

# RELACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN INFANTIL Y EL ESTILO DE RESPUESTA REFLEXIVO-IMPULSIVO

Gualberto Buela-Casal\*, Hugo Carretero-Dios  
Macarena de los Santos Roig

## SUMMARY

The main purpose of the present study is to analyze the relationship between the depressive symptoms in 10 to 12 years old children and their confrontation of problems with uncertainty in their response. The reflexive-impulsive response style assessment was elaborated with the Spanish adaptation of the *Matching Familiar Figures Test 20*, MFFT-20. This response style was chosen for its demonstrated relationship with psychopathological problems, such as depression, and because it is to be operationally defined as the uncertainty when answering tasks. The Spanish adaptation of *Child Depression Inventory*, CDI was used to evaluate depression. The results demonstrate the relationship between child depression and their uncertainty in the solution of problems. The depressive subjects make more errors in the MFFT-20, although their response latency doesn't differ from that of the non depressive, which means that their performance is more inefficient.

**Key Words:** Reflexivity-impulsivity, child depression, MFFT-20, CDI.

## RESUMEN

El objetivo del presente estudio es analizar la relación que hay entre la sintomatología depresiva en los niños de entre 10 y 12 años y la incertidumbre con la que se enfrentan a los problemas. Se evaluó del estilo de respuesta reflexivo-impulsiva por medio de la adaptación española del *Matching Familiar Figures Test 20* (MFFT-20). Se eligió este estilo de respuesta por haberse demostrado su relación con los cuadros psicopatológicos, como la depresión, y por operativizarse con incertidumbre en las tareas de respuesta. Para evaluar la depresión se utilizó la adaptación española del *Inventario de Depresión Infantil*, CDI. Los resultados demuestran que hay relación entre la depresión infantil y la incertidumbre al responder a los problemas. Los sujetos depresivos cometen un mayor número de errores en el MFFT-20, aunque la latencia de respuesta no difiere de los que no son depresivos, es decir, que su actuación es más ineficiente.

**Palabras clave:** Reflexividad-impulsividad, depresión infantil, MFFT-20, CDI.

## INTRODUCCIÓN

La reflexividad-impulsividad se refiere a la manera característica en la que un niño se enfrenta con incertidumbre a las tareas, es decir, a los problemas para los que hay varias opciones entre las cuales una es la correcta (1,13,14,26,34). Así, el sujeto reflexivo se caracteriza por analizar cuidadosamente todas las opciones de respuesta, empleando más tiempo para responder, y cometiendo un menor número de errores. El impulsivo, por el contrario, es poco cuidadoso en elegir una opción, no comprueba la validez de sus hipótesis, emplea menos tiempo para contestar y comete un mayor número de errores. Estos dos estilos de respuesta no recogen, sin embargo, las distintas formas de enfrentarse con incertidumbre a una tarea. De hecho, también nos podemos encontrar con sujetos que resuelven rápidamente los problemas, y cometen pocos errores (son los eficientes), o por el contrario, con niños que tardan bastante tiempo en contestarlos, pero cometen un gran número de errores en proporción con el tiempo que tardaron en resolverlos (son los ineficientes).

Las investigaciones han demostrado que a lo largo de toda la primaria, los impulsivos tienen mayores dificultades de aprendizaje (27) y un rendimiento académico significativamente peor que los reflexivos (3), tanto si los evalúa el profesor como si se evalúan por medio de pruebas objetivas (33). En un estudio pionero sobre las características de personalidad de los niños impulsivos y los reflexivos (2), se caracterizó a los impulsivos como más ansiosos, sensibles y vulnerables en sus relaciones con sus compañeros, tendían a la rigidez en las situaciones de estrés y se quejaban

\* Correspondencia: Gualberto Buela-Casal. Facultad de Psicología, Universidad de Granada, 18071, Granada, España. E-mail: gbuela@ugr.es  
Primera versión: 20 de julio de 2000. Segunda versión: 31 de enero de 2001. Aceptado: 15 de marzo de 2001.

continuamente; eran impopulares y se encontraban más aislados. Por el contrario, los reflexivos eran considerados como tranquilos, más inteligentes, con más altas puntuaciones de C.I., populares y habilidosos socialmente. Como se ha explicado, las consecuencias negativas de la impulsividad en los niños son numerosas, ya que no sólo se enfrentan a más motivos de castigo (malos resultados académicos, peleas, impopularidad) sino que también se ven reducidas sus fuentes de reforzamiento (aislamiento).

Se ha escrito mucho sobre la depresión infantil (DI), especialmente en los últimos veinticinco años, y se considera que la DI es igual a la de los adultos. Aunque los contemporáneos admiten esta tesis, también se ha señalado que la DI se manifiesta de acuerdo con la etapa de desarrollo del niño (15). No se debe olvidar que se manifiesta junto con problemas de conducta o fracaso escolar, o debido a éstos (29). Así, en un estudio de Nissen (25), se intentó establecer la correspondencia entre la etapa evolutiva y la distinta manifestación de la DI. Señaló que en la edad escolar los niños con DI se caracterizan por su irritabilidad, sus dificultades de aprendizaje, su inseguridad, su resistencia a jugar, etc.

Las investigaciones precedentes pueden hacer pensar en una posible relación entre las manifestaciones de la impulsividad y las de la DI. Respecto a esta relación, hay que hacer notar el importante papel que desempeña el bajo rendimiento académico: *"La disminución del rendimiento escolar es una de las primeras señales indicadoras (que casi nunca falta) de la posible aparición de un cuadro depresivo en la infancia(...) el fracaso escolar no necesariamente está causado por la depresión, sino que también puede ser causa de ésta. De este modo, el fracaso escolar, las dificultades en el aprendizaje y la disminución del rendimiento académico pueden ser causa y consecuencia de las DI, manifestación de éstas y factor suscitador de ellas"* (29, p 628).

Las dificultades escolares (como causa o como consecuencia) con las que se manifiesta la DI, se encuentran en estrecha relación con las implicaciones de los sujetos impulsivos. A su vez, la aparición temprana del estilo de respuesta que caracteriza a los sujetos impulsivos (en edad preescolar), junto con la congruencia longitudinal que muestra este estilo de respuesta en la edad escolar (4), lleva a distintos autores a plantear la posibilidad de estar ante una eventual variable etiológica de la depresión infantil o de otros problemas psicopatológicos (33). De esta forma, los sujetos que se han caracterizado por su afrontamiento impulsivo en las distintas áreas de su vida, tienen más probabilidades de manifestar diversos problemas de conducta que los sujetos reflexivos o los sujetos normales (33).

El punto de unión más estrecho entre los sujetos impulsivos y los caracterizados por presentar una

sintomatología depresiva, es el bajo rendimiento escolar, o sea, sus dificultades de aprendizaje. De hecho, en un estudio ya clásico publicado en el *Journal of Consulting and Clinical Psychology* por Schwartz, Friedman, Lindsay y Narrol (32), en el que se comparó a 53 sujetos depresivos de procedencia clínica con 53 que no eran depresivos, se demostró que la característica esencial que diferenciaba a ambos grupos respecto al estilo de respuesta reflexivo-impulsivo, era la ineficiencia, es decir, que los sujetos con depresión invertían igual o significativamente mayor tiempo, y cometían un mayor número de errores. Sin embargo, hay que señalar que para evaluar el estilo de respuesta reflexivo-impulsivo, en este estudio se utilizó la prueba MFFT, que actualmente se ha desechado por sus problemas psicométricos (11, 12, 13, 16, 21).

El inicio tan temprano del comportamiento impulsivo (edad preescolar), y el efecto tan importante que tiene sobre el rendimiento académico plantean la posibilidad de estar ante una variable predictora de depresión infantil, así como ante un modelo de detección indirecta de ésta. El estudio del grupo de Schwartz (32), presentó a los sujetos depresivos como lentos-inexactos, es decir, ineficientes en sus respuestas, pero no como sería característico de un impulsivo (rápido-inexacto). Respecto a esto, habrá que referirse a la similitud entre la depresión infantil y la de los adultos. Un componente esencial de ésta es la apatía, el humor depresivo, etc. Aunque el mecanismo que conduce a la depresión puede ser un estilo de respuesta impulsivo, al estar bajo la sintomatología de este cuadro, las características son las típicas de este trastorno. Entre ellas, el entecimiento psicomotor y el descenso del rendimiento en las tareas diarias. Esto explicaría los hallazgos respecto a la ineficiencia.

En este estudio se pretende comparar a dos grupos de sujetos escolarizados de 10 a 12 años por responder con incertidumbre a una tarea. Uno de los grupos tenía sintomatología depresiva, aunque sin cumplir todos los criterios para el diagnóstico de depresión según el test diagnóstico utilizado (véase el apartado "instrumentos"), y otro no tenía esta sintomatología. El objetivo era observar si los resultados encontrados por el grupo de Schwartz se apreciaban también en una muestra no clínica de sujetos. El estudio, que era similar al de Schwartz (32), tenía la ventaja de utilizar una prueba válida y adaptada a la población estudiada para evaluar la reflexividad-impulsividad,<sup>1</sup> el MFFT-20, con criterios de bondad reiteradamente corroborados (3,4,5,23,30). El MFFT-20 debería poder discriminar por medio del componente "ineficiencia", a los suje-

<sup>1</sup>Buela-Casal G, Carretero-Dios H, De los Santos-Roig M, Bermúdez MP: Spanish adaptation of the Matching Familiar Figures Test 20 (MFFT-20) on reflexivity-impulsivity, 2001. (Documento no publicado)

tos con sintomatología depresiva de los que no la tenían.

## MÉTODO

### Sujetos

Se utilizó un muestra normal de 159 sujetos de quinto y sexto grado de educación primaria, 128 niños y 31 niñas. En esta muestra se seleccionó a 29 sujetos con sintomatología depresiva, y a 27 sin sintomatología depresiva (véase *procedimiento*). Todos los sujetos que participaron en este estudio cumplían el requisito de que a pesar de las rutinarias evaluaciones psicológicas llevadas a cabo en el colegio, no estaban acudiendo al Departamento de Psicología del propio colegio para recibir algún tipo de asistencia psicológica. Los sujetos con visitas programadas al psicólogo escolar no se tomaron en cuenta en esta investigación. Este fue el criterio de selección de la muestra "normal". La edad de los sujetos estaba comprendida entre los 10 y los 12 años. La muestra pertenecía a un colegio privado de un núcleo urbano medio. La distribución de la muestra por edad y sexo fue como sigue:

Niños: 10 años: 47 sujetos; 11 años: 72 sujetos; 12 años: 9 sujetos.

Niñas: 10 años: 14 sujetos; 11 años: 13 sujetos; 12 años: 4 sujetos.

Total de la muestra: 10 años: 61 sujetos; 11 años: 85 sujetos; 12 años: 13 sujetos.

### Instrumentos

#### *La Matching Familiar Figures Test-20, MFFT-20 (6)*

Es una prueba de emparejamiento perceptivo de administración individual, que dura en promedio de 15 a 20 minutos. La forman dos reactivos de prueba y 20 de medida. Cada reactivo se caracteriza por tener simultáneamente un dibujo modelo y seis opciones diferentes de éste, de las que sólo una es exactamente igual al modelo. La tarea del sujeto evaluado consiste en buscar la opción que sea igual al modelo. Este sería el componente de incertidumbre en la respuesta de la prueba. Para eso tiene seis oportunidades. En caso de no dar con la opción correcta se le indicará cuál es y se pasará al siguiente reactivo. En cada reactivo se anotará la latencia de respuesta hasta la primera elección, y el número de errores cometidos. Al final de la prueba se contabilizará el total de errores y la media de las latencias de respuesta. La puntuación definitiva del sujeto se obtiene por medio de la formulación de Salkind y Wright (31). Esta formulación pretende separar efi-

ciencia-ineficiencia (rápidos exactos, lentos inexactos) de reflexividad-impulsividad (latencias largas y pocos errores, frente a latencias cortas y mayor número de errores). Las puntuaciones 1 (impulsividad) y las E (eficiencia), proceden de las latencias brutas y de las puntuaciones de error, transformando ambas a puntuaciones típicas por medio de la siguiente fórmula:

$$li = Zei - Zli \quad / \quad Ei = Zei + Zli$$

en donde **ei** hace referencia a las puntuaciones de error del sujeto, y **li** a las latencias. Esta fórmula se interpretará señalando que las puntuaciones positivas elevadas de **i** (típica alta en errores y típica baja en latencia) indican *impulsividad*, y las puntuaciones negativas elevadas de **i** indican lo contrario, es decir, *reflexividad*. Las puntuaciones positivas elevadas de **E** (típicas altas en errores y típicas altas en latencia) indican *ineficiencia*, mientras que las puntuaciones negativas elevadas de **E** (típicas bajas en errores y típicas bajas en latencia) indican *eficiencia*. Por medio de este sistema de clasificación, todos los sujetos obtienen una puntuación que los sitúa sobre un continuo imaginario formado por dos polos: la reflexividad frente a la impulsividad, o la eficiencia frente a la ineficiencia.

En este estudio se utilizó la adaptación española de la prueba llevada a cabo por Buéla-Casal.

#### *Inventario de depresión infantil, CDI (17, 18)*

Consta de 27 reactivos con tres alternativas, 0-1-2, en función del grado de depresión que indique la respuesta de cada niño. "0" = (normalidad, nada deprimido), "1" = (cierta intensidad) y "2" = (presencia inequívoca de un síntoma depresivo). La puntuación del sujeto se obtiene sumando cada uno de los valores de cada reactivo, por lo que a mayor puntuación, mayor intensidad de la sintomatología depresiva, sobre una puntuación máxima de 54. Evalúa los síntomas cognoscitivos, emocionales y psicósomáticos; los problemas escolares y sociales, y otras conductas. Discrimina en el intervalo de edad de los 6 a los 17 años, y es de aplicación tanto individual como colectiva, con una duración promedio de 10 a 15 minutos. Como punto de corte para el diagnóstico de depresión se establece la puntuación de 19 cuando se trata de datos recogidos de una muestra amplia, de características generales. Para los intereses clínicos, el punto de corte se sitúa en 12 o 13. Los criterios de la bondad de la prueba, su fácil pasación y las áreas que evalúa la convierten en el principal instrumento para medir la DI (7, 8). Por eso en este estudio utilizamos esta prueba, sin olvidar que se dispone de una adaptación para la población española (9).

## Procedimiento

En primer lugar se evaluó la reflexividad-impulsividad y, posteriormente, se pasó a recoger los datos sobre la depresión.

Primero se llevó a cabo un entrenamiento para el manejo del MFFT-20, y posteriormente se recogieron los datos. Los evaluadores fueron 4 personas, dos de cada sexo. Antes de hacer la evaluación, los profesores presentaban en cada clase a los evaluadores, explicándoles a los niños la evaluación que se iba a llevar a cabo. La hora de la pasación fue de las 9:30 a las 13:30 de la mañana, y la evaluación se llevó a cabo durante la segunda quincena de marzo. Cada niño se adjudicaba a cada uno de los evaluadores de forma aleatoria. El orden que se siguió para evaluar a los niños fue del quinto al sexto grado. En cada clase se escogía a los niños por el orden alfabético de la lista. Los evaluadores dedicaban algunos minutos a establecer "rapport" con los niños. A continuación les preguntaban sus datos personales y se les explicaba el procedimiento para contestar la prueba MFFT-20. Acto seguido se les daban los dos reactivos de la prueba, y a continuación se pasaba propiamente dicho a la evaluación.

Una vez finalizada la evaluación individualizada de la reflexividad-impulsividad, se hizo la evaluación de la depresión. Esta se llevó a cabo en forma colectiva, en las aulas, y siguiendo las instrucciones de la prueba.

El criterio de selección de los sujetos con sintomatología depresiva fue la media de las puntuaciones de la muestra en la prueba, más una desviación típica. Así, el punto de corte quedó fijado en 15. En los sujetos sin sintomatología depresiva se siguió el mismo criterio, pero restando una desviación típica; el punto de corte quedó en 4.

## RESULTADOS

El cuadro 1 ilustra los resultados de los dos grupos de sujetos: los errores y las latencias en el MFFT-20, y en el Inventario de Depresión de Kovacks (CDI).

Como se puede observar en el cuadro 1, no aparecen diferencias en la latencia de respuesta entre el grupo de sujetos *con sintomatología depresiva* (16,58) y el de los sujetos *sin sintomatología depresiva* (16,15). Sin embargo, al analizar la variable "errores del MFFT-20", se puede apreciar que los sujetos *con sintomatología depresiva* tienen un mayor número de errores medios (11,41) que los sujetos *sin sintomatología depresiva* (9,37). Si se contrastan las medias a un nivel de confianza de 0,05, los valores no alcanzan la significación estadística. Así, aunque se observa que los sujetos *con sintomatología depresiva* tienden a la ineficiencia, es decir, a igual latencia de respuesta que el grupo sin sintomatología depresiva, cometen un mayor número de errores, pero ésta no llega a ser significativa. Estos resultados mantienen la misma tendencia que los del grupo de Schwartz, es decir, los sujetos *con sintomatología depresiva* se muestran más ineficientes que los que no son depresivos, aunque en este caso, las diferencias no son significativas (véase "discusión para los comentarios sobre estos resultados"). De hecho, si se observa la puntuación obtenida en ineficiencia por el grupo *con sintomatología depresiva*, por medio de la formulación de Salkind y Wright, aplicada al MFFT-20, se aprecia que los sujetos *con sintomatología depresiva* presentan un valor medio de -0,06 mientras que los sujetos *sin sintomatología depresiva* presentan -0,30. Recuérdese que cuanto más negativos sean los valores, más eficiencia indican, por lo que la puntuación corrobora lo obtenido por medio de las latencias y los errores por separado. Los sujetos *con sintomatología depresiva* son más ineficientes para resolver los reactivos del MFFT-20.

El hecho de no haber encontrado significación estadística en los resultados, pero sí una tendencia, plantea dudas sobre éstos. Sin embargo, conviene recordar que el Inventario de Depresión de Kovacks establece como punto de corte una puntuación de 19 para el diagnóstico de depresión cuando se trata de datos recogidos de una amplia muestra de características generales, como es el caso del presente estudio. Sin embargo, el punto de corte establecido en el primer análisis de nuestro estudio para formar el grupo de sujetos con

**CUADRO 1**  
Puntuaciones medias y desviaciones típicas  
en el MFFT-20 y en el CDI de los dos grupos de sujetos

Medidas de evaluación	Sujetos sin sintomatología depresiva N= 27		Sujetos con sintomatología depresiva N= 29	
	Media	SD	Media	SD
Depresión	2,85	1,32	19,03	4,30
Reflexividad-impulsividad				
Latencia	16,15	9,10	16,58	6,53
Errores	9,37	5,41	11,41	6,27
Ineficiencia	-0,30		-0,06	

sintomatología depresiva quedó en 15. Este hecho puede amortiguar el efecto de la significación al comparar a los sujetos de ambos grupos. De hecho, el estudio sobre las características similares llevado a cabo por el grupo de Schwartz en 1982 (32), encontró, a diferencia de éste, diferencias estadísticamente significativas en ineficiencia. Sin embargo, los sujetos del estudio de Schwartz tenían diagnóstico de depresión, propiamente dicho, debido a que el motivo principal de su estudio era comparar una muestra clínica con otra normal. Así, utilizando el mismo inventario que se empleó en esta investigación para evaluar la depresión, su grupo de 54 sujetos depresivos mostró puntuaciones medias de 24,7 puntos en el inventario, frente a los 2,19 de los no depresivos.

A pesar de no ser ese el objetivo del estudio, este dato nos lleva a plantear, *post hoc*, y para replicar el muy completo estudio de Schwartz (32), que las diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos aparecerán al conformar un grupo de sujetos con diagnóstico de depresión, propiamente dicho, y que cumpla los criterios del inventario utilizado. Del total de 159 sujetos evaluados en un principio, sólo 13 sujetos superaron o igualaron la puntuación de 19 (criterio del Inventario de Depresión de Kovacks), lo que es normal cuando se trabaja con este tipo de muestra. La puntuación de 19 es una desviación típica y media sobre la media muestral, por lo que el grupo de contraste se forma con el mismo criterio, es decir, una diferencia con la media muestral de una desviación típica y media, pero en esta ocasión por debajo.

En el cuadro 2 se pueden observar los resultados encontrados al comparar el grupo de depresivos con el de no depresivos. Como cabría esperar, en este caso aparecen diferencias significativas en ineficiencia ( $P < 0,05$ ) entre el grupo de depresivos frente al de los no depresivos. Así, aunque no hay diferencias en las latencias (16,33 no depresivos frente a 16,50 de los depresivos) como en el caso del primer análisis, los errores son estadísticamente superiores en el caso de los depresivos (13,51 frente a 9,01). De nuevo, estos datos se interpretan según la variable ineficiencia que, como

en este caso, es de  $-0,40$  para los no depresivos, frente a  $0,29$  en los sujetos depresivos.

## DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio demuestran que en una muestra de niños de 10 a 12 que no recibían atención psicológica hubo relación entre la sintomatología depresiva y la forma de resolver las tareas con incertidumbre. Así, los sujetos *con sintomatología* depresiva son más ineficientes que los sujetos *sin sintomatología* depresiva, pero sin llegar a alcanzar una significación estadística. Cuando se formaron dos nuevos grupos de contraste — en esta ocasión, uno de ellos con sujetos que cumplían el criterio diagnóstico de depresión, según el CDI; esto es: *depresivos frente a no depresivos* — las diferencias en ineficiencia alcanzaron la significación estadística.

Antes de discutir los resultados conviene, no obstante, resaltar algunas precauciones sobre el presente trabajo.

La primera, y quizá la más importante, es el hecho de no haber llevado a cabo una evaluación directa de otras variables psicológicas que pudieran explicar las relaciones encontradas (ansiedad, déficit de atención, etc.). Para clasificar la muestra como normal, en este estudio seguimos el criterio de que después de las evaluaciones escolares, los niños no recibieran asistencia psicológica. Este método indirecto no permite controlar directamente los sesgos debido a la comorbilidad, y puede que los niños que conforman los distintos grupos aquí utilizados, estén afectados por otros problemas que influyan en la relación estudiada.

La segunda es la procedencia (colegio privado), y distribución (importantes diferencias respecto al género) de la muestra. Estas características hacen que las conclusiones y la generalización de éstas sean igualmente limitadas.

El último comentario que debe tenerse en cuenta al aceptar las conclusiones de este trabajo, es el de las manifestaciones de la depresión en la infancia. Como

**Cuadro 2**  
Puntuaciones medias y desviaciones típicas en el MFFT-20 y en el CDI de los dos grupos de sujetos. Depresivos contra no depresivos

Medidas de evaluación	No depresivos N= 16		Depresivos N= 13	
	Media	SD	Media	SD
Depresión	2,06	1,18	22,46	4,35
Reflexividad-impulsividad				
Latencia	16,33	9,69	16,50	6,27
Errores	9,01	4,60	13,51	6,85
Ineficiencia	-0,40		0,29	

ya se explicó en la introducción, hoy en día se sostiene que la depresión adulta es similar a la infantil. Sin embargo, y como lo dijimos ahí, las manifestaciones de la depresión están afectadas por las etapas del desarrollo del niño. Hay comportamientos en el niño, como la hiperactividad o la agresividad, que señalan las denominadas "depresiones encubiertas", y que son más típicas a una edad que a otra de la niñez. Este ejemplo sirve para resaltar la importancia que tiene la etapa del desarrollo en las manifestaciones psicopatológicas como, por ejemplo, la depresión. Se debe tener en cuenta que la muestra empleada en este trabajo oscila entre los 10 y los 12 años. Este es un intervalo reducido y cercano a la preadolescencia. Las conclusiones que se obtengan de investigaciones como las aquí presentadas, deben entenderse, necesariamente, desde el marco del desarrollo evolutivo, y no extrapolarse ni a otras edades ni a las muestras con diferentes características.

Dicho esto, se deben analizar los resultados de este estudio. De hecho, aunque la tendencia a la ineficiencia de los sujetos *con sintomatología* depresiva ha quedado corroborada, debe comentarse el hecho de no aparecer ninguna significación en un primer momento en el criterio de la media más una desviación típica. Con estos datos se elaboraron *post hoc* dos nuevos grupos de sujetos. Al principio, el objetivo de nuestro estudio era analizar si en una muestra no clínica, aunque afectada en alguna medida por la sintomatología depresiva, aparecían diferencias en la forma de responder con incertidumbre en las tareas, en comparación con sujetos sin sintomatología. Pero el hecho de que apareciera una clara tendencia a la ineficiencia en los resultados del primer análisis, pero sin alcanzar la significación, nos llevó a plantear la posibilidad de que las puntuaciones de los sujetos que para el primer análisis pertenecían al grupo con sintomatología depresiva estuvieran afectando esos resultados, pero ni así cumplían los criterios para recibir el diagnóstico de depresión. Con la intención de verificar esto, se efectuó un nuevo análisis en el que se excluyó del grupo de sujetos con sintomatología depresiva a los sujetos que no cumplieren los criterios para recibir el diagnóstico de depresión. En este caso, aparecieron diferencias estadísticamente significativas en ineficiencia entre los sujetos depresivos y los no depresivos.

¿Estamos ante un posible modelo para diseñar el tratamiento de la depresión infantil? En la misma línea en la que se sitúan diversos autores, la ineficiencia al hacer las tareas escolares, el bajo rendimiento académico y las dificultades de aprendizaje pueden ser variables etiológicas de la depresión infantil a la vez que sus consecuencias (28, 29). El niño que tiene dificultades en el área que ocupa la mayor parte del tiempo de su vida, la escuela, se encuentra, además, con una difi-

cultad añadida: al contrario que el adulto ante situaciones estresantes o de fracaso en su entorno laboral-profesional, el niño carece de las habilidades necesarias para enfrentarse a lo que le sucede, a la vez que influye más en él su ambiente escolar, y espera más de él que el adulto de su ambiente laboral (10).

Aunque las variables etiológicas de la depresión son diversas, la intervención en la ineficiencia académica es accesible y relativamente fácil. Así, las intervenciones centradas en estrategias, motivación, o más directamente en el estilo de respuesta reflexivo-impulsivo, pueden tener un efecto amortiguador en uno de los desencadenantes más claros de la depresión infantil: el fracaso escolar. En este contexto no hay que olvidar que la reflexividad-impulsividad ha sido uno de los constructos estudiados en los que el efecto que ejerce sobre el rendimiento académico ha sido mayor, incluso en seguimientos longitudinales (3).

El aspecto de la estabilidad longitudinal del estilo de respuesta reflexivo-impulsivo no se ha tratado en profundidad en este trabajo, pero es necesario señalar la gran consistencia que se ha encontrado en este estilo de respuesta (4), lo que se supone que sea un criterio definitorio de la reflexividad-impulsividad. En otras palabras, el estilo de respuesta reflexivo-impulsivo debe ser estable a lo largo del tiempo. Esta estabilidad, unida al hecho de que este estilo de respuesta cobra especial relevancia de los 6 a los 12 años, por su fuerte relación con el contexto escolar, hace que se considere a la reflexividad-impulsividad como una herramienta para la detección indirecta de la depresión infantil por medio de la utilización del MFFT-20, que como aquí se ha demostrado, es sensible para detectar el componente "ineficiencia".

Una forma de evitar que los cuadros psicopatológicos tuvieran peores consecuencias, como la depresión, sería localizar con suficiente anticipación los comportamientos que llevan a un peor ajuste. Esa forma de prevenirlos y, cómo se ha señalado, de identificarlos, podría ser por medio de la evaluación de la reflexividad-impulsividad.

Los autores sugieren que el estudio y el tratamiento de la impulsividad infantil se hace cada vez más importante, no sólo por las repercusiones positivas que tiene el hecho de entender y comprender la impulsividad *per se*, sino por las grandes consecuencias positivas que tendría para prevenir otros muchos cuadros psicopatológicos. De hecho, resultan impactantes los estudios recientes en los que se indica una mayor tendencia en los adolescentes impulsivos a consumir drogas ilegales (22, 35) y legales (36).

En lo que se refiere al tratamiento propiamente dicho de la depresión infantil, los acercamientos dirigidos a mejorar el desempeño intelectual, como elemen-

to crucial de la intervención, no es algo novedoso en este estudio, sin embargo, las aproximaciones utilizadas fundamentalmente para disminuir la impulsividad, orientadas a implantar las estrategias para resolver eficazmente los problemas (20) y para mejorar la adaptación del sujeto a las circunstancias que lo rodean (19) proporcionarían herramientas útiles que aunque se empleen en el área de la impulsividad, como lo que se ha denominado "enseñar a pensar" (24), podrían ofrecer distintos enfoques a la hora de intervenir en la depresión infantil.

## AGRADECIMIENTOS

A la colaboración del centro educativo Padres Escolapios de Granada, a la ayuda de Jorge Poveda y Arica Mesa en la evaluación, y de Gustavo Higuera en la codificación de los datos.

## REFERENCIAS

1. ANCILLOTTI JP: Dimension réflexive-impulsive de la personnalité et fonctionnement cognitif. *Cab Psychol Cogn*, 5:667-686, 1985.
2. BLOCK J, BLOCK JH, HARRINGTON DM: Some misgivings about the Matching Familiar Figures Test. *Dev Psychol*, 10:611-632, 1974.
3. BUELA-CASAL G, CARRETERO-DIOS H, DE LOS SANTOS-ROIG M: Reflexividad frente a impulsividad en el rendimiento académico: un estudio longitudinal. *Análisis Modificación Conducta*, 26(108): 555-583, 2000.
4. BUELA-CASAL G, CARRETERO-DIOS H, DE LOS SANTOS-ROIG M: Consistencia longitudinal de la reflexividad-impulsividad evaluada a través del Matching Familiar Figures Test 20, MFFT-20. *Clinica Salud*, 2001 (en prensa).
5. BUELA-CASAL G, CARRETERO-DIOS H, DE LOS SANTOS-ROIG M: La reflexividad-impulsividad como una dimensión continua: validación del sistema de clasificación de Salkind y Wright (1977). *Revista Latinoamericana Psicología*, 2001 (en prensa).
6. CAIRNS FD, CAMMOCK J: Development of a more reliable version of the Matching Familiar Figures Test. *Dev Psychol*, 5:555-560, 1978.
7. DEL BARRIO V: Situación actual de la evaluación de la depresión infantil. *Evaluación Psicológica*, 6(2):171-209, 1990.
8. DEL BARRIO V: *Depresión Infantil*. Ariel, Barcelona, 1997.
9. DEL BARRIO V, MORENO-ROSSET C, LOPEZ-MARTINEZ R: El Children's Depression Inventory (CDI); Kovacs (1992). Su aplicación en población española. *Clinica y Salud*, 10(3):393-416, 1999.
10. DODGE K: Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. *Annu Rev Psychol*, 44:559-584, 1993.
11. EGELAND B, WEINBERG RA: The Matching Familiar Figures Test: A look to its psychometric credibility. *Child Dev*, 47:483-491, 1976.
12. GJERDE PF, BLOCK J, BLOCK JH: Longitudinal consistency of Matching Familiar Figures Test performance from early childhood to preadolescence. *Dev Psychol*, 21:262-271, 1985.
13. KAGAN J, LAPIDUS D, MOORE M: Infant antecedents of later cognitive functioning. *Child Dev*, 49:1005-1023, 1978.
14. KAGAN J, ROSMAN B, DAY D, ALBERT J, PHILLIPS W: Information processing in the child: Significance of analytic and reflective attitudes. *Psychological Monographs*, 78, 1964.
15. KAZDIN AE: Assessment of childhood: Current issues and strategies. *Behavioral Assessment*, 9:291-319, 1987.
16. KOJIMA H: Some psychometrics problem of the Matching Familiar Figures Test. *Percept Motor Skill*, 43:731-742, 1976.
17. KOVACS M: *Children's Depression Inventory (CDI)*. Multi Health Systems, Inc., Toronto, 1992.
18. KOVACS M, BECK AT: A empirical clinical approach toward a definition of childhood depression. En: Shulterbratt JG (ed). *Depression in Childhood: Diagnosis, Treatment and Conceptual Models*. Raven Press, Nueva York, 1977.
19. MARRERO H, BUELA G, NAVARRO F, FERNANDEZ L: *Inteligencia Humana: Más Allá de lo que Miden los Tests*. Labor, Barcelona, 1989.
20. MEICHENBAUM D, GOODMAN J: Training impulsive children to talk to themselves: a measure of developing self control. *J Abnorm Psychol*, 77:115-126, 1971.
21. MESSER SB, BRONDZINSKY DM: Three years stability of reflection. Impulsivity in young adolescents. *Dev Psychol*, 17:848-850, 1981.
22. MORGAN J: Recreational use of ecstasy (MDMA) is associated with elevated impulsivity. *Neuropsychofarmacology*, 19(4):252-264, 1998.
23. NAVARRO MJ: El estilo cognitivo impulsividad-reflexividad y otras variables del sujeto. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, 1987.
24. NICKERSON RS, PERKINS DN, SMITH EE: *The Teaching of Thinking*. LEA, Hillsdale, 1985.
25. NISSEN G: *Depressive syndrome in Kinder-und Jugendalter*. Springer-Berlag, Berlín, 1971.
26. PALACIOS J: Reflexividad-impulsividad. *Infancia Aprendizaje*, 17:29-69, 1982.
27. PALACIOS J, CARRETERO M: Implicaciones educativas de los estilos cognitivos. *Infancia Aprendizaje*, 18:83-106, 1982.
28. POLAINO-LORENTE A: *La Depresión*. Martínez-Roca, Barcelona, 1985.
29. POLAINO-LORENTE A: Trastornos afectivos en la infancia. En: Luciano MC (ed). *Manual de Psicología Clínica: Infancia y Adolescencia*. Promolibro, Valencia, 1997.
30. QUIROGA MA, FORTEZA JA: La reflexividad-impulsividad. Estado de la cuestión y análisis de las características psicométricas del test MFF20. *Investigaciones Psicológicas*, 5:97-125, 1988.
31. SALKIND NJ, WRIGHT JC: The development of reflection-impulsivity and cognitive efficiency (an integrated model). *Hum Dev*, 20:377-387, 1977.
32. SCHWARTZ M, FRIEDMAN RJ, LINSAY P, NARROL H: The relationship between conceptual tempo and depression in children. *J Consult Clin Psych*, 50(4):488-490, 1982.
33. SERVERA M: La modificación de la reflexividad-impulsividad y el rendimiento académico en la escuela a partir del enfoque de la instrucción en estrategias cognitivas. Tesis doctoral. Universidad de las Islas Baleares, 1992.
34. SERVERA M: Evaluación de los estilos cognitivos. En: Buela-Casal G, Sierra JC (eds). *Manual de Evaluación Psicológica: Fundamentos, Técnicas y Aplicaciones*. Siglo Veintiuno de España Editores, Madrid, 1996.
35. VITARO F, FERLAND F, JACQUES C, LADOURER R: Gambling, substance use, and impulsivity during adolescence. *Psychology Addictive Behaviors*, 12(3):185-194, 1998.
36. WELDECK T, MILLER L: Gender and impulsivity differences in licit substance use. *J Subst Abuse*, 9:269-275, 1997.