, auto-destrucción? Quizás... Pero conviene notar que estos actos esbozados no fueron acabados, incluso algunos informes (dossiers) mencionan una reincidencia ulterior acabada.

¿Tentativa de suicidio? ¿Además era cada vez la determinación de quitarse la vida completamente clara y consciente? ¿Chantaje al suicidio, para utilizar una palabra demasiado usada; pues ¿cómo juzgar de la subconsciencia del acto, puesto que no ha concluido? Preferimos utilizar la noción de conducta de suicidio. Este término es «el más adecuado para designar un conjunto de

actos que van del suicidio cumplido a la idea de suicidio próxima del paso al acto» (Crocq).

Comprender esta «conducta de suicidio» no es sólo estudiar los procedimientos utilizados, las circunstancias susceptibles de aparecer como «causas» del paso al acto, es intentar analizar la personalidad del suicida para distinguir primero las modalidades propias de su conducta de auto-destrucción, conducta que puede expresarse de varios modos que van del acto de suicidio verdadero a la sideración de las funciones vitales, al ataque de la integridad corporal, a la búsqueda de acciones peligrosas: juegos, accidentes más o menos provocados, apuestas peligrosas, todas esas conductas ocultando más o menos una propensión a la auto-destrucción.

Se necesitará después reconocer el significado que el niño ha querido dar a su acto o la función que el acto tenía para él (huida o reivindicación por ejemplo), sin olvidar de hacer caso del contexto psicológico.

Nos parece una necesidad completar el estudio clínico con una investigación sociológica del suicidio. Sin embargo, el estudio clínico de casos particulares es el único capaz de permitir la comprensión del ser complejo que es el niño quien se hace a medida que se desarrollan sus capacidades funcionales. Pero el testimonio de éste, como el de su familia, no están exentos de cierta ambigüedad y el estudio clínico sufre necesariamente del aspecto retrospectivo de la biografía. Además sería todo el ambiente familiar y más generalmente el medio económico, social y cultural el que hay que escrutar. La conducta de suicidio tiene su ecología que pasa por el análisis estadístico del hecho de suicidio.

Se pone una primera interrogación: es la existencia misma del fenómeno

del suicidio infantil que conviene probar.

Numerosos autores niegan al niño la posibilidad de querer quitarse la vida así mismo que los conceptos de vida y muerte no están claramente establecidos para él. Antes de los diez años parece muy confusa la concepción de la muerte y uno de estos autores escribía hace poco: «No se podrían considerar como suicidio las muertes de niños pequeños publicadas, a veces, sin esta denominación, las cuales aún parecen tener el aspecto de un acto voluntario no podrían traducir la determinación de quitarse la vida pero sólo la inconsciencia del peligro». Tenemos que tomar parte y desarrollaremos las nociones adquiridas actualmente que tratan de la evolución del sentimiento y del concepto de muerte. A nuestro parecer, no sólo no contradicen la posibilidad de conductas de suicidio en el caso de niños pequeños si no explican las diferentes formas que pueden tener. Luego conviene saber si tenemos que conservar la diferencia entre los suicidios de niños y los suicidios de adolescentes. Tenemos que fijar la atención sobre la insigne rareza de los suicidios de niño si nos referimos a la observación. Pero tenemos que tomar en consideración las prohibiciones y las defensas del adulto tratando de ocultar el acto de suicidio del niño en accidente, conscientemente o subconscientemente, darle una marca benigna y minimizarlo. (Así se podría notar una marca específica del suicidio infantil.)

Así la entidad «suicidio infantil» se define apoyándose sobre los tres puntos siguientes:

- ① la edad: la pubertad constituye un corte primordial y tenemos que limitarnos en este estudio clínico a los niños prepúberes;
- ② la doble especificidad del suicidio infantil viene en primer lugar del con-

texto mismo de la etapa de latencia, pues de la actitud del adulto frente al niño, actitud diferente de la manifestada frente al adolescente;

③ tercer punto: ciertos autores, apoyándose sobre el carácter excepcional del suicidio conocido y registrado para el niño, han asegurado que el pequeño suicida se diferenciaba con marcas patológicas y patentes anomalías de la personalidad. ¿Qué hay que pensar de esta aseveración? ¿Más generalmente se podría definir una personalidad-tipo del joven candidato al suicidio? ¿O está apto para ese tipo de conducta cada niño aunque parezca normal? Si la respuesta es afirmativa ¿cómo es posible? se pregunta el adulto. ¿Cómo abordar tal problema si no se definen los tres actores del drama: el adulto, el niño y la muerte? La pregunta supone la definición de las relaciones establecidas entre los tres protagonistas.

Antes de plantear la cuestión, conviene hacer su historia. El interés hacia el suicidio juvenil es muy reciente. Los primeros estudios datan apenas de unos cien años y son pocos los trabajos consagrados a este tema frente a los trabajos consagrados al suicidio del adulto. Esa historicidad puede ser de mucho interés para intentar discernir el camino seguido por el pensamiento científico que dirigió las investigaciones.

① En origen, los autores tuvieron cuidado de quedarse descriptivos. En 1855, estudios sobre el suicidio infantil de Durand-Furdel insisten sobre el carácter imaginativo que toma muchas veces. Moreau de Tours dedica su tesis a este tema exponiendo el caso de un niño de 5 años. Barbaux pone en evidencia el carácter impulsivo y las reacciones emocionales intensas que habitualmente lo rodean. En todos estos trabajos

que no distinguen además el niño del adolescente, el acento está puesto sobre la emotividad, la impulsividad, la actividad imaginativa, la inestabilidad del humor, del intelecto que dan a las tentativas de suicidio del niño este carácter tan particular.

Pero conviene notar con Deshaies que pertenece a la psicología normal del niño todos esos caracteres y marcan en consecuencia la totalidad de sus actos.

② Después viene una segunda etapa donde los autores se consagran a la búsqueda de factores etiológicos: Gaupp divide los 284 casos de su trabajo en psicópatas, neuróticos y con dificultades de carácter; concluye que del punto de vista psíquico la mayoría de los casos se apartan de la normalidad. May de Bâle insiste sobre las taras hereditarias, el alcoholismo de los padres, y concluye al predominio de los caracteres psicopáticos en sus jóvenes enfermos. Se encuentran las mismas conclusiones en la tesis de Le Moal: sólo 6% de los niños estudiados están exentos de taras, aún después del estudio clínico sólo uno sobre 165 casos pudo reconocerse como probablemente normal.

③ En una tercera etapa, las nociones de ideas, tentativas o chantaje al suicidio están aisladas por los autores. El todo resume el conjunto de los comportamientos de suicidio, mientras que se proyectan paralelamente teorías concerniendo el concepto de muerte para el niño. Deshaies muestra así que «el valor psicológico del suicidio varía con el estado de desarrollo alcanzado por el niño». Esboza una dicotomía entre los comportamientos de suicidio del niño y los del adolescente, los de la niñez resultan sobre todo emocionales y los de la juventud impulsivos.

Los autores se interesan ahora a los motivos profundos del acto de suicidarse para el niño y a la diferenciación de los suicidios de la niñez y de la post-

pubertad. Numerosos autores insisten sobre la rareza de las enfermedades mentales y presentan el acto de suicidio como una reacción a las disociaciones de la familia. Gautier y Sutter señalan el efecto de la carencia de auto-ridad. Schur pone en evidencia la relación entre delincuencia y dificultades escolares.

Veamos ahora las relaciones que mantienen entre ellos el adulto, el niño y la muerte.

Si el adulto se rodea de múltiples defensas delante de la muerte, ¿qué puede decirse de su actitud delante de la desaparición de un niño? Tiene que admitir la muerte del niño como si fuera un castigo. Pero el mito de la total inocencia del niño hace su muerte completamente inaceptable. Además, si la muerte ha regresado delante del progreso de la medicina es sobre todo en la edad infantil y la muerte del niño desde este momento aparece como un escándalo y un fracaso que se callan y que se niegan. Parece que la muerte brutal es particularmente insufrible, sobre todo cuando cae sobre un niño quien parece gozar de una buena salud.

Desde hace un siglo las relaciones del adulto y del niño han cambiado, sea en la familia, sea en la escuela, pero sobre todo en lo que se refiere a la muerte. De ésta, el adulto no habla de la misma manera al niño y eso por varias razones. Era antes la muerte mucho más frecuente y presente: madre muerta durante el parto, niño nacido muerto o en la edad infantil (así la princesa Palatina, Montaigne, no se acuerdan cuántos niños tuvieron) muerte de niños por enfermedades infecciosas. Aunque hoy apartan los niños del luto (y que poca gente se pone luto) sobre todo en las ciudades, en los siglos pasados la muerte era «un ceremonial público que el difunto presidía» (Ariès) y la cohesión del grupo social prohibía

que se apartasen completamente los niños; lo que notamos de la actitud de los padres tiene su continuación en la escuela y nada es tan revelador como el libro escolar: muertas heroicas de Bará, de Viola, de Gavroche, muerte de niños descrita con complacencia en los libros de niños, libros de cuentos, libros de la biblioteca rosa. Abundan los ejemplos. ¿Qué queda de esa danza fúnebre en los libros escolares de hoy? La caída es rápida: de 20% en los libros impresos entre 1957 y 1967 pasa a menos de 10% en los libros publicados después.

Menos afrontados a la muerte que antes (Flaubert, de niño, trepado a la parrá, miraba curiosamente los cadáveres que disecaba su padre), los niños de hoy encuentran sólo la muerte sobre la pantalla de la televisión: western, películas policíacas, telediario que se mira comiendo. «Se hace de la muerte un espectáculo, contorta, pues se convierte en ficción. Los muertos son los otros» (J. Duquesne).

Por ciertos autores la noción de muerte aparece más tarde porque tiene que ver con la pedagogía, y depende de factores empíricos, sociológicos y biológicos relacionados a la maduración. Según Heuyer y Coll «la noción de muerte no resulta innata, ni instintiva pero se adquiere y es de origen social». Para otros, tal modo de ver mantiene la confusión entre el sentimiento de la muerte y su concepto. La noción no se puede dar más que a los que tienen la experiencia. Es decir, que la angustia de muerte como experiencia previa fundadora del vivido de la muerte se encuentra en los orígenes mismos de la conciencia y duerme en el niño. No se podrían ver diferencias entre esa experiencia primitiva y la aparición tardía de la conceptualidad, la expresión de las defensas del niño, las represiones del adulto y cierta torpeza ideov-erbal. Según Heuyer y Coll, en un pri-

mer tiempo el niño niega que puede existir la muerte. En un segundo tiempo la concibe como una desaparición provisional, una ausencia, una enfermedad que sólo interesa los ancianos y presenta un carácter reversible.

Cerca de los nueve años, una nueva etapa está cubierta: se entiende la muerte como interesando primero las personas neutrales, después sus parientes y, en fin, ellos mismos. Los niños quedarían protegidos mucho tiempo y además la muerte no sería definitiva. «Entiendo que mi padre está muerto, pero no puedo entender por qué no llega para la cena» decía a Freud un niño de 10 años inteligentísimo, después de la muerte súbita de su padre.

Está cubierta la cuarta etapa a una edad variable, durante la adolescencia.

Parece que es menos el difunto, que el conjunto de los elementos del luto que fija la atención del niño y produce en él la necesidad de participación y además de imitación. No se puede aún quedarse a las solas representaciones verbales y conceptuadas de la muerte que puede expresar el niño mientras que la experiencia clínica nos muestra muchas veces la importancia antes de los 6 años de la angustia y de la noción difusa de muerte. La experiencia de esta angustia, ese sentimiento de nada o de la nada, empieza cuando el niño toma consciencia de su existencia, es decir, muy tempranamente. Para suprimir la angustia, el niño niega que la muerte le puede coger así como a sus padres que tanto le harían falta. Cuando delante de lo que sucede se determina a admitirla es para considerarla como una enfermedad que se cura. Si se atribuye inmortalidad, si lleva cuidado de negarla, es que es tan fuerte la angustia que se esconde con estos artificios (A. Freud).

A esta defensa fundamental sucede un acto anticipador del riesgo por el

cual el niño se identifica al agresor e intenta dejar de mitificar la muerte. El niño temerario parece utilizar esos medios de defensa. Estudiando el ambiente y la psiché de los jóvenes accidentados pareció que este acontecimiento, al parecer fortuito, era en realidad sostenido por una ansiedad fuertísima. Es durante la etapa de latencia que el niño puede adquirir el concepto de muerte, entonces puede expresar lo que antes era no sólo indecible, pero además, cubierto de defensas infranqueables y de prohibiciones insuperables.

Por falta de condiciones afectivas suficientes permitiendo su evolución este proceso de elaboración del concepto de muerte podrá enviarse para llegar mejor a la elaboración de fantasmas y de pasajes al auto y hetero agresivos.

Puede decirse que esas conductas son el resultado de un defecto de elaboración del concepto de muerte y la experiencia clínica nos enseña a reconocer en los niños agresivos y con tendencias de suicidio todas las estigmas de una inmadurez. Por el escándalo suscitado, el suicidio del niño no se admite. Hemos visto cómo ciertos autores niegan la posibilidad y cómo la familia transforma, cuando lo puede, el trágico acontecimiento en accidente. Los análisis clínicos y estadísticos lo demostrarán claramente. Por otra parte, hay que tener prudencia con la publicidad del asunto. Pues en un ambiente de sueño y de exaltación esos actos pueden servir de ejemplo y multiplicarse por contagio. La única evocación del suicidio infantil admitida por el público es la que propone la literatura por el alejamiento que mantiene; se tiene que notar todavía que las narraciones de suicidio de adolescentes abundan pero que los suicidios de niños son rarísimos.

¿El adulto, siendo tan reservado sobre el tema del suicidio infantil, cómo podría el niño hablar de ello? Sus pa-

dres han hecho todo lo posible para apartar de él la imagen de la muerte. ¿Cómo podrían evocar delante de él la auto-destrucción?, ¿quién podría permitirse investigar entre los niños sobre este tema? El peligro de contagio de la idea de suicidio es una realidad. Por fin, el niño no llegaría a determinar fácilmente lo que puede pensar del suicidio, mientras que muchas veces anuncia la amenaza. ¿Cuál realidad se esconde detrás de esta provocación? Si se repite demasiado, los padres no se fijan y un día, de golpe, con un pretexto fútil adviene el paso al acto; es decir, que sólo podemos recoger informaciones del testimonio de los suicidas que su tentativa condujo al hospital.

Nuestro estudio se refiere a 103 casos: No tenemos ningún medio para evaluar la representatividad de esta muestra estadística; 103 casos parece poco para sacar conclusiones estadísticas. Sin embargo, no tenemos que olvidar que el suicidio infantil no tiene una clientela muy grande, y la mortalidad imputable al suicidio ha sido contada sobre un período de diez años, es decir, 193 casos en Francia. Entonces la muestra constituida tendría que aparecer bastante coherente, pues comporta la totalidad de los casos encontrados en un gran Servicio durante un período importante (1948-1972).

Estudiaremos sucesivamente:

- la dimensión personal del sujeto, sexo, edad, coeficiente intelectual;
- la dimensión social: situación entre los hermanos, el ambiente familiar y la herencia;
- cuántas tentativas de suicidios;
- las técnicas usadas para estas tentativas.

Los 103 casos se componen de 74 niños y 29 niñas cuyas representan 28,1% de la muestra. Esto correspon-

de bien a lo que fue observado por otra parte. Siempre están las niñas menos concernidas que los niños en la edad infantil. La edad de los niños va de 5 años por el más joven a los 12 años, pues habíamos decidido limitar nuestra investigación a los niños prepúberes. La repartición de los coeficientes intelectuales está conforme con la curva de Gauss (modal y un poco inferior a 100 por los niños y bi-modal por las niñas); lo que confirma el carácter normal y representativa de la muestra escogida.

Nos hemos fijado en la dimensión familiar y la situación entre los hermanos. Están más representados los niños de familias numerosas. Si tenemos en cuenta las familias observadas 7 sobre 53 tienen 6 hijos por lo menos, pero una sobre cinco familias tiene hijo único. Muchas veces la familia está incompleta y disociada. Se cuenta 7 padres y 3 madres fallecidos, 6 madres divorciadas, pues casadas de nuevo, y numerosos casos de concubinage. La vida de la familia resulta muy difícil por 20 padres y 20 madres donde encontramos 11 etílicos y 12 depresivas.

Tratamos ahora, por lo que se refiere a las tentativas, de la muestra completa. Sobre 103 niños, 74 han hecho sólo una tentativa (51 niños, 23 niñas), 29 niños han hecho varias tentativas (en totalidad 73), es decir, que los 103 niños observados han hecho 147 tentativas. Esas 147 tentativas que acumulan los 103 niños de ambos sexos comportan en primer lugar una manera brutal que se puede interpretar como una acción impulsiva:

- echándose por la ventana (44 tentativas);
- intoxicaciones (38 tentativas), sobre todo con medicamentos;
- estrangulación y ahorcamiento (14 tentativas);
- flebotomía (15 tentativas);

- echándose debajo de un coche (8 tentativas);
- varios (9 tentativas).

Las formas se diferencian según el sexo. Las formas masculinas las más típicas son: el ahorcamiento, la flebotomía y el echarse por la ventana. Las formas femeninas las más corrientes son: el echarse debajo de un coche, el gas, la intoxicación y la estrangulación. El análisis de los varios datos pone en evidencia que el echarse por la ventana en el caso del niño y el echarse debajo de un coche en el caso de la niña, son las técnicas que eligen los menos dotados y los más jóvenes. Se trata de actos que la rabia puede estallar y que necesitan poca preparación. Mientras que por atender a la función respiratoria sea por ahorcamiento y estrangulación o sea por gas y sumersión necesita una representación más elaborada de los actos que se tienen que cumplir, de sus consecuencias así que cierta preparación material. Parece esencial insistir sobre la doble dificultad de reconocer las modalidades del paso al acto: dificultad a nivel del acto mismo pues hemos notado en nuestra muestra la gama completa de las formas de conductas de suicidio de la más arcaica a la más consciente así que formas complejas e intrincadas que se clasifican con dificultad. Es a veces difícil apreciar el nivel de determinación y sobre todo el valor de la explicación dada. Se encuentra otra dificultad al nivel de la consciencia y sobre todo de la explicación al momento del testimonio ulterior de los niños.

Hay quien no quiere o no puede hablar claramente del acto cumplido, pero hay más: así entre los que han tomado medicamentos en semejantes situaciones de suicidio, uno dirá haber pensado tomar caramelos, otro haber buscado el sueño y otro no tendrá co-

nocimiento de los que ha hecho y sólo podrá clarificarlo dentro de una psicoterapia; mientras otro declarará su intento. Todo eso hace difícil nuestra interpretación. Acordémonos del caso de un niño particularmente apto a clarificar su hecho, un hijo de Freud: se puso en una rabia violenta porque querían dejarle acostado, y hasta amenazó suicidarse para hacer como aquellos cuyo suicidio había leído en los periódicos: «de noche me enseñó un hematoma que tenía en el pecho en consecuencia de un golpe sobre la cerradura de la puerta». A la pregunta irónica ¿por qué hicistes eso y qué querías hacer? respondió súbitamente iluminado “era la tentativa de suicidio de la que le había amenazado por la mañana”. Tengo que añadir que no me acuerdo haber hablado delante de mis hijos de mis ideas tratando de las mutilaciones voluntarias. El relato de este incidente se encuentra en *Psicopatología de la vida cotidiana* para ilustrar la automutilación y el suicidio semi-intencional. Frente a los suicidios de sujetos de más edad parece que la originalidad fundamental de la conducta de suicidio viene de la pluralidad de esas modalidades.

Estas plantean la cuestión difícil de las fronteras entre conductas de suicidio y otras conductas mórbidas quienes ciertos autores llaman equivalente-suicidio o para-suicidio (Deshaies). Aunque la limitación de las fronteras sea difícil y un tanto arbitraria, hemos dividido esquemáticamente las modalidades del paso al acto en:

- sideración de las funciones vitales;
- ataque de la integridad corporal;
- acciones peligrosas como: juegos, accidentes, actos desproporcionados;
- actos de suicidio patentes.

La forma más arcaica nos parecic

ser una especie de sideración de las funciones vitales, es decir, el rechazo de satisfacer necesidades vitales, principalmente las de la comida. Hemos sólo retenido las observaciones donde la negación de alimentarse ha constituido el primer acto de una conducta de suicidio, confirmada posteriormente por un pasaje al acto más elaborado. No se trata sólo de anorexia, la cual en el caso sea del niño sea del adolescente, podría tener otro significado. Se pueden observar todos los grados de sideración: además de la poca gana de comer muy frecuente y junta a otras conductas, pueden notarse: el deseo de estar enfermo, negar alimentarse hasta alterar el estado general acompañado de manifestaciones psicósomáticas o hipocondríacas hasta una inapetencia total.

Nos fijaremos en la observación de Daniel por el cual la sideración de la función vital no es sólo una forma de intento pero la única posibilidad para actuar su determinación. Daniel está hospitalizado por conductas de suicidio reiteradas. Sus perturbaciones familiares resultan banales. Su madre se ha casado de nuevo y dos hijos nacieron de esta unión. Desde los cuatro años, Daniel se manifiesta con numerosas conductas, las cuales se podrían considerar como accidentes. Se tomará una botella de tinta y muchos otros líquidos empleados para limpiar, hasta el momento donde justificará su intención de morir, intentando muchas veces echarse debajo de coches. Está entonces hospitalizado y le tratan con cuidados intensivos (maternage) y con una psicoterapia. Su estado va mejorándose hasta que vuelve a amenazar e intentar echarse por la ventana. Se intenta organizar su vida en una familia especializada (famille d'Accueil). Todo parece bien, pero sus padres no admiten la situación y Daniel entra de nuevo en el hospital. Habla sin descanso de muer-

te y si el paso al acto es imposible por causa de la vigilancia, se deja morir de hambre al punto que su estado necesita que le reanimen. Es Daniel un niño inteligente, no es su contacto el de un psicótico. Parece padecer de una neurosis de angustia gravísima.

Desde esta observación, así que otras similares en que no se puede dudar de la intención de muerte, pensamos que tendencias de suicidio pueden manifestarse con este único tipo de conducta, lo que nos incita a examinar la significación profunda de ciertas anorexias y también de ciertas manifestaciones psicósomáticas o hipocondríacas.

Por ataque de la integridad corporal tenemos que entender una automutilación con significado de intento de suicidio, un suicidio incompleto en cierto modo. Sin duda alguna, ciertas automutilaciones tienen que interpretarse al revés como un sacrificio. Pues consisten en sacrificar un órgano para tener salva la vida. Pero, otras formas de auto-agresividad, heridas varias, picaduras o ingestión de productos peligrosos traducen a menudo tendencias auto-agresivas fracasadas, relativas a una parte del cuerpo. El hecho que estas conductas sean acompañadas de otras formas de paso al acto asegura que se trata de una conducta de suicidio.

En medio de varias observaciones, tomaremos la de Gilbert, 12 años, primogénito de una familia unida de tres hijos. A los nueve años muere su madre, víctima de una accidente de circulación. Desde entonces la idea de muerte y de suicidio obsesiona Gilbert. Cuatro meses después del fallecimiento de su madre hace una tentativa de suicidio, ingiriendo Gardenal, medicamento que tomaba regularmente su madre epiléptica. «Yo era su preferido, tengo su enfermedad.» Mantiene un hematoma de la rodilla (se tiene que notar que

las crisis de su madre empezaban con una caída sobre las rodillas). Durante su hospitalización, se notaron varias veces marcas de cortaduras en las muñecas. Cuatro meses después de su primera y verdadera tentativa hace de nuevo otra tentativa con Tofranil.

Las acciones peligrosas recuerdan la noción de apuesta que ya hemos desarrollado en un estudio sobre las tentativas de suicidio de adolescentes. Todo ocurre como si el niño se dejaba llevar por su destino; se abandona a la inspiración del momento presente, haciendo la suerte lo demás. Sea por dificultades pasajeras, sea seducido momentáneamente por lo atractivo de lo desconocido, el niño más frágil a causa de las experiencias anteriores pasa de repente al acto. Numerosos son los niños a quienes les gusta familiarizarse con el peligro antes de desafiarse. El juego a la orilla del río, el paseo de barca conocido como peligroso, el paseo solitario del cual espera algún susto a la cruzada del camino, sin saber si podrá volver atrás, la satisfacción sentida en la ventana manteniéndose en equilibrio precario encima del vacío, tales son las situaciones muy buscadas por esos niños, las cuales los conducirán al paso al acto.

Uno de los niños dirá hablando de su acción «nada tenía que perder y nada que ganar». Tienen que ser distinguidas tres conductas, incluyendo varios grados de apuestas: la seguida de un juego, la actitud que ocasiona necesariamente el accidente, por fin, el acto desproporcionado.

Es para jugar que Helène, 8 años, se divierte tomando medicamentos como si fueran dulces. hasta el coma. Su madre acredita esta tesis. Geraldine, 10 años, se divierte ahorcándose. Cierto es el juego macabro, pero los padres le juzgan anodino. Todavía ideas de suicidio aparecen en sus pruebas psico-

técnicas y proyectivas. Parece un juego ¿pero qué decir de un juego del cual no resulta la función esencial que se le atribuye generalmente? Esta función, según Freud, permite volver a vivir en el imaginario una situación dolorosamente vivida y permite la transferencia al nivel simbólico de los problemas verdaderos. De otro modo, el juego garantiza la protección contra una realidad amenazadora; permite vivir sin peligro las situaciones más funestas. A defecto de comportar la posibilidad de fingir, las conductas precedentes se alejan mucho del juego.

André, 11 años, nos permite ilustrar la transición entre juego y accidente. En efecto, ante su tentativa de suicidio por ahorcamiento, le gustaba ligarse con cuerdas y cuerdecitas. Sus padres, tanto a la familia como a él mismo acreditaron la tesis del accidente al final de un juego. La psicoterapia sola, le revelará sus proyectos de suicidio. Así hemos recogido numerosas observaciones de niños que van multiplicando los accidentes antes de pasar al acto. Esas conductas accidentales ya justificarían a ellas solas un estudio. El análisis estadístico muestra, por lo demás, una relación cierta entre suicidios y accidentes. Ciertos estudios aseguran que los accidentes tienen generalmente una relación con las particularidades del ambiente familiar.

Una investigación efectuada en el Centro médico del Hospital de niños de Boston señala claramente que los conflictos familiares aumentan la predisposición a los accidentes. En los casos que tenemos, se han notado situaciones similares; sin duda alguna, esas situaciones contribuyen al estallido de la conducta de suicidio. Así, peligrosas o inhábiles, las conductas que producen el accidente no son el fruto de la suerte pero son la consecuencia de la inseguridad y del estado precario encontra-

do antes. Pues el niño deja de preservarse con los mecanismos de defensa elementales; notamos que estos casos no son admitidos por los adultos, quienes no oyen el grito del niño a causa de sus propias defensas. Por falta de obtener una respuesta, el niño corre el riesgo de hacer un «paso al acto» más afirmado.

Sucede que la torpeza y la ignorancia parecen haber engendrado actos peligrosos, por ejemplo la ingestión exagerada de somníferos. Sin embargo, cuando se trata de muchachos advertidos, es imposible atribuir a la ignorancia la absorción de una gran cantidad de medicamentos. Hemos recogido dos observaciones que muestran cuán difícil es descubrir los intentos de suicidio en el niño. Un niño de 11 años sólo lo dejará parecer durante la obnubilación post-coma y la recusará después: «quería sólo dormir y no pensar». Un niña de 12 años, con más defensas, tomará consciencia de la significación de su acto durante su psicoterapia.

Además podemos observar actos de suicidio verdaderos que su autor y la familia deben reconocer como tales. Así este niño de 12 años, nacido en un ambiente particularmente desfavorable, el cual para escapar al asilo que le parece insoportable, toma la resolución de quitarse la vida, traga numerosos comprimidos de barbitúricos y espera la muerte con paciencia. Así, Roland, 12 años, cansado de los malos tratos de su madre (la cual ha conducido su marido al suicidio) decide, dos años después del fallecimiento de éste, ahorcarse con cable eléctrico.

En suma, el rechazo de alimentarse, las heridas contra sí mismo, la seguida de acciones peligrosas, son modalidades del paso al acto más o menos elaboradas y habladas. Todo llega como si esta tendencia autodestructiva estaba tan controlada que el niño podía re-

latarla. Muchos niños no tienen la posibilidad de expresar su angustia, tanto a causa de su edad que por falta de escucha. Por eso, tenemos que quedar particularmente vigilantes y admitir que ciertos actos tengan un significado de suicidio, aunque la idea sea insoportable para nosotros. Sin embargo esas formas de abandono, de juego o de accidentes nos parecen características del suicidio infantil. Tenemos que guardarnos de considerar como equivalentes de suicidios todas las afecciones psicossomáticas, todos los accidentes, todas las automutilaciones.

El significado del acto de suicidio resulta particular en el niño. Cumple, en cierto modo, una función y responde a una necesidad imprecisa y latente; sin prohibir formas de pasaje o de asociación entre ellos, se individualizan cuatro tipos principales.

La primera función a la cual corresponde el acto de suicidio es la huida o la depresión reaccional. ¿Cuántas veces están mezcladas, en algunos niños, fugas y tentativas de suicidio? Unos temen el castigo, quien la faena, quien la sevicia corporal, pero detrás de este miedo, se perfila una angustia más profunda, la cual con un mecanismo de traslado se fija sobre un hecho al parecer muy benigno.

Recordaremos aquí que mientras la futilidad del motivo de origen puede ser un acto que conduce a la muerte, lo que prueba, si es aún necesario la profundidad de la angustia subyacente. Mencionaremos, a propósito de eso, un niño de 10 años, el cual se quitó la vida de un tiro después de un castigo que pensaba merecido. Por extensión, mencionaremos casos de niños confrontados a la enfermedad o una enfermedad crónica; por falta de poder organizar defensas elaboradas, a causa de malas condiciones familiares, su único recurso es la huida. Mencionaremos, a pro-

pósito de eso, las observaciones de niños habiendo intentado suicidarse, niños afligidos quien de una división palatina y de una sordomudez, quien de una cecidad, quien de un estrabismo, quien por fin de una enfermedad de «tics de Gilles de La Tourette». Recordamos que, tratando de esta última enfermedad, Alliez y Odon escriben que frente al carácter mórbido y crónico de su enfermedad, ciertos pacientes eligen el suicidio.

La segunda función del acto se resuelve en una llamada y particularmente reivindicación afectiva. Pero conviene notar cuán numerosas se encuentran las conductas infantiles teniendo significación de llamada. Es después de ésta, si no fuera entendida, que aparecerá la tentativa de suicidio.

Encontramos de nuevo aquí casos de niños con carencias afectivas o fantasmáticas, por ejemplo, los niños que están o piensan estar suplantados en el corazón de su madre por un hermano o una hermana. André, 11 años, decía a su madre, cuando su hermano pequeño volvió a casa: «sepárate de Jean-Claude o me voy». Después no dejó de solicitar la atención de su madre: «voy a suicidarme y verás cómo vas a llorar» y pasó al acto absorbiendo un frasco de Valium.

Otros tienen una reivindicación afectiva más difusa, condicionada por numerosos «placements» (cambiar el niño de familia), y la tentativa de suicidio es el último grito que hacen a otro desde mucho tiempo inexistente.

La tercera función es permitir al niño asumir los fantasmas de castigo o de agresividad que tiene en él. Determinante en ese caso, es la noción que puede tener de la muerte, asimilada a un castigo que cae, a veces sobre él que llama o a veces por el juego de las culpabilidades sobre su familia: ¡Cuántos niños sueñan su suicidio, el luto y

la culpabilidad de sus padres! Así, ciertos actos de suicidio de niños pueden significar una agresión.

La función de un cuarto tipo de suicidio es satisfacer el deseo de reunirse a un ser perdido. Así procede esta conducta del pensamiento mágico característico de esa edad. Se trata para el niño de anihilar la muerte del otro e imaginar, por otra parte, que la muerte no quiere de él.

Georges, 9 años, puesto en un asilo de huérfanos, después del fallecimiento de su madre, toma medicamentos para reunirse con ella; mismo ruego de Gerard, 9 años, que intenta echarse a la vía férrea. Parece la imitación acercarse del mismo mecanismo de anihilación y derivar del pensamiento mágico del niño: la muerte del otro ya es negada, desde entonces que puede imitarse. Mencionaremos, en esa perspectiva, una observación de Durand Fardel: «Un niño de 10 años, el 2 de julio de 1847, seguía el entierro de un compañero de 11 años, hijo de un campesino, el cual se había ahorcado sin motivo aparente, detrás de la puerta de la bodega. Después del entierro hizo esta reflexión a la cual los padres no dieron atención al momento: «tendré que ahorcarme también». El 6 de julio le encontraron ahorcado en la bodega de sus padres». Por ser menos dramáticas, podremos encontrar semejanzas con tres de nuestras observaciones.

Entonces nos parece que estas funciones son características de las conductas de suicidio del niño, las cuales aún parecen benignas o de poca autenticidad tienen un significado que se necesita descubrir. El hecho común a todas las observaciones es la inseguridad de la primera infancia: «placements» (cambiar el niño de familia) mostrando el rechazo maternal por incapacidad física o moral a cuidar el niño, problemas paternos por etilismo, crueldad o pasi-

vidad, sin olvidar la irrupción de la muerte de cualquier miembro de la familia: Eso es la trama sobre la cual se escribe la historia individual del niño suicida. Todos esos acontecimientos son factores que favorecen una mala integración del impulso (instinto de muerte) en la economía del impulso. Tomará así cierta autonomía permitiendo su emergencia paralelamente a la descarga motriz del pasaje al acto. Todo esto se traduce por una dificultad profunda de la manipulación de la agresividad: víctimas de agresiones físicas o morales, la violencia es para ellos la única salida de relación posible. El niño ataca a los otros y es el triste desfile de actos sádicos, crueles y delictuosos. Todavía es a los otros que se dirige cuando elige atacarse. El niño intenta matarse, y es contra el mal objeto introducido (introjecté) que va dirigida su agresividad. El niño odia y quiere al objeto que se le escapa y por el juego de la culpabilidad, escoge sentirse malo y travieso antes de admitir que sus padres lo sean.

Sobreviene el paso al acto en este contexto. Inesperado, brutal, sorprendente, refleja la impulsividad y la hiperemotividad del niño, manifiesta los impulsos destructivos latentes y la consecuencia de la imposibilidad del niño a hablar. El acto de suicidio sobreviene cuando se produce la liberación brutal y simultánea del instinto de muerte y del intento de paso al acto. El hecho que origina es generalmente menor, interpretado por el medio como un acto de poca autenticidad, pero en él, se cristalizan todas las frustraciones anteriores. Capitaliza la suma de las experiencias difíciles vividas antes. El niño no habla. ¡Actúa!

Estas experiencias contribuyen a la formación de un tipo de personalidad que se podría caracterizar por:

1. Dificultades del carácter que se re-

lacionan con el carácter difuminado y arcaico de la angustia muy diferente de la angustia de castración; no es el falo que defiende el niño sino su piel.

2. Dificultad de reactualizar lo vivido, que se traduce por importantes carencias instrumentales. Aquí encontramos un carácter común a las afecciones psicosomáticas y a la delincuencia, las dos asociadas a las conductas de suicidio en nuestras observaciones.
3. Dificultades de la constitución del YO que la estructura arcaica hace intolerante a las frustraciones. El YO está también caracterizado por la debilidad de sus mecanismos de defensa.

Pero, todo esto, no es característico de la personalidad del joven suicida. Hay que notar con qué frecuencia encontramos estas señales patológicas en otras afecciones psicológicas de la niñez, como la delincuencia o las carencias psicosomáticas. Para apoyar esta afirmación, en los raros casos que hemos obtenido resultados sobre la evolución de niños suicidas, hemos podido ver que ciertos evolucionaban a la delincuencia y otros padecían de afecciones psicosomáticas.

Si bien la organización psíquica no parece ser específica de la conducta de suicidio del niño, se puede pensar que es una barrera al proceso normal de la evolución afectiva del niño, y favorecerá la regresión masiva necesaria a la elaboración del acto de suicidio, a lo que se añade la noción particular que el niño puede tener de la muerte.

Es natural si se considera que la personalidad del niño está caracterizada por la debilidad de sus defensas que hemos encontrado pocas neurosis y psicosis constituidas. Hemos notado un caso de histeria de conversión: Martine,

10 años, con enuresis y encopresis, tiene hace dos años una afonía después de una operación del apéndice. Después de esta afonía sobreviene una hemiparesia de origen histérico. Martine tiene un contacto típicamente histérico y su neurosis aparece sólidamente estructurada.

Hemos retenido primero el caso de un niño de 10 años con una neurosis obsesiva muy estructurada, intentando echarse por la ventana; en segundo, cinco observaciones de niños prepsicóticos y algunos casos con más o menos epilepsia aunque ninguno sea considerado como equivalente comicial.

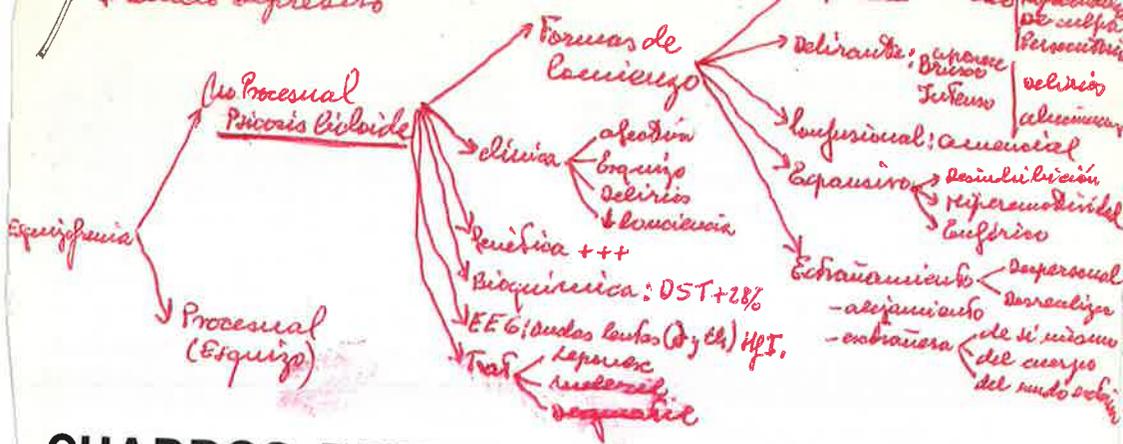
Por fin, hemos intentado completar este estudio de las tendencias y conductas de suicidio del niño por un examen del hecho de suicidio. Estábamos incitados por el análisis clínico que reconocía una similitud de las experiencias psicológicas influenciadas por situaciones familiares difíciles.

La relación entre suicidio y accidente ha sido estudiada, todo conducía a esto: la gran semejanza de las personalidades que toman muchos riesgos:

conductas peligrosas o delincuencia. Un estudio estadístico de los fallecimientos comportando algunos errores, como la de cambiar suicidios en accidentes después de la intervención de las familias, permitió establecer una relación entre fallecimientos por suicidio y fallecimientos accidentales.

Para concluir, pensamos haber mostrado la autenticidad de conductas que, a priori, no podrían ser reconocidas como tales. El clínico tiene que quedar vigilante para descubrir un indicio, fuese anodino, que podría esconder conductas de suicidio: Juegos macabros, accidentes repetidos necesitan una atención particular.

Insistiré sobre el interés de estudios pluridisciplinares. Las conductas de suicidio no están aisladas de su medio y los varios participantes de las ciencias sociales: psicólogos, sociólogos, geógrafos, trabajadores sociales, tienen que hacer conocer este medio. Hechos generales no llevan la atención del médico que ellos pueden notar. Al médico de llamar la atención sobre hechos particulares y contribuir a una buena interpretación.



CUADROS DEPRESIVOS JUVENILES COMO FORMAS DE COMIENZO DE LAS PSICOSIS CICLOIDES

Por: D. Barcia, L. López, M. Galiana y M. E. Ruiz
 Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia. Director: Prof. D. Barcia.

*Revista de Neuropsiquiatria infantil
 Organo oficial de la Asociación española de
 Neuropsiquiatria infantil-juvenil
 Año 1984 - N° 3 Volumen II*

En anteriores publicaciones hemos expresado nuestro punto de vista referente a la pertinencia de considerar dentro de las psicosis esquizofrénicas dos grupos claramente diferenciados.

En este sentido coincidimos con los puntos de vista de la escuela escandinava y pensamos en la existencia de una forma «procesual» de la esquizofrenia tendente a la dementación al que se opone otro grupo o forma «no procesual» que cursa con fases y en el que raramente se llega a un serio deterioro.

En este sentido y reuniendo numerosos trabajos de la literatura (1) encontramos que entre 1.720 casos seguidos más de 10 años, hubo adecuada recuperación en 429, es decir, el 25%; cierta mejoría en 520 casos, el 30%, mien-

tras que el cuadro era inmodificable en el 45%. Estos pacientes podían ser diagnosticados como «procesuales».

Por el contrario entre los enfermos esquizofrénicos «no procesuales» también seguidos durante más de 10 años se advirtió que entre 285 observaciones, hubo recuperación en 135, es decir, el 47% y mejoría en 109, esto es en el 39%, permaneciendo únicamente sin modificar 41 casos, por tanto el 14%.

Desde hace años en nuestro Departamento venimos trabajando especialmente en caracterizar este grupo «no procesual» desde diferentes perspectivas:

1. Clínicamente presentan una sintomatología muy abigarrada, en donde se

BIBLIOGRAFIA

1. BARCIA, D.: «Bases neurofisiológicas de las psicosis atípicas». En *Planteamiento actual de las Psicosis*. III Symposium Internacional, dir. A. Rego, Martorell, 1983.
2. BARCIA, D.: «Psicosis marginales». En *Psiquiatría*. Dir. C. Ruiz Ogara, J. J. López Ibor y D. Barcia, Toray, Barcelona, 1982.
3. BARCIA, D.; GALIANA, M.; RUIZ, M. E. y LOPEZ, L.: «Evolución de las psicosis esquizofrénicas institucionalizadas». Actas del Congreso Nacional de Psiquiatría. Valladolid, 1981.
4. BARCIA, D.; MARTINEZ, A.; MUÑOZ, R.; GALIANA, M.; RUIZ, M. E.; LOPEZ, L. y LLOR, M. C.: «Nuestra experiencia con el test de supresión de Dexametasona (DST) en Psicosis no depresivas. Estudio preliminar». *Psiquis*, 1982, 6, 40-45.
5. BARCIA, D.; RAMON, J. L.; GALIANA, M.; RUIZ, M. E.; LOPEZ, L.; GARCIA, A.; MUÑOZ, R. y LLOR, M. C.: «Coherencia interhemisférica en esquizofrénicos. Modificación por neurolepticos. Estudio preliminar». *Folia Neoropsiq.*, 1983, 18, 29-45.
6. BARCIA, J. L.; BARCIA, D. y ROLDAN, P.: «Personal technique for localization of foci in epileptic Psychoses». Abstracts of the VII World Congress of Psychiatry. Viena, 1983.

PERSONALIDAD DEPRESIVA: PLANTEAMIENTO ACTUAL DESDE LA PSICOLOGIA ATRIBUCIONAL *

Dr. A. Polaino-Lorente

Catedrático de Psicopatología. Universidad Complutense.

* Comunicación al Symposium Internacional sobre Avances en depresiones infantiles. Sevilla, febrero 1983.

Sevilla, febrero 1983.

La personalidad pre-depresiva tiene un lejano pasado y una breve historia. En el pasado sus raíces hay que buscarlas en las multiseculares hipótesis constitucionalistas de la enfermedad depresiva, hipótesis de las que me he ocupado por extenso en otra publicación (Polaino-Lorente, 1983), por lo que remito allí al interesado lector.

En la historia de este término las hipótesis constitucionalistas, como era de esperar, hicieron sentir su peso. La personalidad depresiva y/o pre-depresiva ha llegado hasta nosotros como un legado de la antigüedad, en el que junto a brillantes intuiciones, no faltan tampoco inferencias y constructos de muy difícil verificación.

Iniciaré esta exposición tomando

como referencia base el punto de vista de Bumke (1946). Hay dos razones que legitiman esta decisión. En primer lugar, la vinculación entre la denominada personalidad pre-depresiva y el punto de vista constitucionalista sostenido por el autor; en segundo lugar, el dato nada irrelevante de que la casi totalidad de los psiquiatras españoles de una generación, sociológicamente muy importante para la historia de la psiquiatría española, se formaron con la lectura de esta obra.

«En este capítulo —escribe Bumke— vamos a ocuparnos de todos los trastornos afectivos cuya causa última reside en una determinada *disposición hereditaria*: la constitución pícnica-timopática» (Bumke, 1946, p. 326).

En la sistemática de los trastornos afectivos, hay dos entidades que Bumke vincula con un determinado tipo de constitución: la distimia y la depresión reactiva. Es también importante la dependencia constitucional en la distimia, pues el autor emplea, alternativamente, este término o el de *depresión constitucional*. El excesivo énfasis en lo constitucional llega al extremo de alabar y prestar su apellido a un supuesto tipo de depresión.

Algo parecido sucede respecto de las depresiones reactivas, a las que acabará Bumke por superponer y casi identificar con las distimias. Leamos sus palabras: «como quiera que la mayoría de los hombres no responden ni aún a las connotaciones afectivas más graves en tales depresiones, tenemos que suponer que en los casos en que éstas se producen debe existir siempre alguna causa constitucional. Esta constitución no es *necesario* que sea precisamente timopática, aunque lo es frecuentemente, y en estos casos las distimias reactivas no se pueden separar psicológicamente ni clínicamente de aquellas que *sin* ninguna causa psíquica exterior surgen simplemente de la constitución timopática» (*Ibid.*, p. 326).

Las hipótesis constitucionalistas, en la medida que pierden eficacia explicativa, se van transformando en las vagas características de un supuesto tipo de personalidad. Aparecen así las denominadas personalidades premórbidas. Pero bajo el nuevo concepto subyacen las viejas e idénticas hipótesis constitucionalistas. En el fondo de este constructo está latiendo una vieja aspiración clínica: de comprobarse que a determinadas patologías corresponden determinados tipos de personalidad, una vez identificadas éstas, podría predecirse el riesgo, la vulnerabilidad e incluso una cierta determinación al padecimiento de aquéllas. Este planteamiento, tan utópi-

co como audaz, esconde, sin embargo, dos importantes errores: el primero consiste en sustanciar la supuesta personalidad pre-mórbida como una entidad patológica *per se*, que, aunque con manifestaciones depresivas subclínicas o no, permanecería estructural y estáticamente alterada; el segundo error que se concita en el anterior constructo consiste en construir desde la patología, un modelo de personalidad supuestamente patológico; es decir, el agrupamiento de síntomas patológicos específicos de la depresión, consecuentemente diluidos y atenuados en su intensidad, servirían de elementos estructurales al servicio del constructivismo de la supuesta personalidad pre-depresiva.

Kraepelin (1913), Kretschmer (1921), Bleuler (1922), en el ámbito de la psiquiatría clásica y Abraham (1916) y Freud (1917), en el contexto psicoanalítico, constituyen un elenco suficientemente representativo, aunque de muy variada significación, respecto de lo que a principio de siglo se entendió por personalidad pre-mórbida.

Sería un error lamentable suponer que el tema de la personalidad pre-depresiva es una cuestión obsoleta. Como ha demostrado Benjumea (1982) en una reciente revisión bibliográfica, la cuestión de la personalidad pre-depresiva y/o depresiva, vuelve otra vez a ocupar un lugar destacado entre las publicaciones científicas actuales. La revisión ha sido realizada tomando como fuente la *Excerpta Medica* y abarca desde 1967 a 1982.

El registro gráfico de los trabajos publicados en estos quince años tiene dos puntas que corresponden a los años 1972 y 1975; sin embargo el número de trabajos publicados en 1981 es casi el doble de los que se publicaron en 1972. Esto prueba que al menos la inquietud por el tema va en aumento.

¿Cuáles pueden ser los propósitos

que están detrás de esas renovadas inquietudes? Tres pueden ser los fines que los investigadores se proponen esclarecer: etiológicos, patoplásticos y pronósticos.

La vinculación entre personalidad pre-depresiva y factores etiológicos tiene su manifestación más elocuente en las obras de Shimoda (1950) y Tellembach (1976; Cfr. Ayuso y Saiz, 1981). Para el primero de los autores citados lo que define a los enfermos maniaco-depresivos, es un cierto carácter denominado con el concepto de «inmovilitimia» («esclerotimia», según Ayuso y Saiz, 1981), hasta el punto de que los enfermos «maniaco-depresivos precisan, como condición para enfermar, poseer el carácter esclerotímico» (Ayuso y Saiz, p. 237).

Más conocidas en nuestro ámbito clínico son las hipótesis de Tellembach. Para este último la aparición de la depresión puede explicarse en función de dos factores: la «personalidad pre-depresiva» y una especial circunstancia denominada «situación pre-melancólica».

La personalidad pre-depresiva es definida por el concepto de «ordenalidad», un afán de orden del que deriva la «fijación y mantenimiento de la vida entre límites rígidos, que difícilmente pueden ser transcendidos». Esta «ordenalidad» la vincula Tellembach de un modo singular al marco espacio-temporal. En realidad la «ordenalidad» que supuestamente caracteriza a los depresivos, no es específica ni constante en todas las depresiones, siendo un rasgo relativamente frecuente en los cuadros clínicos depresivos a los que se asocia una sintomatología obsesiva. El autor señala otra característica pre-depresiva que sitúa en el ámbito de las relaciones interpersonales. Es la actitud que denomina «rendir-para-(procurar-por)-el-otro», consistente en un modo de relación in-

terpersonal que está dirigida, exclusiva y primordialmente, a atender, cuidar y servir a otra persona, como si estuviera forzosamente obligado a ello. La última de las características apuntadas, según la experiencia del autor de estas líneas, no se confirma en la clínica, al menos en la mayor parte de las depresiones.

Acaso se pudiera explicar mejor apelando a otros conceptos como el de la autoestima, la dependencia del reconocimiento social, el autoconcepto negativo o/y la hostil incredulidad respecto de las personales expectativas de éxito, condición esta última que recientemente ha tratado de explicarse desde la psicología atribucional, los estilos cognitivos y las hipótesis del *locus of control*, de las que también me he ocupado en anteriores publicaciones (Polaino-Lorente, 1983).

En cualquier caso, este hecho ha sido señalado también por otros muchos autores (Jackobson, 1971; Marris, 1975; Holmes y cols., 1976; etc.), muy distantes por otra parte de las hipótesis propuestas por la psicología atribucional y cognitiva.

La denominada personalidad pre-depresiva parece tener también un interés patoplástico y pronóstico, aunque la creciente tendencia en las recientes investigaciones es a descalificar y dejar fuera de uso el término «pre-depresivo», sustituyéndolo por el más objetivo de «posibles rasgos de personalidad en los depresivos» (Benjumea, 1982).

La mayor parte de las investigaciones sobre este particular se centran en la aplicación de escalas y cuestionarios, especialmente diseñados o no para la evaluación de la personalidad depresiva y otros instrumentos mejor conocidos en el ámbito de la psicología (Cfr. la revisión de Ayuso y col., 1981, pp. 235-249; Benjumea 1982).

Los resultados de estas investigaciones son parcialmente concluyentes, a pesar de que la metodología empleada es, en la mayor parte de los casos, fácilmente vulnerable. Entre las aportaciones más pausibles pueden resumirse las que siguen: que en las depresiones monopolares se presentan más frecuentemente rasgos anancásticos que en las bipolares (Angst, 1966); que en las depresiones reactivas el factor neuroticismo está más saturado que en las depresiones unipolares y bipolares (Perris, 1971); que en esta dimensión los datos obtenidos por los depresivos neuróticos y depresivos monopolares ya remitidos, están bastante próximos (Murray et al., 1974); que en el factor extroversión los depresivos bipolares obtienen una puntuación más alta que los otros depresivos (Frey, 1977); que en las depresiones endógenas el factor extroversión está más saturado que en las depresiones reactivas, mientras sucede lo contrario con el factor neuroticismo (Querr et al., 1970; etc.; Cfr. Ayuso y Saiz, 1981).

Entre las muchas críticas que se han hecho a estos trabajos —principalmente metodológicas e instrumentales— entiendo que hay una en concreto en la que debe insistirse. Me refiero, claro está, a que los rasgos de personalidad reseñados (que acaso posiblemente sean específicos de los sujetos depresivos), se toman como antecedentes y no como consecuentes respecto de la aparición de los síntomas depresivos. Dicho de otra manera, que se insiste más en el carácter «pre» que «post» de estos rasgos, cuando en realidad la mayor parte de esas investigaciones se han realizado en sujetos cuya sintomatología depresiva o estaba en actividad o ya había remitido.

Esta es una de las importantes lagunas que tiene la investigación catamnésica, vulnerabilidad que debería obviar-

se a través de estudios realizados con grupos controles y pacientes neuróticos, depresivos y no-depresivos, en los que se comparase el mayor o menor peso en estas dimensiones con la mayor o menor intensidad de los síntomas depresivos.

De «que los sujetos que habían estado deprimidos posean rasgos de mayor neuroticismo, introversión y obsesividad que los sujetos normales» (Hirschfield y Klerman, 1979), no debiera concluirse, o al menos puede resultar improbable, la pre-existencia de una supuesta personalidad pre-depresiva. Entre otras razones porque acaso esos rasgos puedan explicarse mejor como consecuencia de la enfermedad depresiva que como causa de la misma; dicho de otro modo, que el constructo configurado con esos rasgos como «personalidad previa», «personalidad pre-mórbida» o/y «personalidad pre-depresiva», acaso se explique mejor como rasgos de una *personalidad-resultado*, que como rasgos de una *personalidad-causa* de la depresión.

Por otra parte en la mayoría de esas investigaciones no se han tenido en cuenta otros factores que podrían estar suscitando y/o modificando dichos rasgos de personalidad y sobre los que hoy disponemos de ciertas evidencias indiscutibles. Me refiero, por ejemplo, a las diferencias individuales en función del sexo, respecto de la mayor o menor vulnerabilidad depresiva según el peso de los factores precipitantes (Mac-coby et al., 1974; Radloff et al., 1978; Radloff y Rae, 1979), a la duración esporádica o encronizada de esos factores, a factores ambientales específicamente vinculados a determinadas comunidades (Comstock, et al., 1976), etc.

En este nuevo orden factorial se inscriben también los *life events*, cuya relevancia respecto de la enfermedad depresiva está fuera de toda duda (An-

draws et al., 1978; Brown et al., 1973 a y b, 1978; Cadoret et al., 1972; Dohrenwend et al., 1978; Dunner et al., 1979; Greene et al., 1978; Henderson et al., 1980; Guerrero et al., 1980; Homes, 1979; Hurst, 1979; Katsching, 1980; Kobasa, 1979; Lloyd, 1980; Patrick et al., 1978; Paykel, 1979; Schless, 1979; Schwab et al., 1980; Shapiro, 1979; Tennat et al., 1979; Zubin, 1979, etc.).

Por ceñirme, aún más concretamente, a lo afirmado líneas arriba, conviene recordar lo importante que es controlar uno sólo de estos *life events* como, por ejemplo, el divorcio y/o la separación matrimonial (Goode, 1956; Krantzler, 1974; Weiss, 1975 y 1976; Flach, 1980; Hackney, 1980), a propósito de la enfermedad depresiva (Polaino-Lorente, 1981).

Más ponderadas parecen las conclusiones obtenidas por Benjumea (1982) con el inventario de personalidad depresiva (P. D. 22), por él construido a partir de una selección de los adjetivos más frecuentemente utilizados en la clínica para describir a los enfermos depresivos. Transcribo a continuación algunos de estos resultados: «los rasgos obtenidos pueden valorarse como un factor disposicional y/o sensibilizante hacia la enfermedad depresiva; en ningún caso la personalidad depresiva puede ser considerada como factor patognómico de las depresiones; los depresivos no endógenos obtienen la más alta puntuación en la dimensión de neuroticismo, siendo altamente significativas las diferencias ($p = 0.001$) con el resto de los grupos estudiados; los sujetos depresivos presentan baja puntuación en la dimensión de extroversión, siendo éstas distintamente significativas frente a los grupos de estudiantes y alcohólicos; aparece un cierto paralelismo en el perfil psicológico obtenido a través del cuestionario de personalidad

de Eysenck entre los sujetos depresivos endógenos y alcohólicos; los adjetivos propios, específicos y diferenciadores que los sujetos depresivos se *autoatribuyen*, con diferencias significativas frente al resto de los grupos, son: 'meticuloso y ordenado' en los depresivos no-endógenos y 'respetuoso, escrupuloso, indeciso, ordenado y servicial', por parte de los endógenos» (Benjumea, 1982, pp. 294-296; el subrayado es nuestro).

Es preciso hacer notar que en el procedimiento utilizado por el autor se parte de la autoatribución que los enfermos depresivos realizan al aplicarse a sí mismos determinados adjetivos.

Si se subraya aquí este *carácter atribucional* es precisamente porque tal modo de proceder enlaza con las hipótesis formuladas desde la psicología de la atribución.

De hecho, algunos de los rasgos apuntados pudieran ponerse en correspondencia con otros resultados obtenidos desde un acercamiento psicológico completamente diferente. ¿Cómo se plantea el estudio de la personalidad depresiva en el ámbito de la psicología? También aquí la apelación a la historia, aunque sea muy sucintamente, resulta imprescindible.

El tema de la personalidad ha sido retomado una y otra vez a lo largo de la historia de la psicología generando, nos atreveríamos a decir, cada vez más abundantes polémicas y controversias. A pesar de que su estudio se ha reservado —como por otra parte parecía natural— al estricto ámbito de lo psicológico, no obstante, la psicopatología y la psiquiatría tradicionales como ya hemos visto se han visto forzadas a apelar a él continuamente en su búsqueda de posibles explicaciones. El uso que se ha hecho del concepto de personalidad por unas y otras disciplinas ha sido, sin embargo, muy diferente.

La psicología ha padecido una cierta incomodidad al tener que habérselas con el concepto de personalidad; la psicopatología, en cambio, no. ¿A qué se debe esta contradictoria situación? Aunque parezca una cierta simplificación, consideramos que las explicaciones de esa paradoja han de venir por el lado del distinto uso que del concepto de personalidad han hecho unos y otros profesionales.

Para la psicología de finales del siglo pasado el tema a debatir se configuró en torno a si la personalidad debía considerarse como un atributo específico o como la manera de ser de cada persona (London y col., 1978). Al estudio de la personalidad como análisis de «rasgos» (Galton y Cattell, 1947) se enfrentó el punto de vista holístico (Stern, 1921).

Al dualismo inicial siguieron perspectivas y posiciones aún más complejas: interaccionista (Lewin, 1938), psicométrica y correlacional (Cronbach, 1957), etc.

Las obras de Lundin (1961) y Mischel (1968) supusieron un duro golpe a las teorías de la personalidad hasta entonces aceptadas, al criticar con gran eficacia los conceptos de «rasgo» y de «estado». A partir de aquí los anteriores trabajos sobre interpretación de la personalidad se reorientarán ahora hacia la evaluación y medición de la personalidad, con instrumentos más precisos y rigurosos y mejor diseñados. Claro que los rasgos también pueden reificarse y sustanciarse en su aislacionismo hermético.

La investigación de la personalidad se abre entonces hacia su dimensión social. El punto de vista ecológico y ambiental se incorpora así a estos estudios (Rodríguez, 1977, Fiske, 1978), suscitando una renovación de los instrumentos y métodos empleados (en lo que a la clínica se refiere hay que destacar el

análisis funcional de conducta, el estudio del caso único, etc.).

La sustitución de la pregunta «¿cómo es la gente?» por la de «¿qué hace la gente?» (Mischel, 1977), ha supuesto una valiosa ayuda por cuanto que sitúa el estudio de la personalidad en el lugar que le es más propio.

En esa posición, la perspectiva investigadora no puede dejar de ser interaccionista (Pelechano, 1975), a pesar de que habrá que resolver dificultades de tipo metodológico un tanto complejas (Avia, 1978).

La clínica incide en el estudio de la personalidad de un modo oblicuo e inapropiado. En realidad nunca llegó a abordarse desde la clínica el estudio frontal y abierto de la personalidad.

La psiquiatría se atiene a los problemas clínicos; su interés por la personalidad es sólo derivado y secundario: en tanto que puede apoyarse en ella como coordenadas referenciales imprescindibles donde situar —y de camino, si es posible, explicar— los diferentes datos clínicos, de manera que éstos puedan ser de utilidad una vez que encuentren el mejor acomodo posible, a la interpretación. Su motivación, es pues, interesada: clínica y no psicológicamente interesada.

Acaso por esa razón se introducen en la clínica muchos constructos psicológicos que, sin probarse, acaban por sustanciar supuestos «tipos» de personalidad, que luego se atribuyen como relativamente específicos a específicas patologías. Surgen así las denominadas personalidades psicopáticas (Schneider, 1950; Remiker y col., 1967; Colonna y col., 1972), la personalidad epiléptica (Kretschmer, 1936; Minkowska, 1946; Krischek, 1956), la personalidad neurótica (Alexander, 1951; Roy, 1967; Brätigan, 1972), la personalidad alcohólica (Wexberg, 1959; Amark, 1951; Alonso-Fernández, 1963), etc.

Con todo esto el punto de vista de la psicología se desplaza desde el estudio de la personalidad normal a la patología (Tortosa, 1980; Ibáñez y col., 1981).

En cierto modo el interés por el estudio de la personalidad —sea ésta normal o patológica— no ha decrecido, sino que se ha transformado. La nueva psicología cognitiva ha surgido como una aproximación alternativa al estudio de las diferencias individuales y, en cierto modo, de la personalidad patológica —¿podrá conseguirlo?—, que modifica de forma importante los supuestos y métodos anteriores (Eysenck, 1977; Seoane, 1979; Garzón, 1980).

Me refiero, por ejemplo, a los pequeños cambios de expectativas en tareas de habilidad hallados en los depresivos (Abranson et al., 1978); al modo en que los depresivos hacen sus atribuciones (más internas, más globales, y más estables, respecto del fracaso; Wortman et al., 1978; Garber et al., 1979; Alloy y Seligman, 1979), etc. El mismo Seligman (1978) ha hablado también de «pedagogía depresiva». En cualquier caso es difícil llegar a establecer relaciones causales fiables entre un supuesto y característico «estilo atribucional insidioso» en el depresivo (Seligman et al., 1979) y la depresión. Esas posibles relaciones han sido negadas recientemente (Pasahow, 1980).

Por otra parte, un determinado sesgo atribucional afecta también a la población no depresiva (Arkin et al., 1978; Goldberg, 1978; Wells, 1980), lo que debiera valorarse oportunamente respecto del supuesto estilo atribucional específico de los depresivos.

También aquí hay que tratar de superar ciertas dificultades metodológicas, como por ejemplo, la validez y fiabilidad en la obtención de la medida de la depresión (Depue y Monroe, 1978), la precisión de los instrumentos para medir

esas atribuciones, especialmente en lo que se refiere a la dimensión «globalidad-especificidad» (Tennen et al., 1977), o la escasez de estudios experimentales —que vayan más allá de la nueva estrategia correlacional—, y longitudinales (Blaney, 1977).

Este nuevo modo de proceder de la psicología de la atribución, a pesar de su carácter innovador, enlaza congruentemente con los datos provenientes de la psiquiatría clásica y tradicional. Respecto de las atribuciones del depresivo —aunque, obviamente, no se dispusiera entonces de la actual metodología y, en consecuencia no se usara tal concepto—, observemos lo que dice Bumke (1946, p. 194): (los depresivos) «si tienen fracasos (a diferencia de los grufones), *siempre buscan la causa en sí mismos*; se hacen reproches por no poder ser de otro modo, por no poder sentir alegría y entusiasmo y por no poder determinarse fácilmente a actuar.

* Muchos de ellos llegan al extremo de acusarse de todo (...), incluso en caso de que a la persona que hayan invitado le ocurra algo en el viaje de regreso, se atormentan, aun cuando se dan cuenta de lo absurdo de su reacción. Pero lo que más les oprime es que no rinden en la proporción que correspondería a sus dotes y a la conciencia de su deber (...). Ellos por su parte creen que la culpa es exclusivamente suya».

A lo que parece, ayer como hoy, también se intuyó la existencia de un estilo atributivo, posiblemente específico, como uno de los rasgos característicos de la personalidad depresiva. Lástima que ni ayer ni hoy tal hipótesis esté totalmente probada. Sin embargo, recientemente, se ha iniciado una nueva vía de investigación de las dimensiones de la personalidad en las depresiones que incorpora además el punto de vista cognitivo.

Beck (1967), ha destacado el impor-

tante papel que las cogniciones juegan en el desarrollo de los trastornos emocionales. En numerosos trabajos (Beck, 1963, 1964, 1967 y 1983 a y b, en prensa; Beck y col., 1979; Harrison y Beck, 1982), el autor y su equipo han tratado de afrontar las estructuras cognitivas básicas, implicadas en la conducta depresiva, que pueden ser responsables de esa peculiar actividad mental. Estos diseños constituyen la forma en que se organiza el funcionamiento cognitivo, y de hecho parecen determinar el modo en que el individuo asimila, clasifica y evalúa sus propias experiencias (Polaino-Lorente, 1983).

La depresión y otras alteraciones emocionales, se caracterizan, según Beck, por la presencia de estructuras cognitivas disfuncionales, también definidas en Beck y col. (1979) como un «Sistema Cognitivo Primitivo». Este sistema primitivo, se distinguiría por un pensamiento categórico y absolutista, que reduce la complejidad, variabilidad y diversidad de las experiencias humanas, a un número muy limitado de gruesas y equívocas categorías. Esta alternativa al funcionamiento cognitivo, parece manifestarse de forma automatizada, sin que el individuo en cuestión llegue a ejercer sobre él control volitivo alguno.

En contraste, los sistemas cognitivos adaptativos, se caracterizan por ajustarse más a las evaluaciones cuantitativas y tolerar mejor el natural relativismo a que ordinariamente estamos todos sometidos por fuerza del hipercomplejo flujo estimular que no se deja distribuir —sería una simplificación— en categorías discretas y absolutistas, sino más bien continuas, dentro de su gran versatilidad. Es decir, que intefra a los distintos estímulos provenientes tanto del interior como del exterior del organismo, en cierto modo multidimensionales, y pueden ser manipulados bajo el con-

trol de la voluntad (Cfr. Buceta, 1983).

Beck y su equipo han planteado una nueva hipótesis en torno a ciertas dimensiones de la personalidad respecto de la etiología, desarrollo y tratamiento de los trastornos emocionales (Harrison, 1981; Harrison y Beck, 1982; Beck, 1983 a y b, en prensa). Su propuesta está basada en la observación clínica sometida a la conveniente verificación experimental.

Los citados autores definen la personalidad como un modelo de conductas y estructuras cognitivas, relativamente estable, que se manifiesta en un individuo en particular. No consideran la personalidad como una combinación estructural fija e inmutable; sugieren más bien la posibilidad de que acontezcan cambios bruscos en los esquemas comportamentales que integran el constructo, en función de cuáles sean las concretas situaciones estímulares.

En este sentido han sido propuestas por Beck y sus colaboradores, dos importantes dimensiones que representarían bien a dos diferentes tipos de personalidad: la «autónoma» y la «sociotrópica».

El carácter de «autonomía» se refiere al hincapié que los individuos ponen en la preservación e incremento de su independencia, movilidad y derechos personales (Harrison y Beck, 1982). De acuerdo con esta hipótesis, las personas que se encuentran en un punto elevado de esta dimensión, parecen ser menos susceptibles a la influencia de sus semejantes, y probablemente utilizan sus propios baremos internos en la valoración del rendimiento y las recompensas. Estos individuos exhiben, probablemente, unos patrones específicos de síntomas y conductas. Y suelen atribuir sus dificultades a fracasos internos, más que a eventos externos.

Por el contrario, el modelo de personalidad «sociotrópica», aglutinaría a los

sujetos socialmente dependientes, para los que constituye una cuestión prioritaria el intercambio positivo con las otras personas.

Una puntuación alta en esta dimensión, podría hallarse en aquellos individuos que tienden a buscar la proximidad con sus semejantes y que dependen en buena medida de las estimulaciones sociales que reciben respecto de la obtención de gratificaciones, el aumento de motivación, y la dirección de sus actividades.

Beck (1983) ha sugerido la posibilidad de que el balance entre los valores obtenidos en estas dos dimensiones sea significativo en los individuos deprimidos. Así encontramos que ciertas personas podrían puntuar de forma considerable en la dimensión «autónoma» (por ejemplo, en temas relacionados con su profesión) y, sin embargo, esas mismas personas podrían obtener puntuaciones altas en la dimensión «sociotrópica», en lo que se refiere a sus relaciones familiares. En general, determinado balanceo entre ambas posiciones podría caracterizar, en peor o mejor medida, a la mayoría de los individuos (Cfr. Buceta, 1983).

La ausencia de este equilibrio entre la preponderancia de uno u otro tipo de personalidad, contribuye, según Beck (1983 b) en una importante medida, a un estado de vulnerabilidad que facilita la aparición de la depresión y de otras alteraciones emocionales. Es decir, que una elevada preponderancia de cualquiera de estas dos dimensiones, contribuiría a una mayor vulnerabilidad del estado del organismo, en parte debida a la puesta en funcionamiento del «Sistema Cognitivo Primitivo». Este estado de vulnerabilidad se manifestaría en los individuos «autónomos» a partir de experiencias que interfiriesen con su autodeterminación y sus conductas orientadas a la acción; mientras que en los ti-

pos «sociotrópicos», aparecería desde situaciones que conllevan una interrupción o amenaza de sus apoyos sociales.

De acuerdo con Beck (1983 a), los síndromes emocionales aparecen integrados por tres componentes básicos: las expresiones afectivas, las manifestaciones conductuales y la estructura cognitiva. Del contenido y funcionamiento de esta última, podrían depender los anteriores.

En lo que se refiere al depresivo, el contenido de los esquemas cognitivos, parece caracterizarse por una percepción de pérdida, frustración o derrota que se refleja en actividades negativas hacia uno mismo, hacia las experiencias que a uno le rodean y hacia su futuro. El funcionamiento automático del «Sistema Cognitivo Primitivo», característico de los depresivos, implicaría una peculiar —y frecuentemente sesgada— asimilación, categorización y evaluación de los estímulos internos y externos, de acuerdo con dicho contenido. Es decir, que el individuo que sufre la depresión tenderá a percibir ciertos estímulos a partir de actividades negativas sobre sí mismo, el mundo que le rodea y su futuro. Esta percepción disfuncional, implica una serie de errores que el depresivo comete en el procesamiento de la información que recibe. El resultado de todo este proceso cognitivo maladaptativo, son los síntomas conductuales y afectivos, tan característicos de la depresión.

* En lo que respecta a los síndromes de hostilidad y ansiedad, Beck (1983) ha sugerido que las dimensiones de personalidad apuntadas, podrían explicar, hasta cierto punto, las individuales diferencias sensitivas encontradas, que estarían determinadas por diferentes estilos cognitivos ante estimulaciones idénticas.

Así, ante una experiencia amenazante para el individuo, el estilo cognitivo

de algunas personas estaría relacionado con la «intromisión ajena en los asuntos propios», mientras que para otras residiría simplemente en un cierto «peligro». En el primer caso, las manifestaciones conductuales y afectivas, serían el «deseo de atacar» y el «enfado», respectivamente; en el segundo, el «deseo de escapar» y el «miedo». El individuo autónomo, parece tener una mayor predisposición a desarrollar un síndrome de hostilidad, mientras que la persona socialmente dependiente resultaría más propensa a padecer un síndrome de ansiedad. Parece asumible (Buceta, 1983) que en algunos casos la disfuncional estructura cognitiva, propia de la depresión, se activa cuando las respuestas maladaptativas, características de los anteriores síndromes, pierden su afectividad y el individuo se siente desvalido. También podría activarse a partir del descontento de una persona con tales mecanismos, a lo que se uniría y potenciaría su falta de habilidad para funcionar de una forma más adaptativa. Este último caso, podría explicar los estados de depresión, frecuentemente asociados con la agorafobia.

Aunque el sujeto no esté satisfecho con el repertorio de habilidades de que dispone, sin embargo, se siente incapaz de hacer algo para superar su problema; y de aquí que emerja la percepción de desvalimiento, que tal y como propuso Seligman (1975) puede conducir, en algunos casos, al desarrollo de cuadros depresivos (Cfr. Buceta y Polaino-Lorente, 1982). ❖

Beck y sus colegas, han sugerido en varias ocasiones (Beck, 1983 b; Harrison y Beck, 1982), que el tipo autónomo es más propenso a padecer depresiones, a partir de experiencias de desvalimiento relativas a asuntos relacionados con su independencia, rendimiento personal y autoestima. En contraste, las manifestaciones depresivas en los

individuos socialmente dependientes, parecen configurarse más bien como una reacción a la pérdida de relaciones personales (demasiado relevantes para el sujeto), tales como la pérdida del cónyuge, la separación de amigos íntimos, etc. (Polaino-Lorente, 1981).

El programa de intervención terapéutica propuesto por Beck y col. (19797, va dirigido a la exploración y modificación de la estructura cognitiva. El objetivo final de la terapia en este caso, no es otro que reemplazar los esquemas cognitivos disfuncionales, por otros más adaptativos.

Beck (1983 b) ha señalado algunas diferencias entre ambos tipos de personalidad, en lo que respecta a las diferentes estrategias de intervención terapéutica que son aconsejables emplear. Los individuos «autónomos» parecen estar menos capacitados para establecer una relación estrecha y empática con el terapeuta que para encontrar soluciones a sus problemas insolubles. Por contra, esta relación interpersonal adquiere una mayor relevancia y significación en el caso de los sujetos «sociotrópicos».

➤ En los primeros, una buena estrategia consistiría en que el paciente percibiese que él mismo, en cierto modo, administra su propia terapia. En los segundos, resultaría de gran utilidad estructurar la terapia, principal, aunque no exclusivamente, en términos de ayuda.

El objetivo a corto plazo del programa de intervención en los sujetos autónomos debería consistir en la restauración del optimismo y de una ajustada autovaloración personal.

Una característica irrenunciable de la terapia ha de consistir en hacer transparente al sujeto, muy específicamente, cada una de las metas que se consideren adecuadas para el propio programa.

Conviene también desarrollar las

oportunas actividades para alcanzar las metas propuestas, a través de la asignación de tareas que deberán cumplimentarse entre las sesiones clínicas. El cliente, deberá comprometerse activamente en establecer por sí mismo, y cumplimentar posteriormente, los pequeños objetivos y actividades en que se prolongan las tareas diseñadas y realizadas junto al terapeuta. Parece oportuno y muy conveniente ofrecer en este sentido al individuo autónomo diversas alternativas, de tal forma que disponga de la posibilidad de efectuar ciertas elecciones respecto de su propio programa.

Desde el comienzo de la terapia, se debe subrayar aquí la gran importancia que tiene para los resultados del tratamiento, el establecimiento de una sintónica y estrecha colaboración entre el terapeuta y el cliente. En una fase más avanzada del tratamiento, parece aconsejable examinar y evaluar las asunciones cognitivas del paciente, asunciones que muy probablemente están detrás de la manifestación de los diversos pensamientos irracionales, de manera que pueda atenuarse la naturaleza extrema y rígida de éstos. También es recomendable ayudar al cliente a cultivar la experiencia de su propia libertad que se fundamenta en la aceptación de las per-

sonales limitaciones y en una gama más realista y aceptable de las metas que se ha propuesto.

Con el individuo «sociotrópico», en cambio, parece de mayor utilidad que el terapeuta se refiera a algunas anécdotas personales para ilustrar diversos puntos. Puede ser también de gran ayuda, asumir por parte del terapeuta una actitud más directiva con este tipo de cliente, comenzando el trabajo introspectivo ya inicialmente en las etapas tempranas de la terapia. Las explicaciones y clasificaciones del terapeuta son generalmente bien recibidas y secundadas por el paciente socialmente dependiente. Beck, sugiere asimismo, que desde el principio del programa la acción con estos individuos se centre en la propia valoración acerca de su aceptación entre otras personas, lo atractivo que ellos mismos pueden resultar a éstas y el afecto real que seguramente ellos despiertan en aquellos.

De igual modo se orientará la intervención hacia la detección, identificación y posterior modificación de las diversas distorsiones cognitivas que puedan sufrir estos pacientes acerca de sí mismos, en primer lugar, y respecto de los puntos de vista y posibles reacciones que ellos atribuyen erróneamente a las otras personas.

BIBLIOGRAFIA

- ABRAMSON, L. Y.; ALLOY, L. B.; EDWARDS, N. B. y SELIGMAN, M. E. P.: «Expectancy changes in depression and schizophrenia». *Journal of Abnormal Psychology*, 1978, 87, 1, 102-109.
- ALEXANDER, F.: *Psychosomatische Medizin*. Berlin, 1951.
- ALONSO-FERNANDEZ, F.: «La personalidad del alcohólico». *Revista Clínica Española*, 1963, 88, 377-392.
- ALLOY, L. B. y SELIGMAN, M. E. P.: «On the cognitive component of learned helplessness and depression». En Bower, G. H. (Eds.): *The psychology of learning and motivation* (vol. 13), New York, Academic Press, 1979.

- AMARK, C. A.: «A study in alcoholism. Clinical social-psychiatric and genetic investigations». *Acta Psychiat. Copenhagen, Suppl.* 70, 1951.
- ANDREWS, G. y TENNANT, C.: «Being upset and becoming ill! an appraisal of the relation between life events and physical illness». *The Medical Journal of Australia*, 1978, 1, 324-327.
- ANGST, J.: «A clinical analysis of the effects of Tofranil in depression. Longitudinal and follow-up studies». *Psychopharmacologia*, 1961, 2, 381.
- ARKIN, R. M.; DUVAL, S. y DUVAL, V. H.: «Observer attribution: Effects of dynamic qualities of the actor». *Social Behavior and Personality*, 1978, 6, 1, 105-108.
- AVIA, M. D.: «Personalidad: ¿consistencia intrapsíquica o especificidad situacional?». *Ana. y Mod. de conducta*, 1978, 4, 5, 111-128.
- AYUSO, J. L. y SAIZ, J.: *Las Depresiones. Nuevas Perspectivas Clínicas Etiopatogénicas y Terapéuticas*, 1981.
- BECK, A. T.: «Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions». *Archives of General Psychiatry*, 1963, 9, 324-333.
- BECK, A. T.: «Thinking and Depression: II. Theory and Therapy». *Archives of General Psychiatry*, 1964, 10, 561-571.
- BECK, A. T.: *Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*. Hoeber, New York, 1967.
- BECK, A. T.: «Cognitive approaches to stress». En C. Leherer y R. L. Woolfolk (Eds.) *Clinical Guide to stress Management*. Guilford Press. N. Y., 1983 a.
- BECK, A. T.: «Cognitive Therapy of Depression: New Perspectives». En P. Clayton (Ed.) *Depression*. Raven Press. N. Y., 1983 b.
- BECK, A. T.; RUSH, A. J.; SHAW, B. F. y EMERY, G.: *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press. N. Y., 1979.
- BENJUMEA PINO, P.: *Evaluación de la personalidad depresiva: El Cuestionario de Marke-Nyman*. Tesis de Licenciatura. Sevilla, 1982.
- BENJUMEA PINO, P.: *Perfil psicológico de la personalidad depresiva*. Tesis Doctoral. Sevilla, 1982.
- BLANEY, P.: «Contemporary theories of depression: Critique and comparison». *Journal of Abnormal Psychology*, 1977, 86, 3, 203-223.
- BLEULER, E.: «Primäre und sekundäre Symptome der Schizophrenie». *Z. ges. Neurol. Psychiat.*, 1930, 124, 607.
- BRÄUTIGAN, W.: *Reacciones, neurosis, psicopatías*. Labor, Barcelona, 1972.
- BROWN, G. W.; SKLAIR, F.; HARRIS, T. O. y BIRLEY, J. L. T.: «Life-events and psychiatric disorders. Part. I: Some methodological issues». *Psychol. Med.*, 1973 a, 3, 74-78.
- BROWN, G. W.; HARRIS, T. O. y PETO, J.: «Life events and psychiatric disorders. Part. II: Nature of causal link». *Psychol. Med.*, 1973 b., 3, 19-176.
- BROWN, G. W. y HARRIS, T. O.: *Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women*. Tavistock, Londres, 1978.
- BUCETA, J. M.: «Beck's Cognitive Therapy: Basic assumptions and precedures». *Newsletter of the E.A.B.T.*, 1983.

- BUCETA, J. M. y POLAINO-LORENTE, A.: «Reformulación del modelo de Learned Helplessness desde el punto de vista de la Psicología Atribucional». *Revista de Psicología General y Aplicada*, 1982, 37, 1, 13-29.
- BUMKE, O.: *Nuevo Tratado de Enfermedades Mentales*. F. Seix (Ed.), 1946.
- CADORET, R. J.; WINOKUR, G. y DORZAS, J. et al.: «Depressive disease: Life events and onset of illness». *Ar. Gen. Psychiatry*, 1972, 26, 133-136.
- COLONNA, L. y LOO, H.: «Le déséquilibré: psychotique ou névrotique?». *Revue Praticien*, 1972, 22, 3493-3506.
- COMSTOCK, G. W. y HELSING, K. J.: «Symptoms of depression in two communities». *Psychological Medicine*, 1976, 6, 551-563.
- CRONBACH, L. J.: «The two-disciplines of scientific psychology». *Am Psychologist*, 1957, 12, 671-684.
- DEPUE, R. A. y MONROE, S. M.: «Learned helplessness in the perspective of the depressive disorders: Conceptual and definitional issues». *Journal of Abnormal Psychology*, 1978, 87, 1, 3-20.
- DOHRENWEND, B. S., et al.: «Exemplification of a method for scaling life events. Psychiatric Epidemiology Research Instrument Life Events Scale». *J. Health Soc. Behav.*, 1978, 19, 205-229.
- DUNNER, D. et al.: «Life events at the onset of Bipolar Affective Illness». *Am. J. Psychiatry*, 1979, 136, 4B, 508-511.
- EYSENCK, M. W.: *Human Memory*. Pergamon Press., 1977.
- FISKE, D. W.: *Strategies for Personality Research*. Jossey-Bass, 1978.
- FLACH, F.: *Divorce and the Psychiatrist*, 1980. Comunicación personal.
- FREUD, S.: *Duelo y Melancolía*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1917. (9 vols.), Madrid, 1972-1975.
- FREY, R.: «Untersuchung zur prä-morbiden Persönlichkeit von monopolar und bipolar depressiven-ein Vergleich aufgrund von Persönlichkeitstests». *Arch. Psychiat. Nervenkr.*, 1977, 224 (2), 161-173.
- GARBER, J. et al.: «Learned helplessness, Stress, and the Depressive Disorders». En R. A. Depue (Ed.): *The Psychobiology of Depressive Disorders*, New York, Academic Press, 1979.
- GARZON, A.: *La Memoria desde un punto de vista cognitivo*. Univ. de Santiago: Tesis Doctoral. 1980.
- GOLDBERG, L. R.: «Differential attribution of trait-descriptive terms to oneself as compared to well-like, neutral, and dislike others: A psychometric analysis». *Journal of Personality and Social Psychology*, 1978, 36, 9, 1012-1028.
- GOODE, W.: *After Divorce*. Glencoe, Ill., The Free Press, 1956.
- Greene, W. A. et al.: «Psychological factors and Immunity: preliminary report». *Annual Meeting Amer. Psychosom. Society*. Washington DC., 1978.
- GUERRERO, J. et al.: «El papel de los sucesos y experiencias estresantes en la clínica psiquiátrica». *Actas Luso-Españolas de Neorología, Psiquiatría y Ciencias afines*. Vol. II, 2ª Etapa, nº 4, 1980.
- HACKNEY, G. R. et al.: «An empirical investigation of emotional reactions to divorce». *Journ. of Clin. Psycho.*, 1980, 36, 105-110.

- HARRISON, R. P.: «The Role Personality Dimensions in the Etiology, Symptomatology, and Cognitive Therapy of Depression». Poenencia presentada en *I European Meeting for the Cognitive Behavioral Therapies*. Lisboa, Portugal, septiembre 1981.
- HARRISON, R. P. y BECK, A. T.: «Cognitive Therapy for Depression: Historical Development, Basic concepts and Procedures». En P. A. Keller y L. G. Ritt (Eds.). *Innovations in clinical Practice: A Source Book, Volume I*. Prof. Resource Exchange. Sarasota, 1982.
- HENDERSEN, S. et al.: *Social Bonds, Adversity and Neurosis, en Social Consequences of Psychiatric Illness* (L. N. Robins, P. J. Clayton, J. K. Wing, eds.) Brunner/Mazel, New York, 1980, 176-182.
- HIRSCHFELD, R. M. A., et al.: «Personality attributes and affective disorders». *Am. j. psychiatry.*, 1979, 136, 1, 67-70.
- HOLMES, T. H. y RAHE, R. H.: «The social readjustment ratings scale». *J. Psychosom. Res.*, 1976, 11, 213, 1067.
- HOMES, T. H.: *Development and application of a quantitative measure of life change magnitude, en Stress and Mental Disorders* (Barret, J. E., Rose, R. M., Klerman, G. L. eds.). Raven Press, Nueva York, 1979, 37-53.
- HURST, M. W.: *Life changes and psychiatric symptom development issnes of content, scoring and clustering, en Stress and Mental Disorder* (Barret, J. E. et al.) Raven Press, Nueva York, 1979, 17-36.
- IBAÑEZ, E. et al.: *Comunicaciones al Congreso de Alicante*. 1981.
- JACOBSON, E.: *Depression*. New York: International Universities Press, 1971.
- KATSCNING, H.: «Methodische Probleme der Life-Event-Forschung». *Nervenarzt*, 1980, 51, 332-343.
- KOBASA, S. C.: «Personality and resistance to illness». *Am J. Community Psychol.*, 1979, 7, 4, 413-423.
- KRAEPELIN, E.: *Psychiatria*. Leipzig, Barth, 1913.
- KRANTZLER, M.: *Creative divorce*. M. Evans, New York, 1974.
- KRETSCHMER, E.: *Körperbau und Charakter*. Berlin, Springer, 1921.
- KRETSCHMER, S. y ENKE, W.: *Die Persönlichkeit der Athletiker*. Thieme, Leipzig, 1936.
- KRISCHEK, J.: «Itkaffine Konstitution und symptomatische Epilepsie». *Med. Klin.*, 1956, 2205-2207.
- LEWIN, K.: *The conceptual representation and the measurement of psychological forces*. Durham, N. C.: Duke University Press, 1938.
- LONDON, H. y EXNER, J. E. Jr. (Eds.): *Dimensions of Personality*. Wiley, 1978.
- LLOYD, C.: «Life Events and Depressive Disorder Reviewed». *Arch. Gen. Psychiatry*, 1980, 37, 541-548.
- MACCOBY, E. E. y JACKLIN, C. N.: *The psychology of sex differences*. Stanford, Calif.: Stand ord University Press, 1974.
- MARRIS, P.: *Loss and Change*. Garden City, N. Y.: Anchor Press, 1975.
- MINKOWSKA, F.: «L'épilepsie esentielle, sa psycho-pathologie et le test de Rorschach». *Ann. Méd. Psych.*, 1946, 104, 321.

- MISCHEL, W.: *Personality and Assessment*. Wiley, 1968.
- MURRAY, L. G. y BLACKBURN, I. M.: «Personality differences in patients with depressive illness and anxiety neurosis». *Acta Psychiat. Scand.*, 1974, 50, 183-191.
- PASAHOW, R. J.: «The relation between attributional dimension and learned helplessness». *Journal of Abnormal Psychology*, 1980, 89, 3, 358-367.
- PATRICK, V. et al.: «Life events and primary affective illness». *Acta Psychiat. Scand.*, 1978, 58, 48-55.
- PAYKEL, E. S.: *Causal Relationship Between Clinical Depression and Life Events*. Stress and Mental Disorder (J. E. Barret et al., eds.). Raven Press, New York, 1979.
- PELECHANO, V.: *Psicología Estimular y Modulación*. Marova, 1975.
- PERRIS, C.: «Personality patterns in patients with affective disorders». *Acta Psychiat. Scand.*, Suppl. 221, 1971, 43-51.
- POLAINO-LORENTE, A.: «El síndrome depresivo por separación matrimonial (SDSM). Psicología del Divorcio». *Galicía Clínica*, 1981, 5, 286-293.
- POLAINO-LORENTE, A.: *Depresión: Actualización psicológica de un problema clínico*. Ed. Alhambra, Madrid, 1983.
- RADLOFF, L. S. y MONROE, M. M.: «Sex differences in helplessness: With implications for depression». En L. S. Hansen y R. S. Rapoza (Eds.), *Career development and counseling of women*. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas, 1978.
- RADLOFF, L. S. y RAE, D. S.: «Susceptibility and Precipitating Factors in Depression: Sex Differences and Similarities». *Journal of Abnormal Psychology*, 1979, 88, 2, 174-181.
- RODRIGUEZ, A.: «Psicología Social: Perspectivas después de una crisis». *Rev. Psicol. Gral. y Apli.*, 1977, XXXII; 148, 849-862.
- SCHLESS, A. P.: «Life Events and affective illness». En *Stress and Mental Disorder*, New York, 1979, 141-159.
- SCHEIDER, K.: *Die Aufdeckung des Daseins durch die zyklotyme Depression*. Nervenartz, 1950, 21, 193.
- SCHWAB, J. J. et al.: *Social Order and Mental Health: The Florida Health Study*. Brunner/Mazel, Nueva York, 1980.
- SELIGMAN, M. E. P.: *Helplessness. On depression, development, and death*. San Francisco, Freeman, 1975.
- SELIGMAN, M. E. P.: «Comment and integration». *Journal of Abnormal Psychology*, 1978, 87, 1, 165-179.
- SELIGMAN, M. E. P. et al.: «Unpredictable and uncontrollable aversive events». En F. R. Brush (Ed.): *Aversive Conditioning and Learning*. New York, Academic Press, 1971.
- SEOANE, J.: *Inteligencia Artificial y Procesamiento de Información*. Boletín de la Fundación Juan March.
- SHAPIRO, M. B.: «The Social Origins of Depression, by G. W. Brown, Harris, T.; its methodological philosophy». *Behav. Res. and Therapy.*, 1979, 17, 597-603.
- SHIMODA, M.: «Über den prämorbidem Charakter des manisch-depressiven Irreseins». *Psychiatria et Neurologia Japonica*, 1961, 101, 45-61.
- TELLENBACH, H.: *La melancolía*. Madrid. Ediciones Morata, 1976.

- TENNAT, C. et al.: «The contextual threat of life events: the concept and its reliability». *Psychol. Med.*, 1979, 9, 525-528.
- TORTOSA, F.: «La Psicología actual a través del Psychological Abstracts». *Ann. y Modif. de Conducta*, 1980, 6, 11-12, 77-89.
- WEISS, R.: *Marital separation*. Basic Books, New York, 1975.
- WEISS, R.: «The emotional impact of marital separation». *Journ. of Soc. Iss.*, 1976, 32, 135-145.
- WELLS, G. L.: «Asymmetric attributions for compliance: Reward vs. Punishment». *Journal of Experimental Social Psychology*, 1980, 87, 1, 47-60.
- WEXBERG, L. E.: *Trinkerfürsorge*. En Frankl-V. Gebtsattel-Schultz: *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*. Band IV, Munchen-Berlin, 1959, 660-686.
- WORTMAN, C. B. y DINTZER, L.: «Is an attributional analysis of the learned helplessness phenomenon viable?: A critique of Abramson-Seligman-Teasdale reformulation». *Journal of Abnormal Psychology*, 1978, 87, 1, 75-90.
- ZUBIN, J.: *Discussion Part IV and Overview in Stress and Mental Disorder* (J. E. Barret et al., eds.) Raven Press, New York, 1979, 279-289.

EL MODELO ANIMAL CONDUCTUAL EN LAS DEPRESIONES INFANTILES

Diana L. Mendoza

Department of Anthropology. University of Pittsburgh, EE.UU.

INTRODUCCION

El enfoque que daré a este tema es el etológico. En este campo he trabajado un buen número de años, inicialmente con primates y actualmente en etología humana.

Antes de empezar, me gustaría darles una visión de conjunto de lo que aquí vamos a revisar. Inicialmente mencionaré qué se entiende por un modelo animal, cuál es su utilidad y cuáles las técnicas empleadas para recabar información de él. Posteriormente, qué pruebas se tienen de la similitud que guardan las depresiones infantiles humanas respecto a las de primates, y qué nos enseñan los modelos animales en relación con lo que puede suceder en el niño.

Finalmente, cómo varían las respuestas ante la separación materna según la especie.

EL MODELO ANIMAL

Se dice que un animal constituye un modelo de un padecimiento, cuando se le induce un determinado trastorno y éste tiene similitud, por algunas de sus características clínicas, con la forma en que esta enfermedad se presenta en el hombre.

Idealmente un modelo animal debe reproducir fielmente el trastorno que representa en cuanto a su etiología y síntomas y debe responder al tratamien-

to terapéutico de manera idéntica que en el ser humano.

Desgraciadamente este modelo es inalcanzable. Los tipos de modelo más comunes son los «homólogos» y los «isomórficos» (Kornétsky, 1977). En los homólogos es posible precisar la medida en que la etiología de un padecimiento es idéntica, entre el modelo y el hombre. En los isomórficos, aunque no se pueda constatar que la causa del trastorno sea la misma, sí se puede también establecer, como en el modelo homólogo, un paralelismo en los síntomas con respecto al caso humano. Como puede fácilmente inferirse, la mayoría de los modelos que se emplean en psiquiatría son los isomórficos; dada la dificultad que entraña asegurar que la etiología del padecimiento sea idéntica en el hombre y en el modelo.

UTILIDAD DEL MODELO

Una de las que más salta a la vista es su manipulabilidad. Permite llevar a cabo experimentos que podrían dañar física y psicológicamente al paciente. Otra de las utilidades de los modelos, es la de ofrecer una perspectiva más amplia desde el punto de vista evolutivo. Robert Hinde, propone que el estudio de las diversas especies animales enriquece el conocimiento de la conducta humana, al menos desde cuatro puntos de vista: 1) Permitiendo establecer principios de comportamientos comunes a diversos flia. 2) Logrando precisar cuáles son las conductas específicas de cada especie. 3) Perfeccionando métodos y procedimientos que luego se adopten para investigar al hombre. Y, 4) Induciendo alteraciones similares a las que ocurren en el hombre.

TECNICAS DE OBSERVACION

Antes de continuar, es interesante tener presente que Nico Tinbergen (1972) ha mencionado que «si nosotros queremos comparar el comportamiento animal y humano, la primera cosa en la que tenemos que estar de acuerdo es en el uso de un lenguaje común» a la hora de captar o interpretar un información. Este lenguaje común al que alude Tinbergen se expresa a través de movimientos, de posturas, de expresiones faciales y de vocalizaciones. NO obstante, es conveniente tomar en cuenta que algunas de las expresiones no verbales que son similares en especies diferentes pueden implicar mensajes distintos. Por ejemplo, el observador no especializado interpreta que un macaco se ríe cuando retrae las comisuras de los labios y enseña los dientes; sin embargo, este gesto indica sumisión (Hooff, 1970). Esto pone de manifiesto que para hacer un estudio fiable, es muy importante conocer el repertorio de comportamientos y su significado comunicativo, tanto en el modelo animal como en el hombre. Por ejemplo, en este último una simple carcajada, dependiendo de otros gestos que la acompañan puede indicar simpatía o agresión.

SUSTRATO DE INFORMACION

Antes de continuar es importante tener una visión de conjunto respecto a la información con que se cuenta actualmente sobre este tema. Dentro de los modelos más utilizados están los primates y entre las especies están los monos rhesus, *Macaca mulatta*. Por lo que se refiere al tipo de inducción de reacciones depresivas en los modelos, el más frecuentemente descrito en la

literatura es el aislamiento total, en que a la cría se la aísla de su madre y de cualquier otro contacto social interespecífico; el siguiente tipo de inducción más utilizado, es el separar a la cría del ambiente social de que proviene. En cuanto a los efectos más frecuentemente analizados están los que se producen poco después de su separación, es decir, los que ocurren horas o días después.

SIMILITUD ENTRE DEPRESIONES INFANTILES DE DIVERSAS ESPECIES DE PRIMATES

Las primeras evidencias de que los monos ofrecen un buen modelo isomórfico de la depresión infantil humana las aportaron Hanson y Harlow (1962), y Jensen y Tolman (1962). Ambos grupos emplearon como modelo a macacos y observaron la reacción de las crías cuando se las separaba de la madre. En ambos casos se encontró un isomorfismo respecto a la depresión que se presenta en niños separados de su madre, la denominada por Spitz (1947), depresión anaclítica. Las fases que muestra esta depresión tanto en niños como en el modelo animal son tres: 1) Inicialmente, protesta, caracterizada por mucha agitación, e intento de la cría de reunirse con la madre. 2) Después, desesperación, ejemplificado por el llanto y un nivel de actividad reducido. Y, 3) finalmente, rechazo por parte de la cría de cualquier intento humano por restablecer el antiguo lazo afectivo y en general, un nivel de actividad muy bajo. Posteriormente seguiremos refiriéndonos a este tipo de respuesta al que condensadamente llamaremos, de protesta, desesperación y rechazo.

APORTACION DE LOS MODELOS A LA COMPRESION DE LA DEPRESION INFANTIL

De los experimentos hechos con macacos se infieren elementos que pueden influir en la depresión infantil humana:

1. En primer lugar se observa cómo la forma en que ocurre la separación materna incide grandemente en su severidad. Así, por ejemplo, cuando a las crías, después de separarlas de la madre, se les permite verla a través de un plástico transparente su intensidad de reacción es mayor que cuando se las aísla totalmente de ella (Seay, Harlow, 1965). Esta reacción intensa consiste en un aumento marcado de la motilidad, vocalizaciones e intentos de regresar con la madre.
2. También se ha encontrado que la edad, en el momento de la separación, influye tanto en la severidad de la reacción como en la secuela que deja. Pero no hay acuerdo, aún tratándose de la misma especie de cuál es la relación entre la intensidad de la reacción y la edad a la que ocurre la separación, es decir, no parece existir una edad determinada en la que sea más severa la reacción. Hinde (1972 a) observa que de las dos edades a las que probó la respuesta, 6 y 13 días de edad, ésta fue mayor a los 13 días, pero Young, Lewis y Mc Kinney (1976), por su parte, encuentran que la etapa crucial en la separación es hacia los 3 meses de edad; antes y después de esta edad la intensidad de la reacción no es tan severa.
3. Por lo que respecta a la secuela que deja la separación materna, el grupo de Hinde (1972 b) indica que hay una correlación positiva entre la in-

tensidad de la reacción inmediata y la intensidad de las alteraciones que persisten o se instalan en el individuo (lo han probado a los 5 meses y a los 2 años de edad de las crías) (es decir, los individuos separados a los 13 días muestran una mayor huela que los separados antes).

4. Además de los elementos anteriormente citados que afectan a la separación, Suomi (1976) encuentra que el medio ambiente, tanto físico como social, influye grandemente en la intensidad de la respuesta. Cuanto más similar sea el ambiente antes y después de la separación, menor será la reacción ante la separación materna.
5. Otro aspecto del problema es la variación de la respuesta después de la separación, ya que las tres fases típicas: protesta, desesperación y rechazo no siempre se presentan; en muchos casos la segunda fase, la desesperación, no se percibe. Parece que el tipo de respuesta depende de la especie en que se pruebe la separación. Kaufman y Rosenblum (1976 a; 1967 b) han descubierto que mientras en *M. nemestrina* la respuesta a la separación es aguda, en *M. radiata* no lo es tanto. Esta forma diferente de reaccionar de la cría ante la separación también ocurre en otros géneros: en *Erithrocebus* no aparece la segunda fase, la desesperación (Preston et al., 1970). Tampoco en los monos ardilla, *Saimiri sciureus* (Kaplan, 1970; Jones y Clark, 1973).

DEPRESION INFANTIL EN MODELOS DE ESTRUCTURA SOCIAL COHESIVA

Uno se preguntaría, a qué puede de-

berse este diferente tipo de respuesta. Una característica que tiene en común todas estas especies que presentan una reacción menos aguda ante la separación, es una marcada e íntima sociabilidad cohesiva, este es el caso de *M. radiata*. Y, esto también se podría decir de los monos ardilla, especie sobre la que he trabajado varios años: por ejemplo, cuando se desplaza el grupo para buscar brotes de hojas tiernas, las hembras y los animales jóvenes se mantienen próximos entre sí. También cuando reposan lo hacen juntos. Y, al nacer una nueva cría, frecuentemente otros animales se aproximan a la hembra. Evidentemente este tipo de socialización tan intensa, es muy posible que favorezca que en la nueva cría se formen gran variedad de vínculos afectivos, lo cual puede repercutir en su leve forma de reaccionar ante la separación materna. De hecho, en *M. nemestrina*, especie en que las interrelaciones sociales no son ni tan frecuentes ni tan cohesivas, la reacción después de la separación, hemos indicado ya que es más aguda.

Ahora me gustaría pasar a analizar otro aspecto de la reacción que presentan los saimiries; la secuela que deja la separación materna. En este caso detallaré una experiencia propia, ocurrida de manera accidental, mientras nos centrábamos en el estudio de su estructura social. Inicialmente proyectábamos observar un amplio número de sus interacciones que libremente ocurren, ya que se trataba de animales cautivos, procuramos mantener al mínimo la interferencia humana.

Cuando el trabajo central ya se estaba realizando, ocurrió algo imprevisto durante la época de los nacimientos: una de las hembras murió a los 15 días de haber parido. Esto naturalmente nos alteró los planes originales, ya que muy a nuestro pesar tuvimos que interferir

en la relación normal del grupo. La cría de dos semanas de edad se mantenía abrazada a la madre muerta y en vano trataba de amamantarse. La separamos de la madre e intentamos que fuese adoptada por otra hembra que sólo hacía pocos días que había parido, pero ésta la rechazó, de forma que tuvimos que sacar de la colonia a la cría huérfana y alimentarla artificialmente. Después de esta separación y del traslado de la cría a una jaula especial (en donde este animal estaba aislado del grupo) su reacción fue de agitación leve. Durante las siguientes 6 semanas de su vida, gradualmente fue capaz de autoalimentarse; entonces se la reincorporó con el resto de la colonia.

Al principio de su reincorporación al grupo su respuesta fue por un lado, de aislamiento, de rechazo hacia cualquier intento de socialización de los demás miembros del grupo y, por otro lado, de comportamientos dirigidos hacia sí misma, tales como chuparse alguno de los dedos o el pene, y además, por un re-

poso aislado en que su cuerpo adoptaba la forma de ovillo. Al cabo de un mes estos comportamientos fueron siendo menos frecuentes. A primera vista esto parecía apuntar al principio de un final feliz, en que la cría daba la impresión de que se comportaba de la misma forma que los demás animales del grupo, especialmente en relación con las demás crías; pero la continua observación de su conducta al cabo de 6 meses de ocurrida la separación materna indicó que había una alteración.

Claros evidencias de la diferencia en el comportamiento de la cría huérfana se observan en el gráfico obtenido al aplicarle a los datos el Análisis Factorial de Correspondencia (Mendoza, 1983), en donde al entrecruzar los factores 1 y 2, es evidente que el punto que designa a la cría huérfana, indica que ésta se encuentra aislada de los demás individuos. Ello se debe a la diferencia de frecuencias con que desempeña, respecto a los demás animales del grupo, ciertas conductas.

FRECUENCIA DE LAS CONDUCTAS EN UNA CRÍA NORMAL Y OTRA HUÉRFANA (*S. sciureus*)

Conductas	Cría normal	Cría huérfana
Acurrucado socialmente	38	10
Desplazar (A)	84	14
Caminar sobre otro (A)	110	31
Perseguir (A)	64	19
Perseguir (P)	24	13
Inspección genital (A)	13	28
Masturbarse	4	50
Quitar comida (A)	69	31
Exhibición genital (A)	23	10

A = Activo; P = Pasivo.

Chi-cuadrado: 146,50 con 8 grados de libertad.

No existe asociación con $p < 0,99$.

En la Tabla n.º 1, que aparece en este artículo, he comparado el nivel de diferencias que muestran, en términos de frecuencia, las conductas que caracterizan a la cría huérfana y a la otra de igual sexo y similar edad cuya madre no murió. En esta tabla se observa que el animal que ha permanecido con su madre y con el resto del grupo desempeña más a menudo que la cría huérfana comportamientos tales como acurrucarse socialmente, desplazar, caminar sobre otro (es decir, al encontrar a otro animal en su camino, no le cede el paso sino que brinca sobre él, apoyándose con una o más de sus patas) también, persigue, ya sea como protagonista, activamente, o ya sea de forma pasiva. Asimismo, quita comida a otros individuos y también frecuentemente lleva a cabo la exhibición genital. Esta pauta es típica de los saimiríes, pero a pesar de que en apariencia sea sexual su sentido comunicativo parece que sea otro, es decir, se trata de un comportamiento que se ha ritualizado a través del tiempo y ahora en esta especie como la conocemos, el mensaje que emite no es ya el sexual. Entre los primatólogos se debate si su significado indique o no dominación. Los estudios que he hecho al respecto nos hacen pensar que más que tener un sentido de dominio lo tiene de defensa, ya que aparece en contextos en los que ocurren las agresiones defensivas (Mendoza, 1983).

A diferencia de la cría normal, la huérfana muestra pocas veces los comportamientos citados, pero en cambio a menudo se masturba e inspecciona sus genitales; ambas conductas son totalmente infrecuentes en los demás animales observados.

En suma, al comparar las frecuencias de las conductas citadas —que presentan estas dos crías— y al aplicarles el chi-cuadrado, nos encontramos con que

sus diferencias son claras, muestran un valor de 146,50 con 8 grados de libertad. Ello indica que no hay similitud entre ellas, por lo que a estos comportamientos se refiere, con una probabilidad igual o mayor al 0,99.

De manera que en general, la cría huérfana se caracteriza por: 1) su bajo nivel de actividad, 2) de sociabilidad y 3) de intervención en comportamientos que ella dirige, en que es protagonista de la acción. Además se diferencia por comportamientos atípicos como el masturbarse.

CONCLUSIONES

Desde luego que estos resultados no pueden considerarse definitivos. Es decir, para estar seguros de cuál es la intensidad de la secuela que deja la separación en los saimiríes, habría que diseñar un experimento que incluyese: mayor número de sujetos huérfanos o separados de la madre y, también habría que diferenciar entre los efectos que produce la separación materna y la separación social (de los demás miembros del grupo). Asimismo, estas condiciones de experimentación habría que compararlas en especies socialmente cohesivas, en disruptivas y en solitarias. Sin embargo, no nos parece desdeñable la experiencia. A nuestro juicio, algunos de los aspectos interesantes del estudio son, por ejemplo: 1) la evidencia de la prolongada huella que deja la separación (aún tratándose de una especie cohesiva, en la que de acuerdo con hallazgos previos es de esperar que el trauma de la separación sea leve), la cual se aprecia aún después de 6 meses de ocurrida; 2) las condiciones de observación en que se llevó a cabo el estudio, que implican una gran proximidad con el ambiente habi-

tual. No hay que olvidar que si se ha de comparar lo que sucede en el modelo con respecto al hombre debe haber paralelismo en las condiciones de observación. El niño separado de quien habitualmente lo cuida (como sucede en los casos de horfandad) no queda totalmente aislado, continúa rodeado de otras personas; 3) en este estudio también se pone en evidencia la utilidad de combinar técnicas como el Análisis factorial de correspondencias, que da una idea de conjunto de la distribución de los elementos que integran la matriz inicial, con el tradicional Chi-cuadrado, que permite una evaluación minuciosa de estos elementos.

Antes de terminar, me gustaría mencionar dos puntos generales. Por un lado, resaltar la dificultad que existe en la comparación de los diversos estudios, ya que hay gran variación en cuanto a técnicas de observación, especies estudiadas, condiciones de aislamiento

y número de animales sometidos a prueba. Por otro lado, es conveniente señalar que hay muchos problemas importantes y cruciales, que se plantean normalmente en la clínica y que no se han tocado aquí. Parte de ello puede haber sido ocasionado por una omisión mía, pero también gran parte del vacío se debe al reducido número de investigadores trabajando en este campo; especialmente aquellos que estudian al individuo dentro de su contexto social, observándolo cómo y en qué medida se relaciona con sus congéneres.

Lo anterior acusa la necesidad de una mayor relación interdisciplinaria que permita una utilización más práctica — desde el punto de vista clínico — de los modelos; lo cual puede fomentarse mediante reuniones de carácter interdisciplinario como la presente. Por ello, felicito a todas aquellas personas que han hecho posible que se celebre esta reunión.

BIBLIOGRAFIA

- BOWLBY, J.: «Childhood mourning and its implications for psychiatry». *Am. J. Psychiatry*, 118, 1961.
- BOWLBY, J.: «Separation anxiety». *Int. Psychoanal.*, 41, 89, 1960.
- BALDESSARINI, R. J. y AFischer, J. e.: «Biological models in the study of false neurochemical synaptic transmitters». En Ingle, D. J. y Shein, H. M. (eds.) *Model system in biological psychiatry*. MIT Press, Cambridge, 51, 1975.
- HINDE, R. A. y DAVIES, L. M.: «Changes in mother-infant relationship after separation in rhesus monkeys». *Nature*, 239, 41, 1972 a.
- HINDE, R. A. y DAVIES, L. M.: «Removing infant rhesus from mother for 13 days compared with removing mother from infant». *J. Child. Psychol. Psychiatry*, 13, 227, 1972 b.
- HOOF, J.A.R.A.M. van: «Aspecten van het sociale sedrag en de communicatie bij humane». En *Hosere niet-humane primaten*. Rotterdam (Broder-Offser N. V.), 1971.

- HOFF, J.A.R.A.M. van.: «A component analysis of the social behavior of a chimpanzee group». *Experientia*, 26, 549, 1970.
- JENSEN, G. D. y TOLMAN, C. W.: «Mother-infant relationships in the monkey, *Macaca nemestrina*: The effects of brief separation and mother-infant specificity». *J. Comp. Physiol. Psychol.*, 55, 131-136, 1962.
- JONES, B. C. y CLARK, D. L.: «Mother-infant separation in squirrel monkeys living in a group». *Dev. Psychobiol.*, 6, 259, 1973.
- KAPLAN, J.: «The effects on separation and reunion on the behavior of mother and infant squirrel monkeys». *Dev. Psychol.*, 3, 43, 1970.
- KAUFMAN, I. C. y ROSENBLUM, L. A.: «Depressions in infant monkeys separated from their mothers». *Science*, 155, 1030-1031, 1967 a.
- KAUFMAN, I. C. y Rosenblum, L. A.: «The reaction to separation in infant monkeys: Anaclitic depression and conservation-withdrawal». *Psychom. Med.*, 29, 648-675, 1967 b.
- KORNETSKY, C.: «Animal models: Promises and problems». En Hanin, I. y Usdin, E. (eds.) *Animal models in psychiatry and neurology*. Pergamon Press, N. Y., 1-7, 1977.
- MC KINNEY, W. T. y BUNNEY, W. F.: «Animal model of depression. I. Review of evidence: implications for research». *Arch. Gen. Psychiatry*, 21, 240, 1969.
- MENDOZA, D. L.: «A new interpretation of Saimiri's Genital Display». *Folia primat* (en prensa).
- MENDOZA, D. L.: «Variations in the activity level of squirrel monkeys *Saimiri sciureus*» (en preparación).
- MILLER, R. E.; RANELLI, C. J. y LEVINE, J. M.: «nonverbal communication as an index of depression». En Hanin, I., Usdin, E. (eds.) *Animal models in psychiatry and neurology*. Pergamon Press, N. Y., 171-180, 1977.
- PRESTON, D. G.; BAKER, R. P. y SEAY, B.: «Mother-infant separation in the patas monkey». *Dev. Psychol.*, 3, 298, 1970.
- ROBERTSON, J. y BOWLBY, J.: «Responses of young children to separation from their mothers». *Cour du Centre International de l'Enfance*, 2, 131-142, 1952.
- SEAY, B.; HANSEN, E. W. y HARLOW, H. F.: «Mother-infant separation in monkeys». *J. Child Psychol. Psychiatry*, 3, 123-132, 1962.
- SEAY, B. y HARLOW, H. F.: «Maternal separation in rhesus monkeys». *J. Ner. Ment. Dis.*, 140, 434-441, 1962.
- SPITZ, R. A.: «Anaclitic depression: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. II». *Psychoanal. Study Child*, 2, 313-342, 1976.
- SUOMI, S. J.: «Factors affecting responses to social separation in rhesus monkeys». *Animal models in human psychobiology*. Plenum Press, N. Y., 1976.
- TINBERGEN, N.: «The animal in its world». Vol. II. Laboratory experiments and general papers. Harvard University Press, Cambridge, 164, 1972.
- WILLIAMS, T. y MC KINNEY, Jr.: «Biobehavioral models of depression in monkeys». En Hanin, I. y Usdin, E. (eds.) *Animal models in psychiatry and neurology*. Pergamon Press, N. Y., 117-126, 1977.

MUERTE, PERDIDA Y DEPRESION EN EL NIÑO

Dr. Adolfo de los Santos Sánchez-Barbudo¹

Dr. Eusebio Santisteban Costán²

Dra. Carmen Núñez Jiménez³

1. Médico Adjunto del Servicio de Psiquiatría Infantil del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Sevilla (Prof. Rodríguez-Sacristán).
2. Profesor Ayudante de Clases Prácticas. Médico del Servicio de Psiquiatría Infantil del Departamento de Psiquiatría.
3. Médico Colaborador del Servicio de Psiquiatría Infantil.

INTRODUCCION

A) *Ideas generales:* En nuestra cultura occidental se considera la muerte como un fenómeno anómalo e indignante y por ello se tiende a apartar la idea de la muerte, y muy en especial de los niños. Hemos pasado de la muerte familiar (desde la Edad Media hasta el siglo XIX) al de muerte actual desconcertante. Se consideraba como un hecho normal por la que todos teníamos que pasar obligatoriamente. El uso del engaño ante el hombre agonizante parece que se instaura a mitad del siglo XIX, con la llegada de la burguesía. Los niños participaban del ceremonial como un acto más de la vida misma. Antes del siglo XVIII no es difícil encontrar ni-

ños en pinturas donde se representaban al moribundo. El pediatra Simon Yodkin (Daylly, 1981) refiere que en los siglos XVIII y XIX los niños no se hallaban excluidos de las preocupaciones familiares relacionadas con la muerte de sus seres queridos. Estaban presentes en los últimos momentos de su vida.

En la actualidad la mayor preocupación radica en enseñar a los niños casi exclusivamente sobre su origen, olvidando el tema de su partida de este mundo. Quizá sea esto una consecuencia más del avance de la medicina y el distanciamiento con la vivencia de la muerte. Las enfermedades, casi todas superadas hoy día, y la muerte en general postergada en la vida del hombre; pero no debemos olvidar que aun su-

peradas éstas, somos seres-para-la-muerte.

Han sido diversos los autores que se han interesado por la evolución del concepto de muerte en el niño (Wallon, 1934; Cousinet, 1939; Anthony, 1940; Deshaies, 1947; Bender, 1953; Foster, 1956; Mahler, 1961; Pérez, 1965; Hinton, Grollman, Koocher y Jackson, 1974). La mayoría de ellos describen tres etapas evolutivas perfectamente delimitadas. Camacho Laraña (1976) expone en su Tesis Doctoral la idea de que el niño orienta su atención hacia la muerte en función del concepto que de ella va adquiriendo, condicionado por su capacidad, entre otras, de abstracción y raciocinio de cada etapa. El distingue tres etapas evolutivas:

- a) *Primera etapa* (antes de los 5 años): Se caracteriza por la falta de conciencia de la muerte. El niño no ha desarrollado su capacidad intelectual, así como tampoco otras facultades auxiliares; lo cual le impide llegar al concepto, incluso rudimentario, del fenómeno de la muerte.
- b) *Segunda etapa* (de los 5 a los 7 años): La muerte es aprehendida en su dimensión física, como falta de movimientos y de actitud en general. Junto a esto, comienza ya a aparecer una participación emocional sobre la vivencia de muerte, por lo que ésta conlleva de separación o ausencia de la persona que ofrece una protección y seguridad al niño. Asimismo, hay una cierta curiosidad por conocer los ritos y costumbres que rodean al fenómeno de la muerte. Aún es concebida como un proceso reversible, temporal y sólo referida a las personas de mayor edad.
- c) *Tercera etapa* (más de 8 años): El aspecto físico de la muerte es entendido en su totalidad y comprendido en sus causas naturales. La muerte

es irreversible y todos los hombres llegan a morir algún día. Sin embargo, surge la preocupación y el interés por conocer qué puede haber después de esa muerte, la vida del más allá; así como la repercusión que en el medio oficial conlleva la muerte de la persona.

B) *Delimitaciones conceptuales*: No hemos encontrado publicaciones en nuestro país que refieran vivencias de niños a los cuales se les ha muerto un ser querido. Sin embargo, en otras publicaciones de ámbito internacional este tema es considerado de enorme trascendencia para el psiquiatra infantil.

Para comprobar esto, comenzamos analizando la palabra castellana «duelo», sinónimos en el mismo idioma y pasaríamos más tarde a compararlos con los sinónimos correspondientes de la lengua inglesa.

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua, llamamos «duelo» a la demostración que se hace para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguno.

Los principales sinónimos de duelo son: dolor, aflicción, tristeza, pena, desconsuelo. Pero, además, hemos llegado a encontrar unos cincuenta sinónimos secundarios.

Consultando el Diccionario Internacional de Simon and Schuster, comprobamos que había varias palabras inglesas sinónimas de las castellanas. Estas eran: «bereavement» (congoja, aflicción, desconsuelo, desgracia, luto y duelo), «mourning» (duelo, luto) y «mourner» (persona que está de luto), sin embargo el Diccionario Collins de Inglés, aporta las siguientes: «grief» (dolor, pesar, aflicción); «sorrow» (pesar, pena, dolor, tristeza, pesame); «bereavement» (aflicción por la muerte de un pariente) y «mourn» (llorar la muerte de...).

Por lo tanto, decidimos consultar con

el Excerpta Psychiatrica (1978-1982), ambos inclusive. La palabra «grief» aparece en 27 citas, de las cuales seis corresponden a niños (Hajal, 1977; Tiekem, 1979; Meyer, 1981; Johnson y Roseblatt, 1981; Salladay y Royal, 1981). Esto quiere decir que corresponde a un 22,22% de toda la bibliografía referida a «grief» en esos cinco años.

La palabra «bereavement» es más frecuente de aparición. En el período de 1978-82 aparece cuarenta y cinco veces: tan sólo diez de ellas se refieren a la población infantil. (Singh y Raphael, 1981; Person, 1980; Lifshitz, Berman, Galini y Gilad, 1977; Rao y Nammalvar, 1976; Lewis y Armstrong, 1977; Tandon, 1977; Black, 1978; York y Weinstein, 1981; Wilson y Soule, 1981; Hatton y Valente, 1981). Sin embargo, el porcentaje que le correspondería al término «bereavement», en la población infantil también sería del 22,22%.

Por último, la palabra «mourning» aparece tan sólo en este período en dos ocasiones, de las cuales sólo una correspondería a la referencia infantil.

PERDIDA Y DUELO EN EL NIÑO

Freud en su obra *La aflicción y la melancolía* (1917) pone en paralelo el desarrollo del duelo normal con la depresión, debido a la analogía existente entre ambos.

Para el niño, la madre es la única posibilidad de vida. Al igual que observamos en otros procesos psicológicos, la depresión tendría una finalidad conservadora dentro de la economía del psiquismo. Cuando se produce un duelo normal, el doliente («mourner») tiene que superar la pérdida «olvidando» el objeto amoroso perdido; pero esto sólo podrá hacerlo si destruye dentro de sí mismo la representación interna del objeto

y las energías libidinosas invertidas en él.

Creemos oportuno antes de hablar del duelo infantil, hacerlo del duelo referido al adulto. Una de las situaciones existenciales más difíciles para el ser humano es la desaparición de un ser querido, la pérdida de un objeto de amor. Esta pérdida coloca al individuo en una situación que se la conoce como «estado de duelo». El duelo es una situación traumática a la que prácticamente todos nos vemos abocados. Si bien el estado en que nos deja la pérdida de un objeto amoroso dista de ser nuestro estado psíquico habitual, tampoco constituye en sí mismo una situación psicopatológica.

No sólo es la muerte de la persona querida para un sujeto lo que lo coloca a éste en estado de duelo, sino también la vivencia de separación. El duelo depende fundamentalmente del estado subjetivo a que se ve abocado el individuo, más que el destino real del objeto amoroso.

Creemos pues entender por duelo: «el estado psicológico en el que se encuentra un individuo que ha sufrido una separación vivida como pérdida».

Debemos recordar las fases de un duelo normal. La primera, o fase de shock, está caracterizada por la reacción psicorgánica ante la noticia de la pérdida. La segunda fase se instaura con el llanto (Fase depresiva). Y la tercera es la de resolución del duelo. Otros conceptos a recordar son los de duelo «complicado» y «patológico». El duelo complicado es aquél que apartándose en su duración, su desarrollo y resultados, del proceso de duelo normal, no llega, sin embargo, a desembocar en una psicología característica. Y el duelo patológico, es aquél que trasciende irremediabilmente a la enfermedad mental.

Una vez descrito lo más sintética-

mente posible el duelo en el adulto, podremos adentrarnos en el terreno de la vivencia de duelo en la infancia. Hay muy poco escrito en los tratados más empleados de Psiquiatría Infantil. Por ejemplo, es de destacar la ausencia en tratados de Lutz, Kanner, Mendiguchía; sin embargo, encontramos algunas referencias en el tratado de Ajuriaguerra.

Para tratar el tema de duelo, pérdida y depresión en el niño, tenemos que remontarnos a Melanie Klein (1935), que desde su línea psicoanalítica retrotrae la pérdida del objeto amoroso a la segunda mitad del primer año de vida. Es entonces cuando, según la autora, el niño se ve obligado a aceptar la existencia de una sola madre que frustra y gratifica a la vez (posición depresiva) y hace duelo por el objeto amoroso ideal y perdido. También se siente culpable por ser él mismo el causante del abandono por parte de su madre, al dirigirle a ella su agresividad. La culpabilidad, dirigiendo hacia sí mismo la agresividad, intenta restablecer las buenas relaciones con el objeto amoroso. La depresión adulta sería para dicha autora una «regresión» a esa situación depresiva del lactante.

Más tarde Deusch (1937) observa la ausencia de pena en la reacción del niño ante la muerte de uno de sus padres.

El duelo infantil dependerá de muchas contingencias: sexo del niño, sexo del difunto, edad de los hermanos, si la desaparición del padre ha sido brusca o previsible, nivel de desarrollo, anterior relación con el fallecido, circunstancias de la muerte, reacción vivencial familiar, etc...

Porot (1959) delimita las reacciones del niño dependiendo de su edad, en tres períodos:

1. Reacciones antes de los 7 años: si los sustitutos familiares son valiosos, estas reacciones serían práctica-

mente nulas. Pero si la pérdida produce en el niño una carencia afectiva duradera, las consecuencias pueden ser nefastas.

2. Reacciones entre los 7 y los 10 años: por lo general son positivas ante sus desgracias. El carácter irremediable de la desaparición del ser querido crea un agobio contra el que el niño no está en edad de reaccionar con eficacia.
3. Reacciones después de los 10 años: son muy parecidas a las del adulto.

Brown (1961) encontró que el 41% de los pacientes depresivos habían sufrido la pérdida de uno de sus padres antes de los quince años, comparando con el grupo control en el que esta incidencia sólo ocurría en el 16% de los casos.

Arthur y Kemme (1864) estudian a 86 niños con trastornos afectivos y a sus familiares. Investigan las reacciones del niño ante la muerte de uno de sus padres. Ellos delimitan los problemas afectivos de los intelectuales, así como las reacciones inmediatas de las reacciones a largo plazo.

El niño, ante la pérdida, podrá reaccionar de las siguientes formas:

- a) Sensación de abandono: El niño vive un vacío emocional y un sentimiento de desesperación por encontrarse solo y perdido. Este sentimiento de soledad unida a la vivencia de abandono desencadena con frecuencia la fantasía de reunirse con el fallecido (Bowlby, 1960).
- b) Reacción de culpa: Que siempre es de difícil expresión y que suele manifestarse por terrores nocturnos y pesadillas; temor del niño hacia el difunto.

En su experiencia, Arthur y Kemme (1964) demuestran que el 13% de los

niños ante la noticia de la muerte reaccionan con llanto excesivo y el 35% aparecen con tristeza en el momento de la entrevista. Aunque falte el sentimiento de pena, existen otros indicadores emocionales que nos hacen pensar en la reacción vivencial ante la muerte en el niño, y esto son: aparición de actos masturbatorios, encopresis, bulimia, desorganización en el juego, risa inapropiada y agitación.

Barry Jr., Barry y Lindemann (1965) han estudiado la relación entre duelo en la infancia y la enfermedad mental en el adulto. En el mismo sentido, Brown (1966) considera fuera de toda duda, la relación entre pérdida de uno de los padres en la infancia y la delincuencia o estados psicopáticos (Persson, 1980).

Monedero (1972) diferencia el duelo normal y el patológico. Mientras el primero consiste en la forma de elaborar la pérdida de un ser querido, el segundo consiste en la elaboración de dicha pérdida de manera masiva y para desgracias al objeto amoroso dañado, peligra la vida del sujeto. Es decir, la depresión sería un duelo patológico que tiene como fin separar el objeto bueno de las agresiones de las que había sido objeto.

Ajuriaguerra (1975) habla de las distintas reacciones de los hijos ante la muerte de sus padres, dependiendo del sexo de ambos respectivamente. Por ejemplo, si el fallecido es la madre, la hija reaccionará con culpa ante la hostilidad hacia aquélla anteriormente. Lo mismo ocurre con el sexo opuesto. Pero si fallece la madre, el hijo idealiza su figura confrontando con la realidad, hace que la conserve suya para siempre.

Bywater y Parkes (1975) distinguen cuatro etapas en el duelo infantil:

1. Primera etapa o de aturdimiento (numbness): caracterizada por la

conmoción inicial o susto, de corta duración (unos días).

2. Segunda etapa o de deseo o de anhelo (yearning): caracterizada por el deseo de recuperar y volver a tener a la persona perdida.
3. Tercera etapa o de depresión: caracterizada por la culpa, tristeza y desesperación.
4. Cuarta etapa o de resolución: caracterizada por la vuelta a la vida habitual, aunque con temores de que se repita lo sucedido.

Ultimamente han sido algunas publicaciones las interesadas en el tema del duelo infantil. Rao y Nammalvar (1976) publicaron un trabajo en el que ponen de manifiesto la relación entre los cambios en la vida y los trastornos afectivos. Hajal (1977) utiliza en terapia familiar el trabajo de duelo ante el suicidio de un familiar. Lifschitz, Berman, Galini y Guilard (1977) estudiaron el duelo en un grupo de niños y observaron el efecto de la percepción materna y la organización social en su ajuste a corto plazo. Siguiendo los pasos de Brown (1966), Tandon (1977) encuentra entre las variables psicosociales en un grupo de delinquentes la ausencia de uno de sus padres en la infancia. Black (1978) y Tiekens (1979) se plantean un tratamiento estructurado ante el duelo infantil. Tratamiento que sería favorecido por la utilización del videotape en las sesiones terapéuticas tras el duelo por uno de los padres muertos (York y Weinstein, 1980/81).

Martí, Mingote y Saiz (1980) seleccionan siete niños a los cuales estudian a lo largo de tres años para poder evaluar la repercusión clínica que para el niño ha supuesto la muerte del padre. Coincidimos con ellos en cuanto a no encontrar publicaciones en nuestro país sobre este tema. Para ellos el duelo es «el tipo de pensamiento y sentimiento

que embargan al ser a quien le ha fallecido la persona querida»:

1. El hecho de la persona ausente influye en la aparición de un gran número de síntomas psicósomáticos, por los cuales se consulta.
2. Hay reacciones afectivas del niño que hay que reconocer como fenómenos de duelo por el padre fallecido.
3. El niño necesitará de tíos o maestros, por ejemplo como figuras paternas sustitutas para un sano desarrollo mental, así como para completar la estructuración de su personalidad.

Salladay y Royal (1981) estudian las reacciones vivenciales de los niños ante la muerte y dan una serie de pautas para elaborar positivamente el duelo. Meyer (1981) entrevista a las madres viudas y a sus hijos, valorando la vivencia de dolor por la pérdida de los padres.

Singh y Raphael (1981) investigan sobre la morbilidad del duelo tras una catástrofe como posible papel en la prevención de las enfermedades mentales.

La última bibliografía consultada es la de Johnson y Rosenblatt (1981) los cuales investigan el desarrollo del due-

lo infantil tras la pérdida de uno de sus padres.

CONCLUSIONES:

1. La pena se halla ausente en ciertos duelos infantiles.
2. El duelo infantil depende de muchas contingencias, de las cuales son éstas las más frecuentes: sexo del niño, sexo de los padres, edad de los hermanos, forma de provocarse el óbito (brusca o esperada), nivel de desarrollo del niño y relaciones con el fallecido.
3. Los sustitutos familiares del padre fallecido ocupan un papel valioso para una resolución positiva del duelo infantil, que a la larga influirán en el buen desarrollo psicomotor y la buena estructuración de la personalidad del niño.
4. Hay una gran relación entre depresión adulta y fallecimiento de los padres antes de los quince años.
5. Puede haber reacciones afectivas ante la muerte de uno de los padres, y que se pueden manifestar a partir de ciertas alteraciones tales como el asma bronquial, encopresis, terrores nocturnos, etc.

BIBLIOGRAFIA

- ANTHONY, S.: «The child's discovery of death». Kegan Paul, Londres, 1940.
- COUSINET, R.: «L'idea de la mort chez les enfants». *Journal Psychol. Norm. et Pathol.*, 36, 65-76, 1939.
- DESHAIES, C.: «Psychologia du suicide». P.U.F., París, 1947.
- FÖSTER, E.: «Kinderselbstmord». *Jahrbuch Kinderpsychiat.*, Bd., 1, 1956.
- HAIM, A.: «Les suicides d'adolescents». Payot, 1969.
- HEUYER, G.; LEVOBICI, S. y GIABICANI, A.: «Le sens de la mort chez l'enfant». *Ann. Méd. Psychol.*, 1, 241, 1954.
- JACKSON, N.: «Diálogo en el seno de la familia». En *Sociología de la muerte*. Edit. Sala, Madrid, 1974.
- MAHLER, M. S.: «on sadness and grief in infancy and childhood: loss and restoration of symbiotic love object». *Psychol. Study Child*, 16, 332-351, 1961.
- WALLON, H.: «Les origines du caractère chez l'enfant». P.U.F., París, 1934.

ASPECTOS EVALUATIVOS Y DIAGNOSTICOS DE LAS DEPRESIONES INFANTILES

SISTEMAS OBJETIVOS DE MEDIDA: EXPERIENCIAS CON EL INVENTARIO ESPAÑOL DE DEPRESIONES INFANTILES (C.E.D.I.) Modificado. DE KOVACS Y BECK

Autores: J. Rodríguez Sacristán
D. Cardoze
J. Rodríguez Martínez
M. L. Gómez-Añón
P. Benjumea Pino
J. Pérez Ríos

Unidad Docente de Psiquiatría Infantil (Prof. Rodríguez-Sacristán).
Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina, Sevilla.

Los trabajos y las investigaciones que se incluyen a continuación tienen un interés común: intentar avanzar en la investigación cuyo objetivo es encontrar formas eficaces y seguras de evaluar los fenómenos clínicos que englobamos bajo el epígrafe de Depresión Infantil.

Somos conscientes de las dificultades que ello representa. Hacemos nuestras las prudentes palabras de María Kovacs en 1981, cuando afirma lo siguiente: «Las Escalas disponibles para el diagnóstico de las Depresiones Infantiles son prometedoras, pero todavía están en un período de experimentación.

Todavía no pueden ser usadas como medio auxiliar de diagnóstico». Nuestra intención es la de partir de este punto para aportar nuestra experiencia por si pudiera resultar útil.

Es evidente que estas pruebas han despertado el interés de los investigadores, los más importantes son: Petti, Weimberg, Albert, Beck, Kovacs, P. Antich, Lefkovitz, Lang, etc. Han sido varias las propuestas de diversos autores con diferentes criterios, que han presentado unos sistemas de medida que podríamos resumir esquemáticamente así:

1. TECNICAS AUTOEVALUATIVAS

1. INVENTARIO PARA LA DEPRESION EN EL NIÑO (CDI).
Autor: Kovacs y Beck, 1978, 1981.
2. INVENTARIO RESUMIDO PARA LA DEPRESION EN EL NIÑO (SCDI).
3. CDS. ESCALA DE DEPRESION DE NIÑOS.
Autores: Lang y Tisher.
4. ESCALA AUTOEVALUATIVA DE BIRLESON, 1981.
5. MNZUNG, LEFKOVITZ, 1980.

2. ESCALAS DE VALORACION CLINICA

INDICE DE DEPRESION DE BELLEVUE (BID).

Autor: Lang y Weimberg, 1973 y Petti 1978.

40 items. Buena fiabilidad.

ESCALA DE EVALUACION DE DEPRESION EN NIÑOS (CDRS).

Autor: Pozanski 79. Sigue la Escala de Hamilton. Buena fiabilidad.

ESCALA DE EVALUACION AFECTIVA EN NIÑOS (CARS).

Autor: Cytrin y Mc Knew, 1979.

3. LA EVALUACION POR SUS COMPAÑEROS

INVENTARIO NOMINACION POR SUS IGUALES PARA LA DEPRESION EN NIÑOS.

Autor: Lefkowitz, 1980.

Preguntas a compañeros. Ej.: ¿Quién no juega?

4. ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS O ESTRUCTURADAS UTILES PARA EL DIAGNOSTICO DE LAS DEPRESIONES INFANTILES

K-SADS. Autor: Chambers y Puig-Antich, 1978. Basado en SADS: Entrevistas programadas para adultos de Depresión y Esquizofrenia. Muy útil. Fiable.

ENTREVISTA PROGRAMADA PARA NIÑOS (ISC).

Autor: Kovacs, 1977.

Responde a «Clusters» de depresión.

Todas estas pruebas tienen de común el hecho de estar basadas, al mismo tiempo, en criterios clínicos y cuantitativo-psicométricos. Algunas son modificaciones de pruebas ya bien conocidas por su aplicación en el adulto y, otras, están pensadas y centradas en el niño con criterios propiamente cronopsicopatológicos.

Como material hemos utilizado las siguientes pruebas:

1. C.E.D.I. INVENTARIO ESPAÑOL DE DEPRESIONES INFANTILES. Traducción, Validación, Baremación, Peso de cada items.
2. ESCALA AUTOEVALUATIVA DE BIRLESON. Traducción, Adaptación, Validación, Baremación, Peso de cada items.
3. R.O.D.I. REGISTRO OBSERVACIONAL DE LAS DEPRESIONES INFANTILES. Autor: D. Cardoze, 1982.
4. ESCALA DE NOMINACION POR SUS IGUALES. (Peer Nomination.) Traducción, Adaptación, Validación, Baremación, Peso de cada items y valor clínico.
5. CUESTIONARIO PARA DETERMINAR LA PERSONALIDAD PREDEPRESIVA EN EL ADOLESCENTE: MNTS-24. Traducción, Adaptación, Experiencia Clínica.
6. C.D.S. Traducción, Experiencia Clínica.

Nuestro interés se centra en contestar a las siguientes preguntas:

1.^a ¿Son válidas estas escalas en culturas diferentes a aquellas en las que se han estandarizado primitivamente?

No olvidemos que la expresión de las vivencias afectivas infantiles normales y patológicas van a estar mediatizadas por las experiencias culturales y consecuentemente psicolingüísticas.

2.^a ¿Qué inconvenientes nos ha presentado la traducción, adaptación y baremación de estas pruebas en nuestro medio?

3.^a ¿De nuestro trabajo qué instrumentos pueden considerarse como útiles para su aplicación en la clínica y permitirnos así conocer mejor el conjunto de los fenómenos depresivos en la infancia?

El inventario C.E.D.I., fue motivo de una Tesis del Dr. Cardoze en su estancia en nuestro Servicio. Realizamos una traducción, adaptación, baremación y valoración de esta prueba.

La modificación, consistió en hacer los siguientes cambios:

De los 13 temas iniciales de Kovacs, 1976 de la versión de 1977:

Tristeza, pesimismo, sentido del fracaso, insatisfacción, sentido de culpa, descontento consigo mismo, aislamiento social, indecisión, cambios de la autoimagen, dificultad para el trabajo, fatigabilidad y anorexia.

Se eliminaron algunos, y se añadieron otros quedando de la forma siguiente:

Trastornos del sueño, anorexia, irritabilidad, aislamiento, sentimiento de fracaso, fatigabilidad, dificultad para el trabajo, tristeza, autolisis, llanto, insatisfacción, pesimismo, autoimagen, quejas somáticas, actitud ante la escuela, y culpabilidad.

Los items trastornos del sueño, irritabilidad, llanto, quejas somáticas, se encuentran en el Beck Depresión Inventory (revisión de 1973), y no en el CDI. Por otro lado los items «descontento consigo mismo» e «Indecisión» fueron eliminados en nuestra adaptación. Introdujimos un nuevo item, no presente en el CDI de Kovacs ni el original de Beck.

Un cambio importante, pues, el hacer dos pruebas diferentes, una para niños de 5 a 10 años y otra para niños de 10 a 16 años: La forma aplicable a niños más pequeños CEDI (m), era contestada por la madre, el padre o la persona encargada del niño. La forma de niños mayores CEDI (M) lo fue por los mismos niños salvo en el caso de necesidad en que el padre, la madre o el examinador, le leían los items de la Escala.

Cada items no modificado del CEDI, se dividió en tres niveles para los niños de 5 a 10 años (0, 1, 2) y en cuatro niveles para los niños de 11 a 16 años, siguiendo los mismos subtests que en el original de Beck y adaptándose a los niños pequeños en la 1.^a forma.

	CEDI-P	CEDI-M
	(5-10 años)	(11-16 años)
Niños sin depresión	0 - 6 puntos	0 - 6 puntos
Niños con depresión ligera	7 - 12 »	7 - 12 »
Niños con depresión moderada	13 - 17 »	13 - 17 »
Niños con depresión severa	18 - ó más	18 - ó más

VALIDACION

Al ser una variable continua (CEDI) y la otra discontinua (diagnóstico clínico), hemos utilizado el Coeficiente de correlación biseral-puntual.

MUESTRA I:

La población (N = 56) sujetos la hemos dividido en dos grupos: depresivos según diagnóstico clínico (N = 32) y no depresivos (N = 24). La correlación obtenida entre diagnóstico clínico y CEDI es de 0,49. Este Coeficiente de Correlación es significativo al punto 0,001, es decir, que el CEDI se muestra altamente discriminativo con respecto a la Depresión. El Coeficiente de Correlación obtenido puede ser usado como criterio de validez.

Si conseguimos la atenuación debido al error de medición y diagnóstico, este coeficiente de validez asciende a 0,55. Un coeficiente alto si tenemos en cuenta que sus valores medios suelen oscilar entre 0,40 y 0,60.

GRUPO I	—	160	alumnos	(Sin depresión)	35'16%
GRUPO II	—	191	»	(Depres. ligera)	41'98%
GRUPO III	—	65	»	(Depres. moderada)	14'29%
GRUPO IV	—	39	»	(Depres. severa)	8'57%

Posteriormente, hemos averiguado las medidas obtenidas por los sujetos en función del diagnóstico. Se han establecido cuatro grupos, obteniéndose los siguientes valores:

El resultado de 5,056 4,16— significativa al P. 0,01, y merece decir que el CEDI discrimina a los depresivos del resto de los diagnósticos clínicos.

En esta muestra inicial trabajamos con 80 niños atendidos en el Servicio de Psiquiatría Infantil, del Hospital Universitario de Sevilla. 32 con diagnóstico de depresión y una muestra control de 22 niños sin historia psiquiátrica. En

una fase posterior hemos trabajado con 478 niños, cuyas características de la muestra han sido las siguientes:

MUESTRA II: 455 alumnos de ambos sexos: 327 niños y 128 niñas.

- Edad de 10 años a 15 años.
Total de la muestra, 455 alumnos de ambos sexos; 327 niños y 128 niñas.
- Se aplicó el CEDI en tres Colegios de Sevilla de E.G.B. en los Cursos 5º, 6º, 7º y 8º.
- Status Social de la muestra 1ª de los Colegios es de alumnos de clase social media alta, los otros dos son de alumnos de clase media.
- La muestra se distribuye en cuatro grupos, según la puntuación total que cada alumno obtiene en la autoevaluación del CEDI, según en la Baremación anterior.

La distribución en frecuencias de la muestra fue la siguiente:

Los grupos I y II, suman 77,14% del total. No existe diferencia de sexos significativa. Se aplicó estadístico de Kuver.

RESULTADOS

Considerados globalmente, los cuatro grupos son significativos a nivel P. 001.

GRUPO I / el GRUPO II:

Comparando el C.I. con el G. II (no depresión con depresión ligera),¹ encontramos diferencias significativas a un nivel P. 001, en todos los ítems, excepto en el n.º 15 (Actitud ante la escuela), que no hay diferencia significativa.

GRUPO G. I / el G. III:

Comparando el G. I (no depresión) con el G. III (depres. moderada), encontramos diferencias significativas a un nivel P. 001 en todas las preguntas, excepto en la pregunta n.º 15 (actitud ante la escuela), en que la diferencia significativa lo es a un nivel P. 005.

GRUPO II / el GRUPO III:

Encontramos diferencia a un nivel P. 001, en los ítems: 4, aislamiento social; 5 sentido de fracaso; 6, tristeza; 13, autoimagen.

Diferencias significativas a un nivel P. 005 en: irritabilidad, 10 llanto, 14 quejas somáticas.

Menor significación obtenemos en los ítems, 12, 9, 2, 6 y 16.

No encontramos diferencias significativas en los ítems 1 trastornos del sueño, 11 insatisfacción, 14 dificultad para el trabajo, 15 actitud ante la escuela.

GRUPO II / el GRUPO IV:

Hay diferencia significativa a un nivel P. 001, en todos los ítems, excepto en el n.º 1: Trastornos del sueño.

GRUPO III / el GRUPO IV:

Tan solo encontramos diferencia significativa a un nivel P. 001 en el ítem 10. — llanto y P. 005 en 11 y 12.

No encontramos diferencia significativa en el resto de los ítems.

ANÁLISIS DE RESULTADOS SEGUN ÍTEMS.

1. Trastornos del sueño:

Aparece al comienzo de la Depresión ligera, aumenta ligeramente según avanza el grado de la Depresión.

2. Anorexia:

Aparición temprana.

Síntoma que se estabiliza al llegar a la Depresión moderada; entre el G. III y el G. IV no hay diferencia significativa.

3. Irritabilidad:

Idem al anterior, aparición temprana, pero es más significativa la diferencia entre G. II y G. III P. 005.

4. Aislamiento social:

Aumenta con el grado de depresión, pero no discrimina entre la moderada y la severa.

5. Sentimiento de fracaso:

Síntoma gradual. No discrimina entre G. II y G. III.

6. Fatigabilidad:

Aparición temprana y gradual.

No discrimina entre G. III y G. IV.

7. Dificultad para el trabajo:

Discrimina entre G. I y G. II, entre G. II y G. IV.

Discrimina la depresión severa.

8. Tristeza:

Síntoma de aparición temprana. Se mantiene gradualmente. No aparece diferencia significativa entre G. III y G. IV.

9. Autolisis:

Síntoma totalmente gradual.

Aumenta con el grado de depresión en el inventario desde G. I a G. IV. Hay diferencia significativa entre todos los grupos.

10. Llanto:

Síntoma totalmente gradual; graduación más adecuada que en la autolisis. Significativo de todos los grupos.

11. Insatisfacción:

Una de las preguntas que más discrimina entre G. II y G. III.

12. Pesimismo:

Síntoma gradual.

Significativa del G. I al G. IV.

13. Autoimagen:

Se estabiliza en el G. III. No discrimina el G. III del G. IV.

1. Esta terminología está referida exclusivamente a la puntuación obtenida en el CEDI, y no a criterios clínicos.

14. Quejas somáticas:

Se estabiliza en el G. III. No discrimina entre el G. III y el G. IV.

15. Actitud ante la escuela:

No aparece diferencias significativas de los G. I con el G. II, y del G. II con el G. III.

Esta pregunta comienza a ser evaluada, incluso por los alumnos del grupo G. I (sin depresión), a partir de la opción B—No me gusta ir al colegio.

16. Sentimiento de culpa:

Síntoma gradual.

La autoevaluación, como en la anterior, comienza a partir incluso en el G. I a partir de la opción B—Me siento culpable algunas veces.

CONCLUSIONES

A) Insistir en la conveniencia de seguir la investigación en torno a las Escalas de Evaluación de las Depresiones Infantiles. No se discute las ventajas que puede aportar su uso y su utilidad para unificar criterios y lenguaje entre los clínicos, para facilitar la eficacia en la investigación y para un mejor conocimiento de los fenómenos clínicos.

Se trata de no hacer todavía uso generalizado e indiscriminado de todos estos instrumentos de trabajo, sino de completar la investigación en aquellos que parecen tener mayor utilidad.

B) En esa línea de continuación de la Investigación consideramos prioritario:

1º Cuidar extraordinariamente la adaptación a distintos idiomas y culturas, especialmente en el plano lingüístico de cada una de estas pruebas.

2º Escoger aquellas Escalas que veamos más útiles en relación a los fines clínicos o de investigación que se pretendan.

3º En ese sentido y según nuestra experiencia, la prueba más fiable en este momento es el CIDI de Kovacs y Beck.

4º Pensamos que esta prueba puede ser modificada con arreglo a los fines clínicos, culturales, comportamentales y evolutivos que convengan, todo ello con las debidas exigencias científicas standard.

5º Pensamos que las modificaciones deben llevar incluido una mayor flexibilización en la consigna, admitiendo criterios doctrinales diversos registros, observación comportamental o identificación de estructuras fenomenológicas, categoriales en relación a la forma clínica.

C) En cuanto a otras Escalas, de las que hemos hecho mención según nuestra experiencia:

1º Pensamos que la Escala de Birleson tiene posibilidades de aplicación por su facilidad de ejecución y por su seguridad científica.

2º Creemos que la técnica de la Peer Nomination tiene dificultades formales que nos hacen pensar en la consecuencia de facilitar su aplicación, modificando las consignas. Creemos conveniente seguir investigando en ella el extraordinario interés que tienen que detectar una afectividad psicológica alterada depresiva en grandes poblaciones infantiles.

3º En cuanto a la Escala de CDS, creemos que es una prueba de interés en la que los datos experimentales que poseemos el día de hoy son aún insuficientes.

CEDI - I (5-10 años)

**CUESTIONARIO ESPAÑOL
DE DEPRESION INFANTIL**

**(Rodríguez Sacristán y Cardoze.
Modificado de Beck)**

Nombre

Edad..... Sexo.....

Fecha.....

H.º N.º..... Puntuación.....

A) Trastornos del sueño.

0. Generalmente duerme bien.
1. Le es difícil quedarse dormido.
2. Le es difícil quedarse dormido y además tiene un sueño muy alterado (se despierta durante la noche y no puede volverse a dormir, pesadillas, habla o llora dormido).

B) Anorexia.

0. Generalmente come bien.
1. Su apetito no es tan bueno, más bien come poco.
2. Casi nunca tiene apetito y no come casi nada.

C) Irritabilidad.

0. Generalmente es tranquilo.
1. Algunas veces se altera más de lo normal ante ciertas situaciones.
2. Es muy irritable, ante cualquier cosa por pequeña que sea.

D) Aislamiento social.

0. Le gusta estar con otros niños.
1. Es poco interesado en el juego con otros niños.
2. Quiere estar siempre solo, rechaza la compañía de los demás, niños.

E) Sentimientos de fracaso.

0. Es un niño bastante seguro de sí mismo.
1. A veces expresa temor de que las cosas que debe hacer le salgan mal.
2. Siempre dice que a él todo le sale mal, que no sirve para nada.

F) Fatigabilidad.

0. No suele sentirse cansado.
1. Se siente fatigado, sin fuerzas, con frecuencia.
2. Siempre está cansado, sin fuerzas, aunque no haya hecho nada.

G) Dificultad para el trabajo.

0. Generalmente hace sin dificultad su trabajo escolar.
1. Le cuesta trabajo realizar su trabajo escolar.
2. No rinde absolutamente nada en su trabajo escolar, no es capaz de un trabajo por pequeño que sea.

H) Tristeza.

0. Generalmente tiene buen ánimo.
1. Se le nota triste, decaído, con cierta frecuencia.
2. Siempre está triste.

I) Autolisis.

0. Nunca habla de hacerse daño.
1. A veces expresa el deseo de morir.
2. Siempre dice que quiere matarse, que no quiere vivir más.

J) Llanto.

0. No suele llorar más de lo normal.
1. Lloro con cierta facilidad.
2. Lloro por cualquier cosa y a veces sin motivo aparente.

K) *Insatisfacción.*

0. Generalmente disfruta de las cosas (juguetes, juegos, situaciones placenteras).
1. No suele disfrutar de las cosas en la medida que lo hacen los demás niños.
2. Nunca disfruta de nada, siempre está insatisfecho, descontento.

L) *Pesimismo.*

0. Suele ser un niño optimista.
1. A veces expresa temores respecto a las cosas futuras.
2. Siempre está temiendo que sucedan cosas terribles, está preocupado siempre por el futuro.

M) *Autoimagen.*

0. No suele expresar sentimientos de ser menos que los demás en cualquier sentido.
1. A veces se compara con los demás en un sentido negativo (sentirse menos atractivo, más malo o inferior).
2. Suele decir con mucha frecuencia que es más malo o más feo que los demás.

N) *Quejas somáticas.*

0. No suele preocuparse de problemas de salud.
1. Se preocupa muchas veces de problemas de salud.
2. Está tan preocupado de problemas de salud que no suele hablar de otra cosa.

O) *Actitud ante la escuela.*

0. Le gusta ir al colegio.
1. A veces pone alguna excusa para faltar al colegio.
2. Se niega ir al colegio sin que exista un motivo aparente.

P) *Culpabilidad.*

0. No suele expresar sentimientos de culpa.
1. En ocasiones se siente culpable de algunas cosas que pasan.
2. Siempre se siente culpable de cualquier cosa que pase.

CEDI - II (11-16 años)

**CUESTIONARIO ESPAÑOL
DE DEPRESION INFANTIL**

**(Rodríguez Sacristán y Cardoze.
Modificado de Beck)**

Nombre

Edad..... Sexo.....

Fecha.....

Hº Nº..... Puntuación.....

A) *Trastornos del sueño.*

0. Puedo dormir tan bien como siempre.
1. No duermo tan bien como antes.
2. Me despierto hasta una o dos horas más temprano de lo usual y me cuesta trabajo volver a dormirme.
3. Me despierto hasta varias horas más temprano de lo que acostumbro y no puedo volver a dormirme.

B) *Anorexia.*

0. Mi apetito no es peor que antes.
1. Mi apetito no es tan bueno como antes.
2. Mi apetito es mucho peor ahora.
3. Ultimamente no tengo nada de apetito.

C) *Irritabilidad.*

0. No estoy más irritable de lo acostumbrado.
1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2. Ultimamente me siento irritable todo el tiempo.
3. No me irritan en absoluto las cosas que acostumbran a irritarme.

D) *Aislamiento social.*

0. No he perdido el interés en otras personas.
1. Estoy menos interesado en otras personas en comparación a como lo estaba antes.
2. He perdido la mayor parte de mi interés en otras personas.
3. He perdido todo el interés en otras personas.

E) *Sentimientos de fracaso.*

0. Yo no me siento un fracasado.
1. Pienso que he fracasado más que las demás personas.
2. Pienso que mi vida ha sido una acumulación de fracasos.
3. Siento que soy un fracaso completamente como persona.

F) *Fatigabilidad.*

0. No suelo sentirme más cansado de lo normal.
1. Me canso con mayor facilidad que antes.
2. Me canso casi con cualquier cosa.
3. Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa, no puedo hacer nada sin cansarme.

G) *Dificultad para el trabajo.*

0. Puedo trabajar tan bien como siempre.
1. Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.

2. Tengo que hacer un esfuerzo demasiado grande para realizar cualquier cosa.
3. No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

H) *Tristeza.*

0. No me siento triste.
1. Me siento triste.
2. Estoy triste casi todo el tiempo y no puedo evitarlo.
3. Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.

I) *Autolisis.*

0. Nunca he pensado en matarme.
1. He pensado en matarme, pero no lo haría.
2. Me gustaría matarme.
3. Me mataría si tuviera una oportunidad.

J) *Llanto.*

0. No lloro más de lo normal.
1. Ahora lloro más que antes.
2. Ahora lloro todo el tiempo.
3. Antes podía llorar pero ahora no puedo aunque quisiera.

K) *Insatisfacción.*

0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como antes.
1. No disfruto de las cosas como antes.
2. No obtengo una satisfacción verdadera de nada.
3. Estoy descontento y aburrido de todo.

L) *Pesimismo.*

0. No me siento pesimista respecto al futuro.
1. Me siento pesimista respecto al futuro.
2. Siento que no puedo esperar nada del futuro.
3. Siento que el futuro es para mí descorazonador y que las cosas no mejorarán.

M) *Autoimagen.*

0. No creo que me vea o luzca peor que antes.
1. Me preocupa parecer más viejo o sin atractivo.
2. Me siento como si hubiesen cambios permanentes en mi aspecto que me hacen lucir con menos atractivo.
3. Creo que mi aspecto es feo.

N) *Quejas somáticas.*

0. No estoy más preocupado por mi salud que antes.
1. Estoy preocupado por problemas de salud física como dolores y molestias (problemas de estómago, estreñimiento, dolor de cabeza...).
2. Estoy muy preocupado por problemas de salud física y me es difícil pensar en otras cosas.

3. Estoy tan preocupado con los problemas de tipo físico que no puedo pensar en nada más.

O) *Actitud ante la escuela.*

0. Me gusta ir al colegio.
1. No me gusta mucho ir al colegio.
2. Falto mucho al colegio sin necesidad de estar enfermo.
3. No quiero ir al colegio.

P) *Culpabilidad.*

0. No me siento particularmente culpable.
1. Me siento culpable algunas veces.
2. Me siento culpable muchas veces.
3. Me siento culpable todo el tiempo.

BIBLIOGRAFIA

- BIRLESON, P.: «The Validity of Depressive disorder in Childhood and the development of a rating scale. A research report». *J. Child Psychology, Psychiat.* Vol 22, 73-78, 1981.
- BECK, A. T. y BEAMESDERFER, A.: «Assesment of Depression: the depression inventory». En *Pharmacopsychiatry* 7. Karger, Basel, Switzerland, 1974.
- CARDOZE, Dennis: «Las Depresiones Infantiles». Tesis no publicada. Director: Jaime Rodríguez-Sacristán. Facultad de Medicina de Sevilla.
- FRIEDMAN, R. J. y BUTLER, L. F.: «Development and evaluation of a test battery to assess childhood depression». Ontario Institute for Studies in Education, unpublished manuscript, 1979.
- KOVACS, M.: «Children's depression inventory (CDI)». University of Pittsburgh, unpublished manuscript, 1978.
- KOVACS, M.: «Rating scales to assess depression in scholaged children». Department of Psychiatry, University of Pittsburgh School of Medicine and Western Psychiatric Institute and Clinic. *Acta paedopsychiat.*, 46, 305-315, 1980-81.
- KOVACS, M.; BETOF, N. G.; CELEBRE, J. E.; MANSHEIM, O. A.; PETTY, L. H. y RAYNAK, J. T.: «Childhood depression: myth or clinical syndrome?». University of Pennsylvania, unpublished manuscript, 1977.
- LANG y TISHER: «Children's depression scale». The Australian Council for Educational research Limited, Hawthorn, Victoria, Australia, 1978.
- LEFKOWITZ, M. M. y TESINY, E.: «Assesment of childhood depression». *J. Cons. Clin. Psychol.*, 48, 43-51, 1980.
- NARBONA, AGUIRRE Y RODRIGUEZ SACRISTAN: «Depresión e Imagen de sí en niños y adolescentes con incapacidad física crónica». *Acta Pediátrica Española*, Vol. 40, B, 299-305, 1982.
- PETTI, T. A.: «Depression in hospitalized child psychiatry patients». *J. Amer. Acad. Child. Psychiat.*, 17, 49-59, 1978.
- POZNANSKI, E. O. y CARROLL, B. J.: «A depression rating scale for children». *Pediatrics*, 64, 442-450, 1970.
- PUIG ANTICH, J. y CHAMBERS, W.: «Schedule for affective disorders and schizophrenia for schoolage (6-16 years)». Columbia University, unpublished manuscript, 1978.
- SHUETEBRAND, J. G. y RASKIN, A. (Edit.): «Depression in childhood Diagnosis, treatment and conceptual models». N. York. Raven Press, 1977.

ESTRUCTURAS DEPRESIVAS EN LOS ADOLESCENTES

Por el Prof. Francisco Alonso-Fernández
Catedrático-Jefe del Departamento de Psiquiatría y Psicopatología Médica
de la Universidad Complutense (Madrid).

El estudio de las estructuras depresivas propias de los adolescentes actuales exige tomar como puntos de referencia comparativa no sólo, como suele hacerse, la estructura depresiva completa y arquetípica descrita en los adultos —en cuyo análisis fenomenológico-estructural me encuentro profundamente comprometido—, sino el modelo de los adolescentes depresivos pertenecientes a épocas históricas anteriores.

La psicopatología más representativa de todas las edades, se halla en un proceso de mutación agudo, lo cual no es sino un reflejo de la gran crisis que atraviesa la mentalidad humana y el conjunto de la cultura occidental. Pienso haber dejado suficientemente cons-

tatado en diversos trabajos y libros las relaciones existentes entre ambos fenómenos básicos de nuestro tiempo, que concierne, respectivamente, a la psicopatología y a la antropología. La patomorfosis de los cuadros psiquiátricos y sus raíces histórico-culturales de tipo técnico-científico-industrial integran el conjunto articulado constituyente del capítulo de la psiquiatría sociológica que vengo denominando psiquiatría trans-histórica.

La crisis humana general propia de estos tiempos —y que conste que hablo de crisis, como recuerdo a menudo, en el sentido de Ortega y Gasset como un tránsito agudo a la forma de vivir— se agudiza durante la adolescencia. Esta agudización resulta lógica da-

do que la adolescencia representa el estadio evolutivo humano biosicosocial crítico y transformador por excelencia. De aquí la oportunidad de Ana Freud cuando dedica la consideración de anormal y patológico a todo adolescente que haya sido considerado como una «persona normal» por los adultos. La adolescencia se ha vuelto en las últimas décadas más intensa y turbulenta y mucho más prolongada que en otras épocas de la misma cultura occidental.

Por otra parte, entre los cuadros psicopatológicos que en bloque han experimentado modificaciones más intensas en los últimos tiempos, tanto cuantitativa como cualitativamente, sobresalen las depresiones. Por ambas razones (afectación máxima del cuadro depresivo y de la edad de la adolescencia por la metamorfosis tecnocientífico-industrial), entiendo que el estudio actual de las depresiones en el adolescente no puede prescindir de esta perspectiva transhistórica.

La adolescencia actual ha extremado sus características hasta el punto de haberse situado en el acmé de la gran crisis humana de la época, en el momento que el problema de la identidad propia toma su patetismo más elevado, sin alcanzar con seguridad un punto final preciso.

Hoy seguimos sabiendo con bastante precisión cuándo comienza la adolescencia, pero no cuando concluye. Son muchos los seres humanos que han sido conducidos a la tumba en los últimos tiempos a edades avanzadas de la vida sin haber abandonado la adolescencia. El borramiento del límite final de la adolescencia se debe al gran retardo con que ahora se produce el proceso de maduración afectiva, emocional y relacional. La mentalidad específica del adolescente se prolonga mucho más tiempo que antes. Esta pervivencia de rasgos inmaduros propios de la adoles-

encia y que ahora se extienden por todas las edades, tiñe a la convivencia humana de irresponsabilidad, toda vez que el comportamiento adolescente se ha puesto de moda y es vivido y hasta imitado disfrutando de la general complacencia.

La inmadurez del adolescente se exhibe hoy a cualquier edad como una condición propia y relevante, incluso con orgullo y vanidad. Lo que desprestigia es mostrar sentido de la responsabilidad, capacidad de independencia afectiva y estabilidad emocional. De esta suerte, la realidad de la adolescencia antes cuestionada, se ha afirmado como una realidad biopsicosocial y biográfica incuestionable y en la esfera de las estimaciones valorativas se ha elevado a la cúpula social, convirtiéndose en «non plus ultra» de nuestro tiempo.

Ante este jalnamiento cronológico tan impreciso que hoy tiene la adolescencia, casi no vale la pena distinguir la adolescencia precoz de la tardía, con relación al acontecer depresivo. Es obligatorio señalar de todos modos que la atipicidad propia de los cuadros depresivos en la adolescencia, va disminuyendo a medida que la adolescencia avanza y el sujeto se aproxima a la adultez.

Dentro de las depresiones, las modernas modificaciones transhistóricas más importantes conciernen a las depresiones situativas. (Prefiero hablar de depresiones situativas en lugar de depresiones unipolares por dos razones: porque así se efectúa una referencia a la etiología y porque, como vengo señalando con muchísima insistencia, existe un grupo de depresiones maníaco-depresivas distinguido por algunos autores como subtipo III de este círculo, que tiene una evolución estrictamente unipolar, efectuándose su identificación por los rasgos clínicos y la acumulación de casos bipolares en la familia.)

La incidencia general de las depresiones situativas se ha multiplicado por tres o por cuatro en las últimas décadas y sus manifestaciones se han dramatizado. Como factor responsable de este incremento de incidencia, interviene sobre toda la multiplicación de los cambios acelerados en el modo de vivir propio de la época, lo que implica la instauración súbita de nuevas situaciones con su cortejo de obligaciones y responsabilidades. Estoy con Nyssen en admitir también el incremento de la incidencia depresiva en los adolescentes, aún reconociendo que ha cambiado el concepto de depresión, volviéndose más conciso y completo lo que facilita el diagnóstico, y que ahora se acude más fácilmente al especialista. De todos modos, todavía no se ha logrado diagnosticar debidamente la depresión en la adolescencia, como lo demuestra el que en la historia un gran contingente de adultos depresivos figura el antecedente de fases depresivas en la época infanto-juvenil no correctamente catalogadas.

Ya hay autores, como Evans y Acton (1972), que se han lanzado a proclamar la depresión como el trastorno psiquiátrico más frecuente en la adolescencia. Pero la ausencia de adecuados estudios sobre la prevalencia de los trastornos psíquicos en la población general de adolescentes, recordada por Kandel y Davies (1982), no permite sostener con seguridad el aserto proclamado.

La adolescencia es hoy una época a la vez de moda y profundamente turbulenta. Llegan a ella los disturbios de múltiples lugares: las discordias familiares, el mal entendimiento generacional con los adultos, y sobre todo sus propias dificultades psíquicas para superar adecuadamente el proceso de identificación. Es el incremento de las depresiones de los adolescentes registrado en las últimas décadas, intervienen prefe-

rentemente los factores señalados, que hacen muchas veces incompatible la red de amigos iniciada en esta época con la red familiar, cuando ambas son imprescindibles y en su conjunto asumen una función protectora contra el acontecer depresivo. La desfamiliarización de la sociedad contemporánea que se traduce en la proliferación de personas jóvenes de ambos sexos, solteras, casadas o separadas, que viven independientes de la familia matriz y sin formar familia propia, constituye un fenómeno social en progresión en nuestro tiempo que favorece la incidencia de la depresión entre los adolescentes y los jóvenes. No resulta favorable para su propia salud mental que el adolescente se deje guiar por su afición a encerrarse en un grupo humano limitado y rechazar desde este claustro social todas las demás uniones posibles. El modelo más conveniente para el desarrollo de la personalidad del adolescente es el de mantener conexiones amplias y no excluyentes con los compañeros y amigos y con la familia nuclear (padres y hermanos).

La estructura depresiva propia de los adultos engloba, según investigaciones personales nuestras desde la perspectiva fenomenológico-estructural, cuatro dimensiones básicas: la del sufrimiento por vivir, la del descenso de los impulsos, la de la descompensación de los ritmos y la de la incomunicación verbal y averbal en los cauces sensorial y afectivo y cognitivo. Dentro de cada dimensión existen aspectos subjetivos y objetivos, elementos psíquicos y corporales.

En el campo de las depresiones de los adolescentes, hay algunos cuadros que se atienen a esta estructura típica. Pertenecen exclusivamente, como señalan Inamdar y colaboradores (1979), a la adolescencia tardía. Puede admitirse que antes de este momento evo-

lutivo, todas las depresiones se apartan sustancialmente de la mencionada estructura típica.

Lo que más se echa de menos en algunos adolescentes, en general, es la serie de alteraciones subjetivas propias de la depresión extendidas a las cuatro dimensiones referidas, como la falta de alegría y placer, el dolor de vivir, las cefaleas y otras molestias corporales, las ideas y las tendencias suicidas, el auto-desprecio, el aburrimiento, la apatía, la afalta de concentración y de memoria, la lentificación del pensamiento, la astenia, la adinamia, la soledad, las fuertes oscilaciones anímicas, la escasa resonancia afectiva y algunos datos más.

Los aspectos subjetivos de la depresión, más los psíquicos que los corporales, se difuminan en el adolescente por la falta habitual de una buena comunicación con el propio mundo interior. Se trata de una limitación impuesta por su falta de identidad, lo que se traduce en la carencia de una individualidad bien definida. Precisamente por esto, los niños y los adolescentes poseen un mundo interior de escasa consistencia y profundidad y son altamente permeables al influjo de los estímulos exteriores, aunque sea para oponerse sistemáticamente a ellos.

Más brevemente dicho, en las depresiones de los adolescentes los datos subjetivos cuentan mucho menos porque la subjetividad no ha tomado a esta edad todavía un desarrollo suficiente. De todos modos, los niños y adolescentes sospechosos de depresión, deben ser entrevistados convenientemente para indagar la presencia de experiencias subjetivas de esta estirpe.

Las dificultades del adolescente depresivo para conexionarse consigo mismo, no suelen pasar inadvertidas a las demás personas, que se ven así apremiadas algunas veces a realizar esfuerzos de control, por tener la sensación de

que se está poniendo a prueba su paciencia. Los informes de las personas del entorno sobre el niño o el adolescente depresivo (padres, hermanos, profesores, amigos y compañeros), como queda demostrado en el trabajo de Schnyder (1978), suelen contener importantes elementos que reflejan múltiples variables de índole objetiva y subjetiva. La introversión en cuanto dato estructural básico del aislamiento depresivo, se estructura a estas edades, con una mayor evidencia que en otras, como un repliegue narcisista.

Ocurre además que el adolescente afecto de molestias subjetivas propias de la depresión suele esforzarse intuitivamente en asignar al trastorno un origen físico, por ejemplo para el humor sombrío.

El humor depresivo tal como es recogido por algunos autores norteamericanos y el estado de ánimo triste en cuanto dato común a las llamadas depresiones neuróticas y reactivas, son elementos no integrados en la estructura depresiva, por lo cual se entiende que no pertenecen al síndrome depresivo acogido con un mínimo de rigor. La tristeza y el humor depresivo son fenómenos completamente distintos entre sí.

Las depresiones suelen expresarse en los adolescentes preferentemente por trastornos objetivos que afectan al soma y al comportamiento. Con relación a las depresiones de los adolescentes de estirpe somática, se debe puntualizar que no se trata de depresiones somatizadas, sino de depresiones acen-tuadamente depresiva fundamental. Lo que no obsta para que algunos cuadros depresivos se somaticen secundariamente en sujetos hipocondríacos previos casi siempre adultos. Pero los trastornos somáticos objetivos y subjetivos propios de la depresión, desde la cefa-

lea hasta la elevación del cortisol plasmático, no son somatizaciones o elaboraciones secundarias, sino productos depresivos primarios propios de la somaticidad o polo somatotrópico de la depresión.

Pues bien, las depresiones somatotrópicas de los adolescentes, suelen concentrarse, según mi casuística al menos, en el tubo digestivo alto, particularmente en forma de anorexia, náuseas, vómitos e identificación gastrointestinal. La sintomatología digestiva se extiende con frecuencia en el período precoz de la adolescencia a la eliminación de excretas, en forma de encopresis y enuresis.

Entre los adolescentes se manifiestan algunas veces otros trastornos somáticos frecuentes en los adultos, en particular las cefaleas y las alteraciones del sueño. Sus trastornos del sueño tienen la peculiaridad de aparecer como el dormir inquieto y agitado, la irrupción de pesadillas o sueños terroríficos y el despertar con crisis de pavor nocturno. Habrá que estudiar en el futuro la posible combinación de la depresión con las crisis sonambúlicas. Las alteraciones sexuales varían mucho de unos casos a otros, desde la absoluta inhibición hasta la hiperactividad promíscua. Pero son las alteraciones digestivas las que sobresalen por su tendencia a organizarse como una entidad estructural propia que enmascara la estructura depresiva básica.

Las alteraciones psíquicas objetivas tras las que subyace la depresión en la adolescencia, se distribuyen en cinco series estructurales: los fracasos escolares, los trastornos de conducta, el abuso del alcohol y otras drogas, las inhibiciones fóbicas y la transformación heboide.

Los fracasos escolares son la consecuencia inevitable de unos redimientos intelectuales interferidos por el hun-

dimiento energético-vital implicado en la depresión. En los centros escolares, el adolescente depresivo típico pasa por ser una persona débil, lenta, pasiva, flemática y parsimoniosa. En algunos informes de profesores se ha dicho de ellos que parecían vivir en otro mundo. A medida que se difuminan estos rasgos, fácilmente observables —no sólo en el centro escolar sino en todo su entorno— y permanece como manifestación aislada el rendimiento escolar insuficiente, puede hablarse de una constelación estructural depresiva específicamente escolar.

Dentro de su nivel general bajo, los rendimientos de los depresivos están sujetos con frecuencia a grandes oscilaciones. Esta acusada labilidad, en particular la labilidad afectivo-impulsiva, es una traducción externa objetiva de la disregulación de los ritmos, localizada en este caso en el ritmo intelectual. Por otra parte, las dificultades del pensamiento de los adolescentes depresivos se acentúan en las tareas siguientes: la captación de lo esencial y las elaboraciones abstractas; y, algo menos, en las construcciones de la fantasía.

Los trastornos de conducta, como la rebeldía extrema, las confabulaciones, las fugas, los hurtos, la hiperagresividad, la irritabilidad y la delincuencia, propios de algunos adolescentes depresivos, sobre un fondo de hiperactividad desmienten una vez más la visión angelista de la depresión. La dimensión estructural arquetípica de la depresión relacionada con la comunicación, se caracteriza a menudo no sólo por la retirada introversiva en grado mayor o menor, sino por enturbiar las relaciones con los demás mediante la desconfianza y la irritabilidad. En tanto en las depresiones de los adultos operan estos elementos como fuentes de producciones paranoides, entre los niños y los adolescentes se traducen por una con-

ducta antisocial. Además de los trastornos de la conducta originados directamente por los elementos estructurales depresivos señalados, el adolescente depresivo se desvía en otras ocasiones de la línea adaptativa con el propósito compensador de aliviar su sentimiento de inseguridad, afirmar su personalidad y no perder la estimación de los compañeros y del líder de algún grupo marginado que él frecuenta.

Tales aberraciones conductuales discrepan bastante del perfil de conducta depresivo típico —también sobresale la inseguridad, la inhibición y la pasividad—. El típico adolescente depresivo se deja conducir a un lado o a otro sin aportar nada, prefiere el contacto con muchachos de menor edad que la suya, mantiene buenas relaciones con los animales domésticos y exhibe con frecuencia una necesidad de castigo o reprimenda (lo que los autores alemanes han llamado *Strafbedürfnis*). Como modelo intermedio entre el perfil típico y la conducta hiperactiva atípica se encuentra el adolescente sensible, descontento, labil, desconfiado, antipático, celoso de sus hermanos y amigos. Para Toolan (1967), la conducta antisocial como configuración depresiva en los muchachos alcanza tanta importancia como el humor depresivo en las chicas.

El abuso del alcohol y otras drogas es en los adolescentes muchas veces una consecuencia de las dificultades y sufrimientos que interiormente les produce la depresión. El tipo de alcoholismo que vengo distinguiendo como alcoholomía, inicia sus manifestaciones antes de los 20 años en el 80% de los casos y se correlaciona positivamente con la depresión, situándose ésta, según los casos, entre los factores determinantes de la entrega alcohólico/a entre sus consecuencias. El estudio de la asociación alcoholismo-depresión es un

tema hoy de moda en la bibliografía especializada. La depresión enmascarada por el alcohol no se pone en evidencia muchas veces hasta que se instaura la abstinencia.

Ser dedica, en cambio menos atención a un dato que este equipo de trabajo del Departamento de Psiquiatría de la Complutense puso de relieve en el Congreso Internacional de Drogodependencia celebrado en Madrid en 1979. Se trata de que la administración de productos cannábicos y otras sustancias incluidas en el grupo de las drogas blandas, produce con cierta frecuencia depresión, y que a su vez esta depresión cannábica opera como un factor determinante de la alta importancia en la escala de las drogas. Los adolescentes consumidores de drogas hablan a menudo de la «depre» para referirse a la depresión. Y cuando se sienten muy afectados por ella la combaten con autodeterminación, una especie de «psicofarmacología salvaje», en términos de Pelicier, como puede ser un choque heroínico endovenoso o el impacto poderoso de otra sustancia ilegal o farmacéutica administrada por vía parenteral.

Las inhibiciones fóbicas, en especial el abandono del centro escolar, inducido por temores al profesor o a los compañeros y el aislamiento social dictado por la aparición de alguna dismorfofobia. A menudo nos encontramos con que un adolescente presa de la inhibición originada por sus respuestas angustiosas a determinadas situaciones, tiene dificultad para referir la existencia de experiencias fóbicas. Una vez más se refleja la gran dificultad del adolescente —sobre todo del adolescente depresivo— para acceder a su mundo interior y establecer contacto consigo mismo. Pero ello no debe ser obstáculo para que los estudiosos de la depresión no olviden la frecuencia con que la depresión se manifiesta en la adolescencia

por fobias escolares secundarias y dismorfofobias.

La transformación heboide de la personalidad conduce a ostentar un comportamiento orgulloso y despectivo, retraído y distante, amanerado y rígido, no totalmente ajeno a la vivencia de esquizofrenia tan profundamente estudiada en la Psiquiatría alemana. En la fachada heboide de un adolescente subyace con frecuencia una estructura depresiva más o menos completa. Estos cuadros pueden inducir al diagnóstico de esquizofrenia. Una serie amplia de diagnósticos de la esquizofrenia aplicados a adolescentes, según el informe de Carlson y Strober (1979), han tenido que ser posteriormente rectificadas a favor de la depresión. El balance global demuestra la existencia de un exceso de diagnósticos de esquizofrenia en la adolescencia en detrimento de la depresión.

De estas cinco constelaciones depresivas estructurales atípicas propias de los adolescentes, son particularmente novedosas con relación a épocas anteriores las descritas como conductas hipergresivas y delictivas equivalentes en cierto sentido a las depresiones paranoideas de los adultos y el abuso de drogas y alcohol.

La conexión etiológica existente entre la depresión y la anorexia mental, se ha vuelto más complicada en los últimos tiempos, a medida que el cuadro de la anorexia mental se produce con mayor frecuencia, se extiende a otras edades comienza a invadir las filas masculinas y adopta un franco polimorfismo clínico y etiológico. La anorexia mental de los adolescentes en cuanto a entidad morbosa ha dejado paso, de esta suerte, a la conducta anoréxica o síndrome de la anorexia mental. Las edades cronológicas de los sujetos afectados oscilan entre los 12 y los 30 años. Hay casos publicados de mujeres de 38 años iniciadas en el postpar-

tum. En mi casuística personal figuran ya algunas parejas de madre e hija afectadas simultáneamente.

En el moderno incremento de la incidencia de la anorexia mental intervienen factores diversos entre los que sobresalen la mayor morbilidad depresiva, el más alto consumo de drogas y de ciertos medicamentos, la hegemonía del ideal social de delgadez, el auge de la hipertrofia de la imagen corporal femenina propia y las falsas interpretaciones simbólicas sobre la función de comer. Ya ha comenzado a circular un test para evaluar las actitudes ante el alimento.

Su cuadro clínico ha adoptado un perfil evidentemente heterogéneo en su etiología y polimorfo en su sintomatología. Dentro de su heterogeneidad etiológica, se agrupan los cuadros debidos a una depresión, una neurosis obsesiva, una histeria, una esquizofrenia o una reacción vivencial, juntamente con los cuadros primarios que aparecen; por ejemplo, entre las alumnas de danza y arte dramático. La sintomatología se ha vuelto mucho más diversa. Llegan a alternar cuadros dominados por la vivencia de inmortalidad y la fobia a la muerte con otros donde impera la tendencia al suicidio. Abundan ahora incluso los cuadros regidos por el ideal de delgadez combinados con bulimia, compensada mediante vómitos o purgantes, trastorno llamado «bulimarexia» o «bulimia nerviosa», cuyo tratamiento fundamental, según la reciente revisión de Long y Cordle (1982), incluye algunas veces la terapia antidepresiva aún sin contar con la evidencia de que la estructura de la depresión se encuentra realmente presente.

El intento de desglosar la bulimarexia de la anorexia mental con la típica restricción alimentaria, se basa en datos etiológicos y clínicos, entre los cuales figura la mayor ligazón de la bulimarexia con la incidencia familiar de alte-

raciones afectivas, alcoholismo y drogodependencia, así como con el modelo de la personalidad impulsiva y poco dotada para controlar sus impulsos, todo lo cual es comentado recientemente por Srober y colaboradores (1982). De cualquier forma, se está imponiendo al fin el criterio de que la depresión asociada a la anorexia no es un epifenómeno del síndrome anoréxico y que el descenso urinario del 3-metoxi-4-hidroxi-feniglicol encontrado en el mismo se correlaciona con el grado de severidad de la depresión. Según Walsh (1982), las alteraciones del cortisol plasmático registradas en los anoréxicos reproducen el modelo de hiperactividad adrenal descrito en los depresivos.

La alteración que afecta al ciclo nicotermal del cortisol plasmático presente en un 60% de los depresivos adultos en forma de una elevación matutina que no se deja neutralizar por la administración de dexametasona, no aparece en los niños cuyos correspondientes resultados, según Golse y Debray-Ritzen (1982) se mantiene normales, pero sí es frecuente entre los adolescentes. Coinciden los autores con experiencia investigadora en esta cuestión, como Crumley y colaboradores (1982) y Robbins y colaboradores (1982) en señalar que el test de la dexametasona como marcado biológico depresivo tiene tanta sensibilidad y especificidad en la adolescencia como en la adultez.

Pero la utilidad práctica de este test para ayudar al clínico a identificar los adolescentes tributarios de tratamiento antidepresivo y a definir el momento más adecuado para suspenderles la medicación sin riesgo de recaída, espera su confirmación mediante la publicación de casuísticas más amplias. Ya puede anticiparse que aquí resulta más necesario que entre los adultos la manobra de recurrir a la repetición del test

aprovechando las recaídas o los empeoramientos.

Finalmente, la distinción diagnóstica entre depresión situativa y depresión ciclotímica, es decir entre los grupos de depresiones bipolares y monopolares, respectivamente, resulta necesaria ante toda depresión aparecida en la adolescencia. Los datos epidemiológicos señalan que el 35% de los adultos afectados de una depresión manicodepresiva ha tenido durante la adolescencia episodios o fases de la misma enfermedad. La bipolaridad evolutiva constatada mediante la presentación ulterior de una fase maníaca en el adolescente depresivo, es naturalmente un dato diagnóstico concluyente. Pero de no contar con este dato definitivo hay que atenerse a los indicadores anticipados probables de bipolaridad entre los que figuran la presentación precoz, el comienzo extremadamente brusco, la intensa inhibición psicomotora, el cuadro psicopatológico acentuado, la presencia de elementos de psicoticismo, la alta carga familiar con enfermos bipolares y las oscilaciones hipertímicas espontáneas o precipitadas por el tratamiento antidepresivo, aunque sean muy breves.

Los cuadros depresivos de la infancia y la adolescencia, en una personalidad de organización límite, es decir, con notable tendencia a la disociación, están siendo objeto de amplios debates en la literatura de los últimos tiempos acerca de si deben incluirse o no en el género de los auténticos depresivos. La problemática es ardua, ya que durante la infancia y la adolescencia, resulta sumamente difícil identificar una personalidad límite con los criterios manejados en el adulto. Las dificultades para diferenciar este tipo de personalidad de la personalidad narcisista, entendida en la línea de los trabajos de Kohyt y Kernberg, presenta a estas edades dificultades extremas o insuperables.

A título de conclusión o resumen: aunque la estructura depresiva típica integrada por los aspectos objetivos y subjetivos, psíquicos y corporales, de las cuatro dimensiones semiológicas por mí señaladas (sufrimiento de vivir, vaciamiento, incomunicación y ritmopa-

tía) tal estructura queda inédita a estas edades infanto-juveniles con mayor frecuencia, por enmascararse con las constelaciones estructurales atípicas siguientes: la digestiva, la escolar, la hiperagresiva, la drogómana, la fóbica y la heboide.

BIBLIOGRAFIA

- ALONSO-FERNANDEZ, F.: *Fundamentos de la psiquiatría actual*. Paz Montalvo, Madrid, cuarta edición, 1979, tomo II, pp. 227-306.
- ALONSO-FERNANDEZ, F.: *Compendio de psiquiatría*. Oteo, Madrid, segunda edición, 1982, pp. 353-372.
- CARLSON, G. y STROBER, M.: «Affective disorders in adolescence». *Psychiatric Clinic North Amer.* 2, 511-526, 1979.
- CRUMLEY, F. E. et al.: «Preliminary report on the dexamethasone suppression test for psychiatrically disturbed adolescents». *Am. J. Psychiatry* 139:8, 1062-4, 1982.
- EVANS, J. y ACTON, W. P.: «A psychiatric service for the disturbed adolescent». *British J. Psychiatry* 129, 429-432, 1972.
- GOLSE, B. y DEBRAY-RITZEN, P.: «Cortisolémie et test de freination à la dexaméthasone au cours des états dépressifs récidivants de l'enfant». *J. Psy. Biol. et Thérap.* 2:6, 76-77, 1982.
- INAMDAR, S. C. et al.: «Phenomenology associated with depressed moods in adolescents». *Am. J. Psychiatry* 136:2, 156-159, 1979.
- KANDEL, D. B. y DAVIES, M.: «Epidemiology of depressive mood in adolescents». *Arch. Gen. Psychiatry* 39, 1205-1212, 1982.
- LONG, C. G. y CORDLE, Christine J.: «psychological treatment of binge eating and self-induced vomiting». *British J. Medical Psychology* 55, 139-145, 1982.
- SCHNYDER, Th.: «Depressive Kinder in ihrer näheren Umgebung». En: H. Städeli (editor): *Die chronische Depression beim Kind und beim Jugendlichen*. Hans Huber, Berna, 1978, pp. 61-81.
- ROBBINS, D. R. y colaboradores: «Preliminary report on the dexamethasone suppression test in adolescents». *Am. J. Psychiatry* 139:7, 942-3, 1982.
- STROBER, M. et al.: «Validity of the bulimia-restrictor distinction in anorexia nervosa». *J. Nervous Mental Dis.* 170-6, 345-351, 1982.
- TOOLAN, J. M.: «Depression in children and adolescents». *Am. J. Orthopsychiatry* 32, 404-415, 1967.
- WALSH, Th.: «Endocrine disturbances in anorexia nervosa and depression». *Psychosomatic Medicine* 44:1, 85-91, 1982.

DEPRESIONES SOMATOGENAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Gerhardt Nissen
Universidad de Würzburg (Alemania).

Griesinger afirmó en 1845 en relación con la melancolía: «*También las formas melancólicas en todas sus variedades se presentan, aunque con más rareza, en la edad infantil*». Una afirmación que hasta hace poco parecía olvidada y luego fue descubierta aparentemente de nuevo. Como causas de enfermedades psiquiátricas menciona él las disposicionales, psíquicas, mixtas y somáticas; así pues, lo que nosotros hoy designamos como la Tri-etología (psicógena, endógena, somatógena) de las depresiones.

Bajo estas tres formas se encuentran las melancolías, las psicosis afectivas mono y bipolares, en el punto central del interés. El comienzo brusco, la fatal periodicidad, la monótona sintomática y el giro final a la situación de salida

fascinan tanto como los actuales resultados de investigación bioquímicos. Pero: Depresiones endógeno-fásicas son raras en los niños y adolescentes. Por el contrario la *Depresión sicógena* se diagnostica cada vez más frecuentemente en ellos. No sólo Freud y el Psicoanálisis, sino también Adler y la «Child-Guidance-Movement» han resaltado, una y otra vez, el papel dominante de la Peristasis en la patogénesis de trastornos psiquiátricos y enfermedades en la edad infantil. Ellos han sido confirmados por la Psicología del Aprendizaje especialmente por Levinson, Jacobson y Seligman en relación a la depresión.

La Depresión somatógena es conocida ciertamente desde hace largo tiempo pero fue considerada en niños y ado-

lescentes con negligencia. Enfermedades cerebrales o corporales hacen referencia a depresiones somatógenas. Hablamos entonces de *Depresiones cerebrales o sintomáticas*.

De ellas hay que delimitar, hasta donde sea posible, *Depresiones psicopáticas* (K. Schneider) y *Depresiones constitucionales* (Kraepelin). En las *Depresiones crónicas*, que Städeli y colaboradores han descrito en niños y adolescentes, se trata predominantemente de síndromes somatógenos.

Scholz, que en su libro *Anomale Kinder* editado en 1912, empleó por primera vez el término «Jugendpsychiatrie», decía que «distimias depresivas duraderas en niños y adolescentes» no deberían ser pasadas por alto. Cuando niños se suicidan se dice en los periódicos. Pero: «... ésta no es la verdadera causa. Miles leen los mismos libros y no se arrojan al agua cuando la vida les aprieta». Habría gente joven que serían afectados mortalmente por la lectura de *Las cuitas de Werther*, mientras que otros no podrían reprimir los bostezos. La bagatela que daría el último empujón para el suicidio no debería ser considerada como la causa.

El diagnóstico Psicopatía o Depresión psicopática ha llegado a ser hoy una rareza; en general ya no es empleado en niños y adolescentes. No sólo porque por una etiqueta reasticista podrían paralizarse actividades terapéuticas y afectarse adicionalmente el desarrollo del niño, sino también, y ante todo, porque las investigaciones genéticas humanas, por un lado, y el empirismo psicoanalítico, por otro, han llegado al conocimiento que caracteres «periolabiles» lleguen a ser «perioestables».

Kraepelin vio en la *Depresión constitucional* una «acentuación» sombría y duradera de los sentimientos en todas las experiencias vitales «y sospechó en algunas formas un parentesco interno

con las afecciones maniaco-depresivas. Cuando se comprende bajo constitución la suma de las cualidades psíquicas congénitas y adquiridas en la niñez temprana, como así postuló K. Schneider, se caracterizaría mejor el complejo causal con el concepto Depresión constitucional. Pieper llevó a cabo en seis niños investigaciones longitudinales y transversales y demostró que depresiones pueden durar desde la niñez temprana hasta más allá de la madurez. Pieper distinguió niños y adolescentes egoístas y desconsiderados, malhumorados e irritables. El deseo de Pieper era documentar la tesis de K. Schneider de que no se puede concebir Depresiones ciclotímicas como potenciación de estados tal como se presentan también en personalidades normales y anormales».

A. Städeli y colaboradores con su Depresión crónica han partido de las investigaciones de Scholz, Pieper y otros. Städeli y colaboradores escogieron de las historias médicas 28 pacientes depresivos según criterios ya existentes (Nissen), de modo que éstos y 15 pacientes revisados anteriormente pueden ser considerados con Depresiones somatógenas conjuntamente. En el total de los 43 niños y adolescentes depresivos somáticos no se pudo comprobar ninguna mejoría clara después de 9 o 10 años en 39 de ellos.

En los niños depresivos crónicos investigados por Städeli y colaboradores se encontraron la misma frecuencia de noxa pre, peri, y postnatales cerebrales que en un grupo de comparación de niños orgánico-cerebrales. Cerca de la mitad de estos niños depresivos tenían dificultades al beber en la época de la lactancia. Aprendieron relativamente tarde a andar y a hablar, no pasaron por ninguna fase de terquedad o éstas fueron insignificantes y ya en esta edad del lactante fueron descritos como «tranquilos-silenciosos-de fácil trato-

buenos». Como niños, fueron «pobres de impulsos, serios, reservados, tranquilos y lentos, apocados y apáticos, y presentaron frecuentemente encopresis, enuresis, anomalías sexuales y sociales, además de trastornos del sueño, cefaleas y dolores abdominales.

En los 105 niños y adolescentes investigados por Nissen se pudieron comprobar en un 32% retrasos psíquicos y somáticos y en el 45% anomalías del EEG. La valoración pre, peri y postnatales de lesiones cerebrales no debió realizarse en los niños investigados de 1942 hasta 1950; porque los datos no fueron suficientemente fiables. En una confrontación comparativa de los síntomas psíquicos de 15 niños y adolescentes afectos de una depresión somatogena con 90 pacientes afectos de otras formas depresivas se vio una distribución no homogénea significativa a favor de los síntomas *rigidez afectiva, hipococondría, debilidad de concentración y despersonalización*.

Städeli y colaboradores comprobaron, independientemente de ello, los siguientes síntomas fundamentales de la Depresión crónica: 1. *Temple afectivo fundamental depresivo* o distimias depresivas duraderas; 2. *Inhibición afectiva* con brusquedades afectivas ocasionales; 3. *Sentimientos vitales alterados* que se pueden expresar en quejas hipococondríacas, cansancio, trastornos del sueño, labilidad vegetativa, trastornos del apetito, de la regulación de la temperatura; 4. *Aumento de la angustia*; 5. *múltiples síntomas secundarios* como inhibición de la agresividad, sentimiento de desfallecimiento, autoagresión; y 6. *Estrechamiento depresivo de la inteligencia*. Desde el punto de vista pronóstico se desarrollaron favorablemente los niños depresivos con una buena inteligencia y con personas de referencia constante. Cuadros maníacos depresivos descritos por otros autores (Albert,

Ssucharewa) como síndromes exógenos en niños y adolescentes con lesiones cerebrales no se evidenciaron entre los pacientes (Nissen, Städeli y colaboradores).

Desde que Strauss y Lethinen en 1947 con su monografía sobre la psicopatología de los niños con lesiones cerebrales expusieron un nuevo concepto sobre la presentación de trastornos o afecciones psíquicas ha surgido una literatura extensísima pero también contradictoria. Existe unanimidad en que lesiones cerebrales de la niñez temprana en principio pueden ocasionar cuatro síntomas: 1. *Déficits motores* (parálisis espásticas); 2. *Afecciones comiciales orgánico-cerebrales* (epilepsias); 3. *Defectos cognitivos* (dificultades o impedimentos mentales al aprendizaje, debilidades de rendimiento parciales); 4. *Anomalías psíquicas o emocionales* como también se ven en disfunciones cerebrales mínimas. Niños de este último grupo han sido calibrados antes no raramente como neuróticos o psicópatas o designados como pseudopsicópatas encefalopáticos.

En adultos se diagnosticaron *Depresiones cerebrales*, por ejemplo en esclerosis cerebrales, tumores cerebrales, afecciones del cerebro, lues o meningitis. *Depresiones sintomáticas* son descritas tras operaciones, afecciones cardiovasculares, infecciones o inflamaciones. El psiquiatra infantil Corboz hizo alusión en una investigación sobre la psicopatología de los tumores cerebrales en la edad infantil, que en confrontaciones comparativas con el síndrome orgánico-cerebral del adulto podría llegarse a la comprobación que en los niños no habría ningún psicósíndrome orgánico-cerebral semejante. Esta aseveración sería sin embargo, inexacta, porque un psicósíndrome orgánico en un cerebro aún no maduro no podría

mostrar una sintomática como en adultos.

Tumores cerebrales graves pueden conducir en *adultos* a trastornos depresivos o disfóricos que se designan como «alteraciones caracteriales postraumáticas». El diagnóstico es relativamente fácil a esta edad porque es posible una comparación con la estructura de la personalidad *pretraumática* pero en niños con lesiones cerebrales tempranas el problema radica en constatar una alteración de la personalidad en un ser en el que en el momento de la lesión cerebral todo lo más existía como un esbozo de la personalidad, como una «preconfiguración» («Vorgestalt»). En niños anormales primariamente se debe por ello contentarse uno a menudo con la verificación de un *trastorno congénito* de una depresión primaria cuando no se dan signos directos o indirectos de un trastorno de la función cerebral en el transcurso del embarazo y del parto o de la niñez temprana, ya sean de naturaleza psicomotóricos, verbales, cognitivos, emocionales. K. Schneider se oponía a una confrontación rígida y ajena a la realidad de caracteres congénitos y externos: «Lo que nosotros consideramos como disposición (Anglage) no puede equipararse sin más disposición hereditaria. También factores exógenos intrauterinos pueden influir, incluso los que tienen lugar en la temprana niñez pero ciertamente y por principio ya no forman parte en la disposición. También la suposición metafísica de un ser-hecho-así no tiene ninguna limitación». Una formulación salomónica que también manifiesta en qué grado el concepto de psicopatía ya entonces era achacoso.

En niños y adolescentes juegan numéricamente un papel dominante al lado de las depresiones psicógenas las *Depresiones somatógenas*. Resultados representativos de investigaciones es-

tadísticas no existen hasta ahora; pero se estiman en un 15 a 20% de todos los síndromes depresivos de este trecho de la vida (Nissen). También desde este punto de vista debían realizarse regularmente no sólo en niños y adolescentes sino también en adultos documentación del parto e historias médicas de la niñez, descripciones del comportamiento del niño en el Kindergarten y en la escuela, así como detallados cuestionarios sobre el desarrollo psicomotor, verbal, emocional y social. Como actuales «*Measurement instruments*» (Kovacs) sirven en niños adolescentes mímica y gestos, el modo y la resonancia de las relaciones con los padres, hermanos, camaradas de escuela y maestros, así como el comportamiento en el juego, aprendizaje y situación afectiva. También el niño depresivo y el adolescente depresivo son o bien inhibidos (tranquilos, quietos, tristes, oprimidos dóciles y modestos): desde el punto de vista de los padres son niños especialmente formales, buenos y cómodos. Pero por otra parte se dan también niños depresivo-*agitados* (niños irritables y agresivos que desde el punto de vista pedagógico son calificados como caprichosos, veleidosos, desobedientes y difíciles).

No debe pasarse por alto una exploración corporal y neurológica detenida cuando es muy probable el diagnóstico de una depresión psicógena o endógena. Fenomenológicamente no es a menudo posible una distinción en formas psico o somatógenas.

El *análisis transversal* es a menudo, como en muchas otras afecciones psiquiátricas, mucho menos significativo que el *análisis longitudinal*: En niños y adolescentes se manifiestan síndromes depresivos *somatógenos* ya en la edad temprana mientras que estados depresivos *psicógenos* pueden ser reconocidos con más seguridad en niños esco-

lares Depresiones endógenas fásicas (mono y bipolares) se presentan la mayor parte de las veces después del primer decenio, en la prepubertad y pubertad, y llegan a ser más frecuentes en adolescentes.

Casi obligatoriamente se dan dificultades de *diferenciación tipológica* en la clasificación de depresiones somatógenas y psicopáticas o constitucionales, porque a menudo factores genéticos y orgánicos participan en su manifestación. No todos, sino sólo algunos niños con lesión cerebral temprana llegan a ser depresivos. Diferentemente que en adultos, en adolescentes y niños mayores es en la niñez temprana la localización de una lesión cerebral ligera menos trascendental para la acuñación o expresión de determinados psicósíndromes orgánico-cerebrales. Para el psicósíndrome orgánico-cerebral temprano es mucho más característico que no exista típicas correspondencias topográficas y psicopatológicas. Hay que aceptar por ello que en la manifestación de una depresión en un niño con lesión cerebral temprana es necesario un *factor disposicional genético* sin el cual no se desarrolla el síndrome depresivo.

Niños con *depresiones somatógenas* acusan también más tarde, como adolescentes y adultos, trastornos cognitivos adicionales. Así déficits parciales de rendimiento que conducen a una experiencia alterada del ambiente y con ello también a una alteración primaria de las reacciones y conductas infantiles.

Dislexias acústicas u ópticas así como una actividad psicomotórica aumentada pueden conducir a afectaciones adicionales. Además se encuentran acumulados trastornos de las «Condiciones previas de la inteligencia» (Jaspers), como la concentración y la perseverancia.

Depresiones somatógenas se encuentran además en niños y adolescen-

tes como manifestaciones acompañantes de una *epilepsia* en la que hay que deslindar disforias propias de la enfermedad de las condicionadas medicamentosamente. También en *trastornos endocrinos* o en o después de infecciones, intoxicaciones o en la convalecencia de afecciones graves. Depresiones sintomáticas aparecen en niños con relativa frecuencia, por ejemplo en el sarampión, corea minor, pero raramente se registran a causa de la enfermedad fundamental que está en un primer plano. Finalmente síndromes depresivos o disfóricos se observan también en *aberraciones cromosómicas* (M. Turner, M. Klimefelter) y en *enfermedades heredo-degenerativas* (por ejemplo en los pródromos de una Corea de Huntington).

El tratamiento de depresiones en niños y adolescentes está orientado lo mismo a la causa que al síntoma. Desde el aspecto causal específico está en las depresiones somatógenas en primer plano el tratamiento del trastorno fundamental. Distimias depresivas en niños epilépticos o adolescentes desaparecen a veces sorprendentemente bien por un cambio de la medicación anti-epiléptica.

Niños *hiperkinéticos* con estados distímicos depresivos deberían primero ser tratados con estimulantes que influyen favorablemente también sobre la distimia depresiva.

En afecciones endocrinas puede repercutir favorablemente en la situación afectiva la sustitución hormonal realizada por especialistas. Las *Depresiones condicionadas por drogas o fármacos* exigen una desintoxicación, una reducción o un cambio del medicamento. Sin embargo, para la mayor parte de las depresiones somatógenas en niños y adolescentes no es posible un tratamiento *causal* del trastorno fundamental ya que se trata de lesiones cerebrales ligeras o graves. Pero en éstas como en las otras formas depresivas en

las que no puede ser alcanzada una mejoría suficiente, también hay que considerar un tratamiento antidepresivo medicamentoso.

Señas del autor:

Prof. Dr. Gerhardt Nissen, Director de la Clínica y Policlínica Universitaria de Psiquiatría Infantil y Juvenil.

Füchleinstrasse 15, 8700 Würzburg.

BIBLIOGRAFIA

- ALBERT, E.: «Organisch bedingte Affekt- und psychomotorische Psychosen bei Kindern», *Criaca port.* 12, 67 (1953).
- ANGST, J.: «Zur Ätiologie und Nosologie endogener depressiver Psychosen», Berlin-Heidelberg-New York: Springer, 1966.
- CORBOZ, R.: «Die Psychiatrie der Hirntumoren in Kindesalter», Wien: Springer, 1958.
- GRIESINGER, W.: «Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten», 1845 Nachdruck D. J. Bonset, Amsterdam, 1964.
- JASPERS, K.: «Allgemeine Psychopathologie», Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer, 1953.
- KOVACS, M. y BECK, A. T.: «An Empirical-clinical Approach toward a Definition of Childhood-Depression», In: Schulterbrandt, J. G., Raskin, A. (eds.) «Depression in Childhood: Diagnoses, Treatment and Conceptual Models», New York: Raven, 1977.
- NISSEN, G.: «Depressive Syndrome im Kindes- und Jugendalter», Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1971.
- NISSEN, G.: «Depressive Zustände bei Kindern und Jugendlichen», In: Kielholz, P. (Hrsg.) «Der Allgemeinpraktiker und seine depressiven Patienten», Bern, Stuttgart, Wien: Huber, 1981.
- PERRIS, C.: «A Study of Bipolar (Manic-depressive) and Unipolar Recurrent Depressive Psychosis», *Acta Psychiat. Scand.* 42, Suppl. 194 (1966).
- PIEPER, R.: «Die sogenannten konstitutionellen Depressionen bei Kindern», *Z. Kindertorsch.* 48, 116 (1940).
- SCHEPANK, H.: «Erb- und Umweltfaktoren bei Neurosen», Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1974.
- SCHNEIDER, K.: «Klinische Psychopathologie», Stuttgart: Thieme, 1959.
- SCHOLZ, L.: «Anomale Kinder», Berlin: Karger, 1912.
- SSCHAREWA, G. F.: «Episodic Psychosis in Remode Period after Cerenral Infections and Traumata», *C. S. Psychol.* 52, 135 (1956).
- STÄDELI, H.: «Die chronische Depression beim Kind und beim Jugendlichen», Bern, Stuttgart, Wien: Huber, 1978.

CONSIDERACIONES CLINICO-EVOLUTIVAS ACERCA DE UNA MUESTRA DE 49 SINDROMES DEPRESIVOS EN LA ETAPA INFANTO-JUVENIL

Facultad de Medicina de Valencia. Cátedra de Psiquiatría (Prof. M. Rojo).
Servicio de Psiquiatría Infantil.

A. Agüero Juan *

M. A. Catalá Angel **

J. Quiles LLoret ***

G. Cervera Martínez ***

G. Soler D'Hyver ***

V. Real Román ***

* Prof. Adjunto Numerario de Psicología Médica.

** Prof. Ayudante de Clases Prácticas.

*** Médicos asistentes.

Desde los años 1975-82 hemos seleccionado 49 enfermos sobre un total de 3.200, lo cual supone un 1,53% de incidencia sobre el total de la patología.

Estudiamos 49 enfermos diagnosticados de Síndrome Depresivo, siguiendo para ello los criterios diagnósticos del RDC de Spitzer, para las Depresiones Mayor. Cada historia fue diagnosticada por varios especialistas y fueron rechazadas aquellas en donde no existía un consenso total. En nuestra muestra en-

contramos un total de 16 varones (32,66%) frente a 33 hembras (67,34%) lo cual supone una relación de 1/2. Al desglosar las edades distinguimos 13 casos de Depresiones Prepuberales en donde las cifras relativas son de 9 varones y 4 hembras, invirtiéndose la proporción general en favor de los varones. Por el contrario en las Depresiones Puberales, registramos 7 varones y 29 hembras, lo cual acentúa en más la proporción varón/hembra que se transforma en 1/4.

En la diapositiva 1, se pueden constatar los datos mencionados respecto a la distribución de sexo, edades de comienzo. Se trata de una distribución de frecuencia bimodal con una discreta acumulación de casos sobre los 9 años (correspondientes a las Depresiones Prepuberales) y otro más significativo sobre los 13-14 años.

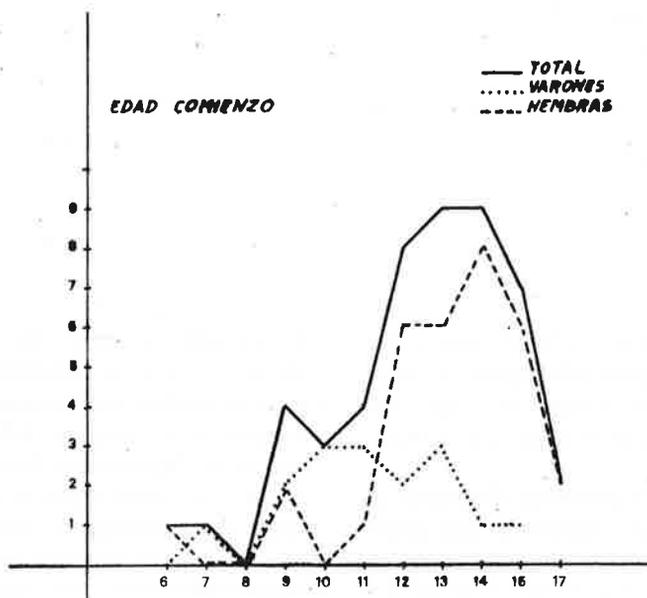
La diapositiva 2, nos muestra las edades actuales, en donde se puede ver un período evolutivo que oscila entre unos meses hasta 6 años.

El nivel social lo determinamos si-

guiendo el esquema para la Región Valenciana por M. Gaviria. Encontrando $B_1 = 0$; $B_2 = 2$; $B_3 = C = 33$ y sin determinar en 11 casos. Abunda el estrato obrero por cuenta ajena en 33 casos, quizá coincidiendo con el nivel social que acude preferentemente a nuestro hospital.

Lugar que ocupan en la *fratria*, abundan los primogénitos en 23 casos (46,92%) de los cuales 14 son hijos únicos (28,57%); son segundos en 15 casos (30,61%) y es resto tiene menor significación.

Figura 1



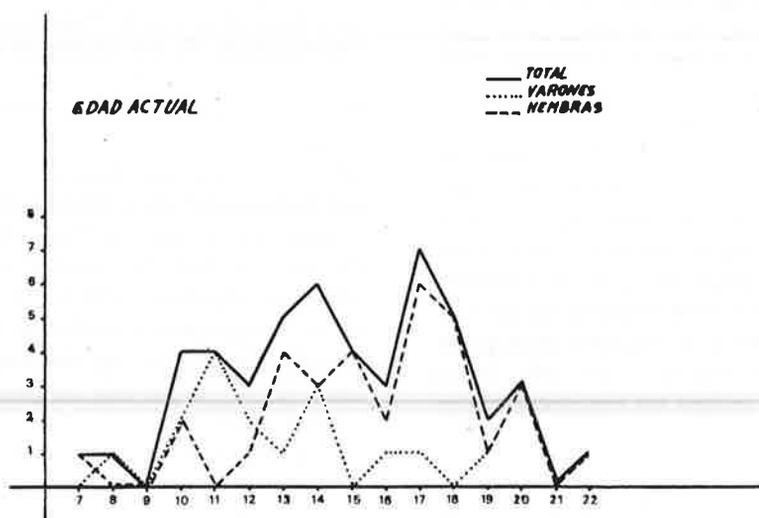


Figura 2

Antecedentes personales, los datos relativos a embarazo y parto son prácticamente normales, solamente en 9 casos se registran discretos signos de anoxia neonatal que no precisaron maniobras especiales de reanimación, siendo el desarrollo psicomotor normal, excepto en un caso en donde se registró un discreto retraso.

En la *personalidad premórbida*, encontramos como datos significativos un modelo que se repite en 20 ocasiones (40,81%) consistentes en timidez, ten-

dencia al retraimiento y soledad, dificultad en establecer nuevas amistades, inseguridad en sí mismo y reacciones de ansiedad.

Los *antecedentes familiares* relativos a las enfermedades psiquiátricas son frecuentes en 22 casos (44,89%), de los que 12 son antecedentes depresivos (24,5%). De ellos en 4 ocasiones corresponde al padre y en 8 a la madre y otros parientes de la rama materna.

En el capítulo de *exploraciones psicológicas* relativas a rendimientos inte-

lectuales, destacamos como punto de partida que exigimos a nuestra muestra un CI superior a 75 para ser considerada materia de estudio. En consecuencia los niveles CI y la escolaridad se considera dentro de los límites normales. Destacamos la incidencia negativa que tiene sobre los rendimientos escolares la presencia de las distintas fases depresivas. Así: 35 niños se encuentran estudiando básica; 5 estudian BUP; 2 Formación profesional; 3 trabajan; sólo 1 preescolar.

Las exploraciones EEG muestran nueve trazados en los límites de la normalidad y uno que manifiesta trazados mostrando signos irritativos profundos, sin clínica de pérdidas de conciencia y con el antecedente próximo de un TCE.

La incidencia de *factores desencadenantes* se registra en 29 casos (59,18%) y reviste las siguientes características:

En 10 casos se trata de una discusión, repartiéndose en 7 ocasiones con los padres y el resto con amigos de la pandilla, con una vecina, con el profesor.

En 3 casos se trata de la menarquia (coincide con la aparición de la primera regla).

En 2 ocasiones los cuadros depresivos son precedidos por una enfermedad somática (1 nefrectomía y 1 neumonía).

En 2 ocasiones a raíz de la enfermedad de los padres.

en 2 casos tras el fallecimiento de familiares (abuelo) o conocidos (madre de una amiga).

El resto de los casos se presenta en una ocasión y corresponde a causas variadas: cambios de colegio, problemas de búsqueda de empleo, visita a enfermo hospitalizado, segundas nupcias del padre, nacimiento de una hermana, charla laboral, traumatismo craneocefálico, tratamiento adelgazante.

SINTOMATOLOGIA

La valoración clínica se realizó aplicando la escala de Hamilton. El análisis de los resultados obtenidos nos permiten realizar una doble valoración. En primer lugar (Diapositiva 3), comparamos los porcentajes de la muestra total y las Depresiones Prepuberales, como resultado de ello se puede apreciar un primer bloque de síntomas que supera el 50% (Humor deprimido, 87%; Ansiedad psíquica, 71%; Insomnio, 58%). Un segundo escalón constituido por disminución de actividad (44%); ansiedad somática (32%); inhibición (32%); intentos de suicidio (30%) y síntomas digestivos (28%). Y por último un tercer bloque en donde se sitúan la agitación (22%); los síntomas generales (22%); la pérdida de peso (18%) y otros (16%).

Las Depresiones Prepuberales manifiestan diferencias con la muestra general antes descrita en los siguientes puntos:

- a) Una mayor incidencia porcentual de los síntomas relativos al insomnio, disminución de actividad, inhibición, otros síntomas.
- b) En el resto de las áreas estudiadas los porcentajes son inferiores y llegan a estar ausentes en los intentos de suicidio.

En un segundo momento consideramos comparativamente la sintomatología general desglosada en varones/hembras (Diapositiva 4).

Como resultado de la misma se observa un aumento porcentual discreto en las hembras en el humor deprimido, muy acusado en cuanto a intentos de suicidio se refiere y un aumento moderado en síntomas digestivos, agitación y otros síntomas somáticos. Manifies-

tan una exclusividad, aunque es enca-
sa proporción los síntomas obsesivo-
compulsivos; la despersonalización. el
insight, la hipocondría y los sentimien-
tos de culpa. Resulta pues un cuadro
clínico más florido.

TRATAMIENTO; EVOLUCION; RESULTADOS

A continuación consideramos en las
siguientes diapositivas y en función de
la edad y sexo, los criterios de evalua-

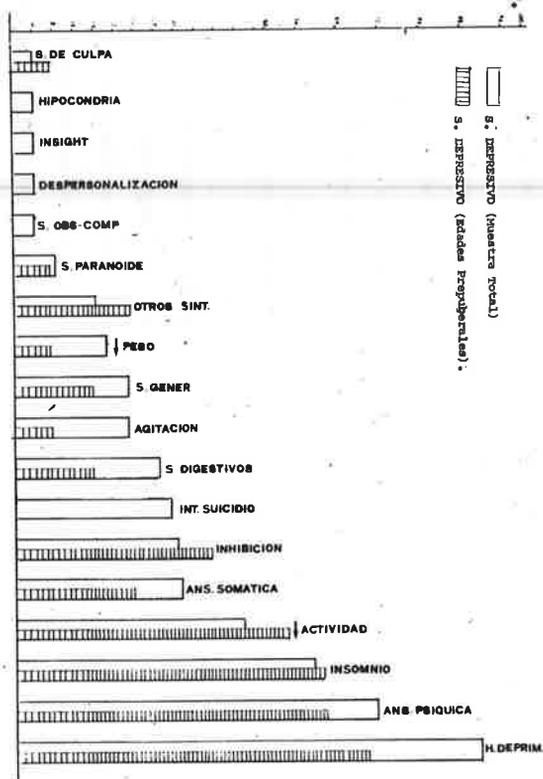


Figura 3

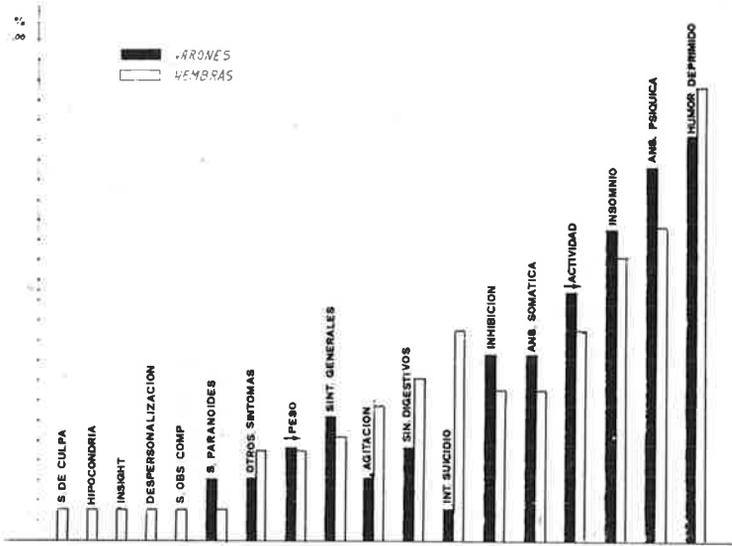


Figura 4

ción clínica inicial, el tiempo de seguimiento, el tipo de tratamiento y los resultados actuales.

Este esquema lo consideramos aisladamente para las D. Prepuberales (Diapositiva 5) y más extensamente en

D. Puberales en donde a su vez distinguimos estas mismas características según tres períodos evolutivos de 1-5 meses, de 6-11 meses, 12 meses en adelante.

En la diapositiva 5 muestra el curso

Las Depresiones Puberales se analizan según parámetros descritos, y separados en tres períodos evolutivos, que en líneas generales muestran las siguientes características:

A) Período evolutivo de 1 a 5 meses (Diapositiva 6).

El índice de abandono del tratamiento desciende considerablemente (dos casos tras las dos primeras visitas y coincidiendo con una valoración clínica de levedad y la instauración de tratamiento psicofarmacológico). En este grupo se registra una alta incidencia de

Figura 6

SEXO	EDAD	TRATAMIENTO			VALORACION CLINICA			N.º VISITAS	N.º EN MESES	RESULTADOS				
		P	MP	F	L	M	G			B	R	M	N	
H	15	X				X		4	5			X		
H	15		X				X	3	4	X				
V	15			X		X		5	4	X				
H	12			X		X		5	4		X			
H	12			X			X	3	4	X				
H	16		X			X		4	3		X			
H	15			X	X			3	3				X	
H	15			X		X		5	3		X			
H	14			X	X			3	3	X				
H	13		X				X	2	2					X
H	12			X		X		2	1	X				
V	13			X	X			2	1	X				
V	13	X				X		2	1					
V	13			X	X			3	1	X				
H	13		X			X		2	1					
V	14			X	X			2	1	X				

factores desencadenantes (62,25%) en menor proporción (37,5%) el modelo de personalidad premórbida descrita anteriormente y una mínima incidencia de antecedentes familiares depresivos (6,25%). Pues bien, en este grupo las evoluciones desfavorables, coinciden con una estimación clínica inicial de mediana gravedad y la coexistencia de al menos dos de los factores antes mencionados. En la práctica totalidad de los

casos (93,75%) el tratamiento es farmacológico o mixto, y sólo en un caso psicoterapia. De todas formas las predicciones clínicas iniciales calificadas como medias o graves que son mayoría (62,5%) no quedan reflejados en unos resultados regulares-malos que sólo aparecen en un 25% de los casos.

B) Periodo evolutivo de 6 a 11 meses (Diapositiva 7).

Figura 7

SEXO	EDAD	TRATAMIENTO			VALORACION CLINICA			N° VISITAS	TIEMPO EN MESES	RESULTADOS			
		P _b	F-P	F	L	M	G			B	R	M	N
H	12			X		X		6	8	X			
H	12		X				X	7	8				X
H	13			X	X			8	6			X	
H	14			X		X		8	10	X			

De los cuatro casos estudiados, existe una cronicidad manifiesta por cuanto tres de ellos se encuentran en la primera fase. Las estimaciones clínicas iniciadas eran en su mayoría medias-graves y los resultados finales se encuentran al 50%. Los tratamientos preferentemente farmacológicos.

C) Período evolutivo superior al año (Diapositiva 8).

Se estudian un total de 9 casos, que prácticamente en su mitad (44,5%) se encuentran en la primera fase, con una personalidad premórbida introvertida en la casi totalidad de los casos. En ellos se realizó una valoración clínica inicial de levedad solamente en un 22% de los casos y la evolución en el momento actual puede ser considerada como favorable al 50%. Abundan en este grupo

SEXO	EDAD	TRATAMIENTO			VALORACION CLINICA			N° VISITAS	TIEMPO EN MESES	RESULTADOS			
		P	EP	F	L	M	G			B	R	M	N
H	13			X			X	7	12	X			
V	12			X	X			6	16	X			
V	12		X			X		9	18		X		
H	13	X				X		20	18	X			
H	14		X				X	15	18	X			
H	14		X				X	21	22				X
H	14		X		X			25	24	X			
H	13			X			X	14	36		X		
H	12		X			X		23	72				X

Figura 8

de larga evolución los planteamientos psicoterápicos que excepcionalmente son únicos y que acompañados de los fármacos antidepressivos equivalen a un 66,6%.

En cuatro enfermos de larga evolución, con asistencia ininterrumpida (en algún caso superaron las veinte visitas), nos llamó la atención la presencia de resultados valorables como nulos o malos. Volvimos a revisar estas historias clínicas y nos encontramos con la aparición en tres ocasiones de síndromes esquizomórficos (con autorreferencias, alucinaciones, delirios) y de un Síndrome Obsesivo en el otro caso.

DISCUSION

Siguiendo los razonamientos de Cytryn y McNkew, en el momento actual y por lo que respecta al S. Depresivo en la Infancia, sólo caben tres posturas que definen otras tantas corrientes de pensamiento frente al problema que nos ocupa. 1.º No existen las Depresiones en la Infancia. 2.º La Depresión Infantil se puede diagnosticar siguiendo los criterios de la Depresión en el adulto. 3.º La Depresión Infantil es una entidad independiente y requiere unos criterios propios. Si consideramos estos puntos en forma aislada podemos concluir de la siguiente forma:

1. La Depresión Infantil no puede ser considerada como una entidad clínica válida hasta que no surjan criterios diagnósticos más estrictos. Nosotros no compartimos este supuesto, por cuanto en nuestro presente trabajo, y utilizando como base diagnóstica los criterios R.D.C. de Spitzer encontramos una incidencia del 1,5% sobre el total de patología psiquiátrica visitada en nuestro Servi-

cio, lo cual resulta evidentemente escaso. Y lo es más, si tenemos en consideración que en igual período de tiempo en el Servicio de Psiquiatría de Adultos encontraron una incidencia de más del 20%. En el adulto además existe descrita una pirámide asistencial para los síndromes depresivos de los cuales las cifras mencionadas solamente representarían el vértice de la mencionada pirámide. Por lo que respecta a la Psiquiatría Infantil la incidencia es mínima y no tenemos datos para pensar que también exista esa pirámide de patología depresiva, antes por el contrario pensamos que el pediatra ante estos casos clínicos los remite rápidamente a los Centros especializados. Quizá sean estos síndromes depresivos en la Infancia las formas más precoces de la base de esa gran pirámide de las Depresiones del adulto. Los estudios de seguimiento a largo plazo confirmarán esta hipótesis.

2. La Depresión Infantil es referible a la Depresión del adulto y se puede diagnosticar siguiendo los mismos criterios, con las modificaciones y matizaciones propias de los distintos estadios evolutivos por los que pasa el niño. En EE.UU. se están desarrollando estas hipótesis, hasta el punto que el DSM-III extiende el valor de sus criterios diagnósticos tanto a los adultos como a las edades puberales y prepuberales. Quizá Puig-Antich y Gittelman sean los autores más representativos en esta línea.

Este punto de partida ofrece unas grandes posibilidades de investigación, al aunar unos criterios clínicos estrictos, junto al modelo de investigación psicobiológica (niveles de cortisol, test de Deprivación de la Dexametasona, test TRH-TSH, patrones de sueño, estudios genéticos).

Su aplicación al campo de la Psiquiatría Infantil y los resultados alentadores, están confiriendo un auge en los últimos tiempos a las depresiones infantiles que no tendrían en virtud de su escasa incidencia en la práctica diaria.

3. La Depresión infantil en una entidad independiente y requiere unos criterios propios. Aquí posiblemente existe una mayor incidencia de hechos clínicos, aunque peor definidos y sometidos a multitud de interpretaciones muchas veces contrapuestas. Así están descritas y generalmente bien aceptadas las Depresiones Enmascaradas o Equivalentes Depresivos, que abarcan una extensa gama de patología (hiperquinesis, enuresis, cefaleas, delincuencia, fobias, retrasos escolares...), con diversas interpretaciones patogénicas; así para unos estas conductas serían un mecanismo de defensa contra una depresión subyacente, mientras que para otros serían la consecuencia de un imperfecto desarrollo cognitivo y emocional. Estos síndromes no se basan en el concepto de un humor patológico primario y se encuentran respaldados por una respuesta farmacológica positivamente los antidepresivos tricíclicos, lo cual no supone un criterio diagnóstico firme en ausencia de otros marcadores biológicos.

Se pueden citar distintas clasificaciones propuestas para las Depresiones Infantiles, aunque todas ellas requieran una mayor definición y estudios más amplios y rigurosos. Así Frommer (D. Fóbicas, D. Enuréticas, D. Propiamente dichas...); Malmquist (D. Orgánicas, D. Deprivación, D. Individualización, D. de la edad de Latencia, D. de la Adolescencia); McConville (sigue criterios clínico-cronológicos); Cytryn y McNkew

(D. Agudas, D. Crónicas, D. Enmascaradas); Nissen establece un esquema basado en la hipótesis de Kielholz en donde se entrecruzan los distintos factores etiológicos.

Mayor interés tiene en este punto el plantear un diagnóstico diferencial entre los Síndromes Depresivos y el Síndrome de Desmoralización en niños con dificultades de aprendizaje y/o hiperquinesis, que pueden desarrollar un pobre concepto de sí mismos y de su autoestima, con abatimiento y en donde se plantean problemas interpersonales y de rechazo social. Otro síndrome a delimitar sería 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...

De las tres posturas mencionadas, rechazamos la primera, nos identificamos con la segunda y esperamos que con los avances en ella obtenidos se pueda en un futuro esclarecer y sistematizar la tercera posibilidad, lo cual supondría conferirle unos perfiles propios a la Depresión en la Infancia.

CONCLUSIONES FINALES

A) Escasa incidencia en nuestra casuística del Síndrome Depresivo en la infancia cuando se emplean los criterios diagnósticos estrictos se trata del 1,53% del total de la patología vista en nuestro servicio.

B) La proporción V/H es de 2/1 en las D. Prepuberales y de 1/1 en las D. Puberales.

C) Mayor proporción de primogénitos (46,92%) y de hijos únicos (28,57%).

D) Modelo de personalidad premórbida que se repite en el 40,81% de los casos y que consiste en: timidez, tendencia al retraimiento, dificultad para las relaciones interpersonales, inseguridad en sí mismo, reacciones de ansiedad.

E) Antecedentes psiquiátricos de enfermedad total es de 44,89% y el de enfermedades depresivas del 24,5%.

F) Registramos importantes tasas de Factores desencadenantes (58,18%) sobre todo tipo psicológico y en especial de discusiones familiares.

G) La sintomatología general del grupo está dominada por el humor deprimido, la ansiedad psíquica, insomnio y en menor proporción por la ansiedad somática, inhibición, intentos de suicidio y sintomatología digestiva. En las Depresiones Prepuberales no aparecen intentos de suicidio y sintomatología de insomnio se registra con una mayor incidencia, de la disminución de la actividad, de la inhibición y otros síntomas.

Para las hembras aparece una mayor incidencia de intentos de suicidio, síntomas digestivos, agitación y otros síntomas.

H) Consideraciones clínico-evolutivas:

En las Depresiones Prepuberales hay un alto índice de abandono (50%) con una elevada incidencia de factores desencadenantes y con una personalidad premórbida como la descrita. Se establece un relativo buen pronóstico. En las Depresiones Puberales se observa un menor índice de abandonos en las evoluciones cortas y relativo buen pronóstico con elevado número de factores desencadenantes. En las evoluciones largas son frecuentes los casos que evolucionan todavía en la primera fase y con una personalidad introvertida.

Cabe destacar en este grupo la existencia de cuatro casos de larga evolución depresiva y que en los últimos controles derivaron hacia psicosis esquizofrénicas en tres casos y un síndrome obsesivo.

BIBLIOGRAFIA

- BIRLESON, P. (1981): «The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale: A research report». *J. Child Psychol. Psychiat.* 2 (73-88).
- CYTRYNZ, L. y MCLNEW, D. M. (1980): *Handboock Freedman*, Cap. 43 (2798-2809), affective disorders.
- FROMMER, E. A. (1978): «Management of medical treatment in childhood psychiatric disorders». *Adv. biol. Psychiat.* 2 (37-49).
- KHASANI, J. H. y HUSAIN, A. et al (1981): «Current perspectives on childhood depression: An over view». *Am. J. Psychiatry.* 138 (143-153).
- KLEIN, D. F. y GITTELMAN-KLEIN, R. (1978): «Drug treatment of separation anxious and depressive illness in children». *Adv. Biol. Psychiat.* 2 (50-60).
- POLAINO-LORENTE, A. y VAZQUEZ-VALVERDE, C. (1981): «Indefension aprendida. Un modelo experimental animal. Revisión crítica». *Psiquis*, 2 (169-180).
- POZNANSKI, E. O. y BERNARD, J. CARROL et al (1982): «The Dexametasone suppression test in prepubertal depressed children». *Am. J. Psychiatry* 139-3 (321-324).
- PUIG-ANTICH, J.; BLAU, S. y MARX, N. (1978): «Prepuberal major depressive disorders. A pilot study». *J. of the American Academy of Child Psychiatry*, 17 (695-70).
- PUIG-ANTICH, J. y GITTELMAN, R. (1982): *Handboock of affective disorders* Cap. 28 (379-392). Depression in childhood and adolescence.
- RUTTER, M. (1978): «Diagnostic validity in child Psychiatry». *Adv. biol. Psychiat.* 2 (2-22).

TRATAMIENTOS PSICOLOGICOS EN LAS DEPRESIONES INFANTILES: TERAPIA COGNITIVA, SKINNERIANA Y MIXTA. UN ESTUDIO COMPARADO

Autores: Jerónimo Párraga Pérez
Profesor Adjunto Contratado.
Facultad de Filosofía y C. E. Universidad de Sevilla.
José M.^a León Rubio

1. INTRODUCCION

Con la presente introducción pretendemos ofrecer una breve aproximación a la comprensión y tratamiento de uno de los trastornos psicopatológicos de mayor incidencia y más negativos efectos en nuestro medio social: la conducta depresiva. Tal aproximación tratará de desarrollar determinados aspectos de dicha conducta relacionados con la clasificación, diagnóstico, modelos psicopatológicos explicativos y tratamiento de la misma que servirán de soporte al posterior trabajo experimental.

Sobre dos premisas básicas —diríamos— se sienta esta introducción: 1.^a) Aceptamos con Seligman (1975) que «la depresión es una de las formas clínicas

más importantes e incidentes en nuestra sociedad actual», asimismo convenimos con Beck (1974) que «el término depresivo no define un fenómeno unitario sino un conjunto de síndromes diferenciados», lo que en consecuencia obliga a la máxima exigencia en la descripción de las características específicas de los sujetos sometidas a experimentación, así como en la precisión de los criterios de diagnóstico, al objeto de poder establecer inequívocamente la presunta efectividad diferencial de alguna técnica o conjunto de técnicas sobre una población selectiva de sujetos, pues, como señala Prusoff (1980) se vienen observando resultados significativos entre algunos subtipos de depresión y determinadas formas terapéuticas.

2.ª) Como exponemos en nuestra revisión bibliográfica, los trabajos de investigación experimental con técnicas psicológicas —básicamente cognitivas— en el campo de las conductas depresivas son tan escasos como diversos los resultados obtenidos. A este respecto la muestra aspira a ser una aportación más que enriquezca la información hasta ahora recopilada sobre la eficacia de determinadas formas terapéuticas: cognitivas, Skinnerianas y cognitivo-Skinnerianas en el tratamiento de la depresión neurótica en poblaciones infanto-juveniles.

1.1. Clasificación de los trastornos depresivos

El primer punto de la introducción nos enfrenta inevitablemente con la dimensión nosológica de los trastornos depresivos dado que la heterogeneidad de sujetos diagnosticados de tales, obliga a delimitar las características específicas definitorias de nuestros sujetos de experimentación. Como punto de referencia para el necesario diagnóstico nos tuvimos a la clasificación de Kielholz

(ver cuadro 1), de reconocida aceptación en los ámbitos clínicos, que distingue tres grandes grupos:

- a) *Depresión somatogena*: en la que la conducta depresiva es secundaria a otra afectación básica, como el alcoholismo por ejemplo.
- b) *Depresión endógena o psicótica*: en la que se supone que un trastorno fisiológico es el causante del síndrome. Cabe pues decir que las respuestas depresivas son originadas prevalentemente desde dentro del propio organismo.
- c) *Depresión psicógena*: caracterizada porque son factores externos los que prevalentemente las desencadenan y porque los sujetos se muestran sensibles a los cambios psicosociales. El carácter reactivo de la depresión psicógena es lo que justifica que los diversos modelos conductuales de la depresión: Beck, 1974; Lewinsohn, 1974; Seligman, 1978; sean explicativos tan sólo de esta categoría depresiva dentro de la cual, el subgrupo neurótico es, a juicio de Kielholz, el más numeroso.

Cuadro 1

CLASIFICACION DIAGNOSTICA DE LA DEPRESION. KIELHOLZ

Depresión Orgánica (Senil...)	DEPRESION SOMATOGENA
Depresión Exógena (Tóxica...)	
Depresión en Psicosis Esquizofrénicas	
Depresión Cíclica (Psicosis maníaco-dep.)	DEPRESION ENDOGENA
Depresión Involutiva	
Depresión Neurótica	
Depresión de agotamiento	DEPRESION PSICOGENA
Depresión Reactiva	

1.2. Características diferenciales de la depresión neurótica

A) *Las características generales* de los depresivos neuróticos son, a juicio de Gersh and Fowles, 1979; Paykel, 1972; Akiskal, 1980..., las siguientes:

- No sufren alteraciones biológicas o endógenas.
- Sintomatología menos severa que las somatógenas.
- Peor respuesta al tratamiento biológico.
- En su inicio o desarrollo suelen detectarse un factor o conjunto de factores precipitantes que inciden sobre una «personalidad previa» caracterizada por ciertos factores «predisponentes».
- El inicio en la depresión neurótica no supone una transición brusca del estado de normalidad al depresivo sino un proceso. En ello radicaría su diferenciación de la «depresión reactiva» en la que se detectan sucesos precipitantes específicos y una brusca transición al estado patológico depresivo.

B) *La sintomatología conductual* vendría caracterizada, como señala Maldonado (1982) por:

- «Cambios emotivos»: caracterizados por la dimensión de la tristeza (Nemiah, 1975); sentimientos de infelicidad, ausencia de gratificación, ausencia de sentimientos de afecto, etc.
- «Cambios motivacionales»: caracterizados por la apatía, ausencia de incentivos y el deseo de «escapar» de la propia situación.
- «Cambios cognitivos»: caracterizados por pensamientos distorsionados sobre sí mismo, su mundo y su futuro (Beck, 1974) que se traduciría en

autoevaluaciones negativas, autoinculpaciones, autocríticas y expectativas negativas.

- «Cambios fisiológicos»: caracterizados por la siguiente sintomatología orgánica: trastornos gastrointestinales, cefaleas, anorexia, pérdida del apetito sexual, etc.
- «Cambios conductuales»: caracterizados según Lewinsohn (1974) por una serie de excesos y déficits tales como: tendencia al llanto, quejas, inhabilidad para concentrarse, fatiga, irritabilidad; así como por una clara disminución en la actividad general, en su participación social. en sus actividades decisorias, etc.

No obstante lo expuesto, interesa precisar que en la organización de los factores alterados, así como en los procesos postulados de adquisición y mantenimiento de la conducta depresiva, nos encontramos con posturas teóricamente divergentes dentro del ámbito conductual que seguidamente exponemos.

1.3. Modelos cognitivos y conductuales explicativos de la depresión

Sin ánimo de forzar una exposición minuciosa de los diferentes modelos cognitivos y conductuales vamos, al menos, a presentar resumidamente aquellos cuya presunta o probada efectividad antidepresiva constituye la razón del presente trabajo.

1.3/1. Modelo cognitivo de la conducta depresiva

En años recientes varios autores en el área de la terapia del comportamiento (Brady, 1967; Davison, 1968; Folkins, Lawson, Opton y Lazarus, 1968; Láza-

rus, 1968; Leitenberg, Agras, Barlow y Oliveau, 1969; L'Ordon, 1964; Mischel, 1968; Murray y Jacobson, 1969; Sloane, 1969; Valine y Ray, 1967; Weitzman, 1967), han reconocido la importancia de los constructos mediadores o de los procesos cognitivos en la terapia del comportamiento. Sin embargo, tales formulaciones cognitivas han sido breves en su mayor parte. Se requiere una ampliación sustancial de la naturaleza de los procesos cognitivos para explicar adecuadamente los fenómenos clínicos y los efectos de la intervención terapéutica (véase Weitzman, 1967).

Un mayor énfasis en las descripciones del individuo de sus eventos internos puede llevar a una visión más completa de la psicopatología humana y de los mecanismos del cambio comportamental. Utilizando datos introspectivos el teórico cognitivo tiene acceso a los pensamientos, ideas, actitudes, sueños y ensueños del paciente. Estas producciones ideacionales le proporcionan la materia prima con la cual puede formar conceptos y modelos. Tales conceptos pueden también generar hipótesis que dan base a experimentos controlados en pacientes psiquiátricos (Loel y cols., 1967). Los datos introspectivos tales como los sueños y las cogniciones también se han adaptado a la investigación sistemática (Beck, 1967).

La organización cognitiva total parece estar compuesta de sistemas primitivos consistentes en estructuras cognitivas relativamente incompletas y de sistemas más maduros compuestos por estructuras refinadas y elásticas (correspondiendo al proceso secundario). Algunos de los elementos conceptuales pueden ser predominantemente verbales, mientras otros pueden ser predominantemente pictóricos.

Muchos de los conceptos primitivos son ideosincráticos y poco realistas. Bajo condiciones ordinarias de vigilia, es-

tos conceptos ideosincráticos parecen ejercer sólo efectos mínimos o esporádicos en el pensamiento integrado del individuo. Las cogniciones extrañas o irracionales que surgen del sistema primitivo son generalmente sometidas a prueba, autenticadas y rechazadas por los centros superiores. Sin embargo, cuando la organización cognitiva está desubicada, como en los estados de depresión, estos conceptos ideosincráticos son hiperreactivos. En tales circunstancias, los sistemas conceptuales producen una poderosa corriente de pensamientos depresivos. Como estas ideas ideosincráticas se tornan hiperactivas, tienden a suplantar las conceptualizaciones más realistas y llegan a ser más refractarias a la prueba de la realidad y al juicio.

La forma que asuma la enfermedad psiquiátrica se relaciona con el contenido de las cogniciones verbales o de las fantasías que sean predominantes y perseverantes. Ejemplo, los pacientes deprimidos reportan en sus pensamientos diversos, una alta frecuencia de temas relacionados con la privación o la autodegradación, y lo mismo ocurre en sus sueños y ensueños.

El estudio y el análisis de los datos introspectivos sugiere que la organización cognitiva, lejos de ser meramente un eslabón de la cadena del estímulo y las respuestas, es un sistema casi autónomo por derecho propio. Aunque este sistema generalmente interactúa en gran parte con el medio ambiente, puede ser en ocasiones relativamente independiente del medio ambiente; por ejemplo, cuando el paciente tiene ensueños o cuando cae en un estado anormal, tal como la depresión.

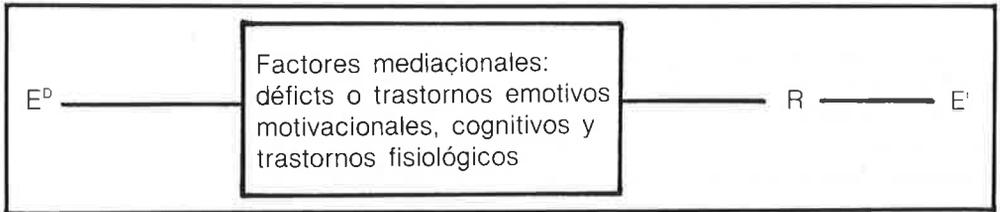
Aun siendo numerosos los autores que han trabajado con este modelo: Meichembaum, 1975; Mahoney, 1974, etc., entendemos que es Beck, 1967, 1974, 1979, el que más adecuadamen-

te ha llevado a cabo una formulación cognitiva de los conductos depresivos, suscribiendo un modelo conductual mediacional de la depresión (véase cuadro 2) en el que los procesos emotivos, motivacionales, cognitivos y fisiológicos determinan los cuadros conductuales.

En primer lugar, la situación terapéutica produce un efecto calmante en la organización hiperactiva (Rachman, 1968). El efecto calmante puede ser el resultado de la simpatía y aceptación del terapeuta (Traux y Carkhuff, 1967), de sus instrucciones específicas de re-

Cuadro 2

MODELO MEDIACIONAL DE LA CONDUCTA DEPRESIVA



En resumen, los pacientes depresivos parecen sacar conclusiones ilógicas en lo que se refiere a su autoestimación, por lo que son víctimas de procesos ilógicos de pensamiento. Los principales errores de lógica, cometidos por las personas deprimidas cuando interpretan la realidad son:

- a) Conclusiones arbitrarias: deducciones sacadas sin pruebas suficientes o sin ninguna prueba.
- b) Abstracción selectiva: conclusión sacada basándose tan sólo en uno de tantos eventos de la situación.
- c) Generalización excesiva: conclusión global sacada en base a un solo evento.
- d) Magnificación y minimización: errores graves en la evaluación de una ejecución.

Finalmente, ¿cómo explica el modelo cognitivo los efectos terapéuticos de las terapias cognitivas o comportamentales en estados tales como las depresiones?

lajación (Wolpe y Lazarus, 1966), o de su aprobación verbal explícitamente manifestada (Wagner y Cauthen, 1968). Los efectos calmantes también pueden ser producidos utilizando instrucciones automatizadas de relajación. Como han indicado Lader y Mathews (1968), reducir el nivel de excitación a menos de un cierto punto crítico tiende a facilitar la habituación o la tolerancia de determinadas imágenes.

En segundo lugar, la sesión terapéutica ofrece al paciente la oportunidad de experimentar y comprobar la realidad de sus cogniciones verbales o pictóricas que se relacionan en forma causal con su estado de depresión o ansiedad.

1.3/2. *Modelos de inspiración Skinneriana de la conducta depresiva*

Para el modelo Skinneriano la depresión es considerada como una respuesta operante sobre el entorno con la que se obtienen determinados reforzadores

(atención, afecto, reducción de angustia). Tales beneficios secundarios mantienen el comportamiento con el que el sujeto ejerce un control sobre el entorno. Simultáneamente, los comportamientos no depresivos no serían reforzados. De este tronco de árbol Skinneriano surgen varias ramas o teorías explicativas de la conducta depresiva que pasamos a resumir:

A) *Teoría Skinneriana pura*: el sujeto deprimido presenta un fenómeno de extinción que es debido a una grave carencia en el reforzamiento social, lo que mantiene el comportamiento (Skinner). En consecuencia, el tratamiento debería consistir en una extinción de los comportamientos más depresivos y un reforzamiento diferencial de las conductas alternativas positivas.

B) *Modelo de Lewinsohn*: Según el autor habría una condición «psicopatológica de base» que secundariamente desembocaría en un reforzamiento operante de la depresión. Simultáneamente,

el sujeto exhibiría un extenso repertorio de inhabilidades sociales por lo que el tratamiento tendría que consistir en un entrenamiento en habilidades sociales que potenciara el incremento en el número de reforzamientos ambientales.

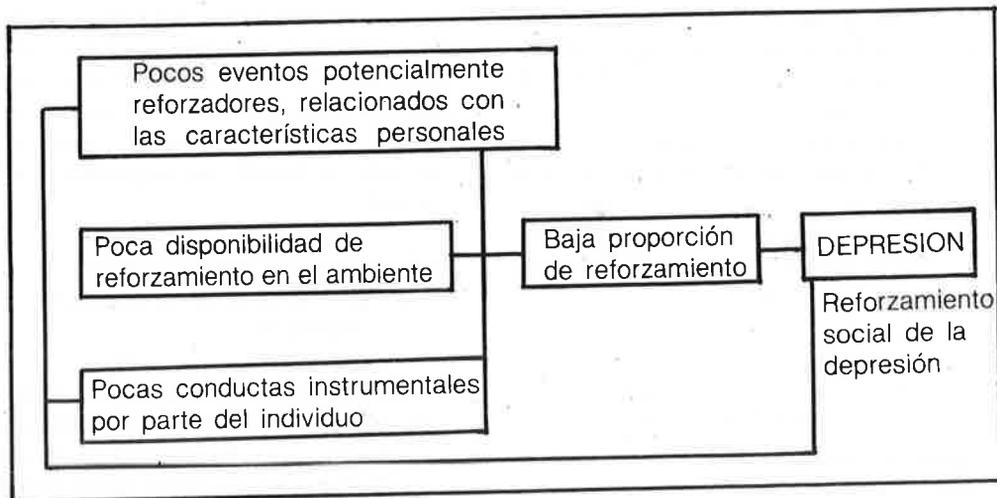
A continuación (véase cuadro n.º 3) representamos esquemáticamente el modelo de depresión de Lewinsohn.

C) *Modelo de Seligman*: entiende la depresión como la resultante de la pérdida por el sujeto de la posibilidad de hacer una unión entre la acción y el reforzamiento.

Un sujeto, colocado en una situación de pasividad en lo que no tiene posibilidad de actuar sobre el entorno (situación de stress inevitable: un acontecimiento inevitable, un traumatismo importante... o en la experimentación animal: choques eléctricos inevitables, incontrolados e imprevisibles), pierde la noción de que actuar desemboca en un reforzamiento. Cuando el organismo llega a convencerse de que no pue-

Cuadro 3

MODELO DE LEWINSOHN



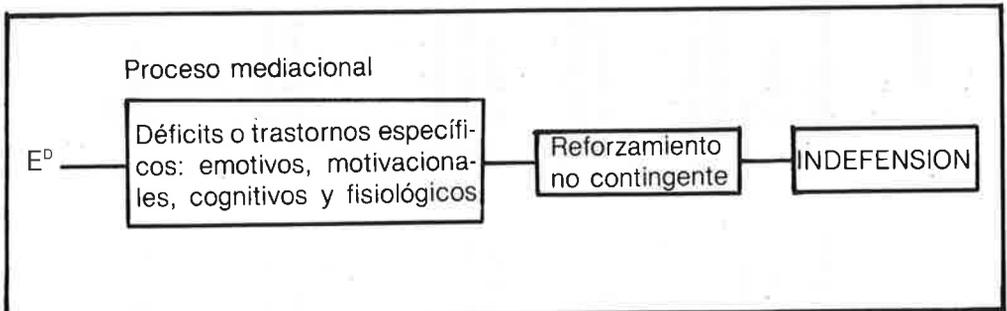
de ejercer control alguno sobre tales sucesos, la ansiedad queda reemplazada por la depresión. En la figura siguiente

(véase cuadros n.º 4 y 5) se representan los principales detalles de su análisis.

Cuadro 4
MODELO DE SELIGMAN

	Sentimiento de impotencia aprendido en animales	Depresión reactiva en seres humanos
Manifestaciones	<p>Pasividad ante la tensión.</p> <p>Disipación del efecto con el tiempo.</p> <p>Anorexia. Pérdida de peso. Insuficiencia de neropinefrina en el cerebro.</p>	<p>Pasividad, «parálisis de la voluntad» (Beck, 1970).</p> <p>Expectativas negativas respecto al manejo de la tensión o de algún obstáculo aun cuando la ejecución es adecuada; sentimientos de impotencia.</p>
Etiología	<p>Tensión incontrolable — no tensión entre sí, sino el haber aprendido que no hay respuesta que reduzca confiablemente la estimulación aver- siva.</p>	<p>Se disipa con el tiempo a pesar de que este tiempo es muy indefinido pudiendo abarcar desde días hasta años. Mejoría al incrementarse el nivel de neropinefrina.</p> <p>Incapacidad de controlar eventos de la vida, como la pérdida de un ser amado, la enfermedad física, o el no aliviar sufrimientos u obtener satisfacciones.</p>

Cuadro 5
MODELO DE SELIGMAN



Cuadro 6. EFICACIA COMPARATIVA DE DIFERENTES TRATAMIENTOS

Autor y año	Grupos de tratamiento	N	Medidas utilizadas en la evaluación	Resultados y conclusiones
TAYLOR MARSHALL, 1977	I. TC (Beck).	7	C.D.I. de Beck; MMPI Escala «D»; Escala de Autoestima de Kelly; Escala de apreciación subjetiva de la depresión Aitken; Registro de adjetivos afectivos de Zuckerman y Lubin; EPI.	Las mejoras obtenidas según todas las medidas de evaluación son más significativas en los SS del grupo III.
	II. Tcd.	7		
	III. Combinación ambas.	7		
	Si hubo grupo control.	7		
		N = 28		
SHAW, 1977	I. TC (Beck).	8	Auto-reportes; C.D.I. de Beck; Escala de Aitken; conductas objetivas manifiestas.	La terapia cognitiva de Beck, según todas las medidas, resultó ser más eficaz que el tratamiento comportamental de Lewinsohn.
	II. Tcd. Lewinsohn.	8		
		N = 16		
LAPOINTE RIMM, 1980	I. TC (Beck).	11	Entrevista standar, C.D.I. de Beck; Inventario de asertividad de Rathus; MMPÍ; Situación presentada en vídeo que requería una respuesta asertiva.	Tras el seguimiento y considerando todas las medidas que se emplearon en la evaluación, el orden de eficacia de los tratamientos fue el siguiente: Grupo II, I y III. Hay que destacar que las terapias no cognitivas lograron cambios más significativos en las racionalizaciones de los SS tratados.
	II. Terapia asertiva.	11		
	III. Terapia por «insight».	11		
		N = 33		
RUSH et al., 1981	I. TC (Beck).	17	C.D.I. de Beck y conductas manifiestas.	El análisis de los datos obtenidos indica que la terapia cognitiva es más eficaz a largo plazo, por su parte, el tratamiento mediante imipramina produce una mejoría en los primeros días pero luego los SS experimentan una regresión.
	II. Imipramina.	17		
		N = 34		
GARDNER OEI, 1981	I. TC (Beck).	8	C.D.I. de Beck; Escala de Autoestima de Kelly y conductas manifiestas.	La terapia cognitiva de Beck se mostró más eficaz que las técnicas comportamentales.
	II. Tcd.	8		
		N = 16		

Cuadro 7. VARIABLES RELEVANTES EN EL ESTUDIO Y TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESION

Autor y año	Objetivo del estudio	Sujetos	Diseño experimental	Resultados y conclusiones
ROZENSKY et al., 1977	Papel del autorreforzamiento en el desarrollo y mantenimiento de la depresión.	Hospitalizados.	Los Ss fueron divididos en 2 grupos (alto y bajo nivel depresivo) y comparados con un GC en una tarea de memoria.	Los Ss con alto nivel depresivo utilizan preferentemente estrategias de autorreforzamiento, mientras que los Ss control y de bajo nivel utilizan con preferencia estrategias de auto-castigo.
CRAIGHEAD HICKEY, 1979	Evaluación de las 4 Ho. del modelo cognitivo de Beck.	Pacientes.	Entre-Dentro.	No se confirmaron tales Ho.
DUNN, 1979	Papel de los patrones de lenguaje desadaptativo en el desarrollo de depresiones.	No pacientes.	20 depresivos moderados fueron asignados al azar a una de las siguientes condiciones de modificación cognitiva (auto-evaluación, reportes subjetivos del afecto, reacción al stress, elección de la forma de lenguaje y asunción no punitiva de la cd.) y una condición control.	Todos los Ss tratados se mostraron menos depresivos y su lenguaje fue más adaptativo.
SHAFFER et al., 1981	Eficacia de la terapia cognitiva en grupo o individual.	Pacientes.	Entre-Dentro.	La aplicación en grupo fue más eficaz para reducir los síntomas depresivos y los niveles de ansiedad.
GARDNER OEI, 1981	Relación entre autoestima y depresión antes y después del tratamiento.	Pacientes.	16 pacientes depresivos fueron emparejados según su edad, sexo y nivel de depresión y asignados al azar a una de las dos condiciones siguientes: grupo de terapia de conducta y grupo de terapia cognitiva.	Durante la LB no se observó correlación alguna entre las variables estudiadas, tras la fase de seguimiento se comprobó que la auto-estima correlacionaba con la mejoría en los síntomas depresivos.

1.4. Eficacia de diversos modelos conductuales en el tratamiento de la conducta depresiva

Para evaluar la eficacia de estos modelos hemos llevado a cabo el presente estudio que se ha basado en una selección, recopilación y análisis posterior de la bibliografía pertinente sobre el tema: el tratamiento de la conducta depresiva.

Los *criterios de selección* de los artículos recopilados y analizados, han sido los siguientes:

- a) Trabajos de revisión e investigación terapéutica.
- b) Publicados entre 1975 y 1981 (ambos años inclusive) en lengua inglesa, a excepción de las comunicaciones y potencias efectuadas en congresos.

Por su parte, el *análisis* de los artículos seleccionados y recopilados se efectuó, en función de las siguientes características:

- a) Estudios de grupos comparados.
- b) Estudios sobre los efectos diferenciales de distintas variables implicadas en este tipo de terapias.

1.4/1. Resultados

A) Estudios de grupos comparados

A continuación en el cuadro «I», se recogen aquellos estudios de investigación terapéutica cuyo propósito consistió en la comparación de diferentes tratamientos en cuanto a su eficacia terapéutica.

Las claves utilizadas para la exposición de los datos que tienen algún interés para realizar un análisis como el que se propone aquí, son: autor y año, grupos de tratamiento, existencia o no de

grupo control, número de sujetos tratados, medidas utilizadas en la evaluación, resultados obtenidos y conclusiones.

B) Estudios de investigación terapéutica sobre los efectos diferenciales de las distintas variables implicadas en este tipo de terapias

En el cuadro n.º 6 que exponemos a continuación, se recogen aquellos trabajos de investigación terapéutica cuyo objetivo queda especificado en el epígrafe de este apartado.

Las claves utilizadas, en este caso, han sido: autor y año, objetivo del estudio, número de sujetos e índole de los mismos, diseño experimental y resultados.

1.4/2. Análisis de los resultados

A) Estudios de grupos comparados

Lo primero que advertimos al examinar el cuadro n.º 5 es el escaso número de este tipo de estudios, lo que por otra parte ya fue advertido por Kovacs (1980) en su trabajo de revisión, es decir, como también concluía este autor, es necesario desarrollar estudios de esta índole.

Pero sin duda alguna, no basta con llevar a cabo estudios de grupos comparados, sino que además, éstos han de tener en cuenta una serie de consideraciones metodológicas, sin cuya contemplación los resultados que se alcancen no tendrán ninguna validez.

Los estudios analizados por nosotros, pese a estar firmados por prestigiosos autores en la materia, presentan una serie de «errores metodológicos» que limitan las conclusiones a las que podemos llegar con nuestro análisis, algunos de estos errores son:

- a) Carecer de fase de seguimiento (Taylor y Marshall, 1977); (Shaw, 1977).
- b) Falta de rupos de control (Shaw, 1977; Lapointe y Rimm, 1980; Rush et al., 1981; Gardner y Oei, 1981).
- c) Número insuficiente de sujetos para este tipo de estudios (Shaw, 1977; Gardner y Oei, 1981).

Pese a estas desventajas, las conclusiones a las que hemos llegado y que pasamos a expresar a continuación, se ven avaladas (en cierta medida) por el hecho de que en todos los casos se utilizaron pacientes depresivos no voluntarios y prácticamente las medidas de evaluación utilizadas fueron las mismas.

Según los resultados obtenidos en nuestra revisión (ved el cuadro n.º 6) podemos concluir lo siguiente:

- 1. La terapia cognitiva de Beck resulta eficaz en el tratamiento de las depresiones, tanto si la evaluación se realiza mediante pruebas situacionales específicas en las que se requiere que el sujeto emita conductas adaptativas.
- 2. No hay datos suficientes para evaluar la eficacia diferencial de la terapia cognitiva de Beck con respecto a otras aproximaciones, si nos atenemos al trabajo de Taylor y Marshall (1977; uno de los más completos metodológicamente) así como a otros estudios clínicos de caso único (Rush, Khatami y Beck, 1975; Fush y Himmelhoch, 1980), podemos concluir que una combinación de técnicas cognitivas y comportamentales es la solución adecuada.
- 3. Uno de los factores que más contribuye al éxito terapéutico parece ser la alta motivación del paciente, y también sabemos, que dicha motivación es posible incrementarla si obtenemos cambios rápidos y significativos en el comportamiento del pa-

ciente. Una forma de obtener estos cambios comportamentales es la utilización de terapéuticas farmacológicas, luego una combinación de éstas con técnicas cognitivas puede resultar un tratamiento adecuado y eficaz.

B) *VARIABLES RELEVANTES EN LOS TRATAMIENTOS COGNITIVOS*

Además de los estudios comparativos considerados anteriormente y cuya finalidad estriba en determinar qué tratamientos son más eficaces, la investigación terapéutica ha dirigido sus esfuerzos a resolver problemas tales como los siguientes:

- a) Papel del autorreforzamiento en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas depresivos (Rozensky et al., 1977).
- b) Relación entre ansiedad y depresión (Craighead y Hickey, 1979).
- c) Relación entre distorsión de la percepción y depresión (Craighead y Hickey, op. cit. ant.).
- d) Relación entre distorsión del recuerdo y depresión (Craighead y Hickey, op. cit. ant.).
- e) Papel del cambio de «humor» en el desarrollo de la depresión (Craighead y Hickey, op. cit. ant.).
- f) Relación entre lenguaje y depresión (Dunn, 1979).
- g) Relación entre autoestima y depresión (Cardner y Oei, 1981).

A la vista del cuadro n.º 7 podemos decir, que la situación con respecto a estos temas se encuentra del siguiente modo:

- 1. El autorreforzamiento parece jugar un importante papel en el mantenimiento de la depresión más que en el desarrollo de ésta.

2. Ansiedad, distorsión de la percepción y el recuerdo, y cambio de «humor», son factores que consideramos independientemente no explican el desarrollo y mantenimiento de los trastornos depresivos.
3. Del estudio de Dunn (1979) se deriva que los patrones de lenguaje desadaptativo juegan un importante papel en el desarrollo de la depresión.
4. La aplicación en grupo de la terapia cognitiva-comportamental se muestra más eficaz que la aplicación individual, lo que supone que la asertividad (modelo socioambiental) es una de las variables a manejar en el tratamiento de los trastornos depresivos.
5. También se ha podido comprobar que existe una estrecha relación entre autoestima y mejora de los síntomas depresivos. Si pensamos que uno de los efectos del entrenamiento asertivo es el incremento de la autoestima de los sujetos sometidos a este tipo de entrenamiento, es posible concluir (al igual que en el punto anterior) que la asertividad juega un papel preponderante en el manejo de pacientes depresivos.

Estas afirmaciones son más concluyentes que las derivadas de los estudios de grupos comparados en el cuadro que, el «rigor» metodológico de los mismos es mayor.

Cabría hacer aquí una especial mención a los estudios de revisión de Whitehead (1979) y Grossberg (1981), ambos autores concluyen que uno de los temas a estudiar es el de la influencia del nivel socioeconómico del paciente en la sensibilidad al tratamiento mediante técnicas cognitivas, no cabe duda que la resolución de este tipo de problemas abriría nuevos caminos a nues-

tra disciplina, todavía más, cuando desde otras perspectivas (recuérdese el trabajo de Bernstein en el campo de la sociolingüística) se han postulñado estrechas relaciones entre el nivel socioeconómico y el tipo de lenguaje y cogniciones que presentan los sujetos estudiados, variables éstas, de suma importancia en los modelos cognitivos propuestos para explicar el desarrollo y mantenimiento de los trastornos depresivos. Con todo, podríamos concluir, que el tema no ha recibido aún una respuesta clara y que los psicólogos cognitivos defienden frente a los comportamentales, que la eficacia de sus procedimientos comportamentales.

1.4/3. Conclusiones

1. La terapia cognitiva se muestra eficaz para el tratamiento de las depresiones, pero, es necesario desarrollar estudios de grupos comparados para determinar su eficacia terapéutica con respecto a otros tratamientos.
2. El hecho de que la terapia cognitiva-comportamental aplicada en grupo sea más eficaz que la versión aplicada individualmente y de que exista una estrecha relación entre autoestima y mejora de los síntomas depresivos, indica que la asertividad es una de las variables a tener en cuenta en el tratamiento de los trastornos depresivos.
3. Es necesario desarrollar estudios encaminados a resolver la polémica existente entre los partidarios de las técnicas comportamentales y cognitivas, con respecto a la influencia del nivel socioeconómico de los pacientes en la eficacia terapéutica de las técnicas cognitivas.

2. EXPERIMENTACION

2.1. Metodología

— *El objetivo* planteado con el siguiente trabajo es evaluar la eficacia relativa de las técnicas de Beck, Skinnerianas y multimodales en el tratamiento de las conductas depresivas y, en consecuencia, inferir sobre la eficacia de los modelos en que se sustentan tales técnicas.

— *La hipótesis de trabajo* que planteamos se basa en los siguientes supuestos:

- 1.º Dado que según el modelo cognitivo la conducta depresiva sería la resultante de unas «distorsiones cognitivas» mediadoras entre el estímulo y la respuesta.
- 2.º Dado que para el modelo Skinneriano la conducta depresiva se entiende como una operante sobre el entorno con la que se obtienen determinados reforzadores al tiempo que los comportamientos no depresivos no serían reforzados.

Entendemos, en consecuencia, que «un tratamiento multimodal de las conductas depresivas que modifique simultáneamente tanto a las conductas cubiertas (a nivel mediacional, en una reestructuración cognitiva), como a las conductas abiertas (extinción de los comportamientos más depresivos y reforzamiento de las conductas alternativas positivas, en base a una economía de fichas) será más efectivo que cualquiera de ellos indistintamente.

— *Población*: 22 sujetos (12 varones y 10 hembras) con edades comprendidas entre 10 y 16 años, diagnosticados de neurosis depresivas en base a su ajuste a los síntomas definitorios de dichos trastornos, expuestos con anterioridad, y que fueron extraídos de las his-

torias clínicas, entrevistas, informes de padres y profesores y puntuaciones en el C.D.I. modificado de Beck. Todos los sujetos de experimentación aceptaron y se sometieron voluntariamente al tratamiento.

— *Diseño*: puesto que nuestro propósito era evaluar la efectividad relativa de las técnicas de Beck, Skinnerianas y multimodales en el tratamiento de la conducta depresiva, los sujetos fueron distribuidos por azar en 3 grupos de 6 individuos, restando 4 sujetos que, al no someterse al tratamiento por razones familiares o sociales, o por renuncia al mismo constituyeron un impen-sado grupo control. En consecuencia con lo expuesto, se procedió con un diseño de grupos independientes.

Variables independientes

— *El grupo primero* fue tratado mediante técnicas de «reestructuración cognitiva», según procedimiento sugerido por Beck y colaboradores, cuyo modelo teórico se expuso con anterioridad y cuya técnica se ajusta a los siguientes pasos:

A) «*Reconocimiento de las cogniciones ideosincráticas*»: «consistente en entrenar al paciente a reconocer sus cogniciones ideosincráticas o pensamientos automáticos» (Beck, 1963). Ellis (1962), se refiere a estas cogniciones como «afirmaciones internalizadas» y las explica al paciente como ideosincráticas porque reflejan una evaluación errónea, que va desde una distorsión moderada a una interpretación completamente errónea. En el neurótico moderado, las ideas distorsionadas generalmente están en la periferia de la conciencia. Por eso es necesario motivarle y entrenarle a atender tales pensamientos.

B) «*El distanciamiento*»: consistente en enseñar al paciente a examinar tales ideas ideosincráticas objetivamente. El pensamiento frecuentemente tiene la misma clase de realismo que la percepción de un estímulo externo. El distanciamiento se refiere al proceso de lograr objetividad hacia esas cogniciones. Como el individuo neurótico tiende a aceptar la validez de sus pensamientos ideosincráticos sin someterlo a ninguna clase de evaluación crítica, es primordial entrenarle a distinguir entre sus pensamientos y la realidad externa, entre hipótesis y hechos.

C) «*La distorsión de las distorsiones y deficiencias cognitivas*»: Beck ha indicado que los pacientes depresivos tienen pensamientos erróneos o desordenados en ciertas áreas específicas de la experiencia. Una parte de la tarea de la terapia cognitiva es ayudar al paciente a reconocer tales pensamientos erróneos y a hacer las correcciones apropiadas. El tipo de pensamiento ilógico que normalmente el paciente implica en sus respuestas cognitivas es el siguiente:

- La «inferencia arbitraria» que se refiere al proceso de llegar a una conclusión cuando se carece de evidencias o éstas son contrarias a la conclusión.
- La «magnificación»: se refiere a la tendencia a exagerar el significado de un acontecimiento específico.
- La «sobregeneralización»: se refiere al proceso de hacer una generalización injustificada en base a un solo incidente.
- La «deficiencia cognitiva»: se refiere al hecho de no tomar en cuenta un aspecto importante de la situación vital. Los pacientes con este de-

fecto ignoran, no integran, o no utilizan la información derivada de la experiencia.

— *El grupo segundo* fue tratado mediante «técnica Skinneriana» —en base a una programación de economía de fichas— tendente a extinguir las conductas depresivas y a incrementar, simultáneamente: a) sus conductas vinculadoras: verbales, físicas y sociales; b) sus conductas de independencia personal y social y c) su nivel de competencia y autoestima, tanto a nivel familiar como escolar, en función de la planificación y diseño de una «pedagogía del éxito» en ambos ambientes.

— *El grupo tercero* recibió un «tratamiento multimodal o mixto» de las dos técnicas anteriores.

Todos los sujetos de los 3 grupos experimentales estuvieron sometidos a tratamiento durante 3 meses recibiendo, en los casos de «reestructuración cognitiva» una sesión semanal e individual de 60 minutos de duración. Los sujetos sometidos a «técnica Skinneriana» (economía de fichas) eran entrevistados cada 15 días para reevaluar con ellos y con sus padres la marcha de los programas e introducir las variables correctoras o modificadoras pertinentes. Lo propio se hacía en relación al seguimiento escolar.

— *Variable independiente*: se adoptó como medida representativa del cambio conductual la escala C.D.I. modificada de Beck, cuyos datos relativos a su validez y fiabilidad fueron probados por el doctor Rodríguez-Sacristán y colaboradores (1983). Con cada sujeto se llevaron a cabo dos evaluaciones con el citado cuestionario, antes y al final del tratamiento, no siendo posible en el presente trabajo, por limitaciones cronológicas, ofrecer un seguimiento de los resultados obtenidos.

2.2. Resultados y análisis de los mismos

4 grupos la diferencia entre las puntuaciones obtenidas en el cuestionario C.D.I., modificado, de Beck, cuyas puntuaciones fueron las siguientes:

1º Hallamos para cada uno de los

GRUPO 1. Tec. COGNITIVA. LINEA-BASE. FINAL TRATAMIENTO

S U J E T O S	1	2	3	4	5	6
	11	14	15	15	16	9
	6	7	5	6	8	4

GRUPO 2. Tec. SKINNERIANA. LINEA-BASE. FINAL TRATAMIENTO

S U J E T O S	1	2	3	4	5	6
	8	12	12	16	15	9
	6	8	7	9	9	7

GRUPO 3. Tec. MIXTA. LINEA-BASE. FINAL TRATAMIENTO

S U J E T O S	1	2	3	4	5	6
	9	11	12	14	16	17
	4	7	6	5	5	6

GRUPO 4. CONTROL. LINEA-BASE. FINAL TRATAMIENTO

S U J E T O S	1	2	3	4
	10	12	12	8
	11	9	11	9

2.º Hallamos el valor de $F = 5.11$

Valor de F al 5% = 3.16 5.11

Valor de F al 1% = 5.09 5.11

Grados de libertad, 3.

Rechazamos la hipótesis nula, es decir, existen diferencias entre los grupos.

3.º Comprobamos las diferencias, efectuando las siguientes «t» de Student.

GRUPO I — GRUPO II

$t = 1.91$

En las tablas al 0.05 y 5 gl = 2.57 1.91

Aceptamos la hipótesis nula, no hay diferencias significativas entre los grupos.

GRUPO I — GRUPO II

$t = 0.70$

En las tablas al 0.05 y 5 gl = 2.571 —0.70

Aceptamos la hipótesis nula. No hay diferencias significativas entre los grupos.

GRUPO I — GRUPO IV

$t = 5.05$

En las tablas al 0.05 y 8 gl = 2.306 5.05

En las tablas al 0.01 y 8 gl = 3.355 5.05

Rechazamos la hipótesis nula, es decir, si hay diferencias significativas entre los grupos.

GRUPO II — GRUPO III

$t = 1.32$

En las tablas para el 0.05 y 5 gl = 2.571 —1.32

Aceptamos la hipótesis nula. No hay diferencias significativas entre los grupos.

GRUPO II — GRUPO IV

$t = 2.102$

En las tablas para el 0.05 y 8 gl = 2.306 2.102

Aceptamos la hipótesis nula, es decir, no hay diferencias significativas entre los grupos.

GRUPO III — GRUPO IV

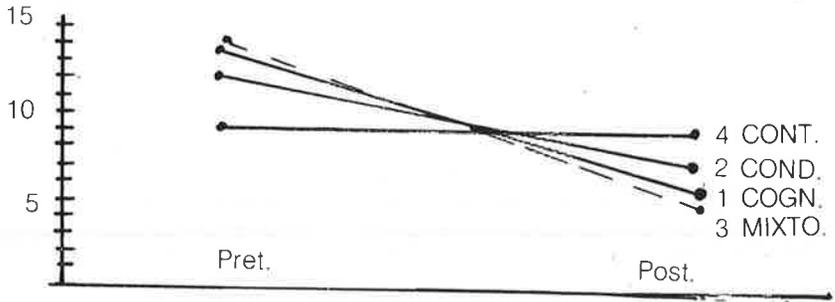
$t = 3.792$

En las tablas para el 0.05 y 8 gl = 2.306 3.792

En las tablas para el 0.01 y 8 gl = 3.355 3.792

Rechazamos la hipótesis nula, es decir, si hay diferencias significativas entre los grupos.

Puntuación X de los grupos en el C.D.I.



2.3. Discusión de resultados

Es de interés subrayar el que se hayan encontrado diferencias significativas entre las técnicas cognitivas y mixtas en relación al grupo de control, y sólo diferencias cuantitativas entre este grupo y el conductual. Tales resultados vienen a coincidir en lo esencial con las investigaciones más actualizadas que destacan preponderantemente el papel de los factores cognitivos, antes que los puramente motivacionales externos, en la determinación de la génesis, mantenimiento y tratamiento de la depresión neurótica. Así por ejemplo, los tratamientos recibidos por los grupos I (reestructuración cognitiva) y III (mixto) condujeron, cuantitativamente, a las más acusadas reducciones sintomatológicas.

El hecho, sin embargo, de que en nuestros sujetos de tratamiento, las técnicas conductuales hayan resultado relativamente efectivas, pone de relieve que a estas edades las contingencias externas de reforzamiento desempeñan un importante papel, que no es aconsejable desdeñar, en la elaboración de las estrategias terapéuticas de las neurosis depresivas. Tal puntualización se pone de manifiesto al evaluar los resultados del grupo III (tratamiento mixto) que si bien no fue diferencialmente más

efectivo que el grupo I (tratamiento cognitivo), sí condujo, cuantitativamente a los mejores resultados.

El que, de otra parte, las mayores reducciones sintomatológicas se obtuvieran con los grupos III y I, en los que se procedió con reestructuración cognitiva, permitiría inferir una mayor prevención en tales grupos en la recaída de los sujetos tratados, si bien, por limitaciones de tiempo no nos es posible confirmar ni desmentir, por el momento, tal inferencia. Aventuramos que así podría suceder porque dicho tratamiento, al incidir en los procesos mediacionales de la conducta depresiva, dotaría al sujeto de más y mejores recursos para prevenir recaídas que la eventual y azarosa supeditación a unas contingencias mecánicas y externas de reforzamiento las cuales, por lo demás, al mejorar el nivel de ejecución de los sujetos, incidirían también, secundaria-mente, en una reestructuración cognitiva de su propia autovaloración.

De lo expuesto cabría deducir que se hacen necesarios nuevos estudios de grupos comparados para determinar con rigor la eficacia relativa de las terapias cognitivas de otros tratamientos, así como seguimientos prolongados de los mismos que determinen sus características preventivas, respecto de futuras recaídas.

2.4. Conclusiones

El análisis estadístico de los resultados obtenidos viene a demostrar:

- 1) La confirmación de la hipótesis de trabajo por cuanto la técnica mixta resultó cuantitativamente la más efectiva en la reducción sintomatológica. Si bien no ofreció ninguna eficiencia relativa sobre la técnica cognitiva —en relación al grupo de control.
- 2) Cualitativamente los mejores resultados se obtuvieron con los grupos tratados mediante reestructuración cognitiva.
- 3) El tratamiento conductual resultó cualitativamente menos exitoso que el tratamiento de reestructuración cognitiva y el mixto, en relación al grupo control.
- 4) Una combinación, pues, de técnicas cognitivas y conductuales parece apuntarse como la solución más adecuada para el tratamiento de estos trastornos depresivos.

BIBLIOGRAFIA

- ADLER, A.: *What life should mean to you* (A Porter, Ed.). New York: Capricorn, 1958. (Originally published, 1931.)
- AKISKAL, H. S.; BITAR, A. H.; PUZANTIAN, V. R.; ROSENTHAL, T. L. y WALKER, P. W.: «The nosological status of neurotic depression». *Archives of General Psychiatry*, 1978.
- ALEXANDER, F.: *Psychomatic medicine: Its principles and applications*. New York: Norton, 1950.
- ALLPORT, G. W.: *Becoming*. New Haven: Yale University Press, 1955. *American Psychiatric Association. Diagnostic & Statistical Manual, II*. Washington: American Psychiatric Association, 1968.
- ATKINSON, R. y SHIFFRIN, R.: «Human memory: A proposed system and its control processes». In: K. Spence y J. Spence (Eds.), *The psychology of learning and motivation* (Vol. 2). New York: Academy Press, 1968.
- BAER, D.; WOLF, M. y RISLEY, T.: «Some current dimensions of applied behavior analysis». *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1968.
- BALDESSARINI, R. J.: *CHEMOTHERAPY IN PSYCHIATRY*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1977.
- BANDURA, A.: *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1969.
- BANDURA, A.: «Behavior theory and models of man». *American Psychologist*, 1974.
- BANDURA, A.: «Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change». *Psychological Review*, 1977.
- BANDURA, A.: «The self-system in reciprocal determinism». *American Psychologist*, 1979.
- BANDURA, A.: *Social learning theory*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall, 1977.
- BANDURA, A.; BLANCHARD, E. y RITTER, B.: «The relative efficacy of desintization and modelling treatment approaches for inducing affective, behavioral, and attitudinal changes». *Journal of Personality and Social Psychology*, 1969.

- BECK, A. T.: «Thinking and depression: 1, Idiosyncratic content and cognitive distortions». *Archives of General Psychiatry*, 1963.
- BECK, A. T.: «Thinking and depression: 2, Theory and therapy». *Archives of General Psychiatry*, 1964.
- BECK, A. T.: *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Hoeber, 1967. (Republished as *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1972.)
- BECK, A. T.: *The diagnosis and management of depression*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1973.
- BECK, A. T.: *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press, 1976.
- BECK, A. T.: *Depression inventory*. Philadelphia: Center for Cognitive Therapy, 1978.
- BECK, A. T. y GREENBERG, R. L.: *Coping with depression* (a booklet). New York: Institute for Rational Living, 1974.
- BECK, A. T.; KOVACS, M. y WEISSMAN, A.: «Hopelessness and suicidal behavior: An overview». *Journal of the American Medical Association*, 1975.
- BECK, A. T.; KOVACS, M. y WEISSMAN, A.: «Assesment of suicidal intention: The Scale for Suicidal Ideation». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, in press.
- BECK, A. T.; RESNIK, H. L. P. y LEIBER, D. (Eds.): *The prediction of suicide*. Bowie, Md.: Charles Press, 1974.
- BECK, A. T. y RUSH, A. J.: «Cognitive approaches to depression and suicide». In: G. Serban (Ed.), *Cognitive defects in the development of mental illness*. New York: Brunner-Mazel, 1978.
- BECK, A. T.; WEISSMAN, A.; LESTER, D. y TRELXER, L.: «The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1974.
- BECK, A. T. y MAHONEY, M.: «Schools of thought?». *American Psychologist*, 1979.
- BECK, A.; RUSH, A. J.; SHAW, B. Y EMERY, G.: *Cognitive Therapy of depression*. New York: Guilford, 1979.
- BECKER, J.: *Depression: Theory and research*. Washington, D.C.: V. H. Winston and Sons, Inc., 1974.
- BELMONT, J. Y BUTTERFIELD, E.: «The instructional approach to developmental cognitive research». In: R. Kail & J. Hagen (Eds.), *Perspectives on the development of memory and cognition*. Hillsdale, N. J.: Erlbaum, 1977.
- BERNE, E.: *Transsectional analysis in psychotherapy: A systematic individual and social psychiatry*. New York: Grove Press, 1964.
- BERNE, E.: *Games people play*. New York: Grove Press, 1964.
- BINSWANGER, L.: «The case of Ellen West: An anthropological-clinical study». (W. M. Mendel and L. Lyons, trans.) In: R. May; E. Angel and H. F. Ellenberger (Eds.), *Existence: A new dimensions in psychology and psychiatry*. New York: Basic Books, 1958. (Originally published, 1944-5.)
- BORKOWSKI, J.: *Sings of intelligence: Strategy generalization and metacognition*. Paper presented at the University of Wisconsin Conference on Growth of Insight, Madison, 1979.
- BORKOWSKI, J. y CAVANAUGH, J.: «Maintenance and generalization of skills and strategies by the retarded». In: N. Ellis (Ed.), *Handbook of mental deficiency: Psychological theory and research* (2nd ed.). Hillsdale, N. J.: Erlbaum, 1979.

- BORNSTEIN, P. Y QUEVILLON, R.: «the effects of self-instructional package on overactive boys». *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1976.
- BOWER, G.: «Contacts of cognitive psychology with social learning theory». *Cognitive Therapy and Research*, 1978.
- BOWERS, H. S.: «Situationism in psychology: An analysis and critique». *Psychological Review*, 1973.
- BREGER, L. y MCGAUGH, J. L.: «Critique and reformulation of "learning theory" approaches to psychotherapy and neurosis». *Psychological Bulletin*, 1965.
- BREWER, W.: «There is no convincing evidence for operant or classical conditioning in adult humans». In: W. Weimer & D. Palermo (Eds.), *Cognition and the symbolic processes*. Hillsdale, N. J.: Erlbaum, 1978.
- BROWN, A.: «Knowing when, where and how to remember: A problem of metacognition». In: R. Glaser (Ed.), *Advances in instructional psychology*. Hillsdale, N. J.: Erlbaum, 1978.
- BROWN, A. y CAMPIONE, J.: «Permissible inference from the outcome of training studies on cognitive development researchs». *Quarterly Newsletter of the Institute for Comparative Human Development*, 1978.
- BROWN, J.: «The role of strategic behavior in retardate memory». In: N. Ellis (Ed.), *International review of research in mental retardation* (Vol. 7). New York: Academic Press, 1974.
- BROWNELL, K.; HECKERMAN, C. L. y WESTLAKE, R. J.: *The effect of couples training and spouse cooperativeness in the behavioral treatment of obesity*. Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Atlanta, December, 1977.
- BUTLER, L. y MEICHENBAUM, D.: «The Assessment of interpersonal problem-solving skills». In: P. Kendall & S. Hollon (Eds.), *Cognitive-behavioral interventions: Assessment methods*. New York: Academic Press, 1980.
- CAMERON, R.: «The clinical implementation of behavior change techniques: A cognitive conceptualization of therapeutic "compliance" and "resistance"». In: J. Foreyt & D. Rathjen (Eds.), *Cognitive behavior therapy: Research and applications*. New York: Plenum, 1979.
- CAMPIONE, J. y BROWN, A.: «Memory and metamemory development in educatable retarded children». In: R. Kail & J. Hagen (Eds.), *Perspectives on the development of memory and cognition*. Hillsdale, N. J.: Erlbaum, 1977.
- CAUTELA, J. y KASTENBAUM, R.: «A reinforcement survey schedule for use in therapy, training and research». *Psychological Reports*, 1967.
- CHASSELL, J. O.: *The «basic model» of psychotherapy*. Paper presented at the meeting of the American Psychoanalytic Association, New York, December 1953 (revised, March 1977).
- CHRISTIE, G. L.: «Group psychotherapy in private practice». *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1970.
- CHANEY, E.; O'LEARY, M. y MARLATT, G. A.: «Skill training with alcoholics». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1978.
- COATES, T. y THORESEN, C.: «Self-control and educational practice, or do we really need self-control?». In: D. Berliner (Ed.), *Review of research in education*. New York: Praeger, 1980.
- CONWAY, J. Y BUTCHER, D.: «Transfer and maintenance of behavior change in children. A review and suggestions». In: E. J. Mash & L. C. Handy (Eds.), *Behavior modification and families*. New York: Brunner/Mazel, 1976.

- COVI, L.; LIPMAN, R.; DEROGATIS, L.; SMITH, J. y PATTISON, I.: *Drugs and group psychotherapy in neurotic depression*. *American Journal of Psychiatry*, 1974.
- COYNE, J. C.: «Depression and the response of others». *Journal of Abnormal Psychology*, 1976.
- COYNE, J. C.: «Toward an interactional description of depression». *Psychiatry*, 1976.
- CRAIGHEAD, E.; CRAIGHEAD-WILCOXON, L. y MEYERS, A.: «New directions in behavior modification with children». In: M. Hersen, R. Eisler & P. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (Vol. 6). New York: Academic Press, 1978.
- DANEMAN, E. A.: «Imipramine in office management of depressive reactions (a double-blind study)». *Diseases of the Nervous System*, 1961.
- DAVIS, J. M.: «Overview: Maintenance therapy in psychiatry: II. Affective disorders». *American Journal of Psychiatry*, 1976.
- DEMBER, W. N.: «Motivation and the cognitive revolution». *American Psychologist*, 1974.
- DENNEY, D.: «Self-control approaches to the treatment of test anxiety». In: I. G. Sarason (Ed.), *Test anxiety: Theory, research and applications*. Hillsdale, N. J.: Erlbaum, 1980.
- DOLLAR, J. y MILLER, N.: *Personality and psychotherapy*. New York: McGraw-Hill, 1950.
- DOUGLAS, V. Y PETERS, K.: «Toward a clearer definition of the attentional deficit of hyperactive children». In: G. Hale & M. Lewis (Eds.), *Attention and the development of cognitive skills*. New York: Plenum, 1981.
- DOUBOIS, P.: *The psychic treatment of nervous disorders*. New York: Funk & Wagnalls, 1909.
- ELLIS, A.: «Outcome of employing three techniques of psychotherapy». *Journal of Clinical Psychology*, 1957.
- ELLIS, A.: *Reason and emotin in psychotherapy*. New York; Lyle Stuart, 1962.
- ELLIS, A.: *Growth through reason: Verbatim cases in rational-emotive psychotherapy*. Palo Alto: Science & Behavior Books, 1971.
- ELLIS, A.: *Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach*. New York: McGraw-Hill, 1973.
- ELLIS, A. y HARPER, R. A.: *A new guide to rational living*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1975.
- EMERY, G.: «Self-reliance training for depressed patients». In: D. P. Rathjen and J. P. Foreyt (Eds.), *Social Competence: Interventions for children and adults*. New York: Plenum, in press.
- EMERY, G.: «Cognitive vs. behavioral methods in weight reduction with college student». (Doctoral dissertation, University of Pennsylvania, 1977.) *Dissertation Abstracts International*, 1978.
- EMERY, R. y MARGOLIN, D.: «An applied behavior analysis of delinquency; The irrelevancy of relevant behavior». *American Psychologist*, 1977.
- EYSENCK, H.: «Behavior therapy and the philosophers». *Behavior Research and Therapy*, 1979.
- FARBEROW, N. L.: «Vital process in suicide prevention: Group psychotherapy as a community concern». *Life threatening behavior*, 1972.
- FEIGHNER, J. P.; ROBINS, E.; GUZE, S. B.; WOODRUFF, R. A.; WINOKUR, J. y MUÑOZ, R.: «Diagnostic criteria for use in psychiatric research». *Archives of General Psychiatry*, 1972.
- FLAVELL, J.: «Metacognitive aspects of problem solving». In: C. Resnick (Ed.), *The nature of intelligence*. Hillsdale, N. J.: Erlbaum, 1976.

- FLAVELL, J.: «Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry». *American Psychologist*, 1979.
- FOREYT, J. and RATHJEN, D. (Eds.): *Cognitive behavior therapy: Research and applications*. New York: Plenum, 1979.
- FRANK, J.: *Persuasions and fealing: A comparative study of psychotherapy* (Rev. ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1974. (Originally published, 1961.)
- FRANKL, V.: *Man's search for meaning*. New York: Washington Press, 1963.
- FRANKS, C. M. & WILSON, G. T. (Eds.): *Annual review of behavior therapy*. New York: Brunner/Mazel, 1977.
- FREDMAN, A. M.; KAPLAN, H. I. and SADOCK, B. J. (Eds.): *Comprehensive textbook of psychiatry*, II. Baltimore: Williams & Wilkins, 1975.
- FREEMAN, A.: «The use of dreams and imagery in cognitive therapy». In: G. Emery, S. Hollon & R. Bedrosian (Eds.), *New directions in cognitive therapy: A casebook*. New York: Guilford Press, in press.
- FREUD, S.: «The interpretations of dreams». (J. Strachey, Ed. and trans.) In the *Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, V. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 1953. (Originally published, 1900.)
- FRIEDLING, C. y O'LEARY, S. G.: «Effects of self-instructional training on second-and third-grade hyperactive children: A failure to replicate». *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1979.
- FRIEDMAN, A. S.: «Interaction of drug therapy with marital therapy in depressive patients». *Archives of General Psychiatry*, 1975.
- FUCHS, C. y REHM, L. P.: «A self-control behavior therapy for depression». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1977.
- GAGNE, R. y BRIGGS, L.: *Principles of instructional design*. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1974.
- GIOE, V. J.: «Cognitive modification and positive group experience as a treatment for depression». (Doctoral dissertation, Temple University, 1975.) *Dissertations Abstracts International*, 1975.
- GOLDFRIED, M.: «Systematic desintization as training in self-control». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1971.
- GOLDFRIED, M.: «The use of relaxation and cognitive relabeling as coping skills». In: R. Stuart (Ed.), *Behavioral self-management*. New York: Brunner/Mazel, 1977.
- GOLDFRIED, M.: «Anxiety reduction through cognitive-behavioral intervention». In: P. Kendall & S. Hollon (Eds.), *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research, and procedures*. New York: Academic Press, 1979.
- GOLDFRIED, M. y DAVISON, G. C.: *Clinical behavior therapy*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1976.
- GREEN, R. A. y MURRAY, E. J.: «Expression of feeling and cognitive reinterpretation in the reduction of hostile aggression». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1975.
- GREESPOON, J. y LAMAL, P.: «Cognitive behavior modification: Who needs it?». *Psychological Record*, 1978.
- GREENWALD, H.: *Direct decision therapy*. Los Angeles: Knapp, 1973.
- GRINKER, R. R. Sr.; WEBLE, B. y DRYE, R. C.: «The borderline syndrome». New York: Basic Books, 1968.

- GUNDERSON, J. G. y SINGER, M. T.: «Defining borderline patients: An overview». *American Journal of Psychiatry*, 1975.
- HENKER, B.; WHALEN, C. y HINSHAW, S.: «The attributional contexts of cognitive intervention strategies». *Exceptional Education*, 1981.
- HEPPNER, P.: «A review of problem-solving literature and its relationship to the counseling process». *Journal of Counseling Psychology*, 1978.
- HIGA, W.: *Self-instructional versus direct training in modifying children's impulsive behavior*. Unpublished doctoral dissertation, University of Hawaii, 1975.
- HODGSON, J. W. y URBAN, H. B.: *A comparison of interpersonal training programs in the treatment of depressive states*. Unpublished manuscript, Pennsylvania State University, 1975.
- HOLLON, S. D. y BECK, A. T.: «Cognitive therapy and suicide». In: E. C. Kendall and S. D. Hollon (Eds.), *Cognitive-behavioral interventions. Theory, research, and procedures*. New York: Academic Press, in press.
- HOLLON, S. D.; BECK, A. T.; KOVACS, M. y RUSH, A. J.: *Cognitive therapy vs. pharmacotherapy of depression: outcome and followup*. Paper presented at the annual convention, American Psychological Association, Madison, August, 1977.
- HOLLON, S. D. y BECK, A. T.: «Psychotherapy and drug therapy: Comparison and combinations». In: S. L. Garfield and A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change An empirical analysis* (2nd ed.). New York: Wiley, 1978.
- HOMME, L.: «Perspectives in psychology: Control of coverants, the operants of mind». *Psychological Record*, 1978.
- HORNEY, Karen: *Neurosis and human growth: the struggle toward self-realization*. New York: Norton & Co., 1950.
- INTAGLIATA, J.: «Increasing the interpersonal problem-solving skills of an alcoholic population». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1978.
- JANET, P.: *The major symptoms of hysteria*. London: MacMillan, 1907.
- JANOV, A.: *The primal scream: Primal therapy, the cure for neurosis*. New York: G. P. Putnam's Sons, 1970.
- JASPERS, K.: (*General psychopathology*) (J. Joening and M. W. Hamilton, trans.). Chicago: University of Chicago Press, 1968. (Originally published, 1963.)
- JENNINGS, L.; CROSLAND, R.; LOVELESS, S.; MURRAY, J. y GEORGE, S.: «Cognitive control of extinction of classically conditioned pupillary response». *Psychological Record*, 1978.
- KAROLY, P.: «Behavioral self-management in children: Concepts, methods, issues and directions». In: M. Hersen, R. Eisler & P. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (Vol. 5). New York: Plenum, 1979.
- KASANIN, J.: «The acute schizoaffective psychoses». *American Journal of Psychiatry*, 1944.
- KAUFFMAN, J. y HALLAHAN, D.: «Learning disability and hyperactivity (with comments on minimal brain dysfunction)». In: B. Lahey & A. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 2). New York: Plenum, 1979.
- KAZDIN, A.: «Research issues in covert conditioning». *Cognitive Therapy and Research*, 1977.
- KAZDIN, A. y WILSON, G. T.: *Evaluation of behavior therapy: Issues evidence, and research strategies*. Cambridge, Mass.: Ballinger, 1978.

- KEELY, S.; SHEMBERG, K. y CARBONELL, J.: «Operant clinical intervention: Behavior management or beyond? Where are the data? *Behavior Therapy*, 1976.
- KEITH-SPIEGEL, P. y SPIEGEL, D. E.: «Affective states of patients immediately preceding suicide». *Journal of Psychiatric Research*, 1967.
- KELLY, G.: *The psychology of personal constructs* (Vol. 1 and 2). New York: Norton & Co., 1955.
- KENDALL, P.: «On the efficacious use of verbal self-instructional procedures with children». *Cognitive Therapy and Research*, 1977.
- KENDALL, P. y FINCH, A.: «Developing non-impulsive behavior in children: Cognitive-behavioral strategies for self-control». In: P. Kendall & S. Hollon (Eds.), *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research, and procedures*. New York: Academic Press, 1979.
- KENDALL, P. y WILCOX, L.: *A cognitive-behavioral treatment with impulsivity: Concrete versus conceptual labeling with nonself-controlled problem children*. Unpublished manuscript, University of Minnesota, 1978.
- KEOGH, B. y GOLVER, A.: «The generalizability and durability of interventions effects». *EXCEPTIONAL Education*, 1981.
- KHATAMY, M. y RUSH, A. J.: «A Pilot study of the treatment of outpatients with chronic pain: Symptom control, stimulus control and social system intervention». *Pain*, 1978.
- KIESLAR, D.: «Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm». *Psychological Bulletin*, 1966.
- KLEIN, D. F.: «Endogenomorphic depression». *Archives of General Psychiatry*, 1974.
- KLERMAN, G. L.: «Clinical Research in depression». *Archives of General Psychiatry*, 1971.
- KLERMAN, G. L.; DIMASCIO, A.; WEISSMAN, M.; PRUSOFF, B. y PAYKEL, E.: «Treatment of depression by drugs and psychotherapy». *American Journal Psychiatry*, 1974.
- KLERMAN, G. L. Y PAYKEL, E. S.: «Depressive pattern, social background and hospitalization». *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1970.
- KORANYI, E. K.: «Physical health and illness in psychiatric outpatient department populations». *Canadian Psychiatric Association Journal*, 1972.
- KOVACS, M.; BECK, A. T. y WEISSMAN, A.: «The Use of Suicidal Motives in the Psychotherapy of Attempted Suicides». *American Journal of Psychotherapy*, 1975.
- KOVACS, M.; RUSH, A. J.; BECK, A. T. y HOLLON, S. D.: *Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in treatment of depressed outpatients: A 12-month follow-up*. Unpublished manuscript, University of Pittsburgh, 1978.
- KUHN, T. S.: *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press, 1962.
- LANGE, A. y JAKUBOWSKI, P.: *Responsible assertive behavior: Cognitive-behavioral procedures for trainees*. Campaign, Ill.: Research Press, 1976.
- LAZARUS, R.: *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill, 1966.
- LAZARUS, A.: *Behavior therapy and beyond*. New York: McGraw-Hill, 1972.
- LAZARUS, A. y FAY, A.: *I can if I want to*. New York: William Morrow and Co., Inc., 1975.
- LAZARUS, R.: *Psychological Stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill, 1966.

- LEDWIDGE, B.: «Cognitive-behavior modification: A step in the wrong direction? *Psychological Bulletin*, 1978.
- LEDWIDGE, B.: «Cognitive-behavior modification, or new to change minds: Reply to Mahoney and Kazdin». *Psychological Bulletin*, 1979.
- LEFF, M. J.; ROATCH, J. F. y BUNNEY, W. E.: «Environmental factors preceding the onset severe depressions». *Psychiatry*, 1970.
- LERNER, M. J.: *Deserving versus justice: A contemporary dilemma*. Paper presented at the Symposium on Freedom, Justice, and Social Responsibility of the American Psychological Association, Washington, September, 1969.
- LEWINSOHN, P. M.: «A behavioral approach to depression». In: R. M. Friedman and M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and reseach*. Washington, D.C.: Winston-Wiley, 1974.
- LEWINSOHN, P. M.: «The behavioral study and treatment of depression». In: M. Hersen, R. M. Eisler & P. M. Miller (Eds.), *Progress in Behavior Modification*, Vol. 1. New York: Academic Press, 1975.
- LIPOWSKY, Z. J.: «Psychiatry of somatic diseases: Epidemiology, pathogenesis, classification». *Comprehensive Psychiatry*, 1975.
- LOCKE, E.: «Behavior modification is not cognitive-and other myths: A reply to Ledwidge». *Cognitive Therapy and Research*, 1979.
- LLOYD, J.: «Academic instruction and cognitive techniques: The need for attack strategy training». *Exceptional Education*, 1981.
- LOPEZ-IBOR, J. J.: «Masked depressions». *British Journal of Psychiatry*, 1972.
- LOW, Abraham: *Mental health through will-training*. Boston: Christopher, 1950.
- LURIA, A.: *The role of speech in the regulation of normal and abnormal behavior*. New York: Liveright, 1961.
- LURIA, A.: «Speech and formation of mental processes». In: M. Cole & I. Maltzman (Eds.), *A handbook of contemporary Soviet psychology*. New York: Basic Books, 1969.
- MAAS, J. W.: «Biogenic amines and depression: Biochemical and pharmacological separation of two types of depression». *Archives of General Psychiatry*, 1975.
- MACPHILLAMY, D. J. y LEWINSOHN, P. M.: *Pleasants events schedule*. Unpublished manuscript, University of Oregon, 1971.
- MAHONEY, M.: *Cognition and behavior modification*. Cambridge, Mass.: Ballinger, 1974.
- MAHONEY, M.: «Psychotherapy and the structure of personal revolutions». In: M. Mahoney (Ed.), *Cognition and clinical science*. New York: Plenum, 1979.
- MAHONEY, M. y ARNKOFF, D.: «Cognitive and self-control therapies». In: S. Gardfield & A. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2nd ed.). New Yprk: Wiley, 1978.
- MAHONEY, M. J.: «Reflections on the cognitive-learning trend in psychotherapy». *American Psychologist*, 1977.
- MAHONEY, M. J. y MAHONEY, K.: *Permanent weight control - A total solution to the dieter's dilemma*. New York: Norton & Co., 1976.

- MAHONEY, M. J. y KAZDIN, A.: «Cognitive behavior modification: Misconceptions and premature evaluation». *Psychological Bulletin*, 1979.
- MALTZMAN, I.: «Orienting in classical conditioning and generalization of the galvanic skin response towards: An overview». *Journal of Experimental Psychology: General*, 1977.
- MARKMAN, E.: «Realizing the you don't understand: A preliminary investigation». *Child Development*, 1977.
- MARLATT, G. A. y GORDON, J.: «Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change». In: P. Davidson (Ed.), *Behavioral medicine: Changing health life styles*. New York: Brunner/Mazel, 1980.
- MASH, E. J. y DALBY, J.: «Behavioral interventions for hyperactivity». In: R. Trites (Ed.), *Hyperactivity in children: Etiology, measurements and treatment implications*. Baltimore: University Park Press, 1978.
- MAULTSBY, M. C.: *Handbook of rational self-counseling*. Madison, Wisconsin: Association for Rational Thinking, 1971.
- MAULTSBY, M. C.: «Systematic written homework in psychotherapy». *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 1971.
- MAULTSBY, M. C.: *Help yourself to happiness through rational self-counseling*. Boston: Esplanade Books, 1975.
- MCFALL, R. M. y TWENTYMAN, C. T.: «Four experiments on the relative contributions of rehearsal, modeling, and coaching to assertion training». *Journal of Abnormal Psychology*, 1973.
- MCLEAN, P. D. y HAKSTIAN, A. R.: *Clinical depression: Comparative efficacy of outpatient treatments*. Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Toronto, June 1978.
- MCMULLIN, C. y CASEY, B.: *Talk sense to yourself*. Lakewood, Colorado: Jefferson County Mental Health Center, Inc., 1975.
- MEICHENBAUM, D.: «Toward a cognitive theory of self control». In: G. Schwartz & D. Shapiro (Eds.), *Consciousness and self-regulation: Advances in research*. New York: Plenum, 1976.
- MWICHENBAUM, D.: *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum, 1977.
- MEICHENBAUM, D.: *Cognitive-behavior modification newsletter*. Unpublished manuscripts, University of Waterloo, 1075-1979.
- MEICHENBAUM, D.: «Cognitive-behavior modification: The need for a fairer assessment». *Cognitive Therapy and Research*, 1979.
- MEICHENBAUM, D. y ASARNOW, J.: «Cognitive-behavior modification and metacognitive development: Implications for the classroom». In: P. Kendall & S. Hollon (Eds.), *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research, and procedures*. New York: Academic Press, 1979.
- MEICHENBAUM, D.; BURLAND, S.; GRUSON, L. Y CAMERON, R.: «Metecognitive assessment». In: S. Yussen (Ed.), *Growth of insight*. New York: Academic Press, in press.
- MEICHENBAUM, D. y BUTLER, L.: «Toward a conceptual model for the treatment of test anxiety: Implications for research and treatment». In: I. G. Sarason (Ed.), *Test anxiety: Theory, research, and applications*. Hillsdale, N. J.: Erlbaum, 1980.
- MEICHENBAUM, D. y BUTLER, L.: «Cognitive ethology: Assessing the streams of cognition and emotion». In: K. Blankstein, p. Pliner & J. Polivy (Eds.), *Advances in the study of communica-*

tion and affect: Assessment and modification of emotional behavior (Vol. 6). New York: Plenum, 1981.

- MEICHENBAUM, D.; Butler, L. y GRUSON, L.: «Toward a conceptual model of sound competente». In: J. D. Wine & M. D. Smye (Eds.), *Social competence*. New York: Guilford, 1981.
- MEICHENBAUM, D. Y GILMORE, J. B.: «Resistance: From a cognitive-behavioral perspective». In: P. Wachtel (Ed.), *Resistance: A behavioral and psychodynamic analisis*. New York: Plenum, in press.
- MENDELS, J.: «Biological aspects of affective illness». In: S. Ariety and E. B. Brady (Eds.), *American handbook of psychiatry*. New York: Basic Books, 1974.
- MENDELS, J. y COCHRANE, C.: «The nosology of depression: The endogenous reactive concept». *American Journal of Psychiatry* (Supplement), 1968.
- MILLER, G.; GALANTER, E. y PRIBRAM, K.: *Plans and structure of behavior*. New York: Holt, Rinehalt & Winston, 1960.
- MILLER, P. y BIGI, L.: «The development of children's understanding of attention». *Merrill-Palmer Quarterly*, 1979.
- MISCHEL, W.; Mischel, h. y HOOD, S.: *The development of knowledge of effective collection to delay gratification*. Unpublished manuscript, Stanford University, 1978.
- MORRIS, N. E.: «A group self-instruction method for the treatment of depressed outpatients». (Doctoral dissertation, University of Toronto, 1975.) National Library of Canada, Canadian Theses Division, No. 35272.
- MORRIS, J. B. y BECK, A. T.: «The efficacy of antidepressant drugs: A review of research (1958 to 1972)». *Archives of General Psychiatry*, 1974.
- NEISSER, U.: *Cognitive psychology*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1967.
- NOVACO, R.: *Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment*. Lexington, Mass.: Heath & Co., 1975.
- NOVACO, R.: «The cognitive regulation of anger and stress». In: P. Kendall & S. Hollon (Eds.), *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research, and procedures*. New York: Academic Press, 1979.
- «OBSERVER»: «The recycling of cognition in psychology». *Psychological Record*, 1978.
- PADFIELD, M.: «The comparative effects of two counseling approaches on the intensity of depression among rural of low socioeconomic status». *Journal of Counseling Psychology*, 1976.
- PAYKEL, E. S.; KLERMAN, G. L. y PRUSOFF, B. A.: «Treatment setting and clinical depression». *Archives of General Psychiatry*, 1970.
- PIAGET, J.: (*Psychology of Intelligence*) (M. Piercy & D. E. Berline, trans.). New York: Harcourt, Brace & Co., 1950. (Originally published, 1947.)
- PIAGET, J.: (*The moral judgment of the child*) (M. Gabain, trans.). Glencoe, Ill.: Free Press, 1960. (Originally published, 1932.)
- PRIEN, R. F.; CAFFEY, E. M., Jr. y KLETT, C. J.: «Factors associated with treatment succes in lithium carbonate prophylaxis». *Archives of General Psychiatry*, 1970.
- RAIMY, V.: *Misunderstanding of the self*. San Francisco: Jossey Bass, 1975.

- REHM, L. P.; FUCHS, C. Z.; ROTH, D. M.; Kornblith, S. J. y ROMANO, J. M.: *A comparison of self-control and social skills treatments of depression*. Unpublished manuscript, Cornell University, 1978.
- ROBIN, A.; ARMEL, S. y O'LEARY, D.: «The effects of self-instructions on writing deficiency». *Behavior Therapy*, 1975.
- ROBINS, E. Y GUZE, S.: «Classification of affective disorders: The primary-secondary, the endogenous, and the neurotic-psychotic concepts». In: *Recent advances in the psychobiology of depressive illness*. Washington, D.C.: U.S. Department of Health, Education and Welfare Publication No. 70-9053, 1972.
- ROBINSON, F. P.: *Principles and procedures in student counseling*. New York: Harper & Brothers, 1950.
- ROGERS, C.: *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin Co., 1951.
- ROOK, K. y HAMMEN, C. A.: «A cognitive perspective on the experience of sexual arousal». *Journal of Social Issues*, 1977.
- ROSENTHAL, T.: «Applying a cognitive behavioral view to clinical and social problems». In: G. Whitehurs & B. Zimmerman (Eds.), *The functions of language and cognition*. New York: Academic Press, 1980.
- ROTTER, J.: *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1954.
- RUSH, A. J.; BECK, A. T.; KOVACS, M. y HOLLON, S.: «Comparative efficacy of cognitive therapy and imipramine in the treatment of depressed outpatients». *Cognitive Therapy and Research*, 1977.
- RUSH, A. J.; BECK, A. T.; KOVACS, M.; KHATAMI, M.; FITZGIBBONS, R. Y WOLMAN, T.: *Comparison of cognitive and pharmacotherapy in depressed outpatients: A preliminary report*. Presented at meeting of the Society for Psychotherapy Research, Boston, Mass., 1975.
- RUSH, A. J.; HOLLON, S. D.; BECK, A. T. y KOVACS, M.: «Depression: Must pharmacotherapy fail for cognitive therapy to succeed? *Cognitive Therapy & Research*, 1978.
- RUSH, A. J.; KHATAMI, M. y BECK, A. T.: «Cognitive and behavioral therapy in chronic depression». *Behavior Therapy*, 1975.
- RUSH, A. J.; SHAW, B. y KHATAMI, M.: «Cognitive therapy of depression: Utilizing the couples system». *Cognitive Therapy and Research*, in press.
- RUSH, A. J. y WATKINS, J. T.: *Specialized cognitive therapy strategies for psychologically naive depressed outpatients*. Paper presented at meeting of the American Psychological Association, San Francisco, August 1977.
- RUSH, A. J. y WATKINS, J. T.: *Group versus individual cognitive therapy: A pilot study*. Unpublished manuscript, Southwestern Medical School (Dallas), 1978.
- RYAN, E.: «Identifying and remediating failures in reading comprehension: Toward an instructional approach for poor comprehenders». In: T. Waller & J. MacKinnon (Eds.), *Advances in reading research* (Vol. 2). New York: Academic Press, 1981.
- RYCHTARIK, R. y WOLLERSHEIM, J.: «The role off cognitive mediators in alcohol addiction with some implications for treatment». *JSAS Catalog of Selected Document in Psychology*, 1978. (Ms. No. 1763.)
- SACKETT, D. L. Y HAYNES, R. D.: *Workshop symposium on compliance with therapeutic regimens*, Mcmasters University, 1974. Baltimore: John Hopkins University Press, 1976.

- SAUL, L. J.: *Emotional maturity*. Philadelphia: Lippincott, 1947.
- SCHMICKLEY, V. G.: *The effects of cognitive-behavior modifications upon depressed outpatients*. (Doctoral dissertation, Michigan State University, 1976.)
- SCHOU, M.: «Special review: Lithium in psychiatric therapy and prophylaxis». *Journal of Psychiatric Research*, 1968.
- SCHREIBER, N. T.: «Depressive cognitions (letter to the editor)». *American Journal of Psychiatry*, 1978.
- SCHUYLER, D. y KATZ, M. M.: *The depressive illnesses: A major public health problem*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1973.
- SCHWAB, J. J.; BIALOW, M.; BROWN, J. M. y HOLZER, C. E.: «Diagnosing depression in medical inpatients». *Annals of Internal Medicine*, 1967.
- SECUNDA, S. K.; KATZ, M. M.; FRIEDMAN, R. J. y SCHUYLER, D.: *Special report: 1973 - The depressive disorders*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1973.
- SELIGMAN, M. E. P.: *Helplessness*. San Francisco: W. H. Freeman, 1975.
- SHAPIRO, A. K. y MORRIS, L. A.: «Placebo effects in medical and Psychological therapies». In: S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. (2nd ed.). New York: Wiley, 1978.
- SHAW, B. F.: *A systematic investigation of three treatments of depression*. (Doctoral dissertation, University of Western Ontario, Canada, 1975.)
- SHAW, B. F.: «Comparison of cognitive therapy and behavior therapy in the treatment of depression». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1977.
- SHAW, B. F. y HOLLON, S. D.: *Cognitive therapy in a group format with depressed outpatients*. Unpublished manuscript, University of Western Ontario (London), 1978.
- SHELTON, J. L. y ACKERMAN, M. J.: *Homework in counseling and psychotherapy*. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas, 1974.
- SHIPLEY, C. R. & FAZIO, A. F.: «Pilot study of a treatment for psychological depression». *Journal of Abnormal Psychology*, 1973.
- SKINNER, B. F.: *Science and human behavior*. New York: MacMillan, 1953.
- SPITZER, R. L.; ENDICOTT, J. y ROBINS, E.: «Research diagnostic criteria: Rationale and reliability». *Archives of General Psychiatry*, 1978.
- STRAUS, E. W.: *Phenomenological Psychology: Selected Papers*. New York: Basic Books, 1966.
- SULLIVAN, H. S.: *Interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton & Co., 1953.
- TAYLOR, F. G.: *Cognitive and behavioral approaches to the modification of depression*. (Doctoral dissertation, Queen's University, Kingston, Ont., 1974.)
- TAYLOR, F. G. y MARSHALL, W. L.: «Experimental analysis of a cognitive-behavioral therapy for depression». *Cognitive Therapy and Research*, 1977.
- WEIMWE, W. B. & PALERMO, D. S. (Eds.): *Cognition and the symbolic processes*. Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum, 1974.

- WOLFE, J. y FODOR, I.: «Acognitive-behavioral approach to modifying assertive behavior in women». *The Counseling Psychologist*, 1975.
- YALOM, I. D.: *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books, 1970.
- YESSLER, P. G., GIBBS, J. J. y BECKER, H. A.: «Communication of suicidal ideas». *Archives of General Psychiatry*, 1961.

BIBLIOGRAFIA (de la revisión de estudios)

1. CRAIGHEAD, W. E. y HICKEY, K. S.: «Distortion of perception and recall of neutral feedback in depression». *Cognitive Therapy Research*, 1979, 3, 291-298.
2. DUNN, R. J.: «Cognitive modification with depression-prone psychiatric patients». *Cognitive Therapy Research*, 1979, 3, 307-317.
3. FUCHS, C. Z. y HIMMELHOCH, J. M.: «Pseudomani-depressive illness and cognitive-behavior therapy». *Journal Nervous and Mental Disease*, 1980, 168, 382-384.
4. GARDNER, P. y OEI, T. P. S.: «Depression and self-esteem». *Journal of clinic Psychology*, 1981, 37, 128-135.
5. GROSSBERG, J. M.: «Comments about cognitive therapy and behavior therapy». *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1981, 12, 25-33.
6. KOVACS, M.: «Treating depressive disorders». *Behavior Modification*, 1979, 3, 496-517.
7. — — — «The efficacy of cognitive and behavior therapy for depression». *American Journal of Psychiatry*, 1980, 137, 1495-1501.
8. LAPOINTE, K. A. y RIMM, D. C.: «Cognitive, assertive, and insight oriented group therapies in the treatment of reactive depression in womwn». *Psychotherapy*, 1980, 17, 312-321.
9. RUSH, A. J. et al.: «Cognitive and behavior therapy in chronic depression». *Behavior therapy*, 1975, 6, 398-404.
10. RUSH, A. J. Y BECK, A. T.: «Cognitive therapy of depression and suicide». *American Journal of Psychotherapy*, 1978, 32, 201-219.
11. ROZENSKY, R. H. et al.: «Depression and self reinforcement behavior in hospitalized patients». *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1977, 8, 35-38.
12. SHAW, B. F.: «Comparison of cognitive therapy and behavior therapy in the treatment of depression». *Journal Consulting and clinical Psychology*, 1977, 45, 543-551.
13. SHAFFER, C. S. et al.: «Positive changes in depression, anxiety, and assertion following individual and group cognitive behavior therapy intervention». *Cognitive Therapy and Research*, 1981, 5, 149-157.
14. TAYLOR, F. G. y MARSHALL, W. L.: «Experimental analysis of a cognitive behavioral therapy for depression». *Cognitive Therapy and Research*, 1977, 1, 59-72.
15. WHITEHEAD, A.: «Psychological treatment of depression». *Behavioral Research and Therapy*, 1979, 17, 495-509.
16. WILMOTTE, J y FONTAINE, O.: «Analyse fonctionnelle des otats depressifs». *Enccephale*, 1980, 6, 199-208.

ADAPTACION Y EXPERIENCIAS CON LA ESCALA DE DEPRESIONES INFANTILES DE BIRLESON

Santisteban Costán, E.¹

Gómez Añón, M. L.²

Núñez Jiménez, M. C.³

Pérez Ríos, J.⁴

Santos Sánchez-Barbudo, A.⁵

Rodríguez-Sacristán, J.⁶

1. Profesor Ayudante de Clases Prácticas, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina de Sevilla.
2. Profesor Ayudante de Clases Prácticas, Servicio de Bioestadística e Informática, Hospital Universitario de Sevilla.
3. Médico Colaborador del Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital Universitario de Sevilla (Prof. Rodríguez-Sacristán).
4. Profesor encargado de Curso, Facultad de Psicología, Universidad de Sevilla.
5. Médico Adjunto de Psiquiatría Infantil, Servicio de Psiquiatría Infantil (Prof. Rodríguez-Sacristán).
6. Catedrático de Psiquiatría Infantil, Universidad de Sevilla, Jefe del Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital Universitario de Sevilla.

INTRODUCCION

El incremento del interés por los trastornos depresivos en la infancia despertado desde hace varios años en todo el mundo, ha motivado y facilitado la aparición de diversas escalas de evaluación de la depresión, sistemática que ha ayudado a la investigación y cuantificación de este fenómeno clínico. Sin

embargo para Kovacs (1981), las escalas deben seguir utilizándose como medio auxiliar de diagnóstico, ya que si bien son prometedores, todavía están en período de experimentación, siendo necesarias aún informaciones suplementarias para probar su utilidad y justicia como medio de medida.

Carlson y Cantwel (1980), explican cómo el inventario de depresión de

milton (1960), ayudaron en su momento a definir aspectos del síndrome depresivo en los adultos.

Petti (1978) opinaba que todavía no existían escalas suficientemente válidas para niños, comparables a las usadas en los adultos.

Existen ya numerosas escalas y cuestionarios tanto de autoevaluación como de evaluación clínica en la literatura mundial, pudiendo destacar entre otros, el C.D.S. de Lang y Teisher (1978), el C.D.I. de Kovacs y Beck (1978), modificado para nuestro medio por Rodríguez-Sacristán y Cardoze (1978), el P.N.I.D. de Lefkowitz (1980), etc.

Para Birleson (1981), son preferibles las escalas autoevaluativas aplicables desde los 7 años, ya que según las experiencias de Piaget (1954) y posteriores estudios sobre psicología cognitiva, el niño a esta edad puede enjuiciar su situación, sus sentimientos y sus comportamientos, si bien no tiene la capacidad de expresión del adulto. El problema pues consistiría en la forma de expresión verbal, en la concreción lingüísticas, en la claridad verbal con que le sea preguntado. Lógicamente se deben guardar los debidos cuidados semánticos.

Partiendo de esta base, Birleson pensó en la posibilidad de la creación de una escala de autoevaluación para niños mayores de 7 años.

El origen de esta escala proviene de un inventario primitivo constituido por 37 items, que fueron recopilados de la literatura correspondiente. Estos items, fueron identificados y asociados como parte integrante de la sintomatología depresiva en la infancia (Figura nº 1).

Para evitar influencias en la colocación de las respuestas, fueron elabora- Beck (1961), la escala de autoevaluación de Zung (1965) y la escala de Ha-

dos estos items, unos de forma positiva y otros de forma negativa, siendo distribuidos al azar.

La expresión verbal trató de ser clara y comprensible.

A las interrogantes formuladas, los niños respondieron bajo tres categorías diferentes: nunca, a veces, siempre. Las respuestas así obtenidas, fueron seleccionadas, adjudicándoseles la puntuación 0,1 y 2.

Este inventario fue aplicado a cuatro grupos de niños: depresivos diagnosticados clínicamente, pacientes con otros trastornos psiquiátricos, niños mal adaptados y grupo control normal. De este último grupo, fueron excluidos aquellos que procedían de grupos étnicos distintos, los que presentaban problemas de paternidad, así como aquellos que habían sido atendidos alguna vez por un psiquiatra.

Los resultados del inventario aplicado a los cuatro grupos de niños, fueron sujetos a un análisis de varianza (Figura nº 2) para determinar cuáles de los items daba diferencias significativas.
• Aquellos que diferenciaron los depresivos de los restantes grupos fueron utilizados para construir la definitiva escala de autoevaluación, que consta de 18 items (Figura nº 3).

Considerando que esta escala puede ser útil para la discriminación de los estados depresivos en la infancia, hemos realizado una traducción al castellano (Figura nº 4). El objetivo de este trabajo es la validación y baremación de este test a fin de utilizarlo en nuestro medio. Asimismo creemos interesante realizar un análisis de cada items para averiguar la consistencia interna de la escala. Este análisis nos puede servir, una vez establecida cierta graduación en cuanto a la gravedad de la depresión, para averiguar qué síntomas son de aparición precoz y qué otros son de aparición tardía.

FIGURA Nº 1

Item	Positive or negative
1. I look forward to things as much as I used to	N
2. I find it very hard to keep my mind on my schoolwork	P
3. I get very tired	P
4. I find it very hard to sit still	P
5. I feel like crying	P
6. I feel like running away.....	P
7. I get tummy aches.....	P
8. I like to go out and play.....	N
9. I sleep very well.....	N
10. I worry about going to school.....	P
11. I worry about my parents	P
12. I think other children don't like me	P
13. I think other children talk about me	P
14. I have lots of energy.....	N
15. I am afraid of many things	P
16. I get very angry with people.....	P
17. I enjoy my food.....	N
18. I can stick up for myself.....	N
19. I blame myself for a lot of things.....	P
20. I think life is not worth living	P
21. I skip school.....	P
22. I am good at things I do.....	N
23. I worry about death and dying.....	P
24. I get frightened in the dark.....	P
25. I enjoy the things I do as much as I used to	N
26. I like talking with my family	N
27. I get headaches	P
28. I feel as though I am a bad person	P
29. I am moody and bad tempered	P
30. I prefer to be on my own	P
31. I have horrible dreams.....	P
32. I find myself having to check things again and again ..	P
33. I feel very lonely.....	P
34. I find that I fight with people more than I used to	P
35. I am easily cheered up.....	N
36. I feel so sad that I can hardly stand it	P
37. I feel very bored.....	P

FIGURA N° 2

Depressed group		Maladjusted group		Clinical control group		School control group		Significance <i>F</i> with 3 <i>d.f.</i>
Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
1.24	0.83	0.45	0.60	0.35	0.49	0.53	0.84	5.57 <i>p</i> = 0.01 *
0.80	0.78	0.80	0.70	0.82	0.81	0.32	0.48	2.63 <i>p</i> = N.S.
1.00	0.71	0.80	0.62	0.88	0.49	0.37	0.50	4.11 <i>p</i> = 0.01 **
0.71	0.77	0.95	0.83	0.76	0.90	0.53	0.70	0.92 <i>p</i> = N.S.
1.00	0.79	0.45	0.51	0.53	0.51	0.16	0.37	6.89 <i>p</i> = 0.001 *
0.82	0.81	0.70	0.80	0.29	0.47	0.05	0.23	5.95 <i>p</i> = 0.001 *
1.12	0.78	0.65	0.59	0.76	0.66	0.53	0.51	2.82 <i>p</i> = 0.05 *
0.76	0.90	0.15	0.37	0.24	0.56	0.21	0.54	3.82 <i>p</i> = 0.05 *
0.88	0.93	0.70	0.80	0.47	0.72	0.11	0.32	3.95 <i>p</i> = 0.05 *
0.53	0.72	0.20	0.41	0.47	0.72	0.05	0.23	3.07 <i>p</i> = N.S.
1.29	0.77	0.95	0.69	1.06	0.83	0.79	0.63	1.51 <i>p</i> = N.S.
0.82	0.89	0.70	0.80	0.76	0.66	0.21	0.54	2.73 <i>p</i> = N.S.
0.59	0.71	0.70	0.73	0.47	0.62	0.42	0.51	0.71 <i>p</i> = N.S.
1.24	0.75	0.45	0.60	0.53	0.51	0.32	0.48	8.42 <i>p</i> = 0.001 *
0.65	0.70	0.50	0.69	0.71	0.69	0.47	0.61	0.51 <i>p</i> = N.S.
1.06	0.75	0.90	0.55	0.94	0.66	0.47	0.51	3.14 <i>p</i> = N.S.
0.82	0.64	0.30	0.47	0.35	0.61	0.16	0.37	5.30 <i>p</i> = 0.01 *
0.82	0.88	0.40	0.60	0.59	0.71	0.11	0.32	3.93 <i>p</i> = 0.05 *
0.47	0.51	0.75	0.72	0.94	0.56	0.58	0.69	1.83 <i>p</i> = N.S.
0.65	0.79	0.45	0.60	0.12	0.33	0.05	0.23	4.95 <i>p</i> = 0.01 *
0.35	0.61	0.40	0.60	0.12	0.33	0.00	0.00	3.26 <i>p</i> = N.S.
1.12	0.70	0.70	0.57	0.53	0.51	0.58	0.51	3.71 <i>p</i> = 0.05 *
0.59	0.80	0.55	0.76	0.53	0.62	0.16	0.37	1.74 <i>p</i> = N.S.
0.76	0.83	0.70	0.66	0.41	0.71	0.32	0.58	1.79 <i>p</i> = N.S.
1.18	0.73	0.25	0.44	0.29	0.47	0.26	0.56	11.57 <i>p</i> = 0.001 *
1.18	0.73	0.10	0.31	0.29	0.47	0.11	0.32	20.49 <i>p</i> = 0.001 *
0.65	0.70	0.60	0.50	0.59	0.51	0.42	0.51	0.58 <i>p</i> = N.S.
0.59	0.71	0.40	0.60	0.59	0.51	0.21	0.42	1.84 <i>p</i> = N.S.
1.12	0.86	0.85	0.59	1.06	0.66	0.53	0.51	2.99 <i>p</i> = 0.05 **
0.88	0.78	0.65	0.81	0.41	0.62	0.53	0.51	1.45 <i>p</i> = N.S.
0.82	0.81	0.45	0.60	0.59	0.62	0.21	0.42	3.06 <i>p</i> = 0.05 *
0.59	0.71	0.55	0.60	0.35	0.49	0.37	0.68	0.67 <i>p</i> = N.S.
0.71	0.69	0.25	0.44	0.59	0.62	0.11	0.32	5.15 <i>p</i> = 0.01 *
0.65	0.86	0.96	0.76	0.53	0.80	0.16	0.37	4.03 <i>p</i> = 0.05 **
1.35	0.70	0.65	0.81	0.47	0.51	0.26	0.56	8.91 <i>p</i> = 0.001 *
0.76	0.83	0.45	0.60	0.59	0.62	0.05	0.23	4.59 <i>p</i> = 0.01 *
1.18	0.73	0.80	0.70	0.59	0.51	0.53	0.61	3.64 <i>p</i> = 0.05 *

* Discriminates the retarded group.

** Discriminates the normal group.

FIGURA N° 3

Questionnaire

	<u>Most</u>	<u>Sometimes</u>	<u>Never</u>
1. I look forward to things as much as I used to
2. I sleep very well
3. I feel like crying.....
4. I like to go out to play
5. I feel like running away.....
6. I get tummy aches
7. I have lots of energy
8. I enjoy my food
9. I can stick up for myself.....
10. I think life isn't worth living.....
11. I am good at things I do
12. I enjoy the things I do as much as I used to
13. I like talking with my family
14. I have horrible dreams
15. I feel very lonely.....
16. I am easily cheered up
17. I feel so sad I can hardly stand it
18. I feel very bored.....

Instructions. Please answer as honestly as you can. The statements refer how you have felt over the past week. There are no right answers, it is important to say how you have felt. Thank you.

MATERIAL Y METODO

Contamos para este trabajo con una muestra de 392 niños, procedentes de seis diferentes colegios de Sevilla, escogidos al azar. Las edades estaban comprendidas entre los 7 y 15 años ($x = 12.29$; $SD = 1.63$). De éstos 198 eran varones y 194 hembras.

Otra muestra estaba compuesta por niños que acudieron a nuestro Servicio de Psiquiatría Infantil a partir del mes de septiembre de 1982. Once de ellos fueron diagnosticados de depresión siguiendo los criterios de Kuperman y Stewart (1979). El resto padecía otros trastornos psiquiátricos.

A ambas muestras les fue aplicado para su estudio la Escala de Depresión infantil de Birlson (1981) y el C.D.I. modificado de Beck, por Rodríguez-Sacristán y Cardoze (1978).

Este último fue utilizado como criterio de validación externa de la Escala de Birlson. Para ello debemos calcular el coeficiente de correlación entre ambas escalas; también hemos utilizado el test de «H» de Kruskal y Wallis.

Para averiguar la consistencia interna de la escala, analizamos cada uno de los items mediante el test estadístico de Kullback y Leiber (datos cualitativos) y el test de «H» de Kruskal y Wallis (datos cuantitativos).

FIGURA N° 4

ESCALA DE DEPRESION INFANTIL DE BIRLESON

Nombre Edad Sexo

Fecha


SIEMPRE · A VECES · NUNCA

1.º) Me ilusiono por las cosas tanto como antes			
2.º) Duermo muy bien			
3.º) Tengo ganas de llorar			
4.º) Me gusta salir a jugar			
5.º) Tengo ganas de huir			
6.º) Me entran dolores de barriga			
7.º) Tengo mucha energía			
8.º) Disfruto comiendo			
9.º) Puedo defenderme solo			
10.º) Creo que no vale la pena vivir			
11.º) Hago las cosas bien			
12.º) Disfruto de las cosas que hago como antes			
13.º) Me gusta hablar con mi familia			
14.º) Tengo pesadillas			
15.º) Me siento muy solo			
16.º) Cuando estoy triste, me animo con facilidad			
17.º) Me siento tan triste que apenas puedo soportarlo			
18.º) Me encuentro muy aburrido			

RESULTADOS

El coeficiente de correlación hallado fue de 0.404, significativo al P 001.

El coeficiente de validez obtenido es de 0.50, significativo al punto 0.001. Este coeficiente es bueno, puesto que normalmente suele oscilar entre 0.40 y 0.60.

Como se acepta que el C.D.I. distingue cuatro grupos diagnósticos, al realizar los debidos cálculos estadísticos, hemos obtenido el siguiente baremo para la escala de Birleson:

Grupo 1º) Sin depresión	0-11 puntos
Grupo 2º) Depresión ligera	12-15 puntos
Grupo 3º) Depresión moderada	16-18 puntos
Grupo 4º) Depresión severa	más de 18 puntos

Una vez clasificados según estos cuatro grupos, analizamos las puntuaciones del C.D.I. por medio del test de «H» de Kruskal y Wallis, resultando que existían diferencias significativas con P 0.001 entre las puntuaciones de los distintos grupos diagnósticos correspondientes de ambas escalas. Globalmente no encontramos diferencias al nivel P 0.001. Este hecho corrobora la posibilidad de este baremo.

La tabla de contingencias C.D.I.-Birleson, fue también significativa (P 0.001).

Por medio de este test verificamos la no incidencia de la edad en los distintos grados de depresión (test global no significativo).

En cuanto al sexo, observamos la existencia de diferencias significativas al uno por mil entre varones y hembras, debido a la mayor proporción de hembras con puntuación superior a 12, hecho que no se producía con el C.D.I. Esto nos indujo a verificar un análisis de cada ítem, i de este estudio se dedujo que no existían diferencias en los ítems 1, 5, 10, 11, 12, 13, 15, 17 y 18. Dife-

rencias con P .001 en el 2, 3, 4, 8 y 16; P .005 en el 6 y 14; y P .01 en la pregunta 9.

Para el análisis de los ítems aplicamos el test de Kullback y Leiber. Las comparaciones globales aplicadas a cada ítem son todas significativas al uno por mil, excepto la cuestión 11 (hago las cosas bien), que lo es al nivel P 0.025.

Encontramos diferencias significativas al mismo nivel (P 0.001) salvo en la cuestión 11, que lo es al nivel P 0.05, al comparar el grupo de los niños no depresivos, con aquellos que se inclu-

yen dentro de los depresivos ligeros.

De la comparación del grupo 1 (no depresivos) con el resto de los grupos (moderados y severos) resultan diferencias significativas a mayor o menor nivel, excepto en los ítems 4 y 6 para las depresiones moderadas, y el 11 y 13 para las severas.

Después del análisis global de cada ítem y de estudiar la discriminación del grupo 1 (no depresivos) con el resto, se procedió al análisis de los restantes grupos dos a dos e ítem a ítem.

El análisis estadístico de éstos, nos ha proporcionado una serie de datos sobre la instauración y evolución de los síntomas. Así pudimos observar cómo unos pueden aparecer de forma precoz, y se matienen. (Estos síntomas aparecerían en la fase de depresión ligera, y no aumentarían de forma significativa). Otros, van aumentando paulatinamente, conforme avanza el grado de depresión, y otros suelen aparecer de forma tardía, coincidiendo con la severidad del cuadro depresivo.

Un ejemplo del primer apartado, lo encontramos en los dos ítems que inci-

FIGURA N° 5

Tengo mucha energía

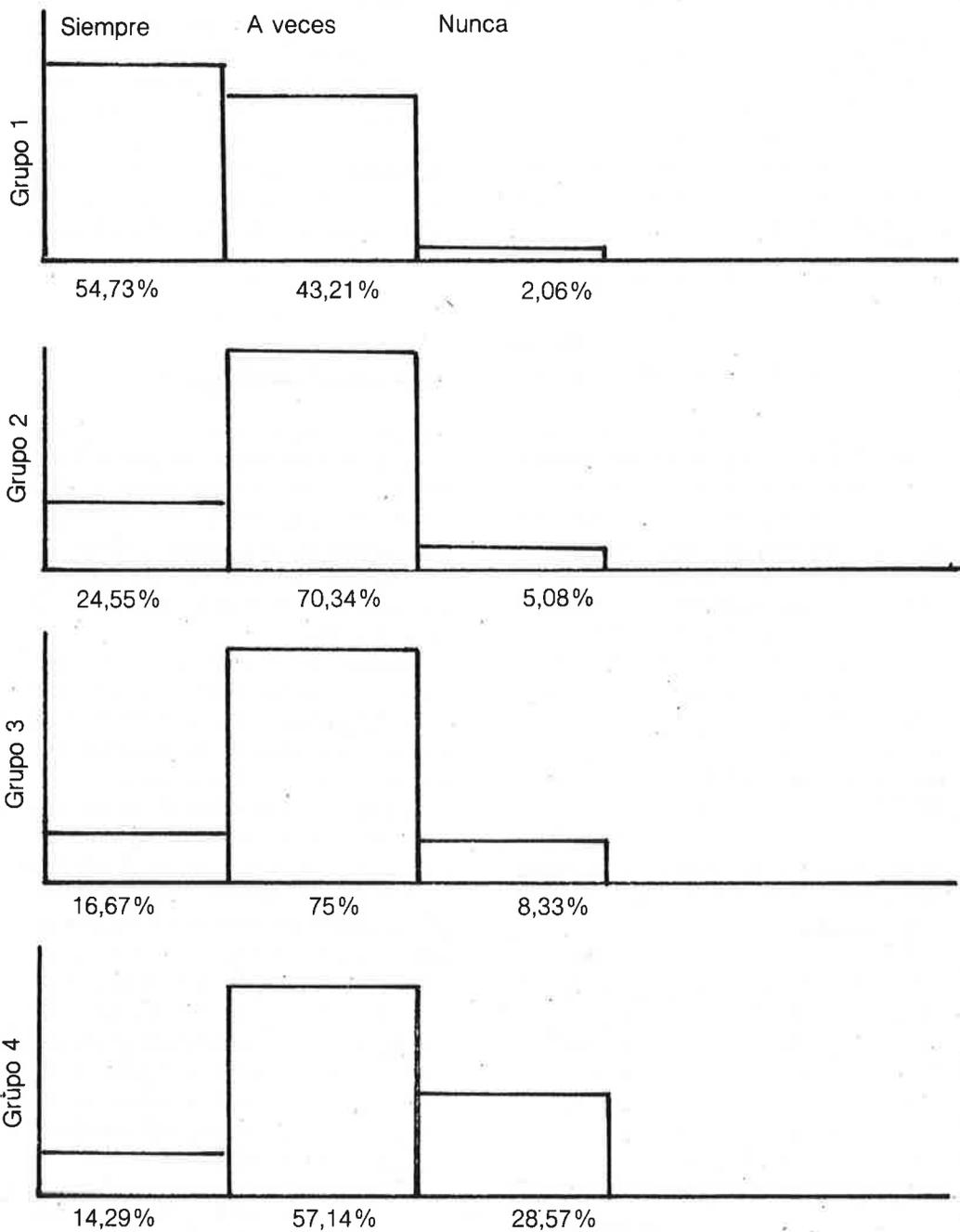


FIGURA N° 6

Me siento muy solo

Nunca	A veces	Siempre	
73,25%	24,69%	2,06%	
35,59%	58,47%	5,93%	
8,33%	79,17%	12,50%	
14,24%	14,29%	71,43%	
Grupo 4	Grupo 3	Grupo 2	Grupo 1

FIGURA N° 7

Me siento tan triste que apenas puedo soportarlo

Nunca	A veces	Siempre	
82,72%	16,05%	1,23%	
54,24%	38,98%	5,93%	
12,50%	62,50%	25%	
0%	57,14%	28,57%	
Grupo 4	Grupo 3	Grupo 2	Grupo 1

FIGURA N° 8

Me gusta salir a jugar

Siempre	A veces	Nunca	
68,31%	30,45%	1,23%	
50%	43,22%	6,78%	
58,33%	37,50%	4,17%	
0%	71,43%	28,57%	
Grupo 4	Grupo 3	Grupo 2	Grupo 1

den directamente sobre los trastornos del sueño (duermo bien y tengo pesadillas) y aquel que explora la pérdida de energía (Figura n.º 5). En éstos no encontramos diferencias significativas entre los distintos grados de depresión. Este hecho nos podría indicar que existen una serie de trastornos básicos primarios en el comienzo de la depresión, síntomas que se mantienen a lo largo de la evolución.

• La soledad (Figura n.º 6) y el aburrimiento (ítems 15 y 18), son el ejemplo más claro de los síntomas que aumentan de forma paulatina conforme avanza la depresión, ya que discriminan todos los grupos entre sí.

También incluimos en este grupo otros síntomas como la pérdida de ilusión (ítem 1), el llanto (ítem 3), no disfrutar como antes (ítem 12) y tristeza insoportable (Figura n.º 7) (ítem 17), que ya no discriminan entre las depresiones moderadas y severas. Con menor poder de discernimiento, pero siguiendo la línea de este grupo, nos encontramos con el ítem 5 (ganas de huir) y el 16 (se anima con facilidad).

• Existen otra serie de ítems que, aunque globalmente indican diferencias significativas con el grupo de los niños normales no se comportan tan claramente discriminativos, como son los ítems: 4, 6 y 8 (me gustaría salir a jugar —Figura n.º 8—, me entran dolores de barriga y disfruto comiendo). Estos suelen aparecer tardíamente y aún cuando no existe significación entre el grupo de niños normales y el grupo de depresivos moderados, sí existe entre los primeros y los depresivos ligeros y severos.

• La cuestión 11 (Hago las cosas bien), ha sido contestada negativamente en un alto porcentaje de sujetos no depresi-

vos, hecho que nos hace reducir sensiblemente el nivel de significación.

• Finalmente, hemos de aclarar que la pregunta «me gusta hablar con mi familia», no ha sido contestada negativamente con un máximo de puntuación, o sea la categoría nunca, por ninguno de los sujetos depresivos severos. Este hecho concuerda con los pacientes revisados en nuestro Servicio y diagnosticados clínicamente, aún cuando el 57% de ellos respondieron la categoría de «A veces», hecho que los diferencia de los del grupo normal debido a que éstos últimos alcanzaron muy baja puntuación en el ítem referido.

CONCLUSIONES

- 1.^a Hay que aceptar que la Escala para la Depresión de Birleson presenta un alto índice de validez por la relación tan significativa que establece con el C.D.I.
- 2.^a El baremo obtenido por nosotros, para el diagnóstico de depresión infantil en nuestro medio es de 12 puntos.
- 3.^a De forma correspondiente con el C.D.I., hemos distinguido cuatro grupos diagnósticos que nos marcan los distintos grados de depresión en la infancia.
- 4.^a Esta clasificación nos ha permitido discernir aquellos síntomas que suelen aparecer precozmente para luego mantenerse a lo largo de la evolución; aquellos otros que aumentan paulatinamente conforme aumenta el grado de depresión y finalmente los que suelen aparecer de forma tardía, coincidiendo éstos con la severidad del cuadro depresivo.

BIBLIOGRAFIA

- BECK AT.;WARD, CH. Y MENDELSON, M.: «An inventory for measuring depression». *Arch. Gen. Psychiatry*, 4:561-571 (1961).
- BIRLESON, P.: «The validity of depressive disorder in childhood and the development of a rating scale. A research report». *J. Child. Psychol. Psychiat.* Vol 22, 73-88 (1981).
- CARLSON, G. A. y CANTWELL, P.: «Unmasking masked depression in children and adolescents». *Am. J. Psychiatry*, n° 137 (1980).
- KOVACS, M.: «Rating scales to assess depression in school-age children». *Acta Paedopsychat.*, n° 46:305-316 (1981).
- KOVACS, M.: «Childrens depression inventory» (C.D.I.) University of Pittsburgh, unpublished manuscript (1978).
- KUPERMAN, S. y STEWART, M. A.: «The diagnosis of depression in children». *Journal of Affective Disorders*, 1, 213-217 (1979).
- HAMILTON, M.: «A rating scale for depression». *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.*, 23, 56-61 (1960).
- LANG, M. y TISHER, M.: «Children depression scale». The Australian Council for Educational Research Limited, Hawthorn, Victoria, Australia (1987).
- LEFKOWITZ, M. M. y TERINY, E.: «Assessment of Childhood depression». *J. Cons. CLin. Psychol.*, 48, 43-51 (1980).
- PTTI, T. A.: «Depression in hospitalised child psychiatry patients». *J. Am. Acad. Child Psychiat.*, 17, 49-59 (1978).
- PIAGET, J.: «The construction of reality in the child». Routledge and Kegan Paul, London (1954).
- RODRIGUEZ-SARISTAN, J. y NARBONA, J.: «Síndrome depresivo en grandes enfermos neurológicos infantiles». *Acta Pediátrica Española*. Vol. 40, n° 5 (1982).
- ZUNG, W. W. K.: «A self-rating depression scale». *Archs. Gen. Psychiat.*, 12, 63-70 (1965).

SINDROME DEPRESIVO Y RETRASO MENTAL

Antonio Fernández Moreno
Murcia.

Frente a la antigua idea de que la depresión sólo se daba en niños con inteligencia normal, varios autores han publicado casos de depresiones en niños Retrasados Mentales, entre ellos Rideau que en el año 1971 estudió la depresión en 300 deficientes entre 7 y 20 años de edad, con Cocientes intelectuales entre 23 y 55, encontrando 18 casos que cumplían los criterios diagnósticos de depresión de este autor.

Queremos aportar nuestra experiencia por los años dedicados a dirigir Centros de Deficientes en esta Región de Murcia, así como el Centro de Diagnóstico y Orientación Terapéutica.

Todos los casos estudiados por nosotros cumplen los criterios de diagnós-

tico de Rideau, los descritos por Ling, los síntomas cardinales de la depresión en el niño de edad escolar de Nissen, así como los índices o items de Hampstead para el diagnóstico de las depresiones en la infancia señaladas por Sandler y Joffe, como «Reacción Depresiva».

En un Centro de Retrasados Mentales Severos y Moderados, sobre 210 historias clínicas, encontramos 5 niños y 1 niña, todos en régimen de internado (casos del n.º 1 al 6 de las tablas) con trastornos depresivos, lo que supone un 2,8%.

De estos seis casos, diagnosticamos tres «Reacciones Depresivas» que cumplían los índices de Hampstead.

— Caso n.º 1: Existe un real abandono familiar. Padre alcohólico y madre esquizofrénica ingresada desde hace varios años en el Hospital Psiquiátrico «Román Alberca» de El Palmar (Murcia).

— Casos n.º 2 y 3: Con gran rechazo familiar.

Los tres niños se muestran tristes, retraídos, con poco interés para las cosas, aburridos, insatisfechos, se sienten rechazados, no aceptan ayuda y hay dificultad para mantener contacto con ellos.

Diagnosticamos de Síndrome depresivo reactivo. los tres casos restantes del mismo Centro.

— Caso n.º 4: El factor desencadenante fue el no marchar los fines de semana con sus familiares, cosa que venía haciendo desde su ingreso en el Centro hacía cuatro años.

— Caso n.º 5: Comienza el cuadro al reingresar en el Centro después de varios días de ingreso en la Ciudad Sanitaria por apendicectomía.

Y por último, en el caso n.º 6 el factor desencadenante fue pasar del régimen de mediapensión a internado, por problemas familiares.

Vemos en todos estos casos la necesidad de protección familiar tan fundamental para estos niños deficientes. Por ello exigíamos a los familiares de los niños ingresados en régimen de internado (por razones geográficas que impiden el desplazamiento diario) que los fines de semana los pasen en el medio familiar para evitar la pérdida de contacto.

En un Centro de Retrasados Mentales Ligeros, de 247 historias clínicas, encontramos ocho casos de trastornos depresivos, que suponen un 3,2% (casos n.º 7 al 12, más 16 y 17) todos en régimen de internado.

Todos estos casos los diagnosticamos de «Reacciones Depresivas» por cumplir los índices de Hampstead. Tenían un nivel socioeconómico muy bajo, con abandono y rechazo familiar, existiendo un factor muy importante a tener en cuenta, la conciencia de su deficiencia y sus limitaciones, que ellos mismos manifestaban por tener suficiente nivel intelectual.

— Caso n.º 7: Presentaba hemiplejía derecha como secuela de meningitis. Siempre triste, miedosa, aislada, con rechazo familiar.

— Casos n.º 8 y 9: Eran hermanas. Real abandono familiar por fallecimiento de la madre, padre alcohólico con varios ingresos en el Hospital Psiquiátrico. Un hermano retrasado mental. El resto de las hermanas no se ocupaban de ellas.

Las dos niñas siempre tristes, lloronas, miedosas, tímidas, poca relación con compañeras de su edad, prefiriendo las de menor edad del internado.

— Caso n.º 10: Niño rechazado por la familia, pocas visitas y salidas; con ptosis palpebral, tartamudez, triste, agresivo a veces, insomnio, masturbación, aislado.

— Caso n.º 11: Rechazo familiar muy manifiesto por no aceptar la deficiencia del niño. Presenta hemiplejía derecha y estrabismo.

Niño muy afectado por sus deficiencias se siente desgraciado, llorón, triste, con deseos de muerte, agresivo a veces, por lo que era rechazado por sus compañeros.

— Caso n.º 12: Padre fallecido. Madre esquizofrénica ingresada en Hospital Psiquiátrico. Hijo único. La abuela en raras ocasiones le visita. Niño muy serio, apático, agresivo, vengativo, rencoroso, por lo que es rechazado por sus compañeros.

— Caso n.º 16: Niña del Tribunal Tutelar de Menores por fallecimiento del padre y madre prostituta, que se interesa por la niña e incluso pretende viva con ella, que por supuesto no se autoriza.

Niña triste, aislada y rechazada por sus compañeras.

— Caso n.º 17: Padre silicótico fallecido. Madre retrasada mental. Abandono total.

Niño triste, aislado, tics, intervenido quirúrgicamente en tres ocasiones por osteomielitis.

En el Centro de Diagnóstico y Orientación Terapéutica de Murcia, últimamente hemos visto dos niños con retraso mental ligero y una niña con nivel límite, que diagnosticamos de Síndrome depresivo reactivo.

— Caso n.º 13: A raíz de una apendicectomía, se instaura el cuadro clínico, que señalamos en las distintas tablas.

— Caso n.º 14: El factor desencadenante del síndrome fue el fallecimiento de un primo del niño por inmersión.

— Caso n.º 15: Niña adolescente, con nivel intelectual límite, que por ma-

yores exigencias escolares al comenzar B.U.P. en un Instituto, después de haber cursado la Enseñanza General Básica en un Colegio más tolerante, sufre el síndrome depresivo reactivo.

La sintomatología detallada de todos estos casos, se expresa en las tablas que presentamos.

Según sexo coincidimos con Nissen en que el comportamiento de las niñas era pasivo-inhibido, mientras que en los niños destacaba su agresividad e irritabilidad.

Creemos es importante tener en cuenta la existencia de estos cuadros depresivos en niños Retrasados Mentales, que pueden pasar inadvertidos considerándolos como manifestaciones propias de su deficiencia mental, a los que podemos aliviar con tratamiento psicofarmacológico, psicoterapia de apoyo al niño y actuación sobre el ambiente familiar y social.

Autor: **Antonio Fernández Moreno**
Director del Centro de Diagnóstico y Orientación Terapéutica.
Murcia.

CRITERIOS DE DIAGNOSTICO DE RIDEAU

Número del caso	Inhibición motriz	Dismin. curso pensa.	Dismin. Comun. social	Tristeza ideas muerte	Anorexia	Regresión Enur. y encopresis	Ideas de inferioridad	Alter. comportamiento	Alter. sueño insomnio	Alter. psicosomat.
1	+	-	+	+	+	+	-	+	+	-
2	+	-	+	+	+	-	+	-	+	-
3	+	-	+	+	+	-	+	-	+	-
4	+	-	+	+	+	+	-	+	+	+
5	-	-	+	+	+	+	+	-	+	+
6	-	-	+	+	+	-	-	+	+	-
7	+	-	+	+	+	-	+	-	+	-
8	+	-	+	+	+	-	+	-	+	+
9	+	-	+	+	+	-	+	+	+	+
10	+	-	+	+	+	-	+	+	+	-
11	+	-	+	+	+	-	+	+	+	-
12	+	-	+	+	+	-	+	+	+	-
13	+	-	+	+	+	-	-	-	+	+
14	+	+	+	+	+	-	+	-	-	-
15	+	-	+	+	+	-	+	+	+	-
16	+	-	+	+	-	-	+	-	-	+
17	+	-	+	+	+	-	+	-	-	+

CRITERIOS DE DIAGNOSTICO DE LING

Número del caso	Cambio humor	Aislamiento	Mala escolaridad	Alt. del sueño	Agresividad	Autodesprecio	Apatía	Alt. somáticas	Fobia escolar	Pérdida peso anorexia
1	+	+	-	+	+	-	+	-	-	+
2	+	+	-	+	+	-	+	+	-	+
3	+	+	-	+	-	-	+	+	-	+
4	+	+	-	+	+	-	+	-	-	+
5	+	+	-	+	+	-	+	+	-	+
6	+	+	-	+	+	-	-	-	-	+
7	+	+	-	+	-	-	+	-	-	+
8	+	+	-	+	-	-	+	+	+	+
9	+	+	-	+	+	-	+	+	-	+
10	+	+	-	+	+	-	+	-	-	+
11	+	+	-	+	+	-	+	-	-	+
12	+	+	-	+	+	+	-	-	-	+
13	+	+	-	+	-	+	+	+	+	+
14	+	+	+	+	-	-	+	-	+	+
15	+	+	+	+	-	-	+	-	+	+
16	+	+	-	-	-	+	+	+	-	-
17	+	+	+	-	-	+	+	+	-	-

INDICES DE HAMSTEAD

Núm. del caso	Triste	Retraído	Descontento	Rechazado	No acepta ayuda	Insomnio	Autoerotismo	Mal contacto
1	+	+	+	+	-	+	-	+
2	+	+	+	+	-	+	-	+
3	+	+	+	+	-	+	-	+
7	+	+	+	+	+	+	+	+
8	+	+	+	+	-	+	-	+
9	+	+	+	+	+	+	-	+
10	+	+	+	+	-	+	+	+
11	+	+	+	+	+	+	-	+
12	+	+	+	+	+	+	+	+
16	+	+	+	+	-	+	-	+
17	+	+	+	+	-	+	-	+

CRITERIOS DE NISSEN

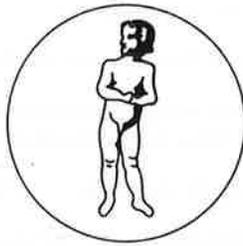
Núm. del caso	Cambios ánimo	Aislamiento	Onicofagia	Hipocondría	Inferioridad	Opresión
1	+	+	+	-	-	-
2	+	+	+	+	+	-
3	+	+	+	+	+	-
4	+	+	+	+	-	-
5	+	+	+	+	-	-
6	+	+	+	-	-	-
8	+	+	+	+	+	-
9	+	+	+	+	+	-
10	+	+	+	-	+	-
11	+	+	+	-	+	-
12	+	+	+	+	+	-
13	+	+	+	+	-	+
14	+	+	+	-	-	+
15	+	+	+	+	+	-
16	+	+	-	+	+	+
17	+	+	+	+	+	-

DATOS PERSONALES

Núm. del caso	Sexo	Edad	Grado R. mental	Otro diagnóstico
1	V.	11	Moderado	—
2	V.	11	Moderado	—
3	H.	10	Moderado	Little
4	V.	15	Moderado	S. Down
5	V.	9	Moderado	—
6	V.	7	Severo	—
7	H.	17	Ligero	Hemiplejía
8	H.	13	Ligero	—
9	H.	12	Ligero	—
10	V.	14	Ligero	Ptosis parpebral Tartamudez
11	V.	13	Límite	Hemiplejía
12	V.	12	Ligero	—
13	V.	13	Ligero	—
14	V.	14	Ligero	—
15	H.	15	Límite	—
16	H.	14	Ligero	—
17	V.	11	Ligero	Osteomielitis

BIBLIOGRAFIA

1. ADAMS, G. L.; KIVOWITZ, J.; ZISKIND, E. (1970): «Manic depressive psychosis, mental retardation and chromosomal rearrangement». *Arch. Gen. Psychiatry*, 23 (4): 305-309.
2. BERMAN, M. (1967): «Mental retardation and depression». *Ment. Retard.*, 5 (6): 19-21.
3. BERNSTEIN, Norman R. y RICE, Jack O. (1972): Walter E. Fernald State School, Weverly, Mass. «Psychiatric consultation in a school for the retarded». *American Journal of Mental Deficiency*, 76 (6), 718-725.
4. DUGAS, M. y MOUREN, M. C. (1980): *Les troubles de l'humeur l'enfant demoins de 13 ans*. Paris, PPresses Universitaires de France.
5. HEATON-WARD, A. (1977): «psychosis in Mental Handicap. The tenth Blake Marsh Lecture delivered before the Royal College of Psychiatrists». *Br. J. Psychiatry*, 130, 525-533.
6. JACOBS, R. (1970): «Aimend pharmacotherapy of depressions in mentally retarded children and juveniles». *Arzneim Forsch*, 21 (5), 607-609.
7. KANNER, L. (1966): *Psiquiatría Infantil*. Buenos Aires, Paidós.
8. LANG y DUCAMP (1068): «The place of nortriptyline in the treatment of children of a medicalpedagogical center». *Annales Medico-Psychologiques*, 2 (2), 285.
9. MICHEAUX, L. (1965): *Psiquiatría Infantil*. Barcelona, Luis Miracle.
10. REID, A. H. (1976): «Psychiatric disturbances in the mentally handicapped». *Proc. R. Soc. Med.*, 69 (7), 509-511.
11. REID, A. H. (1980): «Psychiatric disorders in mentally handicapped children: a clinical and follow-up study». *J. Ment. Defic. Res.*, 4: 287-298.
12. REVILL, M. G. (1972): «Symposium on the treatment of behavioural problems: IV. Manic depressive illness in retarded children». *British Journal of Mental Subnormality*, 18 (35) Pt. 2, 89-93.
13. ROURKE, P. G. y QUINLAN, D. M. (1973): «Psychological characteristics of problem children at the bordeline of mental retardation». *J. Consult. Clin. Psychol.*, 40 (1), 197-200.
14. VELILLA PICAZO, J. M.; MIRAVETE FUERTES, P. y BONALS PI, A. (1976): «Problemas de los niños débiles mentales en la escuela y la familia». *Archivos de Neurobiol.*, 39 (2), 121-142.



Las normas de publicación serán las reconocidas internacionalmente, y vienen detalladas a continuación:

- 1) Los originales para su publicación deberán enviarse a la secretaría de redacción.
- 2) Los originales se presentarán por duplicado, (original y copia) mecanografiados a doble espacio y con márgenes suficientes. Las hojas deben ir numeradas. En la primera página deben colocarse en el orden que se citan:
 - a) Título original
 - b) Inicial del nombre y apellidos del autor o autores
 - c) Nombre del Centro de trabajo y población
 - d) Fecha de envío
 - e) Dirección del primer firmante
- 3) Como norma general los trabajos deberán incluir una introducción en la que se explique el objeto del trabajo; una descripción del material utilizado y de la técnica y/o métodos seguidos; una exposición concisa de los resultados y una discusión o comentario de los mismos que pueden seguirse de unas conclusiones.

- 4) **Resumen:** se entregarán en una hoja a parte y tendrá una extensión de unas 200 palabras como máximo. A continuación se indicarán hasta un máximo de 5 palabras clave, de acuerdo con las normas de índices médicos de uso más frecuente, bajo las cuales el trabajo puede ser codificado.
- 5) **Extensión de los trabajos:** los trabajos para ser publicados como Casos Clínicos o Notas Breves tendrán una extensión máxima de 5 folios. En los artículos originales o en las revisiones no se aconseja extensión alguna.
- 6) **Fotografías:** el número de las mismas será el indispensable para la buena comprensión del texto. En su parte posterior se numerarán, indicando la parte superior con una fecha y se entregarán por separado en sobre adjunto. Los dibujos y gráficas deben hacerse con tinta china negra. Fotografías, dibujos y gráficas deben llevar una numeración correlativa conjunta, estarán debidamente citados en el texto y sus pies irán mecanografiados en hoja aparte.
- 7) **Tablas:** todas ellas deben estar numeradas independientemente con números romanos y contener el correspondiente título.
- 8) **Bibliografía:** las referencias bibliográficas se numerarán según el orden de aparición en el texto y se recogerán en hoja aparte al final del trabajo. Las citas deben ajustarse a las siguientes normas:
 - a) Apellidos e inicial del nombre de los autores
 - b) Título del trabajo en la lengua original
 - c) Abreviaturas de la revista según el patrón internacional
 - d) Número del volumen, página y año.
- 9) Las comunicaciones, mesas redondas, conferencias, etc. que se efectúen en las sesiones de Sociedad serán publicadas en forma resumida. Para ello, los autores deberán confeccionar un resumen no superior a 50 líneas que se entregará al finalizar la sesión o en su defecto se hará llegar a la Redacción de la Revista no más tarde de 7 días después de haber tenido lugar la Sesión. Los autores pueden presentar, además, sus aportaciones para ser publicadas en las otras Secciones de esta Revista, debiendo en este caso ceñirse a las normas que se indican para Sección correspondiente.
- 10) La Sección de Casos Clínicos y Notas Breves puede contener una o dos figuras y/o tablas y hasta 10 citas bibliográficas.
- 11) La Sección de actos societarios podrán contener notas relativas a artículos publicados con anterioridad o asuntos de interés general. En el primer caso podrá contener crítica científica o datos personales y la carta será enviada por la Redacción al autor del trabajo a fin de poder publicar simultáneamente la respuesta del mismo. La extensión de dichas cartas podrá ser de hasta 400 palabras, contener 3 ó 4 citas bibliográficas y, si se considera necesario, una figura o tabla corta.
- 12) **Números monográficos:** se podrá proponer por parte de los autores o del Comité de Redacción la confección de números monográficos. En todo caso, el Comité de Redacción y los autores estudiarán conjuntamente las características de los mismos.
- 13) La Secretaria de Redacción acusará recibo de los originales entregados e informará acerca de su aceptación y fecha de posible publicación.

REVISTA ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA INFANTIL

DATOS DE SUBSCRIPCIÓN

La REVISTA DE NEUROPSIQUIATRÍA INFANTIL es el órgano oficial de la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL y como tal se envía gratuitamente a todos los asociados.



BOLETIN DE ADHESION A LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIA-
TRIA INFANTO-JUVENIL

Nombre Domicilio

Ciudad País Profesión

Lugar de trabajo Año de licenciatura

Cuota anual: 8.000,- Ptas. - Forma de Pago: Banco

cta. número:.....



BOLETIN DE SUSCRIPCIÓN A LA REVISTA DE NEUROPSIQUIATRÍA
INFANTO-JUVENIL

Nombre Domicilio

Ciudad País Profesión

Lugar de Trabajo

Cuota anual: 4.000,- Ptas.

Forma de Pago: Banco

cta. número:

En caso de desear algún número suelto o atrasado de esta revista,
solicitarlo junto con talón nominal de Ptas. 2.500,-

Remitir al Secretario de la Asociación.

Dr. R. MARTINEZ FIGUERO

Rambla, 313, 2º, 2ª

TARRASA (Barcelona)



