



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

**HABILIDADES INTELECTUALES EN ADOLESCENTES
CON Y SIN DEPRESIÓN MAYOR: UN ESTUDIO
COMPARATIVO**

Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología con mención en Psicología
clínica que presenta la Bachiller:

PAMELA NÚÑEZ DEL PRADO CHAVES

ASESOR: JOSÉ MOGROVEJO

Lima – 2012



AGRADECIMIENTOS

A José Mogrovejo por su orientación en la recta final de la construcción de la investigación. Quiero hacer énfasis en su paciencia y en su excelente humor debido a que gracias a ellos pude terminar este proyecto que parecía eterno.

A Arturo Calderon por todas sus asesorías, sin él y sus ocurrencias estadísticas, no hubiera sido posible elaborar mi tesis. Muchas gracias

A Rafael Gargurevich que me acompañó en la segunda fase de mi tesis. Me ayudó a rehacer mi metodología y desde la primera clase me ayudo a revertir las limitaciones de mi estudio.

A Cecilia Chau, por su asesorarme durante el primer ciclo cuando elaboraba el marco teórico. Se adaptó a mis tiempos y siempre tuvo las correcciones a tiempo

A mi familia porque me apoyó y me motivó en todo lo que hacía. Gracias por festejarme cada uno de mis logros y brindarme todos los recursos para finalizar esta tesis.

A Carla Cabaza y a la Dra. Virginia Garaycochea por ayudarme a conseguir los contactos para mi muestra.

A los psiquiatras del Instituto Nacional del Niño por derivarme pacientes para la aplicación.

Al colegio Reino de los Cielos, quien me abrió sus puertas desde el principio para realizar mis aplicaciones.

A los pacientes con los que trabajé y sus padres que sin conocerme confiaron en mí.

A Alvaro Gastelumendi por ayudarme a realizar las aplicaciones de Wechsler.

Y a Carlos Iberico por sus correcciones y sus constantes bromas.



RESUMEN

Palabras Clave:

Habilidades intelectuales, trastorno depresivo mayor

El Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” reportó en el 2002 que el trastorno mental más frecuente en la adolescencia en la ciudad de Lima es la depresión mayor con un 8.6% de prevalencia. Recientemente, se han realizado diversos estudios alrededor del mundo, con el objetivo de analizar el desempeño de adolescentes y niños con depresión mayor en pruebas que miden habilidades intelectuales, debido a que se ha observado una correlación inversa entre el desempeño en dichas pruebas (bajos puntajes) y la depresión (Mayes & Calhoun, 2004, 2007). Objetivo: realizar una comparación entre los puntajes obtenidos por adolescentes diagnosticados con depresión mayor y adolescentes de un colegio en San Martín de Porres en la Escala Wechsler de Inteligencia para Niños y Adolescentes, Tercera Edición (WISC III). Procedimiento: estudio de corte transversal con un diseño descriptivo comparativo. Muestreo de tipo no probabilístico intencional en 18 adolescentes diagnosticados con depresión mayor y 18 adolescentes sin antecedentes psiquiátricos. Resultados: se encontraron diferencias significativas en el Coeficiente Intelectual total, los cuatro índices, y la mayoría de las pruebas que los componen, con excepción de las sub-pruebas de Información, Comprensión, Completamiento de Figuras y Construcción con Cubos. La principal diferencia se encontró en el Índice de Velocidad de Procesamiento (Me. grupo de estudio: 16.34; Me. grupo de contraste: 24.77).

Abstract

Key words:

Intellectual abilities, mayor depressive disorder

The main mental health research institution in Perú, INSM “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”, reported in 2002 that 8.6% of adolescents in Lima suffer from depression, making it the most prevalent mental disorder among adolescents in the city. In recent years, various studies have been conducted worldwide in order to analyze intellectual abilities in children and adolescents with mayor depression. These studies have used different tests that measure intellectual ability (such as IQ tests), given the fact that an inverse relationship has been observed between intellectual abilities and depression (Mayes and Calhoun, 2004, 2007). Objective: Compare the score of adolescents with mayor depression and a non-clinical sample by using the Wechsler Intelligence Scale

for children and adolescents, third Edition (WISC III). Procedure: Conduct a transversal and descriptive study with accidental non-probabilistic sampling, using 18 patients and 18 non-patients. Results: Significant differences in the total Intellectual Quotient, the four indexes, and the rest of the sub-tests were observed, with the exception of the Information, Comprehension, Picture Completion and Block Design sub-tests. The main difference was found in the PSI (depression group [Me. 16.34] and the non-clinical group [Me. 24.77])



TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	1
Método.....	19
Resultados.....	29
Discusión.....	41
Referencias.....	53
Anexos.....	67
Anexo A: Ficha de Datos.....	69
Anexo B: Inventario de Depresión de Kovacs.....	71
Anexo C: Consentimiento Informado.....	79
Anexo D: Resultados no significativos del estudio.....	81



INTRODUCCIÓN

La depresión mayor es uno de los principales problemas de salud mental en el mundo y específicamente en América Latina (Rodríguez et al. 2007). La Organización mundial de la Salud (2001) señala que la depresión unipolar es la principal causa de años perdidos por discapacidad mundialmente. En el mismo informe esta organización refiere que la depresión en los países en desarrollo constituye el cuarto problema de salud más importante (OMS, 2001). En esta misma línea, Kohn et al. (2005) encontraron que la prevalencia del trastorno depresivo en población general en América Latina y el Caribe es de 8.7% (prevalencia de vida). Asimismo, hallaron que un 4.9% de la muestra había cumplido en el año precedente los criterios diagnósticos de la depresión mayor y que, actualmente, el 4.3% presentaba el trastorno en cuestión (mes precedente).

El último estudio epidemiológico realizado en Lima revela una muy alta prevalencia del trastorno depresivo en la población; el 6.7% de los adultos limeños cumple con los requisitos de tal diagnóstico (Instituto de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo”). En los adolescentes estos porcentajes aumentan significativamente y llegan a un 8.6% en la ciudad de Lima Metropolitana. Por lo tanto, es posible señalar que el trastorno depresivo es el de mayor prevalencia en la adolescencia (Instituto de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”, 2002). Sin embargo, estudios epidemiológicos realizados en las fronteras (Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes) y en la selva peruana (Iquitos, Tarapoto y Pucallpa) muestran una prevalencia menor en población adolescente, es decir de 4.2% y 4.7%, respectivamente (Instituto de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”, 2005 y 2004).

En la actualidad, diversos autores respaldan la existencia de una asociación inversa entre la sintomatología depresiva o un cuadro de depresión mayor y un buen rendimiento académico en el ámbito escolar (Lundy et al., 2010; Polaino-Lorente, 1988; Ward, Sylva & Gresham, 2010; Zychinski & Polo, 2011). En el Perú, a pesar del aumento de tasas de matrícula escolar en los años noventa, tanto en primaria como en secundaria, aún persisten los problemas de bajo desempeño escolar, atraso y deserción. El 18% de adolescentes muestran un bajo desempeño escolar en la ciudad de Lima (Lavado & Gallego, 2005). Las hipótesis respecto de estos porcentajes aumentan anualmente; no obstante, no existen estudios en el país que presenten de manera precisa las causas de dichas cifras.

Por otro lado, investigaciones referidas al estudio de la inteligencia mediante el análisis del coeficiente intelectual han hallado una asociación directa entre las

habilidades intelectuales y la excelencia académica en la escuela, y una relación de carácter inverso con el retraso escolar. La correlación existente entre estas variables implica que un pobre coeficiente intelectual está asociado con un bajo desempeño en el colegio (Glutting, Youngstrom, Ward & Hale, 1997; Lundy et al., 2010; Ward, Sylva & Gresham, 2010, Zychinski & Polo, 2011).

Asimismo, investigadores dedicados al estudio de la depresión como una entidad clínica única y distinta han hallado en pacientes con dicho diagnóstico claras alteraciones en las funciones ejecutivas, entendiendo estas como un amplio rango de procesos cognitivos que abarcan cuatro dominios: volición, planeamiento, acciones dirigidas por objetivos y desempeño efectivo, lo cual podría ser catalogado como un rasgo clave en el reconocimiento y diagnóstico de individuos con trastornos depresivos (Lezak, citado en Favre, Huhes, Emslie, Stavinoha, Kenard & Carmody, 2009; Glaser et al., 2011; Huisman et al., 2010; Ward, Sylva & Gresham, 2010). Las personas con depresión mayor frecuentemente manifiestan problemas serios para prestar atención, concentrarse e iniciar tareas; tales dificultades son consideradas rasgos de las funciones ejecutivas. De la misma manera, se sugiere la existencia de una relación directa entre la depresión mayor y un pobre desempeño en las evaluaciones que miden el Coeficiente Intelectual (Lundy et al., 2010) debido a que un porcentaje importante del puntaje total depende del rendimiento en el área ejecutiva (Favre et al., 2009; Mayes & Calhoun, 2004).

En concordancia con lo mencionado anteriormente, la escala Weschler para Niños y Adolescentes, tercera edición (WISC III), es el instrumento más utilizado para evaluar las habilidades intelectuales (coeficiente intelectual) en niños y adolescentes. Ha sido traducida a distintos idiomas y ha sido validada en diferentes países (Benner, Allor & Moony, 2008; Mayes & Calhoun, 2004). Por otro lado, el WISC III es una de las escalas de inteligencia más completas que se han desarrollado, debido a que tiene una larga historia de elaboración y perfeccionamiento (Kauffman, 1994).

El WISC III es muy útil y apropiado para una serie de fines: la evaluación psico-educacional como parte de la planificación educativa; el diagnóstico de excepcionalidad en los niños de edad escolar y la investigación, debido a que los puntajes de dicha escala correlacionan positivamente con el rendimiento académico (Calhoun y Mayes, 2005). Además, es usado de manera continua en el campo clínico con el objetivo de afinar aun más los diagnósticos dados a los niños y adolescentes con trastornos mentales, ya que mediante su utilización es posible determinar variables cognitivas afectadas, tales como el funcionamiento ejecutivo (organización perceptual y velocidad de procesamiento) entre los diferentes grupos clínicos, tales

como adolescentes y niños diagnosticados con depresión mayor (Wechsler, 1991, 1997 a, b).

De acuerdo a la información presentada anteriormente, resulta relevante realizar estudios relacionados con el trastorno depresivo mayor y su asociación al desempeño en pruebas que miden habilidades intelectuales tales como el WISC III, debido a que no existen numerosas investigaciones psicológicas en la población de niños y adolescentes en el Perú y el mundo (Bragrado, Bersabé y Carrasco, 1999; Instituto de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”, 2002; Polaino-Lorente, 1988 Waslick, Kandel & Kakouros, 2003 y Wicks Nelson & Israel, 1997).

Por estas razones, el objetivo principal que se plantea en el presente trabajo de investigación es determinar si existen diferencias entre adolescentes diagnosticados con depresión y adolescentes sin patología alguna, a través del WISC III. El valor de la investigación radica en poder obtener información importante para complementar la especificidad del diagnóstico de los pacientes adolescentes que acuden a un instituto de salud mental de Lima Metropolitana. Además, dicha investigación abre un nuevo campo para mayores estudios relacionados en la materia. Del mismo modo, también puede ser ampliada con el fin de conocer los efectos y la eficacia del tratamiento en la población.

Para ello, se ha realizado una revisión teórica en la que se aborda, la descripción y las características de la depresión en la adolescencia, así como su epidemiología en el Perú. Asimismo, se realiza una breve revisión de los modelos atóxico (DSM IV-TR; CIE-10) y evolutivo de la depresión, así como también del modelo Cognitivo propuesto por Beck (1967, 1987). Luego, se describen los factores asociados a la depresión durante esta etapa del ciclo vital, específicamente el rendimiento académico. Del mismo modo, se detallan las distintas investigaciones realizadas con el WISC III que utilizan una muestra de adolescentes con depresión mayor, con el objetivo de determinar el perfil de estos en la escala, las diferencias con otros grupos clínicos y con muestras sin diagnóstico psiquiátrico.

Finalmente, se describe la metodología por utilizar para llevar a cabo el estudio propuesto, especificando el tipo de investigación, los participantes, los instrumentos y el procedimiento por realizar.



HABILIDADES INTELECTUALES EN ADOLESCENTES CON Y SIN DEPRESIÓN MAYOR: ESTUDIO COMPARATIVO

Depresión y características de la depresión durante la adolescencia

La depresión ha sido denominada el “resfrío común” de la psicopatología (Gotlib & Hammen, 2002) debido a la extensión de su prevalencia a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud, la depresión es la causa número uno de discapacidad en el mundo; y pronostica que para el año 2020 este será el trastorno más agobiante, en términos de mortalidad y discapacidad (Murray & Lopez, 1996). Asimismo, ha sido estimado que entre el 5% y 25% de la población mundial en algún momento de su vida experimentará un episodio depresivo, y aproximadamente un 15% de personas severamente deprimidas cometerá suicidio (Gotlib & Hammen, 2002).

El trastorno depresivo mayor ocurre aproximadamente en un 8.3% de los niños y adolescentes en el mundo (Favre et al., 2009). Del mismo modo, Kessler, Avenevoli y Merikangas (2001) especifican que la tasa de depresión mayor aumenta de un 20% en niños a un 40% en adolescentes, en la población hospitalizada. En Perú, la prevalencia del trastorno depresivo mayor es aún desconocida, debido a la falta de recursos para realizar estudios a nivel país. Sin embargo, existen investigaciones de carácter epidemiológico en ciudades importantes. Un claro ejemplo es el estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (2002), en el cual se encontró que 8.6% de la población adolescente cumplía los criterios diagnósticos de la depresión mayor. Este estudio precisó que 29.1% de los adolescentes con depresión había presentado deseos suicidas en algún momento de su vida, mientras que el 3.6%, preocupantemente, todavía considera el suicidio como una fuente de solución a sus problemas. Por otro lado, Reátegui y Vargas (2008) realizaron una investigación con niños y adolescentes atendidos en servicios de psiquiatría del instituto de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” durante los años 1992 y 2001, con los que hallaron que la frecuencia de consultas por depresión aumentó de 0.5% a 15.4%. En consecuencia, es necesario subrayar que dichos resultados son acordes a los hallazgos en otros lugares del globo, es decir, la depresión aumenta dramáticamente con la transición de la niñez a la adolescencia, y luego perdura con una alta prevalencia en la adultez (Lundy et al., 2010; Mezulis, Funasaki, Charbonneau & Shibley Hyde, 2009).

Por otro lado, la historia de los trastornos durante la infancia ha sido larga y marcada por los debates entre distintas posturas teóricas. Las actitudes hacia el diagnóstico infantil de trastornos afectivos tales como la depresión oscilaba entre la incredulidad de que estos existieran antes de la adolescencia tardía y la inclusión excesiva de numerosos problemas emocionales y conductuales como reflejo de reacciones depresivas enmascaradas (Polaino-Lorente, 1988).

Descripción clínica de la depresión: modelo ateórico

La depresión en niños y adolescentes actualmente es estudiada por diferentes líneas teóricas. Entre ellas se encuentran las clasificaciones internacionales de trastornos mentales, tales como el CIE-10 y el DSM-IV, las cuales consideran que la depresión en la adultez es equiparable con la depresión en la niñez y en la adolescencia (Waslick et al., 2003). La investigación en el campo de los trastornos del estado de ánimo, desde estas dos perspectivas requería la definición de criterios operativos consensuados. El establecimiento de estos significaba el desarrollo de instrumentos diagnósticos que pudieran ser compartidos por la comunidad científica. Estos criterios fueron definidos entre las décadas setenta y ochenta para los síndromes depresivos en la adultez, y fueron luego aplicados a pacientes más jóvenes, con lo que se encontró de forma consistente que niños y adolescentes presentaban constelaciones similares y concomitantes de síntomas emocionales, cognitivos y conductuales, que eran, para cualquier propósito práctico, difíciles de distinguir de los síndromes depresivos en adultos (Waslick et al., 2003).

A medida que las distintas ediciones del DSM se consolidaron como la referencia diagnóstica principal en la psiquiatría norteamericana, los criterios diagnósticos de los trastornos del estado de ánimo acabaron siendo esencialmente uniformes a lo largo del espectro evolutivo (Waslick, et al., 2003). En la actualidad, se utilizan esencialmente los mismos criterios en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) para diagnosticar un episodio depresivo mayor en niños, adultos y adultos mayores, con dos excepciones. En primera instancia, el estado de ánimo principal ha sido cambiado en niños y adolescentes para permitir la inclusión del síntoma de irritabilidad como equivalente depresivo en jóvenes, mientras que en adultos y adultos mayores la irritabilidad no se considera que pueda contribuir al diagnóstico de depresión (aunque cierta cólera e irritabilidad puedan ser componentes de la manifestación clínica del trastorno en una cierta proporción de adultos con depresión). En segunda instancia, en vez de mantener una adherencia estricta al

criterio de pérdida de peso para niños y adolescentes, y dado que se espera que un niño o adolescente con un desarrollo normal seguirá creciendo a lo largo de la adolescencia, el DSM IV TR especifica que un paciente pediátrico puede presentar el criterio de falta de apetito y alteración del peso por no alcanzar el peso y altura esperados para su edad (Waslick et al., 2003). El resto de criterios operativos de la depresión mayor son idénticos para los adultos, los adolescentes y los niños (Ver tabla 1 y 2). A diferencia del DSM IV TR (APA, 2002), el CIE – 10 (Organización mundial de la Salud, 2007) no reconoce ningún criterio específico en función de la edad. Por otro lado, considera que la pérdida de autoestima es un síntoma separado del criterio de sentimiento inapropiado de inutilidad y culpa excesiva, así como, también, se diferencian en el número de síntomas utilizados para los criterios diagnósticos, por lo menos seis aparte de los síntomas generales (Organización mundial de la Salud, 2007).

Tabla 1: Criterios Diagnósticos para un episodio depresivo mayor
DSM IV – TR y el CIE- 10 (APA, 2002; OMS, 2009)

DSM IV TR	CIE 10
<p>A. Presencia de 5 (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser: 1. Estado de ánimo depresivo o 2. pérdida de interés o de la capacidad de placer. nota: No se incluyen síntomas que son claramente debidos a una enfermedad médica o a las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.</p> <p>1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo que indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (ep. ej. el llanto). En los niños o adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.</p> <p>2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).</p> <p>3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen de disminución o de aumento de peso (p. ej. un cambio de mas del 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.</p> <p>4. Insomnio o hipersomnio casi cada día</p> <p>5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día, (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).</p> <p>6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día</p> <p>7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples auto-reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)</p>	<p>A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas</p> <p>B. El trastorno no es atribuible al abuso de sustancias psicoactivas o a un trastorno orgánico</p> <p>C. Síndrome somático: comúnmente se considera que los síntomas somáticos tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos y endogenomorfos.</p> <p>1. Pérdida importante del interés o de la capacidad para disfrutar actividades que eran normalmente placenteras.</p> <p>2. Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta.</p> <p>3. Despertarse en la mañana mínimo 2 horas antes de la hora habitual.</p> <p>4. Empeoramiento matutino del humor depresivo.</p> <p>5. Presencia de enlentecimiento psicomotor o agitación.</p> <p>6. Pérdida marcada de apetito</p> <p>7. Pérdida de peso, al menos 5% en un mes.</p> <p>8. Notable disminución del apetito sexual.</p>

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Carácter evolutivo de la depresión en la adolescencia

Existe una línea teórica que postula y conceptualiza la depresión infantil desde una perspectiva evolutiva, basándose en estudios epidemiológicos longitudinales sobre el espectro sintomatológico de la psicopatología infantil. Esta concepción de la depresión sostiene que ésta puede aparecer en cualquier momento de la vida, sin embargo, a diferencia de los sistemas de clasificación internacionales, señala que la sintomatología depresiva se dispersa dependiendo de la edad del sujeto (Polaino-Lorente, 1988; Allen-Meares, 1987). Kowatch, Emslie y Kennard (1996) refieren que las clasificaciones propuestas específicamente para los niños y adolescentes describen de manera más adecuada, para este grupo etáreo, las características de esta patología. Este enfoque supone la comprensión de los síntomas depresivos como atípicos, es decir, si los síntomas clínicos de la depresión son comunes a la infancia y a la adolescencia, y remiten con la edad no deberían ser considerados como un síndrome clínico distinto (Polaino-Lorente, 1988). Cantwell (1990) y Del Barrio (2005) señalan que toda conducta infantil y en la adolescencia tiene un carácter evolutivo. Estos autores indican que las diferentes etapas del desarrollo tienen un efecto en la sintomatología depresiva y, por lo tanto, las manifestaciones de la depresión en personas jóvenes son distintas a las de los adultos.

En los adolescentes los síntomas, tanto cognitivos como afectivos, adquieren un carácter crecientemente interiorizado y además se presentan con una frecuencia e intensidad mayores que en otras etapas (Cantwell, 1990; Cuevas & Teva, 2006). Relacionados con estos cambios, encontramos el disgusto con la imagen corporal y

con el desempeño, sentimientos de inferioridad, pesimismo, ideación suicida, el comportamiento aislado, agresivo (desafiante opositor), así como los problemas de anorexia, bulimia e hipersomnia (Cuevas & Teva, 2006; Tomás, Texidó & Gastaminza, 1996).

Desde este modelo, la depresión durante la adolescencia es una entidad de naturaleza compleja por ser polimorfa, florida y frecuentemente comórbida con otros trastornos tanto del eje I como del eje II; por lo tanto, debe ser abordada desde una postura evolutiva multiaxial (Rodríguez, 2000).

Aproximación cognitiva de la depresión

Una tercera línea o modelo teórico que se ha dedicado al estudio de la depresión en adultos, y luego se ha extendido al estudio de ésta en población infantil y adolescente es la aproximación cognitiva conductual.

Lega, Caballo y Ellis (2002) señalan que desde la perspectiva cognitiva la depresión mayor debe ser comprendida como proveniente de la rigidez y exigencia absolutista, característica de un paciente, lo cual, conjugado con una serie de factores situacionales, sesga de modo sustancial la percepción e interpretación de la realidad. Sin embargo, existen otros autores que cuestionan dicha hipótesis, es decir si el factor cognitivo es la "causa" de la depresión, argumentando que dicho trastorno es en realidad poli-dimensional y multifacético (McKnight, Nelson, Hayes & Jarrett, citados en Lega et al., 2002).

Más allá de dicho debate, ningún investigador niega la relevancia de las cogniciones y percepciones en el entendimiento de la depresión (OMS, 2007). Una de las teorías cognitivo conductuales de mayor importancia en la depresión es la propuesta por Beck (1987), quien sostiene que la depresión se puede originar por tres motivos. En primera instancia, la auto-devaluación, desmoralización, auto-ineficacia y la desesperanza inevitablemente llevan a que se produzca un cuadro depresivo. Los pensamientos automáticos caracterizados por la rigidez y una exigencia incondicional derivan en afectos como la tristeza y el desasosiego, lo que genera que los individuos generalicen, magnifiquen e infieran que su importancia en el entorno es pequeña o nula, y, por lo tanto, a que el valor que se atribuyen a sí mismos disminuya considerablemente. En segunda instancia, la depresión, según este autor, no puede ser solamente comprendida a partir de las cogniciones que la persona tiene de sí misma, sino también debe estar acompañada de una visión negativa y percepción de hostilidad en el medio, la cual genera sentimientos de indefensión e impotencia. Finalmente, Beck propone como tercer motivo una visión negativa del futuro que lleva

al individuo a pensar su condición desfavorable como perpetua (Beck; Ellis, citados en Lega et al., 2002).

En la teoría de la depresión de Beck (1967, 1987), los esquemas del *self* maladaptativos, que incluyen actitudes disfuncionales (distorsiones cognitivas), temas de pérdida, inadecuación, fracaso y desvalorización, constituyen una vulnerabilidad cognitiva. Estos esquemas la codificación, comprensión y recuperación de la información. Beck (1967, 1987) respalda la hipótesis de una activación de esquemas y actitudes disfuncionales, mediante la vivencia de un evento de vida estresante, lo que genera cogniciones negativas específicas, las cuales llevan a la elevación de la gravedad de los síntomas depresivos. Finalmente, la depresión aparece como resultado de las inferencias derivadas de cogniciones distorsionadas y los procesos condicionados por los esquemas, mientras que las inferencias que pueden ser catalogadas como no depresivas tienen sus bases en información situacional relevante (Beck, 1987).

Debido a que la teoría de Beck (1967) es una teoría de vulnerabilidad–estrés sin la ocurrencia del último, los individuos que poseen esquemas del *self* depresivos tienen la misma probabilidad de presentar un cuadro de este tipo que los que no poseen dicha clase de esquemas. Beck destaca que éstos se mantienen latentes en los individuos vulnerables a la depresión y son activados por un estresor relevante, que produce un sesgo en el procesamiento de la información. Sin estos eventos de vida considerados estresores, los esquemas del *self* depresógenos se mantienen inactivos (Ladkawalla, Hankin & Mermeltein, 2007).

A partir de las investigaciones y propuestas teóricas de Beck (1967, 1987), otros investigadores han desarrollado nuevos modelos utilizando como base la vulnerabilidad cognitiva (estilos atribucionales negativos y rumiación) propuesta por dicho autor. Un ejemplo, es la teoría cognitiva de diátesis-estrés, la cual propone que aquellos individuos con determinadas tendencias cognitivas interpretarán la ocurrencia de un evento estresor de tal manera que incrementará la posibilidad de desarrollar sintomatología depresiva. Otro modelo reconocido es el modelo de generación de estrés (Hammen; citado por Kercher & Rapee, 2009), en el cual se sugiere que los sujetos en riesgo se comportan de una manera particular, lo cual tiene como consecuencia que formen parte de la causa de la ocurrencia de situaciones estresantes y la sintomatología depresiva incrementa significativamente. El primer modelo explica las razones por las cuales se desarrolla la depresión, mientras el segundo modelo, es eficaz para la comprensión del aumento de sintomatología depresiva y la perpetuación del ciclo (Kercher y Rapee, 2009).

Por otro lado, numerosas investigaciones realizadas sobre la aplicabilidad de la teoría de Beck (1967, 1987) han utilizado muestras compuestas por individuos adultos, sin considerar las diferencias relacionadas con el desarrollo, lo cual dificulta la identificación de factores que configuran la vulnerabilidad a la depresión en la niñez y la adolescencia (Ladkawalla et al., 2007). La extrapolación de dicha teoría a poblaciones más jóvenes podría ser peligrosa, ya que es posible, por ejemplo, que los niños no hayan desarrollado las habilidades cognitivas que se atribuyen a los adultos y que juegan un rol importante en la comprensión de la depresión (Garber, Weiss & Garber, 1993; Rutter, 1987). Del mismo modo, es también probable que la estructura y naturaleza de la depresión difiera en niños y adolescentes, es decir que las consecuencias y/o causas de dicho trastorno sean variables a lo largo de la vida (Weiss & Garber, 2003).

Durante los últimos años, la investigación dedicada al estudio de la aplicabilidad de la teoría de Beck en poblaciones de niños y adolescentes ha sido escasa. Sin embargo, es necesario destacar la existencia de algunos estudios. Un claro ejemplo es la investigación llevada a cabo por Abela y Sullivan (2003), la cual tuvo como objetivo examinar actitudes disfuncionales y estrés en un grupo de adolescentes que cursaban el séptimo grado, analizando los niveles de autoestima (alto y bajo) y el soporte social. Los resultados obtenidos revelaron que las actitudes disfuncionales predecían síntomas depresivos, luego de la ocurrencia de un evento de vida negativo en niños que poseían altos niveles de autoestima y soporte social, a diferencia de aquellos niños con bajos niveles de autoestima y soporte. Las autoras explican dichos resultados sugiriendo que los niños que conformaban el segundo grupo (bajos niveles de autoestima y soporte) tienden a presentar de manera crónica una percepción negativa de sí mismos y de sus relaciones con otros; por lo tanto, la variabilidad de dichas percepciones es muy pequeña a diferencia del primer grupo. Por consiguiente, estos descubrimientos indican un efecto moderado para la interacción de vulnerabilidad-estrés en pre-adolescentes, pero está limitado a individuos con altos niveles de autoestima y soporte social. Lewinsohn et al. (citado en Ladkawalla et al., 2007) realizó un estudio con un grupo de adolescentes con el propósito de examinar el desarrollo de la depresión en un intervalo de un año según la teoría de Beck. No obstante, los análisis realizados indicaron que la interacción entre las actitudes disfuncionales y el estrés era insignificante. Otros estudios realizados con niños y adolescentes sobre distorsiones cognitivas encontraron similitudes entre adultos y el grupo en cuestión, apoyando así, la explicación de la distorsión cognitiva en la

depresión infantil y adolescente. Dentro del mismo contexto, se ha hallado una disminución significativa de autoestima en pacientes adolescentes deprimidos, a diferencia de aquellos que no cuentan con este diagnóstico (Kaslow et al., citado en Figueras, 2006).

Una propuesta de la psicología del desarrollo es que la vulnerabilidad cognitiva explicada por Beck (1967, 1987) para la depresión emerge en la transición de la niñez a la adolescencia, cuando los individuos se inician en razonamiento abstracto y un pensamiento formal operacional (Cole & Turner, Hankin & Abela; citados por Kercher & Rapee, 2009). La evidencia que respalda dicha afirmación está en que existen regiones cerebrales asociadas a determinados procesos cognitivos y a la sintomatología depresiva, las cuales se reforman y maduran durante la adolescencia y producen que este periodo resulte vulnerable a trastornos del estado de ánimo (Glaser et al., 2011).

Factores asociados a la depresión en niños y adolescentes

Hoy en día, la comprensión de la depresión mayor en las distintas cohortes (adultos, adolescentes y niños) se estructura teniendo como base que la formación de dicho trastorno es resultado de una compleja interacción entre distintos factores, los cuales es posible categorizar en personales (endógenos) y ambientales (exógenos). Entre los factores personales está la vulnerabilidad diferencial de los sujetos a desarrollar una depresión, como, por ejemplo, deficiencias en el sistema nervioso, el temperamento y la personalidad, que de alguna manera pueden representar una predisposición a desarrollar diferentes tipos de trastornos. Los factores ambientales incluyen a los diferentes sistemas en los que está inmerso un sujeto, tales como la familia (dinámica familiar, apego, relaciones), el entorno social inmediato (escuela) y el mediato (sociedad y la cultura) (Del Barrio, 2005). Calderón Narváez (1989) enfatiza que, al ser la etiología de la depresión multifactorial, con predominio de algunos agentes predisponentes y determinantes sobre otros según el cuadro, es necesario destacar que el estado constitucional y los factores ambientales deben ser en todos los casos mutuamente complementarios. A continuación dichos factores serán expuestos brevemente.

Factores endógenos o personales:

1. Factores biológicos: Suelen estar relacionados con factores genéticos, neuroendocrinos, el género, los neurotransmisores, etc.

1.1 Genéticos: se ha encontrado que la depresión en los progenitores es un factor de riesgo para el desarrollo de la depresión sumamente relevante (Grillon et al. 2005; Waslick et al. 2003). Calderón Narváez (1989) señala que el riesgo empírico de que un hijo de padre o madre deprimido desarrolle un cuadro semejante es de entre 10 y 15%. Si el afectado fuera no un progenitor sino un hermano de este, el riesgo empírico sería casi de la misma magnitud. Pero, si los dos progenitores fueran ambos diagnosticados con depresión mayor, sus descendientes afrontarían un 50% de posibilidades de padecer el mismo síndrome. Con parientes más lejanos, como tíos, abuelos y primos se ha observado que el riesgo desciende a un 3 o 4%. No obstante, la posibilidad de una herencia directa del trastorno depresivo no resulta una respuesta completa a la raíz del trastorno, ya que es probable que se trate más bien de una transmisión de un terreno más vulnerable. Es preciso considerar que los miembros de una familia están sujetos generalmente a los mismos factores ambientales, los cuales pueden determinar la depresión. Además, la convivencia con una persona deprimida puede originar el mismo cuadro en alguno de sus allegados (Calderón Narváez, 1989). Finalmente, es preciso indicar que aparentemente no solo existe la posibilidad de heredar la depresión, sino también la forma de respuesta al tratamiento. Investigaciones realizadas al respecto parecen demostrar que si un enfermo deprimido responde bien al tratamiento con inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO), o con otras drogas antidepresivas, sus parientes deprimidos también responderán favorablemente al tratamiento con el mismo tipo de medicamento (Calderón Narváez, 1989).

1.2 Neurológicos: las investigaciones realizadas desde una perspectiva neurológica aún no tienen resultados concluyentes; sin embargo, investigadores tales como Birmaher et al. (citado en Del Barrio, 2005) han hallado que la depresión podría estar relacionada con una alteración serotoninérgica. Una investigación más reciente, realizada por Holmes, Bogdan y Pizzadelli (2010), sugiere que la presencia de repeticiones (S corta vs L larga) una tras otra en la región del gen encargado de transportar la serotonina (5-HTTPR) y que una variación funcional de un polimorfismo nucleótido (rs2553) en el 5-HTTPR son factores de riesgo claros para la depresión mayor.

1.3 Género: diversos estudios reportan que el sexo femenino es un factor de riesgo para la patología en cuestión en adolescentes. Autores provenientes de distintos contextos refieren que la mayor incidencia de trastornos depresivos en las mujeres, iniciada la pubertad, puede ser un indicador de que las hormonas

sexuales están asociadas a los cuadros depresivos (Papadakis, Prince, Jones & Strausman, 2006; Angold et al., citado en Waslick et al. 2003). Según Bailey, Zauszniewski, Heinzer y Hermstrom-Krainess (2007), las mujeres adolescentes presentan entre tres y cuatro veces más síntomas que los adolescentes varones. Aunque existe un acuerdo general relacionado con la presencia de numerosos factores que contribuyen a un porcentaje mayor de diagnósticos de depresión mayor en mujeres, la naturaleza de dichos componentes es todavía sujeto de debate. Investigadores indican que rasgos femeninos heredados y aprendidos pueden determinar el desarrollo del trastorno del estado de ánimo en cuestión. Las mujeres tienden a ser más receptivas a las necesidades y sentimientos de otros significativos, lo cual tiene como consecuencia que exista mayor dependencia de retroalimentación externa.

Mezulis et al. (2009) señala que es posible que las diferencias de género en la depresión estén en la transición de la niñez a la adolescencia debido a que se presumen un cambio en los estilos cognitivos negativos y a la emergencia del estrés. Diferentes estudios han demostrado que niños menores de 11 años no muestran diferencias de género en los estilos cognitivos y atribucionales. Sin embargo, la investigación en adolescentes ha sido inconsistente. Algunos investigadores reportan que no existe diferencia de género, mientras otros tales como Lewinsohn (citado por Mezulis, Funaski, Charbonneau & Hide; 2009) señalan que las chicas de 15 años o más muestran en mayor cantidad estilo cognitivo negativo. Hankin y Abramson (citados por Mezulis et al, 2009) encontraron mayor cantidad de estilo cognitivo negativo en adolescentes mujeres, lo cual mediaba las diferencias de género en la sintomatología depresiva.

2. Factores psicológicos: los autores reportan como factores de riesgo psicológicos la personalidad, el temperamento, otros trastornos y determinados aspectos cognitivos, los cuales han sido mencionados anteriormente (Calderón-Narvaéz, 1989).

2.1 Personalidad: Flett, Krame y Vredenbug (2009) indican que algunos rasgos de personalidad pueden ser particularmente susceptibles a desarrollar un estado depresivo, mientras otros lo son menos. Un ejemplo claro de esta afirmación es el hallazgo realizado por Kelvin (citado en Del Barrio, 2005) quien concluye que los sujetos que puntúan alto en el factor temperamental "emocionabilidad" (intensidad de respuesta) presentan una proporción significativamente más alta en trastornos distímicos. Asimismo, Goodyer, Sabih,

Altham y Vize (1993) han encontrado relación entre depresión y “emocionabilidad negativa” en adolescentes mujeres. Con respecto a la personalidad, Fisher (citado en Del Barrio 2005), siguiendo la misma línea de Eysenk, realizó un estudio utilizando los Cinco Factores de la Personalidad, Big Five, con una muestra de adolescentes y niños, y halló que la sintomatología depresiva correlacionaba negativamente con control emocional y extraversión. McCann (2010) realizó un estudio con el objetivo de hallar cuáles de los 5 factores podrían estar relacionados con el riesgo suicida, siendo este uno de los síntomas más graves de la depresión. Este autor, mediante un análisis de regresión múltiple, halló que el factor Neuroticismo predecía el riesgo suicida en un 32%, mientras que el factor Amabilidad lo predecía en un 16.3%.

2.2 Comorbilidad: existen correlaciones sumamente altas entre el trastorno depresivo y otros trastornos, tales como otros trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastorno oposicionista desafiante, el consumo de alcohol y drogas (Kashani et al., citados en Del Barrio, 2005).

Factores ambientales o exógenos

1. Familia: para los adolescentes uno de los factores ambientales de mayor relevancia es la familia

nuclear, ya que se comporta como una placenta social que condiciona y mediatiza la mayor parte de los aprendizajes de un ser humano en desarrollo. La frecuencia de las relaciones negativas entre padres e hijos tiende a aumentar a medida que los niños se van acercando a la adolescencia, lo cual ha sido relacionado con los desencadenantes y el curso de la depresión (Del Barrio, 2005). Hammen et al. (citado en Waslick et al., 2003) indican que el incremento de conflictos familiares es una de las causas relacionadas con la depresión en jóvenes. La irritabilidad en niños puede conducir a frecuentes interacciones insatisfactorias y frustrantes con padres y hermanos.

2. Escuela: la escuela es un ámbito que influye poderosamente sobre el comportamiento depresivo durante la adolescencia (Polaino-Lorente, 1987). Ésta representa un espacio en el que el niño despliega sus competencias a nivel intelectual y social, las cuales lo pueden predisponer a una depresión (Del Barrio, 2005). Según Waslick et al. (2003), el bajo rendimiento académico, los problemas de ausentismo y el fracaso escolar son problemas relacionados con la depresión en niños y adolescentes. No obstante, sigue existiendo controversia con respecto a si los problemas académicos preceden o son consecuencia de la depresión ya que los síntomas

cognitivos de esta patología obstaculizan el mantenimiento de un adecuado nivel académico. Mokros, Poznansk y Mericki (1989), en un artículo académico, comentan que un problema en el diagnóstico de la depresión es que muchas veces se confunde con dificultades de aprendizaje, siendo en realidad este problema una manifestación sintomatológica del trastorno depresivo y no un diagnóstico en sí. Preiss y Franova (2006), en una investigación, analizaron la relación entre la sintomatología depresiva, medida a través del CDI de Kovacs, las habilidades intelectuales con la Escala Wechsler de Inteligencia para niños y adolescentes, y el rendimiento académico utilizando el promedio de escolar anual. Estos autores hallaron una relación directa entre el desempeño escolar y los síntomas de la depresión en ambos sexos. No obstante, solo se encontró una relación directa entre las tres variables en hombres, mientras que en las mujeres sólo se observó asociación entre el rendimiento académico y la sintomatología depresiva (Preiss y Franova, 2006). Asimismo, Callicoatte (2009) realizó una investigación con el propósito de comprender las diferencias de género en conexión con el rendimiento académico y la salud mental. Obtuvo resultados distintos a los encontrados por Preiss y Franova (2006). Dicha autora halló que el rendimiento académico y la depresión correlacionaban negativamente en adolescentes mujeres; sin embargo, dicha correlación desaparecía en adolescentes varones.

Según Polaino-Lorente(1987), la disminución del rendimiento escolar es una de las primeras señales de un cuadro depresivo en la adolescencia. El descenso del nivel de aspiraciones en el adolescente supone un debilitamiento de su motivación para el trabajo y, con él, cierto desvalimiento frente a la situación, lo que genera incapacidad para afrontar adecuadamente las tareas que impone el medio escolar. Así, lo que inicialmente fue un fracaso escolar ocasional o transitorio se torna en un hábito comportamental (Ward, Sylva & Gresham, 2010, Lundy et al., 2010).

Los adolescentes con depresión, frecuentemente, presentan dificultades en la interacción y en la solución de problemas sociales, lo cual puede originar mayor rechazo y una percepción de poca competencia por su entorno (Waslick et al., 2003).

Habilidades Intelectuales en niños y adolescentes con depresión mayor

Una práctica sumamente popular entre psicólogos clínicos, educacionales y neuro-psicólogos es el análisis de perfiles en pruebas que miden inteligencia (Anastasi & Urbina, 1998; Fiorello, Hale, McGrat & Quinn, 2002). Sin embargo, actualmente

existe gran controversia con respecto a la validez de su utilización. La literatura está atestada de múltiples posturas relacionadas con el análisis de perfiles. Algunos clínicos e investigadores sostienen que solo el Coeficiente Intelectual General de la escala total (estimación del factor "g") es significativo, y se oponen a la interpretación y análisis de los factores y de las sub-pruebas que los componen (Mayes & Calhoun, 2004). Otros argumentan que los factores o también llamados índices son significativos, ya que tienen una confiabilidad adecuada y, por lo tanto, pueden ser utilizados en el análisis de perfiles, siempre y cuando la información sea corroborada con otras fuentes (Donders, 1996; Glutting, McDermott, Prifiteri & Mcgrath, 1994; Glutting, Youngstrom, Ward, Ward & Hale, 1997). Asimismo, existe otro grupo de investigadores y psicólogos que opina que el análisis y la interpretación de perfiles a nivel de las sub-pruebas, es de suma utilidad para la comprensión de las fortalezas y debilidades en los niños (Mayes & Calhoun, 2004, Mayes & Calhoun 2007; Kaufman, 1994; Satler 2002). Por otro lado, la interpretación de éstas produce información específica, que suele perderse cuando los análisis solo están basados en los puntajes de los factores o índices (Calhoun & Dickerson, 2005).

Una prueba utilizada frecuentemente con el propósito de analizar perfiles de diferentes grupos de individuos es el WISC- III, debido al grado de especificidad (Confiabilidad y Sensibilidad) de las sub-pruebas que lo componen, lo cual justifica su análisis (Kauffman, 1994, Sattler, 2002).

El análisis de perfiles con el WISC – R y el WISC - III es una práctica habitual para la evaluación de habilidades intelectuales y diagnóstico de niños con trastornos mentales, en ámbitos clínicos y educacionales. Dicha práctica se apoya sobre las evidencias empíricas y teóricas que respaldan la existencia de diferencias significativas entre grupos diagnósticos (Calhoun & Dickerson, 2004). Un ejemplo es la investigación realizada por Lufi, Cohen y Parish-Plass (1990), en la cual se encontró diferencias significativas a nivel del desempeño en el WISC III, en distintos grupos diagnósticos (déficit de atención e hiperactividad y perturbaciones emocionales). También se ha logrado determinar características en el rendimiento con esta misma prueba en niños con autismo, esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo y otros trastornos clínicos, con lo que se logró la creación de perfiles intelectuales clínicos (Mayes & Calhoun, 2004).

El WISC III está actualmente compuesto por cuatro factores: Comprensión Verbal, Organización Perceptual, Ausencia de Distractibilidad y Velocidad de Procesamiento. Este último factor es un índice completamente nuevo en el WISC, ya que nunca había aparecido en versiones anteriores. En la estandarización del WISC–

III, fue este factor, el índice de velocidad de procesamiento, el que tuvo la correlación más pequeña con el Coeficiente Intelectual total (0.58) cuando se realiza una comparación con los otros tres factores, lo cual indica que este índice o factor tiene mayor independencia que otros índices con respecto al Coeficiente Intelectual Total. Por esta razón, Mayes y Calhoun (2007) infieren que es posible que este factor tenga un importante significado clínico en casos individuales y en grupos diagnósticos.

La velocidad de procesamiento de información es una variable que, según numerosos estudios, está íntimamente relacionada con el Coeficiente Intelectual y el logro académico. Mayes y Calhoun (2004, 2007) enfatizan los problemas relacionados con el ritmo de aprendizaje, las dificultades en la comprensión de nueva información y un pobre rendimiento académico en estudiantes con una pobre velocidad de procesamiento. Por otro lado, Benner, Allor y Moony (2008) señalan que una adecuada velocidad de procesamiento genera que los estudiantes se desempeñen con facilidad en tareas básicas como leer y realizar operaciones matemáticas sin hacer un esfuerzo consciente. El poder realizar dichas tareas lleva a que el estudiante pueda luego focalizarse con mayor atención en tareas mucho más complejas, tales como la comprensión lectora y la resolución de problemas matemáticos.

Uno de los grupos diagnósticos con el cual se ha trabajado arduamente en el análisis de perfiles es la depresión mayor, debido a sus características y su efecto en la capacidad cognitiva de los individuos. Mayes y Calhoun (2007) han realizado diversos estudios a lo largo de los últimos años con el objetivo de determinar si la escala en cuestión puede ser utilizada como herramienta diagnóstica. En la investigación realizada en el año 2004, en la cual utilizaron población clínica compuesta por niños y adolescentes de entre 6 y 16 años con un Coeficiente Intelectual mayor a 80, se encontró que era posible diferenciar a través del WISC III a niños con trastornos neurobiológicos (Déficit de Atención e Hiperactividad, Déficit de Atención, Problemas de Aprendizaje, Autismo y Trastorno Bipolar) y niños con trastornos como Depresión, Trastorno Oposicionista Desafiante y Trastornos de Ansiedad. Los primeros tendían a obtener bajos puntajes en los índices de Velocidad de Procesamiento y Ausencia de Distractibilidad, mientras que los segundos mostraban un adecuado desempeño en cada de la sub-pruebas que componen los cuatro factores. No obstante, dicha investigación tenía como limitación el número de muestra utilizado en el grupo de niños diagnosticados con depresión mayor, generando que los resultados relacionados a este grupo diagnóstico no fueran del todo fiables.

En el 2005, estas mismas autoras realizaron una investigación, siguiendo la misma línea del año anterior, pero tomando en consideración el número de muestra utilizado en cada uno de los grupos diagnósticos. Los resultados obtenidos fueron sorprendentes debido a que el grupo diagnóstico compuesto por niños con depresión mayor mostró un bajo rendimiento en el índice de Velocidad de procesamiento, a diferencia de los índices restantes, siendo la diferencia entre éstos significativa. En este estudio se encontró que midiendo la velocidad de procesamiento en población clínica, se podía diferenciar la depresión y los trastornos neurológicos, tales como el autismo, déficit de atención con/sin hiperactividad y el trastorno bipolar, de trastornos tales como el trastorno oposicionista desafiante y los trastornos de ansiedad Calhoun y Mayes, 2005).

Favre et al. (2009) realizaron una investigación con el objetivo de examinar el funcionamiento neuro-cognitivo, enfatizando las funciones ejecutivas. La muestra para dicho estudio estuvo compuesta por 63 niños y adolescentes de 8 a 17 años, 39 diagnosticados con el trastorno depresivo mayor y 24 niños saludables pertenecientes al grupo control. El WISC III, junto con otras pruebas que miden el funcionamiento cognitivo como Winsconsin Card Sorting Task, Trail Making Test, Controlled Oral Word Association Test y el Test de Stroop, fueron administrados. Los perfiles neuro-cognitivos del grupo experimental (niños diagnosticados con depresión mayor) no difirieron de los del grupo control, al igual que sus puntajes en las pruebas intelectuales y aquellas que evalúan el funcionamiento cognitivo. Pero es importante mencionar que sí se encontró una diferencia significativa en la velocidad de procesamiento mental. Aquellos niños y adolescentes pertenecientes al grupo experimental mostraron una velocidad de procesamiento mental menor que los del grupo control.

Los resultados obtenidos en las investigaciones mencionadas anteriormente (Calhoun & Mayes, 2005; Favre et al., 2009) son acordes a las características (sintomatología) y a los factores asociados al trastorno depresivo mayor, tales como el enlentecimiento psicomotor, disminución de la capacidad de concentración y pobre rendimiento escolar presentados anteriormente.

La relevancia de llevar a cabo investigaciones relacionadas con la Depresión Mayor en población adolescente radica en la prevalencia de este trastorno, mencionada anteriormente, y en las consecuencias negativas que trae a nivel individual y a nivel social.

La adolescencia es un periodo complejo y está caracterizado por ser un espacio de transición de la niñez a la adultez, en el cual se dan múltiples cambios. Durante esta etapa, el sujeto tiene como tarea lograr su autonomía y alcanzar un sentido de identidad en los diferentes ámbitos de su vida, lo cual en ocasiones ocasiona que el adolescente experimente gran angustia (Shaffer, 2007). Es importante mencionar que, a veces, ciertos signos o sintomatología depresiva, que sin ser por sí misma patológica pasa inadvertida por los adultos por motivos tales como el desconocimiento, generando repercusiones significativas en la calidad de vida del sujeto (Instituto de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”, 2002).

Algunos de los problemas concomitantes al trastorno depresivo mayor en niños y adolescentes están asociados al ámbito académico. Es decir, el bajo rendimiento académico, el ausentismo y el fracaso escolar son comunes en niños con dicho trastorno (Ward, Sylva y Gresham, 2010; Waslick et al, 2003). Es posible que los componentes cognitivos de los síndromes depresivos (disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, indecisión, anhedonia y letargo) obstaculicen el mantenimiento de un nivel académico premórbido. Actualmente no se sabe si el inicio de los síntomas depresivos precede a los problemas académicos o si es la inversa. Lo que sí es claro es que el trastorno depresivo mayor está relacionado con problemas en dicha área (Lundy et al., 2010; Günther et al, 2004; Hammen & cols., citado en Waslick et al., 2003; Zychinski & Polo, 2011).

En la misma línea, la escala Weschler para Niños y Adolescentes, tercera edición (WISC III), es el instrumento más utilizado para evaluar las habilidades intelectuales en niños y adolescentes. Además, es usada con gran frecuencia en el campo clínico con el objetivo de afinar aun más los diagnósticos dados a los niños y adolescentes con trastornos mentales. Dicha escala evalúa una amplia variedad de funciones cognitivas; por lo tanto, es sumamente útil para definir las diferentes áreas problemáticas en el niño con alto grado de especificidad y para predecir el rendimiento académico de este (Mayes y Calhoun, 2007). Actualmente se ha encontrado una alta correlación entre el WISC III y el WIAT (Wechler Individual Achievement Test). El WIAT es una prueba que mide el logro académico en niños y adolescentes (Calhoun y Dickerson, 2005; Freberg, Vandiver; Watkins & Canivez, 2008); a través de esta, es posible conocer las fortalezas y debilidades del niño o adolescente (Calhoun & Mayes, 2005; Benner, Allor & Moony, 2008).

Estudios realizados con el WISC III han demostrado que es posible determinar de manera consistente perfiles con dicha escala en algunos grupos clínicos, tales como niños y adolescentes diagnosticados con Depresión Mayor (Calhoun &

Dickerson, 2004, 2005, 2007). En diversas investigaciones, se ha hallado que los niños y adolescentes con Depresión Mayor tienden a obtener puntajes más bajos en el Índice de Velocidad de Procesamiento, a diferencia de adolescentes sin patología alguna (Calhoun & Dickerson, 2005; Favre, Hughes, Emslie, Atvinoha, Kennard & Carmody, 2009; Benner, Allor & Moony 2008)

Finalmente, el valor de la investigación reside en poder obtener información importante para complementar el diagnóstico de los pacientes adolescentes que acuden a un instituto de salud mental de Lima Metropolitana. Conociendo el desempeño de estos en una prueba de inteligencia como el WISC-III y el nivel de sintomatología que presentan (leve o grave), se podrá contribuir a la línea base con el fin de establecer objetivos de tratamiento de manera adecuada. Por otro lado, dicha investigación colabora con la creación de nueva información que resultará útil para futuros estudios relacionados en la materia. Asimismo, también puede ser ampliada con el fin de conocer los efectos y la eficacia del tratamiento en la población, así como también puede ser útil para la creación de programas de prevención para el trastorno en cuestión.

Por lo tanto, la pregunta de investigación para el presente estudio es la siguiente:

¿cuáles son las diferencias en las habilidades intelectuales en un grupo de adolescentes diagnosticados con depresión mayor comparados con un grupo de adolescentes de un colegio en San Martín de Porres, según la Escala Weschler de Inteligencia para niños y adolescentes, tercera edición (WISC – III)?

Por ello, se proponen los siguientes objetivos:

OBJETIVOS

1. Comparar los puntajes obtenidos por el grupo compuesto por adolescentes con depresión mayor, con los del grupo de adolescentes de un colegio en San Martín de Porres, en la Escala Weschler de Inteligencia para niños y adolescentes.
2. Comparar los puntajes obtenidos en la Escala Weschler de Inteligencia para niños y adolescentes, Tercera Edición, según variables socio-demográficas (edad, sexo, estructura familiar) en adolescentes de entre

11 y 15 años en el grupo de adolescentes con depresión mayor, y en el grupo de adolescentes de un colegio en San Martín de Porres.



MÉTODO

Tipo de investigación

La presente investigación es de naturaleza descriptiva comparativa, debido a que tiene como objetivo recoger y detallar información acerca de las diferencias existentes en habilidades intelectuales entre un grupo de adolescentes diagnosticados con depresión mayor y un grupo de adolescentes de un colegio particular en el distrito de San Martín de Porres, según la Escala Wechsler de inteligencia, Tercera Edición (Hernández, Fernández & Baptista, 2000).

En esta investigación, no es posible controlar o manipular las variables de estudio ni asignar aleatoriamente a los participantes; por lo tanto, se trata de un diseño no experimental. Asimismo, es también transversal o transeccional, porque la recolección de información se da en un momento único (Hernández, et al., 2000).

Participantes

La población comprende a todos aquellos individuos entre 10 y 16 años de edad que son atendidos en un Centro de Salud Mental de Lima Metropolitana, y presentan como primer diagnóstico Depresión Mayor según el CIE – 10 y/o DSM IV-TR (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2007; American Psychiatric Association (APA), 2002).

En este estudio, el muestreo fue de tipo no probabilístico accidental, pues los adolescentes seleccionados fueron participantes voluntarios con las características de la población a estudiar (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

Un primer criterio de inclusión fue el diagnóstico y los resultados del paciente en el Inventario de Depresión de Kovacs (Kovacs, 2004). Los participantes debían tener como primer diagnóstico un trastorno depresivo mayor (F32) aunado a la presencia de sintomatología leve o grave según el inventario antes mencionado. En segundo lugar, los participantes debían tener entre 10 y 16 años de edad, ello con el fin de minimizar los efectos del tiempo del trastorno sobre los resultados. En tal sentido se consideró a los pacientes que tengan un máximo de 4 años con el trastorno, lo cual permitió mayor homogeneidad en la muestra. Asimismo, se escogió dicho rango de edad debido a que la pubertad y la adolescencia son periodos de transición y pueden generar mayor vulnerabilidad a desarrollar distintos trastornos, tales como la depresión (Instituto de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”, 2002). Además, durante estos periodos, el desarrollo de patologías puede afectar el rendimiento académico o viceversa (Waslick et al., 2003). En tercer lugar, solo se incluyó en la muestra a los pacientes que ingresaron al instituto durante los últimos 2 años (julio del 2008-

diciembre del 2010), con el objetivo de disminuir el error producido por los efectos del tratamiento. Por tal motivo, se procuró incluir en la muestra a aquellos pacientes que tengan un menor tiempo de tratamiento, es decir pacientes nuevos o re-ingresantes.

En la participación del estudio se excluyó a niños y adolescentes con retardo mental, déficit de atención y/o hiperactividad, psicosis y del espectro autista. Finalmente, aquellos niños que mostraron una comprensión lectora menor al nivel esperado en cuarto de primaria no pudieron formar parte de esta investigación.

Se utilizó una muestra conformada por 18 adolescentes diagnosticados por el médico tratante con un trastorno depresivo y que presentaban sintomatología depresiva leve o grave, según el Inventario de Depresión de Kovacs (Kovacs, 2004). Sus edades fluctuaron entre los 10 y 16 años ($Me=15$; $Ds=1.92$), vivían en diferentes distritos de Lima Metropolitana y la mayoría cursaba estudios secundarios. Asimismo, el inicio del diagnóstico de depresión oscilaba entre 3 meses y 2 años atrás. Un 66.7% estaba actualmente tomando medicación (Sertralina, Fluoxetina, Clonazepan y Risperidona), mientras un 33.3% no lo hacía. Ninguno de los participantes asistía a terapia.

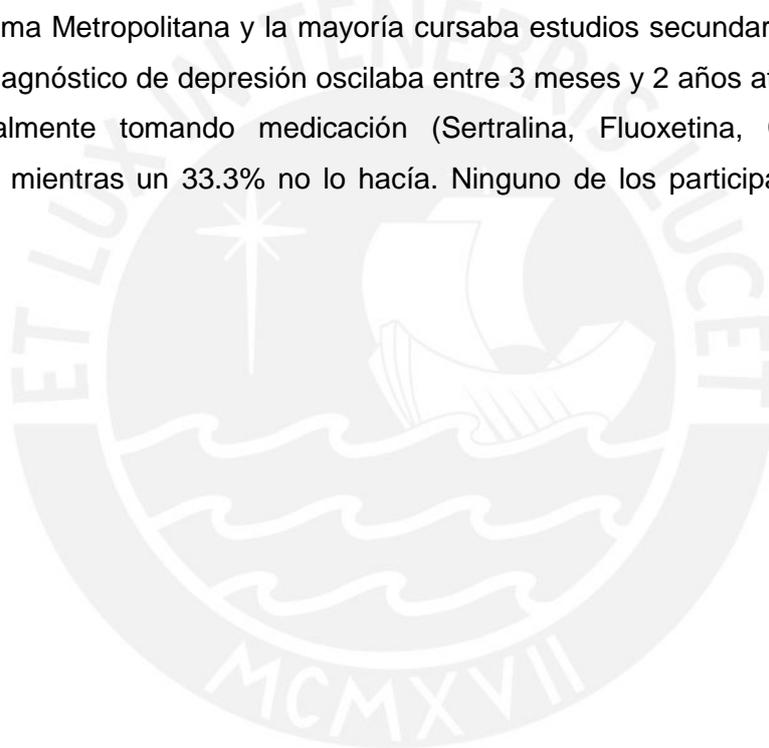


Tabla 2
Distribución de la muestra del grupo de estudio según variables sociodemográficas y clínicas

Variable	F	%	Variable	F	%
Sexo			Diagnóstico		
Hombre	9	50	Episodio Depresivo leve	13	72.2
Mujer	9	50	Episodio Depresivo grave	4	22.2
Edad			Trastorno depresivo recurrente	1	5.6
10 años	2	11.1	Medicación		
11 años	1	5.6	Si toman	12	66.7
12 años	1	5.6	No toman	6	33.3
13 años	2	11.1	Tipo de medicación		
14 años	2	11.1	Ninguna	6	33.3
15 años	8	44.4	Sertralina	5	27.8
16 años	2	11.1	Fluoxetina	2	11.1
Grado de instrucción			Sertralina, clonazepan Risperidona	3	16.7
Primaria	4	22.2	Sertralina y Risperidona	2	11.1
Secundaria	14	77.8	Comorbilidad		
Composición Familiar			Ninguno	13	72.2
Monoparental	10	55.6	Abuso Sexual	2	11.1
Biparental	8	44.4	Actos e ideas obsesivas mixtas	1	5.6
			Trastorno opocionista Desafiante	1	5.6
			Hipomanía	1	5.6

n = 18

El grupo de contraste estuvo conformado por 18 adolescentes con características socio-demográficas similares al grupo de estudio. Los niños y adolescentes de este grupo no tenían antecedentes de atención psiquiátrica ni indicadores de presencia de sintomatología depresiva a través del Inventario de Depresión de Kovacs (Kovacs, 2004).

Tabla 3

Distribución de la muestra del grupo de contraste según variables sociodemográficas

Variable	F	%	Variable	F	%
Sexo			Grado de instrucción		
Hombre	12	66.7	Primaria	2	11.1
Mujer	6	33.3	Secundaria	16	88.9
Edad			Composición Familiar		
10 años	1	5.6	Monoparental	5	27.8
11 años	2	11.1	Biparental	13	72.2
12 años	2	11.1	Distrito de residencia		
13 años	8	44.4	San Martín de Porres	16	88.9
14 años	4	22.2	Otros	2	11.1
15 años	1	5.6			

$n = 18$

Medición e instrumentos

Ficha de Datos Socio-Demográficos

Este documento forma parte de la historia clínica del paciente, la cual fue recuperada del instituto donde se llevó a cabo el estudio, e incluye los datos de filiación del paciente, de los cuales, para fines de esta investigación, se tomaron los siguientes: edad, procedencia y escolaridad.

Formato de Evaluación Inicial Abreviado (FEIA)

Este documento también es parte de la historia clínica, y contiene información relevante para la descripción de la muestra del presente estudio en términos de: diagnóstico de los pacientes, tiempo de enfermedad, tipos de tratamiento recibidos actualmente y medicación actual, así como tratamientos y otros diagnósticos recibidos anteriormente. Este formato es llenado por profesionales entrenados (psiquiatras y residentes) en una primera entrevista en la que se recoge el motivo de consulta.

Ficha de Datos

Ficha construida con el objetivo de recolectar datos sociodemográficos y clínicos para la descripción de la muestra correspondiente al grupo de contraste y del trastorno en cuestión, como edad, sexo, grado de instrucción, distrito de residencia, composición familiar, tiempo de enfermedad, medicación actual y la fecha de inicio de la toma de la

misma, asistencia a terapia y frecuencia con la que se asiste a esta y, en último lugar, la presencia de un trastorno psicopatológico en algún miembro de la familia (Ver Anexo A).

Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI) (Kovacs, 2004)

Es un instrumento diseñado para identificar niños y adolescentes con alteraciones afectivas, y la edad de aplicación es de 8 a 17 años. Consta de 27 ítems, cada uno de ellos enunciados en tres frases que recogen la intensidad del síntoma o frecuencia de su presencia en el niño o adolescente. El evaluado debe señalar una de las tres alternativas que mejor describa su situación en las dos últimas semanas. De las tres posibles elecciones (ver anexo B):

1. en una se refleja la normalidad (corresponde a las más baja frecuencia o intensidad del síntoma, puntaje = 0),
2. en otra, la severidad del síntoma (corresponde a la frecuencia o intensidad media del síntoma, puntaje = 1)
3. en la tercera, la enfermedad clínicamente más significativa (corresponde a la mayor frecuencia o intensidad del síntoma, puntaje =2)

El Inventario de Depresión Infantil (CDI) ha sido diseñado para medir sintomatología depresiva en niños y adolescentes. El contenido de los ítems que componen la prueba cubre la mayor parte de los criterios utilizados para el diagnóstico de la depresión infantil (Ramirez, 2009). El resultado de la prueba permite obtener datos (percentiles) acerca del nivel de la depresión total y de dos escalas adicionales: Disforia y Autoestima Negativa (Kovacs, 2004). La prueba puede ser aplicada individual o colectivamente. Se recomienda la aplicación individual en niños pequeños y en población clínica.

El CDI fue validado por Reátegui en 1994 en población limeña con una muestra conformada por 685 sujetos, divididos en varios sub-grupos: una muestra de escolares sin problemas entre 8 y 14 años, dividida en 3 grupos según nivel socioeconómico ($n = 570$) y un grupo de 56 niños escolares con problemas de aprendizaje. La muestra clínica estuvo conformada por 62 niños, entre 7 y 15 años. Reátegui encuentra en su estudio una alta consistencia interna ($\alpha = 0.81$), y obtiene similar consistencia en los resultados de la población de escolares ($\alpha = 0.80$) y en la población clínica ($\alpha = 0.77$).

Por otro lado, para hallar la validez de criterio concurrente, Reátegui utilizó el método test-retest, y encontró que el CDI presenta estabilidad temporal altamente significativa en escolares, la cual fue de 0.84 ($p > 0.0001$) con un intervalo de tiempo de 4 semanas, y de 0.64, con un intervalo de 9 semanas. Asimismo, la autora de la

validación, para reafirmar la validez de criterio concurrente, utilizó el diagnóstico de depresión como criterio, y encontró que el CDI puede discriminar claramente entre el grupo depresivo y los grupos escolares; por lo tanto, está demostrado que el instrumento mide específicamente la entidad depresiva. La muestra escolar presentó un coeficiente de correlación que variaba de 0.19 a 0.53, mientras que, en la muestra clínica, este variaba entre 0.04 a 0.55. Reátegui (citado por Ramirez, 2009), en relación con la validez de constructo convergente, encontró asociación de la sintomatología depresiva con los siguientes constructos: (a) Autoconcepto, medido con la escala de Daniels-Piers, con el cual obtuvo una relación inversa altamente significativa (0.70); (b) Inestabilidad emocional, medida con el Inventario de Personalidad de Eynsenk para Niños (IPE-N), con el cual obtuvo una correlación de -0.33; (c) Introversión, medida con IPE-N, con el cual obtuvo una correlación positiva considerable de 0.77; y, por último, (d) Bajo rendimiento escolar, para el que encontró cierta relación con las notas escolares bajas de -0.22 (p menor 0.01). Finalmente, la autora, con el objetivo de hallar la validez de constructo del inventario, usó un análisis factorial. En primer lugar, realizó un análisis factorial confirmatorio, donde encontró 7 factores para la muestra de los casos clínico y 8 factores para la muestra de escolares, con varianzas por encima del 50%.

Escala Wechsler de Inteligencia para Niños y Adolescentes, Tercera Edición WISC III (1991/1997):

Es la tercera edición del Test de inteligencia para niños de Wechsler. Este es un instrumento clínico de administración individual para evaluar la capacidad intelectual de niños de 6 años a 16 años y 11 meses de edad. El WISC-III contiene varias sub-pruebas, cada una de las cuales evalúa un aspecto distinto de la capacidad intelectual; sin embargo, el conjunto de las sub-pruebas no abarca el conjunto de las facetas posibles de inteligencia. Dicha escala consta de 13 sub-pruebas, de las cuales 6 son verbales y 7 de ejecución. Las sub-pruebas verbales son Información (27 ítems), Analogías (18 ítems), Aritmética (23 ítems), Vocabulario (26 ítems), Comprensión (17 ítems) y Retención de Dígitos (7 ítems de orden directo y 7 ítems de orden inverso). Las correspondientes a la Escala de Ejecución son Completamiento de Figuras (27 ítems), Ordenamiento de Historias (13 ítems), Construcción de Cubos (12 ítems), Ensamblaje de Objetos (5 ítems), Claves (59 ítems en la parte A para niños de 6-7 años y 119 ítems en la parte B para niños de 8-16 años), Laberintos (5 ítems) y Búsqueda de Símbolos (45 ítems en la parte A para niños 6-7 años y 45 ítems en la parte B para niños de 8-16 años).

Este instrumento arroja tres puntajes de Coeficiente Intelectual: uno Total (C.I. Total), uno de la Escala Verbal (C.I. Verbal) y uno de la Escala Ejecutiva (C.I. Ejecutivo). Asimismo, arroja también puntajes para cuatro factores. El primer factor comprende las sub-pruebas de Información, Analogías, Vocabulario y Comprensión, y es denominado Comprensión Verbal (ICV). El segundo factor incluye las sub-pruebas de Completamiento de Figuras, Ordenamiento de Historias, Construcción con Cubos y Ensamblaje de Objetos, y es denominado Organización Perceptual (IOP). El tercer factor se denomina Ausencia de Distractibilidad (IAD) y está compuesto por las sub-pruebas de Aritmética y Retención de dígitos. Finalmente, el último y cuarto factor está conformado por Claves y Búsqueda de Símbolos, y se denomina Velocidad de Procesamiento (IVP). Las sub-pruebas de Retención de Dígitos, Laberintos y Búsqueda de Símbolos se consideran complementarias y opcionales, y no se utilizan para el cálculo del C.I. Sin embargo, se recomienda su utilización para lograr un estudio más completo de la capacidad del niño. La sub-prueba de Retención de Dígitos puede reemplazar a una sub-prueba Verbal, a la sub-prueba de Laberintos o a una Ejecutiva, si alguna de ellas resulta invalidada o no puede ser administrada. Búsqueda de Símbolos solo puede reemplazar a Claves (Wechsler, citado en Ramirez & Rosas, 2010).

La estandarización del WISC III se realizó en Estados Unidos con una muestra de 2200 estudiantes de 6 a 16 años 11 meses. La confiabilidad fue evaluada a través de la bipartición de la sub-prueba para la muestra total y para cada rango de edad, con excepción de dos sub-pruebas, Claves y Búsqueda de Símbolos. Se calculó la correlación entre ambas partes, utilizando el estadístico Spearman Brown. En la muestra total se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de 0.96 en la Escala Total, 0.95 en la Escala Verbal y 0.91 en la Escala de Ejecución. Los coeficientes promedio para las pruebas de la Escala Verbal en cada rango de edad oscilaron entre 0.92 y 0.96, a diferencia de la Escala de Ejecución, en la que oscilaron entre 0.89 y 0.94. En las sub-pruebas, solamente se obtuvieron 13 coeficientes bajo 0.70, de un total de 121. En las sub-pruebas de Claves y Búsqueda de Símbolos, la confiabilidad se evaluó por medio de la estabilidad de las mismas, empleando el sistema test-retest, calculando una correlación lineal de Pearson entre los puntajes de ambos momentos: estos fueron 0.79 y 0.76, respectivamente. En cuanto a la validez de constructo, las correlaciones de las sub-pruebas de la Escala Verbal con esta última oscilaron entre 0.53 (Retención de Dígitos) y 0.71 (Analogías); las de la Escala Ejecutiva, entre 0.27 (Claves) y 0.63 (Ensamblaje de Objetos).

En la muestra estadounidense de estandarización del WISC-III, se encontraron 4 factores, ICV, IOP, IAD y IVP, mencionados anteriormente. Los dos primeros tienen

la misma composición del WISC- R, la versión anterior del WISC, explicando aproximadamente el 45% de la varianza; el tercero mostró una composición algo diferente (previamente compuesto por Aritmética, Claves y Retención de Dígitos) pero, por continuidad histórica, sigue denominándose Ausencia de Distractibilidad. El cuarto factor, que fue denominado Velocidad de Procesamiento, resultó de la inclusión de la sub-prueba Búsqueda de Símbolos, la que se aglomeró esta vez con Claves (Wechsler, citado en Ramirez & Rosas, 2010).

Respecto a la validez de criterio del WISC-III, estudios realizados en Estados Unidos han demostrado una excelente validez concurrente. Las correlaciones con pruebas similares fueron sumamente altas. Tal es el caso de WAIS-R ($r = 0.86$ en la Escala Total; 0.90 en la Escala Verbal; 0.80 en la Escala Manual). Con el WIPSI-R, se encontró un r de 0.85 en la Escala Total, 0.85 en la Escala Verbal y 0.73 en la escala Manual. Otras escalas con las cuales se realizaron los estudios de validez fueron la de Otis-Lennon School Ability Test ($r = 0.73$); Differential Ability Scales (DAS) de Elliot ($r = 0.92$ entre la Escala Total del WISC-III y el subtest de Habilidad Conceptual General del DAS; 0.87 entre la Escala Verbal del WISC-III y el puntaje de Habilidad Verbal del DAS; 0.82 entre la Escala Manual del WISC-III y Habilidad Espacial del DAS y 0.78 con la Habilidad de Razonamiento no Verbal (Wechsler, citado en Ramirez & Rosas, 2010).

El WISC-III también ha sido utilizado en grupos clínicos, y los resultados mostraron que dicha Escala diferenciaba significativamente a los niños “normales” de aquellos diagnosticados con Retardo Mental, dificultades de aprendizaje y daños neuropsicológicos (Wechsler, 1991, 1997).

Procedimiento

Se redactó un protocolo de investigación, el cual fue presentado al Centro de Salud para su aprobación por el comité de investigación. Asimismo, se redactó un consentimiento informado para los padres de los pacientes (adolescentes diagnosticados con depresión mayor en un Centro de Salud Mental de Lima metropolitana, G.E.), en el cual se explicaba brevemente información acerca de los alcances de la participación de sus hijos en el estudio, la confidencialidad de los datos y resultados obtenidos, con el objetivo de buscar su aprobación. De esta misma manera, se envió un consentimiento informado similar a los padres de los participantes que conforman el grupo de contraste a través del centro de estudio al cual asisten (Ver Anexo C).

Se realizó una breve reunión con los médicos psiquiatras de la institución en la cual se expusieron los criterios de inclusión y exclusión de la muestra con el objetivo

de que los psiquiatras luego derivaran pacientes pertinentes para la evaluación. Durante el periodo de un mes la evaluadora fue todas las tardes de lunes a viernes (3p. m. a 6:30 p. m.) al instituto de salud para atender a aquellos pacientes que eran citados en la tarde por los psiquiatras para la evaluación. Los pacientes llegaban acompañados por sus padres y cuidadores, y, previo a la evaluación, se explicaba a los padres los objetivos del estudio en cuestión y los beneficios de la participación de sus hijos. Luego de la aceptación de los padres respecto a la participación de sus hijos en el estudio, se iniciaba la primera sesión de evaluación individual en el Centro de Salud. Al inicio de la aplicación, se leyó el consentimiento informado a los participantes del estudio y se respondieron las dudas que aparecieron relacionadas con la evaluación. Los consentimientos fueron firmados por un tutor y/o padre y por el mismo participante. Luego, se entregó a los participantes una Ficha de Datos que fue completada, para después dar inicio a la aplicación del Inventario de Depresión de Kovacs (CDI). Las dudas respecto a los ítems del instrumento fueron aclaradas en el momento. Al concluir la primera sesión de la evaluación, se dispuso de un espacio para que los participantes pudieran opinar y comentar, pero también se explicó que dependiendo de los resultados obtenidos en esta primera sesión se les volvería a citar para una segunda y tercera sesión. Los padres también recibieron dicha información.

Se procedió a corregir los Inventarios. Aquellos sujetos que obtuvieron como resultado “Sintomatología depresiva leve” o “Sintomatología depresiva grave” en el CDI fueron convocados para una siguiente sesión vía telefónica.

La segunda sesión tuvo una duración de 1 hora, y en esta se aplicaron las primeras 6 sub-pruebas de la Escala Weschler de Inteligencia, tercera edición (WISC–III). Al finalizar la sesión, los sujetos fueron convocados para una tercera sesión con la misma duración de la anterior. En la tercera sesión, se les aplicó los sub-tests restantes. Al finalizar cada una de estas dos sesiones, se dio un pequeño espacio para que los participantes expusieran sus dudas y comentarios.

Por otro lado, el grupo de contraste fue contactado mediante un colegio particular del Distrito de San Martín de Porres. Del mismo modo que con el grupo de estudio, se entregó un protocolo de la investigación al Colegio para su aprobación. Luego, se envió a través del centro de estudios en cuestión una circular dirigida a los tutores y/o padres de familia, en la cual se invitaba a sus hijos a participar de la investigación, explicándose someramente los objetivos y beneficios de su colaboración. Los padres y/o tutores que aceptaron la participación de sus hijos en el estudio fueron contactados vía telefónica para dar una cita de evaluación individual en el centro de estudios fuera de la hora de clase. Se aplicó el mismo procedimiento; sin embargo, solo fueron recitados para una segunda y tercera sesión aquellos sujetos

que obtuvieron como resultado en el Inventario de Depresión de Kovacs (CDI): “Sin sintomatología depresiva”.

Finalmente, se realizó la devolución de resultados de manera personal a cada uno de los participantes del estudio, junto con sus padres en una cuarta y última sesión. Asimismo, se entregó un informe con los resultados de la investigación al Instituto de Salud Mental y al centro de estudios (colegio ubicado en San Martín de Porres) en lo cuales se realizó la investigación en cuestión. Y, en último lugar, se anexó a la historia clínica de cada uno de los pacientes del Instituto de Salud Mental un informe con los resultados del participante.

Plan de análisis de los datos

Una vez codificados los Inventarios de Depresión de Kovacs (CDI), se procedió a calificar el WISC–III de acuerdo con sus criterios (el inventario fue corregido antes de la aplicación del WISC-III para seleccionar a los participantes). Los resultados se vaciaron en una base de datos en el programa estadístico SPSS 15.0 con el cual se efectuaron los análisis correspondientes.

En primera instancia, se analizaron los datos estadísticos descriptivos de la muestra en cuanto a las variables socio-demográficas y las variables de estudio. En segunda instancia, para realizar la comparación entre los puntajes de ambos grupos (grupo de estudio y el grupo contraste), fue necesario realizar, en primer lugar, la prueba de normalidad Shapiro Wilks. Luego, se hizo un análisis correlacional con los coeficientes de Pearson y Spearman entre la variable edad y cada uno de los Coeficientes Intelectuales, índices y sub-pruebas, con el objetivo de saber para los análisis posteriores si era necesario controlar la variable edad. Asimismo, se realizaron análisis univariados, multivariados y no paramétricos (U de Mann Whitney) para evaluar las habilidades intelectuales en ambos grupos y realizar la respectiva comparación entre estos. Se considerará que existen diferencias significativas si se encuentra un nivel de significancia menor a 0.05. Finalmente, se realizaron los mismos análisis con el objetivo de observar las diferencias existentes en habilidades intelectuales según sexo y según estructura familiar.

RESULTADOS

A continuación, se procederá a presentar los resultados obtenidos en el estudio en tablas de información estadística con las viñetas correspondientes. Es necesario enfatizar que solo se expondrán los resultados significativos de la investigación, mientras que los no significativos serán reportados en el Anexo D.

De acuerdo con los objetivos de investigación, es necesario determinar si existen diferencias significativas en las habilidades intelectuales entre el grupo de pacientes diagnosticados con depresión mayor (grupo de estudio) y el grupo de contraste. Se utilizó, en primer lugar, un análisis Shapiro Wilks para establecer el tipo de distribución que muestran cada una de las variables utilizadas (coeficientes intelectuales, índices y sub-pruebas) en la muestra (Tabla 4).

Tabla 4
Resultados de la prueba de normalidad para los Coeficientes, Índices y sub-pruebas

	Parámetros Normales		Parámetros Normales
	W		W
C. I Total	.94	C. Figuras	.97
C. I Verbal	.96	Información	.97
C. I Ejecutivo	.95	Claves	.98
ICV	.96	Analogías	.99
IOP	.43**	O. Historias	.95
IAD	.91**	Aritmética	.90**
IVP	.81	C. Cubos	.92**
		Vocabulario	.98
		E. Objetos	.98
		Comprensión	.94
		B. Símbolos	.97
		R. Dígitos	.92*

n =36
** $p < 0.01$
* $p < 0.05$

Es posible observar una distribución paramétrica en los tres Coeficientes Intelectuales, el ICV, IVP junto con las sub-pruebas que componen cada uno de estos y las sub-pruebas de Completamiento de Figuras, Ordenamiento de Historias y Ensamblaje de Objetos (Tabla 1). Sin embargo, el IOP, el IAD, las sub-pruebas que

forman el IAD (Aritmética y Retención de Dígitos) y la sub-prueba de Construcción con Cubos muestran una distribución no paramétrica.

La variable edad en la evaluación de las habilidades intelectuales es fundamental, debido a que está asociada al desarrollo de la inteligencia; por tal razón, Wechsler crea parámetros de corrección distintos para cada rango de edad (Wechsler, 1991). Siendo el objetivo primordial la comparación del grupo de estudio con el grupo de contraste, fue necesario conocer el efecto de la variable edad (edad en años del individuo) en los resultados de los participantes debido a la heterogeneidad de la muestra (los participantes tenían diferentes edades), para luego tomar la decisión de si resulta necesario el control de dicha variable. En consecuencia, se realizó un análisis correlacional (Pearson o Spearman según la distribución de los datos presentada anteriormente).

En la tabla 5, se observa que existen correlaciones altamente significativas ($r > .5$) entre la variable edad y el IVP, la sub-pruebas de Completamiento de Figuras, Información, Analogías y Ensamblaje de Objetos en el grupo de estudio (grupo de pacientes diagnosticados con depresión mayor).

Es importante destacar que la relación encontrada entre la variable edad y el IVP es inversa, es decir, a medida que el adolescente con depresión crece, su puntaje en dicho índice tiende a disminuir, lo cual implica que su capacidad de aprendizaje, velocidad de búsqueda visual y su habilidad para realizar actividades de copia (capacidad visomotora) decrece a medida el individuo aumenta en edad.

Los índices y sub-pruebas con distribución no paramétrica encontrados muestran no tener una correlación significativa con la variable edad, tal como se muestra en la tabla 6; por lo tanto, resulta innecesario controlar la edad en los análisis posteriores con dichos índices y sub-pruebas (Anexo D).

Tabla 5

Resultados del análisis correlacional entre la variable edad y los Coeficientes, Índices y sub-pruebas con distribución normal

	Contraste	Estudio
	<i>r</i>	<i>r</i>
C. I. Total	-.35	-.32
C. I Verbal	-.22	-.09
C. I Ejecutivo	-.33	-.22
ICV	-.32	-.17
IVP	-.17	-.50*
C. Figuras	-.53	.50*

Información	.16	.56*
Claves	.32	.36
Analogías	.36	.70**
O. Historias	.13	.03
Vocabulario	.32	.31
E. Objetos	.05	.62**
Comprensión	.15	.41
B. Símbolos	.33	.44

n =36
** $p < 0.01$
* $p < 0.05$

Seguidamente, se realizaron análisis univariados y multivariados, en los cuales se controlaba las variables edad y sexo (Covarianza, Edad=166.42; Sexo=.42), y análisis no paramétricos (*U* de Mann Whitney), con el objetivo de responder a la pregunta de investigación.

Se encontró que existen diferencias significativas entre el grupo de estudio y el grupo de contraste en el C.I. Total ($F(1,32)=12.97$; $MSE=285.68$; $p < .01$; $n=.29$); C.I. Verbal ($F(1,32)=10.02$; $MSE=100.70$; $p < .01$; $N.24$) y en el C.I. Ejecutivo ($F(1,32)=7.73$; $MSE=133.14$; $p < .01$; $n=.19$). Dichos resultados implican que los niños y adolescentes diagnosticados con depresión mayor muestran un rendimiento menor en tareas y actividades que requieren el uso activo de habilidades adaptativas que abarcan el área verbal y el área ejecutiva (ver Tabla 7).

Tabla 7

Resultados del análisis multivariado (MANOVA) de los Coeficientes Intelectuales (C. I. total, C. I Verbal, C. I. Ejecutivo)

	Grupo						F	Sig.
	Contraste			Estudio				
	N	Media	DE	N	Media	DE		
CI Total	18	113.17	21.67	18	91.66	11.35	12.97	**
CI Verbal	18	52.61	11.83	18	41.39	7.41	10.02	**
CI Ejecutivo	18	60.25	13.36	18	48.92	9.75	7.73	**

n=36
** $p < 0.01$
* $p < 0.05$

Los pacientes diagnosticados con Depresión Mayor muestran un desempeño significativamente menor en el ICV ($F(1, 32)= 8.10, MSE=63.14, p<.01, n=.20$) e IVP ($F(1, 32)= 26.40, MSE=21.52, p<.01, n=.45$), cuando se realiza la comparación con aquellos individuos que no cuentan con dicho diagnóstico (tabla 8). Capacidades tales como la velocidad con que un individuo procesa información a través del canal visual y de comprensión verbal (abstracción y conceptualización) son significativamente distintas en niños y adolescentes con depresión, es decir, el rendimiento en tareas que miden tales capacidades es menor que en los individuos pertenecientes al grupo contraste.

Se encuentran diferencias en el rendimiento de los individuos de la muestra según la edad en el IVP ($F(1, 32)=4.23, MSE=21.52, p<.01, n=.12$). Sin embargo, no existen diferencias significativas en dicho índice relacionadas con el sexo ($F(1, 32)=.07, MSE=21.52, p>.05, n=.00$).

Tabla 8
Resultados del análisis univariados (ANOVA) del ICV y el IVP

	Grupo						F	Sig
	Contraste			Estudio				
	N	Media	DE	N	Media	DE		
ICV	18	41.64	9.67	18	33.64	6.01	8.11	**
IVP	18	24.77	5.22	18	16.34	4.32	26.40	**

$n= 36$
** $p < 0.01$
* $p < 0.05$

Se realizó un análisis de diferencia de medianas con el objetivo de observar la existencia o inexistencia de diferencias significativas entre el grupo de contraste y el grupo de estudio en el IOP e IAD, debido a que estos manifestaron una distribución no paramétrica en el análisis de normalidad (ver Tabla 9). Hay diferencias significativas entre los grupos en ambos índices. Los individuos que presentan un diagnóstico de depresión mayor manifiestan un desempeño menor en actividades que implican la utilización adecuada de la capacidad de abstracción, función de alerta, juicio práctico, y análisis y síntesis no verbal. También, evidencian un rendimiento menor, relacionado con capacidades atencionales y de la memoria de trabajo.

Tabla 9

Resultados de las comparaciones establecidas entre las medianas de los índices con distribución no paramétrica (U de Mann Whitney)

	Grupo						Mann Whitney U	Sig
	Contraste			Estudio				
	N	Mediana	DE	N	Mediana	DE		
IOP	18	50.50	11.93	18	38	50.01	103.5	*
IAD	18	21	5.04	18	15	50.01	3.09	**

n=36
** $p < 0.01$
* $p < 0.05$

Asimismo, se hizo un análisis de diferencia de medianas en el IAD e IOP con el objetivo de observar la posible existencia de diferencias según el sexo. Los análisis del grupo contraste y el grupo de estudio se realizaron por separado debido a que resultaba necesario controlar la variable depresión para evaluar de manera no sesgada si la variable sexo influía en el rendimiento de los individuos en el IAD e IOP (ver tablas 10 y 11). Se encontró que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en los índices respectivos (Anexo D)

En la tabla 12, se puede observar que existen diferencias significativas entre los grupos de estudio y contraste en la sub-pruebas de Analogías ($F(1, 32)=12.29$, $MSE=11.70$, $p<.01$, $n=.28$) y Vocabulario ($F(1, 32)=15.75$, $MSE=43.90$, $<.01$, $n=.33$), mientras que en la sub-pruebas de Información ($F(1, 32)=12.29$, $MSE=9.68$, $p>.05$, $n=.28$) y Comprensión ($F(1, 32)=.136$, $MSE=17.67$, $p > .05$, $n=.07$) no se encuentran tales diferencias. Dichas diferencias implican que los individuos con depresión mayor manifiestan un desempeño menor al grupo de contraste en aquellas tareas que requieren capacidad para conceptualizar verbalmente, capacidad de aprendizaje, memoria a largo plazo y pensamiento lógico abstracto. No obstante, el grupo de estudio muestra un desempeño similar en actividades que involucran conocimientos adquiridos y juicio práctico.

Por otro lado, se observan diferencias significativas en las sub-pruebas de Información ($F(1, 32)=7.97$, $MSE=9.68$, $p<.01$, $n=.2$) y de Analogías ($F(1, 32)=19.36$, $MSE=11.70$, $p<.01$, $n=.37$) en relación con la variable edad, es decir los puntajes en dichos test tienden a crecer a medida el individuo aumenta en edad. Se encuentran puntajes más altos en los individuos con una edad mayor, lo cual indica que los conocimientos y la capacidad para establecer asociaciones entre dos o más conceptos

se incrementan con el tiempo (Tabla 5). En las sub-pruebas de Vocabulario ($F(1, 32)=2.61$, $MSE=43.90$, $p>.05$, $n=.08$) y Comprensión ($F(1, 32)=.71$, $MSE=17.67$, $p>.05$, $n=.02$), no se encuentran diferencias significativas en relación con la variable edad.

Se encuentran diferencias en los puntajes de la sub-prueba de Información entre varones ($Me=19.20$, $Ds=3.75$) y mujeres ($Me=17.68$, $Ds= 2.80$). Los hombres muestran un rendimiento mayor en actividades que implican la utilización de la memoria a largo plazo y la inteligencia cristalizada ($F(1, 32)=6.60$, $MSE=9.68$, $p<.05$, $n=.17$). Por otro lado, en las sub-pruebas de Analogías ($F(1, 32)=2.54$, $MSE=11.70$, $p>.05$, $n=.07$), Vocabulario ($F(1, 32)=.57$, $MSE=43.90$, $p>.05$, $n=.02$) y Comprensión ($F(1, 32)=1.11$, $MSE=17.67$, $p>.05$, $n=.03$), no hay evidencia de diferencias relacionadas con el sexo de los participantes.

Tabla 12
Resultados del análisis multivariado (MANOVA) de las sub-pruebas del ICV

	Grupo						F	Sig
	Contraste			Estudio				
	N	Media	DE	N	Media	DE		
Información	18	19.77	3.97	18	18.23	3.05	1.96	
Analogías	18	23.15	3.81	18	18.91	4.60	12.29	**
Vocabulario	18	39.54	7.31	18	30.24	6.25	15.75	**
Comprensión	18	23.61	4.21	18	21.34	4.23	2.35	

n=36
** $p < 0.01$
* $p < 0.05$

En la tabla 13, es posible apreciar la existencia de diferencias significativas entre los grupos de estudio y de contraste en las dos sub-pruebas (Claves: $F(1, 32)=12.65$, $MSE=101.87$, $p<.01$, $n=.28$; Búsqueda de Símbolos: $F(1,32)= 25.14$, $MSE=21.97$, $p<.01$, $n=44$) que componen el IVP, lo cual implica que habilidades tales como rapidez visomotora, coordinación ojo-mano, desarrollo perceptivo visual, memoria de trabajo y atención son menores en el grupo de participantes que han sido diagnosticados con Depresión Mayor.

Asimismo, se encuentran diferencias significativas en la sub-prueba de Búsqueda de Símbolos en relación con la variable edad ($F(1,32)=5.62$, $MSE=21.97$,

$p < .05$, $n = .15$). No obstante, no se encuentran tales diferencias en la sub-prueba de Claves ($F(1,32) = 3.02$, $MSE = 101.87$, $p > .05$, $n = .09$).

Por otro lado, no se encuentran diferencias significativas según la variable sexo en la sub-prueba de Claves ($F(1, 32) = .47$, $MSE = 101.87$, $p > .05$, $n = .01$) y en la sub-prueba de Búsqueda de símbolos ($F(1, 32) = .47$, $MSE = 21.97$, $p > .05$, $n = .01$).

Tabla 13

Resultados del análisis multivariado (MANOVA) de las sub-pruebas del IVP

	Grupo						F	Sig
	Contraste			Estudio				
	N	Media	DE	N	Media	DE		
Claves	18	65.76	12.19	18	53.07	8.25	12.65	**
B. símbolos	18	33.60	5.53	18	25.29	4.26	25.14	**

$n = 36$

** $p < 0.01$

* $p < 0.05$

En cuanto al rendimiento, se encuentran diferencias significativas entre el grupo de estudio y el de contraste en las sub-pruebas de Ordenamiento de Historias ($F(1,32) = 5.04$, $MSE = 109.61$, $p < .05$, $n = .14$) y Ensamblaje de Objetos ($F(1,32) = 5.80$, $MSE = 13.53$, $p < .05$, $n = .15$). No obstante, el desempeño de ambos grupos es similar en Completamiento de Figuras ($F(1,32) = .75$, $MSE = 7.80$, $p > .05$, $n = .02$), es decir la función de alerta y la habilidad para separar lo esencial de lo accesorio son equivalentes en ambos grupos (de estudio y contraste), mientras en tareas que requieren anticipación visual, capacidad visomotora, organización témporo-espacial, alerta social y habilidad para establecer secuencias lógicas los individuos pertenecientes al grupo de estudio tienden a mostrar un rendimiento menor (ver Tabla 14).

En relación con las sub-pruebas de Completamiento de Figuras ($F(1,32) = .42$, $MSE = 7.80$, $p > .05$, $n = .01$) y Ensamblaje de Objetos ($F(1,32) = .50$, $MSE = 13.53$, $p > .05$, $n = .01$), se observa que el desempeño en los hombres es muy similar, lo cual evidencia que no existen diferencias significativas en estas áreas. No obstante, en la sub-prueba de Ordenamiento de Historias, se observan diferencias significativas ($F(1,32) = 4.26$, $MSE = 109.61$, $p < .05$, $n = .14$) según el género. Los varones ($Me = 40.52$, $Ds = 11.70$) muestran un mejor desempeño en dicha sub-prueba que las mujeres ($Me = 32.27$, $Ds = 9.74$).

Finalmente, en las tres sub-pruebas antes mencionadas, se observa que no existen diferencias significativas según la edad (Completamiento de Figuras: $F(1, 32)=2.67$, $MSE=7.80$, $p>0.5$, $n=.08$; Ordenamiento de Historias $F(1,32)=.64$, $MSE=109.61$, $p>.05$, $n02$; Ensamblaje de Objetos: $F(1, 32)=3.92$, $MSE=13.53$, $p>.05$, $n=.11$).

Tabla 14

Resultados de analisis multivariados (MANOVA) de las sub-pruebas con distribución paramétrica del IOP

	Grupo						F	Sig
	Contraste			Estudio				
	N	Media	DE	N	Media	DE		
C. de Figuras	18	21.99	2.94	18	21.13	2.70	.76	
O. de Historias	18	41.23	10.49	18	32.93	2.54	11.17	**
E. de objetos	18	35.89	4.05	18	32.77	3.51	5.80	**

n=36
** $p < 0.01$
* $p < 0.05$

En la tabla 15, es posible observar que los puntajes del grupo de estudio y el grupo de contraste son muy similares en la sub-prueba de Construcción de Cubos, lo que implica que la capacidad de análisis y síntesis, junto con la habilidad para razonar y formar conceptos no verbales, no se ve afectada por la Depresión Mayor en niños y adolescentes, en la medida que el rendimiento de estos es análogo al de individuos que no presentan antecedentes psiquiátricos (Anexo D).

Por otro lado, no se encuentran diferencias en el rendimiento entre hombres y mujeres en la sub-prueba de Construcción con Cubos en el grupo contraste y de estudio (ver Tabla 16 y 17- Anexo D).

A través de la tabla 18 es posible observar la existencia de diferencias significativas entre los individuos con depresión mayor y aquellos pertenecientes al grupo de contraste en las sub-pruebas de Aritmética y de Retención de Dígitos pertenecientes al IAD. Los puntajes de los participantes con Depresión dan cuenta de un rendimiento menor en actividades que implican una adecuada utilización de la atención, concentración, memoria de trabajo vía el canal auditivo y la capacidad para

realizar operaciones de cálculo matemático sencillo, a diferencia de los participantes del grupo contraste.

En las tablas 19 y 20, se muestran los resultados del análisis de diferencia de medianas según el género en la sub-pruebas de Aritmética y Retención de Dígitos. Fue necesario segmentar los grupos de la investigación (grupo de estudio y contraste) para lograr controlar la variable Depresión. El rendimiento en hombres y mujeres en ambas sub-pruebas fue muy similar (Anexo D)

Tabla 15

Resultados de las comparaciones establecidas entre las medianas del la sub-prueba Construcción de Cubos (sub-prueba del IOP con distribución no paramétrica)

	Grupo						Mann Whitney U	Sig
	Contraste		Estudio					
	N	Mediana	DE	N	Mediana	DE		
C. cubos	18	60	5.38	18	58.50	50.01	121.50	

n=36
** $p < 0.01$
* $p < 0.05$

Mediante la observación de la tabla 18 es posible observar la existencia de diferencias significativas entre los individuos con depresión mayor y aquellos pertenecientes al grupo de contraste en las sub-pruebas de Aritmética y de Retención de Dígitos pertenecientes al IAD. Los puntajes de los participantes con Depresión dan cuenta de un rendimiento menor en actividades que implican una adecuada utilización de la atención, concentración, memoria de trabajo vía el canal auditivo y la capacidad para realizar operaciones de cálculo matemático sencillo, a diferencia de los participantes del grupo contraste.

Tabla 18

Resultados de las comparaciones establecidas entre las medianas de la sub-prueba con distribución no paramétrica del IAD

	Grupo						U de Mann Whitney	Sig
	Contraste			Estudio				
	N	Mediana	DE	N	Mediana	DE		
Aritmética	18	19.50	3.78	18	17.50	2.24	88	**
R. de dígitos	18	15	2.24	18	12	3.23	79.5	**

n=36
** $p < 0.01$
* $p < 0.05$

En las tablas 19 y 20, se muestran los resultados del análisis de diferencia de medianas según el género en la sub-pruebas de Aritmética y Retención de Dígitos. Fue necesario segmentar los grupos de la investigación (grupo de estudio y contraste) para lograr controlar la variable Depresión. El rendimiento en hombres y mujeres en ambas sub-pruebas fue muy similar.

Los resultados presentados anteriormente corresponden al objetivo principal de la investigación, es decir a la comparación del rendimiento del grupo de estudio con el de contraste, en la Escala Wechsler de Inteligencia para niños y adolescentes (WISC III).

A continuación, se presentan los resultados correspondientes al objetivo secundario, es decir, la descripción de puntajes obtenidos en el WISC-III según las variables socio-demográficas, específicamente la variable referente a composición familiar, debido a que la diferencias según género fueron presentadas simultáneamente con el objetivo principal y a que las muestras correspondientes a las otras variables son muy pequeñas, lo que hace imposible la generalización de resultados.

Finalmente, luego de hacer un análisis de diferencia de medias y/o diferencia de medianas, dependiendo de la distribución de la variable, con el objetivo de comparar el desempeño según la estructura familiar en el grupo de estudio y el grupo de contraste respectivamente, se encontró diferencias significativas en el IOP, mientras que en el IAD no en el grupo de contraste (tabla 21). Asimismo, se hallaron también diferencias claras en las sub-pruebas de Analogías ($F(1, 15) = 5,73$, $MSE=10.31$, $p<.05$, $n=.28$) y de Vocabulario ($F(1, 15) = 5,67$, $MSE=39.47$, $p<.05$,

n=.27) en el grupo contraste. No obstante, dichas diferencias no se manifestaron en las sub pruebas de Información ($F(1, 15) = 2.06$, $MSE=15.35$, $p>.05$, $n=.12$) y en la sub-prueba de Comprensión ($F(1, 15) = .37$, $MSE=19.19$, $p>.05$, $n=.24$), lo cual se evidencia en la tabla 23. En consecuencia, es posible señalar que los adolescentes sin el diagnóstico de depresión con familias biparentales tienden a mostrar aptitud y destreza en tareas que requieren capacidad de abstracción, alerta, análisis y síntesis no verbal, y conceptualizar verbalmente, mientras que en tareas que requieren del uso de la memoria a corto plazo auditiva, juicio social y conocimientos adquiridos manifiestan un rendimiento muy similar a los adolescentes pertenecientes a familias mono-parentales.

Las diferencias en el rendimiento mencionadas anteriormente no se encuentran en el grupo de estudio, es decir, no se encontró diferencias significativas entre los individuos pertenecientes a estructuras familiares mono-parentales y biparentales en el IOP, IAD y en las sub-pruebas correspondientes al ICV, es decir, Información ($F(1, 15) = .01$, $MSE=7.20$, $p>.05$, $n=.00$), Analogías ($F(1, 15) = .87$, $MSE=11.52$, $p>.05$, $n=.06$), Vocabulario ($F(1, 15) = 3.10$, $MSE=33.27$, $p>.05$, $n=.17$) y Comprensión ($F(1, 15) = .99$, $MSE=15.75$, $p>.05$, $n=.06$) (tabla 22 y 24- Anexo D).

Tabla 21

Resultados de análisis U de Mann Whitney de los Índices con distribución no paramétrica según el tipo de estructura familiar en el grupo contraste

	Grupo Contraste						U de Mann Whitney	Sig
	Familia Monoparental			Familia Biparental				
	N	Media	DE	N	Media	DE		
IOP	5	41.00	7.02	13	57.00	11.33	12.00	*
IAD	5	17.00	1.00	13	21.00	5.89	28.00	

n=18
** $p < 0.01$
* $p < 0.05$

Tabla 23

Resultados del análisis multivariado (MANOVA) de las sub-pruebas del ICV según el tipo de estructura familiar en el Grupo Contraste

	Grupo de Contraste						F	Sig
	Estructura Monoparental			Estructura Biparental				
	N	Media	DE	N	Media	DE		
Información	5	17.24	1.64	13	20.37	4.45	2.06	
Analogías	5	19.35	2.88	13	23.63	3.92	5.76	*
Vocabulario	5	32.76	7.67	13	41.09	6.78	5.67	*
Comprensión	5	22.21	4.06	13	23.69	4.32	.37	

n=18
** p < 0.01
* p < 0.05



DISCUSIÓN

A continuación, se discuten los hallazgos de la presente investigación, analizando primero los resultados asociados a las diferencias existentes en habilidades intelectuales medidas a través del WISC- III entre el grupo de estudio y el grupo contraste. Luego, se discutirán los hallazgos relacionados con las diferencias en habilidades intelectuales según variables socio-demográficas y, finalmente, se presentarán las limitaciones y conclusiones del estudio.

En primer lugar, en cuanto a las diferencias entre el grupo diagnosticado con Depresión Mayor y el grupo sin antecedentes psiquiátricos, se halló que el rendimiento en el WISC-III de los adolescentes de un colegio en San Martín de Porres era significativamente mayor al desempeño de los adolescentes pertenecientes al grupo de estudio. Se encontraron diferencias en los tres Coeficientes Intelectuales, los 4 índices y en la mayoría de las sub-pruebas de la escala Wechsler de Inteligencia para Niños y Adolescentes, edición III; dichos hallazgos corroboran resultados de investigaciones anteriores (Benner et al., 2008 Favre et al. 2009 y Mayes & Calhoun, 2004, 2007).

Las últimas décadas se han caracterizado por un gran interés en la depresión durante la niñez y la adolescencia (Stevenson y Romney, 1984). Actualmente, un grupo de investigadores propone que la depresión del adulto es una entidad clínica distinta a la Depresión en Niños. Según estos autores, la depresión, en los primeros 20 años de vida, se exterioriza mediante signos de hiperactividad, problemas de conducta, síntomas somáticos, fobia a la escuela, disforia (síntoma clave en la adultez) y problemas de aprendizaje (Stevenson y Romney, 1984). Sin embargo, la postura más aceptada por la comunidad científica es que la depresión en la niñez se manifiesta de la misma manera que durante la adultez, con algunas diferencias específicas, lo cual se revela claramente en los criterios diagnósticos del DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2002). Elgamal et al. (2010) y Lundy et al. (2010) señalan que la depresión mayor en adultos ha sido asociada a un amplio rango de déficits cognitivos que incluyen la atención, la memoria (verbal y ejecutiva) y la función ejecutiva. De manera similar, los adolescentes del grupo de estudio manifiestan dificultades en las capacidades de abstracción, conceptualización, atención, memoria de trabajo (ejecutiva) y velocidad de procesamiento; sin embargo, las habilidades relacionadas con el juicio práctico, conocimientos verbales adquiridos previamente, análisis y síntesis no verbal, junto con la función de alerta, se mantienen intactas. Dichos resultados pueden estar asociados a los síntomas propios del trastorno en

cuestión, es decir, enlentecimiento psicomotor y disminución de la capacidad de concentración (APA, 2002), ya que estos afectan negativamente todas aquellas capacidades cognitivas relacionadas con el funcionamiento ejecutivo (Favre et al. 2009). La memoria verbal en los adolescentes del grupo de estudio muestra estar en buen estado, a diferencia de los adultos con depresión mayor de otros estudios. Dichas diferencias podrían explicarse porque la edad de inicio del trastorno en cuestión junto con su duración y el número de hospitalizaciones predicen el desempeño en más de un dominio cognitivo (Elgamal et al., 2010; Günther et al., 2004).

Distintos autores han buscado determinar un perfil de pacientes depresivos en la escala Wechsler de Inteligencia, ya que resulta sumamente útil para definir el nivel de impedimento intelectual que genera una enfermedad psiquiátrica (Gorlyn et al., 2006 y Madelli et al., 2006). Un ejemplo claro de dicha búsqueda podría hallarse en las investigaciones realizadas por Brumbach (citado por Mokros et al., 1989; Iverson & Turner, 1999), quien mostró que la depresión en adolescentes y niños se caracteriza por una discrepancia entre el CIV y el CIE (CIE 15 puntos más bajo que el CIV), de lo cual se concluye que el trastorno depresivo afecta en mayor grado las habilidades ejecutivas que las verbales. Los bajos puntajes en la escala ejecutiva pueden ser atribuidos al retraso psicomotor, una pobre concentración y un procesamiento mental más lento, los cuales son síntomas diagnósticos de la depresión. Sackheim (citado por Gorlyn et al., 2006) considera que la discrepancia entre el CIV y CIE es consistente con los reportes de los déficits viso-espaciales y viso-motores, evidenciados en el desempeño de personas con depresión mayor en pruebas neuro-psicológicas. Sin embargo, es importante destacar que otros autores, tales como Gorlyn et al. (2006) y Mokros et., al. (1989), intentando confirmar las hipótesis de Brumbach (1990) con muestras más grandes, no encontraron dicha discrepancia. En el presente estudio, tampoco se encontró una discrepancia significativa entre el CIV y el CIE; más bien se hallaron resultados muy similares a los descubiertos por Gorlyn et al. (2006), es decir los sujetos diagnosticados con depresión expusieron un desempeño más pobre en la escala Wechsler de Inteligencia (C.I. Total) que los sujetos pertenecientes al grupo contraste.

Los adolescentes del grupo de estudio mostraron desempeños bajos en tareas que requieren el uso de la atención, la memoria de trabajo, la capacidad de aprendizaje, habilidades grafomotoras y la velocidad de procesamiento. Una hipótesis interesante y con consecuencias diagnósticas e instruccionales positivas, es que tales déficits podrían resultar indicadores claros que permitirían diferenciar un grupo clínico

de grupos de adolescentes normales. De acuerdo con Mayes y Calhoun (2007), las debilidades en dichas áreas tienden a manifestarse juntas en diferentes trastornos clínicos tales como la depresión y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Otros autores han encontrado resultados similares, Kashani et al. (citado por Mokros et al., 1986) por ejemplo, reportó dificultades en lectura y aritmética en niños diagnosticados con depresión mayor. Asimismo, en varios estudios se ha encontrado que la depresión afecta la fluidez verbal, lo cual se evidencia en una gran dificultad para definir palabras verbalmente. Además, se ha encontrado que los pacientes adultos con depresión mayor tienen mayores dificultades en el uso de la memoria de trabajo que en la memoria a largo plazo (Elgamal et al., 2010; Günther et al., 2004; Madelli et al., 2006 y Suslow, 2009) En investigaciones de neuro-imagen se ha encontrado que las dificultades asociadas a la depresión, como problemas para prestar atención, concentrarse, procesar información eficazmente e iniciar tareas, son en realidad rasgos de la función ejecutiva. Es posible que el deterioro de las funciones ejecutivas en la depresión pudiera estar relacionado con anomalías pre-frontales y frontales en la corteza, junto con disfunciones en el hipocampo y la amígdala (Favre, et al., 2009; Glaser et al., 2011; Madelli et al., 2006 y Suslow, 2009). Según Glaser et al. (2011) estas regiones cerebrales están altamente relacionadas a las hormonas del estrés, y muestran cambios estructurales y funcionales cuando se ven expuestas a este, lo cual sucede en un trastorno depresivo de larga data. Además, se ha encontrado que la sintomatología depresiva junto con algunos procesos cognitivos, tales como la memoria están asociados a las funciones del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (Salpovsky et al.; Lupien et al. citados por Glaser et al., 2011; Günther et al., 2004). En consecuencia, una desregulación de este eje podría tener un efecto negativo en el estado de ánimo y en el procesamiento cognitivo. Favre et al. (2009) tienen como hipótesis que dichas dificultades encontradas en la depresión apoyan el modelo cognitivo de Beck. Este autor comprende dicho trastorno como un proceso individual cíclico de pensamientos negativos automáticos que tienen como consecuencia afectos negativos y comportamientos depresivos; por lo tanto, es posible señalar que en realidad se está describiendo la depresión mediante distorsiones cognitivas (pesimismo y catastrofismo), las cuales se forman a través de un uso deteriorado de las funciones ejecutivas (Beck, Rush, Shaw & Emery; Favre et al., 2009). Estudios recientes han sugerido que las regiones del cíngulo anterior del cerebro juegan un rol en la atención selectiva y en la regulación de la depresión, lo cual podría predisponer a distorsiones cognitivas (Serra- Mestres & Ring, citado por Favre et al., 2009). En consecuencia, el funcionamiento ejecutivo resulta una pieza clave en modelos neurobiológicos y cognitivos de la depresión, al igual que en su presentación

sintomatológica (Favre, et al., 2009). Finalmente, es relevante enfatizar que Glaser et al. (2011) recalca que los púberes exhiben una reacción significativamente más prolongada al estrés, a diferencia de los adultos debido a que los cerebros en la adolescencia son más sensibles al cortisol (hormona de estrés), lo cual genera que resulten más vulnerables a respuestas y síntomas depresivos.

En el presente estudio, se encontró que existía una correlación negativa entre la velocidad de procesamiento y la edad en el grupo de estudio. Además, la diferencia con mayor amplitud y significación entre el grupo de estudio y el grupo contraste fue en dicho índice y en las sub-pruebas que lo componen. Según Calhoun y Mayes (2005), el Índice de Velocidad de Procesamiento es el factor que presenta la correlación más pequeña con el Coeficiente Intelectual de la escala completa; por lo tanto, es relativamente único y es posible que tenga significancia clínica, lo cual es corroborado en la investigación antes presentada.

La velocidad de procesamiento es definida, según Benner, Allor y Moony (2008), como el tiempo que requiere un individuo para procesar información. La velocidad con la que los niños y adolescentes ejecutan procesos cognitivos básicos (velocidad de procesamiento) predice de manera consistente el desempeño de una gran variedad de tareas cognitivas. Un procesamiento rápido es asociado, por ejemplo, con una mayor capacidad en la memoria de trabajo, una mejora en el razonamiento inductivo, y una mayor habilidad para resolver problemas aritméticos (Fry & Hale 1996; Kail y Hall, 1999; Kail 2007). Los resultados de la presente investigación sugieren que la capacidad mencionada anteriormente se deteriora con la edad en el grupo de adolescentes diagnosticados con depresión, lo cual indicaría que dicho trastorno se asociaría con un aumento progresivo de las deficiencias. Distintos investigadores alrededor del mundo se han dedicado al estudio de la velocidad de procesamiento en el desarrollo humano. Estos proponen que una de las propiedades de dicha capacidad es que aumenta sustancialmente en la niñez temprana y media; y continúa creciendo pero no tan rápidamente durante la adolescencia, hasta finalmente llegar durante la juventud a valores asintóticos (Kail, 1991, citado en Kail & Ferrer, 2007). La velocidad de procesamiento en el desarrollo humano puede estar caracterizada por una función exponencial (Canfield, Smith, Brezsnyack & Snow, 1997; Fry y Hale, 1996, Kail, 1988, 1991; Miller y Vernon, 1997, citados en Kail y Ferrer, 2007). Al contrastar esta tendencia positiva con los hallazgos de este estudio, se puede inferir que son los síntomas del trastorno depresivo los que provocan una degeneración progresiva en la velocidad de procesamiento en los individuos de la muestra. Dichos resultados se podrían apoyar en las investigaciones realizadas por

Elgamal et al (2010), ya que este autor encontró que la duración del trastorno depresivo predice el desempeño en tareas asociadas al procesamiento mental.

La velocidad de procesamiento es un patrón regular que supone un mecanismo global, sistémico y simultáneamente específico que subyace al desarrollo humano. Permite retener mayor información en la memoria de trabajo y se hipotetiza también una relación entre esta capacidad y la habilidad para la resolución de problemas (Kail & Miller, 2006). Además, Benner, Allor y Moony (2008) señalan que una adecuada velocidad de procesamiento permite a los individuos desempeñarse en tareas básicas tales como leer y realizar operaciones matemáticas sin esfuerzo consciente, lo cual luego permite al aprendiz focalizarse en tareas más complejas tales como comprensión lectora y resolución de problemas matemáticos. En los resultados de la investigación mostrados previamente, es posible observar que en los índices de Ausencia de Distractibilidad y Comprensión Verbal los individuos pertenecientes al grupo de estudio muestran un bajo desempeño en comparación con los adolescentes del grupo contraste. Una posible explicación es que los bajos puntajes del grupo de estudio en dichos índices estén relacionados con el deterioro de la velocidad de procesamiento. Esto implicaría que la raíz de las deficiencias en los adolescentes con depresión se encontraría en su reducida velocidad de procesamiento. Diversos estudios han encontrado que es a través del Índice de Velocidad de Procesamiento y no de otros índices que es posible diferenciar distintos grupos diagnósticos y adolescentes con Depresión de aquellos sin antecedentes psiquiátricos (Calhoun & Mayes, 2005; Favre et al. 2009).

Estudios por imagen sugieren que a una desregulación del sistema límbico y la subsecuente supresión del lóbulo frontal (Mayberg, 1997), particularmente en el hemisferio derecho (Liotti & Mayberg, 2001), subyacen déficits afectivos y cognitivos de la depresión. Estas áreas anatómicas correlacionan con un pobre procesamiento viso-espacial (Gorlyn et al., 2006). Según Gorlyn et al. (2006), el hecho de hallar bajos puntajes en el IVP indica que los problemas cognitivos en la depresión podrían estar fundamentalmente relacionados con una pérdida global de recursos de procesamiento. Por otro lado, es importante enfatizar que diversos estudios han revelado que el Índice de Velocidad de Procesamiento es un importante predictor del desempeño escolar ya que está relacionado al ritmo de aprendizaje y a la comprensión de nueva información (Mayes y Calhoun, 2007). En consecuencia, el tratamiento del trastorno afectivo en cuestión debería abarcar simultáneamente un trabajo de carácter educativo enfocado a nivelar la velocidad de procesamiento mental, además del tratamiento de otros síntomas como la disforia. Finalmente Favre et. al. (2009) y Gorlyn et al. (2006) señalan que la capacidad para procesar información de manera eficiente podría estar

asociada al retardo psicomotor, criterio diagnóstico de la depresión. Es por eso que otros autores concluyen que el retardo psicomotor es la clave futura para la comprensión de la depresión, ya que está relacionado con la severidad del trastorno (Nelson & Chaney, 1991)

Una de las manifestaciones más claras de la depresión durante la adolescencia es el bajo rendimiento académico, el cual correlaciona además con el Coeficiente Intelectual (Calhoun y Mayes, 2005; Freberg et al., 2008). El presente estudio muestra cómo los individuos diagnosticados con Depresión Mayor manifiestan un desempeño inferior en pruebas que miden el Coeficiente Intelectual, lo cual implica que, según lo descubierto por otros investigadores, los adolescentes del grupo de estudio presentarían un rendimiento académico menor al del grupo contraste. Aún no se ha podido establecer de manera precisa la naturaleza de la asociación entre depresión y un pobre rendimiento académico, manifestado a través de dificultades de aprendizaje. Algunos autores como Brumbach (citado por Mokros et al., 1989) destacan la posibilidad de un trastorno afectivo subyacente a las dificultades de aprendizaje. Es por eso que Hon y Cohen (1984, citado por Mokros et al., 1989) recomendaron acertadamente la necesidad de manejar, en primer lugar, el trastorno afectivo, para luego evaluar la presencia o ausencia de dificultades de aprendizaje. Por otro lado, Mokros et al. (1989) señalan que existe otro grupo de investigadores que enfatizan que también puede ocurrir lo contrario, es decir que, a partir del bajo rendimiento académico y de las dificultades de aprendizaje, se desarrolle un trastorno depresivo. Finalmente, puede suceder que ambos diagnósticos aparezcan simultáneamente. En conclusión, para determinar el carácter de la relación entre la depresión mayor y el rendimiento académico es necesaria una investigación longitudinal en la cual se realice un análisis a profundidad de la historia clínica de los pacientes. Sería importante que futuras investigaciones tomen esta tercera variable (logro académico) para lograr una visión más completa y panorámica del trastorno depresivo y sus manifestaciones durante la adolescencia.

Un tema de estudio relevante son las diferencias según género en pruebas que miden el coeficiente intelectual. En la literatura, se observa que diversos autores han intentado encontrar diferencias en la medición psicométrica de la inteligencia, ya sea en general o a nivel de habilidades específicas. Durante las últimas tres décadas creció el número de estudios psicométricos que evaluaban las diferencias entre hombres y mujeres en habilidades cognitivas (Hedges & Nowell, citado por Echevarría, Godoy & Olaz, 2007; Paz-Navarro, Rodríguez & Martínez, 2009). En este marco, surgió una controversia como consecuencia del desarrollo de dos posturas encontradas. Por un lado, hay un grupo que propone que existe una diferencia

significativa entre géneros con relación a la inteligencia general (Alexopoulos; Allik, Must & Lynn; Lynn, citados por Echevarr, Godoy & Olaz, 2007) y, por otro, un grupo que señala como erróneo el planteamiento anterior, al considerar que las diferencias entre géneros no se dan en la inteligencia general, sino en habilidades específicas, tales como la espacial, el razonamiento verbal y el razonamiento matemático (Aluja-Fabregat, Colom, Abad & Juan-Espinosa; Colom & García-López; Feingold, citados por Echevarr, Godoy & Olaz, 2007).

Luego de realizar los análisis respectivos, se encontró un rendimiento mayor en las sub-pruebas de Información (cultura e información adquirida) y Ordenamiento de Historias (Organización perceptual y visual) en hombres; por lo tanto, es posible señalar que los resultados de la presente investigación apoyan la postura del segundo grupo mencionado anteriormente (Echevarr, Godoy & Olaz, 2007; Ramirez & Rosas, 2010). Born y Lynn (1994) hallaron resultados muy similares, es decir, encontraron que los hombres tienden a manifestar facilidad en la realización de tareas que requieren habilidades viso-espaciales y verbales, mientras que las mujeres muestran desempeños superiores en las sub-pruebas que miden velocidad de procesamiento. Estos autores enfatizan que una de las diferencias más grandes a favor de los varones está en la sub-prueba de Información, lo cual puede hallar su causa en los intereses de cada género, creando así, discrepancias en el conocimiento general. Asimismo, Weiss y cols. (2003) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la magnitud de la diferencia entre los sexos en cuanto a funciones verbales y viso-espaciales. Encontraron que las mujeres tendían a tener un mejor desempeño en la mayoría de los sub-pruebas verbales, mientras que los hombres tenían un rendimiento mayor en las tareas viso-espaciales. Lynn (1994 citado por Echevarr, Godoy & Olaz, 2007) postula la importancia de factores evolutivos, socio-biológicos, neuro-anatómicos y madurativos para explicar las diferencias de género en las habilidades intelectuales. Por otro lado, Herlitz y Loven (2009) señalan que las expectativas sociales pueden jugar un rol sustancial en el desarrollo de la magnitud de las diferencias entre sexos.

Una variable socio-demográfica asociada al rendimiento académico y al coeficiente intelectual es la estructura familiar (Frum, citado por Ham, 2003; Cherian, 1991). En el estudio se hallaron diferencias significativas entre adolescentes pertenecientes a familias biparentales y familias mono-parentales. Los individuos que provenían de familias intactas mostraron puntajes mayores en el IOP, en la sub-prueba de analogías y en la sub-prueba de vocabulario, de lo cual es posible inferir que estos tienen mayor facilidad en la realización de tareas que implican el uso de la capacidad de abstracción y conceptualización a nivel verbal y no verbal. Es importante hacer énfasis en que dichas diferencias fueron solo encontradas en el grupo de

contraste, lo cual implica que cuando la variable depresión es introducida al modelo la influencia de la variable estructura familiar desaparece.

Resultados similares a los encontrados en el presente estudio fueron hallados en una investigación realizada por Kinard y Reinherz (citados por Smith, 1990), en la cual se concluyó que un bajo desempeño en el área de lenguaje está asociado con una estructura familiar mono-parental, aun cuando se controlan variables socio-demográficas pertinentes.

Es importante mencionar que las sub-pruebas (IOP, Analogías y Vocabulario) en las cuales se encontraron diferencias significativas, evalúan el potencial del Coeficiente Intelectual (Wechsler, 1991), lo cual corresponde con los resultados hallados en otras investigaciones. La estructura familiar afecta considerablemente el rendimiento académico, el cual está estrechamente asociado al coeficiente intelectual (Calhoun & Dickerson, 2005; Freberg et al., 2008). En un estudio realizado a nivel nacional en los Estados Unidos por Guidobaldi et al. (citado por Smith, 1990) se encontró una asociación entre pobre rendimiento académico y padres separados o divorciados. El desempeño del niño o adolescente en el ámbito escolar tiende a aumentar cuando la estructura familia es similar o idéntica a una estructura familiar biparental (el individuo reside con ambos padres biológicos) y disminuye considerablemente cuando la estructura familiar es similar o igual a una estructura mono-parental (Gunning; Jeynes, citados por Ham, 1998; Jeynes, 2005). En un estudio sumamente sofisticado y realizado a nivel nacional, Milne et al. (1986, citado por Smith, 1990) encontraron que pertenecer a un familia de tipo mono-parental reduce significativamente el logro académico en las áreas de lectura y matemática. Asimismo, la probabilidad de deserción escolar aumenta en dos cuando el adolescente vive con un solo padre (Frum; Pag & Ju; Mc Lanahn & Wajtkiewicz, citados por Barry y Han 1998). No obstante, resulta necesario acentuar la posibilidad de que la correlación positiva entre la estructura familiar y el desempeño en habilidades intelectuales podría estar siendo mediada por otros factores tales como el involucramiento familiar (Jeynes, 2005).

Algunas investigaciones sugieren que la razón principal por la cual el tipo de estructura familiar influye sobre el rendimiento académico del estudiante es que la estructura está asociada al tiempo de calidad que los padres le dedican al niño, potenciando así sus recursos (Crane; Christian & Morrison; Hara Morgan, Kitson & Kitson; Sanders; citados por Jeynes, 2005). El impacto de la participación parental en la vida escolar de los hijos es considerable y tiene el mismo efecto, aun controlando variables socio-demográficas tales etnicidad como educación y lugar de nacimiento

(Bogen & Schneider; Deslandes, Turcott & Bertrand; Griffith; Hampton, Mumford & Band; Mau Villa-Boas; citados por Jeynes, 2005).

Jeynes (2005) propone que la variable estructura familiar es un importante factor en la medición de involucramiento familiar o también denominado participación parental (tiempo que los padres dedican a sus hijos). Este autor afirma que una comunicación clara y eficaz es más probable cuando la estructura familiar es biparental, debido a que la presencia de ambos padres facilita en el niño la obtención de apoyo emocional y asistencia en tareas escolares, el disfrute de un sentido de unidad familiar y el crecimiento intelectual generado a partir de la interacción con adultos. En consecuencia, es posible señalar que los adolescentes pertenecientes a una estructura familiar biparental tienen una aptitud mental más alta y, por lo tanto, un mejor rendimiento académico (Smith, 1990).

Huisman et al (2010) y Milne et al (citado por Smith, 1990) sugieren la existencia de otra variable mediadora importante entre la estructura familiar y el rendimiento académico, el presupuesto familiar, porque esta puede afectar el tiempo que los padres le pueden dedicar a sus hijos. Cuando hay un solo padre en casa, generalmente este se tiene que hacer cargo solo de la economía del hogar, por lo que su horario de trabajo puede ser más prolongado. Ogunkola y Olatove (2010) señalan que aquellos con un pobre rendimiento académico tienen padres que no pasan mucho tiempo en casa. Diversos investigadores (Bane; Herzog y Sudia; Kinard & Reinherz; Svarnum, Bringle & McLaughlin, citados por Smith, 1990) han reportado que las diferencias entre niños que provienen de una familia mono-parental y los que provienen de una familia biparental desaparecen o disminuyen cuando se controlan los indicadores del estatus socioeconómico.

Existen otra serie de investigaciones que reportan que es en realidad el auto-concepto académico y no el rendimiento el que disminuye cuando la estructura familiar es mono-parental. Smith (1990) indica que los auto-conceptos académicos en niños con madres solteras o separadas es más bajo, por lo tanto es imprescindible realizar investigaciones con mayor amplitud para poder responder cada una de estas interrogantes.

Finalmente, es sustancial destacar que la investigación antes presentada tiene una serie de limitaciones que deben ser tomadas en cuenta. En primer lugar, el tamaño de muestra al ser reducido, tiene como consecuencia que haya dificultad para realizar una generalización de los resultados. Asimismo, se debe acentuar que los individuos de la muestra pertenecían a diferentes grados de instrucción y tenían distintas edades (el grupo de estudio tenía un promedio de edad mayor al del grupo contraste), lo que genera que los grupos de estudio y contraste resultaran

heterogéneos, lo cual obstaculizaba la realización de una comparación equitativa de los datos en ambos grupos. Por otro lado, a diferencia de otros estudios (Calhoun y Dickerson, 2005; Favre et al, 2009 y Freberg et al., 2008), no fue posible establecer un puntaje mínimo en el coeficiente intelectual como criterio de inclusión en la muestra, esto es, ceñir a los grupos de investigación solo a aquellos adolescentes diagnosticados con depresión mayor y con un coeficiente intelectual total mayor o igual a ochenta (límite inferior de la categoría promedio bajo). Esta limitación produce que el error sistemático del modelo estadístico aumente, debido a que no elimina la posibilidad de estar sufriendo la influencia de otras variables, como, por ejemplo, dificultades de aprendizaje o retardo mental. En cuarto lugar, es importante mencionar que la cantidad mayor de familias mono-parentales está ubicada en el grupo de estudio, por lo que las comparaciones entre grupos (familias biparentales y mono-parentales) tienen menor fiabilidad y validez. Los análisis estadísticos utilizados para comparar el desempeño de los sujetos según la estructura familiar tuvieron como restricción el tamaño muy pequeño de las muestras debido a que estas se tuvieron que dividir por la mitad con el objetivo de controlar la variable de depresión (se realizaron análisis paramétricos y no paramétricos en los grupos de contraste y de estudio separadamente). Finalmente, la división de tipos de familias en mono-parental y biparental es en realidad arbitraria, ya que no son las únicas dos posibilidades, lo que crea un sesgo en la investigación. En el análisis estadístico utilizado para estudiar la influencia de la estructura familiar en el desempeño en habilidades intelectuales hubiera resultado necesario tomar en cuenta variables asociadas tales como involucramiento familiar y el estatus socioeconómico.

En futuras investigaciones sería importante tomar el rendimiento académico como una tercera variable con el objetivo de lograr conclusiones más precisas, y con consecuencias educacionales y clínicas prácticas. Asimismo, la posibilidad de realizar un estudio longitudinal aclararía la naturaleza de la relación entre depresión mayor, rendimiento académico y habilidades intelectuales. Por otro lado, realizar un estudio tomando en cuenta variables como presupuesto familiar, tamaño de la familia (ejemplo: familia extendida, cantidad de hijos, etc.) y el tiempo de calidad que los padres pasan con sus hijos generaría que las conclusiones tengan una mayor exactitud y, en consecuencia, se pueda conocer cuáles son los ejes familiares principales a tomar en cuenta cuando el niño tiene dificultades en tareas que implican un performance adecuado de las habilidades intelectuales. Un gran aporte al estudio de las tres variables en cuestión sería realizar investigaciones de carácter neurológico y neuropsicológico con el propósito de confirmar y complementar las hipótesis planteadas con la escala Wechsler de Inteligencia para niños y adolescentes. Por otro

lado, se debería tomar en cuenta en futuros estudios la medicación, ya que esta puede tener un efecto negativo o positivo sobre el desempeño de los sujetos. La opinión de los investigadores es diversa. Por ejemplo, Mandelli et al (2006) señalan evidencia de una rápida mejora con el tratamiento farmacológico, junto con la remisión de sintomatología. No obstante, hay otros autores, como Elgamal et al. (2010), que indican que la medicación no afecta el desempeño cognitivo. Finalmente, sería interesante realizar el mismo análisis no solo con un grupo de pacientes diagnosticados con depresión mayor, sino también con grupos diagnosticados según el nivel de intensidad del trastorno depresivo.





REFERENCIAS

- Abela, J. R. and Sullivan, C. (2003). A test of Beck's cognitive diathesis-stress theory of depression in early adolescents. *Journal of early Adolescence*, 23 (4), 384-393. Recuperado en: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=5&hid=11&sid=329c0595-1cfe-42ee-80a7-84260993533d%40sessionmgr114&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=11443218>
- Allen-Meares, P. (1987). Depression in Childhood and adolescence. *Social Work*, 32 (6), 512-516. Recuperado en <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=16&hid=112&sid=b812fb2d-4ac2-4019-be4d-832baef18fa9%40sessionmgr113&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=5272986>
- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos Mentales (DSM IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Anastasi, A. & Urbina, S. (1998). *Psychological Testing (7th ed.)*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Bailey, M., Zauszniewski, J., Hienzer, M. & Hermstrom-Krainess, M. (2007). Patterns of depressive symptoms in children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 20 (2), 86-95. doi: 10.1111/j.1744-6171.2007.00090.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 5 – 37. Recuperado en <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=4&hid=119&sid=1e8f0417-d628-472a-8bae-5b461f1dd788%40sessionmgr14&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=psyh&AN=2002-01001-002>

- Benner, G., Allor J., Moony, P. (2008). An Investigation of the academic processing Speed of students with emotional and Behavioral disorders in public school settings. *Education and Treatment of Children*, 31, (3) 307-332. doi: 10.1353/etc.0.0006
- Benzimbra, S.; Carrau, A.; García Labandal, L. y Giménez, N. (2010) Trocando en Éxito el Fracaso Escolar en una comunidad educativa. Tercer Congreso de Atención Primaria de la Salud, Participación comunitaria y problemáticas sociales complejas. Buenos Aires. Recuperado en http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/a_primaria/congreso_aps/archivo_s/trocando_exito_escolar.pdf. Acceso el 1 de julio del 2011.
- Born, M. y Lynn, R. (1994) Sex differences on the Dutch WISC- R: A comparison with the USA and Scotland. *Educational psychology*, 14 (2), 249. Recuperado en <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=e2373197-9df4-46f0-987f-83e0fade459b%40sessionmgr4&vid=7&hid=15&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=9410315180>. Acceso el 25 de junio del 2011.
- Calderón Narváez, G. (1983) *Depresión: Causas, Manifestaciones y Tratamiento*. Mexico D. F.: Trillas.
- Calhoun, S. L. y Mayes, S. (2005) Processing Speed in Children with Clinical Disorders. *Psychology in Schools*, 42 (4), 33-343. doi: 10.1002/pits.20067
- Callicoate, A. N. (2009). The connection between academic achievement and depression among adolescents girls and boys. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 70 (1-A), 85. Recuperado en <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=24&hid=111&sid=1e8f0417-d628-472a-8bae-5b461f1dd788%40sessionmgr14&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=psych&AN=2009-99131-123>

- Cantwell, D. P. (1990). Depression across the Early Life Span. En Lewis, M., Miller, S. (Edit), *Handbook of Developmental Psychopathology*. New York: Plenum Press.
- Cherian, V. (1991) Relationship between size of broken and intact families and academic achievement. *Journal of social Psychology*, 131 (1), 125-127.
Recuperado en <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=798545c8-1226-4a5b-94ba-d2645ca7eae4%40sessionmgr115&vid=1&hid=107&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=9707172183>. Acceso el día 21 de abril del 2011
- Cuevas, M. & Teva, I. (2006). Evaluación y tratamiento de la Depresión infantil. En Bermúdez, M. Bermúdez, A. (Eds). *Manual de psicología infantil*. (pp. 219-270). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Del Barrio, M. (2005). Trastornos depresivos. En Gonzalez, R. (coord.). *Psicopatología del niño y del adolescente* (pp. 229 -263). Madrid: Pirámide.
- Dickerson Mayes, S. and Calhoun, S. (2005.). Processing Speed in Children with clinical disorders. *Child Neuropsychology*, 42(4) 333-343. doi: 10.1002/pits.20067
- Dickerson Mayes, S. and Calhoun, S. L. (2007). Learning, attention, writing, and processing speed in typical children and children with ADHD, autism, anxiety, depression, and oppositional defiant disorder. *Child Neuropsychology*, 13 (6), 469-493. doi: 10.1080/09297040601112773
- Donders, J. Free Bed Hops, M., Rapids, G. (1997). A short form of the WISC-III for clinical use. *Psychological Assessment*, 9 (1), 15-20. doi: 10.1037/1040-3590.9.1.15
- Echevarría, M.; Godoy, J. C. y Olaz, F. (2007) Diferencias de género en habilidades cognitivas y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Univ. Psychol*, 6 (2), 319-329. Recuperado en http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672007000200011&lng=pt&nrm=iso. Acceso el 2 de Agosto del 2011.

- Elgamal, S.; Denburg, S.; Marriott, M. & MacQueen, G. (2010) Clinical Factors that predict Cognitive Function in Patients with Major Depression. *Canadian Journal of psychiatry*, 55 (10), 953-661. Recuperado en <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=81089778-fdf3-4f67-9970-d46c3fb9536a%40sessionmgr13&vid=1&hid=13&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=57400417>. Acceso el día 3 de Agosto del 2011.
- Favre, T., Huhes, C., Emslie, G., Stavinoha, M., Kenard, B., Carmody, T. (2009). Executive Functioning in Children and Adolescents with Major Depressive Disorder. *Infant and Child Neuropsychology*, 15 (1), 85-98. doi: 10.1080/09297040802577311
- Flett, G.; Krames, L.; Vredenburg, K. (2009) Personality Traits in Clinical Depression and Remitted Depression: An Analysis of Instrumental- Agentic and Expressive-Communal Traits. *Current Psychology*, 28 (4), 240-248. DOI: 10.1007/s12144-009-9063-0
- Freberg, M. E., Vandiver, B. J., Watkins, M. W., Canivez, G. L. (2008). Significant factor score variability and the validity of the WISC-III Full Scale IQ in predicting later academic achievement. *Applied Neuropsychology*, 15 (2), 131-139. doi: 10.1080/09084280802084010
- Figueras, A. (2006). Multimétodo y multiinformante de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes. Tesis para optar al título de Doctora en Psicología, Department de Personalitat, Avaluació y Tractament Psicologics, Universitat de Barcelona, Barcelona, España.
- Fiorello, C., Hale, J. B. , McGrath, M., Ryan, K., Quinn, S. (2001). IQ interpretation for Children with flat and variable profiles. *Learning & Individual Differences*, 13 (2), 115. Recuperado en: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=12&hid=113&sid=7bda8b1f-29b4-4a89-a2a4-bae297886acb%40sessionmgr111&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=9023080>

- Garber, J., Weiss, B., & Shanley, N. (1993). Cognitions, depressive symptoms, and development in adolescents. *Journal of abnormal Psychology, 102* (1), 47-58. Recuperado en: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=23&hid=104&sid=b812fb2d-4ac2-4019-be4d-832baef18fa9%40sessionmgr113&bdata=Jmxbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=9303050694>
- Glaser, B.; Gunnell, D.; Timpson, N. J.; Joinson, C.; Zammit, S.; Davey Smith, G. y Lewis, G. (2011) Age- and puberty dependent association between IQ score in early childhood and depressive symptoms in adolescence. *Psychological Medicine, 41*, 333-343. DOI:10.1017/S003329170000814
- Goodyer, I. M., Ashby, L., Altham, P. M., Veze, C., Coopers, P. J: (1993). Temperament and Major Depression in 11 to 16 Years Olds. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines, 34* (8), 1409-1423. doi: 10.1111/1469-7610.ep11358552.
- Glutting, J. J., McDermott, P. A., Prifiteria, A., McGrath, E. A. (1994). Core profile types for the WISC-III and WIAT: Their development and application in identifying multivariate IQ-achievement discrepancies. *School Psychology Review, 23* (4), 619-639.
- Glutting, J. J., Youngstrom, E. A., Ward, T., Ward, S., Hale, R. L. (1997). Incremental efficacy of WISC-III factor scores in predicting achievement: What do they tell us? *Psychological Assessment, 9* (3), 295-301. doi: 10.1037/1040-3590.9.3.295
- Gorlyn, M.; Keilp, J.; Oquendo, M.; Burke, A.; Sackheim, H. & Mann, J. (2006) The WAISS-III and Major Depression: Absence of VIQ/PIG Differences. *Journal of Clinical & Experimental Neuropsychology, 28* (7), 1145-1157. DOI: 10.1080/13803390500246944
- Gotlib, I. H., & Hammen, C.(2002). *Handbook of Depression*. New York: Guilford Press.
- Grillon, C., Warner, V., Hille, J., Merikangas K. R., Bruder, G. E., Tenke, C. E., Nomura, Y., Leite, P., Weissman, M. M. (2005). Families at high and low risk for

depression: A three-generation startle study. *Biological psychiatry*, 57 (9), 593-960. doi: 10.1016/j.biopsych.2005.01.045

Günther, T.; Holtkamp, K.; Jolles, J.; Herpetz-Dahlman & Konrad (2004) Verbal memory and aspects of attentional control in children and adolescents with anxiety disorders or depressive disorders. *Journal of affective disorders*, 82, 265-269. DOI10.1016/j.jad.2003.11.004

Ham, B. (2003) The effects of divorce on the academic achievement of high school seniors. *Journal of Divorce & Remarriage*, 38 (3/4), 167. Recuperado en <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=043302ed-3c70-4dbb-a47a-9c5d0733ebfa%40sessionmgr111&vid=1&hid=107&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=10852727>. Acceso el 25 de julio del 2011.

Herlitz, A. y Lovén, J. (2009) Sex Differences in Cognitive Functions, *Acta Pshycologyca Clinica*, 41 (11), 1081-1090. doi: 10.3724/SP.J.1041.2009.0108.

Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2000). *Metodología de la Investigación* (2da Ed.). México, D.F.: Mc Graw-Hill

Holmes, A. J.; Bogdan, R. y Pizzagalli, D. A. (2010) Serotonin Transporter Genotype and Action Monitoring Dysfunction: A Possible Substrate Underlying Increased Vulnerability to Depression. *Neuropsychopharmacology*, 35 (5), 1186-1197. DOI: 10.1038/npp.2009.223

Huisman, M.; Araya, R.; Lawlor, D.; Ormel, J.; Verhulst, F. y Oldehinkel, A. (2010) Cognitive Ability, parental socioeconomic position and internalizing and externalizing problems in adolescence: Findings from two European cohort studies. *Eur, J Epidemiol*, 25, 569-580. DOI: 10.1007/s10654-010-9473-1

Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana, 2004, Informe General. Anales de Salud Mental 2005; XXI-1,2.

Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Fronteras, 2004, Informe General. Anales de Salud Mental 2006; XXII-1,2.

Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Estudio epidemiológico Metropolitano de Salud Mental, 2002, Informe General. Anales de Salud Mental 2002; XVIII-1,2.

Iverson, G. & Turner, R. (1999) Predictive Validity of WAIS-R VIQ-PIQ splits in persons with major depression. *Journal of Clinical psychology*, 55 (4), 519-524.

Recuperado en <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=c7f25e07-a63c-421c-b313-0617c36e6acd%40sessionmgr15&vid=1&hid=13&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=1771395>. Acceso el día 3 de agosto del 2011.

Jeynes, W. (2005) Effects of parental involvement and family structure of the academic achievement of adolescents. *Marriage and family Review*, 37 (3), 99-116. doi:10-1 300/J002v37no3𳄆

Johnson, W.; Carothers, A. & Deary, I. (2008) Sex differences in variability in general intelligence: A new look at the old question, 3 (6), 518-531. 10.1111/j.1745-6924.2008.00096.x

Kaufman, A. S. (1994). *Intelligent testing with the WISC-III*. New York: Wiley

Kessler, R. C., Avenevoli, S., & Merikangas, K. R. (2001). Mood disorders in children and adolescents: An epidemiology perspective. *Society of Biological Psychiatry*, 49, 1002-1014. doi: 10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090847

Kittler, P.; Krinsky-McHale, S. & Devenny, D. (2004) Sex differences in performance over 7 years on the Wechsler Inteliengence Scale for Children-Revised among adults with intellectual disability, 48 (2), 114-122. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2004.00500.x

Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida, J. M., Vicente, B. Andrade, L., Caravedo-Anduaga, J. J., Saxena, S., Saraceno, B. (2005) Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: Asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam*

Salud Pública, 18, 229-230. Recuperado en
<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28084.pdf>

- Kovacs, M. (2004). *Inventario de Depresión Infantil (CDI)*. Madrid: TEA Ediciones
- Kowatch, R., Emslie, G. & Kennard, B. (1996). Trastornos del estado de ánimo. En Parmelee, D. (Edit.) *Psiquiatría del niño y el adolescente*. Madrid: Harcourt Brace.
- Kercher, A. & Rapee, R. M.; (2009) A test of Cognitive Diathesis- Stress Generation Pathway in Early Adolescent Depression. *J Abnorm Child Psychol*, 37, 845-855. DOI: 10.1007/s10802-009-9315-3.
- Lakdawalla, Z., Hankin, B., Mermelstein, R. (2007). Cognitive Theories of Depression in Children and Adolescents : A conceptual and Quantitive Review. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 10 (1), 1-24. doi: 10.1007/s10567-006-0013-1
- Lega, L. I., Caballo, V. E. & Ellis, A. (2002). *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual*. España: Siglo XXI de España Editores
- Liotti, M., & Mayberg, H.S. (2001). The role of functional neuroimaging in the neuropsychology of depression. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 23, 121–136. Recuperado en [http://www.epf.pwias.ubc.ca/papers/Liotti%20\(2001\)%20J%20Clin%20Exp%20Neuropsychol.pdf](http://www.epf.pwias.ubc.ca/papers/Liotti%20(2001)%20J%20Clin%20Exp%20Neuropsychol.pdf). Acceso el día 22 de enero del 2012
- Lufi, D., Cohen, A., & Parish Plass, J. (1990). Identifying attention deficit Hyperactive disorder wit the WISC R and the Stroop color and word test. *Psychology in the schools*, 27, 28-34. Recuperado en : <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=5&hid=107&sid=d92c0565-1ad3-4ed1-aafe-e71c7b0a5cd2%40sessionmgr111&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=4739336>

- Lundy, S.; Silva, G.; Kaemingk, K.; Goodwin, J. y Quan, S. (2010) Cognitive Functioning and Academic Performance in Elementary School Children with Anxious/Depressed and Withdrawn Symptoms. *Open Pediatr Med Journal*, 14 (4), 1-9. DOI: 10.2174/1874309901004010001
- Mayberg, H.S. (1997). Limbic-cortical dysregulation: A proposed model of depression. *Journal of Neuropsychiatry*, 9, 471–481. Recuperado en <http://neuro.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=99449>. Acceso el día 22 de enero del 2012
- Mandelli, L.; Serretti, A.; Colombo, C.; Florita, M.; Santoro, A.; Rossini, D.; Zanardi, R. & Smeraldi, E. (2006) Improvement of Cognitive Functioning in Mood Disorder patients with depressive symptomatic recovery during treatment: An exploratory analysis. *Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 60 (5), 598-604. DOI: 10.1111/j.1440-1819.2006.01564.x
- Mayes, S. y Calhoun, S. L. (2004). Similarities and Differences in Wechsler Intelligence Scale for Children-Third Edition (WISC-III) Profiles: Support for Subtest Analysis in Clinical Referrals. *The Clinical Neuropsychologist*, 18 (4), 559-572. doi: 10.1080/13854040490888530
- Mayes, S. y Calhoun, S. L. (2007). Learning, Attention, Writing and Processing Speed in typical Children and Children with ADHD, Autism, Anxiety, Depression and Oppositional-Defiant Disorder. *Child Neuropsychology*, 13 (6), 469-493. DOI:
- McCan (2010) Suicide, Big Five Personality Factors, and Depression at the American State level. *Archives of Suicide Research*, 14 (4), 38-374. DOI: 10.1080/13811118.2010.524070
- Mezulis, A.; Funasaki, K.; Charbonneau, A. y Shibley Hyde, J. (2009) Gender Differences in the Cognitive Vulnerability- Stress Model of Depression in the Transition to Adolescence. *Cognitive therapy and Research*, 34 (6), 1-13. DOI: 10.1007/s10608-009-9281-7.
- Mokros, H.; Poznanski, E. y Merrick, W. (1989) Depression and Learning Disabilities in Children: A test of Hypothesis. *Journal of Learning Disabilities*, 22 (4).
Recuperado en <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=fc4d2ac2-e643->

[441f-afbc-415dd6f640cc%40sessionmgr13&vid=1&hid=12&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=4740161](https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.08.001). Acceso el día 3 de Agosto del 2011.

Murray, C. J. L., and Lopez, A. D. (1996). *The Global Burden of Disease*. Cambridge, MA: Harvard University Press

Nelson, J.C., & Chaney, D.S. (1981). The symptoms of major depressive illness. *American Journal of Psychiatry*, 138, 1–13. Recuperado en <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1981-08126-001>. Acceso el día 22 de enero del 2012.

Neto, F.; Ruiz, F. & Furnham, A. (2008) Sex differences in self-estimation of multiple intelligences among Portuguese adolescents. *High Ability Studies*, 19 (2), 189-204. DOI: 10.1080/13598130802504387

Nyden, A., Billstedt, E., Hjelmquist, E., Gillberg, C. (2001). Neurocognitive stability in Asperger syndrome, ADHD, and reading and writing disorder: A pilot study. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 43, 165-171. doi: 10.1017/S0012162201000329

Organización Mundial de la Salud (2000) Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Editorial Médica Panamericana

Organización Mundial de la Salud (2001) Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. En: Informe sobre la salud en el mundo, 2001. Ginebra: OMS; 2001. Hallado en: <http://www.who.int/whr/2001/es/>. Acceso el 18 de abril de 2010

Organización Mundial de la Salud (2007). *Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes*. Madrid: Médica Panamericana

Ogunkola, B. J. & Olatove, R. A.(2010) Students inherited characteristics, Parents educational attainment and family size as predictors of academic achievement in integrated science. *Research Journal Studies*, 16, 119-124. Recuperado en <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=26ab41a8-a82a-4c9d-8bd9->

- [47b2c2a3ca08%40sessionmgr111&vid=1&hid=107&bdata=JmxhbmC9ZXMmc2I0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=56577607](http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/10/010_Paz.pdf). Acceso el día 21 de abril del 2011
- Paz- Navarro, L.; Rodríguez, P. y Martínez, M. (2009) Funcionamiento familiar con bajo rendimiento escolar y su comparación con un grupo de rendimiento promedio en una preparatoria de la universidad de Guadalajara. *Revista de Educación y Desarrollo*, 5-15. Recuperado en http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/10/010_Paz.pdf. Acceso el 1 de Julio del 2011.
- Preiss, M. & Franova, L. (2006) Depressive symptoms, Academic Achievement, and Intelligence. *Studia Psychologica*, 48 (1), 57-68. Recuperado en <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=f9205fb6-1608-4ed9-82a0-f0ed11122a3f%40sessionmgr12&vid=1&hid=13&bdata=JmxhbmC9ZXMmc2I0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=20890907>. Acceso el día 3 de Agosto del 2011.
- Polaino-Lorente, A. (1988). *Las depresiones infantiles*. Madrid: Ediciones Morata
- Ramirez, R. (2009). *Adaptación del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs en escolares de la ciudad de Cajamarca*. Tesis de Licenciatura para obtener el título de Licenciado en Psicología, con mención en Psicología Clínica, Facultad de Letras y Ciencias Humana, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú
- Ramirez, V. & Rosas, R. (2007). Estandarización del WISC –III en Chile: Descripción del Test, Estructura Factorial y Consistencia Interna de las Escalas. *Psyque*. Vol. 16. N°1
- Reategui D. y Vargas, H. (2008) Síntomas depresivos en pacientes con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev Med Hered*, 19 (3). Recuperado en <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v19n3/v19n3ao2.pdf>
- Reategui, L. (1994). *La Depresión Infantil: Estandarización del Inventario de Depresión para Niños (CDI)*". Tesis de Licenciatura para obtener el título de Licenciado en

Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Cayetano Heredia del Perú,
Lima, Perú

Rodríguez, J. (2000). Las Depresiones infantiles. En Rodríguez, J. (Coord.).
Psicopatología infantil básica. Madrid: Pirámide.

Rutter, M. (1987). The role of cognition in child-development disorder. *British Journal of Medical Psychology*, 60, 1-16. Recuperado en <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=38&hid=111&sid=b812fb2d-4ac2-4019-be4d-832baef18fa9%40sessionmgr113&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#db=a9h&AN=49073041>

Rodríguez, J. J., Barrett, T., Naváez, S., Caldas, J. M., Levav, I., Secar, S. (2007) Sistemas de salud mental en El Salvador, Guatemala y Nicaragua: resultados de una evaluación mediante el WHO-AIMS. *Rev Panam Salud Pública*, 22 (5), 348-349. doi: 10.1590/S1020-49892007001000008

Sattler, J. M. (2002). *Assessment of children. Behavioral and clinical implications (4th ed.)*. San Diego: Jerome M. Sattler.

Shaffer, D. (2007). *Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia.*, Mexico D. F.: Thomson

Smith, T. (1990) Parental Separation and the Academic Self- concepts of Adolescents: An effort to solve the puzzle of separation effect. *Journal of Marriage & Family*, 55, (1), 107-118. Recuperado en <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=87925641-5033-4b90-bb69-c1426bf14e22%40sessionmgr114&vid=1&hid=107&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#db=a9h&AN=9604085918>. Acceso el 25 de julio del 2011.

Stevenson, D. T. & Romney, D. M. (1984) Depression in Learning Disable Children. *Journal of Learning Disable Children*, 17 (10). Recuperado en <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=148e608d-9c38-4d40-a8e2-5dc6706e1f99%40sessionmgr11&vid=1&hid=12&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#db=a9h&AN=4728866>. Acceso el día 3 de agosto del 2011.

- Strange, F. & Palmer, J. (1953) Note on sex Differences on the Wechsler-Bellevue tests. *Journal of Clinical Psychology*, 9 (1), 85-87. Recuperado en <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=822e219f-ce30-4403-90ef-f81a8a74efae%40sessionmgr15&vid=1&hid=13&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#db=a9h&AN=16061420>. Acceso el día 1 de junio del 2011.
- Suslow, T. (2009) Estimating Verbal Intelligence in Unipolar Depression: Comparison of Word Definition and Word Recognition. *Nordic Journal of psychiatry*, 63 (2), 120-123. DOI: 10.1080/08039480802316010
- Tomás, J., Teixidó, M. & Gastaminza, X. (1996). La depresión en la infancia y la adolescencia. En Bassas, N. y Tomás, J. (Coord.). *Carencia Afectiva, hipercinesia, depresión y otras alteraciones en la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Alertes
- Ward, S.; Sylva, J. y Gresham, F. (2010) School-Based Predictors of Early Adolescent Depression. *School Mental Health*, 2, 125-131. DOI: 10.1007/s12310-010-9028-3
- Waslick, B. D., Kandel, R., Kakouros, A. (2003). La depresión en niños y adolescentes. En B. Waslick & D. Shaffer (Eds.), *Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes* (pp.1-39). Barcelona: Psiquiatría Editores S. L.
- Watkins, M. W., Glutting, J. J. (2000). Incremental validity of WISC-III profile elevation, scatter, and , and shape information for predicting reading and math achievement. *Psychological Assessment*, 12 (4), 402-408. doi: 10.1037/1040-3590.12.4.402
- Wechsler, D. (1991/1997). *Test de inteligencia para Niños WISC III. Manual* (traducción Ofelia Castillo. Buenos Aires: Paidós
- Weiss, B., and Garber, J. (2003). Developmental differences in the phenomenology of depression. *Development and Psychopathology*, 15 (2), 403-430. doi: 10.1111/j.1469-7610.2009.02155.x

Weiss, E. M., Kemmler G., Deisenhammer E. A., Fleischhacker W. & Delazer M. (2003). Sex Differences in Cognitive Functions. *Personality and Individual Differences*, 35, 863-875. Recuperado en <http://psych.umb.edu/faculty/adams/fall2003/paper2/paper3/weisssexdiff2003.pdf>. Acceso el día de 17 de mayo del 2011.

Wicks Nelson, R. y Israel, A. (1997). *La psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice Hall.

Zychinski, K. & Polo, A. (2011) Academic Achievement and Depressive Symptoms in Low- Income Latino Youth. *Journal of Child and Family Studies*, 1-13. doi:10.1007/s10826-011-9509-5







ANEXO A

Ficha de datos

Nombre: _____

Apellidos: _____

Edad: _____

Sexo: F M

Grado de instrucción (Marque con una X): Primaria Secundaria

Composición Familiar (personas con las que reside):

Distrito de Residencia: _____

¿Tiene alguna enfermedad? (Marque con una X) Si No

¿Cuál?:

¿En que año fue diagnosticado con esta enfermedad?: _____

¿Toma alguna Medicación? (Marque con una X) Si No

¿Cuál?:

¿Desde hace cuanto que toma dicha medicación (Fecha de inicio)?: _____

¿Asiste actualmente a terapia? (Marque con una X) Si No

¿Con cuanta frecuencia asiste? (Marque con una X)

- 2 veces o más veces por semana
- 1 vez por semana
- 1 vez cada dos semanas
- 1 vez al mes o menos



Anexo B

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE KOVACS (CID)

Este es un cuestionario que tiene oraciones que están en grupos de tres. Escoge de cada grupo UNA oración, la que mejor diga como te has portado, como te has sentido, que has pensado en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS; luego coloca una marca como esta: "X" en las líneas de puntos que está al costado de la oración que eliges.

No hay respuesta correcta ni falsa, solo trata de contestar con la mayor sinceridad, lo que es cierto para ti.

Aquí tienes un ejemplo. trata de contestar poniendo un "X" al costado de la oración que sea cierta para ti.

Ejemplo:

.....Siempre leo libros.

.....Algunas veces leo libros.

.....Nunca leo libros.

Muy bien, ahora voltea la página y comienza a contestar.

Recuerda, marca la oración que mejor diga como has estado en las últimas DOS SEMANAS.

1. ----Rara vez me siento triste
----Muchas veces me siento triste
----Me siento triste todo el tiempo
2. ----Nada me va a salir bien.
----No estoy seguro si las cosas me van a salir bien.
----Las cosas me van a salir bien
3. ----Hago la mayoría de las cosas bien.
----Hago muchas cosas mal.
----Todo lo hago mal
4. ----Muchas cosas me divierten.
----Me divierten algunas cosas.
----Nada me divierte
5. ----Soy malo todo el tiempo.
----Soy malo muchas veces.
----Rara vez soy malo.
6. ----Rara vez pienso que me van a salir mal las cosas.
----Me preocupa que puedan pasarme cosas malas.
----Estoy seguro que me pasaran cosas terribles.
7. ----Me odio a mi mismo.

----No me gusta a mi mismo.
----me gusta a mi mismo.

8. ----Tengo la culpa de todas las cosas malas .
----Tengo la culpa de muchas cosas malas .
----Generalmente no tengo la culpa de las cosas malas.
9. ----No pienso en matarme .
----Pienso en matarme pero no lo haria .
----Quiero matarme .
10. ----Siento ganas de llorar todos los dias .
----Muchos dias me dan ganas de llorar .
----Rara vez siento ganas de llorar.
11. ----Las cosas me molestan todo el tiempo .
----Las cosas me molestan muchas veces .
----Rara vez algo me molesta.

Recuerda , marca la oración que mejor diga como has estado en las ultimas DOS SEMANAS .

12. ----Me gusta estar con otras personas .
----Muchas veces no me gusta estar con otras personas .
----Yo no quiero estar con las personas .
13. ----No puedo decidirme por algo .
----Es dificil para mi decidirme por algo .
----Me decido fácilmente por algo .
14. ----Me veo bien .
----Hay algunas cosas malas en mi apariencia .
----Me veo horrible.
15. ----Todo el tiempo me cuesta mucho esfuerzo hacer mis tareas del colegio .
----Muchas veces me cuesta mucho esfuerzo hacer mis tareas del colegio .
----Hacer mis tareas del colegio no es gran problema .
16. ----Todas las noches tengo problemas para dormir .
----Varias noches tengo problemas para dormir .
----duerno muy bien.
17. ----Rara vez me siento cansado .
----Muchos dias me siento cansado .
----Todo el tiempo me siento cansado .
18. ----La mayoría de los dias no tengo ganas de comer .
----Varios dias no tengo ganas de comer .
----Como muy bien.
19. ----No me preocupan dolores ni enfermedades .
----Muchas veces me preocupan dolores y enfermedades

- Todo el tiempo me preocupan dolores y enfermedades .
20. -----No me siento solo.
-----Muchas veces me siento solo .
-----Todo el tiempo me siento solo .
21. -----Nunca me divierto en el colegio.
-----Solo de vez en cuando me divierto en el colegio .
-----Muchas veces me divierto en el colegio.
22. -----Tengo muchos amigos .
-----Tengo algunas amigos pero quisiera tener mas.
-----No tengo amigos.
23. -----Mi rendimiento en el colegio es bueno .
-----Mi rendimiento en el colegio no estan bueno como antes .
-----Estoy mal en cursos en los que antes estaba bien .
24. -----Nunca podre ser bueno como los otros adolescentes.
-----Puedo ser bueno como otros adolescentes si yo quisiera .
-----Soy tan bueno como otros adolescentes .
25. -----Nadie me quiere realmente .
-----No estoy seguro si alguien me quiere .
-----Estoy seguro que hay personas que me quieren .
26. -----Generalmente hago caso en lo que me dicen .
-----Muchas veces no hago caso en lo que me dicen .
-----Nunca hago caso en lo que me dicen .
27. -----Me llevo bien con los demas .
-----Muchas veces me peleo con los demas .
-----Todo el tiempo me peleo con los demas .

GRACIAS POR CONTESTAR ESTE CUESTIONARIO

REvisa SI HAS CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS.

PUNTUACIÓN DEL INVENTARIO DE KOVACS

1. ----Rara vez me siento triste (0)
----Muchas veces me siento triste (1)
----Me siento triste todo el tiempo (2)
2. ----Nada me va a salir bien (2)
----No estoy seguro si las cosas me van a salir bien (1)
----Las cosas me van a salir bien (0)
3. ----Hago la mayoría de las cosas bien (0)
----Hago muchas cosas mal. (1)
----Todo lo hago mal (2)
4. ----Muchas cosas me divierten (0)
----Me divierten algunas cosas (1)
----Nada me divierte (2)
5. ----Soy malo todo el tiempo (2)
----Soy malo muchas veces (1)
----Rara vez soy malo. (0)
6. ----Rara vez pienso que me van a salir mal las cosas (0)
----Me preocupa que puedan pasarme cosas malas (1)
----Estoy seguro que me pasaran cosas terribles (2)
7. ----Me odio a mi mismo (2)
----No me gusto a mi mismo (1)
----me gusto a mi mismo (0)
8. ----Tengo la culpa de todas las cosas malas (2)
----Tengo la culpa de muchas cosas malas (1)
----Generalmente no tengo la culpa de las cosas malas. (0)
9. ----No pienso en matarme (0)
----Pienso en matarme pero no lo haria (1)
----Quiero matarme (2)
10. ----Siento ganas de llorar todos los dias (2)
----Muchos dias me dan ganas de llorar. (1)
----Rara vez siento ganas de llorar. (0)
11. ----Las cosas me molestan todo el tiempo (2)
----Las cosas me molestan muchas veces (1)
----Rara vez algo me molesta. (0)

Recuerda , marca la oración que mejor diga como has estado en las ultimas DOS SEMANAS .

12. ----Me gusta estar con otras personas (0)
----Muchas veces no me gusta estar con otras personas (1)
----Yo no quiero estar con las personas (2)

13. ----No puedo decidirme por algo. (2)
----Es difícil para mi decidirme por algo (1)
----Me decido fácilmente por algo (0)

14. ----Me veo bien (0)
----Hay algunas cosas malas en mi apariencia (1)
----Me veo horrible. (2)

15. ----Todo el tiempo me cuesta mucho esfuerzo hacer mis tareas del colegio(2)
----Muchas veces me cuesta mucho esfuerzo hacer mis tareas del colegio(1)
----Hacer mis tareas del colegio no es gran problema (0)

16. ----Todas las noches tengo problemas para dormir (2)
----Varias noches tengo problemas para dormir.(1)
----duerno muy bien. (0)

17. ----Rara vez me siento cansado (0)
----Muchos días me siento cansado (1)
----Todo el tiempo me siento cansado (2)

18. ----La mayoría de los días no tengo ganas de comer (2)
----Varios días no tengo ganas de comer (1)
----Como muy bien.(0)

19. ----No me preocupan dolores ni enfermedades. (0)
----Muchas veces me preocupan dolores y enfermedades (1)
----Todo el tiempo me preocupan dolores y enfermedades (2)

20. ----No me siento solo. (0)
----Muchas veces me siento solo .(1)
----Todo el tiempo me siento solo .(2)

21. ----Nunca me divierto en el colegio.(2)
----Solo de vez en cuando me divierto en el colegio .(1)
----Muchas veces me divierto en el colegio. (0)

22. ----Tengo muchos amigos .(0)
----Tengo algunas amigos pero quisiera tener mas. (1)
----No tengo amigos. (2)

23. ----Mi rendimiento en el colegio es bueno .(0)
----Mi rendimiento en el colegio no estan bueno como antes (1)
----Estoy mal en cursos en los que antes estaba bien (2)

24. -----Nunca podre ser bueno como los otros adolescentes. (2)
-----Puedo ser bueno como otros adolescentes si yo quisiera .(1)
-----Soy tan bueno como otros adolescentes .(0)
25. -----Nadie me quiere realmente (2)
-----No estoy seguro si alguien me quiere (1)
-----Estoy seguro que hay personas que me quieren (0)
26. -----Generalmente hago caso en lo que me dicen .(0)
-----Muchas veces no hago caso en lo que me dicen .(1)
-----Nunca hago caso en lo que me dicen .(2)
27. -----Me llevo bien con los demas .(0)
-----Muchas veces me peleo con los demas .(1)
-----Todo el tiempo me peleo con los demas .(2)



Anexo C

Consentimiento Informado

Acepto libre y voluntariamente, sin ningún tipo de coerción de por medio, ser participante del Proyecto de Investigación que conduce la Interna de Psicología **Pamela Núñez del Prado** con el respaldo y aprobación de la Dirección de Niños y Adolescentes del Instituto de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”.

Entiendo que el propósito de la investigación es el de entender mejor mi estado de ánimo y orientar mejor mi tratamiento. También entiendo que si participo en el proyecto, me van a preguntar aspectos relacionados a como me siento, como pienso; y también algunas de las actividades que realizo diariamente.

Asimismo, se me ha explicado que voy a llenar un cuestionario y voy a realizar una escala en donde se evalúan mis habilidades intelectuales en lapso de tres sesiones de 1 hora. Entiendo que mi participación es totalmente voluntaria, y que si deseo, puedo retirarme en cualquier momento.

Se me ha explicado que las respuestas a los cuestionarios son de carácter confidencial y que nadie tendrá acceso a ellas. Asimismo, que mis datos personales también se mantendrán confidenciales y se me identificará dentro del estudio mediante un código.

Entiendo que los resultados de la investigación serán presentados de manera grupal, no individual, por lo que no se mencionarán mis datos personales ni mis respuestas en ningún momento.

Entiendo que obtendré beneficios de mi participación en este estudio pues mis resultados pasarán a mi historia clínica y serán útiles para aquellas personas que estén encargadas de mi tratamiento.

Si tengo cualquier duda, puedo comunicarme al teléfono 992792848.
He leído y entendido este consentimiento informado.

Firma

Fecha

I. Consentimiento Informado y Permiso de Padres

Consentimiento Informado

Por medio de la presente se pide la participación de su hija y/o hijo en el Proyecto de Investigación que conduce la Interna de Psicología **Pamela Núñez del Prado** con el respaldo y aprobación de la Dirección de Niños y Adolescentes del Instituto de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. El propósito de la investigación es el de entender mejor el estado de ánimo y el rendimiento académico de su hijo y/o hija, y orientar así, mejor su tratamiento. Con dicho fin se le aplicarán un cuestionario y una escala en donde se evalúan las habilidades intelectuales en lapso de tres sesiones de 1 hora. La participación en el estudio es voluntaria y los resultados de su hijo y/o hija son de carácter confidencial así como sus datos personales pues se le identificará dentro del estudio mediante un código. Su hijo y/o hija obtendrá beneficios de su participación en este estudio pues sus resultados pasarán a su historia clínica y serán útiles para aquellas personas que estén encargadas de mi tratamiento.

Si tiene alguna cualquier duda, puede comunicarse al teléfono 992792848.

Permiso

Yo, _____
padre/madre/apoderado _____ de _____ la _____ paciente
_____ acepto que mi hijo y/o
hija sea partícipe de del Proyecto de Investigación que conduce la Interna de
Psicología **Pamela Núñez del Prado** con el respaldo y aprobación de la
Dirección de Niños y Adolescentes del Instituto de Salud Mental “Honorio
Delgado-Hideyo Noguchi”.

Se me han explicado los propósitos y alcances de la investigación así como los procedimientos y la utilización de los resultados de mi hijo y/o hija. Asimismo se me ha explicado que el y/o ella obtendrá beneficios de la investigación pues sus resultados pasarán a su historia clínica y serán útiles para las personas encargadas de su tratamiento.

He leído y entendido este consentimiento informado.

Firma

Fecha

H. Consentimiento Informado para los participantes del colegio

Consentimiento Informado

Acepto libre y voluntariamente, sin ningún tipo de coerción de por medio, ser participante del Proyecto de Investigación que conduce Pamela Núñez del Prado Chaves, estudiante de último ciclo de la carrera profesional de Psicología Clínica, perteneciente a la Facultad de Letras y Ciencias Humanas de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Entiendo que el propósito de la investigación es el de entender mejor mi estado de ánimo y mis habilidades intelectuales También entiendo que si participo en el proyecto, me van a preguntar aspectos relacionados a como me siento, como pienso; y también algunas de las actividades que realizo diariamente.

Asimismo, se me ha explicado que voy a llenar un cuestionario y voy a realizar una escala en donde se evalúan mis habilidades intelectuales en lapso de tres sesiones de 1 hora. Entiendo que mi participación es totalmente voluntaria, y que si deseo, puedo retirarme en cualquier momento.

Se me ha explicado que las respuestas a los cuestionarios son de carácter confidencial y que nadie tendrá acceso a ellas. Asimismo, que mis datos personales también se mantendrán confidenciales y se me identificará dentro del estudio mediante un código.

Entiendo que los resultados de la investigación serán presentados de manera grupal, no individual, por lo que no se mencionarán mis datos personales ni mis respuestas en ningún momento.

Entiendo que obtendré beneficios de mi participación en este estudio pues recibiré mis resultados a través de un informe realizado por la investigadora Pamela Núñez del Prado Chaves.

Si tengo cualquier duda, puedo comunicarme al teléfono 992792848.
He leído y entendido este consentimiento informado.

Firma

Fecha

I. Consentimiento Informado y Permiso de Padres

Consentimiento Informado

Por medio de la presente se pide la participación de su hija y/o hijo en el Proyecto de Investigación que conduce Pamela Núñez del Prado Chaves, estudiante de último ciclo de la carrera profesional de Psicología Clínica, perteneciente a la Facultad de Letras y Ciencias Humanas de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

El propósito de la investigación es el de entender mejor el estado de ánimo y las habilidades intelectuales de su hijo y/o hija. Con dicho fin se le aplicarán un cuestionario y una escala en donde se evalúan las habilidades intelectuales en lapso de tres sesiones de 1 hora. La participación en el estudio es voluntaria y los resultados de su hijo y/o hija son de carácter confidencial así como sus datos personales pues se le identificará dentro del estudio mediante un código. Su hijo y/o hija obtendrá beneficios de su participación en este estudio pues sus resultados, serán devueltos a través de un informe que realiza la investigadora

Si tiene alguna cualquier duda, puede comunicarse al teléfono 992792848.

Permiso

Yo, _____
padre/madre/apoderado _____ de _____ la _____ paciente
_____ acepto que mi hijo y/o
hija sea partícipe de del Proyecto de Investigación que conduce Pamela Núñez
del Prado Chaves, estudiante de último ciclo de la carrera profesional de
Psicología Clínica, perteneciente a la Facultad de Letras y Ciencias Humanas
de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Se me han explicado los propósitos y alcances de la investigación así como los procedimientos y la utilización de los resultados de mi hijo y/o hija. Asimismo se me ha explicado que el y/o ella obtendrá beneficios de la investigación pues sus resultados serán devueltos a través de un informe que realizará la evaluadora.

He leído y entendido este consentimiento informado.

Firma

Fecha

ANEXO D

Tabla 6
Resultados del análisis correlacional entre la variable edad y los índices y sub-pruebas con distribución no paramétrica

	Contraste	Estudio
	ρ	ρ
IOP	-0.23	0.03
IAD	-0.10	-0.06
Aritmética	-0.41	0.31
Construcción con cubos	-0.06	0.22
Retención de Dígitos	-0.14	0.17

n =36
** $p < 0.01$
* $p < 0.05$

En el C.I. Total (Edad $F(1, 32)=2.54$, $MSE=285.68$, $p>.05$, $n=.07$; Sexo $F(1, 32)=.49$, $MSE=285.68$, $p>.05$, $n=.02$), C.I. Verbal (Edad $F(1, 32)=.52$, $MSE=100.70$, $p>.01$, $n=.02$; Sexo $F(1, 32)=.22$, $MSE=100.70$, $p>.05$, $n=.01$) y el C.I. Ejecutivo (Edad $F(1, 32)=1.80$, $MSE=133.14$, $p>.05$, $n=.02$; Sexo $F(1, 32)=.35$, $MSE=133.14$, $p>.05$, $n=.01$) no se encontraron diferencias significativas en relación con las variables edad y sexo.

En el ICV no se encuentran diferencias significativas relacionadas con el sexo ($F(1, 32)=.18$, $MSE=63.14$, $p>.05$, $n=.01$) y con la edad ($F(1, 32)=1.43$, $MSE=63.14$, $p>.05$, $n=.04$), es decir, varones y mujeres tienen un rendimiento similar en el área verbal, que abarca la capacidad de abstraer, conceptualizar y la internalización de las normas sociales convencionales. Asimismo, la edad no es un factor que determina el desempeño en este índice.

Tabla 10
Resultados del análisis U de Mann Whitney de los índices con distribución no paramétrica según el sexo en el Grupo Contraste

	Grupo Contraste						U de Mann Whitney	Sig
	Hombre			Mujer				
	N	Media	DE	N	Media	DE		
IOP	12	53.50	12.71	6	47.00	9.63	34.50	
IAD	12	20.50	5.68	6	21.00	3.97	22.50	

n=18
** $p < 0.01$
* $p < 0.05$

Tabla 11
Resultados del análisis U de Mann Whitney de los índices con distribución no paramétrica según el sexo en el Grupo de Estudio

	Grupo de Estudio						U de Mann Whitney	Sig
	Hombre			Mujer				
	N	Media	DE	N	Media	DE		
IOP	9	43.00	68.92	9	35.00	6.78	19.50	
IAD	9	15.00	2.56	9	16.00	3.70	38.00	

n=18
** $p < 0.01$
* $p < 0.05$

Tabla 15
Resultados de las comparaciones establecidas entre las medianas del la sub-prueba Construcción de Cubos (sub-prueba del IOP con distribución no paramétrica)

	Grupo						Mann Whitney U	Sig
	Contraste			Estudio				
	N	Mediana	DE	N	Mediana	DE		
C. cubos	18	60	5.38	18	58.50	50.01	121.50	

n=36
** $p < 0.01$
* $p < 0.05$

Tabla 16

Resultados del análisis U de Mann Whitney de la sub-prueba de Construcción con Cubos según el sexo en el Grupo Contraste

	Grupo Contraste						U de Mann Whitney	Sig
	Hombre			Mujer				
	N	Media	DE	N	Media	DE		
C. con Cubos	12	59.00	5.50	6	61.00	5.60	31.50	

n=18

** $p < 0.01$

* $p < 0.05$

Tabla 17

Resultados del análisis U de Mann Whitney de la sub-prueba de Construcción con Cubos según el sexo en el Grupo de Estudio

	Grupo de Estudio						U de Mann Whitney	Sig
	Hombre			Mujer				
	N	Media	DE	N	Media	DE		
C. con Cubos	9	58.00	9.53	9	59.00	9.72	40.00	

n=18

** $p < 0.01$

* $p < 0.05$

Tabla 19

Resultados del análisis U de Mann Whitney de las sub-pruebas del IAD según el sexo en el Grupo Contraste

	Grupo Contraste						U de Mann Whitney	Sig
	Hombre			Mujer				
	N	Media	DE	N	Media	DE		
Aritmética	12	19.50	4.22	6	19.00	2.74	31.50	
R. de Dígitos	12	14.50	3.72	6	15.50	3.23	23.50	

n=18

** $p < 0.01$

* $p < 0.05$

Tabla 20

Resultados del análisis U de Mann Whitney de las sub-pruebas del IAD según el sexo en el Grupo Contraste

	Grupo Contraste						U de Mann Whitney	Sig
	Hombre			Mujer				
	N	Media	DE	N	Media	DE		
Aritmética	9	17.00	2.49	9	18.00	1.99	29.00	
R. de Dígitos	9	12.00	2.95	9	12.00	3.67	37.50	

n=18
 ** $p < 0.01$
 * $p < 0.05$

Tabla 22

Resultados de análisis U de Mann Whitney de los Índices con distribución no paramétrica según el tipo de estructura familiar en el Grupo de Estudio

	Grupo Estudio						U de Mann Whitney	Sig
	Familia Monoparental			Familia Biparental				
	N	Media	DE	N	Media	DE		
IOP	10	41.00	66.64	8	36.50	5.78	38.50	
IAD	10	15.50	3.28	8	14.50	2.78	28.00	

n=18
 ** $p < 0.01$
 * $p < 0.05$

Tabla 24

Resultados del análisis multivariado (MANOVA) de las sub-pruebas del ICV según el tipo de estructura familiar en el Grupo Estudio

	Grupo de Estudio						F	Sig
	Estructura Monoparental			Estructura Biparental				
	N	Media	DE	N	Media	DE		
Información	10	18.56	3.54	8	18.42	2.45	.01	
Analogías	10	18.92	4.35	8	20.47	5.21	.87	
Vocabulario	10	28.80	5.96	8	33.73	6.33	3.87	
Comprensión	10	20.81	4.39	8	22.74	4.23	.99	

$n=18$
** $p < 0.01$

A continuación se muestran las tablas correspondientes a los ANOVAS o análisis no paramétricos del CIT (Grupo contraste: $F(1, 15) = 3.17$, $MSE=385.96$, $p>.05$, $n=.18$; Grupo de Estudio: $F(1, 15) = .13$, $MSE=129.76$, $p>.05$, $n=.01$), CIV (Grupo de contraste: $F(1, 15) = 2.28$, $MSE=130.86$, $p>.05$, $n=.13$; Grupo de Estudio: $F(1, 15) = .79$, $MSE=58.69$, $p>.05$, $n=.05$), CIE (Grupo de Contraste: $F(1, 15) = 1.82$, $MSE=158.62$, $p>.05$, $n=.11$; Grupo de Estudio: $F(1, 15) = .05$, $MSE=102.22$, $p>.05$, $n=.00$), ICV (Grupo de Contraste: $F(1, 15) = 2.38$, $MSE=78.74$, $p>.05$, $n=.14$; Grupo de Estudio: $F(1, 15) = 1.27$, $MSE=36.70$, $p>.05$, $n=.08$), IVP (Grupo de Contraste: $F(1, 15) = .17$, $MSE=29.64$, $p>.05$, $n=.01$; Grupo de Estudio: $F(1, 15) = .01$, $MSE=15.77$, $p>.05$, $n=.00$), las sub-pruebas de Claves (Grupo de Contraste: $F(1, 15) = .42$, $MSE=146.68$, $p>.05$, $n=.03$; Grupo de Estudio: $F(1, 15) = .40$, $MSE=66.73$, $p>.05$, $n=.00$), Búsqueda de símbolos (Grupo de Contraste: $F(1, 15) = 1.59$, $MSE=27.92$, $p>.05$, $n=.10$; Grupo de Estudio: $F(1, 15) = .05$, $MSE=16.39$, $p>.05$, $n=.00$), Completamiento de Figuras (Grupo de Contraste: $F(1, 15) = 1.02$, $MSE=9.16$, $p>.05$, $n=.06$; Grupo de Estudio: $F(1, 15) = .04$, $MSE=6.16$, $p>.05$, $n=.00$), Ordenamiento de historias (Grupo de Contraste: $F(1, 15) = 2.78$, $MSE=103.49$, $p>.05$, $n=.16$; Grupo de Estudio: $F(1, 15) = .32$, $MSE=138.36$, $p>.05$, $n=.02$), Ensamblaje de Objetos (Grupo de Contraste: $F(1, 15) = .48$, $MSE=17.94$, $p>.05$, $n=.03$; Grupo de Estudio: $F(1, 15) = .32$, $MSE=8.51$, $p>.05$, $n=.02$), Construcción con Cubos, Aritmética y Retención de Dígitos (Tablas de la 25 a la 36).

Tabla 25

Resultados del análisis multivariado (MANOVA) de los Coeficientes Intelectuales (C. I. total, C. I Verbal, C. I. Ejecutivo) según el tipo de estructura familiar en el grupo Contraste

	Grupo de Contraste						F	Sig
	Estructura Monoparental			Estructura Biparental				
	N	Media	DE	N	Media	DE		
CI Total	5	100.97	16.18	13	120.47	20.54	3.17	
CI Verbal	5	46.21	7.30	13	55.84	12.14	2.28	
CI Ejecutivo	5	54.50	9.54	13	63.96	13.26	1.82	

$n=18$
** $p < 0.01$
* $p < 0.05$

Tabla 26

Resultados del análisis multivariado (MANOVA) de los Coeficientes Intelectuales (C. I. total, C. I Verbal, C. I. Ejecutivo) según el tipo de estructura familiar en el Grupo de Estudio

	Grupo de Estudio						F	Sig.
	Estructura Monoparental			Estructura Biparental				
	N	Media	DE	N	Media	DE		
CI Total	10	88.88	10.84	8	90.90	12.40	.13	
CI Verbal	10	39.36	6.69	8	42.68	5.37	.79	
CI Ejecutivo	10	48.34	10.93	8	47.19	8.78	.05	

$n=18$
 ** $p < 0.01$
 * $p < 0.05$

Tabla 27

Resultados del análisis multivariado (MANOVA) del ICV y el IVP según el tipo de estructura familiar en el grupo Contraste

	Grupo de Contraste						F	Sig
	Estructura Monoparental			Estructura Biparental				
	N	Media	DE	N	Media	DE		
ICV	5	36.77	6.46	13	44.40	9.44	2.38	
IVP	5	24.77	2.83	13	25.63	5.92	.17	

$n=18$
 ** $p < 0.01$
 * $p < 0.05$

Tabla 28

Resultados del análisis multivariado (MANOVA) del ICV y el IVP según el tipo de estructura familiar en el Grupo Estudio

	Grupo de Estudio						F	Sig
	Estructura Monoparental			Estructura Biparental				
	N	Media	DE	N	Media	DE		
ICV	10	31.51	7.21	8	34.85	3.55	1.27	
IVP	10	15.93	3.24	8	15.71	5.60	.01	

$n=18$
** $p < 0.01$
* $p < 0.05$

Tabla 29

Resultados del análisis multivariado (MANOVA) de las sub-pruebas del IVP según el tipo de estructura familiar en el Grupo Contraste

	Grupo de Contraste						F	Sig
	Estructura Monoparental			Estructura Biparental				
	N	Media	DE	N	Media	DE		
Claves	5	67.72	14.17	13	63.34	11.40	.42	
B. de Símbolos	5	30.38	4.83	13	34.09	5.85	1.59	

$n=18$
** $p < 0.01$
* $p < 0.05$

Tabla 30

Resultados del análisis multivariado (MANOVA) de las sub-pruebas del IVP según el tipo de estructura familiar en el Grupo de Estudio

	Grupo de Estudio						F	Sig
	Estructura Monoparental			Estructura Biparental				
	N	Media	DE	N	Media	DE		
Claves	10	54.62	9.51	8	53.85	6.81	.40	
B. de Símbolos	10	26.03	3.81	8	25.58	4.94	.05	

$n=18$
** $p < 0.01$
* $p < 0.05$

Tabla 31

Resultados del análisis multivariado (MANOVA) de las sub-pruebas del IOP según el tipo de estructura familiar en el Grupo Contraste

	Grupo Contraste						F	Sig.
	Estructura Monoparental			Estructura Biparental				
	N	Media	DE	N	Media	DE		
C. de Figuras	5	20.55	2.07	13	22.25	3.17	1.02	
O. de Historias	5	34.57	4.69	13	44.01	11.48	2.78	
C. de Objetos	5	34.37	2.07	13	36.01	4.58	.48	

n=18
** *p* < 0.01
* *p* < 0.05

Tabla 32

Resultados del análisis multivariado (MANOVA) de las sub-pruebas del IOP según el tipo de estructura familiar en el Grupo de Estudio

	Grupo de Estudio						F	Sig.
	Estructura Monoparental			Estructura Biparental				
	N	Media	DE	N	Media	DE		
C. de Figuras	10	21.44	2.54	8	21.20	3.00	.04	
O. de Historias	10	34.22	13.53	8	30.98	7.82	.32	
C. de Objetos	10	32.75	2.04	8	33.56	4.96	.32	

n=18
** *p* < 0.01
* *p* < 0.05

Tabla 33

Resultados de análisis U de Mann Whitney de la sub-prueba de Construcción con Cubos según la estructura familiar en el Grupo Contraste

	Grupo Contraste						U de Mann Whitney	Sig
	Familia Monoparental			Familia Biparental				
	N	Mediana	DE	N	Mediana	DE		
C. con Cubos	5	58.00	4.15	13	62.00	5.54	17.00	

n=18
** $p < 0.01$
* $p < 0.05$

Tabla 34

Resultados de análisis U de Mann Whitney de la sub-prueba de Construcción con Cubos según la estructura familiar en el Grupo de Estudio

	Grupo de Estudio						U de Mann Whitney	Sig
	Familia Monoparental			Familia Biparental				
	N	Mediana	DE	N	Mediana	DE		
C. con Cubos	10	59.0	5.65	8	50.50	11.34	23.00	

n=18
** $p < 0.01$
* $p < 0.05$

Tabla 35

Resultados de análisis U de Mann Whitney de la sub-pruebas del IAD (distribución no paramétrica) según el tipo de estructura familiar en el Grupo Contraste

	Grupo Contraste						U de Mann Whitney	Sig
	Familia Monoparental			Familia Biparental				
	N	Media	DE	N	Media	DE		
Aritmética	5	19.00	1.52	13	20.00	4.36	30.00	
R. Dígitos	5	16.00	1.48	13	15.00	4.16	25.50	

n=18
** $p < 0.01$
* $p < 0.05$

Tabla 36

Resultados de análisis U de Mann Whitney de la sub-pruebas del IAD (distribución no paramétrica) según el tipo de estructura familiar en el Grupo de Estudio

	Grupo de Estudio						U de Mann Whitney	Sig
	Familia Monoparental			Familia Biparental				
	N	Media	DE	N	Media	DE		
Aritmética	10	15.50	3.28	8	14.50	2.72	32.00	
R. Dígitos	10	12.00	3.89	8	12.50	1.85	31.50	

n=18
** $p < 0.01$
* $p < 0.05$