

# APORTACIONES · INTERDISCIPLINARIAS

## *¿Puede haber niños con depresión en la escuela?*

ELENA BERNARÁS, NERE AMENAZAR, CARMEN DE LAS CUEVAS, MARIAN SOROA, ELENA HERRÁN

**E**n este artículo se plantea una cuestión que en muchas ocasiones suele pasar desapercibida en los contextos escolares y que tiene una relevancia mayor de la que a primera vista pueda parecer. Estamos hablando de la depresión infantil.

La depresión (infantil o adulta) es una seria enfermedad mental que produce múltiples consecuencias negativas, tanto a la persona que la padece como a su entorno (familia, escuela, etc.), pero que en ocasiones puede pasar desapercibida por el desconocimiento de familiares y profesores. El número de casos de depresión en personas adultas va en aumento y, por tanto, cada vez se nos va haciendo más familiar el término y los síntomas que puedan aparecer a ella asociados.

Pero ¿es frecuente que hablemos de depresión infantil en los entornos escolares? Actualmente uno de los trastornos más conocidos, por su mayor presencia en el entorno escolar, es la hipe-

ractividad junto con otros trastornos, como son: los trastornos de conducta, la agresividad, los trastornos del aprendizaje, los trastornos emocionales, por señalar algunos de los más importantes. Pero no es frecuente que en el entorno escolar se hable de depresión infantil. ¿Es que no existe?

Muchos investigadores se han hecho la misma pregunta y la respuesta es que sin duda existen casos de depresión infantil en nuestra sociedad, pero aún así, no es frecuente que los profesionales de las escuelas (tanto tutores, como profesores de apoyo o los profesionales de los servicios de apoyo) detecten o diagnostiquen este trastorno.

Con el ánimo de profundizar más en esta cuestión hemos planteado una investigación que tiene una doble finalidad. Por un lado, se pretende analizar la prevalencia de la depresión infantil en niños y niñas de entre 9 y 12 años en la Comunidad Autónoma Vasca y, por otro, la relación de la depresión con otros factores que puedan estar influyendo tanto en el desarrollo cognitivo, en el desarrollo motor y en el desarrollo social de los niños con las consiguientes repercusiones en el rendimiento escolar.

No se trata de buscar etiquetas, sino de ahondar en una problemática que a menudo pasa desapercibida, probablemente disfrazada con sintomatología que trata de ocultar los sentimientos de tristeza, a través de otros síntomas que son más problemáticos en el entorno escolar y que no hacen sospechar a los profesores de lo que en realidad le sucede al niño.

# APORTACIONES · INTERDISCIPLINARIAS

## ¿La depresión infantil ha existido siempre?

En los últimos 35 años, desde que se acepta la existencia de la depresión infantil, se han realizado multitud de trabajos que han estudiado, entre otras, la prevalencia de la depresión infantil tanto en el País Vasco como en el Estado Español o en el resto del mundo.

Pero la cuantificación de la depresión infantil no es fácil. Los diferentes instrumentos de evaluación de la depresión, las diferentes concepciones de la depresión y su heterogeneidad, provocaron que las primeras cifras acerca de la prevalencia de la depresión fueran caóticas. Algunos trabajos encontraban que un 60% de la población infantil presentaba sintomatología depresiva, mientras que otros sólo aceptaban un 0.14% (Del Barrio, 1997). Actualmente se puede afirmar con cierta precisión que la depresión mayor se produce entre un 2% y un 4 % de los niños y el trastorno distímico entre un 8% y un 6% en los países del primer mundo. Se produce una cierta variabilidad en función del sexo y la edad de los niños.

En un estudio realizado en Gipuzkoa por Torres (1996) con niños y niñas de entre 8 y 12 años, se concluía que un 20.4% de los niños y niñas guipuzcoanos examinados presentaban sintomatología depresiva moderada, mientras que un 3.9% manifestaba sintomatología depresiva severa. Además, la prevalencia de la depresión mayor en los niños guipuzcoanos se situaba en torno al 2.07% de la población, mientras que la frecuencia estimada del trastorno distímico

estaría próxima al 3.66%. Han pasado 12 años desde la presentación de estas conclusiones y creemos que realizar un seguimiento de este trastorno es necesario para que pueda ser debidamente identificado en el contexto escolar y atendido por los servicios especializados.

¿Qué características tiene la depresión infantil? La literatura sobre la presentación clínica de los trastornos de ánimo en el niño es muy escasa. En el pasado, los trastornos mentales infantiles estaban infravalorados o diagnosticados de manera errónea. Spitz (1946) y Bowlby (1951) describieron el estado de ánimo en niños que habían sido separados de sus cuidadores principales a edad temprana. Estos niños lloraban mucho, presentaban movimientos retardados y podían presentar alteraciones del sueño y de la alimentación. En niños y bebés mayores institucionalizados a este cuadro clínico se le denominó hospitalismo.

La principal característica de los trastornos del estado de ánimo es la alteración del humor. La depresión de mayor gravedad y la más diagnosticada es el episodio depresivo mayor. Se trata de un estado de ánimo deprimido en extremo que dura dos semanas e incluye síntomas cognitivos (como sentimientos de poca valía y de indecisión) y funciones físicas alteradas (como por ejemplo, patrones de sueño alterados, cambios significativos de apetito y peso o una pérdida de energía muy notable). El segundo estado fundamental en los trastornos de ánimo es la manía y se caracteriza por el júbilo, dicha o euforia, anormalmente exagerados, y un exceso de actividad. Para el diagnóstico de un episodio

# APORTACIONES · INTERDISCIPLINARIAS

maniaco exigen una duración de sólo una semana y de menos si el episodio es lo suficientemente grave como para requerir hospitalización. El diagnóstico puede englobar la manía o la manía combinada con la depresión como sucede en los trastornos bipolares. Se considera que los trastornos maniacos son poco frecuentes en niños y que el diagnóstico en este grupo de edad es difícil y que hay muy poca información disponible. Por último, el trastorno distímico o distimia comparte muchos de los síntomas del trastorno depresivo mayor pero difiere en cuanto a su curso. Los síntomas son algo más ligeros aunque permanecen más o menos sin cambio por largos periodos. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y debe presentarse al menos durante un año.

La apariencia de los trastornos de ánimo varía según la edad. Un niño de tres años puede manifestar la depresión en sus expresiones faciales, en sus comportamientos alimentarios, en sus patrones de sueño y en sus comportamientos lúdicos de forma muy diferente a los niños de entre 9 y 12 años. Los niños deprimidos suelen simular estar enfermos, no quieren ir a la escuela, juegan menos o dejan de jugar, no quieren separarse de sus padres, presentan trastornos alimenticios, irritabilidad, variaciones emocionales y en ocasiones se les considera de forma errónea como hiperactivos.

Los comportamientos de los niños suelen variar dependiendo de la etapa de desarrollo, y en ocasiones es difícil establecer si presentan estos comportamientos por la fase de desarrollo en la que se encuentran, o porque están inmersos en una depresión. El trastorno depresivo mayor en niños

prepuberales se manifiesta a través de quejas somáticas, agitación psicomotriz y las alucinaciones congruentes con el estado de ánimo. En los niños más pequeños la distimia es más frecuente que el trastorno depresivo mayor, aunque esta proporción se invierte en la adolescencia. En general, los niños y adolescentes con trastorno distímico están irritables e inestables, además de tristes. Tienen baja autoestima y escasas habilidades sociales, y son pesimistas. Además, en niños de entre 9 y 12 años un síntoma asociado es un bajo rendimiento escolar. En el cuadro 1 se pueden observar las diferencias entre las manifestaciones especulativas de los síntomas de depresión en adultos y en niños de 9 a 12 años (Carlson y Kashani, 1988).

## Cuadro 1.

Manifestaciones especulativas de los síntomas de depresión en adultos y en niños de 9 a 12 años

| SÍNTOMAS ADULTOS                              | SÍNTOMAS EN NIÑOS 9-12 AÑOS                  |
|---|--|
| Estado de ánimo disfórico                     | Expresión de tristeza, apatía, irritabilidad |
| Pérdida de interés o de placer                | Presentación adulta                          |
| Modificación del apetito o del peso           | Presentación adulta                          |
| Insomnio o hipersomnia                        | Presentación adulta                          |
| Agitación psicomotriz                         | Conducta agresiva                            |
| Retardo psicomotor                            | Aletargamiento                               |
| Pérdida de energía                            | Aletargamiento                               |
| Sentimientos de falta de valor                | Culpa, baja autoestima                       |
| Concentración menguada                        | Desempeño escolar bajo                       |
| Pensamientos recurrentes de muerte o suicidas | Presentación adulta                          |
| Ansiedad                                      | Fobias, ansiedad de separación               |
| Dolencias somáticas                           | Presentación adulta                          |

# APORTACIONES · INTERDISCIPLINARIAS

## ¿Qué se pretende investigar en este estudio?

A través de este estudio se pretende profundizar en varios aspectos relacionados con la depresión infantil. Por una parte, los últimos datos que se recogieron en torno a la prevalencia (nº de casos) de la depresión infantil en Gipuzkoa datan del año 1996 y teniendo en cuenta que el número de casos de depresión va en aumento, querríamos conocer si está ocurriendo algo similar con la población más joven. Por tanto el primer objetivo de este estudio es el siguiente:

1. Analizar la prevalencia actual y la incidencia de la depresión infantil en niños y niñas de 9 a 12 años en el contexto escolar en la Comunidad Autónoma Vasca y las diferencias que se producen en función de la edad.

2. Otra finalidad de este estudio es analizar la relación que se puede producir entre la depresión y otros factores, como las habilidades cognitivas, el rendimiento escolar y otros factores de personalidad. Nuestra hipótesis de partida consiste en suponer que la depresión infantil puede caracterizarse de formas diferentes en los contextos escolares, siendo el fracaso escolar una de ellas, pero no la única. Por tanto, el segundo gran objetivo de este estudio consiste en identificar las semejanzas y las diferencias en las manifestaciones de la depresión infantil en los siguientes aspectos:

2.1. Conocer las relaciones existentes entre la depresión infantil y el rendimiento escolar en función del sexo y de la edad.

2.2. Estudiar e interpretar las relaciones existentes entre la depresión infantil y las habili-

dades cognitivas en función del sexo y de la edad.

2.3. Analizar e interpretar las relaciones existentes entre la depresión infantil y otros factores de personalidad, como son los problemas conductuales, los trastornos emocionales, los problemas de personalidad, las habilidades sociales, el liderazgo, los problemas de aprendizaje, los problemas de atención, la hiperactividad, la agresividad, la ansiedad y la somatización, en función del sexo y de la edad.

## ¿Cómo se va a realizar el estudio?

La muestra que se plantea es de 398 alumnos y alumnas de 9 a 12 años de edad, seleccionados aleatoriamente y pertenecientes a diferentes centros escolares de la Comunidad Autónoma Vasca. Los escolares serán evaluados a través de los siguientes instrumentos de medida:

- CDI, Inventario de depresión infantil (Kobacks, 1992).

- BASC, Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes (Reynold y Kamphaus, 2007).

- BADYG. Bateria de Aptitudes Diferenciales y Generales (E) (Yuste, 2006).

Los profesores, a su vez, contestarán a estos dos cuestionarios:

- Screening para profesores de problemas de conducta en niños escolarizados (Maganto, et al. 2007).

- Screening para profesores para la evaluación del rendimiento escolar de los niños escolarizados (Maganto, et al. 2007).

# APORTACIONES · INTERDISCIPLINARIAS

## ¿Se confirmarán nuestras sospechas?

Generalmente los niños no tienen los recursos que tienen los adultos para expresar lo que les sucede y buscan otras formas para mostrar su malestar. Un niño con depresión puede estar triste y desvalido, pero aún así, mostrarse violento, irritable, distraído y excitable. Nada diría, por su manifestación, que se trata de un sufrimiento. Esta es una de las causas de que la depresión infantil no sea sencilla de diagnosticar y pase inadvertida para padres, pediatras y maestros.

La depresión, normalmente, aunque no siempre, suele presentarse tras periodos vitales “de impacto” y de estrés intenso, duradero y repetido. Estos impactos suelen derivarse de pérdidas o choques emocionales a los que el individuo no puede enfrentarse. Cuanta mayor juventud, soledad comunicativa e indefensión presente el individuo y cuanto más inesperados, instintivos y duraderos sean los impactos mayor será la propensión a la depresión. Pero, además de estos factores estresadores repetidos, se está produciendo un aumento de depresiones y suicidios en personas bien gratificadas y sin traumas, sobre todo adolescentes de Estados Unidos y de Países Escandinavos. ¿Puede ser que la sociedad del bienestar nos esté llevando a esta situación?

En este estudio se prevé un aumento del número de casos de depresión infantil en la Comunidad Autónoma Vasca y se pronostica que, efectivamente, existan relaciones entre la depresión infantil y las variables planteadas: rendimiento escolar, habilidades cognitivas, algunas dimensiones

patológicas (problemas conductuales, trastornos emocionales, problemas de personalidad, etc.) y algunas dimensiones adaptativas (habilidades sociales, liderazgo, etc). En última instancia, se pretende llamar la atención y profundizar en torno a esta problemática tan grave que pueda estar afectando a nuestros escolares y estar pasando desapercibida a padres y a profesores.

## BIBLIOGRAFÍA

- **Del Barrio, V.** (1997). La depresión infantil. Causas, evaluación y tratamiento. Barcelona: Ariel.
- **Del Barrio, et. al.** (2004). La depresión infanto-juvenil. El efecto de los factores emocionales, comportamentales y sociodemográficos. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 57 (1), 5-20.
- **Doménech, E. y Polaino, A.** (1990). Epidemiología de la depresión infantil. Barcelona: Espaxx.
- **Maganto, C. et. al.** (2000). Depresión: un estudio sobre el análisis de la demanda y el diagnóstico en la población. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 9 (1), 41-60.
- **Maganto, C.; Garaigordobil, M. y Etxeberria, J.** (2007). Revisión del dibujo de la figura humana en niños y niñas de 5 a 12 años. *Euskal Herriko Ikastolen Konfederazioa*.
- **Torres, B.** (1996). Depresión infantil: Estudio epidemiológico en la población Gipuzkoana y análisis de la transmisión intergeneracional de la patología depresiva. Tesis doctoral. Universidad del País Vasco.
- **Vinaccia, S. et. al.** (2006). Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del “child depression inventory”. *Revista diversitas-Perspectivas en Psicología*, vol.2, nº 1, 227-229.