



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

Exposición de los resultados generales obtenidos en esta investigación

A. Polaino-Lorente y E. Domènech Llaberia

Introducción

Los capítulos anteriores fundamentalmente han respondido a las necesidades de justificación de esta investigación. Esto quiere decir que a lo largo de ellos hemos establecido el marco teórico conceptual en el que los resultados de esta investigación se inscriben, así como todo lo referente a la definición de caso y a las cuestiones procedimentales, metodológicas y de muestreo, que por su relevancia, obviamente, ha de darse cuenta de ellas con anterioridad a la exposición de los resultados.

En este capítulo nos limitaremos, únicamente, a exponer los principales resultados generales obtenidos en esta investigación. Dada la magnitud de la muestra estudiada, la diversidad de los procedimientos utilizados y la pluralidad de las fuentes de información de que hemos hecho uso, parece lógico avisar al lector de lo que sigue: a continuación sólo se expondrán aquellos datos más generales —nucleares casi— que por su pertinencia e importancia son irrenunciables cuando se pretende, como aquí sucede, ofrecer una panorámica general de los resultados hallados.

No será necesario, pues, repetir en lo que sigue que un trabajo como éste —aunque sólo fuera por el número de variables intervinientes—, forzosamente ha de dejar muchos cabos sueltos, muchos «flecós» —algunos de los cuáles podrían ser incluso muy significativos, aunque de escasa monta respecto de la información general—, que en el futuro podrán constituir publicaciones muy puntuales y acaso incidentales, pero que en nada modificarán la información genérica contenida en este capítulo. Es posible que los artículos que tal

vez posteriormente vean la luz puedan tener una función matizadora de los resultados que a continuación se exponen, pero sin que la matización resultante de ello logre modificar la esencia de lo que aquí se comunica. Dicho de otra forma: esos artículos adicionales tendrán un grado de penetración mayor en cuestiones que tal vez pueden llegar a ser relevantes para el epidemiólogo especializado.

En los datos que a continuación se exponen hemos evitado la información redundante, por lo que nos hemos atendido sólo a mostrar los resultados obtenidos en función de la importancia e inteligibilidad que les hemos supuesto para el público en general.

El lector interesado en hacerse cargo más pormenorizadamente de cómo se han obtenido estos resultados o de su significación respecto de otras variables y condiciones, forzosamente habrá de leer los capítulos que preceden y siguen a éste, en que ahora nos ocupamos. Remitimos allí al lector interesado por estas cuestiones. No obstante, una exposición de los resultados más sistemática y detallada, en función de bloques temáticos diferenciales, puede encontrarla el lector en los capítulos 9, 10, 11 y 12 de esta publicación.

Sintetizamos a continuación, muy sucintamente, los resultados generales obtenidos en la presente investigación.

Muestra

La población objeto de nuestra investigación consistió en los niños de Madrid, Barcelona, Sevilla, Valencia, Gerona y La Coruña, escolariza-

TABLA 8.1
Descripción de la muestra, según población, edad y sexo (1.ª fase de la investigación)

Edad		Ciudad						Subtotal	Total
		Madrid	Barcelona	Sevilla	Valencia	Gerona	La Coruña		
8	V	3	5	1	3	0	1	13	20
	H	1	5	0	0	0	1	7	
9	V	376	385	352	481	299	348	2241	4352
	H	297	386	339	454	280	355	2111	
10	V	187	154	145	158	164	200	1008	1883
	H	146	147	148	155	116	163	875	
11 o más años	V	8	16	6	15	27	13	85	177
	H	12	22	2	19	19	18	92	
Subtotal	V	574	560	504	657	490	562	6432	6432
	H	456	560	489	628	415	537	6432	
Total		1030	1120	993	1285	905	1099	6432	6432

V: Varones; H: Hembras.

dos en centros públicos y privados, que durante el curso escolar 1985-86 estudiaban 4.º de E.G.B. Estos niños habían nacido en su mayoría el año 1976 y contaban con una edad comprendida entre los 8 y los 12 años, en el momento en que se llevó a cabo esta investigación (20 niños y niñas de 8 años de edad; 4352 de 9 años; 1883 de 10; y 177 de 11 o más años; confrontar tabla 8.1.). La distribución según el sexo aparece especificada en la Tabla 8.1., al igual que la distribución geográfica de los probandos de las seis submuestras estudiadas.

El número total de aulas estudiadas, de donde procedían los niños, fue de 213, distribuyéndose, según las submuestras, del siguiente modo: 35 aulas en Madrid, 36 en Barcelona, 32 en Sevilla, 36 en Valencia, 37 en Gerona y 37 en La Coruña.

La mortalidad epidemiológica de los sujetos estudiados (número de niños perdidos a lo largo de la investigación) fue de 38, lo que constituye aproximadamente el 0,6 %. Este indicador tan bajo contribuye a optimizar la significación y credibilidad de los datos obtenidos. Naturalmente, la obtención de una mortalidad tan baja no aconteció espontáneamente, sino que ha sido buscada a propósito por el equipo investigador, a pesar de que tal intento multiplicara con creces el esfuerzo que fue preciso realizar.

El estudio de la prevalencia en este trabajo (estudio epidemiológico en doble fase) exigió trabajar con otros instrumentos (véanse capítulos 6 y

7), empleándose para esa segunda fase una muestra, cuya composición y características se describen en la tabla 8.2.

Recuerde el lector que en la segunda fase de esta investigación se trató de verificar las niñas y los niños deprimidos a través de otros instrumentos de evaluación diferentes a los empleados en la primera fase, con el propósito de detectar los falsos positivos, los falsos negativos y hacer más consistentes y fiables los casos detectados durante la primera fase.

Prevalencia de la depresión infantil

Se recuerda que la prevalencia es probablemente el índice más frecuentemente utilizado en los estudios epidemiológicos y uno de los más importantes, puesto que contribuye a explicitar cuáles son las necesidades médicas, asistenciales y sociales para luchar contra una determinada enfermedad.

La prevalencia representa el número total de casos de una enfermedad en una determinada población y en un momento determinado, sin distinguir si esos casos son crónicos o aparecen en ese momento. La prevalencia se expresa siempre en forma de tasa. La tasa de prevalencia designa la proporción de casos existentes de una enfermedad en un determinado momento en la población general. La tasa de prevalencia se calcula di-

TABLA 8.2
Descripción de la muestra, según población, edad y sexo (2.ª fase de la investigación)

Edad		Ciudad						Subtotal	Total
		Madrid	Barcelona	Sevilla	Valencia	Gerona	La Coruña		
8	V	0	1	0	0	0	0	1	3
	H	0	2	0	0	0	0	2	
9	V	59	70	39	92	62	74	396	763
	H	55	68	53	68	58	65	367	
10	V	40	38	14	28	51	47	218	396
	H	32	24	20	27	36	39	178	
11 o más años	V	5	4	1	3	7	4	24	49
	H	3	4	0	5	9	4	25	
Subtotal		104	113	54	123	120	125	639	1211
		90	98	73	100	103	108	572	
Total		194	211	127	223	233	233	1211	

V: Varones; H: Hembras.

vidiendo la frecuencia de casos (número de sujetos que padecen la enfermedad en un momento dado), entre el número total de sujetos que componen la población general estudiada (número de individuos que configuran la población en ese momento). La tasa de prevalencia, como resultado de este quebrado se expresa siempre en tantos por ciento.

Los datos que a continuación se ofrecen se han obtenido en la presente investigación del siguiente modo: durante la primera fase se detectó la posible prevalencia de depresión en el universo de sujetos estudiado ($N = 6432$), mediante la aplicación de un cuestionario de depresión infantil (CDI). En este instrumento se estableció el punto de corte en 19. El punto de corte es aquella puntuación resultante tras la corrección del cuestionario, que se estima diferencia a los sujetos deprimidos de los no deprimidos. En nuestro caso los sujetos que puntuaron menos de 19 fueron considerados como posibles no deprimidos y los que puntuaron con 19 o más, fueron clasificados como potencialmente deprimidos. Para más información sobre el punto de corte, véase capítulo 6.

Otro obstáculo que encontramos y que fue necesario resolver fue el relativo a la sensibilidad y especificidad del cuestionario, ya que todo instrumento empleado en el despistaje debe poseer una buena validez interna y externa. Cuanto menor sea la sensibilidad de un instrumento, mayor

será el número de casos no identificados; cuanto más reducida sea la especificidad, mayor riesgo hay de segar los resultados que se obtengan. Los instrumentos más sensibles pero menos específicos incrementan los casos falsos positivos, al identificar a cualquier sujeto sospechoso, aunque pueden ser empleados en una primera fase de despistaje, si posteriormente se eliminan los casos falsos positivos, a través de otro instrumento más riguroso.

Por contra, los instrumentos más específicos, pero menos sensibles, incrementan los casos falsos negativos, lo que significa que no se identifican todos los casos, pero en cambio los casos apresados serán confirmados con bastante certeza por un diagnóstico más riguroso (Jenicek y Cleroux 1983, pág. 39). De hecho, los instrumentos con estas propiedades son los que suelen emplearse en las investigaciones epidemiológicas de tipo experimental (ensayos farmacológicos).

Tanto la sensibilidad como la especificidad del CDI fueron establecidas a través de una muestra clínica de niños depresivos y con otro tipo de alteraciones, que habían sido diagnosticados por psiquiatras infantiles, ajenos por completo al equipo investigador y que ignoraban los propósitos de nuestro trabajo.

Esta muestra clínica integró a 90 pacientes infantiles, hospitalizados y en régimen ambulatorio, que en función del diagnóstico se distribuyeron de la siguiente manera: 49 depresivos, 19 dis-

léxicos, 22 con trastornos de conducta y 28 con otros diagnósticos psiquiátricos no especificados.* El CDI se pasó también, para este mismo propósito, a un grupo control de 62 niños de la misma edad y análogas características a los niños de la muestra clínica.

La sensibilidad y especificidad del CDI para el punto de corte 19, así como los otros índices asociados al «screening» realizado, fueron los siguientes:

- Sensibilidad: 32,5 %.
- Especificidad: 94,3 %.
- Mal clasificados: 5,6 %.
- Valor predictivo positivo: 9,2 %.
- Valor predictivo negativo: 98,7 %.

Los valores obtenidos de sensibilidad y especificidad son coherentes con el elevado valor del punto de corte elegido, lo que no afecta en absoluto para la estimación de las tasas de prevalencia que han resultado en esta investigación.

En una segunda fase se eligió una muestra constituida por los 471 niños cuya puntuación en el CDI era igual o superior a 19 (sujetos posiblemente depresivos obtenidos en la primera fase, según el instrumento empleado) y otra muestra aleatoriamente constituida por 740 niños cuyas puntuaciones en el CDI habían sido inferior a 19. La magnitud de esta segunda submuestra se estableció de manera que fuese casi el doble del número de sujetos calificados como potencialmente depresivos en la primera fase.

En esta segunda fase se evaluó la totalidad de los sujetos que acabamos de describir (N = 1211) con un conjunto de instrumentos que se describen pormenorizadamente en el capítulo 6.

En función de los resultados obtenidos en esta segunda fase y del concepto operacional de caso previamente establecido (es decir, lo que entendemos por sujeto deprimido en este estudio epidemiológico), descrito en otro lugar de esta publicación (véase capítulo 5), obtuvimos los siguientes resultados (véase Tabla 8.3):

- Tasa de prevalencia para la depresión mayor en la población estudiada: 1,8 %.
- Tasa de prevalencia para el trastorno distímico en la población estudiada: 6,4 %.

* Esta muestra clínica la obtuvimos gracias a la colaboración desinteresada de psiquiatras de Madrid, Barcelona, Valencia y Sevilla, a los que agradecemos su apoyo en este trabajo, especialmente al Dr. A. Díez Cuerdo y a su colaborador J. L. Portellano, a la Dra. J. Júdez Fageda y al Dr. J. Toro Trallero.

— Tasa de prevalencia de enfermedad depresiva, sin distinción diagnóstica alguna, en la población general estudiada: 8,2 %.

Como se recordará (véase capítulo 5), el concepto nosológico aquí empleado de trastorno distímico es sólo aproximativo, puesto que en él se satisfacen todos los criterios exigidos por el DSM-III, a excepción del de la duración sintomatológica, criterio que se establece para el trastorno distímico en un año de duración para esta edad. Obviamente, al ser un estudio epidemiológico descriptivo y puntual (identificación de niños deprimidos en un momento determinado), la estimación de la duración de los trastornos sintomatológicos, no puede tener en cuenta en función de las exigencias del diseño.

La observación atenta de la Tabla 8.3 permite concluir que hay una discreta variabilidad en la tasa de prevalencia de depresión mayor, entre las diversas submuestras que integran el universo estudiado. Concretamente, la población sevillana es la que arroja una tasa mayor (3,5 %), seguida de la población coruñesa (2,7 %). Los autores no encuentran una explicación fácil para esta mayor tasa de prevalencia de depresión mayor encontrada en las poblaciones aludidas, sobre todo si se comparan las poblaciones sevillana y valenciana que han arrojado los valores más extremos, según este indicador (3,7 % y 0,9 %, respectivamente).

Por contra, es congruente con los resultados esperados la similitud entre las tasas de prevalencia obtenidas en las poblaciones madrileña y barcelonesa (2,1 % y 1,9 %, respectivamente), poblaciones que tan análogas son en número de habitantes y estilos de vida, hasta el punto de poderse hablar de cierta homogeneidad en los contextos ambientales que caracterizan a ambas.

Menores discrepancias hemos obtenido en la tasa de prevalencia de las diferentes submuestras respecto del trastorno distímico. En orden decreciente las tasas aquí obtenidas se ordenan como sigue: La Coruña (7,6 %), Barcelona (7,0 %), Sevilla (6,9 %), Gerona (6,4 %), Madrid (4,8 %) y Valencia (4,7 %).

Si comparamos estas submuestras de dos en dos, en función de sus similitudes, las diferencias entre Barcelona y Madrid no resultan demasiado excesivas (4,8 % y 7,0 %), sobre todo si tenemos en cuenta la tasa de prevalencia en ambas poblaciones de depresión mayor (2,1 % y 1,9 %, respectivamente). Es posible ofrecer como justificación de estos datos que la mayor prevalencia

TABLA 8.3
Tasas de prevalencia del síndrome depresivo, por submuestras

Trastorno	Ciudad						Total
	Madrid	Barcelona	Sevilla	Valencia	Gerona	La Coruña	
Depresión Mayor (DM)	2,1 % (1,3 ÷ 3,2)	1,9 % (1,2 ÷ 2,9)	3,5 % (2,5 ÷ 4,9)	0,9 % (0,4 ÷ 1,6)	1,1 % (0,5 ÷ 2,0)	2,7 % (1,8 ÷ 3,9)	1,8 % (1,5 ÷ 2,1)
Trastorno Distímico (TD)	4,8 % (3,6 ÷ 6,4)	7,0 % (5,5 ÷ 8,7)	6,9 % (5,4 ÷ 8,8)	4,7 % (3,8 ÷ 5,6)	6,4 % (5,0 ÷ 8,4)	7,6 % (6,0 ÷ 9,5)	6,4 % (5,8 ÷ 7,1)

Entre paréntesis se indican los intervalos de confianza del 95 %.

encontrada de depresión mayor en Madrid frente a Barcelona, está compensada por la mayor prevalencia de trastornos distímicos en Barcelona que en Madrid.

La anterior justificación no es pertinente para explicar lo que acontece, al comparar las tasas de prevalencia en depresión mayor y trastornos distímicos, en las poblaciones sevillana y valenciana.

Decididamente las tasas de prevalencia para ambas formas clínicas es muy superior en la población sevillana que en la valenciana. No obstante, la discrepancia entre ambas poblaciones decrece significativamente, en lo que respecta al trastorno distímico.

Pero volvamos un momento sobre los datos obtenidos en la totalidad de la muestra. Comunicamos líneas atrás que la tasa de prevalencia de depresión mayor en el universo estudiado (todas las submuestras incluidas) era del 1,8 %, mientras que la tasa de prevalencia para el trastorno distímico era del 6,4 %. Ambas tasas tienen un rango de variabilidad, que en el caso de la depresión mayor va del 1,5 % al 2,1 %, y es el caso del trastorno distímico del 5,8 % al 7,1 %, en función del volumen de las submuestras estudiadas y de los posibles errores de muestreo, siendo probablemente las tasas estimadas que más fiablemente manifiestan los resultados encontrados, las que anteriormente hemos comunicado de 1,8 % para la depresión mayor y de 6,4 % para el trastorno distímico, como se expresa en la Tabla 8.4.

Hasta aquí los resultados terminales encontrados, en función del diagnóstico que anteriormente se estableció, según la definición de caso formulada en el capítulo 5.

En la tabla 8.4 aparece en la celdilla superior de la derecha el etiquetado «diagnóstico 2». Con este término queremos designar otro criterio diag-

nóstico adicional que, a título tentativo diseñamos —para contrastar la robustez de los resultados obtenidos, según el criterio diagnóstico de la definición de caso—, consistente en la confirmación sintomatológica obtenida en la CDRS-R, a través de los resultados hallados en la ESDM (maestros) y en la CBC (padres). Según este criterio del «diagnóstico 2», la tasa de prevalencia de depresión mayor descende a 0,6 % y la de trastorno distímico a 3,0 %. En el primer caso, la tasa de prevalencia obtenida con el «diagnóstico 2» es justo la tercera parte de la tasa obtenida con nuestro criterio diagnóstico operacional; en el caso del trastorno distímico, la tasa de prevalencia obtenida con el «diagnóstico 2» es justo la mitad de la hallada con nuestro criterio diagnóstico operacional.

La comparación entre las tasas de prevalencia obtenidas con uno y otro criterio («diagnóstico 2» y «diagnóstico según definición de caso») robustece y confirma, de una vez por todas, la ade-

TABLA 8.4
Tasas de prevalencia del síndrome depresivo
(todas las submuestras incluidas)

Trastorno	Diagnóstico, según la definición de caso	Diagnóstico 2
Depresión Mayor (TD)	1,8 % (1,5 ÷ 2,1)	0,6 % (0,4 ÷ 0,8)
Trastorno Distímico (DM)	6,4 % (5,8 ÷ 7,1)	3,0 % (2,6 ÷ 3,4)

Entre paréntesis se indican los intervalos de confianza del 95 %.

cuación y pertinencia del criterio diagnóstico operacional que establecimos al definir el caso.

Varias son las razones que podemos aducir como justificación de la grave afirmación anterior.

En primer lugar, el hecho de que los datos obtenidos con nuestro diagnóstico operacional sean muy similares a los hallados por otros investigadores de mucha credibilidad y rigor metodológico en el estudio epidemiológico de la depresión infantil (véase cap. 2).

En segundo lugar, por la metodología estrictamente utilizada para establecer el criterio que hemos dado en denominar «diagnóstico 2». En efecto, si los resultados obtenidos en el «diagnóstico 2» establecen la presencia de depresión, sólo cuando se satisfacen las puntuaciones obtenidas en tres instrumentos diferentes (CDRS-R, ESDM y CBC), es lógico pensar que disminuya mucho —como en efecto sucede— la tasa de prevalencia de enfermedad depresiva. Los resultados no podían ser de otra forma, ya que al menos dos de los tres instrumentos utilizados para la evaluación diagnóstica tenían que ser coincidentes en la identificación y apresamiento de cada niño depresivo, cuando esos mismos instrumentos variaban mucho en formato, diseño, tematización sintomatológica, etc.

Por último, en tercer lugar, porque lo que hemos dado en denominar «diagnóstico 2» constituye un criterio diagnóstico excesivamente «duro», cuya aplicación no es pertinente ni para la investigación epidemiológica, ni para la investigación clínica. Quiere esto decir que los criterios que deben satisfacerse para diagnosticar como depresivo a un niño, según el «diagnóstico 2» —presencia sintomatológica coincidente en dos instrumentos diferentes—, no tienen validez social, no tienen validez epidemiológica y tampoco tienen

validez clínica. En síntesis, los criterios con los que hemos construido el «diagnóstico 2», este equipo investigador no sólo no los aconseja, sino que los desaconseja expresamente en este tipo de investigaciones.

En consecuencia, el presente equipo investigador aconseja el criterio diagnóstico que estableció mediante la definición de caso, dada la bondad resultante que ha demostrado tener en la presente investigación.

La comparación de las tasas de prevalencia entre Gerona y La Coruña es sensiblemente similar, en lo que se refiere al trastorno distímico (6,4 % y 7,6 %, respectivamente), pero se distancian significativamente entre sí, respecto de la depresión mayor (1,1 % y 2,7 %, respectivamente). En síntesis, hay que concluir que en la población coruñesa hay globalmente más trastornos depresivos que en la población gerundense.

En un intento de apurar la explicación de estos resultados, hemos estudiado las tasas de prevalencia de depresión mayor y trastorno distímico en ambas poblaciones, distinguiendo en cada una de ellas dos submuestras, en función de que los probandos pertenezcan al ámbito rural o urbano, tal y como se recoge en la Tabla 8.5.

Según se observa en la Tabla 8.5, la tasa de prevalencia de depresión mayor es mucho mayor (de aproximadamente el doble de la población urbana coruñesa que en la urbana gerundense. No obstante, en ambas poblaciones rurales la tasa de prevalencia de depresión mayor es coincidente: 0 %). Este último resultado probablemente se deba a que las submuestras rurales estudiadas de ambas poblaciones son muy poco extensas: en la población gerundense, una submuestra rural de 154 niños, frente a una submuestra urbana de 751; en la población coruñesa una submuestra rural de

TABLA 8.5
Tasas de prevalencia del síndrome depresivo, según medio urbano o rural

Trastorno	Gerona		La Coruña	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural
Depresión Mayor (DM)	1,5 % (0,8 ÷ 2,7)	0 % (0 ÷ 2,0)	3,2 % (2,2 ÷ 4,6)	0 % (0 ÷ 2,4)
Trastorno Distímico (TD)	5,7 % (4,1 ÷ 7,8)	8,9 % (4,7 ÷ 15,2)	7,5 % (5,9 ÷ 9,5)	7,9 % (3,8 ÷ 14,5)

Entre paréntesis se indican los intervalos de confianza del 95 %.

TABLA 8.6
Relación entre edad y padecimiento de depresión mayor o trastorno distímico

Edad	No depresivos (ND)	Trastorno Distímico (TD)	Depresión Mayor (DM)	Total
8-10 años	889 (84,8 %)	120 (11,4 %)	40 (3,8 %)	1049
11 o más años	27 (62,8 %)	11 (25,6 %)	5 (11,6 %)	43
Total	916	131	45	1092

$$\chi^2 = 15,38 \text{ (} P = 0,0005\text{)}.$$

131 niños, frente a una submuestra urbana de 968.

La comparación entre las tasas de prevalencia de ambas poblaciones, respecto del trastorno distímico, resulta más equilibrada, siendo mínimas las diferencias encontradas en los resultados obtenidos. En concreto, frente al 5,7 % de trastornos distímicos obtenido en la población urbana gerundense, encontramos un 7,5 % en la población urbana coruñesa; de otra parte, frente al 8,9 % encontrado en la submuestra rural gerundense, hallamos un 7,9 % en la submuestra rural coruñesa.

En definitiva, lo que más diferencia a una y otras población es la tasa de prevalencia de depresión mayor, lo que tentativamente podría justificarse apelando a factores biológicos diferenciales entre ambas poblaciones. Independientemente de cual sea el alcance de la anterior hipótesis explicativa ofrecida, hay que concluir que damos por buenos los resultados obtenidos en ambas poblaciones.

La relación entre edad y padecimiento de depresión mayor o trastorno distímico aparece en la Tabla 8.6.

Se han agrupado los niños en dos bloques, de 8 a 10 años y de 11 o más años. Obviamente, hay una enorme desproporción numérica entre estos dos bloques de edad. En los niños de 11 o más años de edad, la tasa de trastorno distímico y depresión mayor es significativamente mayor ($\chi^2 = 15,38$; $P = 0,0005$), que en el otro grupo de edad. No obstante, dada la diferencia cuantitativa de la composición de los grupos, debe matizarse la significación estadística de los resultados hallados. Acaso la hipótesis que tal vez tenga mayor alcance explicativo respecto de estos resultados sea la siguiente: los niños de más edad (11

o más años) constituyen una subpoblación numéricamente poco importante, frente a la subpoblación de 8 a 10 años (45 frente a 1049) y muy probablemente esté integrada por niños y niñas que han repetido curso, con frecuentes fracasos escolares, etc., lo que justifica el que estudien 4.º de E.G.B., a pesar de ser de más edad que la que suele ser común entre los escolares que estudian ese curso.

Esto significa que sería impropio concluir que a mayor edad, mayor incidencia de depresión.

Los anteriores resultados no deben considerarse como definitivos hasta que no sean coincidentes con una frecuencia similar obtenida en una población de la misma edad —11 o más años de edad—, más numerosa, y que estudiase a alumnos del curso escolar que por su edad les corresponde, es decir, que estudiaran 5.º o 6.º de E.G.B. Hasta tanto esto no se demuestre y verifique, no pueden generalizarse los resultados aquí

TABLA 8.7
Relación entre depresión y sexo

Sexo	Trastorno		Total
	ND	TD + DM	
V	500 (85,9 %)	82 (14,1 %)	582
H	417 (81,6 %)	94 (18,4 %)	511
Total	917	176	1093

$$\chi^2 = 3,73 \text{ (} P = 0,06\text{)}.$$

Entre paréntesis la frecuencia expresada en %.

V = Varones; H = Hembras; ND = No depresivos;

TD = Trastorno distímico; DM = Depresión mayor.

obtenidos, por ser muy parciales y afectar a una submuestra relativamente excepcional y sesgada.

El padecimiento de depresión, en función del sexo, se muestra en la Tabla 8.7.

Según los datos obtenidos hay diferencias casi significativas ($\chi^2 = 3,73$, $P = 0,06$) entre los niños y las niñas y el padecimiento de depresión. Frente al 14,1 % de niños calificados como depresivos, encontramos el 18,4 % de niñas depresivas. Esta cuestión es acaso uno de los nudos gordianos en el ámbito de las depresiones infantiles. Líneas atrás se ha atendido a esta cuestión pormenorizadamente (véase capítulo 2). En modo alguno puede afirmarse que la tasa de depresión es mayor en las niñas que en los niños. Una revisión de la bibliografía disponible sobre esta cuestión muestra suficientes datos en las diferentes investigaciones que o bien apoyan la mayor tasa en las niñas que en los niños, o bien fundamenta una tasa similar en ambos grupos. Por otra parte, si se compara la tasa de depresión en los adultos, respecto de los niños, la cuestión se nos presenta de forma todavía más enigmática, ya que en los adultos —los resultados son concordantes entre casi todos los investigadores—, la tasa de prevalencia es de alrededor del doble en la mujer que en el varón.

Los datos aquí obtenidos tampoco contribuyen a resolver esta cuestión problemática, a pesar de la casi identidad del tamaño de los grupos estudiados de niños y niñas (582 y 511, respectivamente).

Una hipótesis explicativa de los resultados hallados puede establecerse cuando estudiamos, según el sexo, el diagnóstico diferencial entre las dos formas clínicas de depresión, que hemos distinguido: trastorno distímico y depresión mayor (véase Tabla 8.8).

En la Tabla 8.8 puede observarse que hay diferencias casi significativas ($\chi^2 = 5,69$, $P = 0,0582$) entre el padecimiento de trastorno distímico y depresión mayor. Curiosamente, en el diagnóstico de depresión mayor apenas hay diferencias entre niños y niñas (4,3 % y 3,9 %, respectivamente). Por contra, en la categoría nosológica de trastorno distímico aparece una robusta diferencia entre niños y niñas (9,8 % y 14,5 %, respectivamente). Es posible, según estos datos, que las discrepancias en los resultados comunicados sobre este particular, por la mayor parte de estos investigadores, puedan explicarse distinguiendo y diferenciando el diagnóstico de depresión en las diversas formas clínicas que lo inte-

TABLA 8.8
Relación entre trastorno distímico, depresión mayor y sexo

Sexo	Trastorno			Total
	ND	TD	DM	
V	500 (85,9 %)	57 (9,8 %)	25 (4,3 %)	582
H	417 (81,6 %)	74 (14,5 %)	20 (3,9 %)	511
Total	917	131	45	1093

$$\chi^2 = 5,69 \quad (P = 0,0582).$$

V = Varones; H = Hembras; ND = No depresivos; TD = Trastorno distímico; DM = Depresión mayor.

Entre paréntesis la frecuencia expresada en %.

gran. Según nuestros resultados, la relativa mayor frecuencia de depresiones en las niñas que en los niños, incidiría únicamente en el trastorno distímico. Ahora bien, como es sabido, el trastorno distímico es una entidad nosológica más «blanda» y menos dependiente del correlato biológico que la depresión mayor. Dicho en otras palabras: es posible que la mayor frecuencia de los trastornos distímicos en las niñas que en los niños sea debido a factores socioculturales y educativos que modelan comportamientos y estilos de vida más próximos —en frecuencia de uso y en significación— a lo que posteriormente se formalizará como criterios sintomáticos. Si esto fuese así, habría que concluir que la mayor frecuencia de trastorno distímico en las niñas que en los niños, traduciría lo que más tarde sucederá en la vida adulta respecto de la mayor incidencia de depresión en la mujer que en el varón. Es decir, que existe cier-

TABLA 8.9
Tasa de prevalencia de depresión mayor o trastorno distímico, en función del sexo

Trastorno	Sexo	
	Niños	Niñas
Depresión Mayor	2,1 % (1,6 ÷ 2,6)	1,4 % (1,0 ÷ 1,9)
Trastorno Distímico	5,7 % (4,9 ÷ 6,6)	7,3 % (6,4 ÷ 8,3)

Entre paréntesis se indican los intervalos de confianza del 95 %.

ta probabilidad —aunque los autores de esta publicación tienen muchas dudas sobre la validez de estas hipótesis explicativas, prácticamente conjeturales, expuestas líneas atrás—, de que la mayor incidencia real de depresión en la mujer adulta que en el varón sea tributaria de modelos de aprendizaje y de condicionamientos psicoeducativos fuertemente implantados en la temprana infancia y con firmeza sostenida su amplia circulación en nuestra actual cultura.

Las afirmaciones anteriores se confirman cuando se comparan las tasas de prevalencia de depresión mayor y de trastorno distímico, según el sexo, tal y como se manifiesta en la Tabla 8.9.

Depresión y familia

Los trastornos depresivos infantiles suelen vincularse, por el hombre de la calle, con los conflictos familiares. Aunque esta atribución —muy bien implantada socialmente— no está del todo fundamentada en datos empíricos, no obstante, tiene una cierta verosimilitud. De un lado, la experiencia común pone de manifiesto que cuando el ambiente familiar es conflictivo aparecen casi siempre trastornos, de uno u otro signo, en los hijos más pequeños. De otro, el aumento de incidencia de trastornos familiares en la sociedad actual —separaciones conyugales, divorcio, «broken home», etc.— ha sido señalado por la mayor parte de los psiquiatras infantiles y psicólogos, como factores relevantes que aumentan el riesgo psicopatológico en esta etapa de la vida.

Nada de particular tiene que en nuestra investigación hayamos abordado la incidencia de variables familiares, como las anteriormente aludidas, y la frecuencia de depresión infantil. En cierto modo el ambiente familiar constituye la *oukia* natural dónde el niño realiza su vida, ámbito que hace de caja de resonancia, donde cualquier incidente o conflicto familiar resuena, se acrece y magnifica.

En la tabla 8.10 se expone la frecuencia de síntomas depresivos (trastorno distímico y depresión mayor, indistintamente considerados), en función de que el niño viva con sus padres o no viva con ellos (por separación, muerte de uno de los progenitores u otras causas no identificadas).

La observación de la Tabla 8.10 pone de manifiesto una mayor frecuencia de síndromes depresivos en los niños que viven separados de sus padres por causas no identificadas (50,0 %), seguidos de los niños que no viven con sus padres, a causa de la separación conyugal (34,4 %). Entre los niños que viven con sus padres, la frecuencia hallada es del 15,4 %, muy superior a la encontrada entre los niños que no conviven con alguno de sus padres por haber muerto (8,3 %).

Según esto, puede concluirse que, efectivamente, la separación conyugal es un factor significativamente implantado con la aparición de síndromes depresivos en la infancia ($\chi^2 = 8,29$, $P = 0,005$).

En la Tabla 8.10 se ha estudiado únicamente el nivel de significación entre los niños depresivos que viven con sus padres y los niños depresivos afectados por la separación conyugal. No se

TABLA 8.10
Relación entre depresión y ambiente familiar

Situación familiar	Trastorno		Total
	ND	TD + DM	
Vive con sus padres	883 (84,6 %)	161 (15,4 %)	1044
No vive con ellos, a causa de la separación	21 (65,6 %)	11 (34,4 %)	32
No vive con ellos, a causa del fallecimiento	11 (91,7 %)	1 (8,3 %)	12
No vive con ellos, por otras causas no especificadas	3 (50,0 %)	3 (50,0 %)	6

$$\chi^2 = 8,29 \quad (P = 0,005)$$

ND = No depresivos; TD = Trastorno distímico; DM = Depresión mayor.
Entre paréntesis la frecuencia expresada en %.

TABLA 8.11
Depresión y muerte de algún familiar

Muerte de algún familiar	Trastorno		Total
	ND	TD + DM	
Sí	75 (81,5 %)	17 (18,5 %)	92
No	488 (87,3 %)	71 (12,7 %)	559
Total	563	88	651

$\chi^2 = 2,26$ (n.s.).

Entre paréntesis la frecuencia expresada en %.

ND = No depresivos; TD = Trastorno distímico;

DM = Depresión mayor.

TABLA 8.12
Depresión y convivencia ocasional con algún familiar enfermo

Enfermos hogar	Trastorno		Total
	ND	TD + DM	
Sí	40 (83,3 %)	8 (16,7 %)	48
No	536 (86,7 %)	82 (13,3 %)	618
Total	576	90	666

$\chi^2 = 0,44$ (n.s.).

Entre paréntesis la frecuencia expresada en %.

ND = No depresivos; TD = Trastorno distímico;

DM = Depresión mayor.

TABLA 8.13
Depresión y convivencia con algún familiar crónicamente enfermo

Enfermedad crónica	Trastorno		Total
	ND	TD + DM	
Sí	26 (78,8 %)	7 (21,2 %)	33
No	558 (86,8 %)	85 (13,2 %)	643
Total	584	92	676

$\chi^2 = 1,71$ (n.s.).

Entre paréntesis la frecuencia expresada en %.

ND = No depresivos; TD = Trastorno distímico;

DM = Depresión mayor.

ha calculado en las otras dos categorías (ausencia de convivencia con los padres por muerte y por otras causas no especificadas) por constituir muestras de población de un tamaño muy pequeño, casi irrelevante.

La profesión de los padres y la frecuencia de depresión en los hijos ha sido también estudiada en nuestra muestra, no siendo en absoluto significativa. Tanto el nivel de profesión del padre ($F = 0,30$, no significativo), como el de la madre ($F = 1,00$, no significativo), al igual que el índice de posición social de los progenitores ($F = 0,97$, no significativo), no resultaron significativos.

El nivel de escolarización y los estudios realizados por el padre, en cambio, sí que resultaron significativos ($F = 3,18$, $P = 0,042$). De hecho, las diferencias de las medias en estas puntuaciones, entre los padres de los niños no depresivos y de los niños con trastorno distímico ($\bar{X}_{ND} = 4,64$ y $\bar{X}_{DM} = 5,26$), sí que fueron significativas ($P = 0,0004$). Paradójicamente, la diferencia entre las medias de los padres de niños no depresivos y de los padres de los niños con depresión mayor ($\bar{X}_{ND} = 4,64$ y $\bar{X}_{DM} = 4,54$, respectivamente) no fueron significativas. Algo análogo sucedió respecto de los estudios y nivel académico de las madres ($F = 1,29$, no significativo).

El número de hermanos sí que parece influir en la mayor o menor frecuencia de enfermedad depresiva en la infancia. Efectivamente, las diferencias entre las medias del número de hermanos, entre los niños no depresivos y los niños con depresión mayor ($\bar{X}_{ND} = 2,64$ y $\bar{X}_{DM} = 3,19$, respectivamente), sí que fueron significativas ($P = 0,014$). Por contra, no fueron significativas las diferencias entre las medias del número de hermanos de niños no deprimidos y de niños con trastorno distímico ($\bar{X}_{ND} = 2,64$ y $\bar{X}_{TD} = 2,80$, respectivamente).

Un análisis más puntual y detallado reveló que la muerte de un familiar no parece afectar a la frecuencia del síndrome depresivo infantil (trastorno distímico y depresión mayor, asociados), tal y como se muestra en la Tabla 8.11.

A pesar de no ser significativas las diferencias halladas ($\chi^2 = 2,26$, no significativa), no obstante, se encontró una mayor frecuencia de síndrome depresivo entre los niños que habían perdido a algún familiar (18,5 %), que entre los niños que no habían perdido a ninguno (12,7 %).

Las Tablas 8.12 y 8.13 recogen, respectivamente, la frecuencia de síndromes depresivos infan-

tiles, en función de que los niños convivan en el hogar, ocasional o crónicamente, con algún familiar enfermo. Tanto en el primer caso, como en el segundo, las diferencias halladas no fueron significativas ($\chi^2 = 0,44$ y $\chi^2 = 1,71$, no significativas, respectivamente).

Depresión y escuela

Las relaciones entre las depresiones infantiles y las variables escolares es casi un tópico en este tipo de investigaciones. Hay coincidencia entre numerosos autores en señalar —como consecuencia, probablemente, de la intuición y de la experiencia clínica— que depresiones infantiles y rendimiento escolar están fuertemente vinculados. Sin embargo, estas implicaciones recíprocas, por el momento, no han sido suficientemente explicitadas y, por consiguiente, la coincidencia en la intuición se mantiene, simultáneamente que también se mantienen las discrepancias resultantes en las diversas explicaciones ofrecidas.

Es posible que la depresión preceda a muchos fracasos escolares en la población infantil, pero es igualmente posible que muchos fracasos escolares —sobre todo, cuando son reiterativos— acaben por contribuir, como hipotéticos factores causales, a que emerja un cuadro distímico o una depresión mayor.

En los datos obtenidos en la presente investigación, que a continuación se exponen, el lector encontrará algunos intentos explicativos de estas certísimas, pero no por ello menos veladas interacciones entre depresión y variables escolares. Lógicamente, al equipo investigador le hubiese gustado ofrecer unas conclusiones más consistentes, de manera que dichas interacciones apareciesen más transparentes. Pero el atemimiento riguroso a los datos obtenidos —condición *sine qua non* de este tipo de investigaciones—, acaso dificulte el esclarecimiento de este objetivo. No obstante, el lector juzgará acerca de lo afortunado o desafortunado de nuestro intento.

En la Tabla 8.14 se recoge la frecuencia y distribución del trastorno distímico y de la depresión mayor, en función del tipo de colegio al que el niño asiste.

Las categorías que hemos establecido (público, privado-laico, y privado-religioso) para caracterizar el tipo de colegio en el que los niños estudian, son, obviamente, categorías muy ambiguas, porque, en definitiva, tan pública es una escuela

TABLA 8.14
Frecuencia de trastornos distímicos, o depresión mayor y tipo de colegio

Tipo de colegio	Trastorno			Total
	ND	TD	DM	
Público	437 (82,9 %)	68 (12,9 %)	22 (4,2 %)	527
Privado (laico)	163 (84,0 %)	21 (10,8 %)	10 (5,2 %)	194
Privado (religioso)	270 (85,7 %)	34 (10,8 %)	11 (3,5 %)	315
Total	870	123	43	1036

$$\chi^2 = 1,94 (P = 0,74)$$

Entre paréntesis la frecuencia expresada en %.

ND = No depresivos; TD = Trastorno distímico;

DM = Depresión mayor.

como la otra. No obstante, hemos respetado esa ambigüedad tópica para no restar comprensibilidad a los datos expuestos, de manera que el lector pueda sacar sus conclusiones. Las diferencias encontradas entre los diferentes tipos de enseñanza y su relación con la frecuencia de los trastornos depresivos infantiles no son significativas ($\chi^2 = 1,94$, no significativo).

De hecho, la frecuencia de trastorno distímico es casi similar en los tres tipos de colegios reseñados (12,9 %, 10,8 % y 10,8 %, respectivamente).

Respecto de la depresión mayor, las diferencias entre los diversos tipos de educación, aunque no son tampoco significativas, sí que son más manifiestas, estando a la cabeza los colegios privados de tipo laico (5,2 %) y los colegios privados de tipo religioso (3,5 %).

En la Tabla 8.15 se recoge la distribución de frecuencias de trastorno distímico y depresión mayor, en función de la variable coeducación. Los datos obtenidos son puntualmente coincidentes respecto de la depresión mayor (4,1 %), tanto para los colegios con coeducación como para los colegios sin coeducación. Respecto del trastorno distímico, hay una mayor frecuencia entre los alumnos de los colegios en que no está implantada la coeducación (15,8 %), pero las diferencias frente a los colegios mixtos (11,0 %), no son significativas ($\chi^2 = 3,18$, no significativo). Esto quiere decir que el debate ya antiguo entre las ventajas y los inconvenientes de los colegios mixtos y

TABLA 8.15

Distribución de frecuencias de trastorno distímico o depresión mayor, en función de la coeducación

Coeducación	Trastorno			Total
	ND	TD	DM	
Sí	719 (84,9 %)	93 (11,0 %)	35 (4,1 %)	847
No	137 (80,1 %)	27 (15,8 %)	7 (4,1 %)	171
Total	856	120	42	1018

$$\chi^2 = 3,18 (P = 0,20)$$

Entre paréntesis la frecuencia expresada en %.

ND = No depresivos; TD = Trastorno distímico;

DM = Depresión mayor.

los colegios sin coeducación, no se modifica desde la perspectiva de la enfermedad depresiva y, por consiguiente, permanecerá abierto.

Respecto del número de alumnos por clase, hay que concluir que aunque las aulas investigadas no se diferenciaban demasiado en el número de alumnos ($\bar{X} = 34,4$; moda = 40; $\delta = 9,75$) que las componían, las diferencias halladas no han sido significativas respecto del diagnóstico de depresión ($F = 1,75$, $P = 0,17$).

Una variable que ha sido sobreestimada por el vulgo respecto de la depresión infantil es la «movilidad escolar». Muchas personas infieren que cuando un niño cambia frecuentemente de cole-

TABLA 8.16

Movilidad escolar y frecuencia de depresión

Movilidad escolar (n.º de cambios de colegio)	Trastorno			Total
	ND	TD	DM	
0	543 (83,9 %)	78 (12,1 %)	26 (4,0 %)	647
1	222 (85,1 %)	30 (11,5 %)	9 (3,4 %)	261
2 o más	28 (82,4 %)	6 (17,6 %)	0 (0 %)	34
Total	793	114	35	942

$$\chi^2 = 2,46 (n.s.)$$

Entre paréntesis la frecuencia expresada en %.

ND = No depresivos; TD = Trastorno distímico;

DM = Depresión mayor.

gio —tal vez por el esfuerzo adaptativo que supone o porque podría interpretarse como un indicador implícito de las dificultades escolares del niño—, es más vulnerable al padecimiento de depresión.

En la Tabla 8.16 se recoge la posible incidencia de la «movilidad escolar» sobre la frecuencia del trastorno distímico y de la depresión mayor. Curiosamente, la frecuencia de trastorno distímico en las poblaciones estudiadas ha sido similar, independientemente de cuál haya sido la «movilidad escolar» del probando; lo mismo sucede respecto de la depresión mayor.

Por consiguiente, en función de los resultados hallados, este tópico no debería continuar sosteniéndose en el futuro, a no ser que se demuestre la veracidad de la hipótesis contraria.

Las relaciones entre rendimiento escolar y frecuencia de depresión —un tema clásico, que además preocupa enormemente a los padres y profesores— las hemos estudiado a través de la información de los padres. Aquí sí que hemos encontrado diferencias significativas ($F = 5,87$, $P = 0,0003$) entre las medias de rendimientos escolar, entre los niños no depresivos y los niños con trastornos distímicos ($\bar{X}_{ND} = 2,23$ y $\bar{X}_{TD} = 1,73$ respectivamente). En cambio, las diferencias entre las medias de rendimiento entre los niños no deprimidos y los niños con depresión mayor, paradójicamente, no son significativas ($\bar{X}_{ND} = 2,23$ y $\bar{X}_{DM} = 2,05$, respectivamente). Es muy difícil ofrecer una explicación satisfactoria de estos resultados. Es posible que si apeláramos al CI de estos niños posiblemente pudiera ofrecerse alguna hipótesis explicativa más certera.

Respecto de la repetición o no del curso escolar que el niño estudiaba cuando se realizaba esta investigación, las diferencias encontradas en los niños depresivos y no depresivos han sido abiertamente significativas ($\chi^2 = 7,52$, $P = 0,023$).

En la Tabla 8.17 se recoge la frecuencia de depresión en función de que los niños repitieran o no el curso escolar que estaban estudiando en el momento en que se llevó a cabo esta investigación.

En relación con la depresión mayor, se encontró una frecuencia significativamente más alta entre los niños que repetían curso en el momento en que se llevó a cabo la investigación (6,4 %), que entre los niños no repetidores (2,7 %). Algo similar ocurrió respecto del trastorno distímico,

TABLA 8.17

Depresión y repetición de curso escolar, en el momento en que se realizó la investigación

	Repite el curso escolar en que se encuentra	Trastorno			Total
		ND	TD	DM	
Sí	86 (78,9 %)	16 (14,7 %)	7 (6,4 %)	109	
No	579 (88,0 %)	61 (9,3 %)	18 (2,7 %)	658	
Total	665	77	25	767	

$\chi^2 = 7,52 (P = 0,023)$

Entre paréntesis la frecuencia expresada en %.

ND = No depresivos; TD = Trastorno distímico;

DM = Depresión Mayor.

TABLA 8.18

Depresión y repetición de curso en años anteriores a la realización de la investigación

	Ha repetido algún curso anterior	Trastorno			Total
		ND	TD	DM	
0	662 (85,4 %)	86 (11,1 %)	27 (3,5 %)	775	
1 o más	116 (75,8 %)	29 (19,0 %)	8 (5,2 %)	153	
Total	778	115	35	928	

$\chi^2 = 8,80 (P = 0,01)$

Entre paréntesis la frecuencia expresada en %.

ND = No depresivos; TD = Trastorno distímico;

DM = Depresión mayor.

cuya incidencia en repetidores y no repetidores fue del 14,7 % y 9,3 %, respectivamente.

Este dato ha sido confirmado a un nivel de significación mayor ($\chi^2 = 8,80$, $P = 0,01$), cuando estudiamos la frecuencia de depresión y el hecho de haber repetido o no, con anterioridad, algún curso escolar, tal y como se expresa en la Tabla 8.18.

Respecto de la depresión mayor, se encontró una mayor frecuencia entre los repetidores (5,2 %), que en los no repetidores (3,5 %). La diferencia fue más significativa todavía en relación con el trastorno distímico: 19,0 % frente al 11,1 %.

En la Tabla 8.19 se exponen los resultados de la frecuencia de depresión en la población estudiada, en función de que el alumno asista regularmente o no a clases complementarias (clases particulares). Las diferencias encontradas, en función de esta variable, no han sido significativas ($\chi^2 = 0,01$, no significativo).

Por último, otras dos variables que en los ámbitos pedagógicos han sido sobreestimadas —zurdería y deficiencia motora— y que se han tratado de compensar con clases adicionales en las que específicamente se entrenaba al niño en optimizar las discapacidades aludidas, no parecen incidir en la frecuencia de depresión infantil, tal y como se manifiestan en las Tablas 8.20 y 8.21.

Respecto de la existencia o no de zurdería, no hemos encontrado diferencias significativas entre los niños afectados de depresión mayor o de trastorno distímico ($\chi^2 = 1,67$, no significativo).

En relación con las deficiencias motrices y el

TABLA 8.19

Asistencia a clases complementarias (clases particulares) y depresión

Asistencia a clases complementarias	Trastorno		Total
	ND	TD + DM	
Sí	14 (87,5 %)	2 (12,5 %)	16
No	648 (86,7 %)	99 (13,3 %)	747
Total	662	101	763

$\chi^2 = 0,01 (n.s.)$

Entre paréntesis la frecuencia expresada en %.

ND = No depresivos; TD = Trastorno distímico;

DM = Depresión mayor.

TABLA 8.20

Zurdería y depresión

Zurdería	Trastorno			Total
	ND	TD	DM	
Sí	47 (87,0 %)	4 (7,4 %)	3 (5,6 %)	54
No	518 (82,6 %)	83 (13,2 %)	26 (4,2 %)	627
Total	565	87	29	681

$\chi^2 = 1,67 (n.s.)$

Entre paréntesis la frecuencia expresada en %.

ND = No depresivos; TD = Trastorno distímico;

DM = Depresión mayor.

TABLA 8.21
Depresión y deficiencias motrices

Deficiencias motrices	Trastorno			Total
	ND	TD	DM	
No	541 (82,8 %)	86 (13,2 %)	26 (4,0 %)	653
Sí	18 (75,0 %)	3 (12,5 %)	3 (12,5 %)	24
Total	559	89	29	677

$\chi^2 = 4,10$ (n.s.)

Entre paréntesis la frecuencia expresada en %.

ND = No depresivos; TD = Trastorno distímico;

DM = Depresión mayor.

padecimiento de depresión, las diferencias halladas tampoco han sido significativas ($\chi^2 = 4,10$, no significativo).

Lamentablemente, el volumen de datos analizados en la presente investigación, apenas si permiten poder establecer alguna conclusión que sea consistente, sobre todo en relación con muchos de los tópicos y mitos que respecto de la educación, estereotipadamente, se transmite de unos a otros padres y educadores.

Resultados generales sobre los instrumentos de evaluación

La consistencia interna de los instrumentos utilizados en esta investigación para la evaluación de la sintomatología depresiva ha sido de nivel alto, obteniéndose coeficiente alfa con un rango que varía entre 0,75 o 0,94. La única excepción ha sido el apartado de habilidades sociales del cuestionario CBC, contestado por los padres, que obtuvo un coeficiente alfa sólo moderado (0,51). Estos coeficientes indican que los ítems de cada una de las pruebas evalúan el mismo constructo y que existe homogeneidad en las medidas.

Además de ser fiables los instrumentos utilizados, hemos comprobado que también son válidos, ya que correlacionan a un nivel moderado con las distintas pruebas que evalúan depresión y son capaces de diferenciar las tres categorías establecidas tras el diagnóstico: niños no deprimidos, niños con trastorno distímico y niños con depresión mayor o, como mínimo, discriminan entre los niños con y sin sintomatología depresiva.

El análisis factorial de las puntuaciones totales de estos instrumentos de evaluación las agrupan en cuatro factores, que explican el 68,8 % de la varianza común. En el *primer factor* se encuentra la evaluación del nivel de depresión del niño (CDI y CDRS-R), la información de problemas de conducta de los padres (CBC) y el bajo rendimiento escolar, según informan los padres (escala «escolar» CBCS). En el *segundo factor* se agrupan las escalas de habilidades sociales (puntuación total de habilidades sociales, subescalas «Actividades» y «Social» de esta misma prueba). En el *tercer factor* se representan los aspectos positivos evaluados por los compañeros (escalas de «Felicidad» y «Popularidad» del PNID) y, finalmente, el *cuarto factor* recoge la depresión en la escuela (EDSM y escala de «Depresión» del PNID).

Aciertos y limitaciones

La revisión exhaustiva de los estudios epidemiológicos de la depresión infantil en el mundo, nos ha permitido observar que los trabajos realizados hasta ahora son escasos y criticables, aunque unos mucho más que otros. En varias publicaciones hemos encontrado críticas a otros trabajos realizados en otros momentos y en otros lugares. La necesaria autocrítica nos aconseja poner de manifiesto lo que de positivo tiene nuestra investigación, a la vez que sus limitaciones.

Nuestro primer objetivo fué el conocimiento de un aspecto de la patología mental infantil, en uno de los muchos países existentes en el mundo en que todavía hay en la actualidad un desconocimiento absoluto del aspecto epidemiológico de esta patología.

Creemos que este objetivo ha sido conseguido. Presentamos nuestro estudio como un trabajo pionero en España que además no estudia las alteraciones de conducta *in toto*, sino que se centra en una patología muy concreta: las depresiones infantiles. En cuanto a la tasa de prevalencia encontrada, hay que afirmar que coincide plenamente con las tasas obtenidas por otros autores, cuyas investigaciones tal vez estén realizadas, probablemente, con una metodología más elegante y rigurosa y, desde luego, con muchos más medios económicos. Nos referimos a dos publicaciones, relacionadas con el proyecto *Dunedin Multidisciplinary Health and Development Research Unit* de Nueva Zelanda: Kashani et al.

(1983) y Anderson, Williams, McGee y Silva (1987). Estos estudios, igual que el nuestro, se han basado en los criterios diagnósticos del DSM-III. Sin embargo y a pesar de que por primera vez hemos proporcionado unas tasas de prevalencia de la depresión infantil en España, seguimos desconociendo la tasa de incidencia. Realizar un estudio de la incidencia obliga a un seguimiento longitudinal e incrementa extraordinariamente las dificultades metodológicas ya existentes. Acaso por este motivo haya tan pocos trabajos de epidemiología psiquiátrica, realizados hasta este momento, que estudian la incidencia. Ésta es, sin duda alguna, una de las limitaciones de estos estudios, y también del nuestro, que en el futuro habrá que soslayar si deseamos conocer la continuidad o discontinuidad de la patología depresiva en la infancia y, de este modo, poder planificar mejor la lucha comunitaria contra ella.

Otro aspecto que queremos comentar se refiere al tipo de población que ha sido estudiada. Nuestro estudio se ha limitado a niños escolarizados en escuelas normales, públicas y privadas. Aunque el número de niños depresivos respecto del total es muy alto, no obstante, se han excluido los alumnos de escuelas especiales y los niños no escolarizados. Es casi seguro que entre estos últimos se encuentra una tasa de depresión más alta que la hallada en los niños de nuestra muestra, hecho que puede ser significativo y que no debiera ignorarse por las futuras investigaciones epidemiológicas de la depresión.

A favor del rigor de nuestra investigación está el hecho de la escasa mortalidad epidemiológica que hemos conseguido, extraordinariamente baja si la comparamos con otros estudios norteamericanos que arrojan mortalidades que oscilan entre el 25 y el 60 %.

Con la elección simultánea de seis submuestras no puede concluirse que el universo aquí estudiado sea exactamente representativo de la totalidad de los niños españoles, aunque por la magnitud y volumen del mismo pueda inferirse, con ciertas garantías —también con ciertas cautelas—, que si se hubiera podido extraer una muestra al azar en todo el país, los resultados obtenidos serían parecidos a los nuestros, ya que se eligieron poblaciones del Norte, del Centro y del Sur; de la costa y de la montaña; del ámbito urbano y del rural. A pesar de todo esto, tal diferencia no ha sido probada en esta investigación.

En cuanto a la edad elegida para el estudio, la consideramos uno de los aciertos de nuestro traba-

jo, ya que la expresividad sintomatológica de la patología depresiva infantil varía mucho con la edad. Desgraciadamente, muchos estudios que se han venido realizando en todo el mundo abarcan, en nuestra opinión, un abanico de edades de demasiada amplitud. Lo que nosotros hemos elegido es un determinado nivel de desarrollo más que una edad propiamente dicha, por lo que la muestra es mucho más homogénea que la de otros investigadores que han estudiado conjuntamente a niños y adolescentes. Esto significa suponer que los niños del nivel de 4.º de E.G.B. tienen un nivel de desarrollo parecido. De otra parte, este mismo acierto tiene como contrapartida la limitación de no poder generalizar nuestros resultados a otras edades. Por consiguiente, desconocemos cuál es la prevalencia de depresión infantil por debajo y por encima del rango de edad que hemos estudiado.

El tipo de muestreo por conglomerados empleado es, desde luego, correcto y ha permitido un ahorro de tiempo considerable. Las aulas fueron escogidas aleatoriamente. Los problemas que puedan surgir no creemos que provengan del muestreo, ni del diseño en doble fase, sino tal vez de la definición de caso por la que optamos y de la elección de los instrumentos de que nos hemos servido para la identificación de los niños deprimidos. Pero esta limitación de nuestro estudio es común a todos los estudios que se han realizado y se realicen en el futuro, mientras no dispongamos de unos criterios unánimes para definir la depresión en la infancia.

Nos hemos basado en unos criterios operativos, los del DSM-III, que han sido utilizados también en los dos trabajos antes mencionados. Hemos tratado de evitar, sin embargo, la excesiva rigidez de estos criterios que, por otra parte, no tienen en cuenta las etapas evolutivas al elegir una población con unos límites de edad muy estrechos. De otra parte, la definición clínica de caso que hemos establecido nos parece mucho más válida que la mera definición sintomatológica, como se acostumbra en la mayoría de los trabajos publicados en epidemiología psiquiátrica.

Otra delimitación de nuestro trabajo consistió en el modo en que se estableció el punto de corte en el CDI para hacer el *screening*, durante la primera fase. Sabíamos que un *cut-off* de 19 en el CDI, que es muy correcto para un estudio clínico, es demasiado alto para un estudio epidemiológico, en el cual es mejor incrementar la sensi-

bilidad del instrumento, aunque sea a costa de su especificidad, ya que de esta manera disminuyen los falsos negativos y aumentan los falsos positivos. Aunque estos últimos no nos importaban, ya que se detectarían en la segunda fase del estudio. Así pues, hemos trabajado, a pesar nuestro, con un punto de corte de 19, del que naturalmente conocemos la sensibilidad y la especificidad. Nuestro deseo hubiera sido trabajar con un *cut-off* de, por ejemplo, 12 o 13. Pero esto nos hubiera obligado a entrevistar en la segunda fase a casi 3.000 niños, y no disponíamos del material humano para poder pasar todas estas entrevistas en el tiempo exigido para que, entre la primera y segunda fase, el intervalo de tiempo no fuese excesivo. Queremos señalar esta limitación de nuestro trabajo para que se tenga en cuenta y si alguien se anima a continuar, aconsejarle que encuentre la infraestructura necesaria para poder realizar las entrevistas que se proponga, según la secuencia temporal diseñada.

Por último, queremos todavía señalar las limitaciones de los instrumentos de evaluación de la depresión infantil utilizados en nuestro país. Tales instrumentos, por el momento, no están disponibles. También sabíamos que las traducciones tienen todas ellas ciertos defectos, pero no teniendo otra opción mejor, traducimos casi todos los instrumentos utilizados al castellano y al catalán (para la población de la provincia de Girona). Incluso para la evaluación de la información del maestro hemos tenido que construir nuestra propia escala, elección ésta cuyos resultados han sido tan válidos que estamos persuadidos de que éste puede ser el camino a seguir en lo sucesivo en nuestro país, al menos en lo relativo a ciertas investigaciones epidemiológicas.

La elección del diseño de doble fase para la investigación epidemiológica que nos habíamos propuesto tiene, lógicamente, algunas limitaciones, pero también algunas ventajas.

Entre las principales limitaciones que hay que destacar, además de las aludidas líneas atrás, hay una especialmente importante: el no haber contrastado los casos identificados como «verdaderos positivos» con un diagnóstico de depresión, realizado por psiquiatras infantiles. Es cierto que aquí habría sido muy conveniente la evaluación diagnóstica (diagnóstico clínico), por los especialistas de los niños que resultaron en nuestra muestra identificados como depresivos (diagnóstico epidemiológico), con el fin de verificar o refutar el diagnóstico epidemiológico desde el diagnós-

tico clínico. Es cierto que hay también que ser muy prudentes a la hora de establecer una igualdad entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico epidemiológico. De aquí, que sea oportuno insistir en la conveniencia de contar con los expertos. Obviamente, tal decisión rebasó el ámbito de competencias del equipo investigador, habida cuenta de que no dispuso de ninguna ayuda ni subvención para realizar su tarea.

Otras posibles limitaciones consisten en que los resultados aquí obtenidos no tienen un alcance predictivo (o el riesgo de que las predicciones que se hagan no sean muy precisas), no llegan a establecer una hipótesis causal al no haber podido determinar la articulación causa-efecto y al no poder valorar, con suficiente rigor, la relevancia que para la depresión infantil tienen otros muchos factores (familiares, escolares, sociales, etc.).

En realidad, el trabajo realizado se inscribe en el ámbito de la epidemiología descriptiva al emplear un diseño multifásico (diseño de doble fase), sistemático (la población entera), relativamente selectivo (cabe determinar relativamente los grupos de riesgo elevado) y precoz (en tanto que detecta la presencia de depresión en su esado inicial sintomático o presintomático), si se consideran los casos identificados como trastornos distímicos.

Entre los aciertos y ventajas del diseño llevado a cabo, cabe citar la rapidez con que pueden identificarse a los sujetos potencialmente depresivos, su bajo coste (de tiempo y de dinero), el haber logrado evitar o disminuir los sesgos del muestreo, la escasa «mortalidad» empírica (aunque ello no se deba tanto a lo acertado del diseño, como al voluntarioso y constante esfuerzo realizado por el equipo investigador para evitar este sesgo), su fiabilidad, y el que este tipo de diseño no implicara ningún riesgo adicional para los probandos.

Por los resultados obtenidos, los autores confían en que éstos serán fácilmente aceptables por el público, dada su similitud —en algunos casos totalmente coincidente— con los hallados por otros investigadores.

Este trabajo puede contribuir a llenar el vacío epidemiológico que existe en España, hasta este momento en psiquiatría infantil. Sobre el tema de la morbilidad de la depresión infantil, en concreto, en nuestro país no se encuentra ninguna publicación que se refiera a estas cuestiones, por lo que existe un desconocimiento completo de la incidencia y prevalencia de los trastornos afecti-

vos infantiles, así como de los factores de riesgo relacionados con la depresión del niño.

Este equipo investigador se sentirá muy satisfecho si los resultados aquí obtenidos —con sus limitaciones y aciertos— sirven para estimular a los futuros investigadores a continuar por este camino, en el ámbito de la psicopatología infantil, de forma que nuestra personal experiencia les sea de cierta utilidad para aminorar sus dificultades y optimizar los diseños que conciben. En una palabra: para, tomando el testigo, empezar con menos dificultades desde donde nosotros hemos llegado.

Bibliografía

- ANDERSON, J. C.; WILLIAMS, S.; MCGEE, R. y SILVA, P. A. (1987): DSM-III disorders in preadolescent children. *Arch. Gen. Psychiatry*, 44, 69-76.
- JENICECK, M. y CLEROUX, R. (1983): *Epidemiologie. Principes, techniques, applications* (2.ª edición). París: Maloine.
- KASHANI, J. H.; MCGEE, R. O.; ANDERSON, J. C.; WALTON, L. A.; WILLIAMS, S.; SILVA, P. A.; ROBINS, A. J.; CYTRYN, L. y MCKNEW, D. H. (1983): Depression in a sample of 9 year-old children. *Arch. Gen. Psychiatry*, 40, 1217-1223.