

# **ESTUDI EPIDEMIOLÒGIC DE LA DEPRESSIÓ MAJOR EN INFANTS DE 3-6 ANYS**

**Ester Pla i Colomer**

Tesi doctoral dirigida per  
la Dra. Edelmira Domènech- Llaberia,  
catedràtica de Psicopatologia Infanto-juvenil.

Departament de Psicologia de la Salut i  
Psicologia Social de la Universitat Autònoma de  
Barcelona

**Juliol 2003**

*Agreixo la col·laboració de les escoles així com de l'equip d'educació infantil de : l'escola Pia, Cor de Maria, Petit Plançó, Sant Roc, Volcà Bisarroques i Pla de dalt d'Olot.*

*També dono els meus agraïments als pares i infants que hi han participat, ja que sense ells no s'hauria pogut realitzar aquest estudi.*

*Vull agrair també l'ajuda rebuda per l'equip de recerca sobre el pre-escolar de la Universitat Autònoma de Barcelona i molt especialment a la Dra. Edelmira Domènech Llaberia, per la seva dedicació i atenció.*

*A tu Pep, a les meves petites  
i a la meva família.  
Gràcies.*

# ÍNDEX

1- INTRODUCCIÓ	Pàg. 8
2-FONAMENTS TEÒRICS	Pàg. 9
2.1-Simptomatologia depressiva entre els 3-6 anys	Pàg. 13
2.2.-Continuïtat entre els diagnòstics	Pàg. 17
2.3-Instruments de mesura	Pàg. 19
2.4-Estudis epidemiològics de depressió en preescolars	Pàg. 20
2.5- Variables associades a la depressió en edat preescolar	Pàg. 25
2.5.1- Característiques personals de l'infant	Pàg. 27
2.5.2- Variables relacionades amb l'entorn del nen	Pàg. 33
3-HIPÒTESIS, DEFINICIÓ I VARIABLES	Pàg. 42
3.1- Hipòtesis	Pàg. 43
3.2- Definició de cas	Pàg. 44
3.2.1. Depressió major segons criteris DSM-IV (APA, 1995)	Pàg. 44
3.2.2- Depressió major segons criteri propis	Pàg. 45
3.2.3- Depressió major segons DSM-III (APA,)	Pàg. 45
3.3- Descripció dels Síntomes recollits en la definició del cas	Pàg. 46
3.4- Definició de variables relacionades amb la depressió major	Pàg. 47
4- DISSENY	Pàg. 52
5- SUBJECTES	Pàg. 54
5.1- Selecció de la mostra objecte d'estudi	Pàg. 54
5.2- Dades descriptives de la mostra total	Pàg. 59
6- INSTRUMENTS	Pàg. 61
6.1- Dirigits als mestres	Pàg. 62
6.1.1- "Escala de síntomas depresivos para maestros 3-6a. ESDM "(Domènech et al, 2003)	Pàg. 62
6.1.2- Escala de ansiedad para maestros 3-6a. ESAM (Domènech et al, no publicat)	Pàg. 63
6.1.3- Qüestionari 1	Pàg. 65

6.2- Dirigits als pares	Pàg. 66
6.2.1- Qüestionari 2	Pàg. 67
6.2.2- Escala de "síntomas depresivos para padres. 3-6a ESDP "(Domènech, no publicat)	Pàg. 68
6.2.3- Child Behavior Checklist CBCL (Achenbach, Edelbrock, 1983)	Pàg. 69
6.2.4- "Escala de depresion para adultos" (BDI (Beck,et al, 1961),	Pàg. 70
6.3- Dirigits al nen:	Pàg. 71
6.3.1-The Preschool Symptom Self-report (Martini, Srayhorn, Puig-Antich, 1990)	Pàg. 72
6.3.2- Dibuix lliure	Pàg. 73
6.3.3- Test de la figura humana Goodenough (Harris, 1963)	Pàg. 74
6.3.4- Test dels gargots (Corman , 1971)	Pàg. 75
6.3.5- Test de desenvolupament psicomotor DENVER (Frankenburg, 1967)	Pàg. 78
6.3.6- Observació	Pàg. 80
6.3.7- Entrevista clínica	Pàg. 80
7- PROCEDIMENT	Pàg. 83
7.1- Constitució de la mostra	Pàg. 84
7.2- Aplicació dels qüestionaris als mestres	Pàg. 84
7.3- Estudi amb l'infant	Pàg. 84
7.4- Segona valoració del grup amb alta simtomatologia	Pàg. 86
7.5- Confirmació dels diagnòstics	Pàg. 88
7.6- Anàlisi estadístic	Pàg. 88
8- RESULTATS	Pàg. 90
8.1- Instruments a tota la mostra	Pàg. 90
8.2- Dades epidemiològiques	Pàg. 92
8.2.1- Simptomatologia depressiva	Pàg. 93
8.2.2-Prevalença de depressió major	Pàg. 93
8.3- Comparació entre el grup de risc i control	Pàg. 95
8.3.1- Dades personals i familiars	Pàg. 96

8.3.2- Instruments	Pàg. 107
8.3.3- Correlacions entre els instruments	Pàg. 122
8.3.4- Anàlisi discriminant	Pàg. 123
8.3.5- Comparació dels símptomes depressius entre el grup amb simptomatologia alta i el control	Pàg. 126
8.3.5.1- Observacions dels pares	Pàg. 126
8.3.5.2- Síntomes recollits en el DSM-IV ( APA-1995 )	Pàg. 129
8.4- Comparació entre els infants amb depressió major i no deprinits	Pàg. 134
8.4.1- Instruments	Pàg. 135
8.4.2- Anàlisi discriminant	Pàg. 141
8.4.3- Síntomes depressius	Pàg. 145
8.5- Relació entre els diagnòstics i variables personals	Pàg. 150
8.6- Descripció dels casos amb depressió major	Pàg. 156
9- DISCUSSIÓ	Pàg. 165
9.1- Prevalença	Pàg. 165
9.1.1-Prevalença de depressió major	Pàg. 165
9.1.2- Prevalença de simptomatologia depressiva	Pàg. 169
9.2- Síntomes i factors relacionats amb la depressió major	Pàg. 170
9.2.1-Síntomes	Pàg. 170
9.2.2-Altres factors	Pàg. 173
9.3-Altres consideracions	Pàg. 182
9.4-Limitacions	Pàg. 184
10- CONCLUSIONS	Pàg. 186
10.1- Contrast d'hipòtesis	Pàg. 187
10.2- Simptomatologia rellevant	Pàg. 192
10.2.1- Simptomatologia en el grup de risc	Pàg. 192
10.2.2- Simptomatologia en els infants amb depressió major	Pàg. 193
10.3- Instruments	Pàg. 194
10.3.1- Instruments detectors de grup amb alta simptomatologia depressiva control	Pàg. 195
10.3.2- Instruments detectors dels infants amb depressió	Pàg. 196
10.4- Altres diagnòstics	Pàg. 196

11- BIBLIOGRAFIA	Pàg.198
12- ANNEXES.Dades personals, ESDM, ESAM,PRESS,DENVER,carta als pares,questionari als pares, BDI , ESDP,CBCL,carta de l'escola, resum de símptomes	Pàg.212

## INDEX DE TAULES

0- Estudis sobre prevalença Depressió específics per a preescolars	Pàg. 24
1- Mostra participant per escola i curs	Pàg. 55
2- Mostra atenent al curs i grup	Pàg. 57
3- Mostra atenent a l' escola i grup	Pàg. 58
4- Distribució del grup amb puntuació alta amb dues aules per curs	Pàg. 58
5- Dades descriptives de la mostra total	Pàg. 59
6- Puntuacions Mitjanes de la mostra total	Pàg. 64
7- Valors a l' escala ESDM	Pàg. 91
8- Valors a l' escala ESAP	Pàg. 92
9- Distribució dels infants per escoles i grups	Pàg. 95
10- Distribució dels infants per cursos i grups	Pàg. 96
11-Factors de risc atenent al grup	Pàg.100
12-Situació del pares per grups	Pàg.101
13-Situació laboral dels pares i mares per grups	Pàg.103
14-Estudis acadèmics dels pares i mares per grups	Pàg.104
15-Esdeveniments Estressants	Pàg.106
16-Esdeveniments rellevants.Qüestionari 2	Pàg.106
17-Diferències Grup Simptoma/Control en els gargots.Personalitat	Pàg.113
18-Diferències Grup Risc/Control en els gargots.Psicopatologia.	Pàg.114
19-Diferències Grup Risc/Control en els gargots.Posició.	Pàg.115
20-Valoració en el DENVER ( Dr. Frankenburg, 1967 )	Pàg.116
21-Valors en el DENVER ( Frankenburg, 1967 ) en relació al curs	Pàg.116
22-Puntuacions atenent al sexe en el CBC	Pàg.119
23-Comparació Grup Simptomatologia/Control en CBCL	Pàg.121
24-Comparació Grup simptoma/Control en el CBCL	Pàg.121
25-Variables utilitzades en l' anàlisi discriminant simptomatologia/control	Pàg.124
26-2N Anàlisi discrminant simptomatologia / control	Pàg.125
27-2a. Matriu de confusió risc/control	Pàg.125

28-Té mals sons.Risc/control	Pàg.127
29-Se' l veu cansat.Risc / Control.	Pàg.128
30-Ganes de fer coses noves.Risc Control	Pàg.128
31-Simptomatologia de Depressió major	Pàg.130
32-Variables en l' anàlisi discriminant.Depressió Major/no deprimits	Pàg.142
33-Anàlisi Discriminant Depressió Major/no deprimits	Pàg.142
34Matriu de confusió DM/ND	Pàg.143
35-Simptomes clínics de depressió major	Pàg.146
36-Símptomes clínics en funció del diagnòstic	Pàg.148
37-Diagnòstics	Pàg.150
38-Diagnòstics en funció del tipus d' escola	Pàg.152
39-Diagnòstics en funció del sexe	Pàg.152
40-Resultats en les proves en funció de cada cas amb depressió major	Pàg.156
41-Simptomatologia depressiva de cada cas amb depressió major	Pàg.157
42-Conclusions	Pàg.190
43-Simptomatologia rellevant en els infants amb simptomatologia depressiva alta i en els diagnosticats amb depressió major	Pàg 193
44-Instruments diferenciadors de simptomatologia depressiva alta	Pàg.194
45-Intruments diferenciadors de depressió major	Pàg.195
46-Impressions diagnòstiques	Pàg.196

## TAULA DE GRÀFICS

Gràfic 0-Disseny	Pàg. 53
Gràfic 1-Sexe	Pàg. 59
Gràfic 2-Nombre de germans	Pàg. 60
Gràfic 3-Puntuacions mitjanes en els instruments	Pàg. 144
Gràfic 4-Puntuació mitjana en el CBCL(Achenbah, Edelbrock, 1983)	Pàg. 144

# 1- INTRODUCCIÓ

El coneixement de la depressió abans dels sis anys és un fet encara poc conegut i estudiat. L'existència de la depressió major diagnosticada segons criteris DSM-IV (APA, 1995) segueix essent un tema controvertit. Per una banda s'accepta que un nen d'entre 3 i 6 anys pugui presentar depressió major seguint els criteris estipulats per l'APA. Per altre banda els estudis recents, destaquen la necessitat de crear uns criteris adaptats a les característiques d'aquesta etapa evolutiva, que no queden recollits en cap manual diagnòstic.

Convençuts que encara que pocs, hi ha nens que inicien un trastorn depressiu ja a l'etapa preescolar, ens proposem estudiar aquest tema a casa nostra. A més a més volem analitzar les variables que s'associen tant al trastorn depressiu com als símptomes depressius dels nens entre 3 i 6 anys. Un altre objectiu que es planteja és conèixer la prevalença de simptomatologia depressiva en els nens preescolars, així com estudiar la presència de depressió major en aquesta població. En les pàgines següents s'exposarà: el coneixement que tenim de la depressió preescolar fins a l'actualitat, la metodologia emprada en aquest estudi epidemiològic i els resultats obtinguts en aquesta recerca.

La rellevància d'aquest tema no únicament queda en remarcar el nombre o quantitat d'infants que poden estar afectats per aquesta psicopatologia . El més important, és obrir els ulls als adults que estan en contacte amb infants per tal que observin aquelles característiques ambientals o personals que poden fer que un nen tingui una major predisposició a presentar una simptomatologia depressiva alta o fins i tot un trastorn depressiu. Si es fa una detecció precoç podem evitar que l'infant desenvolupi un episodi depressiu greu, que per si sol és molt feixuc, així com donar-li estratègies i recursos a llarg termini per tal que es sentin millor amb ell mateix i s'adapti més fàcilment als canvis de l'entorn.



# FONAMENTS TEÒRICS

## 2- FONAMENTS TEÒRICS

En aquest apartat parlarem dels antecedents bibliogràfics relacionats amb l'objectiu d'aquest estudi, la depressió entre els 3 i 6 anys de vida .

Actualment es parteix de la idea que la depressió pot existir a qualsevol etapa evolutiva, però amb unes peculiaritats diferenciadores. Aquestes estaran en funció del que es considera evolutivament normal o anormal per l'edat. L'afectació de la depressió en el funcionament diari és molt notable, tant a curt com a llarg termini. Per això és important el seu estudi en totes les edats .

El coneixement de la depressió en preescolars es basa, en gran mesura, en els estudis realitzats amb infants d'edats superiors. Possiblement, la manca d'estudis de referència és deguda a característiques pròpies d'aquesta etapa, que limiten el seu estudi: la reduïda expressió verbal, la dificultat per reconèixer els seus sentiments, la variabilitat conductual i emocional i l'atenció limitada entre d'altres aspectes. Per aquestes raons a l'hora de recollir informació cal comptar a més del propi nen, amb les dades recollides a la família i a l'escola. A partir d'aquestes tres fonts d'informació es pot fer un recull complet del comportament i reaccions de l'infant davant situacions diverses. (Kovacs M, 1997).

Al llarg de la infància, el nen pateix canvis físics, biològics, cognitius , socials i educatius. Aquests canvis no són tant acusats a mesura que l'infant creix. Per això quan es vol estudiar la psicopatologia, s'ha de tenir present que aquesta evolució afecta també a l'expressió simptomatològica dels trastorns. En funció de l'edat els mateixos símptomes poden indicar la presència de problemes seriosos o ser propis de l'etapa evolutiva.(Zeanah C, Boris N, Scheeringa M , 1997. Schaerer, Cramer 2000). La patologia a més de fer referència a la presència d'uns determinats símptomes, té a veure amb la intensitat, quantitat i temps en la presentació d'aquestes conductes.

L'adult té un paper molt important en l'estudi de la depressió en l'infant. Generalment sempre és l'adult qui demana ajuda per al nen. A més és necessari recollir informació sobre el nen a partir de l'adult. El nen, degut al seu nivell evolutiu, no té un vocabulari extens i li és difícil expressar sentiments. Per això la informació tant dels pares com dels mestres, permet complementar i obtenir més informació del nen.

Sembla ser que els pares són bons informadors de conductes més externalitzades, perquè solen molestar als adults, mentre que el propi nen ho és d'aspectes més encoberts com mals sons, pors... Els mestres també són bons informadors de la conducta del nen. Per alguns investigadors, (Kashani J, Holcomb W, Orvaschel H, 1986) els mestres són els millors informadors, ja que tenen un contacte diari i constant amb l'infant. Són ells els que millor permeten recollir informació de les habilitats socials, les relacions, les activitats, l'atenció, la persistència i la organització en les tasques. (Achenbach, Edelbrock, 1984). (Zeanah C, Boris N, Scheeringa M, 1997).

Per altra banda, cal destacar també l'efecte de la psicopatologia de l'adult de referència en el desenvolupament de trastorns depressius en el nen. És a dir, la importància de l'adult no es basa únicament en el recull de dades, sinó també en l'efecte que exerceix la seva salut mental sobre l'estat emocional del nen. Es donaria una relació bidireccional entorn-nen, sense menysprear la importància de l'aspecte biològic i genètic a l'hora de desenvolupar el trastorn depressiu.

Cal destacar en darrer punt, les dificultats a l'hora de valorar els trastorns emocionals infantils. En molts estudis no hi ha una definició ni una avaluació clara i acurada del que es considera depressió entre els 3-6 anys. Realment, per fer aquesta avaluació no es disposa d'uns criteris diagnòstics universals adaptats a aquesta edat, ni de gaires instruments de mesura vàlids, actualitzats i traduïts o realitzats, en el nostre cas, en català o castellà. (Zentall S, 1986).

És a dir, tot i saber que l'infant preescolar pot presentar uns determinats símptomes diferencials, hem d'utilitzar els criteris definits universalment per als adults, que no contempen gaires variacions atenent a l'edat. En l'estudi de Luby , Heffeinger, Mraksky i Hessler. (2002) s'han adaptat i creat uns criteris en base a la seva experiència i coneixement de la depressió entre els 3 i 6 anys. El resultat del seu estudi indica la necessitat d'adaptar els criteris diagnòstics a les característiques de l'infant.

La manca de criteris homogenis comporta variacions importants en les dades epidemiològiques revisades en la literatura. És per això que cal treballar en la validació de criteris diagnòstics que facilitin una uniformitat entre els estudis.

Tenint en compte aquestes consideracions, podrem veure que l'estudi de la depressió entre els tres i sis anys no és fàcil. Queda reflectit en l'escassetat de referències bibliogràfiques, tant de dades quantitatives de prevalença, com de la descripció clínica , així com del seu tractament.

Dins els aspectes teòrics diferenciarem els cinc subapartats següents:

- 2.1- SIMPTOMATOLOGIA DEPRESSIVA ENTRE ELS 3-6 ANYS
- 2.2- CONTINUÏTAT EN ELS DIAGNÒSTICS
- 2.3- INSTRUMENTS DE MESURA APLICABLES A L'EDAT PREESCOLAR
- 2.4- ESTUDIS EPIDEMIOLÒGICS DE DEPRESSIÓ ENTRE ELS 3 I 6 ANYS
- 2.5- VARIABLES ASSOCIADES A LA DEPRESSIÓ EN EDAT PREESCOLAR

Anem a veure aquests aspectes amb detall.

## 2.1- SIMPTOMATOLOGIA DEPRESSIVA ENTRE EL 3-6 ANYS.

A l'hora d'avaluar la depressió major entre els 3-6 anys, trobem un ventall de símptomes que es poden presentar durant l'episodi depressiu. Com s'ha exposat, la referència simptomatològica per aquestes edats ve determinada per la simptomatologia observada en l'adult amb depressió. No obstant, trobem estudis que especifiquen una expressió i rellevància simptomatològica més pròpia de l'infant preescolar. Jellinek i Snyder, (1998) destaquen la importància de la variabilitat expressiva dels símptomes en funció del nivell maduratiu de l'infant. En preescolars es solen presentar més símptomes somàtics, deficiència en l'autoestima i expressió facial trista, a més de la irritabilitat i retraïment social.

En altres estudis s'ha observat que els infants entre 3 i 6 anys diagnosticats de depressió major, no solen presentar anhedonia, però sí la tristesa, pèrdua de gana, canvis del son, cansament i símptomes somàtics.(Kashani i Ray, 1987).

En estudis recents es destaca en els infants preescolars amb depressió major, el paper dels signes vegetatius com l'alteració en l'alimentació, en el pes, en la son i pèrdua d'energia. L'estabilitat en el temps d'aquests i altres símptomes és també un factor rellevant en aquesta edat. (Luby et al. 2002)

Domènech (1989, 1999) destaca com a símptomes més rellevants en l'edat preescolar: la cara trista, el retraïment social, la inhibició conductual i la somatització. Aquest recull actualitzat junt el de Méndez (1998), ens permet diferenciar una simptomatologia i expressivitat més adaptada a l'infant preescolar amb depressió major :

- **Humor disfòric** expressat per mitjà d'una cara trista, indiferent i inexpressiva; l'infant plora sense motiu. Presenta una variabilitat en l'humor accentuada. Per altre banda també s'ha descrit la possibilitat de presentar irritabilitat, labilitat afectiva, i agressivitat, substituint

l'humor trist (Canals , Domènech 1990) ( Kashani, Holcomb, Orvaschel, 1986).

■ **Retraïment social.** Es pot observar perquè parla i juga poc amb els altres nens. Rebutja el contacte. Li costa relacionar-se amb altres infants i adults.

■ **Avorriment-** Quan realitza una tasca o juga no gaudeix i no té iniciativa per portar a terme un altre joc o activitat.

■ **Cansament.** El nen està cansat. El podem observar molta estona estirat al sofà, quan pinta es cansa de seguida.. El cansament que presenta no ve explicat per l'activitat que ha estat realitzant al llarg del dia.

■ **Alteracions en l'alimentació.** Generalment sol tenir poca gana i pot presentar una davallada en el pes o aquest no augmenta d'acord amb la corba pediàtrica. Es pot trobar també alguns casos que presenten un augment de la ingesta.

■ **Alteracions de la son.** L'infant dorm malament, li sol costar agafar el son i pot tenir mals sons o/i terrors nocturns. A vegades es desperta a mitja nit.

■ **Autoestima baixa-** Es sent inferior als altres , "tonto". Es preocupa pel càstig i el fracàs davant tot el que fa.

■ **Somatitzacions.** L'infant es queixa de dolor físic a les cames, panxa, cap... Lopez-I bor (1997) parla de la depressió emmascarada en infants de 5-15a en el que els símptomes somàtics estan en un primer pla i els

psicopatològics en un segon. Es solen presentar dolor, mareig, vertigen, símptomes neurològics (acatísia, cames inquietes) i símptomes psicossomàtics (gastrointestinals, respiratoris, de la pell...).

■ **Inhibició conductual.** Fa referència a una activació del nivell d'arousal baixa, especialment davant desconeguts. Es creu que la inhibició conductual és un símptoma molt important per a detectar depressió i ansietat en edat preescolar. Biederman, Rosebaum, Hirshfield et al (1990) a més relacionen la conducta inhibida amb el risc a desenvolupar trastorns d'ansietat a la infància o aïllament social als 5 anys . S'ha relacionat també, la presència d'aquesta conducta amb un estil educatiu familiar basat en la crítica (Hirshfel D et al, 1997) . Darrerament s'ha publicat una revisió d'instruments per a la seva avaluació ( Ballespí, Jané, 2002)

■ Encara que no és molt freqüent en aquestes edats, el nen deprimit pot presentar **ideació mòrbida i suïcida**. Es pot observar per mitjà dels dibuixos reiteratius sobre la mort, expressions verbals o autoagressions.

Hi ha pocs estudis sobre suïcidi en preescolars. En el treball de Rosenthal i Rosenthal (1984) es va comparar 16 preescolars que van intentar suïcidar-se i 16 amb problemes de conducta no suïcides. El 56% del grup suïcida tenia símptomes depressius i la majoria eren agressius. Tots els infants suïcides tenien un trastorn de la vinculació.

Alguns autors (Pfeffer C, Trad P, 1988), creuen que el concepte de mort no es forma fins arribar als 10 anys i per això no es pot parlar de suïcidi en edats anteriors. Altres autors han observat que infants amb 8 anys d'edat tenen la mateixa percepció de mort que l'adult,

independentment de presentar ideació suïcida o no.(Viñas, Domènech-Llaberia, 1999).

Rosenthal P i Rosenthal S, (1984) van diferenciar diverses causes en el suïcidi infantil. Els nens que es volen suïcidar per autocàstig o forma d'escapar , no creuen que la mort sigui reversible. Mentre que les altres possibles causes com és la de reunir-se amb una figura important o canvi de situació, l'infant té el concepte que la mort és reversible, és a dir com si fos una separació temporal de l'entorn.

Pfeffer C, Trad P (1988) no recullen cap mort per suïcidi per sota de 5 anys. Dels casos descrits en altres estudis, malgrat tenien l'humor trist, no hi ha cap infant amb trastorn depressiu. La majoria tenien un trastorn d'ansietat i de conducta.

Generalment aquests pensaments es solen relacionar amb alteracions familiars importants, com l'intent de suïcidi dels pares, la presència en un o ambdós pares d'un trastorn depressiu i/o d'abús de substàncies.

Com es pot veure molts d'aquests símptomes no estan inclosos en els criteris diagnòstics per a depressió major del DSM-IV (APA, 1995). D'aquí la importància d'adaptar uns criteris específics per a aquesta edat. Per fer el diagnòstic de depressió major no n'hi ha prou en presentar alguns d'aquests símptomes esmentats. El diagnòstic està també en funció de la duració de l'episodi, de la manca de relació d'aquests símptomes amb una pèrdua o reacció de dol i per la dificultat per rendir i actuar en diferents nivells (escolar, social, familiar...).



## 2.2- CONTINUÏTAT EN ELS DIAGNÒSTICS

Patir una depressió comporta una afectació important i discapacitant en diverses àrees com són l'àrea escolar, familiar, social i adaptativa. Les repercussions de la depressió, no sols es donen de forma immediata sinó que s'ha observat uns efectes a llarg termini. La depressió pot afectar al desenvolupament de l'infant, pot tenir unes conseqüències greus com el risc de suïcidi (25-34% nens i adolescents) i pot sensibilitzar a futurs trastorns afectius (ex: la recurrència del trastorn depressiu després de 3 anys i la relació també amb els trastorns d'ansietat, distímia, trastorns bipolars o abús de substàncies). Per això parlem de la continuïtat dels diagnòstics. La continuïtat no sols es pot donar entre psicopatologies sinó també entre presentar uns determinats trets de personalitat i desenvolupar unes psicopatologies concretes.

El risc a continuar desenvolupant trastorns a la infància i a l'edat adulta, està cada vegada més palesa (Rutter, 1995; Prosser i Mc Ardle, 1996). Aquesta continuïtat no sempre es dona dins la mateixa línia de trastorns. Per exemple un 20% d'infants preescolars tenen problemes externalitzats, amb major predomini del sexe masculí. (Pianta i Caldwell, 1990). Aquests tipus de problemes s'han relacionat amb un major risc a desenvolupar trastorns emocionals, de conducta, rebuig dels companys, delinqüència, problemes a l'escola i en l'aprenentatge a l'adolescència (Vitaro, Tremblay, Gagnon, 1994). En nens aquests problemes externalitzats es relacionen també amb una tendència a no tolerar la frustració i en nenes amb presentar conductes internalitzades.

Beitchman, Wekerle i Hood (1987) van fer un estudi per demostrar la continuïtat dels diagnòstics en edat preescolar. En una mostra clínica, un 90% presentaven un diagnòstic del DSM. Després de 5 anys un 69% seguien presentant un trastorn generalment similar al que presentava primer. Els diagnòstics observats més estables són el retard del desenvolupament i dèficit d'atenció amb hiperactivitat.

Pel que fa als trastorns emocionals un 29% tenien continuïtat al llarg de la seva vida.

En relació als trets de temperament, s'ha vist que l'ansietat i depressió que presenten els nens als 7 anys es pot predir per una alta emocionabilitat entre l'any i els dos anys i durant l'etapa d'educació infantil (3-6a). (Rende R 1993).

La continuïtat diagnòstica es pot observar també quan es presenta algun dels símptomes depressius bàsics esmentats en l'anterior apartat. S'ha observat (Stanger C, Mac Donald V, McConaughy, Achenbach T , 1996) que els nens amb retraïment social tenen un alt risc de presentar problemes somàtics, ansietat/depressió, problemes socials, de pensament, d'atenció i conducta agressiva, al llarg de la seva vida. Els autors conclouen que el retraïment i els problemes socials son bons pronosticadors d'altres síndromes.

Per tant el fet de presentar una alteració psicopatològica en els primers anys de vida, augmenta el risc de presentar-ne d'altres al llarg del seu desenvolupament.

A la vegada s'ha observat que presentar una psicopatologia augmenta el risc a presentar-ne una altre, la comorbiditat. Jellineck i Snyder (1998) consideren que quasi un 70% d'infants amb depressió tenen a la vegada un altre trastorn psiquiàtric. El que és difícil és determinar quin trastorn és primari i quin secundari, en especial en edat preescolar.

En nenes entre els tres i cinc anys afectades amb ansietat i depressió, s'ha observat una correlació positiva amb presentar dificultats socials. (Rende, 1993)

### 2.3- INSTRUMENTS DE MESURA APLICABLES A L' EDAT PREESCOLAR

En aquest apartat es recullen articles publicats on es presenten instruments de mesura de la depressió utilitzables entre els 3 i 6 anys o on es discuteix la seva eficàcia. Aquests instruments permeten detectar els infants amb risc a presentar depressió. La majoria no són instruments diagnòstics sinó que actuen com a detectors de la simptomatologia.

Per una banda hi ha instruments dirigits als pares com el **Child Behavior Checklist CBCL (Achenbach, Edelbrock, 1983)**. Per a alguns autors és un bon detector i es considera útil en els estudis epidemiològics, malgrat té una capacitat limitada a l'hora de fer diagnòstics. (Bird, Camino, Gould, Rivera et al, 1987; Achenbach, Edelbrock, Howel, 1987).

Un altre instrument que pot ser omplert pels pares i és específic per aquesta edat i temàtica és **The general rating of affective symptoms for preschoolers GRASP** (Kashani, Holcomb, Orvaschel, 1986). Ha estat traduït al castellà per Araneda (1997). Aquest instrument pot anar també dirigit al mestre. En aquests articles trobem recollides les dades estadístiques de l'instrument. Es considera un bon detector de la simptomatologia depressiva, en especial quan l'informador és el mestre.

Al nostre país trobem un instrument, validat i creat específicament per a detectar simptomatologia depressiva en preescolars. Presenta una versió per a pares i una altre dirigida als mestres. Es **L'escala de síntomas depresivos para maestros ESDM 3-6** (Domènech-Llaberia, Araneda, Xifró i Riba, en premsa), i **l'escala de síntomas depresivos para padres ESDP 3-6** (Domènech, no publicat). Aquests instruments són una gran ajuda per fer una primera detecció dels infants que presenten simptomatologia depressiva important.

Hi ha pocs autors que s'hagin dedicat a recollir informació del propi infant. Martini , Strayhorn i Puig-Antich (1990) van elaborar un qüestionari específic de depressió per a pre-escolars i dirigit a que siguin ells mateixos els informadors del seu estat emocional. És el **Preschool Symptom Self report PRESS**. No trobem estudis que l'hagin aplicat en població general, si en una mostra clínica donant uns bons resultats en la detecció de simptomatologia depressiva (Pla, Gras, Teixidor, Jané, Domènech-Llaberia, 1998).

També podem trobar d'altres instruments avaluatius dels trastorns que poden acompanyar a la depressió en aquesta edat. (Domènech, Caceres, Bonay, 1988).

Altres estudis han centrat la seva recerca a determinar l'eficàcia dels criteris diagnòstics en l'infant, en especial dels manuals publicats per l'APA, els DSM . Generalment s'observa que no es té en compte les peculiaritats de la infància a l'hora de fer el diagnòstic (Kashani i Carlson, 1985). Hi ha estudis que constaten unes limitacions clares en el DSM-III-R quan s'estudia una mostra entre 3 i 6 anys. Aquestes limitacions però no són més grans que les que es donen en altres edats fins a l'adolescència. ( Kashani J, Ray J, Carlson G, 1984) (Lavigne,Arend, Rosebaum, Sinacore et al, 1994).

En l'estudi recent de Luby, Hefffeinger, Mrakosky, Hessler, Brown i Hildebrand (2002) destaquen l'evidència que l'infant preescolar presenta una simptomatologia depressiva i expressió d'aquesta diferent , que no té en compte el DSM-IV (APA; 1995). Per això han realitzat un estudi preliminar on validen l'eficàcia del DSM-IV (APA; 1995) amb criteris modificats i adaptats a aquesta edat.

## **2.4- ESTUDIS EPIDEMIOLÒGICS DE DEPRESSIÓ EN PREESCOLARS**

Com s'ha comentat, l'etapa d'educació infantil (3-6 anys) està poc estudiada. Si ens centrem en els estudis epidemiològics, no trobem gaires dades actualitzades sobre

la prevalença dels diversos trastorns i menys dels trastorns de l'estat d'ànim. Moltes de les referències que es troben procedeixen d'estudis fets amb infants de diverses edats, incloent preescolars. Per tant malgrat representen la única informació que disposem, no són específics per aquesta etapa.(Costello, 1989)

El primer estudi sistemàtic d'epidemiologia en l'àmbit de psiquiatria infantil fou el de Lapouse i Monk (1958). Aquests autors van veure que hi havia una alta prevalença de trastorns emocionals i del comportament (20% en nens de 6-12 anys). A més observaren una tendència a empitjorar al créixer i una alta discrepància entre la informació del nen i l'adult.

En el recull fet per Domènech i Polaino ( 1990, 1991) hi trobem els estudis epidemiològics que s'han realitzat sobre alteracions emocionals i de conducta en bona part del segle vint, referents importants per al nostre estudi.

Les taxes de prevalença de la depressió varien del 0,8 al 60%. Aquesta variabilitat depèn dels criteris utilitzats, de si es treballa en població psiquiàtrica o general, dels símptomes utilitzats com a criteri avaluatiu, de l'edat considerada i en funció de l'informador.

Quan revisem els estudis **no específics** per a preescolars, és a dir en els que s'estudia la prevalença de depressió dins un grup d'edat ampli, trobem xifres de prevalença entre 1,8% a un 8%. Les variacions són degudes al país on s'ha realitzat l'estudi, al tipus de prevalença estudiada i a la forma de realitzar els diagnòstics. (Bird , 1996). Un exemple el trobem a la Índia en una mostra entre 2 i 12 anys (Sidana , Bathia, Choudhary, 1998) es va trobar una prevalença de depressió del 6%, utilitzant criteris ICD-10.

A Espanya, el primer referent epidemiològic de la depressió infantil és l'estudi realitzat per l'equip de Polaino-Lorente i Domènech-Llaberia (1988). Es tracta d'un

estudi d'epidemiologia descriptiva amb un disseny de doble fase. Els autors van utilitzar instruments estandaritzats i criteris DSM-III. La mostra va ser seleccionada per mitjà d'un mostreig aleatori per conglomerats. Van trobar una prevalença de 1,8% de depressió major en nens de 8 a 11 anys i del 6,4% de símptomes distímics. A Girona concretament, l'índex de prevalença de depressió major en edat escolar es va situar en un 1,1% . (Monreal, 1988).

Entre l'etapa prepuberal i l'adolescència , les xifres augmenten del 2,2% al 3,1% de depressió major en nenes i del 1,3 a 1,9% en nens, al llarg de tres anys d'estudi. Sembla ser que els 13 anys és una edat crítica per l'augment de prevalença de depressió en noies (Canals, Martí-Hennberg, Fernandez-Ballart i Domènech , 1995).

En els escassos treballs **específics** amb preescolars, es troben unes xifres inferiors a les assenyalades en infants i adolescents. El primer estudi prospectiu que coneixem en una mostra clínica de preescolars amb trastorns conductuals o emocionals és el treball de Kashani i Carlson al 1985. Aquests autors troben 4 infants amb trastorns depressius, dels quals 1 presentava depressió major i la resta distímia. La prevalença de depressió major en població clínica és de l' 1%, mentre que la prevalença de trastorns afectius és del 4%. Xifres inferiors a les que es troben en edat puberal. Destaquen que en aquests casos l'estructura familiar està alterada i sol haver-hi relació amb presentar també trastorns del llenguatge. Aquest estudi significa un avenç per ser pioner en el tema i per la utilització dels criteris DSM-III .

Un altre antecedent és l'estudi de Hooks, Mayes, Volkmar (1988). Aquests autors van avaluar la psicopatologia d'infants menors de 5 anys que assistien a una clínica psiquiàtrica. Van observar que un 32,1% dels infants presentaven trastorns emocionals (ansietat, fòbies i canvis d'humor). A més van trobar una relació entre tenir un trastorn del desenvolupament i patir altres alteracions psicològiques.

L'interès de Kashani i els seus col·laboradors per a la depressió en preescolars, els va portar a publicar la descripció d'algun cas amb depressió major (1985) (1987) i a estudiar la fenomenologia de la depressió severa en preescolars (1987). En aquest darrer estudi es va avaluar el nivell de desenvolupament, de la parla i de la conducta, així com les característiques emocionals en població general. També es va fer una observació de la relació pares-fills en situació experimental de joc. Dels 9 casos diagnosticats amb depressió major, sis mares presentaven també depressió, una era addicta a drogues i dues mares no tenien antecedents rellevants. D'aquí la importància de com es relaciona l'estat emocional de la mare i la del nen. L'índex de prevalença obtingut fou del 0,9% de depressió major en base a criteris DSM-III-R (APA, 1987).

Les referències més actuals consideren que entre un 0,9%-1% d'infants entre 3-6 anys presenten depressió (Jellinek i Snyder, 1998; Son i Kirchner, 2000; Essau i Peterman, 1995; Del Bosque 2001)

Finalment en població pediàtrica generalment es troben índexs superiors. Lavigne Binns, Kaufer i Rosebaum (1993) van estudiar la prevalença de problemes emocionals i conductuals a la consulta pediàtrica primària en nens de 2-5 anys. Es van realitzar els diagnòstics clínics en base als criteris del DSM-III-R (APA, 1987) per part del psicòleg. El pediatre portava a terme una exploració i diagnòstic físic en base a l'ICD-9 (OMS, 1975). Com a resultats, els psicòlegs realitzaven més diagnòstics que els pediatres, excepte quan el nen tenien entre 2-3 anys. El diagnòstic més freqüent fou el de trastorn d'oposició i dèficit d'atenció amb hiperactivitat, mentre que la depressió no especificada es va trobar en un 2,89%. Aquest estudi presenta una limitació important com és l'ús de proves no específiques per a preescolars.

També en consulta pediàtrica es recull que un 0,3% d'infants entre 2-5 anys presenten depressió (Lavigne et al, 1996) en base als resultats al CBCL (Achenbach i Edelbrock, 1983) i criteris DSM-III-R (APA, 1987). Els mateixos autors

conclouen que com més petit és l'infant menys tendència hi ha a presentar trastorns internalitzats com la depressió . És a dir l'infant petit tendeix a expressar el seu malestar amb formes que es poden observar més externament, és a dir a partir de la conducta o alteració en els hàbits.

➤ **Taula 0- ESTUDIS SOBRE LA PREVALENÇA DE DEPRESSIÓ ESPECÍFICS PER A PREESCOLARS**

<i><b>POBLACIÓ CLÍNICA</b></i>	<i><b>POBLACIÓ GENERAL</b></i>	<i><b>POBLACIÓ PEDIÀTRICA</b></i>
1% Depressió major (Kashani et al., 1984)	0,9% depressió major (Kashani et al, 1987)	2,89% depressió no especificada (Lavigne et al, 1993)
32,1% trastorns emocionals (Hooks, Mayers, 1988)	0,9% -1% Depressió major (Jellinek i Snyder, 1998) (Son i Kirchner, 2000)(Essau i Peterman, 1995)	0,3% depressió no especificada ( Lavigne et al. 1996)

Si recollim els antecedents sobre la **prevalença de simptomatologia depressiva** en preescolars, trobem un estudi actual i proper geogràficament. Araneda (1997) va estudiar la simptomatologia depressiva en nens preescolars a Sabadell. Donada la rellevància anem a detallar alguns aspectes d'aquesta recerca. Es va utilitzar com a instrument de cribatge *The general rating of affective symptoms for preschoolers GRASP* (Kashani J, Holcomb W, Orvaschel H 1986) la versió per a mestres. A partir d'aquest instrument es va detectar la població de risc. També es van utilitzar altres instruments com: el *Child Behavior Checklist CBCL* (Achenbach, Edelbrock, 1991) , *La escala de símptomes depressives para maestros ESDM* (Domènech et al, 2003) i de nou *The general rating of affective symptoms for preschoolers GRASP* (Kashani J, Holcomb W, Orvaschel H 1986) però dirigit als pares, i un qüestionari creat especialment per recollir dades biogràfiques.



Araneda va calcular la prevalença de simptomatologia depressiva en base a una puntuació superior a 60 en el "The general rating of affective symptoms for preschoolers GRASP" (Kashani et al. 1986). L'índex de prevalença de la simptomatologia depressiva recollit és del 2,98%. Si s'analitza en funció del sexe, un 66,7% amb simptomatologia depressiva és del sexe masculí, per bé que les nenes presenten una major severitat dels símptomes. L'estimació de la prevalença en nens és del 4,06% i en nenes de 1,84%. Tenint en compte el tipus d'escola es va observar un major índex de prevalença de simptomatologia depressiva en les escoles públiques (4,5%) que en les privades (0,6%).

En el mateix estudi, analitzant la simptomatologia depressiva i la informació obtinguda en altres proves, s'observa que els nens amb alta simptomatologia depressiva tenen més problemes de conducta en el Child Behavior Checklist CBC (Achenbach, Edelbrock, 1983), presentant més queixes somàtiques, agressivitat i més problemes internalitzats. En les nenes, en canvi, l'alta simptomatologia depressiva es relaciona més amb retraïment social, queixes somàtiques i cert nivell d'ansietat. Al cap de tres mesos es va fer una nova valoració dels casos amb simptomatologia alta. Els resultats van destacar una alta variabilitat, donat que dels 30 casos sols 10 seguien presentant la simptomatologia depressiva.

Amb aquest recull podem veure la necessitat d'actualitzar i aportar noves dades sobre la depressió en l'infant de 3-6 anys en el nostre país.

## **2.5- VARIABLES ASSOCIADES A LA DEPRESSIÓ EN EDAT PREESCOLAR**

En aquest apartat volem recollir aquelles variables que s'associen o predisposen al desenvolupament d'un trastorn psicològic com és la depressió. Fem referència als factors de risc tant del propi infant com del seu entorn.

El nombre de factors de risc que es presenten, poden ser més rellevants a l'hora de desenvolupar trastorns, que la combinació entre ells. Els que comprometen més a la qualitat de relació amb els pares, els estressors psicosocials i mèdics són els que s'associen més a la psicopatologia. (Earls F, 1982) (Zeanah, Boris, Scheeringa, 1997)

La depressió entre els tres i sis anys, generalment, afecta a poblacions d'alt risc com: nens amb retard del desenvolupament, infants amb alteracions del llenguatge i mancances afectives, fills de pares deprimits, nens amb temperament difícil, afectats per una malaltia crònica o hospitalitzats, víctimes de maltracte o abús, fills de pares amb malaltia psiquiàtrica i en infants que han perdut un o ambdós pares o conviuen en famílies desestructurades, (Domènech, 1999) o quan la mare viu sola o separada (Lavigne et al, 1996). Altres signes d'alarma es relacionen bàsicament amb la vinculació afectiva amb la mare, la capacitat d'iniciativa de l'infant i les queixes somàtiques. (Domènech, 1993)

Sembla ser que la vinculació mare-fill és molt determinant en l'evolució de psicopatologies, a l'igual que els antecedents familiars de depressió i ansietat. En concret, la depressió materna i el nombre d'episodis de depressió dels pares són els que hi tenen major pes. Per contra un vincle segur infant-mare, dona major seguretat al nen per tenir cura d'ell mateix i ser més competent (Crittenden, 1992). Tots aquests i altres factors associats augmenten el risc a desenvolupar psicopatologies. (Méndez, 1998; Domènech, 1999, 1993; Cummings i Davis, 1994; Scheteingart, Molnar, Klein, Lowe et al. 1995; Shaw et al. 1997).

A més a més d'aquests factors hi ha estudis que destaquen un augment de la psicopatologia en els darrers anys, apuntant a un efecte ambiental (Prosser i McArdle, 1996). Aquests autors observen una incidència més alta de depressió major, suïcidi, abús de substàncies i trastorn de conducta en adolescents en especial del sexe masculí. Aquest augment de casos no s'observa en edat

preescolar, ja sigui per la manca de criteris i instruments adequats per aquesta edat, o perquè la majoria d'estudis tenen per objectiu els trastorns de conducta.

Els factors de risc a desenvolupar depressió, es poden agrupar en dues categories. El primer grup fa referència a les característiques personals de l'infant i el segon a les variables relacionades a l'entorn on viu el nen.

### 2.5.1- Característiques personals de l'infant

En aquest apartat es fa referència a aquells factors propis de l'infant que predisposen o augmenten el risc a desenvolupar depressió. Cal recalcar que no tots aquests símptomes s'han estudiat en infants preescolars específicament, però donada la rellevància que té en els infants d'edats superiors els hem inclòs. Els més destacats són:

- **El temperament i trets de personalitat**- El temperament de l'infant és un factor que es relaciona amb la predisposició a desenvolupar psicopatologies, mentre que les característiques de l'entorn actuarien en el manteniment i curs de la psicopatologia. (Earls i Jung , 1987. Rutter, 1987). El temperament del nen té a veure en com reacciona davant els altres o davant esdeveniments .

El temperament anomenat difícil és un factor de risc important per desenvolupar alguna psicopatologia. Un nen amb temperament difícil es caracteritza per ser molt emocionable, poc sociable, irritable i dependent dels adults. Es sol donar amb més freqüència en fills de pares deprimits. Els nens considerats difícils tenen més problemes internalitzats i externalitzats en especial, quan viuen en un entorn amb conflictes familiars. Per això el tipus de temperament i característiques familiars són molt importants perquè poden actuar com a factors de protecció o de risc, en funció de les seves característiques. (Tschann J, Kaiser, Chesney, Alkon, 1996).

En un estudi de Earls i Jung (1987) s'assenyalava que la baixa capacitat d'adaptació i alta intensitat de resposta als 2 anys, predeu problemes de conducta als 3 anys. En concret, Earls i Jung (1987) quan parlen dels trastorns emocionals, troben una tendència en les nenes molt emocionables a la primera infància i poc sociables a desenvolupar ansietat i depressió. En nens l'emocionabilitat alta es correlaciona positivament amb problemes d'atenció i també amb l'ansietat i depressió. (Rende R, 1993).

Biederman, Rosebaum, Hirshfield, Faraone, Boldue et al, (1990) assenyalen que els nens inhibits tenen més risc de presentar trastorns d'ansietat. No observen en canvi cap relació amb la depressió major.

Seguint aquestes troballes, s'ha observat una relació entre el temperament difícil en preescolars i els trastorns depressius i ansiosos mesurats amb les escales ESDMP i ESAP (Abarzue, 2002).

La relació entre temperament i depressió no sols es dona de forma simultània en el temps. S'ha trobat també, una relació entre el temperament en l'edat preescolar i desenvolupar diversos problemes psicològics a la infància i adolescència. Per exemple, nens i nenes que presenten poc control del seu comportament, tenen més endavant problemes externalitzats com la hiperactivitat, dèficit d'atenció, conducta antisocial i trastorn de conducta a l'adolescència (Caspi, Henru, McGee, Moffit, 1995).

El temperament sembla més estable en els nens que en les nenes. En les nenes es sol donar més canvis positius. Maziade, Côté, Bernier, Boutin i Mriege, (1989) estudien la persistència o canvi en el temperament dels 4/8 mesos als 4 anys. Els canvis en el temperament són més evidents en famílies amb alt nivell de comunicació, essent molt important l'estat emocional de la mare (Maziade et al.,

1989). En el mateix estudi s'observa que el 65% dels nens que tenen un temperament difícil desenvolupen trastorns clínics. A més el risc augmenta quan la família és controladora i en funció de l'estat d'ànim de la mare.

■ **Baixa autoestima-** Malgrat l'autoestima es va formant amb l'edat, viure en un entorn crític, amb poc reforç positiu, fa que el nen es senti poc estimat i valorat. Això afecta en el concepte que té d'ell mateix i de la seva capacitat. (Culkin, Brady, Crew, Albright i Murphy. 1986)

No sols podem trobar una baixa autoestima en famílies crítiques, també és molt usual trobar-ho en situacions de sobreprotecció. L'infant depèn de l'adult, no té iniciativa, té dificultats per adaptar-se a situacions adverses i no es veu capaç de fer les coses per ell sol. (Culkin et al. 1986).

La baixa autoestima és un dels símptomes relacionats amb la depressió, fins i tot en edat preescolar, que és quan es va consolidant.(Méndez , 1996)

■ **Malaltia física-** La malaltia física pot portar a episodis de depressió major i a la vegada, aquesta última pot predisposar a desenvolupar una malaltia física o a fer-la més severa.

Hi ha autors que sols han trobat aquesta relació en malalties que afecten al sistema nerviós (Cohen, Piner, Must, Kasen, 1998), mentre que altres han trobat afectació en qualsevol malaltia crònica independentment de la seva gravetat i en especial quan s'acompanya d'hospitalització. (Bussing, Halfon, Benjamin i Wells, 1995; Garralda i Bailey 1994; Siefert Wittman, Farguar i Talsma, 1992).

No trobem gaires estudis sobre la depressió major en preescolars afectats d'una malaltia. Per això hem de tenir present els resultats trobats en altres

edats. Cohen et al. (1998) observen que un 3% d'una mostra entre 13-16 anys que pateix una malaltia física presenta també depressió major.

En preescolars asmàtics, hem trobat una relació entre major gravetat de la malaltia i presentar un major nombre de simptomatologia depressiva i agressivitat (Pla et al, 1998). La simptomatologia depressiva a més es relaciona amb el nombre d'absències escolars. És a dir quan més absències escolars fa l'infant, la simptomatologia depressiva que presenta augmenta. Aquesta troballa ens fa tenir present com l'efecte directe i indirecte de tenir una malaltia, repercuteix en la vida quotidiana de l'infant i en el seu estat emocional.

Araneda (1997) en canvi, no troba relació entre la malaltia física, els accidents, les intervencions quirúrgiques ni el baix nivell socioeconòmic amb la simptomatologia depressiva de l'infant preescolar.

A la vegada, com ja s'ha indicat anteriorment, patir una depressió major prediu un major risc a desenvolupar una malaltia física, independentment de la condició física anterior. En ambdós casos caldria determinar però, l'efecte de la medicació i de la família en l'estat anímic de l'infant. (Cohen et al, 1998).

■ **Patir altres alteracions psicològiques-** Moltes vegades l'estat depressiu no es presenta sol, si no que s'acompanya d'altres trastorns. La depressió pot ser primària o secundària a aquest altre trastorn. A més, patir un trastorn psicopatològic, augmenta el risc a presentar-ne més al llarg de la vida.

Majoritàriament la depressió s'ha relacionat, en aquesta edat amb els trastorns de conducta.

Generalment es demostra una relació a curt o llarg termini entre els trastorns de conducta i els trastorns emocionals. Teti i Gelfand (1997) observen aquesta relació i donen un èmfasi especial a la vinculació mare-fill i a la vivència

d'esdeveniments estressants a l'hora de generar i potenciar aquests trastorns. (Teti i Gelfand, 1997; Campbell, Breux, Ewing, Jzmauski, 1986; Campbell, Breux, Ewing, Jzmauski, 1986).

En un estudi amb nens de 8-13 anys, un 16% d'infants amb trastorns de conducta tenien comorbiditat amb la depressió. (Kovacs, Paulauskas, Gatsonis, Richards, 1988). En aquest cas, sense especificar la relació entre el tipus de depressió i el trastorn de conducta relacionat. Es va observar també, que en una tercera part dels nens amb comorbiditat, el trastorn de conducta era primari i en la majoria es mantenia després de remetre la depressió (Kovacs M et al, 1988).

Cole, Fox, Zahn-Waxter, Usher i Welsh (1996) van trobar una elevada comorbiditat entre els trastorns de conducta amb la depressió i l'ansietat. Fisiològicament es va observar que el nen inexpressiu no comunica facialment les emocions, té un to vagal baix, el batec del cor és molt estable i la pell té baixa conductància . Aquests infants interioritzen l'estrès i tenen alt risc a desenvolupar trastorns depressius o ansiosos. Els mateixos autors troben una relació entre la inexpressivitat i l'alta puntuació en depressió tant en el qüestionari dirigit a la mare com en el dirigit al propi infant. (Cole et al, 1996).

La relació amb altres trastorns no sempre es dona de forma immediata. Caspi, Moffit, Newman i Silva (1996) troben una relació entre l'estil conductual als 3 anys i l'aparició de certs problemes psiquiàtrics als 21 anys com l'abús d'alcohol i la conducta violenta. No s'ha relacionat en canvi amb el risc a desenvolupar trastorns d'ansietat.

A més la correlació entre els trastorns s'agreuja en funció de l'entorn. Quan es parla de problemes de conducta en preescolars, hi ha correlacions significatives

entre aquests trastorns i la simptomatologia depressiva de la mare i els conflictes en la relació mare-fills. (Leabeater, Bishop, Raver, 1996).

En nens preescolars amb problemes més observables externament o amb dificultats de relació amb els companys, tenen un alt risc a desenvolupar posteriorment alteracions emocionals, trastorns de conducta, rebuig dels companys, delinqüència i problemes a l'escola. Aquests problemes d'adaptació s'agreugen en funció de l'estatus socioeconòmic, de viure en una família monoparental, del baix nivell d'estudis dels pares i de la baixa capacitat intel·lectual del nen. (Vitaro et al, 1994).

Per altra banda, el fet de patir problemes internalitzats en edat preescolar prediu un funcionament escolar pobre. Quan un nen presenta retraïment social, és molt probable que expressi més queixes somàtiques, ansietat, depressió, dificultat de relació social, i tingui dificultats de raonament, problemes d'atenció i conducta agressiva.(Shaw, Keenan, Vondra, Delliquadri et al. 1997; Stanger et al, 1996).

Es presenta doncs una continuïtat entre els problemes de conducta i les alteracions emocionals des de la infància fins a l'edat adulta. Presentar ansietat o depressió a la primera infància prediu un risc elevat de patir-ho en l'edat adolescent.

Per altra banda s'ha observat una relació entre presentar trastorns del llenguatge i patir algun trastorn psicològic. (Cohen, Barwick, Horodezky, Isaacson, 1996). Majoritàriament la relació es troba amb els problemes externalitzats i el baix rendiment escolar.(Cohen et al, 1996). No obstant s'ha trobat també una relació entre presentar alteracions de llenguatge i simptomatologia depressiva (Araneda, 1997).



■ **Edat-** Quan s'estudia la prevalença de la depressió en preescolars trobem resultats significants i comparables amb més grans, malgrat es presenta amb formes menys severes.

A mesura que l'infant creix, augmenta el risc a desenvolupar trastorns depressius. S'han destacat unes franges d'edat amb més risc o major severitat per a la depressió, als 2-3 anys i a l'adolescència. (Lavigne et al, 1996) (Schteingart, Molnar, Klein et al, 1995). Entre els 3-5 anys s'ha observat una moderada estabilitat (Shaw, Keenan, Vondra et al, 1997).

■ **Gènere-**

No es troben diferències significatives entre els sexes, en relació als índexs de prevalença de depressió en edat pre-escolar. Generalment no es constaten diferències de gènere fins arribada l'adolescència.

No obstant Araneda N (1996) troba una major prevalença de simptomatologia depressiva en nens preescolars que en nenes.

### 2.5.2- Variables relacionades amb l'entorn del nen

S'ha observat un augment d'afectats per la depressió major en els nascuts en les últimes dècades (Leon, Klearman, Wickramarate, 1993). Aquesta observació pot ser deguda a l'increment d'estudis sobre la depressió en aquests darrers anys, o bé a efectes ambientals. En aquest apartat desglossarem variables externes, culturals i socials, que s'han relacionat amb la depressió infantil. A l'igual que en els altres apartats hem d'agafar com a referent els estudis amb infants d'edats superiors. Seguint també l'estudi de Culkin et al, (1986) es poden diferenciar les següents variables :

■ **Efecte cultural/immigració-** El context no té sols a veure amb la família. Podem diferenciar també el paper de l'entorn més extern, la cultura , la societat i la immigració. En un estudi sobre l'efecte de la immigració en l'estat emocional dels infants (Bengi- Arlsan , Verhust, Vander Ende, Erol., 1997), s'observa que els immigrants puntuen superior en el Child Behavior Checklist-CBCL (Achenbach i Edelbrock, 1983) en totes les escales, en especial en ansietat/depressió. Els nens solen tenir puntuacions més altes en problemes d'atenció, conducta i agressivitat, mentre que les nenes ho fan en queixes somàtiques, ansietat/depressió i retraïment. En quan a l'edat, els infants més petits (preescolars) solen mostrar una conducta més agressiva i externalitzada.

Els mateixos autors destaquen el pes de l'efecte cultural. S'observa una simptomatologia ansiosa/depressiva particularment alta en immigrants magrebins. En aquesta cultura, el fet de potenciar la dependència i la conformitat respecte a l'adult i utilitzar el càstig físic i la religió com a mètodes educatius, pot generar més angoixa als infants. (Bengi- Arlsan et al. 1997). Semblaria doncs, que la cultura tindria un paper important en la predisposició a patir trastorns afectius.

■ **Nivell socioeconòmic-** En l'estudi realitzat a Sabadell per Araneda (1997) no s'ha trobat relació entre simptomatologia depressiva en preescolars i baix nivell socioeconòmic .

En alguns països s'ha observat que una tercera part dels infants sense casa tenen un risc per a patir depressió, en especial quan s'associa a la psicosis de la mare. Les mares d'ambients deprivats socialment presenten sovint diversos quadres psicopatològics entre ells depressió (21%), abús de substàncies i trastorns psicòtics ( 10%). (Zima, Wells, Benjamin i Duan, 1996).

En aquest últim cas la relació entre depressió en edat preescolar i l'efecte del baix nivell socioeconòmic sobre la psicopatologia del nen es dona especialment en funció de les característiques de l'estat emocional de la mare, del vincle que s'estableix amb ella, més que del nivell econòmic en si. (Cambell, March, Pierce, Ewing et al, 1991).

■ **Mort d'un familiar proper-** El nen menor de 8 anys té una comprensió limitada de la mort. Es creen fantasies ansioses i el risc a presentar símptomes o depressió clínica augmenta. A més de l'efecte directe de la mort sobre el nen, l'afectació de la pèrdua en l'estat emocional del pare o de la mare, pot repercutir en el de l'infant. El pare sol no té tanta energia per respondre a les necessitats del nen. (Culkin, Brady, Crew et al, 1986)

■ **Separacions- Divorci- Distanciament dels pares-** La separació dels pares afecta a l'estat emocional de l'infant. Per una banda es trenca el nucli familiar i per altre l'atenció que rebien dels pares sol disminuir. Els pares estan concentrats en altres temes com la separació legal, els ingressos econòmics, les discussions per la custòdia dels fills...i això fa que el nen es senti deixat de banda i a la vegada centre de discussió. El desacord marital pot augmentar la ineficàcia a l'hora d'establir unes pautes educatives en el nen o contribuir a augmentar la depressió en els pares.

Sembla ser que el risc a patir depressió major en fills de mares soles, és més alt en els nens que en les nenes. (Kasen, Cohen, Broke, Hartmark et al, 1996) Aquestes diferències serien degudes a la manca de la figura paterna, associada al rol de socialitzador i a la identificació com a model. Tot i això, aquest estudi demostra que qualsevol pèrdua parental és un factor de risc a tenir depressió (Kasen, Cohen, Brook i Hartmark, 1996) (Araneda, 1996).

Burghes (1994) creu que els infants que viuen amb un sol pare estan menys bé física, psíquica i econòmicament. S'ha trobat que tenen un menor rendiment i dificultat d'ajust escolar. Cal dir però que hi té molt a veure la naturalesa de l'alteració familiar, si el nen ha viscut la separació o si viuen amb una nova parella després de la separació. Curiosament això no passa en els casos de viduitat.

■ **Maltracte- privació afectiva- abandonament-** Els infants que han patit maltracte físic, abús sexual o privació afectiva, solen tenir una afectació emocional que en molts casos s'expressa en forma de depressió. (Domènech, 1989; Domènech , 1993; Kashani & Carlson, 1987).

Kashani i Carlson (1987) destaca que els infants amb depressió major solen viure, de forma majoritària, en famílies desestructurades o han estat víctimes de maltractes o negligència.

■ **Malaltia mental dels pares-** La relació entre la psicopatologia dels pares i de l'infant es dona de forma bidireccional. És a dir si els pares presenten una alteració emocional, aquesta pot repercutir en l'estat d'ànim del fill. Per altra banda, quan el nen presenta una psicopatologia, pot generar sentiments de desesperació i estat d'ànim trist en els pares. A més podem trobar que l'infant presenti més d'un diagnòstic si els pares també ho presenten. (Weissman, Leckman, Merikangas et al. , 1984).

Moltes recerques es centren en l'estudi de la depressió dels pares com a factor de risc per l'infant a desenvolupar depressió. S'ha vist que els pares amb depressió són menys comunicatius, donen menys atenció , són menys estimuladors i mostren menys contacte emocional. Aquestes característiques relacionals afectarien a l'infant. (Culking et al, 1986) (Field, Heady, Goldstein et al, 1988)

Els fills de pares deprimits tenen més dificultats d'adaptació, problemes inter i externalitzats, problemes socials i acadèmics i més risc de patir símptomes depressius i depressió clínica. La depressió dels pares afecta a les cognicions, sentiments dels fills i a la relació amb aquests (Cummings & Daves, 1994) Les mares deprimides solen ser més, coercitives, crítiques i abusives físicament. Els pares al tenir un pensament negatiu fa que interpretin a si mateixos i al seu fill de forma maladaptada i amb poca percepció d'autoeficàcia.

La depressió materna s'ha relacionat amb unes característiques determinades en els fills : immaduresa, menor atenció, trastorns de conducta i simptomatologia depressiva .(Sinclair i Murray , 1998; Araneda, 1996) així com al trastorn per dèficit d'atenció (Orvaschel , Walsh-Allis i Ye, 1988; Weissman, Leckman, Merikaugas et al, 1984; Goodman, Brogan, Lynch, Fielding, 1993)

Carro, Grant, Gotlib et al. ( 1993) van estudiar per mitjà d'un estudi prospectiu, el rol dels símptomes depressius de mares i pares com a predictors de problemes de conducta i també l'efecte de la depressió post-part en la conducta del nen . Van trobar que els símptomes depressius del pare i mare correlacionen amb altes puntuacions inter i externalitzades en els fills. La simptomatologia depressiva en el pare, després del naixement del fill, correlaciona amb l'augment de símptomes en la mare i l'increment dels problemes de conducta del fill quan té 2-3 anys.

L'efecte de la depressió post-part en els fills es pot observar a qualsevol edat. Field (1988) troba que infants de mares deprimides mostren una conducta més apàtica i inhibida fins i tot als 3m. En nens amb edats superiors s'observa més afectació. No queda clar si els afecta més perquè han estat exposats més temps a la depressió materna, per si pateixen uns canvis evolutius que els fan més vulnerables o si en funció de l'edat es desenvolupa una forma específica de

psicopatologia (ex: més petits més agressivitat). S'ha destacat també la importància dels antecedents familiars de depressió i altres trastorns psiquiàtrics, (Wellers, Kapadia, Weller et al, 1994) en especial de la depressió major i els trastorns d'ansietat.

La depressió materna pot afectar a la capacitat d'atenció, rendiment i desenvolupament dels nens. Els nens de mares que van patir depressió post-part durant el primer any de vida, tenen puntuacions més baixes en l'índex general cognitiu. No s'observa aquesta relació quan la mare pateix depressió passat aquest primer any. Aquests nens tenen més risc de tenir problemes a l'hora de llegir i de fer activitats que requereixen percepció i habilitats verbals. Les esmentades relacions s'han observat sobretot quan l'infant és del sexe masculí (Sharp , Hay, Pawlby et al, 1995). Als 5 anys però, aquesta relació no és tant clara. Sembla ser que l'estimulació a casa i a l'escola contribuiria a facilitar el desenvolupament del nen.(Murray, Hipwell, Hooper et al 1996).

També s'ha estudiat l'efecte d'altres psicopatologies dels pares sobre el nen. En l'estudi de Greco-Vigorito, Drucker, Moore-Rusell (1996) troben que l'infant fill d'un pare que abusa de substàncies s'identifica amb l'estat emocional del progenitor del mateix sexe. Aquesta tendència s'observa més en les nenes. Malgrat no desenvolupen depressió clínica, es troba una alta simptomatologia depressiva tant en els infants com en la mare.

En un estudi de Weissman et al,( 1984) , es va recollir que nens de pares amb depressió i trastorn de pànic solien rebre tractament per problemes emocionals i escolars, en especial depressió i trastorn d'ansietat (fòbies, trastorn de pànic, agarofòbia...). Aquests autors assenyalen que en fills de pares deprimits, l'edat d'inici de l'ansietat sol ser als 3 anys i de la depressió als 6 anys.

No tenim informació sobre l'efecte de psicopatologies més severes i cròniques com l'esquizofrènia, en l'estat emocional del nen preescolar. L'únic recull destaca en fills de pares esquizofrènics un baix quocient d'intel·ligència, dificultats de comunicació i atenció i a l'hora de classificar objectes . (Winters , Stone, Weintraub, Neale, 1981).

■ **Vincle pares-fill-** La relació que s'estableix entre mare i fill és molt important. La qualitat del vincle prediu diferències en el desenvolupament a la infància.

En nadons, s'ha vist que durant la interacció amb la mare deprimida, el nen presenta també una conducta deprimida, amb canvis en el ritme cardíac constants i alt nivell de cortisol. És a dir, es donen uns correlats biològics que ens indiquen que aquesta situació, possiblement genera estrès a l'infant. (Field T, Healy B, Goldstein S et al, 1988). A més es va observar que, l'infant generalitza aquesta resposta d'estrès davant la relació amb altres persones , mostrant únicament com a diferència un major interès visual degut a la novetat de l'estímul.

Quan hi ha un vincle mare-fill alterat, poden aparèixer conductes agressives i d'oposició en edat pre-escolar. Aquesta reacció conductual s'accentua quan la mare és molt directiva i exerceix un control negatiu sobre el fill. És a dir constantment la mare rebutja, denega i critica les iniciatives i accions de l'infant. Curiosament s'ha observat que aquestes mares deixen de ser menys directives quan l'infant té 4 anys.(Campbell et al, 1986)

Com més segur és el vincle més competència té l'infant en tenir cura d'ell mateix (Crittenden , 1992), aprèn a manejar les situacions i té més empatia cap als altres. A la vegada, les mares de nens segurs tenen més suport social, són

emocional i verbalment més actives i tenen unes pautes educatives més coherents.(Teti , Gelfand , 1997).

S'ha vist que fills de pares que es queixen de tenir un nen mogut, solen ser més impulsius, menys atents en el joc i nerviosos . Quan la crítica és constant , el fill pot tendir a presentar una conducta més inhibida, símptomes externalitzats i trastorns de l'humor com la depressió. (Hirshfield et al, 1997) Quan es dona una interacció coercitiva o amb baixa resposta i amb poca regulació emocional es poden donar alteracions emocionals en l'infant amb més facilitat.

Ja des del naixement és important la relació que s'estableix entre pares i fills, i l' aplicació de pautes educatives coherents pel desenvolupament òptim de l'infant. A més de l'efecte negatiu que pot tenir una determinada vinculació mare-fill, quan s'afegeixen problemes socioeconòmics o esdeveniments estressants augmenten la probabilitat de desenvolupar problemes de conducta i emocionals de l'infant, així com el dèficit d'atenció i oposició al control matern. (Cambell S, March C, Pierce E, et al, (1991).

Hi ha situacions en la família que poden augmentar el risc de percebre el fill de forma més negativa i problemàtica . Serien situacions en les que es dona un vincle mare-fill basat en el control i negatives constants cap al nen, situacions on les mares tenen menys suport social, o bé famílies amb problemes en el matrimoni i alteracions en l'estat emocional. (Teti , Gelfand , 1997) (Campbell S, Breaux A.M, Ewing L, Szumuski (1986).

■ **Factors estressants-** Qualsevol situació que implica un canvi de vida i esforç d'adaptació, pot afectar a l'estat emocional de l'infant i en funció de la seva vulnerabilitat personal, desenvolupar depressió. El fet de viure més de dos esdeveniments estressants alhora, augmenta el risc que el nen presenti trastorns psicològics. Aquests esdeveniments poden ser problemes



socioeconòmics, canvi d'habitatge o ciutat, canvi d'escola, naixement d'un germà... A més d'altres factors que hem comentat en apartats diferenciats com és la separació dels pares, mort d'un familiar o de la seva mascota.

Earls (1982) creu que una part molt important en l'etiologia dels trastorns psiquiàtrics es troba en els estressors psicosocials i mèdics. És a dir, tenir una relació desorganitzada, viure experiències negatives, estar exposat a conflictes i malalties mèdiques es relaciona a un major risc per desenvolupar problemes internalitzats.

En un estudi de Lee (1987) es destaca que en un 40% dels subjectes, els símptomes depressius i trastorns de conducta tenen estressors que han desencadenat els problemes (7% divorci, 5% absència del pare, 10% negligència). Araneda (1997) en canvi, no troba relació entre presentar major simptomatologia depressiva i esdeveniments estressants com patir una malaltia física, accidents o operacions quirúrgiques, ni tenir un nivell socioeconòmic baix. Per altra banda troba una relació entre tenir germans, pares separats i mares amb depressió amb un augment de la simptomatologia depressiva en l'infant.

## HIPÒTESIS, DEFINICIÓ DE CAS I VARIABLES ASSOCIADES

### **3- HIPÒTESIS**

Com s'ha assenyalat a la part teòrica, hi ha pocs estudis específics sobre la depressió entre els tres i sis anys. Actualment s'accepta que un infant d'aquesta edat pot patir depressió, a l'igual que en nens d'edats superiors i adults.

### **3.1 HIPÒTESIS**

El nostre propòsit és conèixer en quin nombre afecta la depressió major entre els 3 i 6 anys i saber les característiques dels infants que la pateixen en el nostre entorn. És a dir ens interessa saber la prevalença, l'expressió simptomatològica de la malaltia i les variables relacionades amb desenvolupar depressió entre els 3 i 6 anys. Per tal de poder arribar als nostres objectius, passem a plantejar les hipòtesis d'estudi.

**H1- S'espera trobar un nombre important de nens preescolars amb simptomatologia depressiva elevada.**

**H2- Es preveu trobar casos de depressió major clínica en edat preescolar**

**H3- La prevalença de depressió major entre 3 i 6 anys serà inferior a la trobada en altres estudis en edat escolar.**

**H4- Trobarem variables derivades de situacions familiars que s'associen a l'augment de símptomes depressius en preescolars.**

**H5- Moltes variables associades a la depressió en edat escolar, s'associaran també als casos de depressió en preescolars.**

### **3.2 - DEFINICIÓ DE CAS**

En aquest estudi es considerarà cas, a aquell infant que presenti depressió major en base als criteris diagnòstics del DSM-IV (APA, 1995).

Com s'explicarà posteriorment, també hem inclòs dos definicions de cas més per tal de realitzar dos càlculs addicionals, en els quals s'utilitza per una banda uns criteris adaptats i per altra els criteris en base al DSM-III (APA, 1980).

### 3.2.1- Depressió Major segons criteris DSM-IV (APA, 1995)

Seguint la creença que la depressió en l'infant té gairebé les mateixes característiques que en l'adult, s'ha utilitzat els criteris diagnòstics del DSM-IV (APA, 1995). Aquest són els següents:

⇒ A) Per considerar depressió major durant 15 dies com a mínim s'han de presentar 5 o més dels criteris següents. És imprescindible que 1 sigui:

1- *Estat d'ànim irritable o depressiu durant la major part del dia, quasi cada dia segons la descripció del propi subjecte o observació (Plor, cara trista...)*

o

2- *Disminució de l'interès o de la capacitat de plaer en totes o, quasi totes les activitats, la major part del dia, quasi cada dia.*

3- Pèrdua important de pes sense fer règim o augment o bé pèrdua o augment de la gana. En nens també es valora el fracàs en aconseguir augments de pes esperats.

4- Insomni o hipersomnia quasi cada dia.

5- Agitació o alentiment psicomotors quasi cada dia observables pels altres.

6- Fatiga o pèrdua d'energia quasi cada dia.

7- Sentiments d'inutilitat o culpa excessius o inapropiats quasi cada dia.

8- Disminució de la capacitat per pensar o concentrar-se o indecisió quasi cada dia.

9- Pensaments recurrents de mort (no sols por), ideació suïcida o temptativa o pla per a suïcidar-se.

⇒ B) No es compleixen els criteris per episodi mixte.

⇒ C) Els símptomes provoquen un malestar clínicament significatiu o deteriorament social, escolar.

3.2

⇒ D) Els símptomes no són deguts als efectes fisiològics d'una substància (medicament o droga) o malaltia mèdica (Ex. Hipertiroidisme).

La revis

⇒ E) Els símptomes no s'expliquen millor per la presència d'un dol. Els símptomes persisteixen després de dos mesos.

s una

característica important en els casos de depressió i trastorns d'ansietat en aquest

període d'edat. És per això que hem volgut estudiar l'índex de prevalença de depressió major en base a uns CRITERIS ADAPTATS. En aquests criteris s'utilitzaran els mateixos que el DSM-IV (APA,1995), afegint la inhibició conductual com a possible símptoma a presentar.

Considerarem que un infant presenta inhibició conductual quan mostri la següent expressió emocional i conductual:

- Inhibició conductual
  - Poca resposta a l'adult desconegut
  - No respon o ho fa tímidament
  - Baixa activació arousal, d'activitat.

### 3.2.3- Definició de cas de Depressió major segons criteris DSM-III

Finalment s'ha inclòs un darrer càlcul de prevalença en base als criteris DSM-III (APA; 1980). Malgrat aquests criteris no són actuals, molts estudis anteriors han estat realitzats en base a aquesta classificació diagnòstica. Per això s'ha cregut interessant realitzar un càlcul comparatiu en base als criteris destacats per a l'infant menor de 6 anys seguint aquests criteris diagnòstics.

La diferència bàsica es troba en que en nens menors de 6 anys han de presentar a part de l'humor bàsic deprimat persistent, 3 o més símptomes, a diferència de l'adult que n'ha de presentar 4 o més.

- |  |
|--|
| <p>⇒ A) Humor bàsic deprimat persistentment.</p> <p>⇒ B) Presentar 4 o més dels criteris següents.(3 o més en nens menors de 6 anys)</p> <p>1- Pèrdua d'interès per experimentar plaer (en menors de 6 anys, apatia)</p> <p>2-Variacions significatives de pes o augment o bé pèrdua o augment de la gana.</p> <p>3- Insomni o hipersomnia quasi cada dia.</p> <p>4- Agitació o hipoactivitat psicomotora .(En nens menors de 6 anys hiperactivitat)</p> <p>5- Perdua d'energia, cansansi.</p> <p>6- Sentiments de culpa excessius.</p> <p>7- Disminució de la capacitat per pensar o concentrar-se .</p> <p>8- Pensaments recurrents de mort (no sols por), ideació suïcida o temptativa o pla per a suïcidar-se.</p> <p>⇒ C)No evidència de deliris, alucinations o conductes extravagants.</p> <p>3.3 ⇒ D) Absència de trastorns esquizofreniformes, paranoides i esquizofrenia.</p> <p>En ⇒ E) No degut a alteracions mentals orgàniques.</p> <p>⇒ Duració mínima dues setmanes.</p> |
|--|

especificant com podem trobar expressats els símptomes depressius en etapa preescolar:

- Humor trist
  - Cara trista
  - A vegades pot ser també humor irritable (rabiüdes, conducta destructiva)
  - Variabilitat de l'humor
  - tristesa. Poca expressivitat facial, ulls tristos, no somriu.
  - Plor.
  
- Anhedonia
  - La pèrdua d'interès s'observa en la disminució tant del temps com d'interessos en el joc i amb els amics.
  - Diu que s'avorreix
  
- Alteracions en l'alimentació
  - Rareses
  - Problemes en el menjar
  - Pèrdua de gana
  - No guanya pes
  - Pèrdua de pes
  - Engoleix el menjar
  
- Alteracions en el son
  - Malsons
  - Terrors nocturns
  - No vol anar a dormir
  - insomni intermig
  
- Activitat física
  - Generalment sol presentar menys activitat física
  - Pot presentar també un excés d'activitat
  
- Sentiments d'inutilitat o culpa. Relacionat amb una afectació de l'autoestima i sentiments.
  - No es veu capaç de fer les coses. Diu que no en sap.
  - preocupació pel càstig
  - Preocupació pel fracàs
  
- Mort
  - Autoagressions
  - Més risc de lesions
  - Expressió per mitjà de dibuixos o verbalment sobre el tema o sobre la seva mort.

També recollirem d'altres símptomes que considerem rellevants en aquestes edats, malgrat no estan inclosos ni diferenciats en els criteris DSM-IV (APA, 1995):

- Somatitzacions
  - Es queixa de mal de panxa, fatiga, mal de cap, a les cames, ...
  - Pot vomitar.
  
- Baixa capacitat per protestar.
  - No es sol oposar al que se li demana.
  
- Control d'esfínters
  - No controla els esfínters. Potser anal o vesical i donar-se de forma primària o secundària.

### **3.4- DEFINICIÓ DE VARIABLES RELACIONADES AMB LA DEPRESSIÓ MAJOR**

En la literatura trobem destacades algunes variables associades a un major risc per a desenvolupar trastorns psicològics com la depressió. Molts d'aquests factors s'han obtingut d'estudis realitzats en una població amb edats variades. Donada la rellevància d'aquests factors en edats superiors, creiem important controlar aquestes variables. És a dir, observar si en aquesta mostra tenen una relació amb la patologia, referent a la quarta i quinta hipòtesi plantejada.

Cal destacar que no hem introduït com a variables d'estudi el maltracte , negligència o abús de l'infant així com la presència de toxicomania en els pares, aspectes destacats en altres estudis (Domènech E, 1999; Greco-vigorito C, Drucker P, Moore-rusell M, Avaltroni J, 1996), per l'estructura i disseny d'aquesta recerca.

Les variables que s'avaluaran són:

■ **sexe-** S'han trobat diferències en el nombre d'afectats per depressió en funció del sexe. En infants l'afectació es dona amb major freqüència en nens, mentre que a l'adolescència i edat adulta el sexe femení està més afectat. En altres estudis fets amb preescolars no s'han trobat diferències significatives entre els sexes (Bengi-Arslan et al. , 1997) (Shaw , Keenan , Vondra et al. , 1997).

■ **malaltia crònica del nen-** El fet de patir una malaltia crònica, s'ha vist que predispesa a tenir un risc més elevat per desenvolupar entre d'altres trastorns psiquiàtrics, la depressió. En l'infant bàsicament s'ha estudiat quan està afectat d'asma, diabetis i càncer . (Domènech-LLaberia, 1999. Pla , Gras E, Teixidor R et al, 1998).

■ **cohesió i situació familiar-** Una escassa relació afectiva entre pares i fills, estratègies educatives incoherents junt una qualitat en la relació de parella deficient actuarien com a factors de risc per a desenvolupar depressió i altres trastorns com la hiperactivitat o els trastorns de conducta

( Campbell, Breaux, Ewing, Szumowski , 1986; Campbell, March,Pierce et al., 1991; Tschan J, Kaiser P, Chesney et al. , 1996; Domènech E , 1999; Hirshfield D, Biederman J, Brody L et al, 1997). En nens majors de 10 anys s'ha trobat una relació entre el divorci dels pares i depressió en l'infant. (Kase S, Cohen P, Brook J, Hartmark C, 1996).

■ **depressió en els pares-** La depressió d'un o els dos pares repercuteix en l'estil educatiu utilitzat i a la vegada amb l'estat emocional de l'infant. La depressió en els pares és un factor de risc per desenvolupar un trastorn afectiu en l'infant, tant si la depressió es dona en el període post-part com al llarg de la vida.(Carro, Grant, Gotlib, Compas, 1993; Field, Healy,



Goldstein et al. 1988; Orvaschel H, Walsh-Allis G, Ye W, 1988; Weisman M, Leckman J, Merikangas K et al. 1984; Buendia 1999).

A més la depressió post-part s'ha relacionat amb un baix nivell intel·lectual en el nen i amb major trastorns de conducta i emocionals. (Sharp D, Hay D, Pawlby et al. 1995).

■ **antecedents familiars de primer grau amb psicopatologia-** Els antecedents psicopatològics dels familiars de primer grau, no sols dels pares, poden actuar com a factors de risc, tant per la càrrega genètica com ambiental. (Domènech E , 1999)

■ **dificultat de socialització-** un nen amb dificultats per relacionar-se amb els altres, poc competent socialment, té més risc de tendir a la interiorització, donant lloc a trastorns amb menys expressió externa com és la depressió. (Stanger C, MacDonald V, Conaugh S.H, Achenbach T, 1996)

■ **pèrdua d'una persona significativa-** Perdre una persona significativa pel nen en un període de temps recent, pot desenvolupar a l'igual que en els adults, una depressió. ( Domènech, 1999)

■ **nivell socioeconòmic-** Hi ha estudis que han trobat una afectació emocional en infants amb baix nivell socioeconòmic. Per això és important recollir l'ocupació dels pares. (Zima B, Wells K, Benjamin B, Duan N , 1996)

■ **situacions socials (guerra, conflictes ètnics...)-** Situacions d'estrès importants com poden ser la guerra i en especial la postguerra poden ser un factor de risc de desenvolupar depressió. També s'està estudiant l'efecte ètnic i cultural en l'expressió de malestar psicològic (Bengi-Arslan, Verhulst, Van der Ende et al. 1997)

■ **Nivell de desenvolupament-** Alteracions en el desenvolupament psicomotriu, físic i intel·lectual s'han considerat factors relacionats amb la depressió. Aquestes alteracions poden ser degudes a **factors constitucionals o peri i postnatsals**. En aquest cas caldrà recollir informació com l'exposició prenatal a tòxics, el pes al néixer, setmanes de gestació, alteracions en el part, malalties hereditàries etc.(Murray L, Hipwell A, Hooper R et al. 1996).

■ **Trets personals** - S'ha vist que un temperament caracteritzat per alta emocionabilitat i poca sociabilitat predispesa a trastorns emocionals. (Earls F, Jung K, 1987; Tschan J, Kaiser P, Chesney et al. , 1996; Caspi A, Moffit T, Newman D, Silva P , 1996; Domènech E , 1999).

■ **Dificultats en la parla-** Nens amb retard o dificultats en la parla poden desenvolupar més fàcilment un trastorn emocional. (Domènech E , 1999).

■ **Esdeveniments estressants-** El naixement d'un germà, canvi de casa o escola poden generar una situació d'estrès i inadaptació personal i social que pot repercutir en l'estat emocional del nen que ho viu. (Earls, 1982; Méndez, 1998)

En aquest estudi es comprovarà l'efecte d'aquests i altres factors en l'estat emocional del nen de 3 a 6 anys.

# DISSENY, SUBJECTES, INSTRUMENTS I PROCEDIMENT

## **4- DISSENY**

L'objectiu d'aquest estudi és detectar el nombre d'infants entre tres i sis anys de vida, que presenten simptomatologia depressiva alta i la prevalença de depressió major en base als criteris DSM-IV (APA; 1995).

El disseny base d'aquesta recerca, es pot definir com un estudi transversal realitzat en quatre fases.

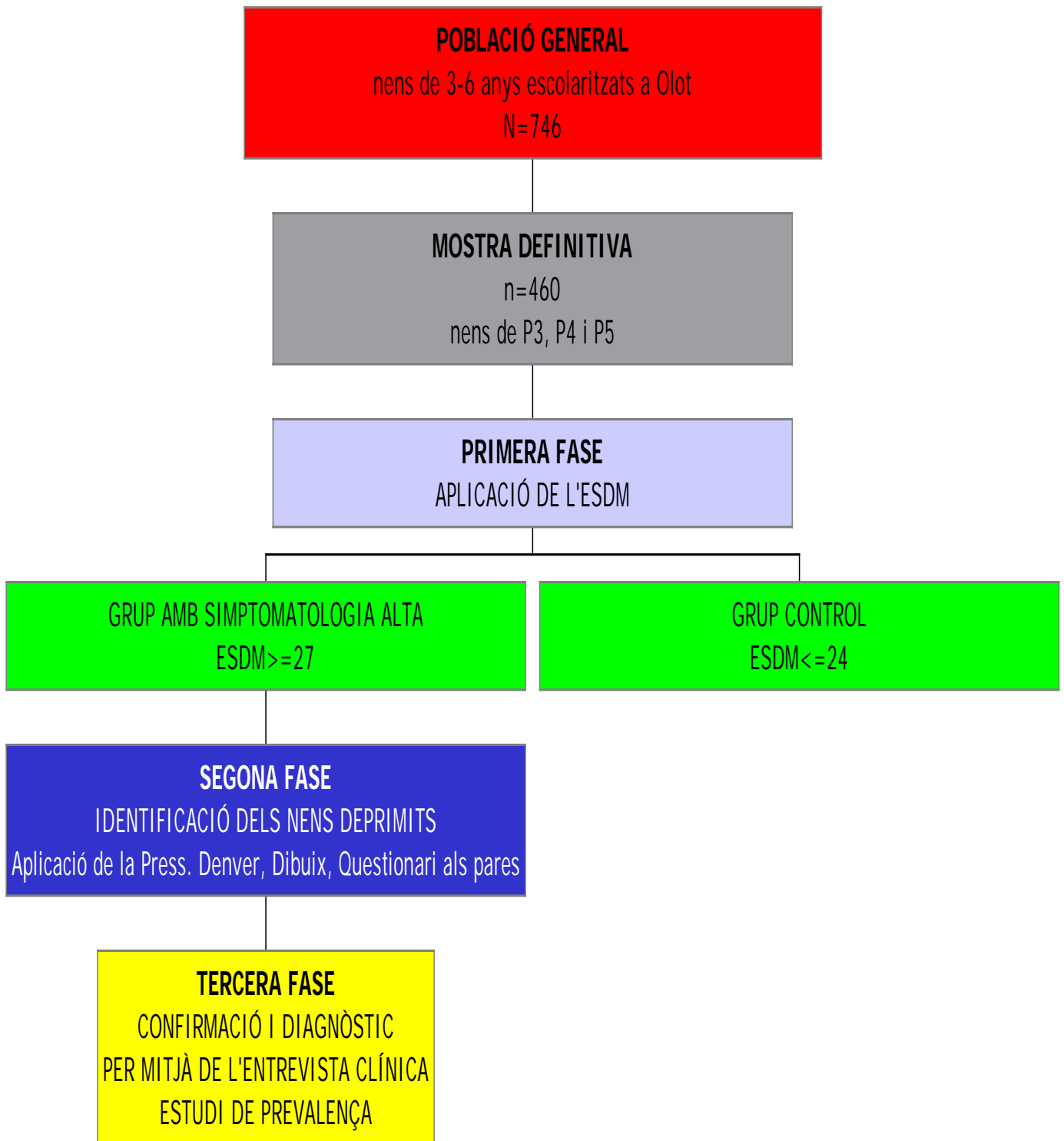
Partint d'una població general escolaritzada a Olot, s'ha obtingut una mostra participant de 460 infants que cursen educació infantil dels cursos de P3, P4 i P5. La primera fase de l'estudi implica passar l'ESDM (Domènech-Llaberia, 2003 en premsa) als mestres de tots aquests infants, per tal de detectar els infants amb simptomatologia alta. Es diferenciaran dos grups: els infants amb puntuació alta en l'ESDM, és a dir igual o superior a 27 , així com un grup control seleccionat a partir de presentar una puntuació de 24 o inferior a l'ESDM i característiques similars (sexe i nivell escolar). Aquests dos grups passaran a la segona fase, on es realitzarà una exploració a l'infant que permetrà recollir les variables diferenciadores entre els dos grups. S'administraran instruments com: la PRESS (Martini, Strayhorn, Puig-Antich, 1990), Denver, dibuix figura humana, entrevista i els qüestionaris als pares.

En la tercera fase s'identificaran tots els infants afectats de depressió major per mitjà d'entrevista clínica. Es farà la comprovació clínica del diagnòstic per part de varis professionals, així com el càlcul de la prevalença de depressió major.

Donat que el temps és una variable a controlar i té un pes important en el DSM-IV (APA, 1995), les dues primeres fases s'han realitzat per escoles, recollint la informació amb un espai de temps de 20 dies. És a dir fins que no s'acabava la segona fase en una escola, no s'iniciava l'estudi en una altre escola.

Aquests apartats es troben recollits en el gràfic 0.

## Gràfic 0. DISSENY DE L'ESTUDI



## 5- SUBJECTES

## 5.1- SELECCIÓ DE LA MOSTRA OBJECTE D'ESTUDI

Per tal de contrastar les hipòtesis, es va decidir treballar amb una població que fos de fàcil accés i tingues un nombre considerable d'infants entre 3 i 6 anys. Per aquestes raons l'estudi s'ha dut a terme a Olot, capital de la comarca de la Garrotxa. Aquesta comarca té una superfície de 734.2 Km quadrats i consta de 46.060 habitants (1991, Caixa Catalunya).

La Garrotxa és la més oriental de les comarques catalanes de muntanya. És molt variada i físicament molt complexa. El clima és mediterrani de muntanya mitjana i amb precipitacions abundants durant tot l'any. Es diferencia l'alta Garrotxa escassament habitada i la baixa Garrotxa amb un paisatge més suau i més habitada.

La comarca està constituïda per 21 municipis. En general hi ha una població força envellida en especial, en els municipis més petits. Olot és el principal nucli de població de la comarca, amb uns 27.000 habitants, quasi el 58% de la població comarcal. La principal activitat és la industrial (46.58%) seguit de serveis (42.85%), construcció (8.71%) i agricultura (1.86%). La resta de municipis tenen una activitat bàsicament agrícola.

La població infantil entre 3 i 6 anys, que van a escoles públiques a la comarca de la Garrotxa és de 850 alumnes a l'any 1999, dels quals 456 es troben a la ciutat d'Olot. La resta de població d'educació infantil es reparteix entre les 14 escoles públiques de la comarca. En aquestes escoles rurals, el nombre d'infants per aula no arriba a 10 nens de mitjana.

Per tal d'accedir a un major nombre de població infantil, objecte d'estudi, es va pensar fer una mostra escolar i urbana. Per això es va obtenir de l'institut municipal d'educació d'Olot, un llistat de totes les escoles del municipi amb el corresponent nombre d'alumnes.

A Olot hi ha 8 escoles, 3 privades-concertades i la resta públiques arribant a un total de 746 alumnes d'entre 3 a 6 anys.

Primerament es va contactar amb el director/a del centre i responsable d'educació infantil, per tal d'explicar l'objectiu de l'estudi, procediment i instruments que es passarien . De totes les escoles van donar el seu consentiment 3 escoles privades i 3 escoles públiques, essent la mostra inicial de **580 alumnes** . Posteriorment es va demanar el consentiment dels pares, essent la mostra final de **460 alumnes d'educació infantil**.

A la taula 1 estan representades les sis escoles que han participat en l'estudi amb el nombre d'alumnes per a cada curs d'educació infantil que han volgut participar. En blau trobem diferenciades les escoles privades-concertades.

➤ Taula 1 . MOSTRA PARTICIPANT PER ESCOLA I CURS

ESCOLES	P3	P4	P5	TOTAL
1B	27	17	26	70
2P	16	17	12	45
3S	15	18	31	64
4M	21	19	15	55
5E	42	50	50	142
6Pp	28	28	28	84
TOTAL	149	149	162	460

La mortalitat de la mostra entre la mostra inicial (746) i la final (460) ha estat de 38,34% , però tenim la certesa d'acomplir amb la norma ètica de passar les proves en una mostra que hi participa voluntàriament .

La primera fase de l'estudi s'ha realitzat amb 460 infants de 3 a 6 anys. En la segona fase dels 460 nens, s'ha diferenciat un grup amb alta simptomatologia depressiva, i per altre banda un grup control de nombre similar, arribant a un total de 132 alumnes.

El **grup amb alta simptomatologia** depressiva s'ha escollit en funció de presentar una puntuació en l'escala de depressió per a mestres (ESDM) (Domènech, 1996 ) igual o superior a 27. Aquest és el punt de tall amb especificitat alta (0,903) i bona sensibilitat (0,772), a l'hora de detectar casos positius en els estudis realitzats.(Domènech, Jané i Aliaga, manuscrit no publicat).

Per formar part del **grup control** havien d'acomplir amb els següents criteris:

- tenir una puntuació a l'ESDM de 24 o inferior. Determinat a partir de presentar una especificitat baixa i per tant amb poca discriminació de casos positius (amb depressió) i negatius.
- Es seleccionava el grup control en funció del nombre d'infants de risc detectats en una aula, per curs, escola i sexe. Així es minimitza al màxim les diferències i es manté la perspectiva subjectiva de la mateixa mestra. Per això si en una aula hi havia dos nens de risc s'escollien dos nens amb puntuació inferior a 24 en l'ESDM.
- Una vegada complien els anteriors requisits, donat que hi podien encabir-hi varis infants, s'escollien de forma aleatòria, utilitzant la taula de números aleatoris de Domènech J.M, (1987).

En base als criteris de selecció esmentats es va obtenir un grup de risc de 72 infants i un grup control de 60. (N=132) (Taula 3). Com podem observar el nombre dels dos grups no és idèntic degut a mantenir uns criteris de selecció estrictes. Per exemple si en una aula havien sortit 7 nenes de risc, havíem d'escollir 7 nenes



amb puntuació inferior a 24 en l'ESDM. Ens hem trobat a vegades que, no hi havia prou nens que complissin amb els criteris per ser seleccionats.

En la taula dos podem veure recollits el nombre d'infants per a cada grup. El grup eliminat implica els que no han set seleccionats seguint els criteris anteriorment especificats. Si analitzem els grups en funció del  curs escolar  trobem una mostra més elevada en la segona fase, d'infants que cursen P3. En els tres cursos el grup de risc i control no coincideixen exactament en nombre. (Taula 2).

➤ Taula 2. MOSTRA ATENENT AL CURS I GRUP

	GRUP RISC	GRUP CONTROL	TOTAL FASE 2	GRUP ELIMINAT	TOTAL
P3	34 (47,2%)	30 (50%)	64	85	149
P4	15 (20,8%)	14 (23,3%)	29	120	149
P5	23 (31,9%)	16 (26,7%)	39	123	162
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>60</b>	<b>132</b>	<b>328</b>	<b>460</b>

Analitzant la distribució de la mostra en relació a les escoles participants (taula 3) podem destacar les escoles 4M i 2P on sols es va detectar 2 casos amb risc de depressió.

➤ Taula 3. MOSTRA ATENENT A L'ESCOLA I GRUP

	RISC	CONTROL	ELIMINAT	TOTAL
<b>1B</b>	15	13	42	70

2P	2	2	42	46
3S	15	7	42	64
4M	2	2	51	55
5E	21	21	99	141
6P	17	15	52	84
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>60</b>	<b>328</b>	<b>460</b>

En la taula 4 trobem representades les escoles que tenen dues aules per curs, així com la distribució del grup de risc en aquestes.

➤ **Taula 4. DISTRIBUCIÓ DEL GRUP AMB PUNTUACIÓ ALTA EN ESCOLES AMB DUES AULES PER CURS**

	P3	P4	P5
<b>1B</b>	T:5 B:4	C:4 F:0	T:2 E:0
<b>5E</b>	A:3 B:8	T:0 M:6	A:3 I:1
<b>3S</b>	A:2 B:3	Una sola aula: 1	A:0 B:9

Es pot observar que hi ha cursos que en funció de l'aula, i per tant la mestra, no es detecten infants de risc. Això ens fa pensar en la importància de la sensibilitat de la mestra o perquè realment s'han donat major nombre d'infants de risc.

## 5.2- DADES DESCRIPTIVES DE LA MOSTRA TOTAL

Si s'analitzen les dades descriptives de la mostra total recollides a partir del/a mestre/a (Taula 5 i gràfic 1-2) , es pot veure que un 51,3% són nens, majoritàriament de raça blanca (96,4%). L'edat mitja de la mostra és de 56,3

mesos, i l'interval va de 3a 1m 18 dies i 7a-1m-8d. La majoria no tenen gaires germans, el 41,7% té un germà i el 33,3% és fill únic. El 52,4% és el primer fill de la parella i viu majoritàriament amb els dos pares (93,3%).

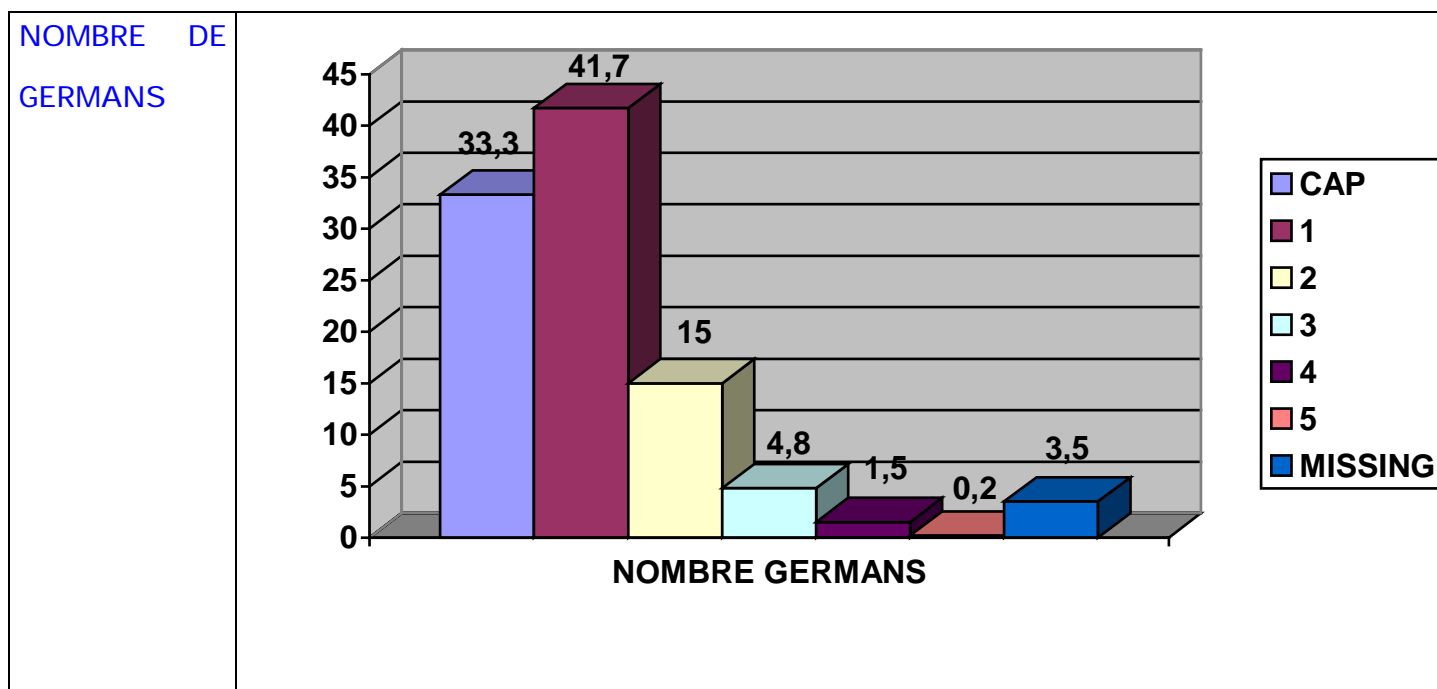
➤ Taula 5. DADES DESCRIPTIVES DE LA MOSTRA TOTAL

SEXE	NENS N=236 51,3%	NENES N=224 48,7%	<p>gràfic 1. Sexe</p>	
RAÇA	BLANCA N=443 96,4%	NEGRA N=4 0,9%	MAGREBÍ N=3 0,7%	
EL NEN VIU AMB	DOS PARES N=429 93,3%	MARE SOLA N=7 1,5%	MARE I NOVA PARELLA N=8 1,7%	

Cal dir que aquestes dades preliminars s'han obtingut per mitjà de la mestra. Per això ens trobem amb alguna omissió de la resposta per desconeixement. En especial ho hem pogut observar al recollir si el nen pateix una malaltia crònica o ha patit la mort d'un familiar. El 94,6% de la mostra total no pateix cap malaltia crònica. 19 nens (4,1%) tenen una malaltia crònica i en 6 casos la mestra no ho sap.

Un 94,1% dels infants no han patit la mort d'una persona significativa en l'últim any. Un 3% si que ho han patit i en el percentatge restant la mestra no respon.

➤ Gràfic 2. NOMBRE DE GERMANS EN LA MOSTRA TOTAL



El 95,2% d'infants no tenen cap dèficit sensorial. Un 3,7% dels nens presenten un dèficit sensorial, un 0,2% és dubtós i en el 0,9% restant les mestres no responen. En relació a la pregunta sobre dificultats de la parla, el 84,3% no tenen dificultats en la parla, el 14,8% dels infants sí que en tenen i la resta no ho saben.

## 6- INSTRUMENTS

Donat que l'infant no sols està en contacte amb els seus familiars, sinó que la major part del dia està a l'escola, es va creure interessant recollir la informació de 3 fonts: mestres, pares i els mateixos nens. Per tant s'ha aplicat instruments destinats a recollir les dades d'aquestes tres fonts.

A més, la importància de conèixer el propi infant i com es veu ell mateix, va ser prou motivador com per buscar i administrar proves psicològiques al propi infant. No trobem gaires proves autoavaluatives en preescolars i menys que recullin la simptomatologia depressiva.

La informació recollida en aquests diversos ambients s'ha contrastat també amb la entrevista i l'observació clínica del psicòleg.

D'aquesta manera doncs, tenim la certesa d'haver recollit la informació en tres ambients importants: a l'escola, a casa i en situació d'exploració. A més de poder recollir informació diversa, el fet d'utilitzar varis informadors ens permet contrastar si es donen divergències o correlacions positives entre les seves valoracions i per tant assegurar millor el diagnòstic.

Anem ara a detallar les tècniques utilitzades tenint en compte a qui van adreçades. Com es podrà veure a més d'especificar el nom de l'autor i la data de elaboració, es fa una descripció de l'instrument, el seu objectiu, com es corregeix la prova i la funció o utilitat que se li ha donat en aquest estudi.

## **6.1- INSTRUMENTS DIRIGITS ALS MESTRES**

El mestre havia de respondre als qüestionaris que posteriorment detallem, en base a l'observació feta en l'últim mes. Aquests qüestionaris són fàcils d'omplir, aspecte

molt important de cara a obtenir la col·laboració dels mestres i més tenint en compte que ho havien d'omplir per a tota la classe.

Al passar les proves en el segon trimestre, l'adaptació de l'infant a l'aula ha d'estar ja assolida i per tant el mestre el pot conèixer millor.

Hem administrat les següents proves:

6.1.1- Escala de símptomes depressius per a mestres d'edat preescolar. ESDM 3-6 anys. (Domènech, Araneda, Xifró i Riba, 2003 en premsa).

6.1.2- Escala d'ansietat per a mestres d'edat pre-escolars. ESAP (Domènech, Ballespí, Jané et al. , no publicat).

6.1.3- Recull de dades biogràfiques preliminars. Qüestionari 1.

6.1.1- Escala de síntomas depresivos para maestros. ESDM 3-6 anys. (Domènech et al, 2003 en premsa).

#### **-Descripció-**

És una escala amb 19 ítems dirigida al mestre d'educació infantil de P3, P4 i P5. Fa referència a l'estat d'ànim del nen en les últimes setmanes que es poden manifestar dins l'àmbit escolar. Recull l'estat anímic, la relació amb els companys, com realitza les tasques escolars i les queixes somàtiques que presenta.

És fàcil de respondre i sols necessita d'uns minuts. El mestre ha de marcar amb una creu l'opció que descriu millor a l'infant. Hi ha tres opcions de resposta "casi nunca", "a veces" i "casi siempre".

#### **-Objectiu-**

Detectar la simptomatologia depressiva de l'infant menor de 6 anys a l'escola.

#### **-Correcció-**

Les tres opcions de resposta es puntuen 1, 2 o 3 punts en funció de demostrar la presència de simptomatologia depressiva o no. Hi ha una plantilla que facilita la seva correcció. S'obté una puntuació total amb un mínim de 19 punts.

El punt de tall considerat de risc en aquest estudi ha estat de 27. Amb una especificitat de 0,903 i sensibilitat de 0,772. Puntuació extreta d'una mostra amb infants de p3, p4 i p5, junt el diagnòstic a segues per dos clínics. (Domènech, Jané, Aliaga 1999. Treball no publicat). Per tant el grup de risc a tenir depressió serà aquell amb puntuació igual o superior a 27, donat que presenta una simptomatologia depressiva important. Per altre banda una puntuació inferior a 25, no permet fer una detecció de casos amb trastorn i sense.

#### **- Utilitat en aquest estudi-**

Aquesta escala l'hem aplicada com a discriminador dels nens amb alta simptomatologia depressiva i per tant amb risc a patir depressió. També s'ha utilitzat una segona vegada per tal de veure l'estat emocional de l'infant al cap de 2-3 mesos.

#### **6.1.2- Escala de ansiedad para maestros 3-6a. ESAP**

(Domènech, Ballespí, Jané, Riba, manuscrit no publicat).

#### **-Descripció-**

És una escala dirigida als mestres. Consta de 16 ítems en els quals es recullen conductes relacionades amb l'expressió d'ansietat entre els 3-6 anys. Recull les pors, queixes somàtiques, conductes d'ansietat com xuclar-se els dits o la bata, intranquil·litat davant tot el que és desconegut...

El mestre ha de marcar amb una creu l'opció més adient per a cada nen. Les opcions de resposta són: "sí", "no" i "no sé". L'aplicació és senzilla i ràpida.

#### **-Objectiu-**

Detectar la simptomatologia ansiosa en l'infant preescolar a partir de la informació proporcionada per l'educador.

#### -Correcció-

La correcció de la prova es basa en donar 2 punts si ha respost "sí" , 1 punt si ha contestat "no" i 0 punts si ha respost amb l'opció "no sé".

La validació i dades estadístiques estan en estudi però en el treball de recerca dels autors, s'ha trobat puntuacions d'alerta en el percentil 90 i 95 que varien en funció de l'edat.

#### ➤ Taula 6 . PUNTUACIONS MITJANES EN RELACIÓ ALS PERCENTILS

	Percentil 90	Percentil 95
P3	25,4	37,6
P4	11	16,1
P5	6,3	10,75

- A la taula 6 podem veure les puntuacions que ens indiquen risc, corresponent als percentils 90 i 95, en funció del curs escolar P3, P4 i P5.

#### -Utilitat-

Donat que moltes vegades la depressió es presenta junt l'ansietat, s'ha cregut interessant utilitzar aquest instrument que ens permet recollir la simptomatologia ansiosa. També podem veure si es correlaciona amb la depressió.

#### 6.1.3- Recull de dades biogràfiques dirigit als mestres. Qüestionari 1.

#### -Descripció-



Es va elaborar un qüestionari amb l'efecte de recollir les dades personals bàsiques dels infants. Aquestes dades les hem obtingut de tota la mostra, a l'igual que les dades recollides amb els qüestionaris ESDM i ESAP.

En aquest qüestionari 1 es recull informació com: el nom o codi de l'infant ( donat que algunes escoles van voler mantenir l'anonimat de l'infant), el número de cas en la investigació , el sexe, l'edat cronològica de l'infant, l'escola, el curs, la raça, el nombre de germans i lloc que ocupa aquest, amb qui viu el nen ( ambdós pares, un de sol, nova parella...), si pateix una malaltia crònica, si s'ha mort un familiar en l'últim any i si el nen té algun dèficit sensorial o dificultats en la parla.

Com podem veure més àmpliament en la part de resultats, hi ha algunes d'aquestes preguntes que els mestres no les han omplert o fins i tot no han concordat amb la informació recollida dels pares. En especial s'ha observat en relació a les preguntes sobre la *mort d'algun familiar* i en la *presència d'una malaltia crònica*.

El mestre havia de marcar l'opció adient representat en el formulari, requerint poc temps per a omplir-ho.

No s'aplica correcció perquè és un recull de dades descriptiu.

#### **-Objectiu-**

Conèixer les característiques biogràfiques de l'infant, que ens semblen indispensables per l' estudi.

#### **-Utilitat-**

Tenir informació bàsica de tota la mostra a partir del coneixement del mestre. Permet contrastar les dades obtingudes en els qüestionaris avaluatius en funció del sexe, l'edat, característiques familiars... En els infants que participen a la segona fase, es complementen aquestes dades amb el qüestionari dirigit als pares.

## **6.2- INSTRUMENTS DIRIGITS ALS PARES**

El conjunt de qüestionaris adreçats als pares, anaven introduïts per una carta. En aquesta se'ls informava de l'estudi i la importància de la seva participació i, en

especial de la sinceritat a l'hora de respondre les preguntes. Recordem que sols es va donar als pares que participaven en la segona fase de l'estudi, sobre 132 infants.

6.2.1- Recull de dades biogràfiques. Qüestionari 2.

6.2.2- Escala de símptomes depressius per a pares de 3-5 anys. ESDP (Domènech-Llaberia, no publicat).

6.2.3- Child Behavior Checklist. CBCL (Achenbach i Edelbrock, 1982).

6.2.4- Qüestionari de depressió per adults. BDI (Beck, Ward, Mendelson et al, 1961 )

6.2.1- Recull de dades biogràfiques . Qüestionari 2.

#### **-Descripció-**

Aquest qüestionari és molt més extens que el dirigit als mestres. Consta de 5 apartats.

El primer apartat fa referència a **les dades personals**. On es demana el nom, curs, nombre de germans i lloc que ocupa, si té un germà bessó, nombre de persones que viuen a casa, l'edat, estudis i ocupació dels pares així com la situació de la parella. Així tenim informació del nivell socio-econòmic seguint les categories proposades per Hollingshead (1975).

En el segon apartat, referent a **dades evolutives de l'infant**, es demana si va anar a la llar d'infants i a quina edat, si pateix una malaltia crònica, deficiència psíquica o física, si ha rebut estimulació precoç i si té un germà amb alguna discapacitat.

També es recull si l'infant ha viscut *situacions de pèrdues o canvis* com la mort d'algun familiar en l'últim any, si algun pare ha patit un accident o el propi nen. Es demana si ha nascut un germà recentment i si en els dos mesos últims han canviat de casa, de ciutat o d'escola.

El tercer apartat fa referència als **antecedents perinatals i familiars**. Aquí es pregunta si és un fill natural o adoptat, si es van donar complicacions durant l'embaràs, tipus de part, pes al néixer, prematuritat i si es van prendre tòxics durant l'embaràs. En relació a les *característiques familiars* es demana si algun pare va patir depressió post-part i en cas positiu la seva duració. Per últim es demana els antecedents familiars de depressió, ansietat o altres trastorns psicològics.

El quart apartat fa referència a **observacions del seu fill**, referents a la son, l'alimentació i l'humor.

Finalment, el darrer apartat es deixa lliure per tal que puguin expressar algun **fet rellevant** o informació que no s'hagi inclòs en les anteriors preguntes.

**-Objectiu-**

Fer un recull de les variables que teòricament poden estar relacionades amb la depressió.

**-Utilitat-**

Poder contrastar i determinar si hi ha alguna relació entre aquestes variables i la presència de simptomatologia depressiva i depressió major. Per això es recull aquesta informació tant dels nens de risc com dels controls.

6.2.2- Escala de sintomas depresivos para padres 3-6 anys. ESDP (Domènech-Llaberia, no publicat).

**-Descripció-**

Consta de 19 ítems on es recullen símptomes de depressió com estat d'ànim trist, cansament, relació amb els altres, interès per les tasques i característiques somàtiques. Va dirigit als pares d' infants entre 3 a 6 anys.

El temps d'administració és breu. Els pares han de marcar amb una creu l'opció que descriu millor al seu fill en les últimes setmanes. Hi ha tres opcions de resposta : "casi nunca" " a veces" i "casi siempre".

#### **-Objectiu-**

L'objectiu d'aquesta escala és mesurar la simptomatologia depressiva de l'infant per mitjà de l'observació dels pares i del coneixement que tenen del seu fill.

#### **-Correcció-**

Es puntua 1, 2, 3 en funció de si l' ítem reflexa depressió o no. Hi ha una plantilla de correcció. S'obté una puntuació total. La puntuació mínima és de 19 informant-nos de la manca de simptomatologia depressiva.

#### **-Utilitat-**

Permet recollir els símptomes depressius que els pares puguin observar en el seu fill. És una informació important que ens permetrà veure si l'observació dels pares i mestres, a partir d'un instrument amb característiques similars, estan correlacionades o no.

### 6.2.3- Child Behavior Checklist. CBCL (Achenbach i Edelbrock, 1982).

#### **-Descripció-**

S'ha utilitzat com a protocol la versió original castellana (1983) de T.N Achenbach (Universitat de Vermont ) i la versió correctora per ordinador (Achenbach, 1993). L'instrument recull les característiques conductuals del nen fins als 16 anys. Va dirigit als pares, que han d'assenyalar amb una creu l'opció que descriu millor al seu fill a cada un dels 113 ítems, en base a tres tipus de resposta: "no nunca", "algunas veces" i "muchas veces" .

Es fa una diferenciació del grup de problemes conductuals en funció de l'edat.

Les escales conductuals per a nens entre 3 i 5 anys són les mateixes que es consideren rellevants per l'interval d'edat comprès entre 4-11 anys. Com es pot veure hem utilitzat el mateix protocol de correcció pels nens entre 36 i 48 mesos d'edat donades les característiques psicomotores i cognitives semblants i per què hem trobat estudis que ho han utilitzat per menors de 4 anys. (Sardinero 1993; Araneda, 1997; Pla et al. 1997).

Es diferencien les següents escales conductuals, entre parèntesi l'abreviació que utilitzarem d'ara endavant : Retraïment social (CBCLR), Queixes somàtiques (CBCLQ), Ansietat/depressió (CBCLAD), Problemes socials (CBCLS), Dificultats de pensament (CBCLP), Problemes d'atenció(CBCLA), Conducta delinqüent (CBCLD), Conducta agressiva (CBCLAG).

#### **-Objectiu-**

Aquesta escala permet recollir la opinió dels pares respecte les conductes del seu fill.

#### **-Correcció-**

Una vegada omplert l'autoinforme, en la correcció manual es puntua cada resposta com a 0 si " no ho fan mai", 1 si " ho fan alguna vegada" o 2 si "ho fan sempre". Aquesta informació es passa a les plantilles dissenyades pel propi autor. Així s'obté una puntuació total de cada problema conductual i un perfil de les característiques conductuals de l'infant.

La correcció informatitzada és més senzilla pel fet que s'han d'entrar totes les respostes i l'ordinador ja treu les puntuacions totals per a cada escala i el perfil conductual.

També podem obtenir informació a partir de l'anàlisi dels ítems externalitzants i internalitzants, especificats per l'autor. És a dir ens dóna informació de la tendència del nen a presentar els seus sentiments i problemàtica de forma exterioritzada o bé interioritzada. Es presenta el grau de importància clínica de les puntuacions així com aquelles que estan al límit, també anomenades "borderline".

#### **-Utilitat-**

Constatar altres problemes conductuals que es poden associar amb la depressió. A més hi ha una escala específica de depressió.

6.2.4- Escala de depressió per adults. BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mock, Erbaugh, 1961) (validació catalana Canal, Blade, Carbajo et al, 2001)

#### **-Descripció-**

És un inventari amb 21 preguntes sobre els símptomes de tristesa de l'adult. Permet detectar quadres depressius de diverses intensitats. Hi ha quatre possibles respostes. L'adult ha d'escollir l'opció que millor el descriu. També dóna informació per orientar el tractament.

Les àrees que inclou són: Humor, pessimisme, sentiment de culpa, canvis, dificultats en la feina, insomni, pèrdua de gana, autoconcepte, pensaments de mort i incapacitat d'experimentar plaer.

#### **-Objectiu-**

Detectar simptomatologia depressiva en l'adult, en concret de la mare i categoritzar-la segons la gravetat dels símptomes.

#### **-Correcció-**

Cada pregunta es puntua 0, 1, 2 o 3 punts. A major puntuació, major nivell de depressió. S'obté una puntuació total. Els criteris d'interpretació es fan en funció dels següents barems:

- Puntuació 0-9= Depressió absent o mínima
- Puntuació 10-18= Depressió lleu
- Puntuació 19-29= Depressió moderada
- Puntuació 30-63= Depressió greu

#### **-Utilitat-**

L'hem utilitzat per detectar la simptomatologia depressiva de la mare. Donat que en molts estudis s'ha trobat una relació entre depressió materna i depressió de l'infant, hem considerat important incloure'l.

S'ha administrat tant a les mares del grup de risc com les del grup control.

### **6.3- INSTRUMENTS DIRIGITS AL NEN**

Com ja hem dit hem volgut treballar amb el propi nen. No n'hi ha gaires proves publicades específicament per a infants de 3-6 anys i menys en català o castellà.

Toto i això hem utilitzat les següents proves:

6.3.1- The Preschool Symptom Self-Report. PRESS (Richard Martini, Joseph Strayhorn i Joaquim Puig-Antich, 1990)

6.3.2- Dibuix lliure

6.3.3- Dibuix figura humana. TEST GOODENOUGH (Harris, 1963)

6.3.4- Tests dels Gargots (L. Corman, 1971)

### 6.3.5- Test de desenvolupament psicomotor DENVER (Frankenburg, 1967)

#### 6.3.1- The Preschool Symptom Self-Report. PRESS (Richard Martini, Joseph Strayhorn i Joaquim Puig-Antich, 1990) (Traducció catalana, Doménech, Garriga, Araneda, Valero, Moreno, manuscrit no publicat)

##### **-Descripció -**

És un instrument dissenyat exclusivament per als preescolars. Consta de 25 ítems i dos exemples introductoris, en forma de dibuixos on el nen s'ha d'identificar en un dels dos personatges de cada ítem. Hi ha una versió per cada sexe el que facilita la identificació amb els personatges.

Cada dibuix està dissenyat per detectar un símptoma. Engloba els següents símptomes: estat d'ànim deprimat, preocupacions, fatiga, pors i autoimatge negativa. Símptomes que formen part tots ells del quadre depressiu.

Aquesta prova permet obtenir informació del propi nen, a partir de la identificació en una de les dues escenes que presenta cada làmina, en la qual una representa el símptoma, i l'altre la carència d'aquest. Les làmines s'introdueixen per un text protocolitzat en el que s'explica el que fa cada nen de la làmina i després es pregunta amb quin dels dos s'assembla més.

La prova es passa amb poc temps, entre 15 i 20 minuts el que evita que el nen es cansi. Tenint en compte que la presentació de la prova és amb dibuixos infantils, això facilita que el nen presti atenció i potencia la seva col·laboració.

Existeix també, una versió dirigida als pares i una altre als mestres però en aquest estudi sols s'ha utilitzat la versió catalana dirigida a l'infant.

##### **-Objectiu-**

Detectar els símptomes depressius a partir del propi nen.



#### **-Correcció-**

Cada dibuix es puntua amb 1 punt davant la identificació amb el símptoma, o 0 quan s'identifica amb el nen sense símptoma. S'obté una puntuació total que permet la comparació entre subjectes.

Una puntuació superior a 5 indica risc a presentar depressió.(en estudi i en base a referència utilitzada en l'estudi de Pla et al, 1998).

#### **-Utilitat-**

Hem cregut interessant utilitzar aquesta prova, malgrat l'escàs nombre d'investigacions, per ser una prova específica per aquesta edat. A més perquè permet treballar amb el propi nen i obtenir informació de com es sent i es veu ell mateix i també perquè vam tenir una bona experiència i bons resultats en una investigació realitzada amb una mostra de preescolars asmàtics (Pla et al, 1997).

### 6.3.2- Dibuix lliure

#### **-Descripció-**

El dibuix lliure és una tècnica bàsica quan es treballa amb infants. Té varies utilitats per una banda facilita el contacte amb el nen i per altre permet recollir informació sobre el seu nivell maduratiu i expressivitat, encara que de forma no estandaritzada. Generalment al nen li agrada dibuixar i ajuda a crear bon clima de treball. No requereix més material que un paper en blanc i llapissos de tots colors. El temps d'administració d'aquesta prova és molt variable en funció de l'edat i creativitat del nen.

#### **-Objectiu-**

Establir un contacte amb l'infant. Veure el seu nivell de desenvolupament i capacitat d'expressió.

#### **-Utilitat-**

Una vegada s'ha iniciat el contacte amb el nen, s'ha començat l'avaluació clínica demanant-li que fes un dibuix. No se li deia què havia de dibuixar, es volia que fos totalment lliure. No s'ha utilitzat en el sentit projectiu. Bàsicament s'ha utilitzat per crear un bon contacte amb l'infant.

El nen en gairebé totes les ocasions va col·laborar amb molt interès. En alguns casos no es va aconseguir el dibuix el primer dia, potser per timidesa, ansietat... aspectes que analitzarem en l'apartat de resultats.

### 6.3.3- Dibuix de la figura humana. TEST GOODENOUGH (D. Harris, 1963)

#### -Descripció-

És una prova que permet fer una aproximació del nivell de desenvolupament intel·lectual de manera molt agradable per l'infant. Avalua l'aptitud per formar els conceptes de la figura humana. A mesura que el nen madura, s'incrementen els elements i característiques de la representació humana.

Generalment es creu que els nens desadaptats social o emocionalment rendeixen menys que els ben adaptats de la mateixa edat.

S'aplica en nens de 3 a 10 anys. Cal proporcionar un entorn agradable. Es pot administrar de forma individual o col·lectiva. És interessant demanar que expliquin el dibuix i fer preguntes clarificadores si és el cas.

Com a material sols es necessita un paper i llapis. Se li dóna una consigna :

" dibuixa una persona el millor que sàpigues". Són ells qui han d'escollir el sexe del dibuix, el tamany de la figura, ubicació dins la fulla...

#### -Objectiu-

Avaluar la formació del concepte de la figura humana i poder obtenir un percentil i quocient orientatiu intel·lectual de l'infant.

#### **-Correcció-**

Hi ha unes normes sobre els requisits de puntuació en les quals s'ha de donar un punt per cada ítem considerat important en el manual. El manual presenta una taula de correcció atenent al sexe .

A partir d'aquí es pot obtenir una puntuació bruta total que passada a les taules del manual, s'obtindrà una puntuació estàndard tenint en compte, el sexe del dibuixant. A partir d'aquest es pot obtenir el rang de percentil i l'edat mental, que coneixent l'edat cronològica ens permet extreure un quocient d'intel·ligència .

#### **-Utilitat-**

Obtenir una puntuació percentil orientativa del nivell de desenvolupament intel·lectual per tal d'observar si hi ha relació entre baix nivell cognitiu i major afectació depressiva.

### **6.3.4- Tests dels Gargots ( L. Corman, 1971)**

#### **-Descripció-**

És un test projectiu. L'anàlisi d'aquest test es fonamenta en la creença que l'escriptura de l'individu expressa trets particulars d'intel·ligència i personalitat. Els gargots són un grafisme molt primitiu, anterior a la comunicació social.

Es dona al subjecte una fulla en blanc i un llapis i en funció de l'edat se li demana que posi el seu nom al mig de la pàgina. En nens més petits, és l'adult qui ho fa. Posteriorment se li diu "fes gargots-guixarots". A vegades es sorprenen amb aquesta consigna.

Se li demana dos vegades successives perquè en el primer sol estar més inhibit.

### -Objectiu-

Obtenir algunes característiques de la personalitat per mitjà del gargot.

### -Correcció-

S'avaluen diversos aspectes a partir de l'observació del gargot.

A) Primer de tot la zona on es fan els gargots. Poden ser:

- Regressius
- progressius
- ideals
- Materns
- centrals.

B) Personalitat afectiva:

#### ▶ B1- *Expansió /inhibició*

Veure l'expansió de la seva energia vital, la sociabilitat i l'activitat del nen.

Ho podrem veure observant si els gargots cobreixen tota la pàgina o no.

Diferenciarem entre:

- Inhibició
- Poca expansió
- Expansió

#### ▶ B2- *Dinamisme vital*

Capacitat per actuar en el medi. S'expressa amb l'amplitud dels gargots i traç. Les categories són:

- Dinamisme vital
- Poc dinamisme vital
- Dinamisme concentrat

### ▶ B3- Allò/jo /super-jo

Permet veure en quin estadi de formació de la personalitat, es troba segons la teoria de Freud. L'allò seria el camp de pulsions instintives (gargots vigorosos que cobreixen tota la pàgina), el jo el camp conscient i d'adaptació al medi (equilibrat) i el super-jo els ideals i prohibicions paternes (Traç inhibít).

A la primera infància fins als 6 anys sol predominar l'allò. Diferenciarem els gargots amb tres categories:

- Allò
- Super-jo
- Jo

### ▶ B4- Virilitat-feminitat-mixte

Els temperaments virils tenen més força en el traç i sol haver-hi rectes i angles. Mentre que el temperament femení hi ha més corbes.

El mixta combina les dues característiques. Trobem per tant tres possibles avaluacions:

- Masculí
- Femení
- Mixta

## C) Psicopatologia

### ▶ C1- Informació sobre conflictes externalitzats/agressivitat

Si trobem gargots i fletxes sobre el nom. En aquesta edat no es considera patològic trobar tota la fulla guixada.

### ▶ C2- Conflicte intern / depressió/ aïllament

Es sol trobar gargots que expressen introversió, limitats a una part de la pàgina, pot donar-se un traç esfumat o reaccional.

L'aïllament es pot observar amb traç lineal amb espai en blanc limitant el nom o fortes interrupcions en el traç.

Per això es pot codificar amb les següents categories:

- Inhibició
- Agressivitat
- Aïllament
- Certa agressivitat
- Agressivitat/aïllament
- Certa inhibició
- Inhibició/aïllament

#### **-Utilitat-**

Complement sobre característiques de personalitat de l'infant d'aquesta edat, donat la manca d'instruments més acurats.

#### **6.3.5- Test de desenvolupament psicomotor DENVER ( Dr. Frankenburg, 1967)**

#### **-Descripció-**

Avalua el desenvolupament del nen en les següents àrees: social, motricitat fina, llenguatge i motricitat global. No mesura el quocient intel·lectual ni genera un diagnòstic, és un instrument de cribatge detector de signes evolutius de risc.

Es pot aplicar del naixement als 6 anys. Es fàcil d'administrar, i no es estressant pels nens. Requereix una administració individual.

Permet detectar retards en el desenvolupament i veure el percentatge del desenvolupament de l'infant en relació a la població general.

L'administració de la prova és individual i dura entre 15-20 minuts. Cal calcular l'edat cronològica per saber els ítems que cal explorar.

Es necessita una habitació tranquil·la amb el mínim de distracció i material lúdic com una pilota, llibres, paper, llapis i construccions.

### **-Objectiu-**

L'objectiu és detectar les alteracions dels desenvolupament psicomotor que puguin interferir en el procés normal d'evolució del nen. A més té una utilitat en l'ensenyament, guia i suport als pares.

### **-Correcció-**


El DENVER (Frankenburg, 1967) s'interpreta en base al nombre de retards en cada subprova. Un retard és una falla que cau a l'esquerra de la línia d'edat. Per a interpretar els resultats hi ha uns barems que són els següents:

#### **Anormal**

- dos o més sectors amb 2 o més retards
- 1 sector amb dos o més retards o 1 o més sectors amb 1 retard.

#### **Dubtós**

- Un sector amb 2 o més retards
- Un o més sectors amb 1 retard

 **No avaluable-** No es pot realitzar el test perquè el nen no participa

 **Normal-** Altres condicions no anomenades.

### **-Utilitat-**

Poder determinar el desenvolupament psicomotor del nen i a la vegada observar si hi ha relació entre psicopatologia i dificultat de desenvolupament.

### 6.3.6- Observació de l'infant a l'aula, en el pati i durant l'exploració.

#### **-Descripció-**

Mentre s'acompanyava o s'anava a buscar un infant a l'aula o al pati, s'observava breument si els nens explorats jugaven, reien, treballaven, ploraven, estaven sols... No és una observació reglada, únicament s'observava aquests aspectes i s'anotaven dins l'apartat d'observacions personals. A la vegada s'observava durant l'exploració la conducta i expressió del nen.

#### **-Objectiu-**

Recollir aspectes relacionals, activitat en l'aula o el pati.

#### **-Utilitat-**

Recollir informació de l'infant en situacions no controlades.

### 6.3.7- Entrevista clínica

Després de l'aplicació de tots els instruments, es va realitzar una entrevista clínica individual a cada infant, tant del grup experimental com control. A partir d'aquesta es va fer el diagnòstic seguint els criteris DSM-IV (APA, 1995). D'aquesta forma es va detectar 10 possibles casos amb depressió major o altres alteracions psicològiques. Aquests nens van ser entrevistats de nou per dos entrevistadors que no havien intervingut anteriorment en el procés d'avaluació, per tal de confirmar les impressions diagnòstiques anteriors. Els entrevistadors van fer el diagnòstic clínic de cada infant, de comú acord.

#### **-Objectiu-**

Constatar la simptomatologia depressiva de l'infant i permetre discriminar entre símptomes i trastorn depressiu major.



**-Utilitat-**

Establir un diagnòstic clínic i contrastar el diagnòstic entre tres valoracions, així com veure la relació amb altres dades recollides per mitjà d'altres fonts d'informació.

## 7- PROCEDIMENT

L'estudi de camp es va iniciar el gener de 1999, després de les vacances de Nadal, i es va dur a terme fins al juny de 1999. Es va creure important realitzar l'estudi en aquest període escolar, donat que els mestres ja tenen informació de l'infant.

Com s'ha explicat en l'apartat de disseny, s'han passat les proves per escoles. És a dir les avaluacions es realitzaven per escoles i es duïen a terme seguint les fases dissenyades. No es passava a la següent escola sense haver realitzat les impressions diagnòstiques de l'anterior escola.

El procediment dissenyat inicialment ha estat el que s'ha aplicat a la pràctica. Tant les condicions escolars com de la recerca ho han facilitat, aspecte que considerem molt positiu. L'únic entrebanc que s'ha trobat és la pèrdua de qüestionaris dels pares, que malgrat haver expressat el seu consentiment, a l'hora de la veritat alguns (per sort pocs), no ho van entregar.

S'ha partit d'una mostra de 460 infants dels quals 72 presenten una puntuació en simptomatologia depressiva alta i 60 han format part del grup control. En aquesta primera fase s'han aplicat tots els instruments anteriorment esmentats als diversos informadors (mestres, pares i infants). En la darrera fase s'ha fet el contrast diagnòstic als infants amb depressió major o amb sospita important de patir-ne.

Anem ara a detallar els passos seguits en aquest estudi.

## 7.1- CONSTITUCIÓ DE LA MOSTRA.

En aquesta fase es va escollir la mostra objecte d'estudi. Es va fer seguint els següents passos:

- Contacte amb l'institut Municipal d'educació que va donar el llistat de les escoles públiques i privades d'Olot.
- Contacte amb el director i coordinadora d'educació infantil dels centres. Primerament per telèfon i després presencialment, on se'ls explicava l'objectiu i procediment a seguir.
- Confirmació de les escoles que volen participar.
- Redacció d'una carta adreçada als pares per tal d'obtenir el seu consentiment.
- Una vegada obtinguda la mostra que volia participar en l'estudi, al llarg de la investigació es va constituir un grup de risc i un grup control. Aquests es va formar a partir de presentar una puntuació igual o superior a 27 pel grup de risc, i igual o inferior a 24 pel grup control.(veure l'apartat de subjectes)

Com ja s'ha explicat en l'apartat de subjectes , sis escoles van voler participar en l'estudi amb un total de 580 infants que cursen educació infantil( p3,p4 i p5) en escoles públiques i privades-concertades. D'aquests, 460 van voler participar.

## 7.2- APLICACIÓ DELS QÜESTIONARIS ALS MESTRES.

Aquesta fase es centra en recollir la informació als mestres.

- Es va donar l'escala de depressió per a preescolars versió mestres (ESDM) (Domènech, 2003 en premsa) i l'escala d'ansietat per a preescolars ESAM (DOMÈNECH, et al, no publicat) als mestres dels tres cursos d'infantil junt un petit qüestionari amb les dades de l'infant més rellevants. Sols s'administraven les proves en una escola i fins que no s'estava en fase dos no es repartien els qüestionaris a una nova escola. Es solien donar els qüestionaris els divendres.
- Al cap de 8-10 dies, intentant que fos el divendres següent de l'entrega, es recollien els qüestionaris i es corregien normalment el cap de setmana per tal que el dilluns es pugues realitzar la segona fase. Es seleccionava aquells nens amb puntuació igual o superior a 27 en l'ESDM per formar part del grup amb simptomatologia depressiva alta i com s'ha dit anteriorment, s'escollia un nombre aproximat d'infants control, amb puntuació inferior a 25, de manera aleatòria per aula, sexe i escola.

## 7.3- ESTUDI AMB L'INFANT

En aquesta segona fase es realitza un contacte directe amb l'infant. Aquest contacte es feia en dos torns. El primer torn es centrava en detectar la simptomatologia depressiva de P3 a P5. D'aquesta manera la valoració de la mestra i clínica no es portaven més de 12 dies. En el segon torn es tornava a agafar els mateixos infants i se'ls passava proves de capacitat.

Normalment les exploracions es duien a terme en les escoles en una sala familiar als nens. (menjador, despatx mestres, sala vídeo, sala de joc). L'horari era l'escolar de 9 a 12h del matí i de 3-5h de la tarda.

Generalment la mestra presentava a la psicòloga, de manera que tots la van poder conèixer. A la vegada els alumnes de p3 i p4 eren recollits personalment d'un a un a l'aula, de manera que el contacte s'iniciava al llarg del camí per arribar a la sala on es feia l'estudi. S'agilitzava la familiaritat que necessiten els infants d'aquesta edat abans no col·laboren.

- a) En el primer contacte se li demanava primer de tot un dibuix lliure. Posteriorment es passava la PRESS (Martini, Strayhorn, Puig-Antich, 1990) al nen i es parlava de diversos aspectes com la família, escola, interessos.... Aquesta valoració solia durar una mitja hora, encara que depenia de l'estat emocional del nen. La col·laboració va ser molt bona. Sols una nena no va voler dibuixar ni estar a la sala.

La primera ronda es feia amb tots els nens de p3 a p5 desconeixent els resultats en l'ESDM (Domènech, 1996). Posteriorment es comparava la impressió diagnòstica de l'entrevista amb el resultat en l'ESDM de la primera volta (d'ara endavant ESDM1). En el segon dia es passaven les proves començant de nou per p3. D'aquesta manera ens asseguràvem que les valoracions de la mestra i les pròpies no es portaven més d'una setmana.

- b) En el segon dia doncs, es passaven les proves de capacitat i desenvolupament psicomotriu a partir del DENVER (Dr. Frankenburg, 1967), dibuix de la figura humana, gargots i de nou s'aprofitava el contacte per aclarir la simptomatologia del nen. Hi havia algun nen que es sentia molt més còmode i s'expressava millor. És molt important que el preescolar conegui i es senti a gust amb l'adult que l'està avaluant.

Aproximadament en funció del nombre d'infants a avaluar entre el primer dia i el segon solia passar entre 2 a 4 dies.

En ambdós dies es parlava amb l'infant i es recollia informació sobre les seves expressions tant facials com verbals. I s'aclarien aspectes confosos en el primer contacte.

- c) Al mateix temps s'adreçava als pares, per mitjà de la mestra, el bloc de qüestionaris. En aquest recull hi havia un qüestionari sobre dades biogràfiques de l'infant, l'escala de depressió per a preescolars versió pares (EDSP) ( Domènech, no publicat), el Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach i Edelbrock, 198 ) i el qüestionari de depressió per adults (Beck et al 1961) que l'havia d'omplir la mare o la figura més propera. Calia que els retornessin abans de 15 dies (aproximadament el que es tardava a fer les dues visites als infants d'una escola.) i ho retornessin a la mestra.(ens referim en femení perquè en totes les escoles eren mestres de sexe femení).

Es va donar la possibilitat d'ajudar als pares a omplir-ho. Sols va demanar ajuda una mare immigrant.

D'aquesta manera aconseguíem que la informació recollida des de l'escola, casa i exploració clínica, fes referència a les últimes tres setmanes.

#### **7.4- SEGONA VALORACIÓ DEL GRUP AMB ALTA SIMPTOMATOLOGIA**

Al llarg de l'estudi es va considerar interessant fer a més de l'entrevista clínica ja especificada, veure la simptomatologia recollida per mitjà dels instruments aplicats en la segona fase, específics per la depressió (PRESS i ESDM) al cap de dos mesos. D'aquesta manera tenim la certesa que els símptomes s'han presentat com a mínim durant 15 dies, que durava la segona fase, i vam veure si persistien als dos mesos.

a) Al cap de 2 mesos de la segona fase es va tornar a passar l'ESDM 3-6 (Domènech, 2003) als mestres però en aquest cas no l'havien d'omplir per tota l'aula si no sols pels infants de risc. (D'ara endavant ESDM2)

b) A la vegada es tornava a observar aquests infants amb alta puntuació en l'ESDM1 a la primera fase de forma individual. Es passava de nou la PRESS (Martini, Stryhorn, Puig-Antich, 1990) i es jugava i parlava amb els infants de amb simptomatologia alta, però no amb els controls.(d'ara endavant PRESS 2)  
D'aquesta manera teníem també una informació addicional de l'estat emocional de l'infant al cap de 2 mesos aproximadament de la primera exploració.

#### 7.5- CONFIRMACIÓ DELS DIAGNÒSTICS

Finalment es va fer un contrast dels diagnòstics. Aquells nens amb diagnòstic de depressió major i en aquells nens dubtosos de presentar un quadre clínic, es va fer una comprovació per part de dos professionals més. Es va realitzar una entrevista clínica a un total de 10 infants que va permetre fer un contrast dels diagnòstics. Així doncs, es va obtenir d'una mostra àmplia el diagnòstic de depressió major confirmat per varis informadors i observadors.

#### 7.6- ANÀLISI ESTADÍSTICA

Finalment s'han analitzat les dades amb el paquet estadístic SPSS per windows versió 6.0.1 (Marjia J., Norusis/SPSS INC.1993).

S'han utilitzat diverses funcions com *les freqüències* per tal de conèixer els valors de referència per a cada variable. La *comparació de mitjanes (T-Student)* per tal de comparar entre els dos grups el paper de diversos factors a l'igual que *taules de contingència (Xi. quadrada)*. La prova de *correlació de Pearson* amb els

corresponents nivell de significació també s'ha aplicat davant variables quantitatives. Finalment s'ha fet unes *anàlisis discriminant*, que permeten veure quines variables tenen major pes explicatiu.



# RESULTATS

## 8- RESULTATS

Els resultats obtinguts els recollim en els següents apartats:

- 8.1- Resultats en els instruments aplicats a tota la mostra
- 8.2- Dades epidemiològiques
- 8.3- Comparació entre el grup de risc i control
- 8.4- Comparació entre els infants amb depressió major i no deprimits.
- 8.5- Descripció dels casos amb depressió major.

### 8.1 - RESULTATS EN ELS INSTRUMENTS APLICATS A TOTA LA MOSTRA

En aquest apartat farem un recull descriptiu de les dades obtingudes en els diferents instruments aplicats a la mostra total. En aquesta primera fase es van recollir el 100% dels instruments entregats als mestres.

Si tenim en compte els cursos, els infants de P3 de parvulari, generalment solen mostrar una mitjana de puntuacions més altes que la dels altres cursos.

Anem ara a detallar els resultats en cada instrument.

- *"Escala de síntomas depresivos para maestros. ESDM 3-6a."* (Domènech, et al 2003). ESDM1

Com s'ha detallat anteriorment, es va passar aquesta prova als 460 infants. Les puntuacions obtingudes van de 19 a 47 punts. La mitjana és de 23,1 amb una desviació estàndard de 3,65. El 84% dels infants tenen una puntuació inferior a 27, que és el punt de tall indicatiu d'alta simptomatologia depressiva.

Si analitzem les puntuacions atenent als cursos, podem veure que els infants de P3 puntuen lleugerament superior a la resta de cursos. Els infants de P3 tenen una mitjana de 23,8 i una desviació estàndard de 3,8. Aplicant la prova de comparació de mitjanes, trobem diferències significatives en relació a les mitjanes dels infants de P3 amb els de P4 ( $X=22,47$   $Sd=3,76$ ) ( $T=3,14$   $P<0,005$ ) i amb els de P5 ( $X=23$ ,  $Sd=3,29$ ) ( $T=2,06$   $P<0,05$ ).

➤ Taula 7. VALORS EN L'ESCALA ESDM(Domènech et al, 2003)

PER CURSOS

CURS	X (Sd)
P3	23,8(3,8)
P4	22,47(3,76)
P5	23(3,29)

Per sexes la mitjana en nenes és de 23,29 ( $Sd=3,78$ ) amb puntuacions més altes, arribant fins als 47 punts. En els nens la mitjana és de 22,94 ( $Sd=3,51$ ) amb la puntuació màxima de 37 punts.

■ *"Escala de síntomas de ansiedad para maestros."* 3-5a. ESAP (Domènech et al, no publicat)

Aquesta prova, aplicada també als 460 infants, ha donat unes puntuacions compreses entre 9 i 34 punts. La mitjana és de 16,36 i la desviació estàndard de 2,37 .

Si es té en compte el curs escolar podem observar unes mitjanes similars, entre els cursos. Les mitjanes en els infants de P3 són estadísticament més elevades que els de P4. ( $T=5,56$   $P<0,0005$ ). També els infants de P3 presenten puntuacions significativament superiors que els infants de P5 ( $T=4,04$   $P<0,0005$ ). A la taula 8 hi podem observar també, les mitjanes en els percentils 90 i 95 així com les dades

de referència, que s'han obtingut de l'estudi preliminar que duu a terme la unitat de psicopatologia clínica de la infància i adolescència de la Universitat Autònoma de Barcelona.

➤ **Taula 8. VALORS EN L'ESCALA ESAP (Domènech et al, no publicat)**

**PER CURSOS**

<b>CURS</b>	<b>X (Sd)</b>	<b>P90</b>	<b>P95</b>	<b>Ref.P90</b>	<b>Ref.P95</b>
<b>P3</b>	15,24(2,53)	20	22	25,4	37,6
<b>P4</b>	15,71(2,2)	18	18	11	16,1
<b>P5</b>	16,16(2,13)	19	20	6,3	10,75

Es pot observar que els percentils referents als cursos P4 i P5 són superiors als trobats per l'estudi preliminar de referència.

Per sexes, la mitjana en les nenes és de 16,47 (Sd:2,64) i l'escala de puntuacions va de 0 a 34 punts. En els nens la mitjana és de 16,26 (Sd:2,08) i els valors es troben entre 9-25 punts.

També s'ha pogut observar que no es donen diferències significatives en les puntuacions dels instruments en relació al sexe ni en funció del tipus d'escola. Únicament en aquest cas, trobem que la puntuació en l'ESAP (DOMÈNECH et al, no publicat) és més elevada en els infants que van en escola privada-concertada que els que van a la pública. (T=5,6 P<0,0005) .

## **8.2- DADES EPIDEMIOLÒGIQUES**

El càlcul de la prevalença es refereix a saber quants infants en tota la mostra pateixen un determinat trastorn, en aquest cas pateixen depressió major. Aquest càlcul no sols es pot realitzar quan es presenta un quadre patològic, aquí buscarem també la prevalença de simptomatologia depressiva i dels trastorns emocionals en l'edat preescolar.

### 8.2.1- Prevalença de simptomatologia depressiva

En aquest apartat fem referència al percentatge d'infants que presenten una simptomatologia depressiva alta. Es calcula aplicant la fórmula específica pel càlcul de prevalença, tenint en compte que es considera POSITIU aquell infant amb puntuació igual o superior a 27 en l'ESDM (Domènech et al, 2003) .

Donat que es van trobar 72 infants amb símptomes depressius i per tant amb risc a tenir depressió, podem dir que el **15,65% de la mostra presenta simptomatologia depressiva alta.**

$$P = \frac{\text{positius}}{\text{Mostra total}} \cdot 100 = \frac{72}{460} \cdot 100 = 15,65\%$$

### 8.2.2- Prevalença de depressió major

Donat que no hi ha criteris diagnòstics específics per a la primera infància hem realitzat el càlcul de la prevalença d'infants afectats per depressió major en base a tres criteris:

\*Primer de tot en base als criteris diagnòstics del DSM-IV (APA, 1995).

\*Donat que el DSM-IV no fa cap diferenciació pels infants preescolars mentre si ho trobem en el DSM-III , hem pensat que fóra interessant tenir l' índex de prevalença en base als dos criteris.

\*Per altra banda, basant-nos en estudis recents (Domènech-Llaberia, 1993. i 1996 ) hem elaborat uns criteris diagnòstics , afegint com a opció en el criteri A del DSM-IV (APA, 1995) un símptoma més, la **inhibició conductual.**

El càlcul de prevalença en els tres casos s'ha realitzat aplicant la mateixa fórmula, considerant POSITIU al nen que compleix amb els criteris especificats. La simptomatologia d'aquests casos s'ha recollit en un formulari, obtenint la informació per mitjà del mestre, nen, pares i criteri clínic.

#### ■ CRITERIS DSM-IV

S'ha trobat 4 casos, dos nens i dos nenes, que compleixen amb els criteris especificats pel DSM-IV (APA; 1995). Aplicant la fórmula trobem:

$$P = \frac{\text{Cas}}{\text{Mostra total}} = \frac{4}{460} \cdot 100 = 0,87\%$$

Podem dir que un 0,87 % de la mostra compleix els criteris per a ser diagnosticats amb depressió major, en base als criteris especificats en el DSM-IV (amb un mínim de 5 símptomes).

#### ■ CRITERIS DSM-III

Tenint en compte aquests criteris, trobem 6 infants que compleixen amb els criteris especificats. Un 1,3% de la mostra compleix amb els criteris per a diagnosticar depressió major segons el DSM-III (mínim de 3 símptomes en preescolars).

$$P = \frac{\text{Cas}}{\text{Mostra Total}} = \frac{6}{460} \cdot 100 = 1,3\%$$

#### ■ Criteris adaptats (DSM-IV + inhibició)

Tenint en compte que hem introduït un símptoma més en el criteri A del DSM-IV que és el de la inhibició conductual (veure l'apartat de definició de cas), troben també 6 infants amb la simptomatologia depressiva present. En aquest cas parlem

d'un 1,3% dels infants presenten el diagnòstic de depressió major (presentant mínim 5 símptomes)

$$P = \frac{\text{Cas}}{\text{Mostra Total}} = \frac{6}{460} \cdot 100 = 1,3\%$$

### 8.3- COMPARACIÓ ENTRE EL GRUP AMB ALTA SIMPTOMATOLOGIA DEPRESSIVA I EL GRUP CONTROL

L'objectiu d'aquest apartat és veure si hi ha diferències estadístiques entre el grup amb alta simptomatologia depressiva (n=72) i el grup control (n=60). S'analitzarà primer de tot els resultats en relació a les dades personals, posteriorment en els instruments utilitzats i finalment els resultats relacionats amb els símptomes depressius.

Es va poder obtenir informació del 100% dels nens en l'exploració individual. En canvi, es van recollir el 81,8 % dels qüestionaris dirigits als pares, corresponent a 108 casos (malgrat tots van especificar voler participar en l'estudi). Si tenim en compte les escoles que han participat en l'estudi, trobem dues que presenten solament dos infants amb simptomatologia alta. Per contra, el major nombre d'infants de risc es troba a l'escola 5. (Taula 9)

➤ Taula 9. DISTRIBUCIÓ DELS INFANTS PER ESCOLES I GRUPS

ESCOLES	SÍMPTOMA	CONTROL
1B	15 (20,8%)	13(21,7%)
2P	2(2,8%)	2(3,3%)
3S	15(20,8%)	7(11,7%)
4M	2(2,8%)	2(3,3%)
5E	21(29,2%)	21(35%)
6PP	17(23,6%)	15(25%)

- Nombre d'infants per a cada grup en funció de l'escola. En parèntesi trobem el percentatge d'infants dins el grup de risc i control en funció de cada escola.

Per cursos, en el grup amb simptomatologia el 47,2% dels infants fan P3, el 20,8% P4 i el 31,9% restant fan P5.

En el grup control el 50% dels infants fan P3, 26,7% fan P5, i el 23,3% p4 . (Taula 10).

➤ **Taula 10. DISTRIBUCIÓ DELS INFANTS PER CURSOS I GRUPS**

	síntom a	Control
P3	34	30
P4	15	14
P5	23	16

- Trobem el nombre d'infants en funció del grup i curs escolar

### 8.3.1- Dades personals i familiars

En aquest apartat observarem les diferències entre el grup amb simptomatologia depressiva alta i el control en relació a l'efecte dels factors de risc a desenvolupar depressió i els esdeveniments estressants , recollits en el qüestionari omplert pels pares.

#### ■ factors de risc

Si analitzem les dades **peri i postnats** no trobem diferències entre els grups. Tots són fills naturals de la parella. Un 5,6% de les mares van tenir complicacions durant l'embaràs, de les quals 5 casos corresponen al grup amb simptomatologia alta i 1 al control. Un 1,9% dels nens van néixer prematurs corresponent a dos casos els quals queden repartits un a cada grup.

En quan al *tipus de part*, el 54,6% han nascut d'un part natural, dels quals el 50,8% pertanyen al grup control. El 25,9% del grup amb simptomatologia alta van néixer



amb cesària i el 24,1% amb instrumentació. Com ja hem dit però no hi ha diferències significatives ( $\chi^2_2 = 1,911$ ,  $P=0,384$ ). En el grup amb simptomatologia alta trobem més casos que han necessitat cesària o altra instrumentació. (29 davant 20 controls). La mitjana del pes al néixer és de 3,223 grams.

Sols trobem diferències significatives en relació a prendre *tòxics durant l'embaràs*. Un 10,2% van prendre'n dels quals el 81,8% dels casos pertanyen al grup de risc

( $\chi^2_1 = 3,893$ ,  $P=0,048$ ).

En relació a la distribució per sexes, trobem en el dos grups majoritàriament nenes. En el grup de risc trobem 34 nens i 38 nenes, i en el control 25 nens i 35 nenes.

Recordem que es va escollir el grup control en funció de l'edat, classe i sexe dels alumnes de risc. Malgrat en la primera fase hi havia més nens que nenes, en l'estudi comparatiu el 52,8% del grup de risc són nenes mentre que en el grup control un 58,3% ho són. Les diferències no són significatives.

En el grup amb simptomatologia alta, la mitjana d'edat és de 53,6 mesos amb un valor mínim de 37 mesos i màxim 85 mesos. En el grup control la mitjana d'edat dels infants és de 53,7 mesos amb un rang entre 37 i 74 mesos d'edat.

El 90,4% no tenen germans bessons. Si ho analitzem per grups, no hi ha gaires diferències, el grup de risc hi ha 3 casos i en el control 4 nens amb germans bessons a l'igual que en el grup eliminat, és a dir que no ha participat en la segona fase.

Seguint les característiques de la mostra general (especificat en l'apartat de subjectes), tant en el grup de risc com el control, majoritàriament solen ser el

primer fill de la parella, amb un germà o són fills únics. A casa hi viuen quatre (45,9%) o tres persones(33,9%). Més del 89% en cada grup viuen amb tots dos pares.

En el grup amb símptomes rellevants trobem 66 casos de **raça** blanca corresponent al 91,7%, 4 de raça negra (5,6%) i 2 són magrebins (2,8%), mentre que en el control sols hi ha un nen de raça oriental (1,7%) i la resta són de raça blanca (98,3%).

El 92,7% va anar a la **llar d'infants** essent l'opció majoritària entre els dos grups. Els infants als 4 mesos d'edat (3,7%) inicien el primer contacte amb l'escola bressol, malgrat hi ha molta variabilitat. Les edats estan compreses entre els dos i vint-i-quatre mesos d'edat.

Dinou infants pateixen una **malaltia crònica** (4,2%). La proporció d'infants en el grup de risc que pateix una malaltia crònica és del 5,6% i en el control del 1,7%.

Les malalties més freqüents són les bronquitis i l'asma amb un 46,2% corresponent a 6 casos. També trobem 2 infants amb malaltia celíaca i dos amb epilèpsia. Els tres casos restants, que tenim detallada la malaltia, corresponen a la síndrome de Down, microcefàlia i malaltia cardiovascular. Quatre infants presenten una deficiència física o psíquica (3,7%), dels quals tots els casos corresponen al grup de risc. Malgrat tots els infants amb deficiència física i psíquica corresponen al grup de risc, no tenim dades estadístiques que ens comprovin que les diferències siguin significatives entre els grups ( $\chi^2_{1} = 2,0596$  P= 0,15124).

El 9,3% dels infants han **rebut estimulació precoç o alguna ajuda psicològica**. En el grup de risc correspon a un 14% dels infants i en el control a un 4%. No es donen diferències significatives entre els grups en funció d'haver rebut ajuda psicològica o estimulació precoç ( $\chi^2_{1} = 2,0922$ , P=0,148).

En quan a les **dificultats en la parla**, 21 nens del grup amb símptomes importants en tenen, mentre que en el grup control sols n'hi ha 6 casos. Estadísticament hi ha diferències significatives entre els grups en relació a tenir majors dificultats de parla. El grup de risc presenta amb més freqüència alteracions en la parla que el grup control (29,2%) ( $\chi^2_{2}=7,38$  ,  $P=0,0065$ ).

Un 10,2% de les mares van tenir **depressió post-part**. No s'observen diferències entre els grups. No s'ha recollit cap cas que el pare que hagi patit depressió post-part. En quan a la duració de la depressió l'interval es troba entre 1 i 12 mesos. Sols trobem un cas amb una duració de 12 mesos, que correspon a una mare del grup de risc.

Per altra banda no hi ha diferències significatives entre la presència **d'antecedents familiars de depressió** o altres trastorns psicològics. En relació a la pregunta sobre el *Nombre de familiars afectats*, el 80,6% no en tenen cap. El 14,3% del grup de risc tenen un familiar afectat i el 5,4% tenen dos afectats. En el grup control un 11,5% tenen un familiar amb alteració psicopatològica i el 7,7% dos antecedents familiars.

En quan a **antecedents familiars d'ansietat** el 88,1% de la mostra no en tenen. Per grups el 89,5% del grup de risc no tenen antecedents , mentre que el 10% restant si. En el control un 11,5% tenen antecedents a la família de trastorns d'ansietat.

Un 3,7% dels infants té un **germà amb discapacitat** , dels quals el 75% són del grup control. En el grup de risc 1,8% tenen germans amb discapacitat i en el grup control un 6% dels infants. Les diferències no són significatives (  $\chi^2_{1}=0,4151$ ,  $P=0,5193$ ).

A la taula 11 es troben recollits tots els factors de risc en funció del grup .

➤ Taula 11 . FACTORS DE RISC ATENENT AL GRUP

	SI	NO	SIGNIFICACIÓ
<b>COMPLICACIÓ EMBARÀS</b>			$X_2^1 = 1,158$ P=0,281
Alta simptomatologia	5(8,6%) 83,3%	53(91,4%) 52%	
Control	1(2%) 16,7%	49(98%) 48%	
<b>PREMATURITAT</b>			$X_2^1 = ,000$ P=1
Alta simptomatologia	1(1,7%) 50%	57(98,3%) 53,8%	
Control	1(2%)50%	49(98%) 46,2%	
<b>TÒXICS DURANT EMBARÀS</b>			$X_2^1 = 3,893$ P=0,048
Alta simptomatologia	9(15,5%) 81,8%	49(84,5%)50,5%	
Control	2(4%) 18,2%	48(96%)49,5%	
<b>DEPRESSIÓ POST-PART</b>			$X_2^1 = 0,485$ P=0,485
Alta simptomatologia	7(12,1%)63,6%	51(87,9%) 52,6%	
Control	4(8%) 36,4%	46(92%) 47,4%	
<b>ANTECEDENTS DEPRESSIÓ</b>			$X_2^1 = 0,199$ P=0,655
Alta simptomatologia	12 (21,1%) 57,1%	45(78,9%) 51,7%	
Control	9(17,6%) 42,9%	42(82,4%) 48,3%	
<b>DÈFICIT SENSORIAL</b>			$X_2^1 = 1,263$ P=0,5317
Alta simptomatologia	3 (4,2%) 50%	68(94,4%) 54,4%	
Control	3(5%) 50%	57(95%) 45,6%	
<b>DIFICULTATS DE PARLA</b>			$X_2^1 = 7,389$ P=0,0065
Alta simptomatologia	21(29,2%) 77,8%	51(70,8%) 48,6%	
Control	6(10%) 22,2%	54(90%) 51,4%	

- En les caselles que indiquen la presència o absència del factor de risc, es troba el nombre de casos per cada grup, en parèntesi el percentatge de cada opció dins el grup i posteriorment el percentatge corresponent per a cada grup.

Si tenim en compte la **situació dels pares**, no trobem diferències estadísticament significatives entre els grups. Un 4,5% de la mostra tenen els pares separats, dels quals el 3,6% són del grup de risc. Dels pares separats amb nova parella, sols trobem infants del grup control. Cal dir però que el 95% de la mostra estan amb situació estable de parella.

A la taula 12 es reflexa la situació dels pares en funció del grup amb símptomes alts i el control, junt el percentatge total de cada opció

► Taula 12. SITUACIÓ DELS PARES PER GRUPS

	Casats	Ajuntats	Separats/ divorciats	Separats/ Divorciats parella	Vidu/a
<b>Símptomes</b>	50 86,2%	4 6,9%	3 5,2%	1 1,7%	0
<b>Control</b>	49 94,2%	1 1,9%	0	1 1,9%	1 1,9%
<b>%</b>	90%	4,5%	2,7%	1,8%	0,9%

- A cada casella s'hi troba el nombre de casos i el percentatge de la opció en relació al grup

L'edat del pare està compresa entre 24 i 52 anys. Amb una mitjana de 37 anys. En l'interval entre 24-31 anys no trobem cap pare del grup control, si en el de risc. L'edat amb major nombre de pares del grup de risc és els 35 anys (16,1%), mentre que en el grup control es troba als 39 anys (13,7%).

En referència a les mares l'edat es troba entre 21 i 48 anys. Amb una mitjana de 34,7 anys. De 21 a 30 anys majoritàriament sols hi trobem mares del grup de risc. D'aquestes 5 no tenen estudis. L'edat de la mare amb més alt percentatge en el grup amb simptomatologia alta és 32 anys corresponent al 12,5%, seguit dels 29

anys (10,7%) En el grup control el percentatge més elevat el trobem als 36 anys amb 21,6% i els 38 anys (13,7%).

No trobem diferències entre els **estudis i categoria professional** dels pares de cada grup. Analitzant les dades socio-econòmiques a partir de les categories de Hollingshead (1975), un 3,8% dels pares estan *aturats* dels quals majoritàriament es troben dins el grup de risc (proporció de 3:1). En els dos grups predominen els propietaris de petits negocis. (Taula 13).

En el grup de risc hi ha també més *operadors de màquines o comercials*. El grup control es diferencia del grup de risc en la presència de la categoria *tècnics-semiprofessionals*. Utilitzant les 8 categories professionals que proposa Hollingshead (1975), podem observar una alta variabilitat en les situacions laborals dels pares. El 35,2% són *propietaris de petits negocis*. Si tenim en compte els grups, aquesta categoria és la més freqüent en cada grup corresponent a un percentatge entre 32-38%. La segona opció més freqüent en el grup de risc és *operadors de màquines* (23,6%) i en el control la categoria *tècnics* (18%).

El 38,1% de les mares treballen com a *tècniques-semiprofessionals*, essent la categoria amb major freqüència en els dos grups. El 21% són *mestresses de casa* o estan a *l'atur*. La majoria d'aquestes són del grup de risc.

El 14,3% de les mares treballen *d'operadores de màquina*. Hi ha per tant una dispersió en les professions i estudis acadèmics dels pares important.

En quan als **estudis dels pares (Taula 14)** el 40,2% tenen el graduat escolar, el 20,6% estudis universitaris i el 17,6% B.U.P, C.O.U o FP 2. En els dos grups trobem que aquestes tres opcions tenen un percentatge similar i pel mateix ordre. No hi ha diferències remarcades entre els grups.

➤ Taula 13. SITUACIÓ LABORAL DELS PARES I MARES PER GRUPS  
(Hollingshead, 1975)

	PARES			MARES		
	Síntomes	Control	%	síntomes	CONTROL	%
Aturat	3 5,5%	1 2%	3,8%	13 23,2%	9 18,4%	21%
Mà d'obra no qualificat				1 1,8%	0	1%
Operador màquina	13 23,6%	8 16%	20%	9 16,1%	6 12,2%	14,3%
PROPIETARI PETIT NEGOCI	18 32,7%	19 38%	35,2%	3 5,4%	5 10,2%	7,6%
COMERCIAL	6 10,9%	2 4,5%	7,6%	4 7,1%	1 2%	4,8%
TÈCNIC SEMI PROFESSIONAL	3 5,5%	9 18%	11,4%	19 33,9%	21 42,9%	38,1%
PROFESSIONAL	9 16,4%	8 16%	16,2%	6 10,7%	7 14,3%	12,4%
DIRECTIU	3 5,5%	3 6%	5,7%	1 1,8%	0	1%

\*A la taula 13 es troben el nombre de casos per a cada opció i el percentatge corresponent en funció del grup de risc i control . Es trobarà diferenciat per colors les dades referents al pare i a la mare.

➤ Taula 14. ESTUDIS ACADÈMICS DELS PARES I MARES PER GRUPS  
(Hollingshead, 1975)

	pares			mares		
	Síntomes	CONTROL	%	Síntomes	CONTROL	%
SENSE ESTUDIS	4 7,7%	2 4%	5,9%	5 8,9%	0	4,8%
GRADUAT ESCOLAR	21 40,4%	20 40%	40,2%	14 25%	14 28,6%	26,7%
BUP/COU/FP INACABAT	6 11,5%	4 8%	9,8%	7 12,5%	1 2%	7,6%
BUP/COU/FP2	9 17,3%	9 18%	17,6%	15 26,8%	15 30,6%	28,6%
ESPECIALITZACIÓ	2 3,8%	1 2%	2,9%	1 1,8%	2 4,1%	2,9%
DIPLOMATURA	0	3 6%	2,9%	6 10,7%	6 12,2%	11,4%
UNIVERSITARIS	10 19,2%	11 22%	20,6%	8 14,3%	11 22,4%	18,1%

- Dins cada cel·la hi trobem el nombre de casos i a sota el percentatge corresponent de l'opció per a cada grup. Diferenciat per colors es troben les dades dels pares i de les mares. La tercera cel·la fa referència al percentatge de l'opció independentment del grup.

Les mares majoritàriament, tenen el BUP i COU acabats (28,6%) o el graduat escolar (26,7%) seguit d'estudis universitaris (18,1%). (Taula 14). Les proporcions en els dos grups són similars i seguint la mateixa línia.

#### ■ Esdeveniments estressants

Ens referim a la presència d'esdeveniments estressants que es donen a l'entorn de l'infant. Tot i que si s'analitzen els percentatges es pot observar algunes diferències entre els grups, estadísticament no es confirmen. Com és el cas del



naixement d'un germà i canvi de ciutat i escola. El nombre de casos que ho han viscut és molt petit.

No es donen diferències significatives entre els grups en quan a si els pares **han patit un accident** ( $\chi^2_{1}=0,0547$ ,  $P=0,814$ ). En tots dos grups cap nen ha patit un accident i els percentatges de **mort d'una persona significativa** són similars entre els grups. En el grup de risc un 5,6% i en el control un 5,1%. No s'observen diferències significatives ( $X^2_{1}=3,01$   $P=0,2219$ ).

A un 11,1% dels nens els ha **nascut un germà** en l'últim any, sense presentar diferències significatives entre els grups ( $\chi^2_{1}=2,462$ ,  $P=0,1165$ ). Un 15,5% del grup de risc els ha nascut un germà, davant un 6% del grup control.

Un 6,5% han **canviat de casa** en els últims dos mesos, essent el 57% del grup de risc. Estadísticament no presenten diferències significatives entre els grups ( $\chi^2_{1}=0,00$   $P=1$ ).

Sols 1,9% dels infants han **canviat de ciutat**, els quals tots es troben en el grup de risc. No es presenten diferències entre els grups ( $\chi^2_{1}=0,371$ ,  $P=0,542$ ). Tampoc es donen diferències en quan a **canvi d'escola** ( $\chi^2_{1}=0$   $P=1$ ), on sols es constata en un infant del grup de risc. Tampoc trobem diferències significatives entre els infants que van anar a la llar d'infants en funció del grup ( $\chi^2_{1}=0,9372$ ,  $P=0,332$ ).

En el grup de risc 10 casos presenten altres fets rellevants en la seva vida, recollits en el qüestionari dels pares, davant els 4 del grup control. Els fets més rellevants són: separació dels pares ( ho presenten 2 casos del grup de risc), el naixement d'un germà ( en 2 casos del grup de risc), tenir el pare absent ( en 2 casos del grup de risc) i patir malalties (en 2 casos del grup de risc). El naixement

d'un germà és l'esdeveniment que més es dona en aquesta mostra, seguit de la mort d'una persona significativa en el darrer any.

➤ **Taula 15. ESDEVENIMENTS ESTRESSANTS**

Esdeveniments últim any	Si	No	Missings
Mort persona significativa	7	124	13
Accident pares	6	102	
Accident nen	0	108	
Naixement germà	12	96	
Canvi casa	7	101	
Canvi ciutat	2	106	
Canvi d'escola	1	107	

- Dades en funció del qüestionari als pares

➤ **Taula 16. ESDEVENIMENTS RELLEVANTS. QÜESTIONARI 2**

Esdeveniment	casos	risc	Control
Separació dels pares	3	2	1
Naixement del germà	2	2	0
Meningitis als 6m	1	1	0
Va al llit dels pares	1	0	1
Proper naixement d'un germà	1	0	1
Mort del pare fa 4a	1	0	1
Dificultat d'adaptar-se	1	1	0
Pare ha estat fora mesos	3	3	0
Malalties freqüents	1	1	0

- Dades recollides dins el Qüestionari 2 en la pregunta oberta

### 8.3.2- Instruments

Trobem diferències significatives interessants entre el grup de risc i control en varis instruments. Anem a observar les dades en funció de les proves. S'ha de tenir present que parlem de resultats obtinguts a partir dels 132 infants que van passar a la segona fase.

#### ■ ESDM (DOMÈNECH et al, 2003)

En el qüestionari de depressió dirigit als mestres, es pot veure que la puntuació mitjana en el grup de risc ( $\bar{X}=29,79$  Sd=3,23) és molt més elevada que en el control ( $\bar{X}=21,75$  Sd=1,73), amb una significació estadística inferior a 0,005. (T=18,20 P<0,0005)

Per tant el grup de risc tendeix a puntuar més alt en aquest qüestionari. Aquest resultat era del tot esperat donat que com ja hem dit es va utilitzar de discriminador entre els dos grups.

La segona vegada que es va aplicar aquesta prova, (l'anomenarem ESDM2(Domènech, 1996) fou al cap de dos mesos, aproximadament, de la primera avaluació i sols es va administrar als infants amb alta simptomatologia depressiva .

Les puntuacions en l'ESDM2 van de 20 a 45 punts amb una mitjana de 27,86 (Sd=4,5). Donat que sols es va passar al grup de risc ens explica el perquè la puntuació mitja és per si sola alta. Sols un 44% dels infants tenen una puntuació inferior a 27, i per tant deixen de presentar simptomatologia depressiva alta.

Quan tenim en compte el curs escolar podem veure que les puntuacions són més elevades en els infants que cursen P4 ( $\bar{X}=29,13$  Sd=6,08) sense presentar diferències significatives en relació a P3 ( $\bar{X}=27,11$  Sd=3,5) ni P5 ( $\bar{X}=26,44$  Sd=6,59)

Per sexes, la mitjana de puntuacions en l'ESDM-2(Domènech, 1996) en les nenes és de 27,05 (Sd=5,12) i en els nens de 27,54 (Sd=5,49) . L' escala de puntuacions és similar entre els sexes, de 13-45 punts en nenes i de 14 a 41 punts en els nens.

#### ■ ESAP (DOMÈNECH et al, no publicat)

Si observem els valors en l'escala d'ansietat per a mestres ESAP (DOMÈNECH, et al, no publicat), podem veure una puntuació mitjana superior en el grup de risc ( $\bar{X}=17,64$  Sd=3,81) que en el control ( $\bar{X}=16,16$  Sd=2,15) . A més les diferències observades es confirmen estadísticament.( T= 2,79 P<0.05)

#### ■ Escala de síntomas depresivos para padres. 3-5a ESDP (DOMÈNECH, no publicat)

Les puntuacions en l'escala de símptomes depressius dirigit als pares es troben entre 19 i 34 punts . La mitjana és de 24,66 (Sd= 3,09). Si tenim en compte el curs escolar trobem unes mitjanes bastant homogènies. Els infants de P3 tenen una mitjana de 24,8 (Sd=3,32), els de P4 la mitjana és de 24,25 (Sd=2,89) i els de P5 la mitjana és de 24,8 (Sd=2,96).

Sobre els 107 qüestionaris recollits (56 de risc i 51 controls), trobem una mitjana significativament més alta en el grup de risc ( $\bar{X}=25,47$  Sd=3,28) que en el control ( $\bar{X}=23,66$  Sd= 2,55) (T=3,32 P<0,005).

#### ■ PRESS (Martini, Strayhorn, Puig-Antich, 1990)

Es va administrar aquesta prova a tots els nens de forma individual , tant del grup de risc com del grup control. D'aquesta prova tenim també dues avaluacions(PRESS1 I PRESS2). En la primera vegada que es va aplicar la PRESS1 trobem puntuacions compreses entre 0 i 13 punts amb una mitjana de 2,35 (Sd=3,1).

Si es té en compte el curs, els nens de P3 són els que presenten puntuacions més elevades ( $\bar{X}=3,21$   $Sd=3,32$ ), considerant que una puntuació de 4 i 5 punts com a indicador d'alta simptomatologia depressiva (Domènech-Llaberia, Garriga et al, manuscrit no publicat).

Utilitzant la comparació de mitjanes, es donen diferències entre les mitjanes dels infants de P3 i P5 ( $\bar{X}=0,97$   $Sd= 2,12$ ) ( $T=4,11$   $P<0,0005$ ). La mitjana en els infants de P3 és més elevada que en els de P5 . També presenten mitjanes estadísticament més elevades els infants de P4 ( $\bar{X}=2,4$   $Sd=3,3$ ) que els de P5 ( $T=2,05$   $P<0,05$ ).

Per sexes les nenes presenten una mitjana de 2,35 ( $Sd=3,24$ ) i en nens de 2,35 ( $Sd=3,03$ ). La puntuació màxima en les nenes és de 13 i en els nens d' 11.

S'ha treballat amb 69 subjectes de risc, degut a que algun nen no ha col·laborat o no ha entès la mecànica de la prova, malgrat els intents i exemples.

En la prova PRESS1, podem observar que la mitjana és més elevada en el grup de risc ( $\bar{X}=3,51$   $Sd=2,47$ ) que en el control ( $\bar{X}=1,63$   $Sd=2,47$ ). A més en la prova de comparació de mitjanes , l'estadístic T és significatiu ( $T= 2,55$   $P=0,012$ ).

Per altre banda, les puntuacions obtingudes al cap de dos mesos en els nens de risc PRESS-2 (Martini, Strayhorn, Puig-Antich, 1990), es troben entre 0 i 11 punts. La mitjana és de 2,12 punts( $Sd= 2,68$ ). El 84% tenen puntuacions inferiors o iguals a 4. En aquest cas també els infants de menys de 4 anys, són els que presenten les puntuacions més altes.

En les nenes la mitjana és de 2,25 ( $Sd=3,17$ ) i en els nens la mitjana és de 2,11 ( $Sd=2,11$ ) . La puntuació màxima en les nenes és de 11 punts i en els nens de 7 punts.

S'ha observat que a majors puntuacions en la primera avaluació, els valors en la PRESS2 també segueixen la mateixa línia ( $r= 0,4973$   $P=0,000$ ).

#### ■ FIGURA HUMANA- GOODENOUGH (GOODENOUGH, 1926. Harris, 1963)

En relació a les puntuacions totals trobem valors compresos entre 0 i 29. La mitjana és de 10,26 ( Sd= 6,6).

La mitjana total atenent al sexe és de 10,96 (6,91) en nens i en nenes és de 9,69 (Sd=6,33). Els intervals de valors es troben compresos entre 0 i 26 en nens i 0 i 29 en nenes.

En quan a la valoració per percentils hi ha molta variabilitat. Les puntuacions es troben entre el percentil 1 al percentil 99 , amb una mitjana de percentil de 39,62 ( Sd= 30,37). Per sexes, en nens la mitjana de percentils és de 44 (Sd=32,28) i en nenes de 36 (Sd= 28,43). Els valors màxims recollits i mínims són iguals , entre el percentil 1 i el 99.

No es troben diferències significatives en la puntuació total entre els grups. Malgrat tot es pot observar que la puntuació en el grup de risc ( $\bar{X}=9,57$  Sd=5,99 ) és inferior a la del grup control ( $\bar{X}=11,08$  Sd=7,23). ( $T=1,3$   $P=0,195$ ).

La puntuació passada a percentil que es pot obtenir en el GOODENOUGH, tampoc presenta diferències estadísticament significatives entre els grups ( $T=1,55$   $P=0,124$ ). No obstant es pot observar una tendència a presentar puntuacions més altes en el grup control ( $\bar{X}= 44,06$  Sd=31,48) davant el de risc ( $\bar{X}=35,87$  Sd=29,1).

## ■ GARGOTS

Troblem diferències en funció dels nivells escolars en algunes dimensions de la prova. Si tenim en compte la **dimensió personalitat**, el 59,2% dels gargots amb *tendència inhibida* els realitzen infants del curs de P3. El 46,2% dels infants amb gargots considerats *expansius* pertanyen a P5 a l'igual que quan parlem de la categoria de *poca expansió*. Les diferències són estadísticament significatives.

( $\chi^2_{4}=13,55$   $P < 0,005$ ). A la vegada el 63,2% dels infants amb gargots *inhibits* són del sexe femení, encara que és l'opció amb major nombre d'infants tant de sexe masculí com femení.

Els gargots dels infants de P3 majoritàriament indiquen una tendència al *super-ego* (62,9%). Essent també aquesta opció la que presenta una proporció més alta en el curs de P4 (55,2%). Els infants de P5 en canvi tendeixen a *l'allò* (46,2%).

( $\chi^2_{4}=12,22$   $P < 0,05$ ). Mentre que els nens presenten més tendència a *l'allò* (61,1%) , el *super-jo* majoritàriament ho trobem en les nenes (65,7%). L'opció *jo* està repartida entre ambdós sexes.

Els infants de P5 solen tenir més *dinamisme vital* (56,4%), els de P4 *dinamisme concentrat* (41,4%) , mentre que els de P3 solen presentar *poc dinamisme* (46,8%). Atenent al sexe, hi ha predominància femenina en el *dinamisme concentrat* i *poc dinamisme* (61%).( $\chi^2_{4}=16,27$   $P < 0,005$ ).

A més de la dimensió de personalitat, els gargots ens informen de possibles trets **psicopatològics**. No trobem diferències significatives entre els cursos. Si tenim en compte els sexes, en les nenes la proporció més elevada (25,7%) tendeix a la *inhibició*, mentre que en els nens el 30,5% tendeix a *l'agressivitat*.

En relació a **la posició** dels gargots dins el paper, la zona *regressiva* és la més utilitzada pels infants de P5 (47,6%), la *progressiva* pels infants de P3 (61,5%), i la

*zona materna* presenta proporcions iguals pels cursos de P3 i P4 (41,7%). El 43,6% dels infants de P5 utilitzen una *posició adequada* a l'edat (43,6%). En els infants de P4, un 17,2% presenten una posició dels gargots *adequada a l'edat*, tot i que l'opció més majoritària és la *materna* (34,5%). Un 12,9% dels infants de P3 utilitzen una *posició adequada a l'edat* però majoritàriament utilitzen la *zona progressiva o central* (25,8%). ( $\chi^2_{4}=36,5$   $P < 0,0005$ ).

Per sexes, la proporció majoritària del sexe masculí (27,1%) utilitza la *zona adequada* a l'edat. En les nenes majoritàriament, el 23,9%, utilitzen la *zona progressiva*.

Per grups, en relació a les característiques de personalitat, el 51,5% dels infants tendeixen al super-jo . El grup de risc representa el 56% dels casos. Les diferències entre els grups no són significatives . En quan al *dinamisme* les opcions tenen percentatges similars entre els grups sense mostrar diferències estadístiques. Malgrat la mostra presenta un 51,2% dels casos amb gargots amb tendència masculina, quan mirem si es donen diferències entre els grups, no se'n troben. A la taula 17 es troben recollides les dades segons cada dimensió de la personalitat en funció del grup i el percentatge total de l'opció.

No trobem diferències entre els grups en quan als **trets psicopatològics** diferenciats en la prova dels gargots. L'opció amb major percentatge és l'agressivitat amb un 27% dels nens. En el grup de risc la inhibició es dona amb major freqüència, mentre que en el control ho és l'agressivitat. No hi ha però diferències significatives entre els grups. (Taula 18)



➤ Taula 17. Diferències grup símptoma/control en els gargots. Personalitat

PERSONALITAT	SÍMPTOMA	CONTROL	% TOTAL DE L'OPCIÓ
<b>INHIBICIÓ</b>	44(33,8%) 62,9%	32(24,6%) 53,3%	58,5%
<b>EXPANSIÓ</b>	17(13,1%) 24,3%	22(16,9%) 36,7%	30%
<b>POCA EXPANSIÓ</b>	9(6,9%) 12,9%	6 (4,6%) 10%	11,5%
$\chi^2_2 = 2,38$ , P=0,30413			
<b>ALLÒ</b>	16 (12,3%) 22,9%	20(15,4%) 33,3%	27,7%
<b>SUPER-JO</b>	39 (30%) 55,7%	28(21,5%) 46,7%	51,5%
<b>JO</b>	15 (11,5%) 21,4%	12 (9,2%) 20%	20,8%
$\chi^2_2 = 1,825$ , P=0,4014			
<b>DINAMISME VITAL</b>	20 (15,4%) 28,6%	23 (17,7%) 38,3%	33,1%
<b>POC DINAMISME</b>	31 (23,8%) 44,3%	18 (13,8%) 30%	37,7%
<b>DINAMISME CONCENTRAT</b>	19 (14,6%) 27,1%	19 (14,6%) 31,7%	29,2%
$\chi^2_2 = 2,906$ , P=0,2338			
<b>MASCULÍ</b>	35(27,1%) 50,7%	31 (24%) 51,7%	51,1%
<b>FEMENÍ</b>	18(14%) 26,1%	22(17,1%) 36,7%	31,1%
<b>MIXTA</b>	16(12,4%) 23,2%	7(5,4%) 11,7%	17,8%
$\chi^2_2 = 3,553$ , P=0,169			

\*A la primera columna trobem les dimensions de personalitat, separades entre elles pels valors de la chi-quadrada. A cada cel·la trobem el nombre d'infants per a cada opció en funció del grup. En parèntesi hi ha el percentatge de cada grup en relació al percentatge total de cada opció. En darrer lloc trobem el percentatge de cada opció dins cada grup o intragrups.

➤ Taula 18. DIFERÈNCIES GRUP RI SC/CONTROL EN ELS GARGOTS.

PSI COPATOLOGIA

PSI COPATOLOGIA	RISC	CONTROL	% TOTAL
INHIBICIÓ	20(15,5%) 28,6%	10(7,8%) 16,9%	23,3%
AGRESSIVITAT	19 (14,7%) 27,1%	16(12,4%) 27,1%	27,1%
AÏLLAMENT	8(6,2%) 11,4%	8 (6,2%) 13,6%	12,4%
CERTA AGRESSIVITAT	9(7%) 12,9%	13 (10,1%) 22%	17,1%
AGRESSIVITAT I AÏLLAMENT	6(4,7%) 8,6%	4(3,1%) 6,8%	7,8%
CERTA INHIBICIÓ	6(4,7%) 8,6%	6(4,7%) 10,2%	9,3%
INHIBICIÓ/AÏLLAME NT	2(1,6%) 2,9%	2(1,6%) 3,4%	3,1%
$\chi^2_6 = 3,807 \quad P=0,702$			

\*A cada casella trobem el nombre d'infants per a cada opció en funció del grup. En parèntesi hi ha el percentatge de cada grup en relació al percentatge total de cada opció. En darrer lloc trobem el percentatge de cada dimensió dins cada grup o intragrups.

En quan a la **situació dels gargots a la fulla**, el 76% dels casos que tendeixen a fer-los en la zona regressiva pertanyen al grup de risc. El grup control majoritàriament, utilitza una posició adequada a l'edat (30%), mentre que el grup de risc sol utilitzar la zona regressiva (22%). Podem dir que aquestes diferències són estadísticament significatives. ( $\chi^2_6 = 12,37 \quad P=0,054$ )

➤ Taula 19. DIFERÈNCIES GRUP RISC/CONTROL EN ELS GARGOTS.

POSICIÓ

POSICIÓ	RISC	CONTROL	% TOTAL
REGRESSIVA	16(12,3%) 22,9%	5(3,8%) 8,3%	16,2%
PROGRESSIVA	15(11,5%) 21,4%	11 (8,5%) 18,3%	20%
ZONA MATERNA	14(10,8%) 20%	10(7,7%) 16,7%	7,7%
IDEAL	2 (1,5%) 2,9%	8(6,2%) 13,3%	13,8%
CENTRAT	10 (7,7%) 2,9%	8(6,2%) 13,8%	13,8%
ADEQUAT A L'EDAT	12(9,2%) 17,1%	18(13,8%) 30%	23,1%
MATERNA PROGRESSIVA	1(0,8%) 1,4%	0	0,8%
$\chi^2_6 = 12,37 \quad P=0,054$			

\*A cada casella trobem el nombre d'infants per a cada opció en funció del grup. En parèntesi el percentatge de les opcions per cada grup respecte el percentatge total. Posteriorment el percentatge de cada opció dins el mateix grup.

■ DENVER (FRANKENBURG, 1967)

S'ha administrat als participants de la segona fase. Majoritàriament els infants han estat avaluats i classificats dins la categoria "normal". Tenim 5 casos amb una avaluació anormal, 3 amb dubtosa i 6 no avaluables degut a la no cooperació de l'infant.(Taula 20) .

Al ser un instrument de cribatge només permet detectar els infants que no realitzen les tasques en el moment evolutiu esperat, però no permet fer un diagnòstic.

➤ Taula 20. VALORACIÓ EN EL DENVER(Dr. Frankenburg, 1967)

VALORACIÓ	FREQÜÈNCIA
NO AVALUABLE	6
DUBTÓS	3
NORMAL	118
ANORMAL	5

Si es té en compte el nivell escolar, els 6 casos *no avaluable*s pertanyen al curs de P3. Els casos *dubtosos* es reparteixen entre P3 i P5 i els considerats *anormals* queden repartits entre P4 i P5. Les diferències entre els cursos són significatives ( $\chi^2_{6}=13,21$   $P < 0,05$ ). El 60% dels casos *anormals* pertanyen a P4 i el 40% a P5. (Taula 20).

➤ Taula 21. VALORS EN EL DENVER(Frankenburg, 1967)

EN RELACIÓ AL CURS

DENVER	P3	P4	P5
NO AVALUABLE	6	0	0
DUBTÓS	2	0	1
NORMAL	56	26	36
ANORMAL	0	3	2

En funció del sexe majoritàriament i amb proporcions similars, els infants presenten una evolució normal per l'edat. Un 62% dels casos avaluats com a anormals, dubtosos i no avaluables són nenes. Els casos *anormals* queden repartits en 2 nens i 3 nenes.

Més del 50% dels infants realitzen la prova de forma adequada a l'edat. Tant en el grup de risc (84,7%) com en el grup control (95%) són les opcions majoritàries. No trobem diferències estadístiques entre els grups, però es pot observar que en el grup de risc s'hi concentren tots els casos no avaluables, el 67% dels casos dubtosos i el 60% dels anormals. ( $\chi^2_3=5,624$   $P=0,1313$ ).

■ Depression inventory. BDI. (BECK et al, 1961).

En el qüestionari BDI de depressió contestat per la mare, les puntuacions oscil·len entre els 0 i els 27 punts. En aquesta mostra no trobem cap cas greu. La mitjana és de 4,528 amb una desviació estàndard de 4,8. Disset mares tenen una puntuació indicativa de depressió.

Per cursos les mares dels infants de P5 tenen una mitjana ( $\bar{X}=3,9$  Sd=5,37) inferior a la resta de cursos, P3 ( $\bar{X}=4,87$  Sd= 5,08) i P4 ( $\bar{X}= 4,64$  Sd= 3,76). No es presenten però, diferències estadísticament significatives entre els cursos.

Si es té en compte el sexe, la mitjana en les mares amb fills de sexe masculí és de 5,28 (Sd=5,96). Presenten un rang de puntuacions entre 0 i 27. En les mares de nenes la mitjana és de 3,96 (3,85) amb un rang més acotat, entre 0-16 punts.

Les mares del grup de risc presenten puntuacions superiors ( $\bar{X}=5,6$  Sd=5,84) a les mares del grup control ( $\bar{X}=3,32$  Sd=3,13). A més aquestes diferències són estadísticament significatives.( T=2,55 P<0,05).

S'ha cregut interessant introduir una nova anàlisi, comparar els grups quan les puntuacions ja ens indiquen alteració. Tenint en compte que una puntuació igual o superior a 10 en el BDI ens alerta de la presència de simptomatologia depressiva important en les mares, no trobem diferències significatives entre les mares dels dos grups.(T=1,02 P=0,32). Tot i això dels 17 casos amb puntuació superior a 10, 14 són del grup de risc i 3 del grup control. La mitjana en el grup de risc és de 13,78 (Sd=5,14) i en el control la mitjana és de 10,66 (Sd=1,15).

En el grup de risc el 35,7% de les mares puntuen 10 en el qüestionari. Un 14,35% tenen 11 punts, un altre 14,3% de les mares tenen un total de 16 punts i els 5 últims

casos presenten puntuacions superiors a 12. La puntuació màxima és 27 on hi trobem una mare.

En el grup control sols 3 casos puntuen per sobre 10. Dos mares amb una puntuació límit i una amb 12 punts.

Si apliquen la prova de Mann-Whitney per a mostres petites, no trobem tampoc diferències estadístiques entre els grups ( $Z=-1,111$ ,  $P=0,266$ ).

#### ■ Child Behavior Checklist -CBCL (Achenbach, Edelbrock, 1982, 1991)-

Aquest qüestionari permet obtenir molta informació donat el nombre d'escala conductuals que presenta. Cal destacar que aquesta prova s'ha analitzat tenint en compte que hi ha 56 subjectes de risc i 52 controls, degut a l'incompliment dels pares a l'hora de retornar els qüestionaris.

Per sexes (taula 22) trobem que es presenten mitjanes bastant similars. En els nens l'escala externalitzada presenta una mitjana superior a la de les nenes. En les nenes l'escala de somatització presenta una mitjana superior a la dels nens. Per cursos no trobem diferències significatives.

#### ➤ Taula 22. PUNTUACIONS ATENENT AL SEXE EN EL CBCL

Escala	MITJANA DESVIACIÓ	MITJANA DESVIACIÓ
--------	----------------------	----------------------

	NENS	NENES
Dificultat atenció	$\bar{X}=3,84$ Sd=2,84	$\bar{X}=3,08$ Sd=2,45
Ansietat/depressió	$\bar{X}=3,21$ Sd=2,9	$\bar{X}=3,37$ Sd=2,73
Conducta agressiva	$\bar{X}=8,76$ Sd=5,54	$\bar{X}=7,27$ Sd=3,85
Conducta delinqüent	$\bar{X}=1,78$ Sd=1,53	$\bar{X}=1,33$ Sd=1,14
Dificultat de pensament	$\bar{X}=0,54$ Sd=0,91	$\bar{X}=0,37$ Sd=0,81
Queixes somàtiques	$\bar{X}=0,93$ Sd=1,55	$\bar{X}=1,08$ Sd=2,04
Retraïment social	$\bar{X}=1,95$ Sd=1,86	$\bar{X}=1,88$ Sd=2,02
Problemes socials	$\bar{X}=1,71$ Sd=1,95	$\bar{X}=1,37$ Sd=1,4
<b>EXTERNALITZATS</b>	$\bar{X}=10,54$ Sd=6,73	$\bar{X}=8,61$ Sd=4,5
<b>INTERNALITZATS</b>	$\bar{X}=6,04$ Sd=5,17	$\bar{X}=6,29$ Sd=5,49

En la última pregunta del qüestionari( 113) es demana als pares si hi ha algun fet rellevant que no s'hagi anomenat. El 87,3% no especifiquen cap fet rellevant a l'entorn de l'infant, en la resta podem diferenciar molta variabilitat d'esdeveniments ( pàg. 106) .

Anem ara a analitzar les puntuacions en el CBCL (Achenbach, Edelbrock, 1982) en funció del grup control i el de risc. Trobem algunes escales conductuals que presenten diferències entre els grups. Aquestes són: dificultat d'atenció(CBCA), conducta agressiva( CBCAG) conducta delinqüent (CBCD), queixes somàtiques(CBCQ), retraïment(CBCR) , problemes socials (CBCS) i la tendència a

externalització i internalització. En tots els casos el grup de risc presenta puntuacions mitjanes superiors a les del grup control.(Taula 23).

Donat l'elevat nombre d'escala conductuals que presenten diferències significatives entre els grups, fa que la tendència a presentar problemes més externalitzats o internalitzats sigui també més elevat en el grup de risc.

Les escales de dificultat de pensament i ansietat/depressió, malgrat no presenten diferències significatives, la mitjana és més elevada en el grup de risc i el grau de significació és proper al 0,05. A la taula 24 trobem recollides les dades per a cada escala del CBCL en funció del grup junt el grau de significació aplicant la prova de comparació de mitjanes entre els grups. En la darrera columna s'especifica el punt de tall determinat per la prova.

Si es realitza l'anàlisi estadística tenint en compte els punts de tall de cada escala, s'observa que moltes vegades no es pot obtenir un resultat estadístic. Això és degut a la manca de subjectes del grup control. En la taula següent es pot veure especificat en el títol el punt de tall indicatiu d'alteració, marcat pels autors de la prova , les dades obtingudes .(Taula 24)

➤ Taula 23. COMPARACIÓ GRUPS SÍMPTOMA/CONTROL EN CBCL

ESCALES CBCL	GRUP SIMPT.	GRUP CONTROL	SIGNIFICACIÓ	Punt de tall
RETRAÏMENT	$\bar{X}= 2,39$ Sd=2,1	$\bar{X}=1,4$ Sd=1,5	T=2,75 P=0,008 *	8
QUEIXES SOMÀTIQUES	$\bar{X}= 1,53$ Sd=2,3	$\bar{X}=,46$ Sd=,82	T=3,24 P=0,002 *	8
ANSIETAT/DEPRESSIÓ	$\bar{X}= 3,76$	$\bar{X}=2,8$	T=1,8	3



	Sd=3,0	Sd=2,4	P=0,074	
<b>PROBLEMES SOCIALS</b>	$\bar{X}$ =1,92 Sd=1,96	$\bar{X}$ =1,07 Sd=1,11	T=2,8 P=0,006 *	4
<b>DIF. PENSAMENT</b>	$\bar{X}$ =0,58 Sd=1	$\bar{X}$ =,28 Sd=,637	T=1,87 P=0,068	5
<b>DIF. ATENCIÓ</b>	$\bar{X}$ = 4,01 Sd=2,7	$\bar{X}$ = 2,75 Sd=2,38	T=2,55 P=0,012 *	6
<b>CTA. DELINQUENT</b>	$\bar{X}$ = 1,83 Sd= 1,4	$\bar{X}$ =1,19 Sd=1,15	T=2,6 P=0,011 *	1
<b>CTA. AGRESSIVA</b>	$\bar{X}$ = 9,05 Sd=6,6	$\bar{X}$ = 6,67 Sd=3,71	T=2,71 P=0,008 *	3
<b>EXTERNALITZAT</b>	$\bar{X}$ =10,89 Sd=6,2	$\bar{X}$ =7,86 Sd=4,45	T=2,89 P=0,005 *	
<b>INTERNALITZAT</b>	$\bar{X}$ =7,64 Sd=6,07	$\bar{X}$ =4,61 Sd=3,9	T=3,1 P=0,003*	

\*Diferències significatives entre els grups de risc i control en les escales CBCL

➤ **Taula 24. COMPARACIÓ GRUPS AMB PUNT DE TALL**

<b>ESCALES CBCL</b>	<b>GRUP RISC</b>	<b>GRUP CONTROL</b>	<b>SIGNIFICACIÓ</b>
<b>DIFICULTAT ATENCIÓ &gt;/ 9</b>	n=5 $\bar{X}$ = 9,8 Sd=1,09	n=1 $\bar{X}$ =11 Sd=	T=1 P=0,374 (Z=-1, P=0,317).
<b>RETRAÏMENT &gt;/6</b>	n=7 $\bar{X}$ = 6,7 Sd=0,75	n=1 $\bar{X}$ =8 Sd=	T=1,59 P=0,163 (Z=-1,38, P=0,165)
<b>ANSIETAT/DEPRESSIÓ &gt;/10</b>	n=2 $\bar{X}$ = 13 Sd=2,82	n=1 $\bar{X}$ =12 Sd=	T=0,29 P=0,821 (Z=0, P=1)
<b>DIF. PENSAMENT &gt;/3</b>	n=4 $\bar{X}$ =3,25 Sd=0,5	n=1 $\bar{X}$ =3 Sd=	T=0,45 P= (Z=-0,5, P=0,61).
<b>CTA. AGRESSIVA &gt;/19</b>	n=3 $\bar{X}$ = 23,3 Sd=3,05	n=0	

\*Per cada grup s'especifica el nombre d'infants que ho presenten (n), la mitjana i desviació estàndard. En la darrera columna hi ha el valor i significació de la prova T i entre parèntesi la prova de Mann-Whitney per mostres petites.

Utilitzant la prova de comparació de mitjanes es pot veure que no hi ha diferències significatives entre els grups. Aquests resultats però, els hem de prendre amb precaució donat que la mostra és molt petita. En la resta d'escales únicament els

infants amb simptomatologia alta presenten puntuacions altes. Davant la manca de dades del grup control, no es pot dur a terme cap anàlisi estadística.

En relació a l'escala de *queixes somàtiques*, tampoc podem realitzar una anàlisi estadística entre els grups. En aquest cas però, es troben 8 infants amb simptomatologia alta amb una puntuació superior a la normal davant cap infant control.

### 8.3.3- Correlacions entre els instruments

Finalment, s'ha analitzat també la correlació que hi ha entre els instruments (utilitzarem les abreviacions). Trobem correlacions positives entre l'ESDM1 i BDI, ESDP, CBCL (atenció, ansietat/depressió, agressivitat, delinqüència i dificultat de pensament). És dir a mesura que augmenta en puntuació una escala, augmenten també en les altres.

Hi ha correlacions positives entre la puntuació en la PRESS i el BDI ( $r=0,192$   $P=0,048$ ). La PRESS es correlaciona també positivament amb les escales de dificultat d'atenció i de pensament en el CBC (Achenbach, Edelbrock, 1991).

L'ESDP (Domènech, 1996) correlaciona significativament amb el BDI ( $r=0,4872$   $P=0,000$ ) i la resta d'escales del CBC.

Per acabar el BDI Correlaciona significativament amb totes les escales del CBC, ESDM1, PRESS1 i ESDP.

Com a últimes consideracions en el Child Behavior Checklist CBC (Achenbach, Edelbrock, 1991), si tenim en compte el punt de tall, en algunes escales sols hi ha subjectes del grup amb simptomatologia alta el que impossibilita una comparació estadística per la desproporció de subjectes en cada grup. Les escales de queixes

somàtiques, retraïment social i dificultat d'atenció són les escales que presenten un major nombre d'infants amb puntuacions superiors al punt de tall.

### 8.3.4- Anàlisi discriminant

S'ha realitzat una anàlisi discriminant per veure quines variables diferencien millor el grup amb simptomatologia alta i el control. S'han utilitzat dotze variables que corresponen als instruments utilitzats per 106 infants, 55 del grup de risc i 51 controls. El fet de no treballar amb el total real de subjectes és degut a que quan falta alguna dada en un cas, aquest ja no entra en l'anàlisi.

En la propera taula (Taula 25) podem veure les variables que s'han utilitzat així com la seva mitjana i desviació. Com es podrà veure ens referim als qüestionaris i proves més quantitatives utilitzades en l'estudi. En l'anterior apartat ja s'ha comentat la seva comparació de mitjanes.

➤ **Taula 25. VARIABLES UTILITZADES EN L'ANÀLISI DISCRIMINANT SIMPTOMATOLOGIA/CONTROL**

Variable	síntoma	Control	Variable	Síntoma	Control
ESDM1 (Domènech-Llaberia, 1996)	$\bar{X}=29,75$ SD=3,43	$\bar{X}=21,9$ SD=1,73	CBCA	$\bar{X}=4,03$ SD=2,75	$\bar{X}=2,41$ Sd=2,39
ESAP(Domènech et al. 1999)	$\bar{X}=17,83$ SD=4,04	$\bar{X}=15,79$ SD=1,77	CBCAD	$\bar{X}=3,74$ SD=2,9	$\bar{X}=2,77$ SD=2,33
PRESS1(Martini,	$\bar{X}=2,98$	$\bar{X}=1,68$	CBCAG	$\bar{X}=9,03$	$\bar{X}=6,81$

et al, 1990)	SD=3,64	SD=2,51		SD=5,3	SD=3,62
ESDP	$\bar{X}=25,64$ Sd=3,32	$\bar{X}=23,79$ Sd=2,52	CBCD	$\bar{X}=1,81$ SD=1,41	$\bar{X}=1,22$ SD=1,15
BDI	$\bar{X}=5,79$ SD=5,86	$\bar{X}=3,28$ SD=3,15	CBCP	$\bar{X}=0,55$ SD=0,96	$\bar{X}=0,3$ SD=0,65
CBCQ	$\bar{X}=1,57$ SD=2,36	$\bar{X}=0,42$ SD=0,83	CBCR	$\bar{X}=2,46$ SD=2,16	$\bar{X}=1,44$ SD=1,56
CBCS	$\bar{X}=1,94$ SD=1,97	$\bar{X}=1,12$ SD=1,12			

- Trobem les mitjanes i desviacions estàndards de cada prova, en funció del grup.

El mètode d'inclusió per passos que realitza aquesta prova, diferencia dues variables. Com a variable més discriminadora destaca l'ESDM (Domènech et al, 2003) a la primera volta.(ESDM1), donat que ha estat l'instrument utilitzat per separar els dos grups.

És a dir coneixent el valor de l'ESDM-1 i els valors de l'escala de dificultat de pensament CBCP (Achenbach, Edelbrock, 1983), pots saber a quin grup pertany un subjecte amb probabilitat de 0,98. És a dir el 98,1% dels casos els podem classificar correctament.

Per això eliminant la variable ESDM1 (DOMÈNECH, 1996) , trobem destacades tres variables.

➤ **Taula 26. 2N ANÀLISI DISCRIMINANT SIMPTOMATOLOGIA / CONTROL**

variable	Lambda de Wilks	significació	Coefficient estandaritzat
ESAP	0,9063	0,0016	0,644
CBCQ	0,8413	0,0002	0,521
CBCS	0,8053	0,0001	0,474

Aquesta segona anàlisi discriminant, ens diferencia primer de tot, la variable ESAP(Domènech et al, no publicat), després dues escales del CBC (Achenbach, Edelbrock, 1983). Aquestes són: l'escala de queixes somàtiques CBCQ i l'escala de dificultats socials CBCS. Aquestes són les que a partir dels seus valors, millor ens permeten diferenciar entre els dos grups.

A la taula 27 es recullen les dades obtingudes en la matriu de confusió. Si coneixem els valors d'aquestes tres variables podem classificar correctament els infants en els seus grups amb una probabilitat d'encert del 71,03%.

➤ Taula 27. 2A MATRIU DE CONFUSIÓ RISC/CONTROL

	RISC	CONTROL
RISC	32 58,2%	23 41,8%
CONTROL	8 15,4%	44 84,6%
		Classificacions correctes 71,03%

Malgrat en la comparació de mitjanes que hem aplicat en l'anterior apartat, hi havia d'altres variables que presentaven diferències significatives entre els grups, podem dir que conèixer els seus valors no ens millora la predicció.

### 8.3.5- Comparació dels símptomes depressius entre el grup amb simptomatologia alta i el control.

En aquest apartat es valorarà en funció del grup de risc i control, la presència de símptomes depressius. Primer es tindrà en compte les respostes dels pares a les preguntes realitzades al qüestionari 2 i en el segon punt es parlarà específicament dels símptomes recollits seguint els criteris del DSM-IV (APA; 1995), en base al resum d'informació obtinguda per mitjà dels mestres, pares, nen i entrevistadors.

### 8.3.5.1 Observacions dels pares

Es fa referència a la resposta dels pares al qüestionari 2 (veure annex) que se'ls va administrar.

El 60% dels nens que **tarden a dormir-se** més de mitja hora, pertanyen al grup amb simptomatologia alta, i dels que els hi passa a vegades un 75%. Davant el 87% dels nens controls que no tenen problemes per dormir, sols un 69% del grup amb simptomatologia important no en tenen. ( $\chi^2_2 = 5,4$   $P=0,06$ ) Aquestes diferències malgrat no són estadísticament significatives les podem tenir en compte davant la seva proximitat.

No hi ha diferències entre els grups en quan a la necessitat de **despertar-se a mitja nit**. ( $\chi^2_2 = 1,453$   $P=0,483$ ). El grup control presenta més casos d'infants que es desperten a mitja nit, corresponent al 66,7% de la mostra.

Del 5,5% dels nens que es **desperten abans d'hora** el 67% pertanyen al grup amb símptomes importants, aquestes diferències però no són significatives ( $\chi^2_2 = 0,574$ ,  $P=0,75$ )

► Taula 28. TÉ MALS SONS. RI SC/CONTROL

	símptomes	Control	%
<b>Si</b>	2 (3,4%) 100%	0 (0%)	1,8%
<b>No</b>	35 (60,3%) 46,1%	41 (78,8%) 53,9%	69,1%
<b>A vegades</b>	21 (36,2%) 65,6%	11 (21,2%) 34,4%	29,1%

\*En cada casella s' especifica el nombre d'infants, entre parèntesi el percentatge de resposta en relació al mateix grup i a sota el percentatge de cada resposta en relació als dos grups. En la darrera columna trobem el percentatge total respecte cada resposta.

El 100% dels nens que tenen **mals sons** pertanyen al grup amb símptomes rellevants. Dels que ho presenten a vegades, més de la meitat són del grup de risc. Aquestes diferències que s'observen a més **són estadísticament significatives** .( $\chi^2_2=6,097$  ,  $P=0,047$ ).

No hi ha diferències significatives entre els grups en relació a presentar **molta son durant el dia**. Sols un cas presenta molta son durant el dia i és del grup control. ( $\chi^2_2=2,16$ ,  $P=0,338$ ).

El 69% dels nens que **s'enfaden fàcilment** pertanyen al grup amb simptomatologia alta, sense que es presentin diferències estadístiques entre els grups. ( $\chi^2_2= 3,673$ ,  $P=0,159$ ).

Quan s'analitza el símptoma **cansament**, trobem diferències significatives entre els grups . El grup de risc està més vegades cansat que el grup control. Hem de dir però que aquest cansament no està sempre present ( $\chi^2_1=4,037$ ,  $P=0,044$ ).

➤ Taula 29. SE 'L VEU CANSAT. RISC/CONTROL

	Risc	Control	%
<b>Si</b>	-	-	
<b>No</b>	41 (70,7%) 47,7%	45 (86,5%) 52,3%	78,2%
<b>A vegades</b>	17 (29,3%) 70,8%	7 (13,5%) 29,2%	21,8%

\*En cada casella s' especifica el nombre d'infants, entre parèntesi el percentatge de resposta en relació al mateix grup i a sota el percentatge de cada resposta en relació als dos grups. En la darrera columna trobem el percentatge total respecte cada resposta.

El 100% dels casos que **han perdut pes** en les últimes setmanes són del grup amb símptomes rellevants. Les diferències observades però no són estadísticament significatives ( $\chi^2_{1}=1,15$ ,  $P=0,281$ ). Tampoc s'observen diferències rellevants en quan a **si menja bé els àpats**. ( $\chi^2_{2}=2,629$ ,  $P=0,268$ ). Majoritàriament tots els nens mengen bé els àpats. Dels que no ho fan, hi ha un percentatge més elevat del grup de risc (77,8% davant 22,2% del grup control).

➤ **Taula 30. GANES DE FER COSES NOVES. RISC/CONTROL**

	Risc	Control	%
<b>Si</b>	45 (77,6%) 48,4%	48 (92,3%) 51,6%	84,5%
<b>No</b>	1 (1,7%) 100%	0 (0%)	0,9%
<b>A vegades</b>	12 (20,7%) 75%	4 (7,7%) 25%	14,5%

\*En cada cel·la s' especifica el nombre d'infants, entre parèntesi el percentatge de resposta en relació al mateix grup i a sota el percentatge de cada resposta en relació als dos grups. En la darrera columna trobem el percentatge total respecte cada resposta.

Malgrat que les diferències no són prou significatives, l'únic cas que no té mai **ganes de fer coses noves** es troba en el grup amb simptomatologia alta. El 75% que li passa a vegades pertany també al grup de risc. ( $\chi^2_{2}=5,341$ ,  $P=0,069$ )

No hi ha diferències entre els grups en quan a presentar més **mal humor al matí** ( $\chi^2_{2}=3,768$ ,  $P=0,151$ ). El percentatge queda repartit equitativament entre els grups.

### 8.3.5.2- Síntomes recollits en el DSM-IV (APA, 1995) .



En aquest apartat s'analitzarà cada símptoma recollit en els criteris especificats en el DSM-IV (APA; 1995), així com els que s'han afegit per crear els criteris propis. Aquests símptomes s'han recollit per mitjà de l'anàlisi de les dades obtingudes a partir dels informadors i de l'observació i l'entrevista clínica. La informació es troba recollida a la taula 30.

S'esperaven 20 casos del grup amb símptomes importants amb símptomes **disfòrics**, mentre que ho presenten 34. En el grup control en canvi s'esperaven 16 casos i solament hi trobem 2 casos. Les diferències entre els grups són estadísticament significatives. ( $\chi^2_{1}=31,78$ ,  $P < 0,0005$ ). El grup amb simptomatologia alta tendeix a presentar més disfòria que el control.

Per sexes no hi ha diferències estadístiques significatives, ni tant sols observables, entre el sexe i la presència de disfòria. ( $\chi^2_{1}=1,3$ ,  $P=0,25$ ).

Tot i que els infants que presenten **anhedonia** pertanyen al grup amb alta simptomatologia, no es donen diferències significatives entre els grups. ( $\chi^2_{1}=1,84$ ,  $P=0,17$ ).

➤ Taula 31. SIMPTOMATOLOGIA DE DEPRESSIÓ MAJOR

	PRESENT	ABSENT	SIGNIFICACIÓ
<b>DISFÒRIA</b>			$\chi^2_{1} = 31,78$ $P < 0,0005^*$
Simptomatologia	34 (94,4%) 47,2%	38 (39,6%) 52,8%	
Control	2 (5,6%) 3,3%	58 (60,4%) 96,7%	
<b>ANHEDÒNIA</b>			$\chi^2_{1} = 1,84$ $P=0,17$

Simptomatologia	4(100%) 5,6%	35(52,8%) 94,4%	
Control	0	60(47,2%)100%	
<b>AGITACIÓ/ALENTIMENT PSICOMOTRIU</b>			$\chi^2_1 = 21,09$ P=0,000
Simptomatologia	37(82,2%) 51,4%	35(40,2%)48,6%	
Control	8(17,8%) 13,3%	52(59,8%)86,7%	
<b>SENTIMENTS INUTILITAT/CULPA</b>			$\chi^2_1 = 3,62$ P=0,05*
Simptomatologia	6(100%) 8,6%	64(51,6%) 91,4%	
Control	0	60(48,4%)100%	
<b>FATIGA/PERDUA D'ENERGIA</b>			$\chi^2_1 = 9,27$ P=0,0023*
Simptomatologia	13 (92,9%) 18,1%	59(50%) 81,9%	
Control	1(7,1%) 1,7%	59(50%) 98,3%	
<b>PERDUA/AUGMENT GANA</b>			$\chi^2_1 = 3,86$ P=0,49
Simptomatologia	9 (81,8%) 13,4%	58(50,9%) 86,6%	
Control	2(18,2%)3,4%	56(49,1%)96,6%	
<b>SOMATITZACIÓ</b>			$\chi^2_1 = 14,22$ P<0,0005*
Simptomatologia	22(88%)31%	49(46,2%)69%	
Control	3(12%) 5%	57(53,8%) 95%	
	<b>PRESENT</b>	<b>ABSENT</b>	<b>SIGNIFICACIÓ</b>
<b>INSOMNI /HIPERSOMNIA</b>			$\chi^2_1 = 1,44$ P=0,229
Simptomatologia	12(66,7%)17,9%	55(51,4%)82,1%	
Control	6(33,3%)10,3%	52 (48,6%) 89,7%	
<b>PENSAMENT MORT</b>			$\chi^2_1 = 0$ P=1
Simptomatologia	1(100%)1,4%	70(53,8%)98,6%	
Control	0	60(46,2%) 100%	

<b>DETERIORAMENT SOCIAL</b>			$\chi^2_1 = 15,34$ P<0,0005*
Simptomatologia	23(88,5%)32,4%	48(45,7%)67,6%	
Control	3(11,5%) 5%	57(54,3%) 95%	
<b>ENURESIS /ENCOPRESIS</b>			$\chi^2_1 = 4,8$ P<0,05*
Simptomatologia	14(77,8%)20,3%	55(50%)79,7%	
Control	4(22,2%) 6,8%	55(50%) 93,2%	
<b>INHIBICIÓ CONDUCTUAL</b>			$\chi^2_1 = 5,37$ P<0,05*
Simptomatologia	11(84,6%)15,5%	60(50,8%)84,5%	
Control	2(15,4%)3,3%	58(49,2%) 96,7%	

- En cada casella es troba el nombre de casos per cada grup, en parèntesi el percentatge d'infants que presenten o no el símptoma en funció del grup i posteriorment el percentatge d'infants que presenten cada opció de resposta dins el mateix grup.
- L'asterisc destaca els símptomes amb diferències significatives entre els grups.

Dels quatre casos que presenten anhedonia, si s'analitza per sexes, trobem que dos pertanyen al sexe masculí i dos al femení. No trobem diferències entre els sexes. ( $\chi^2_1=0,041$ , P=0,83).

Hi ha diferències significatives entre els grups ( $\chi^2_1=21,09$ , P=0,000) en relació a presentar **més o menys activitat psicomotriu**. El grup amb simptomatologia depressiva alta presenta més agitació o alentiment psicomotor que el grup control. Les freqüències esperades d'infants que ho presenten, són superades pel grup de risc (24 sobre 37).

Si tenim en compte el sexe, independentment del grup trobem que no hi ha diferències significatives. ( $\chi^2_1=1,13$ , P=0,286). Els percentatges són equitatius entre els sexes.

No es presenten diferències significatives en relació a presentar **disminució de la concentració** en funció del grup. ( $\chi^2_{1=3}$ ,  $P=0,083$ ), pe bé que hi ha un percentatge més elevat d'infants que presenten dificultat de concentració en el grup amb simptomatologia depressiva alta.

No trobem tampoc diferències en la concentració dels infants , quan estudiem la influència del sexe. ( $\chi^2_{1=0,25}$ ,  $P=0,61$ ).

En relació als sentiments **d'inutilitat i culpa** , trobem diferències significatives entre els grups. El grup amb simptomatologia alta presenta més sentiments d'inutilitat i culpa que el grup control ( $\chi^2_{1=3,62}$ ,  $P=0,05$ ).

Per sexes, 5 nenes presenten sentiments d'inutilitat davant 1 nen (tots pertanyen al grup de risc). Aquestes diferències però no són significatives. ( $\chi^2_{1=1,05}$ ,  $P=0,304$ ).

Els infants del grup amb simptomatologia alta solen presentar major **pèrdua d'energia** que el grup control. Les diferències són estadísticament significatives. ( $\chi^2_{1=9,27}$   $P=0,0023$ ).

Dels infants que ho presenten, si analitzem per sexes, no trobem diferències significatives. ( $\chi^2_{1=2,43}$ ,  $P=0,11$ ).

El 81,8% dels casos que presenten **alteració en l'alimentació** pertanyen al grup de risc i a més es demostra de manera estadística. ( $\chi^2_{1=3,86}$   $P=0,04$ ).

Per sexes no trobem diferències significatives. Les freqüències esperades a les observades són similars. Trobem 4 nens davant 7 nenes. ( $\chi^2_{1=0,34}$ ,  $P=0,55$ ).

Els infants que presenten **queixes somàtiques** pertanyen el 88% al grup de risc i a més aquesta relació es constata de forma estadística. Les freqüències esperades són superades amb 10 subjectes més. ( $\chi^2_{1=14,22}$ ,  $P<0,0005$ ).

En aquest cas tampoc trobem diferències entre els sexes ( $\chi^2_{1=0,013}$ ,  $P=0,907$ ).

Quan ens referim a les **alteracions en la son**, no trobem diferències significatives entre els grups. Els infants d'aquesta edat presenten per igual dificultats per dormir. ( $\chi^2_{1}=1,44$ ,  $P=0,229$ ).

Tampoc es donen diferències en les alteracions del son, en relació al sexe. ( $\chi^2_{1}=98$ ,  $P=0,32$ ).

Solament trobem un cas que presenta **pensaments de mort i suïcidi**. Aquest infant pertany al grup amb alta simptomatologia. No es pot parlar que es donin diferències estadístiques entre els grups ( $\chi^2_{1}=0$ ,  $P=1$ ).

L'únic cas que ho presenta és del sexe masculí. No es pot dir però que sigui més freqüent en aquest sexe. ( $\chi^2_{1}=1,22$   $P=0,26$ ).

Troblem un major percentatge d'infants del grup amb simptomatologia rellevant amb **deteriorament social**, que en el grup control. A més les diferències observades són estadísticament significatives. ( $\chi^2_{1}=15,34$ ,  $P=0,0009$ ). Les freqüències esperades són inferiors a les reals (14/23).

Si tenim en compte el sexe, no trobem diferències significatives. El percentatge es reparteix aproximadament el 50% per cada sexe. ( $\chi^2_{1}=0,09$ ,  $P=0,75$ ).

En quan a excloure si l'infant pateix un **dol recent** o una **malaltia orgànica**, que ens pugui explicar el seu estat emocional, el 100% dels casos dels dos grups, no ho pateixen.

Com podem observar el percentatge d'infants que presenten **dificultat en el control d'esfínters** correspon majoritàriament al grup de risc. Les diferències observades són significatives ( $\chi^2_{1}=4,8$   $P=0,028$ ).

Dels 18 casos que ho presenten queden repartits el 50% a cada sexe. Per això no podem parlar de diferències en funció del sexe. ( $\chi^2_{1}=0,25$ ,  $P=0,61$ ).

En el grup amb simptomatologia alta hi ha més infants que presenten **inhibició conductual** que en el grup control. Les diferències són significatives ( $\chi^2_{1}=5,37$ ,  $P=0,02$ ). Malgrat trobem 10 nenes davant 3 nens que ho presenten, no trobem diferències significatives en funció del sexe. ( $\chi^2_{1}=2,81$ ,  $P=0,93$ ).

#### **8.4- COMPARACIÓ ENTRE ELS INFANTS AMB DEPRESSIÓ MAJOR I ELS NO DEPRIMITS**

Com s'ha especificat en l'apartat dels càlculs epidemiològics, la prevalença de depressió major és de 0.85%. Aquest càlcul s'ha realitzat tenint en compte els quatre casos diagnosticats amb depressió major sobre el total de la segona mostra. En els següents apartats es compararan les dades en relació als instruments aplicats i a la simptomatologia recollida en base al grup amb depressió major i el no deprimit.

##### 8.4.1- Instruments

- ESCALA DE SINTOMAS DEPRESIVOS PARA MAESTROS ESDM 3-6a (DOMÈNECH et al, 2003).

Si analitzem els quatre casos amb depressió de la resta de la mostra no deprimida (n=438), trobem que hi ha diferències significatives en les puntuacions en aquesta prova entre els infants amb depressió i els no deprimits . (  $Z=3,378$   $P=0,0007$ ).

Si ho estudiem sobre els 117 casos que han participat a la segona fase , també trobem diferències entre els no deprimits i deprimits. Els nens amb depressió presenten una puntuació mitjana superior ( $\bar{X}=32,75$   $Sd=2,5$ ) als no deprimits ( $\bar{X}=25,08$   $Sd=3,9$ ).(T=3,81  $P<0,0005$ ).

Si solament tenim en compte el diagnòstic dins el grup de risc, trobem que la mitjana de rang en la prova de Mann-Whitney en els infants amb depressió és més alta (49,75) que en els no deprimits (27,43). aquestes diferències són estadísticament significatives ( $Z=2,64$   $P=0,0082$ )

#### ■ ESCALA DE SIMPTOMAS DEPRESIVOS PARA MAESTROS ESDM 2 (DOMÈNECH et al 2003) segona aplicació.

La segona aplicació de l'ESDM es va fer únicament en el grup de risc.

Els infants amb depressió major tenen una mitjana en ESDM de 30,5 i una desviació estàndard de 3. En els infants sense depressió la mitjana és de 26,44 amb una desviació de 4,15. Quan apliquem l'estadístic es pot observar que no es donen diferències significatives entre els grups (T=1,91  $P=0,061$ ).

Podem dir que hi ha diferències entre les puntuacions mitjanes dels infants amb depressió dels no deprimits, encara que estadísticament són més clares quan apliquem la prova de Mann-Whitney ( $Z=2,17$   $P=0,029$ ).

Per altra banda no hi ha correlacions significatives entre les puntuacions en la primera volta ESDM1 i en la segona ESDM2.

#### ■ ESCALA DE SIMPTOMAS DEPRESIVOS PARA PADRES ESDP. 3-6A (Domènech, no publicat)

La mitjana de puntuacions en el grup amb depressió major és de 26,5 (sd=2,51) i en els infants no deprimits és de 24,31 (Sd=0,24). Les diferències no són significatives (T=1,52  $P=0,131$ ) ni aplicant la prova de mostres petites ( $Z=1,63$   $P=0,101$ ).

Per tant no trobem diferència en la puntuació d'aquesta prova en funció de si es té depressió major o no.

#### ■ ESCALA DE SINTOMAS DE ANSIEDAD PARA MAESTROS.ESAP (DOMÈNECH et al, no publicat)

Si tenim en compte els quatre casos diagnosticats amb depressió sobre els no deprimits, no trobem diferències en les puntuacions de l'escala d'ansietat ESAM ( $Z=1,368$   $P=0,1711$ ).

Si es compara amb els infants que han participat en la segona fase, tampoc s'observen diferències entre les puntuacions mitjanes en la prova. Els infants amb depressió tenen una mitjana de 21 ( $sd=8,9$ ) i els no deprimits de 16,63 ( $Sd=2,83$ ). ( $T=0,98$   $P=0,39$ ).

Les diferències tampoc són evidents entre els diagnòstics quan solament estudiem les diferències dins el grup de risc ( $Z=0,67$   $P=0,5$ ).

#### ■ Preschool Symptom Self -Report PRESS (Martini, Strayhorn, Puig-Antich, 1990)

La mitjana en el grup amb depressió major és més alta ( $\bar{X}=8$ ,  $Sd=3,26$ ) que en els no deprimits ( $X=1,8$ ,  $Sd=2$ ). Les diferències són estadísticament significatives ( $T=4,46$ ,  $P<0,005$ ).

Per altre banda, no trobem correlacions significatives entre les puntuacions entre la primera i la segona administració de la prova, que es va aplicar únicament en els nens de risc.



#### ■ DENVER( Frankenburg, 1967)

Tots els casos amb depressió major, tenen el DENVER ( Frankenburg, 1967) *normal*. El 100% dels casos amb la categoria *anormal* correspon a no deprimits. Els casos *no avaluables* corresponen a un 4,5%, dels quals un 2,3% corresponen a altres diagnòstics i el 2,3% restant a no deprimits( $\chi^2_{33}=67,89, P< 0,005$ ). Els infants amb depressió major no presenten una tendència a presentar un desenvolupament psicomotriu anormal a la que s'observa en altres diagnòstics.

#### ■ FIGURA HUMANA(Harris, 1963)

Si es compara les puntuacions entre els infants amb depressió dels no deprimits , es pot veure diferències significatives entre la puntuació total i percentil.

Els nens amb depressió major tenen una mitjana total més baixa (  $X=2,5, Sd=2,3$ ) que els no deprimits. (  $\bar{X}=10,55, Sd=6,45$ ). Aquestes diferències són significatives (T=6,03, P=0,002)

En quan als percentils, la mitjana és més alta en el grup control (  $\bar{X}=40,77 Sd=30,05$ ) que en el de risc(  $\bar{X}=10,5, Sd=17,67$ ) de forma significativa. (T=3,26, P=0,035).

#### ■ GARGOTS (Corman, 1971)

En els gargots, els nens amb depressió major no presenten diferències respecte als altres infants. Cal ressaltar però, que els quatre casos tenen, com a característiques de personalitat la inhibició, la tendència al super-jo i poc dinamisme. Pel que fa a l'expressió de les tendències sexuals , el 50% és masculí i la resta mixta.

Les característiques psicopatològiques dels gargots queden més repartides. Dels casos amb depressió major, trobem un infant amb tendència a la inhibició, dos a l'agressivitat i el darrer a la inhibició/aïllament.

Finalment en quan a la posició dels gargots dos infants amb depressió utilitzen la zona central i els altres dos la zona materna. Com ja hem dit però no es presenten diferències entre els diagnòstics.

#### ■ BDI (BECK et al 1961)

Troblem diferències significatives entre la puntuació en el BDI en les mares dels casos amb diagnòstic de depressió major davant les mares amb fills no deprimits. Aplicant ambdues proves estadístiques. ( $Z=2,113$   $P=0,034$ ).

Les mares dels infants amb depressió major tenen puntuacions mitjanes més elevades ( $\bar{X}=8$   $Sd=4,23$ ) en l'escala de (BDI (Beck, Steer, Brown, 1996), Steer, Brown, 1996) que les del grup no depressiu ( $\bar{X}=3,75$   $Sd=4,08$ ) i de forma significativa ( $T=2,03$   $P<0,05$ )

Dins el grup de risc si comparem els que tenen diagnòstic de depressió i no depressió no trobem diferències tant clares ( $Z=1,79$   $P=0,073$ ).

#### ■ CBCL (Achenbach, Edelbrock, 1983)

Anem ara a veure les diferències entre els infants amb depressió i no depressió en les diferents escales conductuals d'aquest inventari.

Cal dir que en l'apartat *altres aspectes conductuals CBCL*, en els nens que tenen depressió major 2 casos no especifiquen res rellevant i en els altres dificultat d'adaptació i tristesa perquè el pare està lluny. El cas d'episodi anterior presenta

una separació anterior dels pares. Dos casos amb simptomatologia depressiva presenten preguntes constants sobre el pare i malalties freqüents.

La mitjana representativa de **dificultats d'atenció (CBCA)** és, en els quatre casos amb depressió ( $\bar{X}=5,5$   $Sd=2,88$ ), superior a la dels infants no deprimits ( $\bar{X}=3,02$   $Sd=2,44$ ) amb significació estadística ( $T=1,97$   $P=0,05$ ). Amb la prova no paramètrica de Mann-Whitney no trobem diferències entre els grups, malgrat s'aproxima ( $Z=1,796$   $P=0,072$ ).

Tot i que els subjectes del grup amb depressió major tenen puntuacions més altes en l'escala del CBCA, la diferència observada no és estadísticament significativa.

Si solament ho analitzem tenint en compte el grup de risc, tampoc trobem diferències entre els diagnòstics ( $Z=1,53$   $P=0,125$ ).

En relació a l'escala **d'ansietat/depressió (CBCAD)**, no hi ha diferències entre els grups que ens facin pensar que els infants amb depressió presentin puntuacions més elevades que els no deprimits. ( $Z=0,753$   $P=0,451$ ). Les mitjanes en els infants amb depressió major és de 2,25 ( $Sd=2,63$ ) no difereixen de forma estadística de la dels no deprimits que és de 3,03 ( $Sd=2,42$ ) ( $T=0,63$   $P=0,53$ ).

Analitzant solament dins el grup de risc, tampoc trobem diferències entre els diagnòstics ( $Z=0,987$   $P=0,323$ ).

Els infants amb depressió presenten puntuacions més elevades ( $\bar{X}=14$   $sd=7,1$ ) en la **conducta agressiva (CBCAG)** que els no deprimits ( $\bar{X}=7,17$   $Sd=4,02$ ).

Les dues proves estadístiques aplicades ens confirmen la presència de diferències significatives, entre les puntuacions i entre els grups, en l'escala de conducta agressiva dels infants amb depressió dels no deprimits ( $Z=2,257$   $P=0,024$ ) ( $T=3,21$   $P=0,002$ ).

Dins el grup de risc trobem que hi ha diferències entre els dos grups diagnòstics

(  $Z=1,982$   $P=0,04$ ). La mitjana de rank és més alta en els infants amb depressió major.

Es pot dir que els nens amb depressió major, presenten una puntuació mitjana més elevada (  $\bar{X}=3,75$   $Sd=0,5$ ) en l'escala de **conducta delinqüent (CBCD)** que els no deprimits (  $\bar{X}=1,3$   $Sd=1,21$ ) ( $T=4$   $P<0,005$ ). Quan comparem els dos grups les diferències són significatives ( $Z=3,128$   $P=0,0018$ ).

Si analitzem aquesta escala únicament dins el grup de risc, trobem que els infants amb depressió major presenten unes puntuacions més elevades que els no deprimits (  $Z=2,96$   $P=0,0031$ ).

Els infants amb depressió major tenen puntuacions més altes (  $\bar{X}=1,25$   $Sd=0,31$ ) en **dificultats de pensament (CBCP)** que els no deprimits (  $\bar{X}=0,31$   $Sd=0,7$ ) ( $T=2,57$   $P=0,012$ ). Trobem diferències entre els grups quan apliquem també la prova de Mann Whiney ( $Z=2,653$   $P=0,008$ ).

Dins el grup de risc trobem també diferències entre els grups ( $Z=2,42$   $P=0,015$ ).

No trobem diferències entre els dos diagnòstics ( $Z=0,929$   $P=0,352$ ) quan comparem les puntuacions i els grups en l'escala de **queixes somàtiques (CBCQ)**. Els infants amb depressió major no presenten puntuacions significativament superiors. ( $T=0,89$   $P=0,44$ ). La mitjana en els infants amb depressió és de 2,5 ( $Sd=3,78$ ) i en els no deprimits de 0,81 ( $Sd=1,68$ ).

Tampoc s'observen diferències entre els dos diagnòstics quan solament ho analitzem dins el grup de risc. ( $Z=0,544$   $P=0,586$ ).

Per altre banda, no s'observen diferències entre els nens deprimits i no deprimits en l'escala de **retraïment social (CBCR)** ( $Z=0,933$   $P=0,35$ ). Els nens deprimits (  $\bar{X}=3,5$   $Sd=1,54$ ) i els no deprimits (  $\bar{X}=1,54$   $Sd=1,56$ ) presenten puntuacions mitjanes similars. ( $T=1,11$   $Sd=0,34$ ).

Dins el grup de risc, tampoc trobem diferències entre els diagnòstics

(  $Z=0,74$   $P=0,45$ ).

Finalment no es troben diferències en les puntuacions de l'escala de **problemes socials** en funció de presentar depressió major o no ( $Z=1,664$   $P=0,095$ ). La mitjana en els nens amb depressió és de 4 ( $Sd=3,65$ ) i en els no deprimits de 1,18 ( $Sd=1,24$ ). ( $T=1,54$   $P=0,22$ )

Dins el grup de risc tampoc trobem diferències significatives entre els diagnòstics ( $Z=1,5$   $P=0,132$ ).

#### 8.4.2- Anàlisi discriminant

Per tal d'estudiar quines variables ens diferencien millor els infants amb depressió major dels no deprimits, s'ha aplicat una anàlisi discriminant. S'ha treballat amb els quatre infants amb depressió i 92 no deprimits. Per fer-ho s'ha utilitzat les variables recollides a la taula 31.

L'anàlisi discriminant ens diferencia 5 instruments. En primer lloc l'escala del CBC(Achenbach, Edelbrock, 1983) de dificultat social CBCS, que ens explica el 22% del model. La segona variable discriminadora és l'escala d'ansietat per a mestres ESAP (Domènech, no publicat), seguit dels valors en la PRESS(Martini, Strayhorn, Puig-Antich, 1990) i de les escales d'ansietat/depressió i retraïment social en el CBC(Achenbach, Edelbrock, 1983) .(taula 32)

#### ➤ Taula 32. VARIABLES EN L'ANÀLISI DISCRIMINANT.

##### DEPRESSIÓ MAJOR/NO DEPRIMITS

Variable	Depressió	No Depre	Variable	Depressió	No Depre
<b>ESDM</b> (Domènech, 1996)	$\bar{X}=33,5$ $Sd=3,31$	$\bar{X}=24,9$ $SD=3,83$	<b>CBCA</b>	$\bar{X}=5$ $Sd=3,16$	$\bar{X}=3,03$ $Sd=2,46$

ESAP(Domènech, 1999)	$\bar{X}=22,5$ Sd=7,76	$\bar{X}=16,4$ Sd=2,71	CBCAG	$\bar{X}=13$ Sd=7,78	$\bar{X}=7,21$ Sd=4,01
PRESS(Martini et al, 1990)	$\bar{X}=7,25$ Sd=3,26	$\bar{X}=1,79$ Sd=2,57	CBCD	$\bar{X}=3,75$ Sd=0,5	$\bar{X}=1,3$ Sd=1,19
ESDP	$\bar{X}=26,5$ Sd=2,51	$\bar{X}=24,42$ Sd=2,81	CBCP	$\bar{X}=1,5$ Sd=0,57	$\bar{X}=0,29$ Sd=0,66
BDI	$\bar{X}=9,5$ Sd=3,31	$\bar{X}=3,81$ Sd=4,12	CBCQ	$\bar{X}=2$ Sd=4	$\bar{X}=0,81$ Sd= 1,71
CBCAD	$\bar{X}=2,25$ Sd= 2,62	$\bar{X}=2,98$ Sd= 2,31	CBCR	$\bar{X}=4,5$ Sd= 2,64	$\bar{X}=1,6$ Sd= 1,57
CBCS	$\bar{X}=4,75$ Sd= 3,4	$\bar{X}=1,2$ Sd=1,24			

- Trobem les mitjanes i desviacions típiques per a cada prova en funció del grup

➤ Taula 33. ANÀLISI DISCRIMINANT depressió major/No deprimits

Variable	Lambda de Wilks	Significació	Coefficient estandaritzat
CBCS	0,77853	0,000	0,6702
ESAM	0,63435	0,000	0,5358
PRESS1(Martini 1990)	0,5893	0,000	0,3578
CBCAD	0,55658	0,000	-0,64306
CBCR	0,51683	0,000	0,52843

- Es destaquen els instruments que millor diferencien els deprimits dels no deprimits

És a dir, coneixent els valors en aquestes proves podem classificar correctament els subjectes amb depressió major dels no deprimits. Aquesta predicció a més es pot fer amb un 98,96% de probabilitat de bon encert.(taula 33)

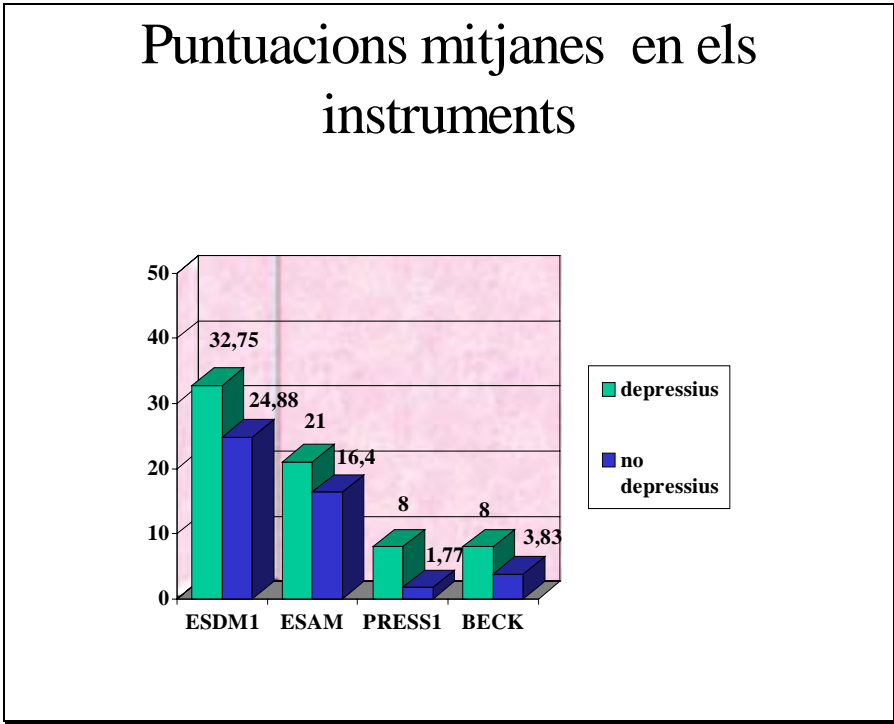
➤ Taula 34. MÀTRIU DE CONFUSIÓ DEPRESSIÓ MAJOR/NO DEPRESSIÓ

	DEPRESSIÓ MAJOR	NO DEPRESSIÓ
--	-----------------	--------------

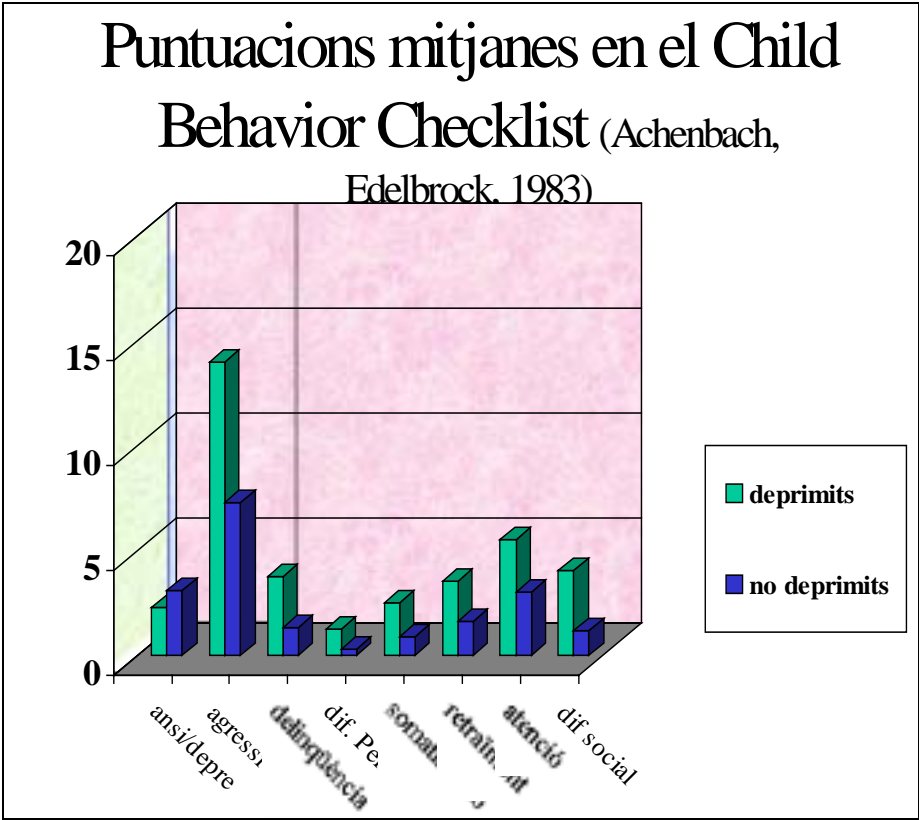
DEPRESSIÓ MAJOR	4 100%	0 0%
NO DEPRESSIÓ	2 2,2%	90 97,8%
Classificacions correctes 98,96%		

En les gràfiques següents trobarem resumides les puntuacions en els diferents instruments tenint en compte si l'infant té depressió o no.

➤ Gràfic 4-



➤ Gràfic 5



8.4.3- Síntomes depressius



En aquest apartat es vol destacar els símptomes rellevants , que presenten els infants amb depressió major d'aquesta mostra. Es diferenciarà la simptomatologia recollida per mitjà dels pares i dels clínics en base al DSM-IV(APA; 1995)

#### ■ Símtomes recollits en els qüestionaris dels pares

En relació als símptomes recollits en el qüestionari 2, dirigit als pares, no trobem cap símptoma amb diferències rellevants entre els grups. És més, no s'observen diferències entre les freqüències esperades i les observades.

En relació a les preguntes sobre alteracions en la son, el 100% dels casos que en tenen sempre són no deprimits. Però com ja hem dit no es donen diferències estadísticament significatives.

#### ■ Símtomes en base als criteris diagnòstics

Podem dir que els infants entre 3-6 anys diagnosticats amb depressió major d'aquesta mostra, presenten diferències simptomatològiques amb els que no tenen depressió. Seguint els criteris diagnòstics del DSM-IV(APA 1995) trobem diferències estadísticament significatives en quan a major presència en els infants depressius de la majoria dels símptomes. Anem a especificar els resultats per a cada símptoma especificat per l'APA (1995) més els afegits en aquest estudi.

Cal tenir en compte que en les properes taules (33 i 34) es trobarà especificat el nombre de casos, entre parèntesi el percentatge en relació als dos grups i posteriorment el percentatge en relació al mateix grup.

➤ Taula 35. SIMPTOMATOLOGIA CLÍNICA DE DEPRESSIÓ MAJOR

	Depressió major	No depressió	SIGNIFICACIÓ
<b>DISFÒRIA</b>			$\chi^2_{1}=13,6$ P=0,000 *
Present	4(19%)100%	17 (81%) 15%	
Absent	0	96(85%)100%	
<b>ANHEDÒNIA</b>			$\chi^2_{1}=31,57$ P=0,000*
Present	2(100%)50%	0	
Absent	2 (1,7%)50%	113 (98,3%)100%	
<b>AGITACIÓ/ALENTIMENT PSICOMOTRIU</b>			$\chi^2_{1}=7,91$ P=0,000 *
Present	4(12,9%)100%	27 (87,1%)23,9%	
Absent	0	86(100%)76,1%	
<b>DISMINUCIÓ CONCENTRACIÓ</b>			$\chi^2_{1}=4,38$ , P<0,05*
Present	2(20%)50%	8 (80%)7,1%	
Absent	2(1,9%)50%	104 (98,1%)92,9%	
<b>SENTIMENTS INUTILITAT/CULPA</b>			$\chi^2_{1} =1,61$ P=0,2
Present	1(33,3%)25%	2(66,7%)1,8%	
Absent	3 (2,7%)75%	110 (97,3%)98,2%	
<b>FATIGA/PÈRDUA D'ENERGIA</b>			$\chi^2_{1} =34,32$ P=0,000
Present	3(60%)75%	2(40%) 1,8%	
Absent	1 (0,9%)25%	111(99,1%)98,2%	

- En cada casella es troba el nombre de casos per cada grup, en parèntesi el percentatge d'infants que presenten o no el símptoma en funció del grup i posteriorment el percentatge d'infants que presenten cada opció de resposta dins el mateix grup.
- L'asterisc destaca els símptomes amb diferències significatives entre els grups.

Estadísticament s'esperava encara no, un cas amb disfòria en el grup amb depressió i n'hem observat 4. Aquestes diferències són estadísticament significatives.

( $\chi^2_1 = 13,6$  P=0,000). Tots els infants amb el diagnòstic de depressió major presenten aquest símptoma. No és exclusiu d'aquest grup, perquè un 15% dels no deprimits també presenten DISFÒRIA.

En relació a la tendència a presentar anhedonia, els infants amb depressió major ho presenten de forma superior a l'esperada i amb **diferències significatives**

( $\chi^2_1 = 31,57$  P=0,000). El 50% dels infants amb depressió ho presenta, mentre que no trobem cap cas en els no deprimits.

Hi ha **diferències significatives** entre els grups en relació a l'agitació o alentiment psicomotriu ( $\chi^2_1 = 7,91$  P=0,000). El grup amb depressió major presenta més agitació o alentiment psicomotor que els nens sense depressió. Les freqüències esperades d'infants que ho presenten, són superades pel grup amb depressió (1/4), mentre que en els infants no deprimits la freqüència observada no supera a l'esperada. (27/30). Tots els infants amb depressió major ho presenten davant sols un 24% dels no deprimits.

Hi ha una lleugera tendència en els nens amb depressió a presentar més dificultats en la concentració. ( $\chi^2_1 = 4,38$ , P<0,05). Malgrat no tots els infants amb depressió major ho presenten, hi ha una tendència significativa.

No trobem diferències significatives entre els grups en relació a presentar sentiments d'inutilitat i culpa. El grup amb depressió major no presenta més sentiments d'inutilitat i culpa que els no deprimits ( $\chi^2_1 = 1,61$  P=0,2).

➤ TAULA 36. SÍMPTOMES CLÍNICS DE DEPRESSIÓ EN FUNCIÓ DEL DIAGNÒSTIC (continua)

	Depressió major	No depressió	SIGNIFICACIÓ
<b>PÈRDUA/AUGMENT GANA</b>			$\chi^2_1 = 0,27$ P=0,59
Present	1(14,3%)25%	6(85,7%) 5,6%	
Absent	3 (2,9%)75%	102(97,1%)94,4%	
<b>SOMATITZACIÓ</b>			$\chi^2_1 = 6,43$ P<0,05 *
Present	3(15,8%)75%	16(84,2%)14,3%	
Absent	1 (1%)25%	96 (99%)85,7%	
<b>INSOMNI /HIPERSOMNIA</b>			$\chi^2_1 = 1,82$ P=0,17
Present	2(12,5%)50%	14(87,5%) 13%	
Absent	2(2,1%)50%	94(97,9%)87%	
<b>PENSAMENT MORT</b>			$\chi^2_1 = 6,56$ P<0,05*
Present	1(100%) 25%	0	
Absent	3 (2,6%) 75%	112 (97,4%)100%	
<b>DETERIORAMENT SOCIAL</b>			$\chi^2_1 = 8,26$ P=0,000*
Present	3(18,8%) 75%	13 (81,3%) 11,6%	
Absent	1 (1%) 25%	99 (99%)88,4%	
<b>ENURESIS /ENCOPRESIS</b>			$\chi^2_1 = 10,71$ P=0,001 *
Present	3(23,1%)75%	10(76,9%) 9,1%	
absent	1 (1%) 25%	100(99%) 90,9%	
<b>INHIBICIÓ CONDUCTUAL</b>			$\chi^2_1 = 8,82$ P=0,02*
Present	2(33,3%)50%	4(66,7%)3,6%	
absent	2(1,7%)50%	108(98,2%) 96,4%	

- En cada casella es troba el nombre de casos per cada grup, en parèntesi el percentatge d'infants que presenten o no el símptoma en funció del grup i posteriorment el percentatge d'infants que presenten cada opció de resposta dins el mateix grup.
- L'asterisc destaca els símptomes amb diferències significatives entre els grups.

Els infants amb depressió major es solen mostrar amb menys energia que els no deprimits . Les diferències són estadísticament **significatives**.

( $\chi^2_1 = 34,32$  P=0,000).

No trobem diferències significatives entre els grups en quan a alteracions en l'alimentació. ( $\chi^2_{1}=0,27$  P=0,59).

Els infants amb depressió major solen presentar més queixes somàtiques. A més les diferències són **significatives**. ( $\chi^2_{1}=6,43$ , P<0,05).

No trobem més alteracions en la son en el grup amb depressió . Els infants d'aquesta edat presenten per igual dificultats per dormir. ( $\chi^2_{1}=1,82$ , P=0,17).

Solament trobem un cas que presenta pensaments de mort i suïcidi. Aquest infant presenta depressió major. Patir depressió major es relaciona **significativament** a presentar més pensaments de mort . ( $\chi^2_{1}=6,56$  P<0,05).

Hi ha una tendència en els nens amb depressió a tenir dificultats socials. A més les diferències observades són estadísticament **significatives**. ( $\chi^2_{1}= 8,26$  P=0,000). El 75% dels nens amb depressió major presenten un deteriorament significatiu en les seves relacions socials.

En tots els casos amb depressió major s' exclou que hi hagi un **dol recent** o una **malaltia mèdica** que ens pugui explicar l'estat emocional del nen. El 100% dels casos dels dos grups, no ho pateixen.

Tot i que els nens sense depressió també presenten enuresi, el 75% dels nens amb depressió ho manifesten davant el 9,1% dels no deprimits. A més les freqüències esperades són superades per les reals.(0,5/3). Les diferències observades són **significatives** ( $\chi^2_{1}=10,71$  P=0,001).

El 50% dels nens amb depressió major mostren una conducta inhibida amb diferències rellevants amb els no deprimits de manera **significativa** ( $\chi^2_{1}=8,82$

P=0,002). Malgrat ho trobem en el 50% dels casos de depressió major , els percentatges superen als esperats i als del grup no deprimit.

És a dir, es donen diferències significatives en la majoria de símptomes exceptuant:

- Sentiments d'inutilitat i culpa.
- presència de dol o malaltia.
- pèrdua o augment de pes.
- Alteracions en la son.

### **8.5.- RELACIÓ ENTRE ELS DIAGNÒSTICS I VARIABLES PERSONALS**

En aquest apartat es recolliran les impressions diagnòstiques realitzades en les entrevistes clíniques, junt la valoració dels factors personals i ambientals.

Quan es fa el diagnòstic clínic en base als criteris del DSM-IV (APA, 1995), trobem que tots els casos controls no tenen depressió mentre que en els de risc hi ha variabilitat diagnòstica. Hi ha 53 infants sense depressió, 4 amb depressió major, 5 amb simptomatologia depressiva important i la resta amb diverses impressions diagnòstiques. (Taula 37).

El 85,6% de la mostra de la segona fase no té depressió. En el grup control correspon al 100% i en el grup de risc al 73,6% dels seus components. Un 3% dels infants de risc estan diagnosticats amb depressió major, corresponent el 100% dels casos que tenen aquest diagnòstic.

Troblem simptomatologia depressiva important en un 3,8% de la mostra, essent el 100% dels casos del grup de risc.

➤ **Taula 37. DIAGNÒSTICS**

DIAGNÒSTIC	RISC	CONTROL	% TOTAL
Depressió major	4	-	3%
No depressió	53	60	85,6%
Retard maduratiu	1	-	0,8%
Episodi anterior depressió	1	-	0,8%
Tr. Ansietat	1	-	0,8%
Retraïment social	1	-	0,8%
Simptomatologia depressiva important	5	-	3,8%
Símptomes d'ansietat	1	-	0,8%
Inhibició conductual	1	-	0,8%
Tr de conducta	1	-	0,8%
Timidesa important	1	-	0,8%
Tr emocional per privació afectiva	2	-	1,5%

Un 1,5% dels casos té un trastorn emocional per privació afectiva i el percentatge restant presenten altres diagnòstics.

Les impressions diagnòstiques queden repartides entre les escoles. (Taula 36), excepte l'escola 2 en que tots els casos es consideren no deprimits.

Dels casos de depressió dos pertanyen a una escola pública i dos a una privada-concertada. No trobem diferències estadístiques en quan al tipus d'escola, curs i diagnòstic. Malgrat tot anem a veure la seva distribució.

Si tenim en compte el sexe, tampoc trobem diferències significatives entre el tipus de diagnòstic i el sexe. En els casos de depressió major queda repartit el 50% a cada sexe. Pel que fa als altres diagnòstics els trobem reflectits a la taula 37. Un 6,8% de les nenes tenen un diagnòstic de trastorn emocional davant un 7,6% de nens .

➤ **Taula 38. DIAGNÒSTICS EN FUNCIÓ TIPUS D'ESCOLA**

DIAGNÒSTIC	PRIVADA	PUBLICA
Depressió major	2	2
No depressió	66	47
Retard maduratiu	1	-
Episodi anterior depressió	1	-
Tr. Ansietat	1	-
Retraïment social	1	-
Simptomatologia depressiva important	2	3
Símptomes d'ansietat	1	-
Inhibició conductual	1	-
Tr de conducta	1	-
Timidesa important	-	1
Tr emocional per privació afectiva	1	1

➤ Taula 39. DIAGNÒSTICS EN FUNCIÓ DEL SEXE

DIAGNÒSTIC	NENS	NENES
Depressió major	2	2
No depressió	49	64
Retard maduratiu	1	-
Episodi anterior depressió	-	1
Tr. Ansietat	-	1
Retraïment social	-	1
Simptomatologia depressiva important	3	2
Símptomes d'ansietat	-	1
Inhibició conductual	1	-
Tr de conducta	1	-
Timidesa important	1	-
Tr emocional per privació afectiva	1	1



Aplicant els criteris **DSM-III** trobem en el grup amb simptomatologia alta 6 nens amb depressió major a l'igual que quan apliquem els criteris **propis**.

Anem ara a detallar la relació amb les variables recollides al llarg de l'exploració.

#### ■ Persones viuen a casa amb el nen

En la majoria de diagnòstics l'infant viu amb els dos pares. En els casos de depressió major, 3 infants viuen amb els dos pares i un cas amb mare i avis.

En els quatre casos diagnosticats amb depressió major, viuen 4 persones (100%) a casa. Els que no tenen depressió utilitzen totes les opcions existents. En els diagnòstics de retard maduratiu, trastorn emocional per deprivació afectiva i trastorn d'ansietat són 5 a casa.

Quan ens referim a símptomes d'ansietat i depressió, inhibició conductual, timidesa important i trastorn de conducta són 3 a casa.

El cas d'episodi anterior viuen 2 a casa i per últim la simptomatologia depressiva important trobem els tres casos amb 3,4 i 5 persones que viuen a casa.

#### ■ Nivell socioeconòmic

En el 38,1% dels casos amb diagnòstic clínic, les mares treballen com a tècnic/semiprofessionals, el 21% estan aturades o són mestresses de casa i el 14,3% són operaris. Si ens centrem en el diagnòstic de depressió, hi ha variabilitat laboral, a l'igual que en els altres diagnòstics, sense presentar diferències rellevants. Tampoc observem percentatges diferenciats en l'edat, el nivell d'estudi de la mare i del pare en funció del diagnòstic.

En 3 casos amb depressió major els pares estan casats. Un nen té els pares separats, que correspon al 25% dels diagnosticats amb depressió major. També trobem que els pares estan separats/divorciats en el cas *d'episodi anterior de depressió* (que viu amb la mare sola) i en un infant que presenta *simptomatologia*

*depressiva* important. El percentatge total de pares separats és del 2,7% dels casos amb un diagnòstic clínic .

#### ■ Característiques personals de l'infant

Si es té en compte els infants que pateixen una **malaltia crònica**, trobem que un 3,8% dels casos en tenen una. El 80% d'aquests nens no tenen cap diagnòstic de trastorn emocional i el 20% restant correspon al diagnòstic de depressió major, malgrat hem de tenir en compte que solament correspon a un sol cas. No trobem diferències estadístiques entre el tipus de malaltia crònica i els diagnòstics aplicats.

Hem trobat 10 casos que han rebut estimulació precoç o ajuda psicològica , dels quals el 70% no tenen depressió. La resta presenta els següents trastorns: retard evolutiu, trastorn de conducta i simptomatologia depressiva important.

El 54,6% són fills primogènits. Dels 4 casos amb depressió major 3 són els germans grans o primer fill de la parella . El darrer cas és el segon fill.

Pel que fa a altres diagnòstics el 4,1% són els primogènits. Un 3,8% són els segons amb altres trastorns psicològics excloent la depressió major. Quan s'és el tercer fill trobem els diagnòstics de retard maduratiu i simptomatologia depressiva important.

Els 4 casos amb depressió major són de **raça blanca**. La resta de diagnòstics també s'han realitzat amb infants de raça blanca, excepte una nena sub-sahariana amb símptomes depressius importants.

Dels casos amb diagnòstic de trastorn emocional un 6,5% és fruit d'un **part natural**, un 5,5% amb cesària (dels qual un 1,9% amb Depressió major) i 1,8% amb instrumentació.

#### ■ Esdeveniments estressants

Al 50% dels nens amb depressió major els ha **nascut un germà** en l'últim any. També s'ha donat aquest esdeveniment en un nen amb trastorn d'ansietat. El 75% dels nens que els ha nascut un germà però, no tenen depressió.

Dels 4 casos amb depressió major un ha **canviat de casa** en els últims 2 mesos que correspon al 14,3% dels infants que han patit aquest esdeveniment.

També trobem un cas amb depressió major que ha **canviat de ciutat** en els últims 2 mesos. L'altre infant que ha canviat de ciutat no presenta cap diagnòstic clínic. L'únic cas que ha **canviat d'escola** no presenta depressió major.

#### 8.6- DESCRIPCIÓ DELS CASOS AMB DEPRESSIÓ MAJOR

Com ja s'ha vist, dels 19 infants d'alt risc, quatre van ser diagnosticats amb depressió major. En les següents pàgines es trobaran descrits els infants afectats de depressió major. En primer lloc, a la taula 40, es descriuen els resultats quantitatius rellevants en les diferents proves administrades per a cada cas diagnosticat amb depressió major. En la taula 41 s'ha recollit la simptomatologia depressiva que presenta cada cas diagnosticat amb depressió major. Finalment s'ha fet una descripció de dades personals i resultats en les proves projectives.

Podem veure que tres de les quatre mares presenten una puntuació referent a simptomatologia depressiva lleu.

Excepte en un cas les puntuacions en l'ESDM es mantenen entre les dues administracions.

➤ **TAULA 40 . RESULTATS EN LES PROVES EN FUNCIÓ DE CADA CAS AMB DEPRESSIÓ MAJOR**

PROVES	CASOS AMB DEPRESSIÓ MAJOR			
	167pp	248b	366m	438s
ESDM 1A	34	29	34	37
ESAP	21	19	17	20
PRESS 1A	12	8	8	1
DENVER	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL
ESDP	29	27	23	27
BDI	5	13DEPLLEU	10 DEPLLEU	10DEPLLEU
CBCL	CBCD=4	CBCQ=8 CBCS=6 CBCA=9 CBCR=7 INTERNAL (70++) EXTERNAL (62 +)	CBCS=8 CBCAG=24 CBCR=6 EXTERNAL (71 (++))	NO ES DESTACA CAP ESCALA
ESDM 2A	27	29	33	38
PRESS 2A	5	11	3	1

- Puntuacions en cada prova en funció de l'infant diagnosticat amb depressió major.

La puntuació en la PRESS sol ser elevada, excepte en un infant, presentant una evolució psicomotriu correcta per l'edat.

En la taula 41 , on es fa un recull dels símptomes segueix la disposició establerta pel DSM-IV(APA; 1995) referent al diagnòstic de depressió major. Podem veure diferenciat per apartats, el criteri A, B i en el darrer apartat hem afegit els símptomes que hem cregut importants per als infants de preescolar, com són la somatització, inhibició i control d'esfínters. En relació a la simptomatologia es pot veure a la següent taula que tots els infants presenten disfòria, agitació- alentiment i deteriorament social.

➤ Taula 41. SIMPTOMATOLOGIA DEPRESSIVA DE CADA CAS AMB DEPRESSIÓ MAJOR

SÍMPTOMES	167PPLAN	248BISA	366MAREI	438STROC
DISFÒRIA/IRRITABILITAT	X	X	X	X
ANHEDONIA	X	-	X	-
AUG. O DISMI DE PES/GANA	-	X	-	-
ALTERACIÓ SON	-	X	X	-
AGITACIÓ/ALENTIMENT	X	X	X	X
CANSAMENT	X	-	X	X
CULPA/INUTILITAT	-	X	-	-
DIFICULTAT CONCENTRACIÓ	X	-	-	X
PENSAMENT DE MORT/SUÏCIDI	-	-	-	X
DETERIORAMENT SOCIAL	X	X	X	X
NO MALALTIA	X	X	X	X
NO DOL RECENT	X	X	X	X
SOMATITZACIÓ	-	-	X	X
INHIBICIÓ	X	X	-	-
CONTROL D'ESFÍNTERS	-	X	X	X

- X- simptomatologia present
- - Simptomatologia absent

Finalment anem ara a fer una breu descripció de cada infant diagnosticat amb depressió major. Hi recollim les variables personals i familiars junt unes breus observacions realitzades durant l'exploració, els anomenarem 167pp, 248b,366m i 438s.

#### ■ 167PP-

Nena de 3a i 3m. Va a una escola privada-concertada. Realitza el curs de P3. Té un germà més petit. Viu amb els dos pares. No es destaquen alteracions físiques ni sensorials.

Li costa entendre la PRESS. Es distreu quan fa els dibuixos. És lenta quan parla, molt quieta i es regira les mans. Diu que no sap fer gaire res i no li agrada gaire fer coses. Té un amic. Diu que el matí està enfadada. No riu, té la cara trista. No li agrada menjar a l'escola ni s'ho menja tot.

Els pares estan casats. La mare té 30 anys , el seu nivell d'estudis és FPII i treballa de dissenyadora. El pare té 33 anys amb el mateix nivell d'estudis i treballa de comercial. A casa hi viuen 4 persones.

La nena als 10 mesos va a anar a la llar d'infants. No pateix cap malaltia, ni deficiència.

Com a **esdeveniments estressants** destaca el naixement d'un germà en l'últim any.

**Dades peri-postnatales:** És filla natural. No va haver-hi complicacions durant l'embaràs, i va néixer amb instrumentació. El seu pes al néixer fou de 3140gr. La mare no va prendre tòxics durant l'embaràs i no va tenir depressió post-part.

No es constaten antecedents familiars psicopatològics.

**Observacions dels pares:** s'enfada fàcilment, a vegades se la veu cansada. La mare posa com a observacions que li va costar adaptar-se a l'escola.

#### - EXPLORACIÓ INDIVIDUAL-

■ DIBUIX LLIURE- És un dibuix confós, diu que és un home que ha de saltar.

■ GARGOTS-s'observen els següents trets: Inhibició, Poc dinamisme, Superjo, Masculinitat. En relació als trets psicopatològics destaca l'agressivitat. Sol utilitzar la posició central en la pàgina.

■ FIGURA HUMANA= Fa una rodona negra (Diu que és un cap)

Puntuació total=1, Percentil=2

Després de dos mesos continua presentant uns ulls tristos, és lenta quan parla, al pati no hi ha gaires nenes que vulguin jugar amb ella. Al final de l'exploració expressa desitjos de quedar-se i no tornar a la classe.

**DIAGNÒSTIC:** depressió major en criteris DSM-IV, DSM-III i adaptats.

■ 248B-

Nena de 3 anys 8 mesos i dia. Va a una escola pública i fa P3. Té un germà i ella és la gran. Viu amb els dos pares. No es destaquen alteracions sensorials ni físiques.

És molt seriosa, diu que no sap dibuixar i que no li agrada dibuixar. Té la cara trista i els ulls apagats. Es xucla el dit. Al pati no juga a res ni amb ningú.

La mare té 28 anys va fer l' EGB i ara està a l'atur. El pare té 35 anys, té el graduat escolar i treballa en càrnies. Estan casats.

Als 13 mesos va anar a la llar d'infants. Com esdeveniment rellevant destaquen el naixement de la germana en aquest últim any.

**Dades peri-postnatales:** És filla natural, embaràs normal, part amb cesària. Va pesar 2800 gr. La mare no va consumir tòxics durant l'embaràs.

No hi ha antecedents familiars d'alteració psicològica.

**Observacions dels pares:** A vegades li costa agafar el son, a vegades té mals sons i molta son durant el dia. A vegades s'enfada fàcilment. No menja bé els àpats. Té més mal humor al matí.

## - EXPLORACIÓ INDIVIDUAL-

- DIBUIX LLIURE= Quatre gargots
  - GARGOTS=destaca : Inhibició, poc dinamisme vital, super-jo, Mixta. En psicopatologia es diferencia la Inhibició/aïllament. Finalment en relació a la posició dels gargots utilitza la zona materna progressiva
  - FIGURA HUMANA= Dibuixa un cap i ulls
- Total=2. Percentil=2

En la segona valoració continua amb cara trista, seria, li costa contestar.

**DIAGNÒSTIC = depressió major amb tots tres criteris**

### ■ 366M-

Nen de 4 anys 5 mesos i 7 dies. Fa P4 en una escola privada-concertada. No té germans i viu amb la mare i avis. Té dificultats de parla, no es destaquen altres alteracions.

A casa viuen 4 persones. La mare té 41 anys, té estudis mitjans i treballa d'infermera. El pare té 45 anys amb estudis superiors i fa d'administrador. Estan casats.

Va anar a la llar d'infants als 18 mesos. Ha rebut estimulació precoç o ajuda psicològica sense especificar el motiu.

Com a **esdeveniments ambientals** destaca que en aquests dos mesos han canviat de casa i de ciutat.

**Dades peri-postnatales:** És fill natural. El part va ser amb cesària. Durant l'embaràs no hi van haver complicacions. La mare va fumar durant l'embaràs. Va tenir depressió post-part que va durar dos mesos.

No hi ha altres antecedents familiars.



**Observacions dels pares:** A vegades té mals sons, s'enfada fàcilment, a vegades no menja bé i a vegades té mal humor al matí. La mare especifica que el veu molt trist des que el seu pare ha anat a treballar fora d'Espanya.

Només li agrada dibuixar. No riu, cara inexpressiva, quiet i inhibit, no té vitalitat. Una mica lent quan parla. No li agrada jugar amb nens, té la cara pàl·lida, no riu, és inexpressiu.

#### - EXPLORACIÓ INDIVIDUAL-

■ DIBUIX LLIURE = Fa un nen i una casa

■ GARGOTS = Inhibit, falta de dinamisme vital, Super-jo, Mixta.  
Psicopatologia :inhibició. Utilitza la zona materna.

■ FIGURA HUMANA = Dibuixa mitja cara i ulls

Total =1, Percentil =1

**DIAGNÒSTIC:** depressió major en els tres criteris.

■ 438S-

Nen de 5a 11 mesos i 10 dies. Fa P5 en una escola pública. Té una germana més gran. Viu amb la mare sola. No té cap alteració física ni sensorial.

És obès. És lent quan parla i es distreu mentre fa les tasques. A casa està més trist, té por. Es cansa de pintar de seguida. Per altre banda té una cara amb ulls brillants. Explica que el piquen a casa. Està més alegre amb el pare.(estan separats).

A casa viuen 5 persones. La mare té 29 anys, té el graduat escolar i treballa en una fàbrica. El pare té 31 anys, té també el graduat escolar i treballa de camioner. Estan separats/divorciats.

Va anar a la llar d'infants als 11m. No pateix cap alteració física ni psíquica.

No es destaca cap esdeveniment estressant immediat.

**Dades peri-postnatales:** Fill natural. Embaràs sense complicacions, part amb cesària. Va pesar 5145 gr.

No hi ha antecedents psicopatològics familiars.

**Observacions dels pares:** A vegades es desperta a mitja nit i a vegades té mals sons,

Quan fa la primera prova dels gargots pinta tota la pàgina amb un traç molt fort.

En la segona vegada es cansa i ho deixa inacabat.

En la darrera valoració parla espontàniament. Explica que avui no està trist però hi ha dies que sí. Continua explicant que el piquen a casa.

#### - EXPLORACIÓ INDIVIDUAL -

■ DIBUIX LLIURE = Dibuixa una casa, un nen, un vaixell i el capità.

■ GARGOTS = Expansiu, Dinamisme vital, masculinitat, allò.

En quan als trets de Psicopatologia:agressivitat i aïllament. La posició dels gargots és adequada a l'edat.

■ FIGURA HUMANA = Acompanya la figura humana amb altres elements (barca, altres nens, sol)

Total =12          Percentil =23

**DIAGNÒSTIC:** depressió major en els tres criteris.

## DISCUSSIÓ

## 9- DISCUSSIÓ

Davant els resultats obtinguts podem fer unes consideracions que les desglossarem dins els següents apartats:

- 9.1- La prevalença
- 9.2- Síntomes i factors relacionats amb la depressió major
- 9.3- Altres consideracions
- 9.4-Limitacions d'aquest estudi

### 9.1- LA PREVALENÇA

#### 9.1.1- Prevalença de depressió major

En aquest estudi s'ha pogut observar que la depressió major pot estar present en infants de tres a sis anys d'edat, corresponent a un índex del 0,87% .

Aquesta prevalença , és lleugerament inferior als índexs recollits en altres estudis que situen la prevalença de depressió major en preescolars entre el 0,9% i l'1% en mostra general (Jellineck i Snyder,1998. Essan i Peterman; 1995. Son, Kirchner;2000. Kashani i Carlson; 1984) .

Quan es recullen les dades en població general es solen trobar índexs inferiors als dels estudis fets amb població clínica . Aquest aspecte s'explica perquè en població clínica reduïm el nombre de la mostra per una banda i per altra solen presentar alguna afectació orgànica i/o psicològica que fa que tinguin en molts d'ells, un major nombre d'alteracions associades.

Cal dir a més que algun dels estudis que trobem en població clínica preescolar, solen incloure a més de la depressió major, diversos diagnòstics relacionats amb els

trastorns emocionals. Per això trobem xifres que s'aproximen al 32,1% ( Hooks, Mayers, Volkmar, 1988).

En estudis fets en població pediàtrica s'ha observat uns índexs inferiors, corresponent a un 0,3% d'infants amb depressió major (Lavigne et al, 1996) i un 2,89 % de depressió no especificada (Lavigne et al, 1993). En aquests estudis però, no es van utilitzar instruments de mesura adequats a l'edat i per altra banda es va partir del criteri d'un metge pediatre per tant, no especialitzat en psicologia o psiquiatria.

Tot i trobar una prevalença similar a la recollida per altres estudis, es pot veure que en funció de la definició de cas afectat per depressió major, dels criteris utilitzats per diagnosticar-ho i el tipus de mostra i instruments que s'utilitzen, ens pot fer variar l'índex de prevalença i també dificultar la comparació entre recerques.

En el nostre estudi s'ha aplicat, a diferència dels recollits en la literatura, els criteris diagnòstics del DSM-IV (APA; 1995) i instruments exclusius per a infants de 3 a 6 anys. Aquest fet implica un treball actualitzat però amb una limitació a l'hora de comparar-ho amb altres estudis, ja que en aquests no s'ha fet igual. Per això donat que en els treballs de Kashani (un referent per les altres recerques) es va aplicar el DSM-III, s'ha realitzat també els càlculs de la prevalença en base als seus criteris.

En aquest cas hem pogut observar que l'índex de depressió major augmenta a l' 1'3 %. Aquest valor és igual a l' obtingut quan apliquem els criteris DSM-IV però afegint com a possible símptoma el retraïment o inhibició conductual (En base a la bibliografia recollida).

Aquesta troballa ens permet fer les següents apreciacions:

- Quan utilitzem els criteris diagnòstics del DSM-IV (APA; 1995) trobem una prevalença similar a la resta d'estudis, el que ens fa pensar que aquesta investigació dona una informació actualitzada que no difereix dels valors obtinguts internacionalment. L'escassa diferència numèrica es podria explicar al disseny, definició de cas i criteris utilitzats, així com el tipus de mostra.
- Per altre banda, donat que aplicant els mateixos criteris DSM-III, apareix una prevalença lleugerament superior als estudis de Kashani, podem pensar que l'afectació de depressió major augmenta en nombre en els nascuts en les últimes dècades, aspecte destacat en altres estudis. (Mardomingo, 1998) (Jellineck , Snyder 1998) (Prosser J, McArdle, 1996) (Leon , Klearman , Wickramaratne, 1993).
- Podríem explicar aquestes diferències de dades també, a l'ús d'instruments més sensibles que actuarien com a millors detectors de la depressió major.
- El 0,87% de prevalença de depressió major obtingut, a l'igual que els recollits per altres estudis, és inferior als índexs que es presenten en edats superiors però no per això és desestimable. Recordem que es troben compresos entre 1,1% i el 3,1% en edat escolar i primera adolescència (Polaino-Lorente, Domènech, Ezpeleta, 1987; Monreal, 1988; Domènech, Canals i Fernandez-Ballart, 1992) a Espanya, i fins i tot arriba al 8% de depressió major en altres països (Bird , 1996).

Per tant aquests resultats seguirien la línia que apunta que a mesura que s'augmenta en l'edat, augmenta també el risc o la incidència de psicopatologia depressiva. Seria interessant veure l'evolució de la psicopatologia dels infants d'aquest estudi al llarg de la seva vida.

En els darrers anys, les classificacions diagnòstiques han estat criticades, al no comprendre aspectes diferenciats per a preescolars. La depressió en preescolars va ser més estudiada als anys 80 i tenim informació de la utilitat del DSM-III vigent aleshores. Hi ha estudis que consideren el DSM-III útil pel diagnòstic en preescolars amb trastorns de conducta i altres trastorns greus (Hooks, Mays et Volkmar, 1988; Earls, 1982). Altres estudis destaquen en canvi, que el DSM-III no té en compte els aspectes evolutius (Kashani et al 1984) i que no és útil pel diagnòstic de depressió major (Rosenthal, Rosenthal, 1984). Això fa que es critiqui la fiabilitat dels estudis inicials sobre depressió major (Prosser J, McArdle, 1996) (Burgin,1986).

Alguns autors creuen que les limitacions d'aquestes classificacions diagnòstiques en preescolars, no plantegen més dificultats que les que es donen quan valorem infants majors o adolescents (Lavigne J et al, 1994). Actualment en els criteris del DSM-IV (APA, 1995) sobre depressió major, sols introdueixen la possibilitat que en infants es presenti irritabilitat com a símptoma. Aquest apunt és insuficient i no reflexa l'expressió simptomatològica que es dona entre els 3-6 anys. En un treball recent s'ha fet una adaptació dels criteris del DSM-IV a la simptomatologia i expressió simptomatològica dels nens preescolars. (Luby et al, 2002). S'ha d'esperar que aquest estudi junt amb d'altres, posin de manifest la necessitat de crear uns criteris diferenciats per infants d'aquestes edats.

- Amb tota aquesta informació el que en podem treure és que es necessita una classificació més específica per preescolars i valorar l'ús del DSM-IV (APA, 1995) a l'hora de fer el diagnòstic de depressió major entre els 3 i 6 anys.

### 9.1.2- Prevalença de simptomatologia depressiva

Com s'ha vist hi ha una prevalença important d'infants que presenten **simptomatologia depressiva alta**, mesurada amb un dels instruments específics per aquest interval d'edat i en el nostre entorn, l'Escala de Síntomes Depressius per a Preescolars ESDM 3-6 (Domènech-Llaberia et al., en premsa). Un 15,6% d'infants presenten simptomatologia depressiva alta, dels quals un 4,1% presenten alteracions psicopatològiques més importants, incloent depressió major.

Per altre banda aquesta prevalença és superior a la trobada en l'estudi d' Araneda (1997) fet a Sabadell, on va trobar una prevalença simptomatològica del 2,98%. Aquestes diferències es podrien atribuir als instruments de mesura i índexs estadístics utilitzats. L'autor va utilitzar com a instrument bàsic la GRASP, però donat que li donava una alta correlació amb l'ESDM, hem de pensar més que les diferències es donen perquè no va utilitzar un punt de tall com el nostre, sinó que es va basar en els casos que es trobaven per sobre el percentil 95%. La diferència doncs de cut off, ens podria explicar l'índex tant diferent de prevalença simptomatològica.

Davant la diferència observada entre l'índex amb alta simptomatologia depressiva i l'índex d'infants afectats de depressió major, podem pensar que en l'ESDM (Domènech, 1996) s'introdueixen més falsos negatius. És un instrument que permet detectar la presència d'altres trastorns que moltes vegades hi estan relacionats, com el trastorns de conducta, d'ansietat i dificultats de relació.

La manca de correlació entre les puntuacions de l'ESDM a la primera volta i a la segona, ens fa pensar amb la gran variabilitat emocional i conductual de l'infant d'aquesta edat. Amb dos mesos de diferència, el grup amb puntuació alta a l'ESDM es redueix considerablement. El 44% del grup amb simptomatologia alta a la primera passació, no presenten puntuacions superiors a 27, en la segona volta.



Creiem rellevant, a part de l'aspecte més evolutiu com pot ser la manca d'estabilitat emocional i conductual en aquesta edat, la influència de l'entorn en l'expressió dels seus sentiments. Es a dir en funció del que està vivint afecta considerablement a la seva estabilitat emocional.

Per altra banda els valors de la PRESS1 i PRESS2 sí es correlacionen. En aquest cas fem referència a que els infants que presenten unes puntuacions altes la primera vegada, continuen presentant aquesta tendència en la segona administració de la prova. Quan únicament valorem els nens diagnosticats amb depressió dels no deprimits aquesta correlació no existeix.

- Davant aquests resultats, podríem valorar que l'ESDM engloba simptomatologia inclosa en altres trastorns, i davant la variabilitat emocional i conductual de l'infant entre 3 i 6 anys de vida, les seves valoracions es modifiquen amb el pas del temps. Aspecte que no es confirma quan s'avalua únicament la simptomatologia depressiva, que es manté durant dos mesos, potser perquè el concepte d'un mateix costa més de modificar.

## 9.2- SÍMPTOMES I FACTORS RELACIONATS AMB LA DEPRESSIÓ MAJOR

### 9.2.1- Síntomes recollits en els casos amb depressió major

En aquest estudi, malgrat s'ha observat que la majoria de **síntomes** que recull el DSM-IV per adults també es dona en aquestes edats, s'ha pogut veure el pes d'algun d'aquests símptomes.

- En infants preescolars no hem trobat rellevant, de manera estadística a l'hora de fer el diagnòstic de **depressió major**, la pèrdua o augment de pes o gana. Hem observat que aquest símptoma és freqüent en aquestes edats independentment de l'estat emocional. Cal destacar que en les consultes

pediàtriques es sol preguntar sovint per alteracions en l'alimentació, donades les dificultats que presenten alguns infants, segons l'estudi de Lavigne (1993) que arriben a representar com a mínim un 0,6% de les consultes .

En canvi en l'estudi de Luby et al. (2002), destaquen el paper d' aquest símptoma junt altres símptomes vegetatius, en la detecció de depressió en preescolars. Hem de pensar que les diferències poden ser degudes a que han treballat amb població pediàtrica i clínica , els quals presenten un major nombre d'alteracions conductuals i somàtiques. També podríem explicar aquestes diferències al fet que en l'estudi de Luby únicament tenen informació de l'alimentació i son a partir dels pares, mentre que en el nostre estudi els mestres ens contrasten aquesta informació.

- Els infants amb depressió major no presenten més sentiments d'inutilitat o culpa i alteracions en la son. Respecte a les alteracions en la son podem pensar que no tots els infants han agafat un hàbit correcte a l'hora de dormir, que s'afegeix en aquestes edats a la por evolutiva a la foscor i a les característiques de l'entorn . Ex. Com pot ser tenir un germà recent nascut que es desperta per la nit, la por a la separació dels adults. ( Sandín B, a: Buendia J, 1996).

Per altre banda malgrat l'autoconcepte comença a formar-se i el preescolar entén quan fa una cosa mal feta, els sentiments d'inutilitat i culpa possiblement no estan prou desenvolupats com per donar diferències entre els grups (Mújina, 1990) i tenir un pes important pel diagnòstic de la seva salut emocional.

En relació al símptoma de dificultat de concentració , malgrat s'han trobat diferències estadístiques entre els grups, i arriben a presentar-ho el 75%

dels deprimits, trobem un nombre considerable d'infants del grup control que també ho presenten.

És a dir, encara que té una certa importància pel diagnòstic de depressió, no és un símptoma que es presenti de manera exclusiva o extremadament majoritària en aquest grup.

Evolutivament l'infant de 3 a 6 anys té una atenció més limitada que queda reflectida a l'hora de realitzar tasques. Podem pensar que aquesta no disminueix exageradament quan hi ha una afectació emocional.

- En canvi la dificultat en l'adquisició del control d'esfínters s'ha constatat com a un símptoma que es dona amb més freqüència en els infants amb depressió major (P=0,000), concretament un 75% davant un 9% dels no deprimits. Síntoma no recollit en el DSM-IV (APA, 1995).

També la inhibició conductual, malgrat no sigui exclusiva del grup amb depressió major, sí es presenta amb més freqüència, concretament en un 50% dels casos davant un 4% del grup no deprimat. Aquest darrer símptoma ha estat també destacat en altres estudis com a rellevant per al diagnòstic de depressió major en infants de 3 a 6 anys (Biederman et al, 1990. Domènech, 1999).

Cal dir que ni la dificultat en el control d'esfínters ni la inhibició conductual estan inclosos en el DSM-IV (APA; 1995), el que confirma que caldria fer una revisió dels criteris diagnòstics i una nova classificació per als infants menors de 6 anys. Tal com també apunta l'estudi de Luby et al (2002).

- S'ha observat també que hi ha més nens amb depressió major del que s'esperava que presenten anhedonia. La tristesa es considera com a

síntoma bàsic, en canvi la anhedonia no sempre es recull. Podem pensar doncs que el quadre depressiu de l'infant de 3-6 anys es basa a més de la tristesa amb la manca de plaer a l'hora de realitzar les tasques tant lúdiques com d'aprenentatge. L'estudi de Luby et al. (2002), dona molta rellevància a aquests dos símptomes. Els autors creuen que si l'infant presenta anhedonia i disfòria a la vegada únicament són necessaris quatre símptomes per a ser diagnosticats amb depressió major.

- Un aspecte curiós, és observar que en el grup de risc hi ha molts infants amb dificultats en la parla, mentre que en el grup diagnosticat amb depressió, aquest aspecte no és significativament rellevant. Potser aquest aspecte està més relacionat amb altres alteracions psicològiques com l'ansietat, dificultats de relació social, sense implicar una afectació directa sobre l'humor.

### 9.2.2- Factors relacionats amb la depressió major

Un aspecte important quan s'estudia l'infant d'educació infantil és que hem de recollir la informació i per tant la simptomatologia a partir de diversos **informadors**. Això és degut a la dificultat que té l'infant per expressar-se, especialment sobre els aspectes emocionals. Per això s'ha recollit les dades en base a quatre àmbits diferents el nen/a, el mestre, els pares i els professionals de la psicologia.

Tot i que sempre s'ha assenyalat als pares com a mals informadors de la depressió en l'infant (Achenbach, Edelbrock, 1984; Zeanah C, Boris N, Scheeringa M, 1997; Araneda, 1997) hem pogut observar que les subescales relacionades amb el retraïment i problemes socials, junt la subescala d'ansietat -depressió del CBCL (Achenbach, Edelbrock, 1984) omplerts pels pares, són instruments que ens ajuden a diferenciar els infants amb depressió. És a dir la informació de cada subescala

per si sola no ens permet detectar infants amb depressió, però si aquesta informació es complementa amb d'altra recollida amb altres instruments i per altres informadors, si és rellevant.

Per altre banda s'ha trobat que el recull de símptomes que es va fer en el qüestionari 2 dirigit als pares, no ha aportat informació rellevant sobre el tipus i freqüència de símptomes que es donen en els nens deprimits. Per tant podem dir:

- Els instruments que omplen els pares sobre la simptomatologia depressiva de l'infant, tal com s'apunta en altres estudis, no ens ajuden a diferenciar per si sols les característiques dels infants amb depressió major. En canvi les escales relacionades amb aspectes més externs com queixes somàtiques, retraïment social i dificultat d'atenció han permès detectar diferències entre els grups.

Podríem atribuir aquesta manca de correlació amb el diagnòstic a les característiques dels instruments que actuen únicament com a cribatge. És a dir que tenen una capacitat limitada a l'hora de fer els diagnòstics (Bird et al, 1987)(Achenbach, Edelbrock, Howel, 1987) (Domènech, 1999).

- Ara bé, quan s'analitza conjuntament el paper de diversos instruments i informadors, és útil la informació recollida dels pares. Les escales relacionades amb el comportament social i ansietat/depressió en el Child Behavior Checklist CBCL (Achenbach, Edelbrock, 1983), junt la informació recollida de la mestra sobre ansietat (ESAM) i del propi infant amb la PRESS (Martini, Strayhorn, Puig-Antich, 1990), permeten classificar correctament a l'infant amb depressió en un 99% d'encert. Aquest alt percentatge d'encert, ens fa valorar positivament la informació que s'ha recollit dels pares i del propi infant, i per tant en tot estudi caldria incloure aquests informadors.

- Tanmateix cal destacar que l'infant de 3 a 6 anys és capaç d'expressar i comunicar el seu estat emocional, especialment quan se l'ajuda amb un instrument com la PRESS. (Martini, Strayhorn, Puig-Antich, 1990). És bàsic però comprovar el seu nivell d'atenció i comprensió en els exemples que introdueixen la prova, per tal de tenir la certesa que realitza una identificació correcta amb els dibuixos i més coneixent que el nivell d'atenció de l'infant disminueix quan està deprimit.

- Per últim és evident que a l'utilitzar L'ESDM (Domènech, 1996) com a punt de tall donem importància a la informació que es recull a partir dels mestres. Ens hem trobat amb aules sense cap infant de risc, mentre que en altres es detecten molts infants, dels quals cap presenta depressió major. Per tant la tolerància o sensibilitat de la mestra condiona en part la detecció de l'infant. Per això, per pal·liar aquest efecte es va dissenyar la selecció dels subjectes controls per aules i sexes, d'aquesta manera es manté l'opinió de la mestra. Tot i això hem cregut interessant recollir la informació inicial per mitjà dels mestres perquè és qui veu més temps al nen i pot ser és més objectiu que molts pares.

Cal destacar però que el fet de presentar una alta puntuació a l'ESDM (Domènech, 1996) i a la PRESS (Martini, Strayhorn, Puig-Antich, 1990) no implica tenir el diagnòstic de depressió major (instruments amb diferències significatives entre els grups). És l'entrevista clínica el que determina la seva presència independentment dels resultats en les proves. Malgrat alguns casos presentessin puntuacions elevades o baixes en alguna d'aquestes proves, es va determinar el seu diagnòstic clínic independentment. Aquest aspecte ens permet destacar que no podem mai condicionar els diagnòstics únicament en base als instruments aplicats.

En aquest estudi la majoria d'infants, inclosos els deprimits, solen ser els primogènits de la **família** i el 75% viuen amb els dos pares casats. Del total de la mostra un 4,5% tenen els pares separats/divorciats dels quals, el 2,7% no tenen nova parella. Si tenim en compte els diagnòstics podem veure que en aquest darrer percentatge s'hi inclouen els infants amb depressió major, simptomatologia depressiva alta i el cas d'episodi anterior de depressió major. És a dir s'ha observat que els pares separats dels nens control a diferència dels pares dels nens amb depressió, tenen una nova parella.

- Tots aquests aspectes permeten pensar que la relació amb la depressió de l'infant té, possiblement, més a veure amb el clima familiar que amb la separació dels pares pròpiament dita (Cummings , Davis ,1994. Domènech E, 1993. Earls, 1982). Per desgràcia no podem confirmar aquest raonament donat que no hem recollit la qualitat de la relació de parella. Es pot pensar, que el fet de iniciar una nova relació, ajuda a crear un clima familiar més positiu per l'estat emocional de l'infant. A més tal com apunta Lavigne et al. ( 1996) es donen més trastorns emocionals en mares separades o soles, el que pot alterar el tracte que dona al nen.

Hem trobat una relació important entre **l'estat emocional de la mare** i la depressió en els infants . Les mares dels infants diagnosticats amb depressió i els del grup de risc en general, presenten puntuacions significativament superiors en el qüestionari BDI (Beck, 1961) ( $P < 0,05$ ).

- El recull sobre antecedents familiars psicopatològics a l'igual que l'efecte de la depressió post-part no s'ha trobat important en la presència de depressió en el nen. Es pot pensar que la situació actual de l'estat emocional de la mare és el factor que més té a veure amb l'estat emocional del fill. El tipus d'atenció que rep el nen i la vivència en un entorn deprimat condiciona l'estat emocional de l'infant. Aquest aspecte ha estat recollit per varis

estudis (Cummings i Davis 1994. Carro et al 1993 . Orvashel H, Walsh-Allis, Ye W, 1988). Malgrat pot haver-hi un component biològic, cal destacar que el fet de mesurar l'estat emocional actual de la mare i trobar-hi aquesta relació, ens fa pensar que té més pes el factor ambiental.

Altres estudis han observat que la relació que estableix una mare deprimida amb el seu fill, es basa amb poc contacte ocular, baixa motivació per fer activitats, escassa comunicació i atenció, i aquestes mares solen ser més coercitives i crítiques sobre el comportament del seu fill (Carro et al, 1993; Cummings i Davis, 1994; Teit , Gelfand , 1997; Hirshfield et al, 1997). El vincle que s'estableix entre ells condiciona en gran mesura l'estat emocional de l'infant.

Quan es dona menys afecte positiu i més control negatiu de la conducta del nen apareixen més problemes en l'infant (Campbell et al, 1986. Campbell S, 1991.) Aquestes problemàtiques s'accentuen quan s'afegeixen problemes de relació de parella, absències del pare o problemes socioeconòmics. (Lee B, 1987) (Teti D, Gelfand 1997) Això tant pot ser per la repercussió d'aquests esdeveniments directament sobre l'infant o perquè afecten a l'estat emocional de la mare o persona que en té cura, fent que la percepció del seu fill sigui més negativa i a la interacció li manqui un contacte afectiu positiu. (Field, Healthy. Goldstein, 1988).

- S'ha pogut veure que la valoració que fan els pares de la simptomatologia depressiva del fill correlaciona amb les puntuacions que es recullen en el BDI (BECK, 1961) i a la vegada aquest estat emocional de la mare correlaciona positivament amb una alta puntuació en el qüestionari de depressió PRESS (Martini, Strayhorn, Puig-Antich, 1990) i ESDM (Domènech et al, en premsa). Així doncs, malgrat la percepció de la mare pot portar a valorar a l'infant de forma més negativa, hi ha una correlació



amb l'estat emocional de l'infant mesurat per altres informadors. Per tant podem considerar que l'afectació de l'infant és més real que fruit de la distorsió perceptiva de la mare deprimida.

- Alguns autors han destacat el paper de la depressió post-part en el pare, a l'hora d'agreujar la simptomatologia depressiva de la mare i a la vegada del nen (Carro et al, 1993) En el nostre estudi no trobem cap pare que expressi haver patit depressió post-part. Pot ser ens hem trobat amb una mostra "sana" o podem també pensar que socialment no s'accepta que un pare pugui patir depressió en especial post-part. És potser un concepte encara massa nou que porta a un cert tabú a l'hora d'expressar aquest fet.
- Es pot dir doncs que l'estat psiquiàtric i l'estat de la parella explica molt de la variabilitat de la competència social i emocional de l'infant, tal com apunten Goodman et al, (1993).

Hi ha estudis sobre altres **antecedents psicopatològics** relacionats amb el risc a desenvolupar alteracions psicològiques en els fills, com l'atac de pànic i l'esquizofrènia (Winters K et al, 1981) (Weissman M et al, 1984). En aquest estudi no s'ha avaluat la psicopatologia dels pares de manera estandaritzada i individualitzada. L'únic ítem que recull els antecedents de psicopatologia no s'ha trobat rellevant per al diagnòstic de l'infant, encara que seria bo aprofundir-ho.

En aquest estudi s'ha trobat, seguint la línia d'altres recerques, que la depressió major en preescolars es dona independentment del **sexe** i **l'edat** . El concepte generalitzat és que no es donen diferències entre els sexes fins arribada a l'adolescència, excepte en l'estudi d'Araneda (1997). Lavigne et al (1996) i Schteingart et al ( 1995) troben major severitat entre els 2-3 anys i a l'adolescència però dins l'etapa preescolar no trobem diferenciades prevalences altes. No obstant, hem trobat les puntuacions en els infants de P3 lleugerament

més altes que els altres nivells, potser per la dificultat d'expressió oral o de comprensió de les consignes que encara poden tenir.

Tots els casos amb depressió major corresponen a infants de **raça** blanca. Malgrat s'ha destacat el paper de la cultura (Bengi-Arslan, Verhulst, Van der Ende J, Erol N , 1997) en l'estat emocional, sols hem recollit infants immigrants amb alta simptomatologia depressiva però sense presentar depressió major.

- Per una banda l'efecte de la immigració i per altre les diferències educatives sotmeses a la cultura com pot ser la dependència, religió, l'ús del càstig... pot repercutir especialment en estats d'ansietat però no tant de depressió.(Bengi-Arslan, Verhulst, Van der Ende J, Erol N , 1997).

Cal destacar també, que l'exploració de l'infant immigrant preescolar és complexa, donat que el català o castellà no el dominen i menys a l'hora de parlar de sentiments i emocions. A la vegada en alguns casos, ha estat difícil aconseguir que els pares immigrants omplissin el qüestionari.

Per altre banda el paper dels **esdeveniments estressants** és rellevant, perquè en tots els casos amb depressió hi ha hagut un canvi en la seva vida, sigui el naixement de germans; canvi d'escola, casa o ciutat i separació, encara que sigui temporal per motius de feina del pare. Els esdeveniments estressants no són exclusius del grup amb depressió, però en tots els casos amb depressió major n'hem constatat.

- Es pot destacar doncs que els "life events", poden desencadenar un estat emocional alterat però, no és la única causa o detonant principal donat que també se'n troben en infants del grup control. Cal doncs valorar l'efecte de la suma d'altres variables. A l'igual que Kasen et al. ( 1996) i Araneda (1996), observem que qualsevol pèrdua parental pot estar associada a la depressió.

No s'ha trobat rellevant la **situació socioeconòmica** del pares i ni les **dades personals** d'aquests, per bé que en el grup de risc els pares solen ser una mica més joves. També en el grup de risc sol haver-hi més pares en situació laboral d'atur sense relacionar-se directament amb la depressió de l'infant. Aquests aspectes doncs, malgrat tindrien una relació amb el grup de risc, quan parlem específicament de depressió, la relació no es confirma, tot i que cal tenir en compte per l'efecte que pot suposar sobre l'estat d'ànim dels pares, i per tant sobre la relació que s'estableix amb el fill.

Tampoc es donen diferències en funció del **tipus d'escola**. Únicament l'ESAM (Domènech, 1996) presenta puntuacions significativament més altes en escoles privades- concertades, però no s'observa cap relació amb la depressió major.

A l'igual que Araneda (1997) trobem relació entre presentar simptomatologia depressiva i **alteracions en la parla**. Aquesta relació però no es dona en tots els casos que s'ha aplicat el diagnòstic de depressió major.

- Aquest aspecte ha estat destacat com un factor de risc en altres estudis (Domènech, 1996) (Domènech, 1993; Kashani, Carlson, 1985; Kashani, Ray, Carlson 1984). És a dir l'infant amb dificultats en la parla pot presentar en major freqüència simptomatologia depressiva, sense derivar a un quadre de depressió major.

Els infants amb depressió presenten unes **dades perinatals** i una evolució **psicomotora** normal. En relació a la capacitat cognitiva, s'ha observat unes puntuacions total i percentil inferiors en els nens amb depressió ,mesurada amb el Goodenough (Harris 1991).

- Podem pensar doncs, que no hi ha evidència sobre el paper dels factors perinatals a l'hora de desenvolupar depressió major. A més la depressió no

està relacionada amb la presència de cap dèficit ni alteració en el desenvolupament psicomotriu. És a dir la depressió major es pot donar en qualsevol nen sa , evolutivament parlant.

En relació a la **capacitat intel·lectual**, s'ha observat unes puntuacions inferiors en la prova de Goodenough, però no es donen a l'hora de calcular el quocient d'intel·ligència. Cal dir que partim d'una prova projectiva, que realitza una indicació de la maduresa de l'infant a l'hora de dibuixar una figura humana. Evidentment no aporta unes dades psicomètriques com la que apunten altres bateries més precises. Caldria fer un seguiment del desenvolupament cognitiu i la psicopatologia al llarg dels anys per determinar si existeix o no relació entre aquests dos aspectes. Per altra banda davant la tendència a presentar puntuacions percentils altes, podem pensar també que els infants amb simptomatologia depressiva alta presenten una menor maduresa intel·lectual per les dificultats de desenvolupament emocional que presenten.

- Com s'ha comentat anteriorment, es podria donar una relació entre la depressió materna i la capacitat intel·lectual en el fill. Partint de les limitacions de la prova utilitzada, no s'ha trobat que la depressió en la mare ni en el nen influeixi en el seu nivell cognitiu, com apunta algun estudi. En aquests estudis la relació trobada entre la depressió materna i el baix quocient intel·lectual en el nen, sols s'ha observat quan la mare havia patit depressió en el primer any de vida del nen, aspecte poc recollit en el nostre estudi. (Sharp D, et al, 1995).

No trobem diferències en quan als **trets de personalitat** en els gargots i depressió major. Per bé que el grup de risc tendeix a la inhibició i solen utilitzar la zona regressiva.

- Podem pensar que les característiques de diagnòstic i cribatge d'aquesta prova és molt baixa. Ens dona una informació totalment complementaria. Crec que seria molt útil millorar o crear un nou instrument seguint aquesta línia donat que l'infant quan realitza els gargots realment s'implica i se'n podria treure molta informació.

En relació a l'efecte de patir una **malaltia crònica**, no hem trobat diferències rellevants en quan al diagnòstic de depressió. Aquest resultat és similar al que va trobar Araneda (1996) a Sabadell.

- Les diferències amb altres estudis que troben relació entre patir una malaltia crònica i presentar alteracions emocionals, podrien ser degudes a l tipus de mostra. En aquest estudi s'ha treballat amb una mostra escolar, mentre que d'altres estudis es solen basar amb una mostra clínica, per tant més afectada.(Pla et al, 1998.) (Bennett D, 1994)

Resumint, els infants de 3-6 anys poden presentar alteracions emocionals i conductuals amb més freqüència del que s'espera. Es pot pensar que és un trastorn que augmenta en els últims anys, sigui per què s'estudia més i hi ha millors instruments o bé per un efecte ambiental.

Hem de destacar també el paper familiar. Per una banda la dificultat de relació de parella, els canvis estressants i l'estat emocional de la mare són els factors més destacats relacionats amb la depressió de l'infant. L'infant degut a aquests factors, no rep l'atenció emocional i lúdica que necessita. Aquesta mancança afectiva pot portar a sentiments depressius.

### 9.3- ALTRES CONSIDERACIONS

- Primer de tot a l'igual que en tots els estudis, hi ha les dificultats burocràtiques i ètiques. És a dir obtenir la conformitat d'escoles i pares no sempre és fàcil i repercuteix considerablement amb el nombre de la mostra. En relació a la qüestió ètica, implica tant donar informació de tot el procediment de l'estudi als pares, com conservar l'anonimat dels participants. En aquest estudi podem estar molt satisfets del fet de realitzar-lo amb la conformitat de mestres i pares. Ara bé contradictòriament, no tots els pares han retornat els qüestionaris, malgrat voler participar en l'estudi, el que ens ha repercutit a l'hora de recollir dades familiars. Cal destacar l'ajuda dels mestres recordant-els que omplissin els qüestionaris.
  
- Per tal de recollir informació rellevant cal assegurar un bon contacte amb l'infant, per això es van realitzar 2 o 3 visites atenent al grup que pertanyia el nen. Aquest punt ha estat molt important per facilitar el contacte amb l'infant. Hem de dir però que en algun cas s'hauria d'haver ampliat a més dies al ser més inhibits i reservats. No es va modificar el procediment en aquests casos perquè ens podria significar diferències importants respecte la resta del grup.
  
- Malgrat estar a l'inici del segle vint-i-un, encara ara ens trobem amb el desconeixement i cert tabú davant la possibilitat de depressió en edats primerenques, fins i tot en els mestres. En alguna escola que no va participar els estranyava que s'estudies aquest tema o es fessin algunes determinades preguntes en els qüestionaris.
  
- Cal destacar la importància de la valoració de la mestra sobre el comportament o estat d'ànim de l'infant. En algunes aules no s'havia

detectat cap infant amb puntuació superior a 27 mentre que en altres n'hi havia un nombre considerable sense que posteriorment cap d'ells presentessin depressió. Per tan la tolerància i l'estat emocional és rellevant a l'hora de detectar i opinar sobre la conducta i estat d'ànim de l'infant, i caldria també avaluar-lo, ja que actua com a filtre.

- Alguns ítems com *mort d'un familiar o presència de malalties* en l'infant, en alguns casos era desconegut per a la mestra o no corresponia amb el que deien els pares. Per tant hem de pensar que malgrat els mestres aporten informació molt rellevant sobre el nen, ignoren aspectes més familiars o personals.

Per això creiem important incorporar unes noves variables en cas de realitzar un estudi similar:

- El temps que els pares estan amb l'infant i/o algun familiar.
- Les activitats extra- escolars que realitza el nen.
- Incorporar un qüestionari de satisfacció marital.
- Valorar l'estat d'ànim i psicopatologia de la persona que respon el qüestionari (no sols de la mare, que ja ha estat inclòs).

La rellevància dels nostres resultats a més d'indicar la presència i un índex estadístic de l'estat emocional dels infants de 3-6 anys, està en poder promoure l'atenció dels mestres i pares davant uns determinats símptomes indicatius de síndromes depressius en l'infant. Aquesta detecció per tant es faria més al dia a dia i permetria no cronificar estats emocionals.

A la vegada es podria millorar altres aspectes relacionats, com el rendiment escolar, la relació amb els altres i evitar la presentació d'altres alteracions, com l'ansietat, recurrència d'episodis de depressió major, abús de substàncies i

trastorns de conducta que s'hi ha relacionat (Stanger et al 1996), Prosser J, McArdle , 1996) (Rutter M, 1995) Beitchman, Werkle , Hood , 1987).

#### **9.4- LIMITACIONS D'AQUEST ESTUDI**

Com a tot estudi ens hem trobat amb unes limitacions que cal destacar:

1- La manca de resposta de dues escoles d'Olot, fa que no es puguin generalitzar totalment aquestes dades a la població total d' Olot.

2- El fet d'utilitzar instruments nous per manca d'altres, fa que alguns d'ells encara estiguin en fase experimental, i per tant no es tinguin les dades estadístiques, punts de tall clars i dades sobre especificitat i sensibilitat definitives.

3- Tot i partir d'una mostra ampla de població general la prevalença de trastorn depressiu ha estat de 4 casos. Això ens permet afirmar que aquests casos existeixen, encara que seria bo ampliar la mostra d'estudi.

4- No deixa d'ésser un estudi transversal. Per a conèixer realment l'impacte dels factors de risc i de protecció en el preescolar, caldria fer un seguiment de la mostra. D'aquesta manera podríem veure si segueixen presentant alguna psicopatologia o no. Si en cas positiu segueix essent la depressió major o ha evolucionat a altres alteracions, així com veure l'evolució de la situació familiar que tant pes ha tingut en aquesta edat.

Coneixent aquestes limitacions, creiem que aquest estudi aporta algunes dades originals sobre un tema poc estudiat en aquestes edats i en aquesta zona geogràfica.



## CONCLUSIONS

# 10- CONCLUSIONS

## 10.1- CONTRAST D' HIPÒTESIS

L' interès d'aquest estudi és el de investigar la prevalença i les característiques de la depressió entre els 3 i 6 anys. La mostra escolar participant ha estat de 460 infants per a la primera fase, i 132 infants per a la segona (60 infants del grup control i 72 del grup amb simptomatologia depressiva alta).

Passem ara a detallar els resultats més rellevants en funció de les hipòtesis i objectius plantejats a l'inici de l'estudi.

### H1- S'espera trobar un nombre important de nens preescolars amb simptomatologia depressiva alta

D'acord amb el plantejament de la hipòtesi, hem trobat infants d'educació infantil amb simptomatologia depressiva alta, mesurada amb l'escala de símptomes depressius dirigit als mestres entre 3-6 anys ESDM (Domènech, 1996). L' índex de *prevalença obtingut és del 15,6% d'infants amb simptomatologia depressiva elevada*, és a dir amb una puntuació superior o igual a 27.

### H2- Es preveu trobar casos de depressió major clínica en edat preescolar.

Si calculem l'índex de prevalença d'infants amb depressió major seguint els criteris del DSM-IV (APA , 1995 ) i la concordança entre entrevistadors, trobem 4 infants que compleixen amb els requisits, corresponent a una *prevalença de depressió major del 0,87% en infants entre 3 i 6 anys*.

Donat que el DSM-IV (APA, 1995) no fa cap diferenciació dels símptomes atenent a l' edat, s'ha calculat a més a més la prevalença en base també als criteris del DSM-III on si es tenia en compte la diferència evolutiva.

També s'ha calculat la prevalença en base als criteris actuals del DSM-IV però afegint un símptoma, que cada vegada més s'observa com a propi en els infants preescolars amb depressió, la inhibició conductual. D'acord amb aquestes dues puntualitzacions trobem en ambdós criteris 6 casos, corresponent a un índex de prevalença del 1,3%.

**H3- La prevalença de depressió major entre 3 i 6 anys serà inferior que la trobada en altres estudis en edat escolar.**

Malgrat l'índex de prevalença trobat en aquest estudi és considerable, no sobrepassa els índexs corresponents a altres etapes evolutives. Si comparem aquest estudi amb els índexs de prevalença trobats a Catalunya i Espanya en edats superiors, podem dir que la hipòtesi es compleix. *La prevalença de depressió major entre 3-6 anys és inferior a la trobada en altres etapes evolutives.*

A Espanya s'ha recollit un índex de depressió major del 1,8% entre els 8 i 11 anys (Domènech E, 1988). Si ho comparem per províncies, en edat escolar a Girona la prevalença es situa a l'1,1% ( Monreal, 1988). En referència a la primera adolescència les xifres es troben entre el 2,2-3,1% en nenes i 1,3-1,9% en nens. (Domènech E, Canals J, Fernández M ,1992, ). Per tant les dades que nosaltres hem obtingut es troben per sota les recollides en aquests estudis.

**H4- Trobarem variables derivades de situacions familiars que s'associen a l'augment de símptomes depressius en preescolars.**

No trobem diferències significatives entre les característiques personals del grup amb simptomatologia depressiva alta i el grup control. L'edat, sexe, raça, nivell de desenvolupament de l'infant, quocient intel·lectual, variables socioeconòmiques, característiques personals ni antecedents psicopatològics familiars o personals no són variables diferenciadores entre els dos grups. Únicament s'observa en els infants amb simptomatologia alta, una tendència a la inhibició i regressió ( $\chi^2_6=12,3$   $P<0,05$ ) i majors **dificultats de parla**. ( $\chi^2_2=7,38$   $P<0,000$ )

En relació a les dades perinatals i postnatsals, sols trobem diferències significatives en relació a **prendre tòxics durant l'embaràs**. Un 10,2% de les mares en van prendre, de les quals el 81,8% pertanyen al grup amb simptomatologia alta ( $\chi^2_1=3,89$   $P<0,05$ ).

Malgrat el 95% viuen amb una situació de parella estable, un 4,5% dels pares estan separats. En el grup amb alta simptomatologia depressiva trobem un 3,6% de parelles separades, de les quals el 2,7% es relaciona amb algun diagnòstic clínic.

Si tenim en compte la puntuació en l'escala de **depressió per adults** - BDI (Beck, 1961), observem una mitjana més alta en les mares dels infants de risc de forma significativa ( $T=2,55$   $P<0,05$ ). Quan les comparem tenint en compte els valors superiors a 10, que indiquen probable depressió, les diferències trobades no són estadísticament significatives, malgrat ho presenten 14 mares dels casos amb simptomatologia alta sobre 3 controls.

Finalment no s'observen diferències significatives entre els grups en relació a viure major nombre d'esdeveniments estressants .

**H5- Moltes variables associades a la depressió en edat escolar, s'associaran també als casos diagnosticats de depressió major en preescolars.**

En aquest estudi no s'ha constatat diferències entre els infants amb depressió major dels no deprimits, en variables relacionades amb l'edat, raça, sexe, variables peri ni postnats, ni patir una deficiència o malaltia crònica.

Tampoc s'han trobat característiques familiars relacionades amb la presència de depressió major. Un 25% dels infants amb depressió major tenen els pares separats, sense presentar diferències significatives respecte el grup control. Tampoc s'hi relacionen factors socioeconòmics ni els estudis dels pares. No s'han recollit diferències en relació a altres antecedents psicopatològics familiars ni toxicomania, així com el tipus d'escola (privada/concertada) on van els nens.

Per altra banda les mares amb fills diagnosticats amb depressió major presenten puntuacions més elevades en l'escala de depressió per adults BDI (Beck, 1961) de forma significativa ( $T=2,03$   $P<0,05$ ). A més presenten puntuacions estadísticament indicatives de depressió materna ( $T=2,93$   $P=0,000$ ). Només trobem en un cas la relació entre haver patit la mare depressió post-part i presentar depressió major actual en el fill (9,1%). Les diferències no són però significatives.

El 75% dels infants amb depressió presenten un **deteriorament social** important, observat per mestres, entrevistador i pares davant un 12% del no deprimits. ( $X^2_1 = 13,05$ ,  $P=0,000$ ).

Els infants amb depressió major no presenten diferències rellevants en relació al seu desenvolupament psicomotriu (mesurat amb el DENVER, Frankenburg, 1967). Mentre que si s'observen els resultats en la FIGURA HUMANA (Harris, 1963), els casos amb depressió major tenen una mitjana total més baixa que en els no deprimits ( $T=6,03$   $P<0,005$ ). També s'observen aquestes diferències estadístiques en quan a la valoració per puntuació percentil ( $P<0,05$ ). No és així quan es calcula el quocient d'intel·ligència. Per altre banda els nens amb depressió major no presenten majors dificultats en la parla que els no deprimits. ( $X^2_1=0,104$   $P=0,74$ ).

Finalment si analitzem els factors estressants relacionats amb els casos amb depressió major es pot veure que el 50% dels nens amb depressió major els ha nascut un germà en l'últim any, un a canviat de casa i un de ciutat. No s'observa relació entre presentar depressió i haver patit un dol recentment. Com a altres aspectes sol aparèixer l'allunyament del pare que s'observa en 2 infants afectats per depressió. Altres fets usuls són la separació dels pares, l'absència temporal del pare i el naixement d'un germà.

En la següent taula trobarem resumida la informació més rellevant relacionada amb el contrast de les cinc hipòtesis:

#### ➤ TAULA 42- CONCLUSIONS

- ❑ H1- Trobem una prevalença del 15,6% d'infants amb simptomatologia depressiva alta , mesurada amb l'ESDM (Domènech, 1996).
- ❑ H2- La prevalença d'infants amb depressió major és del 0,87%
- ❑ H3- L'índex de prevalença en nens amb edats entre 3-6 anys és inferior a la trobada en altres estudis realitzats amb mostres d'edats superiors.
- ❑ H4- Com a variables diferenciadores del grup amb simptomatologia depressiva alta davant el control trobem: majors dificultats en la parla, puntuació significativament més elevada en depressió de la mare, tendència a la inhibició i regressió en els gargots i prendre tòxics durant l'embaràs.
- ❑ H5- Les variables més relacionades amb la depressió major entre 3-6 anys són: simptomatologia i depressió de la mare, dificultat de relació social, puntuació i mitjana de rendiment intel·lectual més baix, i finalment tots els casos viuen un esdeveniment estressant malgrat no són exclusius d'aquest grup.

## 10.2- SIMPTOMATOLOGIA RELLEVANT

En aquest apartat es vol destacar la presència dels símptomes més rellevants observats tant en els infants amb alta simptomatologia depressiva com en els que

presenten depressió major. Cal destacar que no s'ha trobat una simptomatologia diferenciada atenent al sexe.

### 10.2.1- Simptomatologia en el grup de risc

En relació al recull de símptomes obtinguts en el qüestionari als pares sols hi ha tres símptomes amb diferències significatives entre el grup amb alta simptomatologia i el control: Els **mals sons i la dificultat per dormir** que el 100% que ho presenten sempre o alguna vegada són del grup amb símptomes depressius , ( $X^2_2=6,07$   $P=0,04$ ) es contradiu amb la resta de preguntes que fan referència a alteracions en la son, les quals no reflexen diferències en funció de presentar simptomatologia alta o no. El **cansament** ( $X^2_1=4,03$   $P<0,05$ ) també és l'únic símptoma que es recull en aquest qüestionari marcant lleugeres diferències entre els grups.

Si analitzem els símptomes recollits a partir de tots els informadors i en base als criteris per depressió major del DSM-IV (APA, 1995), el grup amb alta simptomatologia depressiva presenta diferències estadísticament significatives en: Disfòria ( $X^2_1=31,78$   $P=0,000$ ), Alentiment o agitació motriu ( $X^2_1=21,09$   $P=0,000$ ) , Sentiments d'inutilitat/culpa ( $X^2_1=3,62$   $P<0,05$ ), Cansament ( $X^2_1=9,27$   $P<0,005$ ) , El grup amb simptomatologia alta presenta més queixes somàtiques ( $X^2_1=14,22$   $P=0,000$ ), deteriorament social ( $X^2_1=15,34$   $P=0,000$ ) i major nombre de casos amb dificultats en el control d'esfínters ( $X^2_1=4,8$   $P<0,05$ ) i inhibició conductual ( $X^2_1=5,37$   $P<0,05$ ).

És a dir no es troben majors alteracions en l'alimentació, en la son, en la concentració , pensaments de mort, ni anhedonia en el grup amb alta simptomatologia depressiva davant el control.

### 10.2.2- Simptomatologia en els infants amb depressió major

En el recull de símptomes dirigit als pares, no s'observa cap ítem que indiqui diferències significatives entre els nens diagnosticats amb depressió major dels no deprimits.

Quan analitzem els símptomes en base al DSM-IV, no s'observen diferències entre els grups en: la **pèrdua o augment de pes**, els **sentiments de culpa**, **alteracions en la son**, **absència de dol i malaltia**. Per altre banda podem veure que:

- En l'**anhedonia** malgrat sols un 50% dels casos amb depressió ho presenten, representen el 100% dels infants que ho manifesten. ( $\chi^2_{1} = 31,57$  P=0,000). És a dir no es troba cap infant no deprimat amb aquest símptoma.
- La **disfòria** és present en tots quatre casos. Sols un 15% del no deprimits ho manifesten ( $\chi^2_{1} = 13,6$ , P=0,000).
- L'**agitació** es presenta en tots els casos amb depressió, mentre que sols un 23,9% dels no deprimits ho presenten ( $\chi^2_{1} = 7,91$ , P=0,000).
- En el 75% dels infants amb depressió s'observa un **deteriorament social**, davant un 12% del no deprimits. ( $\chi^2_{1} = 8,26$ , P=0,000).
- Els infants amb depressió tenen **menys energia** ( $\chi^2_{1} = 34,32$ , P=0,000).
- La dificultat en el **control d'esfínters** és present en el 75% dels infants amb depressió major, davant el 9% en els no deprimits. ( $\chi^2_{1} = 10,71$ , P=0,000).
- El 50% dels infants amb depressió presenten **inhibició conductual** davant un 4% en els no deprimits. ( $\chi^2_{1} = 8,82$ , P=0,000).
- La **somatització** es dona també amb major freqüència en els infants amb depressió. ( $\chi^2_{1} = 6,43$ , P=0,005).
- Hi ha una lleugera tendència en els infants amb depressió a presentar més **dificultat de concentració**, malgrat no és exclusiu d'aquest grup i no tots els subjectes amb depressió ho presenten. (p<0,05).
- Els **pensaments de mort**, els trobem únicament en el grup amb depressió, presentant diferències significatives davant els no deprimits. ( $\chi^2_{1} = 28,24$ , P=0,000).



➤ **TAULA 43- SIMPTOMATOLOGIA RELLEVANT EN ELS INFANTS AMB SIMPTOMATOLOGIA DEPRESSIVA ALTA I EN ELS DIAGNOSTICATS AMB DEPRESSIÓ MAJOR**

\*El grup amb simptomatologia depressiva alta presenta de manera estadísticament més alta que el grup control, els següents símptomes :disfòria, alentiment o agitació motriu, sentiments d'inutilitat, cansament, somatització, queixes somàtiques, deteriorament social, dificultat en el control d'esfínters i inhibició conductual.

\*Els símptomes que no són significativament més presents en el grup amb simptomatologia depressiva alta són: les alteracions en la son, l'anhedonia, els pensaments de mort ni les dificultats de concentració.

\*Els infants diagnosticats amb depressió major no presenten de manera estadísticament superior : alteracions en l'alimentació i son, sentiments d'inutilitat i culpa, la presència d'afectació mèdica i dol .

\*Els infants amb depressió major presenten de forma estadísticament significativa que els no deprimits: anhedonia, disfòria, agitació motriu, deteriorament social, disminució de l'energia, dificultat en el control d'esfínters, inhibició conductual, somatització i dificultats de concentració.

### 10.3- INSTRUMENTS

No trobem diferències en els resultats dels instruments aplicats en funció del sexe ni escola. En aquest darrer cas, sols trobem diferències significatives en les puntuacions de l'escala de símptomes d'ansietat l'ESAM. ( $P < 0,05$ ) on les puntuacions són superiors en les escoles privades-concertades.

#### 10.3.1- Instruments detectors del grup amb alta simptomatologia depressiva/control

Malgrat la majoria d'instruments presenten diferències entre els dos grups, l'anàlisi discriminant que hem aplicat, ens destaca solament tres instruments com a millors detectors dels nens amb alta simptomatologia depressiva.

Si eliminem l'ESDM1 (ja que va ser utilitzada com a discriminadora dels dos grups) l'anàlisi discriminant ens destaca tres variables: l'escala de símptomes d'ansietat **ESAM**(Domènech, 1996) i les escales del Child Behavior Checklist(Achenbach, Edelbrock, 1983) de **queixes somàtiques i socialització** (CBCQ i CBCS.) de manera significativa (  $P < 0,005$ ). Sabent els seus valors podem fer un 71,03% de classificacions correctes.

➤ **TAULA 44- INSTRUMENTS DIFERENCIADORS DE SIMPTOMATOLOGIA DEPRESSIVA ALTA**

Els instruments de mesura que millor ens diferencien un infant amb alta simptomatologia depressiva de un control són:

- ❑ L'Escala de simptomatologia depressiva per a mestres 3-5 anys ESDM (Domènech, 1996) junt la subescala de dificultat de pensament del Child Behavior Checklist (Achenbach, Edelbrock, 1983), ens dona un 98,15% ben diagnosticats.
- ❑ (Eliminant l'ESDM) L'Escala de símptomes d'ansietat per a mestres ESAM (Domènech, 1996) junt les escales de queixes somàtiques i dificultat de socialització del Child Behavior Checklist (Achenbach, Edelbrock, 1983), permeten realitzar un 71% de classificacions correctes.

### 10.3.2- Instruments detectors dels infants amb depressió

Els nens amb depressió major presenten puntuacions superiors a l' ESDM (Domènech, 1996)( $Z=3,37$   $P=0,000$ ) i a la PRESS (Martini, Strayhorn, Puig-Antich, 1990) ( $T=4,46$   $P<0,005$ ), mentre que en el dibuix de la figura humana(Harris, 1963) tenen una mitjana més baixa que els no deprimits tant en la puntuació total com percentil( $P<0,005$ ). En l'ESDM 2 (Domènech, en premsa) , s'ha pogut constatar que en aquesta segona vegada es donen diferències significatives entre els infants amb depressió dels no deprimits ( $P<0,05$ ).

Per altre banda, quan apliquem l'anàlisi discriminant, els instruments que millor ens diferencien els infants amb depressió dels no deprimits, són l'escala social del CBCL CBCS(Achenbach, Edelbrock, 1983 ) , seguit de la l' ESAM (Domènech, 1996), la PRESS1 (Martini, Strayhorn, Puig-Antich, 1990) , l'escala d'ansietat/depressió del CBCL ( Achenbach, Edelbrock, 1983 ) i de retraïment CBCR. Coneixent els valors d'aquestes cinc proves es pot predir els infants amb depressió i no deprimits amb un 98,96% de probabilitat d'encert.

#### ➤ TAULA 45- INSTRUMENTS DIFERENCIADORS DE DEPRESSIÓ MAJOR

□ Podem resumir la informació dient que coneixent els resultats en l'escala de dificultats social CBCS( Achenbach, Edelbrock, 1983 ) , seguit de la l'ESAM (Domènech, 1996), la PRESS1 (Martini, Strayhorn, Puig-Antich, 1990) , l'escala d'ansietat/depressió CBCAD ( Achenbach, Edelbrock, 1983 ) i retraïment social CBCR podem predir els infants amb depressió i no deprimits amb un 98,96% de probabilitat d'encert.

#### 10.4- ALTRES DIAGNÒSTICS

Finalment destacar que dels 10 infants que van passar a l'entrevista clínica realitzada per dos entrevistadors, sols 4 van ser diagnosticats amb depressió major. En base a les entrevistes clíniques es van apuntar d'altres impressions diagnòstiques. Si calculem la prevalença d'aquestes alteracions psicopatològiques, incloent la depressió major, trobem un índex **de prevalença de trastorn**

psicològic del 4,1%. A la taula 45 trobem reflectides les impressions diagnòstiques clíniques obtingudes de tota la mostra.

➤ Taula 46 . ALTRES IMPRESSIONS DIAGNÒSTIQUES

Depressió major	4
Retard maduratiu	1
Episodi anterior depressió	1
Tr. Ansietat	1
Retraïment social	1
Síntomatologia depressiva important	5
Síntomes d'ansietat	1
Inhibició conductual	1
Tr de conducta	1
Timidesa important	1
Tr emocional per deprivació afectiva	2
No depressió	113

Aquest ha estat el recull dels resultats més rellevants en aquesta tesi.

# BIBLIOGRAFIA

## **11- BIBLIOGRAFIA**

- American psychiatry Association (1995) *DSM- IV: Manual diagnóstico i estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson (original anglès publicado en 1994).
- American psychiatry Association (1987) *DSM- III-R: Manual diagnóstico i estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson
- American psychiatry Association (1980) *DSM- III: Manual diagnóstico i estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson (original anglès publicado en 1979).
- Achenbach T, Edelbrock C, Howel C ( 1987 ) *Empirically based assesment of the behavioral/emotional problems of 2 and 3 year of children*. *Journal of abnormal child psychology*. Vol 15, no4, 629-650.
- Achenbach T, Edelbrock G (1984) *Psychopathology of childhood*. *American Review Psychology* 35: 227-56.
- Achenbach TN, Edelbrock C. (1983) *Manual for de child behavior checklist and revised child behavior profile*. Burlington VT. Department of psychiatry. University of Vermont.
- Araneda Garces N (1997) *Prevalencia de la simptomatologia depresiva en niños preescolares*. Bellaterra. Tesis doctoral. UAB.
- Abarzúa AM (2002) *El temperamento y su relación con el desarrollo de psicopatologias en niños preescolares*. Bellaterra. Trabajo de investigación. UAB.
- Ballespí ,S; Jané M.C (2002) *Como evaluar la inhibición conductual? Una revisión de instrumentos*. *Revista de psiquiatria infanto-juvenil* 1, 69-81
- Beck A.T, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J (1961) *An inventory for measuring depression*. *Beck depression inventory BDI*. *Archieves of general psychiatry* 4, 53-63
- Beitchman J H, wekerle C & Hood J (1987) *Diagnostic continuity from preschool to middle childhood*. *Journal of theAmerican Academy of Child and adolescent Psychiatry*, 26, 5:694-699.

- Bennett d(1994) *Depression among children with chronic medical problems: A meta analysis*. **Journal of Pediatrics and Psychology**; **19:149-169**.
  
- Bengi-Aslan L, Verhust F.C., van der Ende J, Erol N. (1997) *Understanding childhood (problem) behaviors and competencies in Turkish inmigrant, turkish and duth children*. **Society of Psychiatry and Epidemiology**. **32:477-484**.
  
- Biederman J, Rosenbaum J, Hirshfeld D, Faraone S, Boldue E, Gersten M, Meninger S, Kaga J, Snidman N, Reznick J.S. (1990) *Psychiatric correlates of behavioral inhibition in young children of parents with and without psychiatric disorders*. **Archives of General Psychiatry** **47: 21-26**.
  
- Bird H, Camino G, Gould M, Ribera, Rubio-Stipec M, Woodbury M, Huertas-Goldman S, Sesman M. (1987) *Use of the child Behavior checklist as a screening instrument for epidemiological research in child psychiatry; Results of a pilot study*. **Journal of the American of Child and Adolescent Psychiatry** **26, 2: 207-213**.
  
- Bird H. (1996) *Epidemiology of childhood disorders in a cross cultural context* **Journal of Child psychology and Psychiatry**, **37, 1: 35-49**.
  
- Bird H, Gould M, Rubio-Stipec M, Staghezza B, Canino G. (1991) *Screening for childhood psychopathology in the community using the Child Behavior Checklist*. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, **30, 1, 116-123**.
  
- Buendia (1999) *Psicología clínica.Perspectivas actuales*. Ed.Piramide
  
- Buendía J ED.(1996) **Psicopatología en niños y adolescentes**. Madrid. Piramide
  
- Burghes L (1994) *What happens to the children of single parent families ?* **British Medical Journal**, **308 :1114-1115**.
- Bussing R, Halfon N, Benjamin B, Wells K (1995) *Prevalence of bahavior problems in US children with asthma*. **Archives of Pediatric Adolescent Medicine**, **149:565-572**.

- Caixa Catalunya.(1996) **Anuari econòmic comarcal, 1996**. Barcelona. Caixa d'estalvis de Catalunya.
  
- Campbell S, Breaux A.M., Ewing L, Szumauski E, Pierce E (1986) *Parent Identified Problem Preschoolers:Mother-Child interaction during play at intake and 1-year follow-up*. **Journal of Abnormal Child Psychology**, 14, 3: 425-440.
  
- Campbell S, Breaux A.M, Ewing L, Szumauski (1986) *Correlates and predictors of hiperactivity and agresion: A longitudinal study of parent-referred problem preschoolers*. **Journal of Abnormal Child Psychology**, 14, 2: 217-234.
  
- Campbell S, March C, Pierce E, Ewing L, Szumowaki E. (1991) *Hard-to-manage preschool boys: Family context and the stability of externalizing behavior*. **Journal of abnormal Child Psychology**, Vol. 19 No 3:301-318
  
- Canals J, Domènech E (1990) *Depresión infantil: Hacia un enfoque preventivo*. **IMP psiquiatrica**. 2: 189-192 .
  
- Canals J, Martí-Henneberg C; Fernandez-Ballart, J; Domènech E.(1995) *Longitudinal study of depression in an urban spanish pubertal population*. **European child and adolescent psychiatry** 4, 102-111
  
- Canals J, Bladé J, Carbajo G, Domènech-Llaberia E (2001) *The Depression inventory in nonclinical adolescents*. **European Journal of Psychological Assessment**, 17 ,1: 63-68
  
- Carro M, Grant K, Gotlib I, Compas B. (1993) *Postpartum depression and child development. An investigation of mothers and fathers as sources of risk and resilience*. **Development and Psychopathology**, 5:567-579.
  
- Caspi A, Moffit T, Newman D, Silva P. (1996) **Behavioral observations at age 3 years predict adult psychiatric disorders. Longitudinal evidence from a birth cohort**. **Archives of General Psychiatry**; 53: 1033-1039.



- Caspi A, Henry B, McGee R.O, Moffit T, Silva P. (1995) *Temperamental origins of child and adolescent behavior problems: From age three to age fifteen*. **Child Development**, 66, 55-68.
- Cohen P, Pine D, Must A, Kasen S, Brook J. (1998). *Prospective associations between somatic illness and mental illness from and childhood to adulthood*. **American Journal of epidemiology** 147 , 3: 232-239.
- Cohen N, Barwick M, Horodezky N, Isaacson I (1996) Comorbidity of language and social-emotional disorders: Comparison of psychiatric outpatients and their siblings. **Journal of Clinical Child Psychology**, 25, 2: 192-200.
- Corman, L (1971) **El test de los garabatos. Exploración de la personalidad profunda**. Buenos Aires. Kapelusz.
- Costello E (1989) *Developments in child Psychiatric epidemiology*. **Journal of the American Academy of child and adolescent psychiatry** 836-841.
- Cole P, Fox N, Zahn-Waxter C, Usher B and Welsh J. (1996). *Individual differences in emotion regulation and behavior problems in preschool children*. **Journal of abnormal Psychology** 105, 4: 518-529.
- Cummings M, Davies P. (1994). *Maternal depression and child development*. **Journal of child Psychology and Psychiatry** 35, 1: 73-112.
- Crittenden P. (1992) *Quality of attachment in the preschool years*. **Development and psychopathology**, 4, 209-241.
- Culkin M., Brady M, Crew B, Albright A. Murphy C. (1986) *Children at risk for depression*. **American Journal of nursing** 1379- 1382.
- Del Bosque J (2001) **psicopatología del desarrollo**. Boletín especial de salud mental. (internet. [www.ssa.gob.mx/unidades/conadic / psicopat.htm](http://www.ssa.gob.mx/unidades/conadic/psicopat.htm).)
- Domènech E (1989) *Detección de la depresión infantil*. **Psicopatología** 9, 4 : 165-169.

- Domènech Llaberia,E; Canals J, Fernández-Ballart; Martí-Hennberg (1992). *Epidemiologia de la depressió major a la pubertat: Resultats de tres anys de seguiment*. Revista de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya 7, 1, 35-40.
- Domènech Llaberia, E.; Polaino Lorente (1990) *Epidemiologia de la depressió infantil*. Barcelona. Ed. Espaxs.
- Domènech-Llaberia (1996) **Escala de depression para padres ESDP**.Manuscrit no publicat.
- Domènech,E. *Metodología de la investigación en psicología clínica infantil*. En. A. Fierro (1988) **Psicología.Cuestiones actuales**. Madrid. Ed. Piramide pp 169-191.
- Domènech-Llaberia. *Detección de síntomas depresivos y ansiosos en el preescolar: escalas de evaluación*. En: Sasot J, Moraga F.A (1999). **Psicopediatría en atención primaria. Nuevas estrategias preventivas y terapéuticas**.Barcelona (prous science S.A) 15-24 .
- Domènech E, Polaino Lorente A (1991) *Epidemiologia i paidopsiquiatria*. IMP Psiquiatria, Vol III , 2: 86-92.
- Domènech E . *Depresiones tempranas en la infancia*. En Buendía: (1999) **psicología clínica. Perspectivas actuales**. Madrid. Pirámide. pag. 75-93 .
- Domènech E, Araneda N, Xifró A, Riba M.D. (2003) **Ecala de depression preescolar para maestros (ESDM 3-6) Primeros resultados de la validación**. **Psycothema** (en premsa)
- Domènech, E; Caceres, M.L.; Bonany S. (1988). *Evaluación psicopatológica del niño preescolar*. **Acta Pediatrica Española vol 46, 2: 85-91**.
- Domènech-Llaberia E, Ballespí S, Jané M.C, Riba M.D. *Escala de ansiedad para preescolares ESAP. Presentación de la escala y propiedades psicometricas de la versión para educadores*. **Manuscrit no publicat**

- Domènech-Llaberia E (1993) *La depressió dels nens abans dels 5 anys. Actes terceres jornades d'atenció precoç. Associació Catalana d'Atenció Precoç.* 31-43.
  
- Domènech-Llaberia E, Garriga A, Araneda N, Valero S, Moreno C Estudi de validació de la PRESS en població catalana (manuscrit no publicat).
  
- Domènech J.M (1987) *Tablas de estadística.* Barcelona. Herder.
  
- Earls F. (1982) *Application of DSM-III in an epidemiological study of preschool children.* **American Journal of Psychiatry**, 139, 2:242-243.
  
- Earls F, Jung K.G (1987) *Temperament and home environment characteristics as causal factors in the early development of childhood psychopathology.* **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 26, 4:491-498.
  
- Essau CA, Peterman U (1995) *Depression in children and adolescents* **Z Klinische Psychologie and Psychopathology Psychotherapy**, 43(1):18-33
  
- Field T, Healy B, Goldstein s, Perry S and Bendell d. (1988) *Infants of depressed mothers show "Depressed" behavior even cith nondepressed adults.* **Child Development**, 59, 1569-1579.
  
- Frankenburg WK, Dodds J.B, Fandal, AW, Kazuk E, i Cohrs N (1975) *Denver Developmental Screening test.reference manual.* Universitat colorado.
  
- Garralda Me, Bailey D (1994) *Chronic physical illness and emotional disorder in childhood.* **British Journal of Psychiatry**, 164:8-10
  
- Goodman SH, Brogan D, Lynch ME, Fielding B (1993) *Social and emotional competence in children of depressed mothers.* **Child development** 64(2):516-531
  
- Greco-Vigorito C, Drucker P, Moore-Russell M & Avaltroni J. (1996) *Affective symptoms in young children of substance abusers correlate with parental distress.* **Psychological Reports**, 79:547-552

- Harris, D (1963) *El test de Goodenough*. Barcelona. Paidós
  
- Hirsfield D, Biederman J, Brody L, Faraone S, Rodenbaum (1997) *Associations between expressed emotion and child behavioral inhibition and psychopathology: A pilot study*. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36,2 :205-213.
  
- Hollinshead A.B (1975) *Two factors index social position*. New Haven: Connecticut.
  
- Hooks m, Mayes L, Volkmar f. (1988) *Psychiatric disorders among preschool children*. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 27,5:623-627.
  
- Jellineck, M; Snyder J (1998) *Depresión y suicidio en niños y adolescentes*. *Pediatrics in review. español* 19, 8: 283-292.
  
- Kasen S, Cohen P, Brook J, Hartmark C (1996). *A multiple-risk interaction model: effects of temperament and divorce on psychiatric disorders in children*. *Journal of abnormal Child Psychology*, Vol. 24, 2:121-150.
  
- Kashani J, Carlson G (1987) *Seriously depressed Preschoolers* *American Journal of Psychiatry* 144: 3, March 348-350.
  
- Kashani J, Ray J. (1987) *Major depression with delusional features in preschool-age child* *Journal of American Academy of Child and adolescent Psychiatry* 26, 1:110-112
  
- Kashani J.H, Holcomb WR, Orvaschel H (1986) *Depression and depressive symptoms in preschool children from general population*. *American Journal Of Psychiatry* 143, 9: 1138-1143
  
- Kashani J.H, Carlson G (1985) *Major depressive disorder in a preschooler*. *Journal of the American academy of Child Psychiatry* 24, 4: 490-494.
- Kashani J, Ray J, Carlson G (1984) *Depression and depressive-like states in preschool-age children in a child development unit*. *American Journal of psychiatry* 141:1397-1401.

- Kovacs M. (1997) *Depressive disorders in childhood: An impressionistic landscape*. **Journal of child Psychology and Psychiatry** 38 , 3: 287-298.
  
- Kovacs M, Paulauskas S, Gatsonis C, Richards C. (1988) *Depressive Disorders in childhood III. A longitudinal Study of comorbidity with and risk for conduct disorders*. **Journal of affective Disorders**,15: 205-217.
  
- Lapouse R, Monk MA. 1958 *An epidemiological study of behaviour characteristics in children*. **American Journal of public Health** , 48:1134-1144
  
- Lavigne J, Gibbons R, Kaufer K, Arend R, Rosenbaum D, Binns H, Dawson N, Sobel H, Isaacs C. (1996) *Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children*. **Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry** 35,2, 204-214.
  
- Lavigne J, Areud R, Rosembaum D, Sinacore J, Cichetti C, Binns H, Kaufer K, Hayford J, MacGuire P (1994) *Interrater reliability of the DSM-III-R with preschool children*. **Journal of abnormal child Psychology**, 22, 6:679-690
  
- Lavigne J, Binns H, Kaufer K, Rosembaum D, Arend R, Smith K, Hayford J, McGuire P. (1993) *Behavioral and emotional problems among preschool children in pediatric care: prevalence and pediatricians' recognition*. **Pediatrics**, 91 , 3 : 649-656.
  
- Leabeater B, Bishop S, Raver c (1996).*Quality of mother-toddler interactions, maternal depressive simptoms and behavior problems in preschoolers of adolescents mothers*. **American Psychological Association**, Vol 32, 2, 280-288.
  
- Lee B, (1987) *Multidisciplinary evaluation of preschool children and its demography in a military psychiatryc clinic*. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**. 26, 3:313-316
  
- Leon A, Klearman G, Wickramarathe P (1993). *Conlminng female predominance in depressive illness*. **American Journal of public health** 83, 5 :754-757.

- Lopez-Ibor J.J (1997) *El enmascaramiento y desenmascaramiento de la depresión*. Revista clínica española. 197. Monografía 3:16-24.
  
- Luby J, Hefflinger A, Mrakosky C, Hessler M, Brown K, Hildebrand T (2002) *Preschool major depressive disorder: preliminary validation for developmentally modified DSM-IV criteria*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41:8
  
- Mardomingo Sanz M.J. **Trastornos afectivos en la infancia: dificultades del diagnóstico**. Pag 258-264, En : Actitudes educativas, trastornos del lenguaje y otras alteraciones en la infancia y adolescencia. Barcelona. Laertes.
  
- Marija J. Norusis/SPSS INC (1993) SPSS/PC + STATISTICS 6.0 for the IBM:PCXT AT AND PS/2. Chicago, Illinois: SPSS INC
  
- Martini D.R, Strayhorn JM, Puig-Antich J(1990) *A symptom self-report measure for preschooler children*.PRESS. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29,4:594-600
  
- Maziade M, Coté R, Bernier H, Boutin P, Hriviege J. (1989) *Significance of extreme temperament in infances for clinical status in pre-school years. II Patlems of temperament change and implications for the apparence of disorders*. British Journal of Psychiatry (1989) 154, 544-551.
  
- Méndez F.X (1998) *El niño que no sonríe. Estrategias para superar la tristeza i la depresión infantil*. Madrid: Pirámide.
  
- Monreal P (1988) *Estudi de la simptomatologia depressiva infantil a la provincia de Girona. Factors individuals i psicosocials*. UAB.Tesi doctoral.
  
- Murray L, Hipwell A, Hooper R, Stein A, Cooper P. (1996) **The cognitive development of 5-years-old children of postnatally depressed mothers**. Journal of Child Psychology and Psychiatry 37, 8: 927-935
  
- Mújina, V (1990) *Psicología de la edad preescolar. Manual completo para comprender al niño desde que nace hasta los siete años*. Madrid, Visor.

- National Center for Clinical Infant Programs.(1994) *Diagnostic Classification: 0-3*. Arlington.Zero to Three.
- OMS-CIE.9 (1975) Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders. Cambridge University Press
- Orvaschel H, Walsh-Allis G, ye W (1988) *Psychopathology in children of parents with recurrent depression* **Journal of Abnormal Child Psychology**, 1, 16: 17-28
- Pagano M, Murphy J.M. Pedersen M, Masbacher D, Hist-witzel, Jordan P, Rodas C, Jellinek M. (1996) *Screening for psychosocial problems in 4-5 years olds during routine epSDt examinations: Validity and reliability in a mexican-american sample*. **Clinical Pediatrics**,3,139-146.
- Pfeffer C, Trad P (1988).*Sadness and suicidal tendencies in preschool children* **Developmental and behavioral pediatrics**, 9, 2:86-88
- Pianta R, Caldwell (1990) *Stability of externalizing symptoms from kindergarten to firts grades and factors related to inestability*. **Development and Psychopathology**, 2, 247-258.
- Pla, E, Gras E, Teixidor R, Jané MC, Domènech-Llaberia E (1998) *Síntomes depressius en preescoalrs asmàtics*. **Pediatría catalana**, 58, 5: 275-279
- Polaino-Lorente A, Domènech-Llaberia E (1988) **La depresión en los niños españoles de 4 de EGB**. Barcelona. CAYFOSA.
- Polaino-Lorente, A; Domènech Llaberia E, Ezpeleta Ascaso L. (1987) *Diseño de doble fase en epdimiología paidosiquiátrica: aplicación a un estudio de la depresión infantil en la población española*. **Revista de Psiquiatría y psicología medica**.18, 4:225-236 .
- Prosser J, McArdle P (1996) *The changing mental health of children and adolescents: evidence for deterioration ?* **Psychological Medecine**, 26, 715-725.

- Rende R. (1993) *Longitudinal relations between temperament traits and behavioral syndromes in middle childhood*. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 32,2 : 287-290.
  
- Rosenthal P, Rosenthal S (1984) *Suicidal behavior by preschool children*. **American Journal of Psychiatry** 141,4:520-525
  
- Rutter (1987) *Temperament, Personality and Personality disorder*. **British Journal of Psychiatry** 150,443-458.
  
- Rutter M. (1995) *Relationships between mental disorders in childhood and adulthood*. **Acta psychiatrica scandinavica** 91: 73-85.
  
- Sharp D, Hay D, Pawlby S, Schnücker G, Allen H, Kumar R (1995) *The impact of postnatal depression on boys' intellectual development*. **Journal of Child Psychology and Psychiatry** 36, 8:1315-1336.
  
- Schaerer MB, Cramer B (2000) *Depression in the child*. **Archives pediatrie** 7(8):883-887.
  
- Schteningart J, Molnar J, Klein T, Lowe C, Hartmann A, (1995) *Homeless and child functioning in the context of risk and protective factors moderating child outcomes*. **Journal of Clinical Child Psychology** 24,3:320-331.
  
- Shaw D, Keenan K, Vondra J, Delliquadri E, Giovanelli J (1997) *Antecedents of preschool children's internalizing problems: A longitudinal study of low-income families*. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry** 36, 12 :1760-1767
  
- Sidana a, Bhatia MS, Choudhary S (1998) *Prevalence and pattern of psychiatric morbidity in children* **Indian Journal of Medicine Science**, dec. 52 (12):556-558
  
- Siefert K, Wittman D, Farguar S, Talsma F (1992) *Similarities and differences between children with asthma and children with cancer. Implications for preventive intervention*. **Journal of primary prevention** 13, 2:149-159.



- Sinclair D, Murray L (1998) *Effects of postnatal depression on children adjustment to school*. **British Journal of Psychiatry** 172:58-63.
  
- Son S, Kirchner J (2000) *Depressions in children and adolescents* . **American Academy of family physicians** Nov. 15:2-14.
  
- Stanger C, MacDonald V, McConaughy S.H, Achenbach T (1996) *Predictors of cross informant referred for mental health services*. **Journal of abnormal Child Psychology**, 24,5:597-614.
  
- Teti D, Gelfand D.M (1997) *The preschool assesment of attachment. Construct validity in a sample of depressed and non depressed families*. **Development and psychopathology** 9, 517-536.
  
- Tschann J, kaiser P, Chesney M, Alkon A, Boyce T (1996) *Resilience and vulnerability among preschool chldren: Family functioning temperament and behavior problems* . **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 35,2 :184-192.
  
- Viñas F; Domènech-Llabeira E. (1999) *El concepto de muerte en un grupo de escolares con ideación suicida*. **Revista de psicología general y aplicada** 52 (1), 89-104.
  
- Vitaro, F et al. *Predictive Accuracs of Behavioral and Sociometric Assesments of High-risk kindergarben children* **Journal of Clinical Psychology** (1994) 23, 3: 272-282.
  
- Wellers R, Kapadia P, Weller E, Fristand M, Lazaroff L, Preskorn S (1994) *Psychopathology in families of children with major depressive disorders*. **Journal of affective disorders** 31; 247-252.
  
- Weisman, M; Leckman J; Merikauqas R; Gammon GD; Prussoff, B.A. (1984). *Depression and Auxiety disorders in parent and children*. **Arch. Gen. Psychiatry**, 41 :845-852.
  
- Winters K, Stone a, weintraub S, Neale J. (1981) *Cognitive and attentional deficits in children vulnerable to psychopathology* **Journal of abnormal child psychology**, 9,4: 435-453.

- Zeanah C, Boris N, Scheeringa M (1997) *Psychopathology in infancy*. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**. 38,1:81-99
- Zentall S (1986) *Assessment of emotionally disturbed preschoolers*. **Diagnostique**, 11:154-179.
- Zima B, Wells K, Benjamin B, Duan N (1996). *Mental health problems among homeless mothers. Relationship to service use and child mental health problems*. **Archives of General Psychiatry** 53 : 332-338.

# ANNEXES

