

24
17



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

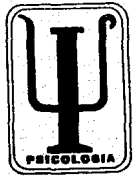
DEPRESION EN LA INFANCIA Y ADAPTACION AL MEDIO ESCOLAR, FAMILIAR Y SOCIAL

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE :
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

GUILLERMINA AVILES COBIAN
NELLY MARROQUIN LOPEZ



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION	2
MARCO TEORICO.- Depresión:	4
- Modelos Etiológicos	18
- Criterios Diagnósticos	23
- Instrumentos para Medir la Depresión en la Infancia ...	28
- Tratamiento	36
METODOLOGIA:	39
- Planteamiento del Problema	39
- Objetivos	39
- Hipótesis	39
- Variables	42
- Sujetos	44
- Escenario	45
- Tipo de Estudio	45
- Tipo de Diseño	46
- Instrumentos	46
- Procedimiento	48
RESULTADOS:	52
DISCUSION Y CONCLUSIONES	62
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	69

	Pág.
APENDICES:	
I (Tablas)	71
II (Cuestionarios)	137
BIBLIOGRAFIA	146

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

DEPRESION EN LA INFANCIA Y ADAPTACION AL
MEDIO ESCOLAR, FAMILIAR Y SOCIAL

El objetivo del presente trabajo fué investigar cómo se manifiesta la depresión infantil y conocer si existía relación entre dicho cuadro y el grado de adaptación que el niño expresa con respecto al medio escolar, familiar y social. Esto se llevó a cabo en el Hospital Psiquiátrico-Infantil "Dr. Juan N. Navarro"; la muestra fué tomada por 60 sujetos de ambos sexos con edades entre 8 y 13 años 11 meses, un C.I. de 84 mínimo según la Escala de Wechsler y la ausencia de cualquier cuadro clínico severo. El tipo de investigación realizada fué de campo, incluyendo 2 grupos, uno con depresión y el otro sin ella; para ubicarlos en cada grupo se utilizó el Cuestionario de Depresión para Niños de Lang y Tisher; para indagar el nivel de adaptación al medio escolar, familiar y social que el niño percibía de sí mismo se aplicó (a la totalidad de los sujetos) el Perfil de Evaluación del Comportamiento de Hammill. Los resultados indicaron la no existencia de diferencias entre el grupo deprimido y el no deprimido en cuanto al nivel de adaptación, sin embargo, se corroboró ampliamente la efectividad del Cuestionario de Depresión, ya que todas las escalas que lo integran resultaron altamente significativas; además, de los datos que se tomaron de la historia clínica de los sujetos, tanto Disfuncionalidad de la familia como Trastornos de Aprendizaje fueron significativos para el grupo de depresión.

I N T R O D U C C I O N

La Depresión es un aspecto común y familiar de la experiencia humana. Todos tenemos momentos en los que nos sentimos tristes, desanimados, letárgicos o apáticos; la depresión moderada y pasajera es una reacción normal y común cuando se fracasa en algo importante, se sufre una lesión o una enfermedad o se enfrenta la ruptura de una estrecha relación personal. En sus formas más extremas, la depresión implica abatimiento y llanto continuo, sentimientos de inutilidad y desesperanza, preocupación o intentos suicidas, incapacidad para dormir, pérdida de apetito y un penetrante y debilitador sentido de inercia.

Como los niños muy pocas veces manifiestan todos los síntomas de la depresión adulta, antes se creía que no tenían desórdenes depresivos. Sin embargo, "estudios clínicos recientes indican que el 10% o más de los niños neuróticos sufren estados depresivos, apatía, letargo o preocupación suicida. Además una proporción no determinada de niños con desórdenes sufre depresión "encubierta", cuya forma más común de manifestarse es por medio de una conducta agresiva, delictiva, o antisocial" (Campos, 1971). Según Mc. Curdy (en Campos, 1971) el hecho de que no se diagnostique la depresión en la infancia, no se debe a que ésta no exista sino que se manifiesta en una forma encubierta, como se mencionó anteriormente, ya -

que los niños necesitan ocultar sus verdaderas emociones; la negación es pues, uno de los mecanismos característicos empleado por los infantes, tanto a nivel consciente como inconsciente, contribuye a evitar la experiencia de los sentimientos depresivos.

Además, en la práctica diaria de una institución psiquiátrica infantil, se ha observado que una gran mayoría de los pacientes canalizados al Departamento de Psicología, manifiestan lo que se podría llamar una depresión enmascarada o encubierta, expresada muchas veces a través de una conducta de inadaptación observable tanto en el medio familiar como en el social.

Tomando en cuenta lo anterior y considerando que en México la investigación sobre el tema es sumamente escasa, surge el particular interés por investigar cómo se manifiesta la depresión infantil y de esta manifestación consideramos relevante conocer la relación existente entre este cuadro y el grado de adaptación que el niño expresa con respecto al medio en el cual interactúa (familiar, escolar y social) ya que de conocer ésto más ampliamente, podrían implementarse planes de acción encaminados a la información y orientación en el área particular en la que se de el problema.

D E P R E S I O N

A lo largo de la historia de la Psiquiatría Infantil no se había considerado que los niños sufrieran de desórdenes -- afectivos; es hasta la década pasada que se da el auge de la psicopatología y hasta en años recientes que se ha considerado la depresión en la infancia.

Por lo anterior, existe la necesidad de mirar hacia este concepto y delimitarlo. Según Weiner, (1976) en el niño y en especial en el adolescente, con rareza se observa un cuadro -- manifiesto de depresión. Los niños, especialmente, necesitan ocultar sus verdaderas emociones, "en particular cualquier -- sentimiento suave y tierno" (Weiner, 1976). De acuerdo con -- Kazdin (1988) el niño experimenta, casi siempre de manera enmascarada, desórdenes depresivos al igual que en los adultos, pero la escasa importancia puesta en ello hasta hace algún -- tiempo, hace que el tratamiento del tema no sea del todo claro.

Los psiquiatras americanos en general demostraron una ca rrencia de interés en los desórdenes afectivos de la niñez has ta hace 10 o 15 años aproximadamente. Hasta hace poco, como se ha venido mencionando, el término "depresión infantil" es tuvo ausente de la mayor parte de los libros de texto ame ricanos. Las únicas excepciones fueron varios estudios de fenó me nos depresivos en la infancia y niñez temprana asociados regu larmente a pérdidas significativas. Esto está en contraste -- con la literatura europea que ha reflejado un gran interés en esta área desde hace 30 años. Alrededor de los años sesenta-

se fué incrementando la discusión sobre si la depresión en la niñez podía ser considerada un concepto válido ya que muchos autores psicoanalistas afirmaban que la presencia de un super ego internalizado era esencial para la enfermedad depresiva; y con base en esta consideración los niños no podrían tener una verdadera enfermedad depresiva debido a que su superego - internalizado está ausente o es deficiente.

Levovici (Cit. por Kholer y Beruard, en Annell, 1972) - por su parte, considera que hay evidencia de que el estado de presivo existe en el caso del infante ya que el estudio de numerosos casos así lo confirma, en donde niños nerviosos son - asténicos y sin gusto al esfuerzo.

Ya para los sesentas se ha evidenciado un interés en este desorden, y varias facetas de ello han sido discutidas en la literatura psiquiátrica (Cytrin, 1980).

Irónicamente este gran interés ha producido y extendido controversias, especialmente alrededor de la nosología de la depresión en los niños.

Brown F. (en Annell, 1972) tratando de esclarecer el tema afirma que la depresión es una palabra que significa la -- mengua del espíritu, de la conducta, del pensamiento, infelicidad. Es una palabra común cada día para una emoción común, palabra misma que en ocasiones llega a señalar trastorno o in dices de él.

Es de todo lo anterior, que surge el interés por desarrollar modelos teóricos y clasificaciones nosológicas que lleven a un mejor entendimiento del cuadro.

De esta manera, se presentan las aproximaciones que hasta la fecha han estudiado el fenómeno (Cole, 1976).

- El modelo empírico, basado en una línea médica, esto es, condiciones antecedentes, disturbios concomitantes, curso natural de la enfermedad y respuesta a la terapia.
- Otro modelo se ha desarrollado sobre la sintomatología que tiene la depresión en los adultos y aplicando ésta también a los niños, a los cuales se les considera como adultos en pequeño y, por ello se cree que, de existir la depresión en la infancia, ésta se va a manifestar de la misma forma que en los adultos.
- El tercer modelo define e imita el diagnóstico de los desórdenes afectivos, estudiando el cuadro y abordándolo de una manera segura y confiable con instrumentos; éstos incluyen el seguimiento de los niños a lo largo de su vida adulta; estudios de prevalencia de disturbios afectivos en las familias con estos problemas y estudios epidemiológicos con muestras representativas. La suposición en este modelo es que los desórdenes afectivos existen en la infancia y deben ser indagados.
- Otro modelo que ha considerado la depresión infantil ha sido el psicodinámico, donde el conflicto interno juega un

papel muy importante. Este modelo intenta probar la relación de los primeros años de vida con el desarrollo subsecuente en la misma.

Existen otras teorías que abordan el tema y éstas son -- las psicológicas afectivas entre las que se encuentran aquellas de tendencia psicoanalítica (ya mencionadas) cuyos representantes principales son Abraham y Freud.

Abraham (en Mendels, 1977) llevó a cabo un intento de -- comparar, en un estudio, la depresión con la pesadumbre o el duelo normal. Afirmaba que la diferencia crucial entre pesadumbre y depresión estriba en que la persona que lleva duelo está preocupada conscientemente por la pérdida de alguien, -- mientras que un paciente depresivo se halla dominado por sus sentimientos de pérdida, culpa y baja autoestimación.

Según Freud (en Mendels, 1977) la diferencia crucial entre una sencilla pesadumbre y la depresión consiste en que en ésta última hay una acentuada pérdida de autoestima. Dice -- Freud que "en la pesadumbre, el mundo se torna pobre y vacío, en la melancolía se vacía y torna pobre el yo mismo".

Es evidente que la pérdida de un objeto amado no implica necesariamente la muerte real de una persona. Freud afirmaba que la ausencia de amor y apoyo de parte de una figura significativa (por lo general uno de los padres) durante un estudio crucial del desarrollo predispone a un individuo a la depresión.

Aquí es de relevancia mencionar una investigación hecha por María Nowak - Vogl (en Annell, 1972) con niños que estaban reclusos en internados educacionales, que ante el abandono de las figuras paternas, los chicos presentaban un desarrollo característico; hacia el exterior, parecían en general marchitos y cansados, con síntomas que evidenciaban índices de depresión.

Abraham (en Mendels, 1977) desarrolló más tarde lo postulado por Freud y afirmó que existen diversas dificultades en el proceso evolutivo infantil que proporcionan la base para una aparición de la enfermedad depresiva; aquí se incluyen las dificultades emocionales significativas durante la fase oral del desarrollo infantil (antes de la resolución -- del complejo de Edipo). El origen de estas dificultades es, por lo general la pérdida de amor en el niño, y ante tal pérdida se pueden encontrar estados depresivos que se manifiestan bajo una forma enmascarada (problemas de sueño, de alimentación, psicósomáticos, inestabilidad, etc.) como se mencionará más adelante (Cagno, Ravetto y Foerster, en Annell, 1972).

Según Bowlby (1985) ante la separación de los padres, especialmente de la madre, primero se ven berrinches, agitación, crisis de llanto y llamados a la madre, después pueden desencadenarse el verdadero cuadro dramático en donde el niño pasa por tres fases: protesta, resignación desesperada y

desapego, que es cuando se inicia el estado depresivo real.

Esto concuerda con lo afirmado por Lewis (1981), Nissen (en Annell, 1972) y Wolff (1977) acerca de que la depresión en los niños está asociada con la historia aparente de insuficiente contacto humano, en donde son específicamente los efectos de la escasa interacción humana positiva, los que de terminan el cuadro patológico.

Por otro lado, Melanie Klein (en Cole, 1976) afirma que la depresión tiene su base en el primer año de vida del niño; según ella, todos los niños atraviesan un estadio avolutivo-al que dió el nombre de "posición depresiva", que se caracteriza como fase de tristeza, temor y culpa. El niño se siente frustrado por la carencia de amor, se irrita contra la ma dre y desarrolla fantasías destructivas respecto de ella y - el temor de destruirla se transforma en temor de destruirse a sí mismo.

Eibring (en Mendels, 1977) destacó la pérdida de la auto estimación como el elemento clave de la depresión. La expresión emotiva de un estado de desamparo y de impotencia del - yo, sin consideración de lo que pueda haber causado la ruptu ra de los mecanismos que establecen la autoestimación, constituye la esencia de esa situación.

Benedek (en Cole, 1976) insistió en la importancia de - la constelación depresiva, expresión usada para describir un estado psicológico, que proviene de las dificultades de las-

primeras relaciones entre madre e hijo.

Según Billings y Moss (1983) otro factor importante de riesgo de depresión, es un medio ambiente negativo, el cual se ha llegado a encontrar en familias de padres depresivos, en donde las tensiones familiares están directamente relacionadas con la salud de los niños, ya que éstas se hacen vulnerables a la psicopatología reinante.

Por otra parte Spitz (1969) y Wolff (1977) hablan sobre un síndrome de depresión aguda que se daba en niños hospitalizados. Este se desarrollaba después de una brusca separación de la madre y se le reemplazaba con una figura desconocida; al cabo de un período de angustia manifestado por chillidos, protestas y una mirada desorientada, los niños pasaban a un estado depresivo; se manifestaban apáticos, lloraban en silencio (si lo hacían) y parecían tristes.

Lo anterior concuerda con un estudio transversal y longitudinal hecho por Marie Meierhofer (en Anell, 1972) sobre 400 niños que vivían en guarderías, en las que se detectaron estados depresivos particularmente severos. Las causas principales fueron la soledad y la frustración de sus necesidades y deseos, manifestándose más o menos en los siguientes términos: principalmente, el niño responde a experiencias frustrantes intensificando sus gritos y con un estado de excitación psicomotora; algunos niños tiemblan por todo el cuerpo, sudan y se tornan angulosos o pálidos de la cara. Este-

pequeño ser no recibe ninguna ayuda por largo tiempo y, al volverse esta situación frecuente, reacciona con síntomas -- psicossomáticos: problemas de apetito, vómitos, así mismo molestias en el sueño (síndrome agudo de desamparo). A la larga, no resiste tal stress; el lactante resignado presenta un semblante depresivo. Por lo común este estado depresivo es acompañado de movimiento: girar la cabeza, estereotipos de las manos, dedos, piernas, movimientos de balanceo al sentarse, al apoyarse sobre las rodillas y los codos, con golpeteos de la cabeza (síndrome crónico de desamparo).

Por otro lado, un gran número de autores, considerando que la depresión como tal es difícilmente observable, hacen entrar en el cuadro de los estados depresivos, los ya mencionados trastornos "enmascarados" o expresados en los equivalentes conductuales (Toolan J. M. en Ajuriaquerra, 1983), -- Poznaski y Zrull (en Ajuriaquerra, 1983) y Szilard y Waqner (en Annell, 1972) admiten que se hallan características depresivas en las descripciones de niños tristes, desgraciados, formas de reacciones afectivas del tipo depresivo en las entrevistas o cuando tienen más edad y exponen por sí mismos sus estados afectivos. La confirmación de este estado podría hallarse tal vez cuando el niño se autocritica de forma exagerada, cuando expresa sentimientos de desadaptación, dificultades para dormir y temores exagerados sobre la muerte.

Lewis (1981) por su parte, propone un modelo biopsicosomático

cial más amplio acerca de la depresión infantil en donde expresa que para estudio y tratamiento de la misma, se debe tomar en cuenta el nexo existente entre los mecanismos biológicos, los eventos bioquímicos y los factores psicodinámicos ya que se ha observado que las respuestas empáticas hacia el niño en la psicoterapia pueden funcionar biológicamente justo como lo hace el reforzamiento positivo de cualquier clase; desafortunadamente esta aparente mejoría psicofisiológica dada por la psicoterapia sola no se prolonga más allá de la sesión en sí misma. Este fenómeno clínico sugiere la utilidad y limitaciones de la psicoterapia por sí sola, como instrumento de tratamiento.

Hasta aquí se han revisado los modelos y teorías que abordan el tema de la depresión infantil; ahora se enunciarán diversas listas de indicadores de depresión dadas por algunos autores según su experiencia clínica:

Gerhardt Nissen (en Anelli, 1972) encontró que en niños pequeños y preescolares (hasta el fin del quino año de vida) mostraron con mayor frecuencia síntomas psíquicos, limitación en el juego, agitación, timidez y síntomas psicósomáticos, tales como convulsiones de llanto y gritos, encopresis, perturbaciones del ritmo sueño - vigilia y perturbaciones del apetito; para los niños de 6 a 11 años de edad estuvo marcado por síntomas psíquicos: limitación en el juego, agitación, timidez, irritabilidad y síntomas psicósomáticos: enuresis, co--

merse las uñas, manipulación de los genitales, pavores nocturnos, convulsiones de llanto y gritos; para los escolares mayores (inicia desde los 12 hasta los 18 años de edad) estuvo caracterizada por los síntomas psíquicos: mentiras, intentos de suicidio, impulsos suicidas, sentimientos de inferioridad y opresión y por el síntoma psicossomático: dolor de cabeza. Es por lo anterior que se puede determinar según Nissen que los niños pequeños mostraron con especial frecuencia una sintomatología psíquica con fuerte participación afectiva mientras que en los escolares mayores ya se enuncian síntomas psíquicos y psicossomáticos de la edad adulta que apuntan hacia conflictos intrapsíquicos preponderantes.

Ling y Cols. (en Kashani, 1981) por su lado, dicen que para darse la depresión se requiere de:

- 1) Un cambio reciente de conducta.
- 2) La ausencia de otra enfermedad psiquiátrica.
- 3) La presencia de por lo menos 4 de las siguientes características:
 - a) Un cambio significativo en el carácter.
 - b) Retraimiento social.
 - c) Bajo rendimiento escolar.
 - d) Disturbios en el sueño.
 - e) Conducta depresiva no presente antes.
 - f) Carencia de persecución.

- g) Baja de energía.
- h) Somatización.
- i) Fobia escolar.
- j) Baja de peso, anorexia.

La anterior lista de síntomas fué aún más seleccionada - por Weinberg (en Kashani, 1981) y asociados, quienes especificaron los criterios necesarios para la depresión como sigue:

- 1) Presencia de carácter disfórico.
- 2) La presencia de 2 o más de los siguientes síntomas:
 - a) Conducta agresiva.
 - b) Disturbios en el sueño.
 - c) Aislamiento social.
 - d) Cambio en la actitud hacia la escuela.
 - e) Cambio en el rendimiento escolar.
 - f) Somatización.
 - g) Baja de energía.
 - h) Cambio en el apetito o peso.
- 3) La manifestación de estos síntomas como un cambio en la conducta usual de los niños.
- 4) Que la duración del síntoma sea que por lo menos haya iniciado el mes anterior.

Puig - Antich y Cols. (en Petti, 1986) emplean los criterios diagnósticos de investigación (RDC) sin modificación -

alguna para definir una entidad mórbida específica. Estos -
criterios son:

- A) Humor disfórico.
- B) Síndrome depresivo.
 - 1) Poco apetito.
 - 2) Trastornos del sueño.
 - 3) Pérdida de energía.
 - 4) Agitación o enlentecimiento psicomotor.
 - 5) Pérdida de interés.
 - 6) Culpabilidad inadecuada.
 - 7) Pensamiento enlentecido.
 - 8) Pensamientos de muerte o suicidio.
- C) Duración de más de dos semanas.
- D) Remitido a la consulta durante el período disfórico.
- E) El funcionamiento cotidiano está alterado.
- F) No hay signos de esquizofrenia.

Malmquist (en Petti, 1986) ha propuesto una descripción completa de la sintomatología depresiva según un número de -
categorías que incluyen:

- I. Asociación con enfermedades orgánicas.
 - A. Parte del proceso patológico.
 - B. Secundaria a un proceso físico.
- II. Síndromes de privación: reacciones proporcionadas a -

un ambiente empobrecido o no gratificante.

- A. Depresiones anaclíticas.
- B. Tipos caracterológicos relacionados con la carencia de afecto.

III. Síndromes asociados con dificultades en la individuación.

- A. Problemas de separación - individuación.
- B. Fobias escolares con componentes depresivos.
- C. Precursores evolutivos de masoquismo moral.

IV. Tipos de latencia.

- A. Asociada con pérdida del objeto.
- B. Fracaso en alcanzar metas utópicas.
- C. Equivalentes depresivos (depresión sin afecto depresivo).
- D. Estados maniaco - depresivos.
- E. Tipos caracterológicos relacionados con la carencia de afecto (anhedonia generalizada).
- F. Carácter obsesivo.

V. Tipos adolescentes.

Para Ajuriaguerra (1984) los síntomas directamente vinculados a la depresión en el niño pueden ser el que manifiesten un estado de intensa postración, se retiren y se aislen en un rincón. Puede observarse inhibición motriz caracterizada por la dificultad para jugar, o para cumplir la más pequeña tarea u ocupación. Estas conductas pueden estar próximas al entorpe

cimiento motor; el llanto y la tristeza de su rostro son testigos de su sufrimiento moral, junto al enojo, la indiferencia total y la permanente fatiga. La propia desvalorización se manifiesta a menudo bajo la forma de afirmaciones repetidas tales como "no sé", "no llego", "no puedo"; es frecuente el sentimiento de ser poco querido.

En el plano intelectual pueden observarse dificultades de concentración y de memorización, cierta torpeza psíquica de la que el niño se queja. Los síntomas físicos son frecuentes: anorexia, trastornos del sueño (insomnio, pesadillas) - cefaleas o migrañas.

Los síntomas asociados se alejan un tanto de la semiología del adulto y son:

En ocasiones una excesiva buena conducta, que puede llegar hasta una relativa indiferencia, al igual que la inhibición, la pasividad o el comportamiento en apariencia sumiso. - El fracaso escolar y el desinterés son muy frecuentes. En lo que afecta al cuerpo, a veces puede permitirse una permanente actitud de dejadez, un aspecto de abandono, como si el niño fuera incapaz de valorar positivamente su cuerpo.

En su grado máximo, algunos comportamientos aparecen como la evidencia directa del sentimiento de culpa o de la necesidad de castigo, cuya vinculación, por lo menos temporal, con un episodio depresivo es evidente: heridas repetidas, actitudes peligrosas, castigos incesantes en la escuela, etc. Tam-

bién puede darse la aparición o reaparición de conductas autoagresivas.

MODELOS ETIOLOGICOS

La identificación de las causas de desórdenes afectivos es obviamente de gran interés. La literatura sobre la etiología de estos desórdenes es compleja, debido a los diferentes subtipos de disfunción y también a la multiplicidad de modelos propuestos para descubrirlos. Por otra parte, para muchos diferentes modelos, la investigación ha avanzado considerablemente sobre los mecanismos asociados con síntomas depresivos. Para los presentes propósitos, se proporciona una perspectiva de modelos para conducir los hallazgos. Los modelos han sido desarrollados e investigados en el contexto de disfunción de adultos, y sólo recientemente se han extendido a los niños. Los rubros principales que se enfatizan son: modelos psicossociales y modelos biológicos.

MODELOS PSICOSOCIALES

Estos modelos enfatizan fundamentos intrapsíquicos, de comportamiento e interpersonales de depresión. A continuación se enuncian algunos:

Modelos Psicoanalíticos: Aquí las posiciones se enfocan sobre las influencias intrapsíquicas, comenzando con la opinión de Freud, quien enfatiza los esfuerzos libidinosos insatisfe

chos (particularmente pérdida de objetos por ejemplo: el padre que no satisface las demandas del niño). La autocrítica y el autorechazo de las personas depresivas son atribuidos a la batalla del ego y el superego dentro del individuo que refleja estos valores. La crítica autodirigida y el conflicto interno reflejan cólera y hostilidad hacia el padre (Freud, - en Kazdin, 1988).

El punto de vista de Freud, sirvió como base para otras posiciones psicoanalíticas entre sus seguidores (Abraham, -- Rado y Bibring). Sus puntos de vista atribuyen las causas - de depresión a experiencias en la infancia principalmente.

Modelos de Comportamiento: Estos se enfocan sobre el aprendizaje y consecuencias del medio ambiente. Los síntomas de depresión son considerados como resultado de problemas en la interacción con el medio ambiente.

Lewinsohn (en Kazdin, 1988) ha desarrollado la opinión - de que la depresión resulta de la pérdida o reducción de reforzamiento del medio ambiente. El comportamiento de la persona no produce suficiente ayuda positiva de otros, tanto -- que el individuo llega a ser pasivo, separándose de interacciones, y muestra los síntomas afectivo y cognoscitivo de depresión.

Un modelo de comportamiento relacionado sugiere que los déficits de destreza social sostienen la depresión. Las in-

teracciones sociales son fuentes centrales de apoyo positivo que ha sido reducido en personas depresivas. Los déficits sociales de destreza pueden también causar depresión al fallar en encontrar demandas interpersonales y sufrir ansiedad y falta de apoyo como resultado. La evidencia para esta posición ha llegado también de la investigación, mostrando déficits interpersonales en los comportamientos de personas depresivas como lo reflejó en comportamiento no verbal, expresión afectiva y reciprocidad de interacciones (Lewinsohn, 1973 en Kazdin, 1988).

Rehm propuso un modelo de autocontrol de la depresión, lo que se enfoca sobre los procesos de maladaptación individual o deficiente autorregulador de competencia con la tensión. Los aspectos de como el comportamiento de los individuos, auto-monitoreo, auto-evalúa y auto-apoya son centrales. Las personas con déficits en esta destreza auto-regulatoria son fácilmente enfocadas sobre los eventos negativos, siendo estrictos en la evaluación de su desempeño y administrando poco apoyo a sí mismos.

Modelos Cognoscitivos

Estos dan énfasis a los sistemas perceptivo, atributivo y de confianza que soportan los síntomas depresivos. El modelo de Beck enfatiza la importancia de una triada cognoscitiva de depresión, es decir, opiniones negativas de uno mismo

el mundo y el futuro.

Otra posición cognitiva propone que la depresión está relacionada a déficits de la habilidad para resolver problemas interpersonales.

PERSPECTIVAS SOCIALES Y DEL MEDIO AMBIENTE.

Estos dan importancia a hechos en la vida que pueden propiciar la aparición de síntomas depresivos, un ejemplo claro de ello serían los duelos, en donde no sólo es importante el evento en sí mismo sino también la evaluación que la persona hace de él.

MODELOS BIOLÓGICOS

MODELOS BIOQUÍMICOS

En éstos la investigación se aboca a la identificación de neurotransmisores que pueden sustentar la depresión; los neurotransmisores estudiados hasta ahora son las monoaminas (catecolaminas e indoleamina). El panorama general indica que los desórdenes afectivos se caracterizan por un déficit (por ejemplo, depresión) o un exceso (por ejemplo: manía), en uno o más neurotransmisores, o bien por un desbalance de ellos. También las concentraciones de aminas y sus metabolitos en la orina, fluido cerebro-espinal y plasma, indican que se alteró el funcionamiento de la amina entre las personas con desórdenes afectivos.

Han sido estudiadas también las anormalidades Neuroendócrinas; los síntomas de depresión incluyen los disturbios de humor, impulso sexual, sueño, apetito y actividad autonómica, lo que como un todo, sugiere disfunción del hipotálamo. También, los neurotransmisores (especialmente noradrenalina, serotonina y acetilcolina) que han sido implicados en desórdenes depresivos regulan las clases de agentes neuroendócrinos que controlan la función pituitaria y las respuestas hormonales, por ejemplo, se ha encontrado que los pacientes depresivos han mostrado hipersecreción de cortisol y no suprimen la secreción en respuesta al rechazo de la droga. (Carroll, -- 1983, en Kazdin, 1988).

MODELOS GENETICOS

Se han establecido por algún tiempo las influencias genéticas en diferentes desórdenes depresivos. Los parientes cercanos de personas con depresión mayor son más idóneos para tener el desorden que las personas no relacionadas (Depve y Monroe, 1979, en Kazdin, 1988).

La evidencia de estudios en gemelos ha sido relativamente consistente; gemelos monocigóticos muestran alrededor de 65% de concordancia en desórdenes afectivos, comparado a --- aproximadamente 14% para gemelos dicigóticos.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

En tanto que no se llega a un acuerdo entre los teóricos que defienden sus diferentes puntos de vista sobre la existencia o no de la depresión en la infancia, los investigadores-clínicos se han visto en la necesidad de ampliar criterios -- diagnósticos sistematizados para poder valuar dicho padecimiento.

El comité del GAP sobre Psiquiatría Infantil, define la Depresión en la Infancia como:

"...Un trastorno primario de la conducta descrito como desviación en el carácter depresivo (Ackerman, 1953);

Un estado o trastorno primario de la conducta que puede degenerar en un trastorno neurótico (Buller, 1962);

Una manifestación somática de trastornos de la personalidad infeliz (Kanner, 1935);

Un trastorno subjetivo de la función mental (Miller, 1936);

Un trastorno del ajuste sociopsicológico y una psicosis reactiva (Pearson, 1920);

Una psicopatía o una psicosis maniaco-depresiva (Selbach, 1960);

Una reacción maniaco-depresiva (Potter, 1934);

Un trastorno neurótico (Buller, 1962);

Un síndrome psiconeurótico o psicótico según su intensi-

dad (Cameron, 1955);

Una psicosis maniaco-depresiva (Brown, Pollock, Potter, Cohen, 1937; Henderson y Gillespie, 1932);

Una psicosis funcional (Jensen, 1959)".

(Reporte No. 66 del G&P, 1972).

En la IX Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, se agregó la categoría 313 que corresponde a trastornos de las emociones específicos de la infancia y de la adolescencia. En el glosario correspondiente se menciona que esta categoría es diferente de la depresión neurótica (300.4), y de la reacción aguda al estrés con alteración predominante de las emociones (308.0), de la que debe diferenciarse por su mayor duración en tiempo y contenido con una situación estresante.

El DSM-III-R marca como criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor:

Nota: Un "síndrome depresivo mayor" se define según el criterio A siguiente:

- A.- Como mínimo, cinco de los síntomas siguientes han estado presentes o durante un mínimo período de dos semanas y representan un cambio de la conducta previa y al menos, uno de los síntomas es ó .1) estado de ánimo deprimido 2) pérdida de interés o de capacidad para el placer. (No se incluyen los síntomas que se deben claramen

te a causas físicas, ideas delirantes o a alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo, incoherencia o notable pérdida de asociaciones):

- 1) Estado de ánimo deprimido (o puede ser irritable en niños y adolescentes) durante la mayor parte del día, casi cada día y, tal como se indicó, sugerido por la experiencia subjetiva o por la observación de los demás;
- 2) Notable disminución de placer o interés en todas o casi todas las actividades habituales, casi cada día (como se indicó por referencia subjetiva o por la observación de los demás de apatía durante la mayor parte del tiempo);
- 3) Aumento o pérdida significativa de peso sin hacer ningún régimen (por ejemplo, más de un 5% de peso corporal en un mes), o disminución o incremento de apetito casi en cada día (en los niños hay que tener en cuenta la dificultad para alcanzar el peso necesario);
- 4) Insomnio o hipersomnio casi cada día;
- 5) Agitación o ententecimiento psicomotor casi cada día (observable para los demás, no simplemente el sentimiento subjetivo de inquietud o lentitud);

- 6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día;
- 7) Sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa (que pueden ser delirantes) casi cada día (no simplemente autorreproches o sentimientos de culpa por estar enfermo);
- 8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión casi cada día (manifestada por el paciente u observada por los demás);
- 9) Ideas de muerte recurrentes (no simple miedo a morir), ideas de suicidio recurrentes sin un plan específico, o un intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.

- B.-
- 1) No puede establecerse que una causa orgánica inició y mantiene la alteración.
 - 2) La alteración no es una reacción normal a la muerte de un ser (duelo no complicado).

Nota: Preocupación mórbida con sentimientos de inutilidad, ideas de suicidio, notable deterioro funcional o enlentecimiento psicomotor, o una duración prolongada sugieren que el duelo se ha complicado con una depresión mayor.

- C.-
- Fuera del contexto de la alteración anímica (antes de la aparición de los síntomas y después de que han remitido) no ha habido en ningún momento ideas delirantes ni alucinaciones que hayan durado más de dos semanas.

D.- El trastorno no esta superpuesto a una esquizofrenia, a un trastorno esquizofreniforme, a un trastorno delirante o a un trastorno psicótico no especificado.

Características dependientes de la edad.

Aunque los síntomas esenciales del episodio depresivo mayor son similares en niños, adolescentes y adultos, hay diferencias en cuanto a los síntomas asociados.

En los niños en edad prepuberal con un episodio depresivo mayor, son particularmente frecuentes las quejas somáticas, la agitación psicomotora y las alucinaciones congruentes con el estado de ánimo (generalmente una sola vez se le habla al niño).

En los niños con un episodio depresivo mayor son habituales los trastornos por ansiedad en la infancia (trastorno por angustia de separación, trastorno por ansiedad generalizada y trastorno por evitación en la infancia o adolescencia) y las fobias.

En los adolescentes puede aparecer una conducta negativista o claramente antisocial y la toma de alcohol o drogas ilegales, provocando un diagnóstico adicional de negativismo desafiante, trastorno de conducta o por dependencia o abuso de sustancias psicoactivas. Son comunes los deseos de marchar de casa, el sentimiento de no ser comprendido o aprobado, inquietud, mal humor y agresividad. Son frecuentes el -

resentimiento, la desgana en cooperar en las cuestiones familiares y el retraimiento de las actividades sociales con reclusión en la propia habitación. Son probables las dificultades escolares. Puede haber falta de cuidado en el aspecto personal y aumento de la emocionabilidad con especial sencillez al rechazo en las relaciones amorosas.

INSTRUMENTOS PARA MEDIR LA DEPRESION EN LA INFANCIA

Para poder conocer más acerca de tan polémico padecimiento, se han tenido que elaborar en años recientes diversos instrumentos de medición que ayudan a diferenciar a niños deprimidos de los no deprimidos, así como también, para conocer el grado de severidad de la sintomatología, algunos de estos son adaptaciones de escalas utilizadas para adultos, otros han sido creados a partir del conocimiento que sobre el tema se tiene. Entre los instrumentos más importantes y conocidos se encuentran:

- 1.- CDI (Children's Depression Inventory, Kovacs y Beck, 1977).

Es un inventario autodescriptivo que consta de 27 reactivos calificados en una escala de 0 a 2 puntos. Se aplica a niños de 7 a 17 años de edad. Una calificación de 19 de un total de 54 es el percentil 90 para los niños normales. Se especifica una duración de los síntomas de dos semanas. La con

fiabilidad se ha demostrado a través de consistencia interna, correlaciones entre elementos y entre éstos y el total, y con test-retest. Este inventario es un derivado del de adultos- (Beck Depression Inventor y, BDI) de los mismos autores. La validez de contenido, a través de una evaluación cuidadosa de la fenomenología de la depresión en la infancia para la selección de los elementos, y la validez de análisis factorial, 1 a 2 factores, han sido reportados por los autores del instrumento.

Existe una versión abreviada (Short Children's Depression Inventory, Carlson y Cantwell, 1979 citados por Kazdin y Petti 1982) de 13 reactivos puntuados en una escala de 0 a 4 y referidos a los síntomas de la semana anterior a la aplicación -- que abarca de un rango de edad de 7 a 17 años, también y cuya confiabilidad no se ha reportado. La validez de criterio se demostró con el DSMIII, trastornos afectivos, haciendo hincapié en el estado de ánimo, disforia y la anhedonia. (Kazdin y Petti, 1982).

2.- ISC forma C (Interview Shedule for Children, Kovacs, 1978).

Esta entrevista cubre con una multiplicidad de elementos y subelementos, constelaciones de síntomas como la depresión y los trastornos conductuales entre otros. Se puntúa en una escala de 10 puntos para la mayoría de los reactivos. Permite el diagnóstico de la depresión en niños de 8 a 13 años de edad. Se especifica una duración privativa de cada grupo de

síntomas, incluyendo los no afectivos. Su aplicación y puntuación se basan en el juicio clínico. Sus reactivos se seleccionaron según criterios diagnósticos de trastornos afectivos, -- aunque se incluyen los no afectivos. Puede administrarse a -- los padres para mayor fiabilidad y validez. Su confiabilidad se basa en el acuerdo entre jueces, y su validez es de contenido.

3.- K-SADS (Kiddie - SADS, Chambers y Col., 1978).

Los reactivos se seleccionaron sobre la base de los criterios RDC (Research Diagnostic Criterial) cuya tipología determinó las subescalas de esta entrevista. Permite el diagnóstico en niños de 6 a 16 años de edad. Los síntomas se puntúan -- según su severidad y duración e incluye síntomas no afectivos. Su aplicación y puntuación dependen del juicio clínico. Su -- confiabilidad se demostró por acuerdo entre jueces y consistencia interna. Tiene validez de contenido. Esta entrevista es un derivado de los adultos (SADS).

4.- BID (Bellevue Index of Depression, Petti, 1978).

Se trata de una entrevista de 40 reactivos puntuados en -- una escala de severidad de 4 puntos y otra de duración de 3 -- puntos. La depresión se define con un puntaje de 20 referido a la edad del paciente. La duración de los síntomas se puntúa separadamente para cada uno y se reporta la puntuación más elevada de severidad (Kazdin y Petti, 1982). Esta entrevista, es

estructurada ofrece alternativas de respuestas también estructuradas. Su confiabilidad se demostró por el acuerdo entre-observadores. Su validez de contenido se obtuvo con los criterios de Feinbery y el DSM-III. Permite diferenciar entre-sujetos deprimidos y no deprimidos. (Bioleson, 1980). Y es aplicable a los padres y otros significativos. Se aplica a niños de 6 a 12 años.

- 5.- DSA (Face Valid Depression Scale for Adolescents,- Mezzich y Mezzich, 1979).

Este es un inventario con 35 reactivos que se califica con 0 ó 1, específico para adolescentes de 12 a 18 años. La puntuación de 26 representa una desviación standar de la media y se usa para diagnosticar la depresión. Tiene subescalas del análisis factorial; los seis factores son: falta de confianza en si mismo, abandono social, pérdida de interés, tristeza, síntomas somáticos y acting out. No se ha reportado la confiabilidad de este instrumento derivado de MMP1. - Tiene validez de contenido y de criterio por acuerdo entre -psiquiatras.

- 6.- CDRS (Children's Affective Rating Scale, Mcknew y Col., 1979).

Después de aplicada la entrevista, los elementos se puntúan en una escala de 10 puntos. Estos reactivos forman las tres subescalas de la entrevista: humor, conducta verbal y-

fantasía. Esta diseñada para niños de 5 a 15 años y más que una autodescripción de los problemas por los niños, se basa en la evaluación clínica global de paciente. Su confiabilidad se demostró por acuerdo entre jueces, test-retest, moderada y positiva para varones y moderada y negativa para mujeres. Tiene validez de criterio.

7.- M-Zung (Modified Zung, Lefkowitz y Tesiny, 1980).

Este inventario autodescriptivo consta de 16 reactivos que se califica según la presencia o ausencia de síntomas, pero que no cubre todos los criterios sino sólo humor, disforia y anhedonia. No hay reportes sobre confiabilidad y validez. Se aplica a niños entre 10 y 11 años y se derivó de la de adultos.

8.- CES-D (Center for Epidemiological Studies Depre---
ssion Scale, modificada para niños. Weissman y --
Col., 1980 citados por Kazdin y Petti, 1982).

Este inventario autodescriptivo se derivó de la escala para adultos y se aplica a niños de 6 a 17 años. Consta de 20 elementos puntuados de 0 a 4. El diagnóstico de depresión se da con una puntuación mayor a 15. La duración de síntomas sobre la que se informa es de una semana.

9.- BDI-A (Beck Depression Inventory modificado para
adolescentes, Chiles y Col., 1980 citados por Kaz-
din y Petti, 1982 y Teri 1982).

Del inventario autodescriptivo para adultos se derivó el de adolescentes con 33 reactivos puntuados de 0 a 3. Tiene consistencia interna y su confiabilidad test-retest es buena. El análisis factorial reveló cuatro factores. Sus demás características son las que aplican al inventario para adultos.

10.- SRS (Self Rating Scale, Birlleson, 1980).

El inventario autodescriptivo más reciente (Kazdin y Petti, 1982) para medir la depresión de la infancia constó de 18 reactivos puntuados en una escala de 3 puntos. Los niños de 7 a 13 años reportan síntomas de una semana de duración y según los datos normativos, 13 es la puntuación para el diagnóstico de la depresión. Se basa en los criterios de Feighner y Col., 1972 (citados por Birlleson, 1980), por lo que tiene validez de criterio; tiene además validez de contenido y sus elementos se sometieron a análisis con buenos resultados. Pone énfasis en el estado de ánimo, la disforia y la anhedonia y no cubre todos los criterios del trastorno.

11.- (Children's Depression Scale, Lang y Tisher, 1978 citados por Seisdedos, 1983).

Este inventario autodescriptivo presenta un formato de clasificación de respuestas que permite su aplicación a niños de 8 a 16 años de edad y a los adultos significativos para el niño. Consta de 66 reactivos puntuados en una escala-

de 1 a 5 y seis subescalas, 5 de depresión que miden afecto, conducta social, autoestima, preocupaciones de enfermedad y muerte y culpa, así como una subescala de actividades placenteras, la que constituye una de sus características principales. Permite diagnosticar la depresión contra una muestra -- normativa comparando puntuaciones ponderadas convertidas a -- percentiles y decapitos en su versión australiana y española.

Su confiabilidad se demostró con test-retest y tiene consistencia interna. Se demostró su validez de contenido a través del análisis de elementos, la evaluación de la fenomenología de la depresión en la infancia reportada en la literatura y el acuerdo de psiquiatras y pacientes en tratamiento. El análisis factorial arrojó de 1 a 2 factores y también se demostró su validez de criterio. Este inventario permite diferenciar a niños deprimidos de los no deprimidos.

Este instrumento difiere de otros en que no ha sido elaborado a partir de un test para adultos; se ha diseñado específicamente para los niños y ha tenido en cuenta el hecho de que tiene mucha importancia las observaciones de las personas que rodean y conocen al niño (los otros significativos), tales como los padres y los profesores; aunque el CDS está destinado a los niños, la misma escala con ligeras modificaciones puede ser contestada por un familiar, profesor u otro significativo que responda según su conocimiento del niño.

Para los autores del CDS creen que la depresión es una respuesta humana normal que varía en intensidad y cualidad, que se encuentra en la población infantil y que juega un papel especial en muchos grupos psiquiátricos, incluyendo los diagnosticados como depresiones neuróticas o psicóticas.

TRATAMIENTO

Aunque no existe aún un acuerdo entre los psiquiatras acerca de la naturaleza, causas, clasificación y diagnóstico de la depresión en la infancia, algunos autores se han abocado a realizar estudios con respecto a los fármacos que podrían aliviar dicho padecimiento, estos parten del supuesto de que en el niño hay algo parecido a la depresión en el adulto por lo que responde favorablemente a tratamientos quimioterapéuticos, tal es el caso de Stack John (1971 en Anell) quien obtuvo respuestas exitosas a drogas anti-depresivas mejorando el estado afectivo de 116 niños en edad pre-escolar, a 75 niños entre 5 y 14 años los trató con droga tricíclica o una droga inhibidora de la monoaminoxidasa, nortriptilina, amitriptilina, oprimamol y fenilzina, estos pacientes respondieron igualmente bien a alguna de ellas. Por su parte Kuhn, V y Kuhn - R. (1972 en Anell) reportan que en una muestra de 100 niños a los que se les administraron drogas que consistieron solamente de antidepresivos tricíclicos del tipo imipramina, clasificaron los efectos del tratamiento en bueno, malo y ninguna -- respuesta o tratamiento alterado por factores externos, con lo que concluyeron que el 38% respondió bien, el 38% mostró -- mejoría y el 24% no obtuvo beneficios del tratamiento, dichos porcentajes de éxito son similares a los alcanzados en correspondientes grupos de adultos. Girard (1977 en Anell) consi-

derando a la cefalea de tensión como un signo de perturbación o de descompensación psíquica, pero que sin embargo se le -- puede ver como un signo de presentación antes de ser una manifestación de depresión, menciona que el medicamento para -- disminuir dicho síntoma es un alcaloide del cuernecillo de -- seigle, la dihidro-ergotamina, por otra parte menciona que -- dentro de los casos de poca importancia, los sedativos ligeros deben ser ordenados tales como tranquilizantes o barbitúricos y de una manera más excepcional neurolépticos incisivos como las butirofenas cuando los elementos fóbicos y obsesivos son notables.

Connell (en Ollendick, 1983) describe dos tipos de depresión en la infancia. Divide a los niños deprimidos en categorías de alto y bajo neuroticismo basándose en las puntuaciones del cuestionario de personalidad para adolescentes de Eysenk. El grupo de neuroticismo bajo mostró un curso fluctuante persistente, tenían una historia larga (cuatro años o más) de humor disfórico y, generalmente, presentaban una historia familiar de depresión. Este grupo habitualmente necesitó terapia antidepressiva tricíclica. El grupo de neuroticismo elevado tenía una sintomatología de duración más corta (de unos pocos meses a dos años), los síntomas generalmente estaban relacionados con acontecimientos específicos y respondió a la manipulación ambiental o a la terapia de grupo.

Puig-Antich (1978) y Weinberg y colaboradores (1973) --

consiguieron respuestas favorables al tratamiento con imipramina. Con dosis de 1.5 a 4.5 mg. por kilogramo de peso se pueden lograr buenos resultados en unas tres o cuatro semanas de tratamiento, mencionan como efectos secundarios: sequedad de boca, náuseas, constipación, somnolencia, taquicardia y anorexia.

Ajuriaguerra (1983) expresa que las depresiones en los niños pueden tratarse con los mismos medicamentos antidepresivos utilizados en el adulto, sea con tricíclicos, sea con inhibidores de la monominoxidasa, particularmente toleradas por el niño sin dificultad. En caso de ansiedad o insomnio aconseja los ansiolíticos.

Calderón Narváez (1987) menciona que la imipramina puede ser efectiva.

Kazdin (1988) comenta que sólo la medicación no puede dirigir facetas significativas del tratamiento dado que los déficits de habilidad social han sido propuestos como característica importante de los pacientes depresivos, por lo que propone además de los fármacos técnicas psicosociales, como terapia cognoscitiva, terapia de autocontrol y entrenamiento de habilidades sociales.

METODOLOGIA

Debido a la discrepancia entre los ya citados autores, - en cuanto a la naturaleza, causas, manifestación y sintomatología de la Depresión Infantil, se plantea el siguiente cuestionamiento:

¿Cómo se manifiesta la Depresión Infantil y a qué nivel se encuentra en una población psiquiátrica?

Y de manifestarse ésta:

¿Cuál es la relación entre la Depresión Infantil y la Adaptación al medio escolar, familiar y social?

OBJETIVOS:

- 1.- Conocer las características con que se manifiesta la Depresión Infantil de una población psiquiátrica.
- 2.- Conocer la relación que guarda ésta con la adaptación del niño a su medio familiar, escolar y social y así poder brindar al paciente la atención correcta.

HIPOTESIS:

Hipótesis Conceptual:

Un gran número de autores, considerando que la depresión como tal es difícilmente observable, hacen entrar en el cuadro de los estados depresivos, los trastornos "enmascarados" o expresados en los equivalentes conductuales (Toolan, J.M.; Poznaski y Zrull, en Ajuriaguerra, 1983) y Szilard y Wagner (en Anell, 1972) y admiten que se hallan características depresivas en las descripciones de niños tristes, desgraciados, formas de reacciones afectivas del tipo depresivo en las entrevistas o cuanto tienen más edad y exponen por sí mismos sus estados afectivos. La confirmación de este estado podría hallarse tal vez cuando el niño se autocritica de forma exagerada, cuando expresa sentimientos de desadaptación, dificultades para dormir y temores exagerados sobre la muerte.

Para Ajuriaguerra (1984) los síntomas directamente vinculados a la depresión en el niño pueden ser el que manifieste un estado de intensa postración, se retiren y se aislen en un rincón. Puede observarse inhibición motriz caracterizada por la dificultad para jugar o para cumplir la más pequeña tarea u ocupación.

HIPOTESIS DE TRABAJO:

Tomando en cuenta no solo la escasez de investigación -

sobre el tema en cuestión, sino también la ambivalencia encontrada en cuanto a su naturaleza y formas de manifestarse, consideramos importante indagar si, de existir efectivamente la depresión infantil, ésta, ¿Estará relacionada con la adaptación que el niño percibe de sí mismo y cree tener en el hogar, la escuela y con los compañeros? ya que de encontrarse una vinculación directa entre los síntomas depresivos y la adaptación podría significar un índice para lograr un mejor manejo del problema.

Hipótesis Nulas:

- No existe relación entre la depresión y el nivel de adaptación del niño en el hogar.
- No existe relación entre la depresión y el nivel de adaptación del niño en la escuela.
- No existe relación entre la depresión y el nivel de adaptación del niño con sus compañeros.

Hipótesis Alternas:

- Sí existe relación entre la depresión y el nivel de adaptación del niño en el hogar.
- Sí existe relación entre la depresión y el nivel de adaptación del niño en la escuela.

- Si existe relación entre la depresión y el nivel de adaptación del niño con sus compañeros.

Variables:

- Independiente: Depresión.- Es una respuesta humana normal que varía en intensidad y cualidad, que se encuentra en la población infantil y que juega un papel especial en muchos grupos psiquiátricos, incluyendo los diagnosticados como depresiones neuróticas o psicóticas (Lang y Tisher, 1978, citados por Seisdedos, 1983).

Se midió utilizando el Cuestionario de Depresión Infantil de Lang y Tisher (adaptación española de Nicolás Seisdedos, 1983) en donde si el total depresivo es mayor al total positivo, se considera al sujeto como depresivo, mientras -- que si es a la inversa (total positivo mayor que el total depresivo) se considera fuera de dicho diagnóstico.

- Dependiente: Adaptación.- Según Piaget (en Diccionario de Educación Especial, 1986) la adaptación ha de entenderse en términos de una equilibración activa y meliorativa del organismo con su medio, de la que forman parte -- procesos opuestos y a la vez complementarios, la asimilación y la acomodación. Por virtud de la primera se integran en los esquemas del organismo los aspectos del entorno que son pertinentes para la supervivencia y perfección

miento del sujeto mientras que por la segunda, es el ambiente quien actúa sobre el organismo y transforma sus estructuras; de esto resulta un equilibrio en el individuo que lleva a elevar la adaptación.

Esta variable se midió a través del Perfil de Evaluación del Comportamiento, que engloba las 3 siguientes áreas: - adaptación al medio escolar, familiar y social.

- Control: Cociente Intelectual.- Esta variable fué medida a través de la Escala de Wechsler para Niños, aceptando dentro de la muestra solo aquellos sujetos que obtuvieron un CI de 84 en adelante, esto con la finalidad de tener cierto grado de seguridad en cuanto a la mejor comprensión de los sujetos ante los cuestionamientos que presentaban los instrumentos.

- Daño Neurológico.- Fué controlado a través del resultado del Electroencefalograma que se les realizó dentro del Hospital, de la siguiente manera: fueron incluidos en la muestra los sujetos con EEG normal, con EEG anormal, únicamente aquellos cuya anormalidad consistía en una Disfunción Cerebral Mínima o bien en una ligera alteración bioeléctrica inespecífica, y sujetos a quienes no se les practicó el EEG por ser considerado innecesario por el psiquiatra.

- Ausencia de un cuadro clínico severo (psicosis, epilepsia, etc.) esto según el criterio del psiquiatra tratante del menor.

Sujetos:

La investigación se llevó a cabo en 2 fases: en la primera se utilizó a los primeros 100 sujetos que acudieron al Departamento de Psicología del Hospital Psiquiátrico Infantil - "Dr. Juan N. Navarro", que se eligieron a través de un muestreo no probabilístico intencional, ya que los sujetos de estudio fueron incluidos siempre y cuando cumplieran con los requisitos siguientes:

- Edad entre 8 y 13 años, misma que corresponde a la edad de aplicación de los cuestionarios utilizados (Perfil de Evaluación del comportamiento -8 a 13 años- y Cuestionario de Depresión Infantil -8 a 16 años).
- CI según la escala de Wechsler de 84 en adelante, que es el puntaje que el DSM III señala como mínimo para descartar Deficiencia Mental.
- Que no presentara ningún cuadro clínico severo (tal como se mencionó antes).

Para la segunda fase, utilizando los criterios mencionados

anteriormente para la selección de la muestra y haciendo uso de un muestreo no probabilístico intencional por cuota, se siguió eligiendo a la población hasta lograr reunir dos grupos de 30 pacientes cada uno que se clasificaron en Deprimidos y no deprimidos; éste último fué de acuerdo a las puntuaciones en el Cuestionario de Depresión para Niños (CDS), es decir, quienes obtuvieron un puntaje total depresivo mayor que el puntaje total positivo, formaban parte del grupo depresivo, mientras que si sucedía a la inversa, los sujetos pasaban a formar parte del grupo no deprimido.

Escenario:

La investigación se llevó a cabo en el Departamento de -- Psicología del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. - Navarro".

Tipo de Estudio:

Comparativo de Campo ya que existieron 2 grupos: Deprimidos y No Deprimidos en los cuales se comparó la adaptación del niño al medio escolar, familiar y social, y de Campo por que los sujetos fueron tomados de la consulta del Hospital - Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", que constituye su ambiente natural.

Tipo de Diseño:

De dos muestras independientes ya que obtuvieron 2 grupos diferentes uno del otro, el grupo deprimido y el grupo no deprimido, que posteriormente se contrastaron.

INSTRUMENTOS:

- Escala de Inteligencia para Niños de David Mechler (WISC): Este instrumento es útil para medir el nivel intelectual de niños entre los 5 y 15 años 11 meses de edad; consta de 12 subescalas que, de igual manera que las escalas para adultos, están divididos en 2 subgrupos identificados como Verbal y de Ejecución y se agrupan de la siguiente manera:
 - Verbal: Información, Comprensión, Aritmética, Semejanzas, Vocabulario, Retención de dígitos.
 - Ejecución: Figuras incompletas, Ordenación de dibujos, Diseño con cubos, Composición de objetos, Claves, Laberintos.
- Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) de M. Lang y de M. Tisher (adaptación española de Nicolás Seisdedos) (1983).

Este cuestionario descriptivo es una escala tipo Lickert - que mide la severidad de los síntomas en un rango de 1 a 5; -

contiene 66 reactivos o elementos, 48 de ellos de tipo depresivo, 18 de tipo positivo, entremezclados, y que se agrupan independientemente en 2 subescalas generales o totales; el total depresivo (T.D) y el total positivo (T.P.). Estas 2 dimensiones, a su vez, se dividen en subescalas con un número comparable de reactivos, según una serie de criterios lógicos y teóricos, que reflejan las diferentes maneras como los niños y los adolescentes manifiestan su depresión.

En 1986, Tovar del Sordo en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" llevó a cabo la validez de contenido del C.D.S. para la población de dicha institución utilizando una muestra de 60 niños (hombres y mujeres) entre 9- y 16 años divididos en 2 grupos: deprimidos y no deprimidos, esto de acuerdo a los criterios del DSM III utilizados para el diagnóstico del Estado Depresivo Mayor, con el que se realizó una entrevista al padre o madre del menor y de acuerdo con ellos se clasificó a los sujetos en deprimidos y no deprimidos; después se les aplicó simultáneamente tanto al infante como a un adulto significativo, el C.D.S., encontrando que dicho instrumento sí mide verdaderamente la intensidad de la depresión, además elaboró normas de calificación para la población de donde fué extraída la muestra. (Ver apéndice II).

- Perfil de Evaluación del Comportamiento (PEC) de Linda -- Brown y Donald Hammill (1982).

Es un instrumento de autoevaluación (tipo lista de control) que contiene 6 componentes independientes: 5 listas de control y 1 sociograma. Tres de las listas de evaluación son escalas del estudiante que los niños completan por sí mismos; la escala del Hogar, la de la Escuela y la de los Compañeros. Las otras 2 listas son: la escala de evaluación del maestro, que es contestada por él, y la evaluación de los padres, que es llenada por cualquiera de ellos. Por último, el sociograma mide las percepciones de los propios compañeros acerca del niño en cuestión. Como para esta investigación, nos interesó la percepción que tenía el niño de su propio nivel de adaptación, sólo se utilizaron las listas de evaluación del estudiante, que incluyeron las 3 escalas de autoevaluación que se mencionaron anteriormente. Cada escala contiene 20 ítemes pero todos están integrados en un sólo instrumento de 60 ítemes en un folleto titulado "Escalas de Evaluación del Estudiante". (Ver apéndice II).

PROCEDIMIENTO:

El primer caso consistió en la revisión de los expedientes clínicos de los menores para de esta manera poder descartar "daño neurológico severo" en ellos, de ser así, se procedía-

a la aplicación de la Escala de Inteligencia para Niños de Wechsler para obtener el Cociente Intelectual del paciente. (Esta prueba fué utilizada únicamente para la selección de la muestra).

Hasta aquí se dió por finalizada la primera sesión y el examinador calificó ésta última prueba para comprobar que los requisitos se cumplieran.

En la siguiente sesión se aplicó (a aquellos niños que fueron elegidos) el CDS (Cuestionario de Depresión para Niños) según el procedimiento descrito en el Manual de Adaptación Española para la aplicación individual como sigue:

Se sentó al niño en la mesa frente al examinador, teniendo cada uno suficiente espacio como para actuar libremente. La examinadora le dió una explicación introduciendo el cuestionario sin prisa y procurando crear un ambiente amistoso para que el menor se sintiera tranquilo y con confianza. Se colocaron las tarjetas de clasificación sobre la mesa, frente al niño de manera que pudiera leerlas, de izquierda a derecha y horizontalmente en el orden siguiente: "Muy de acuerdo, De acuerdo, No estoy seguro, En desacuerdo y Muy en desacuerdo", y se le dieron las siguientes instrucciones.

"Otros niños han contestado a las frases que tienen estas tarjetas para decir cómo piensan y cómo sienten, si están de

de acuerdo o no con lo que dice en ellas. Vas a tomar una - tarjeta y a leer en voz alta lo que dice. Si estas de acuerdo con lo que está escrito (++) , colócala debajo de esta - - otra tarjeta (señalando); si está de acuerdo como (+) colócala debajo de ésta otra (señalando); si estás muy en desacuerdo como en (--), colócala debajo de ésta otra señalando; si estás en desacuerdo como en (-) colócala aquí (señalando). - Si no estás seguro entre acuerdo o en desacuerdo, como si -- fuero algo entre (+) y (-), colócala aquí (en el centro de - montones). (Seisdedos, 1983, p. 18).

Inmediatamente se procedió a preguntarle al niño si había comprendido las instrucciones y se le aclararon las dudas.

En la 3a. sesión se aplicó a los menores el Perfil de Evaluación del Comportamiento (PEC) de Brown y Hammill, para el que se dieron las siguientes instrucciones:

"Esta es una lista de cosas que hacen los niños. Tú haces algunas de estas cosas. Hay otras cosas en la lista que tú nunca haces. Si tú crees que haces lo que dice una oración-tacha con tu lápiz en la columna de verdadero. Si la oración dice algo que tú no haces, tacha bajo la columna de falso.

Igual que en el anterior, se le preguntó al niño si había comprendido las instrucciones y se le aclararon las dudas.

Una vez aplicadas las dos pruebas, el examinador procedía a la calificación de cada una de ellas, para obtener el grado de depresión del niño, por un lado, y el nivel de adaptación del mismo, por el otro. Ya con estos resultados se dividió a los sujetos en 2 grupos (Deprimidos y No deprimidos) y entonces se procedió al análisis de estos datos y comparación de los grupos.

RESULTADOS

Para obtener los datos se empleó el paquete estadístico aplicado a las Ciencias Sociales (SPSS) por computadora, --- (Nie, Hull, Jenkins y Steinbrener, 1980), aplicándose varios programas, siendo el primero de ellos el de frecuencias que sirvió para conocer más ampliamente la distribución de la muestra, así como la descripción de las características más importantes de la misma, con esto se consiguieron los promedios de muestra general en las siguientes categorías; edad, escolaridad, puntaje de cada una de las escalas del Cuestionario de Depresión Infantil, así como para cada una de las -- del perfil de Evaluación del Comportamiento. Coeficiente In telectual. (Ver apéndice 1).

En cuanto al EEG se obtuvo que el 61.7% (37) tuvo un -- EEG normal, el 21.7% (13) anormal y el 16.7% (10) no tuvo -- electro.

Además de los datos anteriormente mencionados, se tomó en consideración la impresión diagnóstica expresada en los expedientes de los sujetos, ésta fue realizada por el facultativo del hospital encontrándose lo siguiente:

El 45% (27) fué diagnosticado como Trastorno de las Emo ciones, el 1.7% (1) como Bajo Rendimiento Escolar, el 20% (12) como Trastornos de Conducta, el 15% (9) como Trastornos de - Aprendizaje, el 18.3% (11) como Daño Orgánico Cerebral, el

el 23.3% (14) como Deficiencia Mental Superficial, 1.7% (1) como Deficiencia Mental Media, el 21.7% (13) como Trastorno de Atención sin Hiperactividad, el 10% (6) con Hiperactividad, el 15% (9) con Familia Disfuncional, el 20% (12) con Enuresis. Por otra parte el 30% (18) reprobó algún año escolar.

Con respecto a los datos sobre la familia de los sujetos se tiene lo siguiente:

El 68.3% (41) tiene una familia completa, el 30% (18) una familia incompleta y el 1.7% (1) una familia extensa.

El 66.7% (40) pertenece a una familia disfuncional mientras que el 33.3% (20) pertenece a una familia funcional.

En cuanto al número de hijos en la familia se tiene un promedio de 3. (Ver apéndice 1).

En lo que se refiere al lugar que ocupa el sujeto entre los hermanos se encontró la frecuencia más alta 55% (33) para el primer lugar, y una media de 2. (Ver apéndice 1).

El 5% (3) tiene medios hermanos.

Para la unión de la pareja se obtuvo que 68.3% (11) de los padres de los sujetos están casados, el 25% (15) están separados, el 3.3% (2) son viudos, mientras que el 1.7% (1) restante no tiene pareja.

En lo tocante a la edad, escolaridad y ocupación de ambos padres, se tiene que:

Para la edad del padre se obtuvo una media de 36.83, -

para la escolaridad del mismo la media fué de 10 que equivale a 1er. año de preparatoria, la frecuencia más alta para ocupación se obtuvo en Trabajo Manual (Ver apéndice 1).

El promedio para la edad de la madre fué de 34.36, en escolaridad la frecuencia más alta fué de 41.7% (25) para el 6o. año de primaria, para la ocupación la frecuencia más alta fue de 58.3% (35) correspondiente a ama de casa (Ver apéndice 1).

En lo que respecta a los antecedentes heredo-familiares de los sujetos se tiene que:

El 30% (18) presenta antecedentes de alcoholismo, el 11.7% (7) de Epilepsia, el 5% (3) de Psicosis, el 1.7% (1) de Deficiencia Mental, el 1.7% (1) de Suicidio, el 3.3% (2) de Depresión y el 1.7% (1) de Farmaco-dependencia.

Para las respuestas de los sujetos ante el Cuestionario de Depresión Infantil (las cuales iban de 1 a 5) se obtuvieron las frecuencias y los porcentajes para cada uno de los reactivos expresados en tablas (Ver apéndice 1).

Para el Perfil de Evaluación del Comportamiento (PEC) - los resultados se muestran en porcentajes para cada uno de los reactivos. (Ver apéndice 1).

Por otra parte, para conocer si existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de niños no depresivos y el grupo de niños depresivos se utilizó la prueba T, comparando ambos grupos con respecto a todas las variables.

A continuación se describen los resultados encontrados para cada una de las escalas del Cuestionario de Depresión Infantil:

Para el total positivo se obtuvo un valor T de 3.78 con una $p = 0.00$ de acuerdo a lo cual se observa que existen diferencias significativas entre los niños depresivos y los niños no depresivos ya que la media para el grupo no depresivo ($\bar{X} = 60.03$) es más alta que la del grupo depresivo ($\bar{X} = 31.66$).

En cuanto al Total Depresivo se obtuvo un valor T de --4.69 con una $p = 0.00$ debido a lo cual existen diferencias significativas entre los menores depresivos y los no depresivos dado que la media del grupo depresivo ($\bar{X} = 72.23$) es más alta que la del grupo no depresivo ($\bar{X} = 39.83$).

El valor T para la escala Animo-Alegría fué de 1.99 con una $p = 0.05$ lo que significa que hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, ya que para el no depresivo la media fue de ($\bar{X} = 59.00$) mayor a la del grupo depresivo ($\bar{X} = 44.96$).

Para la escala Respuesta Afectiva el valor de T encontrado fué de -4.69 con una $p = 0.00$ lo que indica la existencia de diferencias entre los grupos dado que la media del grupo depresivo ($\bar{X} = 74.50$) es más alta que la del grupo no depresivo ($\bar{X} = 46.53$).

La escala de Problemas Sociales obtuvo un valor T de --3.93 con una $p = 0.00$ lo que quiere decir que existen dife-

rencias significativas entre ambos grupos ya que la media del grupo depresivo ($\bar{X} = 67.90$) es mayor que la del grupo no depresivo ($\bar{X} = 40.63$).

Con respecto a la escala de Auto-estima el valor T fué de -4.28 con una $p = 0.00$ por lo que se determina la existencia de diferencias significativas entre ambos grupos, dado que la media del grupo depresivo ($\bar{X} = 70.30$) es más alta que la del grupo no depresivo ($\bar{X} = 38.73$).

En Preocupación por Muerte se observó un valor T de ---5.15 con una $p = 0.00$ con lo que se puede ver que existen diferencias significativas entre los niños con depresión y los niños sin depresión, ya que la media para el grupo depresivo ($\bar{X} = 74.96$) es mayor que la del grupo no depresivo - -- ($\bar{X} = 41.26$).

A Sentimientos de Culpa le correspondió un valor T de -3.21 con una $p = 0.00$ por lo cual hay diferencias significativas entre los grupos dado que la media para el grupo deprimido ($\bar{X} = 61.36$) es más alta que la del grupo no deprimido - ($\bar{X} = 38.60$).

El valor T para la Escala de Depresivos Varios fué de -3.86 con una $p = 0.00$ por lo que se dice que existen diferencias significativas entre los menores que presentan depresión y los que no, debido a que para el grupo depresivo la media ($\bar{X} = 65.40$) es más alta que la del grupo no depresivo- ($\bar{X} = 35.90$).

Para Positivos Varios se obtuvo un valor T de 4.69 con una $p = 0.00$ de acuerdo a lo cual se concluye la existencia de diferencias significativas entre los niños depresivos y los no depresivos, ya que la media del grupo no depresivo -- ($\bar{X} = 56.33$) es mayor que la del grupo depresivo ($\bar{X} = 23.73$).

En cuanto al Perfil de Evaluación del Comportamiento para la escala de Hogar se obtuvo un valor T de 0.14 con una $p = 0.89$ lo que indica la no existencia de diferencias significativas, debido a lo cual la media del grupo no depresivo -- ($\bar{X} = 7.60$) y la del grupo depresivo ($\bar{X} = 7.50$) son similares.

Para la escala de Escuela el valor T fué de -0.18 con una $p = 0.42$ lo que quiere decir que no existen diferencias significativas entre los niños depresivos y los no depresivos por lo que la media del grupo depresivo ($\bar{X} = 8.20$) y la del grupo no depresivo ($\bar{X} = 7.53$) son similares.

A la escala de Compañeros le corresponde un valor T de 0.49 con una $p = 0.62$ por lo que no existen diferencias significativas entre ambos grupos, debido a lo cual la media -- del grupo no depresivo ($\bar{X} = 8.23$) y la del Depresivo ($\bar{X} = 7.83$) son similares.

Para la variable Coeficiente Intelectual se encontró un valor T de -1.68 con una $p = 0.09$ lo que indica que no hay -- diferencias significativas entre los niños depresivos y los no depresivos debido a lo cual la media del grupo depresivo -- ($\bar{X} = 99.96$) y la del no depresivo ($\bar{X} = 95.00$) son similares.

Al comparar sexo con cada una de las escalas del cuestionario de Depresión Infantil se encontró lo siguiente:

Para el total positivo se obtuvo un valor T de 1.39 con una $P = 0.17$ de acuerdo a lo cual se observa que no existen diferencias significativas con respecto al sexo, ya que la media para el grupo de sexo femenino fué de 56.21 y el del grupo masculino fué de 42.69.

Al total depresivo le correspondió un valor T de 0.61 -- con una $P = 0.54$ que indica la no existencia de diferencias significativas entre el grupo de niñas y niños por lo que la media para el primero fué de 60.50 mientras que para el segundo $X = 54.67$.

Para Animo-Alegría se obtuvo un valor T de 1.23 con una $P = 0.22$ debido a lo cual no existen diferencias significativas relativas a la variable sexo, por lo que la media del grupo femenino fué de 60.57 y la del grupo masculino fué de 49.69.

En Respuesta Afectiva se encontró un valor T de 0.74 con una $P = 0.46$ dado lo cual no existen diferencias significativas entre las niñas y los niños de la muestra, por lo que la media de las primeras fué de 65.35 y la de los segundos fué de 59.04.

El valor T para Problemas Sociales fué de 0.32 con una $P = 0.75$ por lo que no existen diferencias significativas entre los grupos femenino y masculino de la muestra, debido a lo cual la media del primero fué de 56.50 y la del segundo fué de 53.58.

Para Autoestima se obtuvo un valor T de -0.09 con una $P = 0.93$ con lo que se concluye que no existen diferencias significativas entre el grupo de niños y el de niñas de la muestra, por lo que la media para el primero fué de 54.71 y para el segundo fué de 53.85.

Preocupación por Muerte alcanzó un valor T de 0.43 con una $P = 0.66$ con lo que se concluye que no hay diferencias significativas entre el grupo femenino y el masculino de la muestra, debido a lo cual la media para el primero fué de 61.21 y para el segundo de 57.17.

En Sentimientos de Culpa se halló un valor T de -0.09 con una $P = 0.92$ lo que quiere decir, que no existen diferencias significativas con respecto a la variable sexo, por lo que la media del grupo masculino fué de 50.17 y la del femenino fué de 49.35.

En la escala de Depresivos Varios se encontró un valor T de 1.81 con una $P = 0.07$ dado lo cual no existen diferencias significativas entre las niñas y los niños de la muestra, por lo que la media del grupo femenino fué de 64.28 y la del masculino de 46.50.

El valor T para Positivos Varios fué de 1.79 con una $P = 0.07$ con lo que se determina la no existencia de diferencias significativas entre el grupo femenino y el grupo masculino debido a lo cual la media para el primero fué de 52.92 y para el segundo de 36.10. (ver apéndice 1).

En la comparación entre sexo y las escalas del Perfil de Evaluación del Comportamiento se observó que en su escala de Hogar se obtuvo un valor T de 0.63 con una $P = 0.53$ lo que quiere decir que no hay diferencias significativas entre el grupo de niñas y el de niños de la muestra, por lo que la media para el primero fué de 8.07 y para el segundo de 7.39.

Para la escala de Escuela del mismo cuestionario el valor T fué de 1.55 con una $P = 0.12$ por lo que no existen diferencias significativas entre el grupo femenino y el grupo masculino, por lo que la media del primero, fué de 9.00 y del segundo de 7.52.

Para la escala Compañeros se encontró un valor T de 0.43 con una $P = 0.66$ lo que indica que no existen diferencias significativas con respecto a la variable sexo, dado lo cual la media para el grupo de niñas fué de 8.35 y para el grupo de niños de 7.93.

Para el Coeficiente Intelectual el valor T fué de -1.45 con una $P = 0.15$ con lo que se determina que no existen diferencias significativas entre los grupos de niños y niñas de la muestra debido a que la media del primero fué de 98.36 y la media del segundo de 94.57.

Con la finalidad de advertir si la impresión diagnóstica, los datos tomados de la historia clínica, las características del padre y de la madre, así como, los antecedentes heredo-familiares, podría tener alguna influencia para la existencia -

de depresión entre los sujetos se utilizó la prueba X^2 ; a continuación se describen los resultados:

Las variables que fueron significativas fueron Trastornos de Aprendizaje con un valor de X^2 de 4.70 y una $P = 0.03$ clasificada dentro de Impresión Diagnóstica, así como, Funcionalidad de la Familia, con un valor para X^2 de 3.67 con una $P = 0.05$ catalogada dentro de los datos que se tomaron de la Historia Clínica. El resto de las variables no fueron significativas. (Ver apéndice 1).

Lo anteriormente descrito indica que los niños que fueron diagnosticados como depresivos de acuerdo al cuestionario de Depresión Infantil también impresionaron al Psiquiatra de la institución como menores que presentaban trastornos del aprendizaje y que viven en un ambiente familiar disfuncional.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Los resultados de la presente investigación fueron alentadores, dado que se encontraron diferencias altamente significativas en cada una de las escalas del Cuestionario de Depresión Infantil (Animo-Alegría, Problemas Sociales, Autoestima, Preocupación por muerte, Sentimientos de Culpa, Positivos y Depresivos Varios) con respecto a los menores clasificados como deprimidos y no deprimidos utilizando dicho instrumento para este fin, con ello se confirma lo aseverado por la mayoría de los autores citados dentro de la revisión bibliográfica, quienes están a favor de la existencia de depresión en la infancia y que como Ling y colaboradores (1981), Puig - Antich (1986), Lewis (1982), Nissen (1972), Wolff (1977), Billings (1983), y Ajuriaguerra (1983), afirman que la autoestima devaluada así como las dificultades sociales y escolares y las ideas de muerte son indicadores de depresión en la infancia y estos rubros son cubiertos por el instrumento en cuestión. Esto se considera importante puesto que representa una prueba psicológica más, con la que cuenta el profesional de esta área para poder detectar la depresión infantil, si bien esto es válido sólo para la población del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", queda la propuesta abierta para que en estudios posteriores se realice la estandarización con población no psiquiátrica.

Además con el fin de conocer que variables podrían tener influencia para la presencia de depresión en los sujetos, se tomaron datos de los expedientes tales como impresión diagnóstica, que incluía: trastorno de las emociones, bajo rendimiento escolar, trastorno de conducta, trastorno de aprendizaje, daño orgánico cerebral, deficiencia mental, epilepsia, trastornos de atención, familia disfuncional y enuresis; datos de la historia clínica: años reprobados, integración de la familia, funcionalidad de la familia, número de hijos, lugar que ocupa el menor entre sus hermanos y unión de la pareja; datos de ambos padres tales como: edad, escolaridad y ocupación; antecedentes heredo-familiares: alcoholismo, epilepsia, psicosis, deficiencia mental y depresión (cabe hacer notar que esta información no fué recabada por las investigadoras, sino por el Paidopsiquiatra tratante del menor). De todas estas variantes resultaron significativas para el grupo depresivo - Trastornos de Aprendizaje correspondiente a impresión diagnóstica y funcionalidad de la familia perteneciente a datos de la historia clínica, es decir que la mayoría de los niños clasificados como represivos, presentaron dichas variables, lo que concuerda con lo señalado por Ajuriaguerra (1983) quien menciona como síntoma de depresión la dificultad en el aprendizaje - así como Malmquist (1986), Lewis (1981), Nissen (1972), Wolf (1977), hablan de la influencia que puede llegar a tener un medio ambiente familiar negativo. Se considera que ésto puede-

ser la pauta para la creación de programas dentro del sector salud, encaminados a la comunidad en general y con especial atención a los padres de familia en donde se les cree conciencia acerca de la influencia que tiene el núcleo familiar para el adecuado desarrollo psicológico de los menores, esperando que este tipo de programas sea más bien preventivo que correctivo, por otro lado hay que señalar, que esto debe de llamar la atención de los maestros en cuanto a las dificultades de aprendizaje que pueden presentar los menores con características depresivas, para así brindarles el apoyo adecuado.

Otra comparación realizada dentro de este trabajo fué con respecto a los puntajes del cuestionario de depresión infantil y el sexo de los sujetos, si bien éstos no resultaron significativos, cabe mencionar que cualitativamente todas las medias para cada una de las escalas del sexo femenino fueron mayores que la del sexo masculino, concordando esto con el estudio realizado por Nissen (1972), donde deduce que las niñas se comportan predominantemente en forma pasiva, callada y cohibida, inclinándose a variaciones de estado de ánimo y cavilación.

Aunque como se ha venido mencionando, dentro del cuestionario de depresión infantil si existieron diferencias significativas entre el grupo depresivo y el grupo no depresivo; esto no fué así al compararlo con el Perfil de Evaluación del Comportamiento, aceptándose así las hipótesis nulas planteadas; -

no existe relación entre la depresión y el nivel de adaptación que el niño percibe de sí mismo en el hogar; no existe relación entre la depresión y el nivel de adaptación que el niño percibe de sí mismo en la escuela, no existe relación entre la depresión y el nivel de adaptación que el niño percibe de sí mismo con sus compañeros (ésto para la presente investigación). La no existencia de diferencias significativas entre ambos grupos pudo deberse a las características particulares del instrumento, tales como el que incluía reactivos planteados en forma directa hacia el comportamiento del niño, provocando con mayor facilidad la posibilidad de negación en el menor, a la vez que dichos reactivos en ocasiones constaban de dobles negaciones (por ejemplo: "siempre trato de no hacer mis trabajos en casa", "las cosas que aprendo en la escuela no son tan útiles ni tan importantes como las que aprendo fuera de la escuela", etc.), que provocaban confusión en los menores por lo que en ocasiones resultó necesario leer a la par de ellos y posteriormente explicarles con detalle el reactivo. Además que la alternativa de respuesta Falso-Verdadero, aunada a la complicada redacción de los reactivos entorpeció la espontaneidad de la respuesta. Con ésto no se pretende poner en tela de juicio la validez del instrumento como tal, sino que para los fines utilizados en la investigación en cuestión, no fué lo suficientemente sensible para captar las diferencias, dado ésto, posiblemente por el tipo de población al que fué -

aplicado y a las razones anteriormente señaladas.

Por otra parte, cabe mencionar que en el lapso comprendido del 3 de septiembre de 1987 al 28 de octubre de 1988, se -- evaluaron a 93 menores que cumplían con las características ne cesarias para formar parte de la muestra, ésto indica que en - 13 meses resultaron 30 niños depresivos y 63 no depresivos lo que nos proporciona una cierta idea de la prevalencia dentro - de la institución, misma que no se maneja como índice de depre sión puesto que los menores son valorados por un paidopsiquíá tra y si éste lo considera necesario, los canaliza al departa mento de psicología para su evaluación, por lo que los 93 meno res de los que se hace mención no son de ninguna manera la de manda total del hospital, ya que como se dijo antes, estos ni ños son sólo algunos de los que fueron enviados con una de las psicólogas del departamento.

Se considera necesario brindar a éste tema la importancia debida, dado que la mayoría de los sujetos pertenecientes al - grupo depresivo no impresionaron con este diagnóstico al facul tativo del hospital propiciado ésto posiblemente por la gran - polémica que rodea al tema, empezando porque se ha dudado de - la existencia de la depresión en la infancia, y aún cuando al gunos autores aceptan que sí se presenta en los menores, no se han puesto de acuerdo para dar una definición general con la - que se pueda distinguir en forma eficaz lo que es depresión de

lo que no lo es, ya que al parecer, si se toman los equivalentes depresivos o la "depresión enmascarada" como medida para diagnosticarla, se podría hablar de que toda la psicopatología infantil formaría parte de la depresión infantil, -- sin embargo ésta posición al menos reconoce que puede existir en niños, además de ser también significativa debido a que aumenta la posibilidad de que será manifestada en forma diferente que en los adultos. Si bien se han realizado investigaciones partiendo del supuesto de que la depresión en los niños -- se manifiesta en forma similar a la de los adultos y se han adaptado instrumentos de medición, ésto no lo consideramos adecuado puesto que en la infancia el organismo se encuentra en pleno desarrollo y los síntomas depresivos y las conexiones -- entre los procesos biológicos y ambientales cambian de una edad a otra.

El problema que presenta el no existir un acuerdo a nivel teórico es la imposibilidad de conocer con exactitud el comportamiento e incidencia en la depresión infantil, ya que ésto -- va a depender de numerosas variables, como la población estudiada, el rango de edad, la definición de depresión y el tipo de instrumento de evaluación.

Con lo mencionado anteriormente se busca hacer notar que la depresión infantil no sólo debe verse desde el punto de -- vista de un hospital psiquiátrico, sino que ésta también se --

presenta en los pacientes que asisten a otro tipo de instituciones, es decir, a clínicas u hospitales generales, y que no es sólo deber del psiquiatra o el psicólogo infantil, el conocer de la existencia y tratamiento para dicho padecimiento sino que también es responsabilidad del médico familiar, el pediatra y en general todo aquel especialista que tenga que ver con la niñez.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Entre las limitaciones que consideramos importantes se encuentran: el hecho de que los sujetos incluidos en la muestra, no eran vistos por las investigadoras desde el principio (o sea, desde su primera cita) ya que su primer entrevista -- era realizada por el psiquiatra responsable del caso, quien, en el tiempo que consideraba conveniente, lo canalizaba al departamento de Psicología, y era entonces cuando se le aplicaban los instrumentos; otra limitante de importancia fué el -- tiempo de que se disponía tanto para la aplicación de los instrumentos (además de los necesarios para realizar el estudio solicitado por el facultativo, se aplicaban de rigor, el Wisc, el PEC y el CDS) como para la recabación del total de la muestra.

Por otra parte, cabe mencionar las dificultades que se -- presentaron en la aplicación de los instrumentos utilizados; con respecto al Perfil de Evaluación del Comportamiento, se encontró que en ocasiones los niños tenían duda en si su respuesta era "verdadera" o "falsa" ya que ésto aunado a que algunos reactivos estaban redactados en negativo, los confundía y era necesario hacer hincapié en que leyeran de nuevo y entendieran el significado de la oración en cuestión; lo cual implicó la inversión de mayor tiempo del calculado; en cuanto al Cuestionario de Depresión se observó que algunas veces los

niños no tenían muy claro el concepto o la diferencia entre las categorías "muy de acuerdo" y "acuerdo" o bien entre "muy en desacuerdo" y "en desacuerdo" lo cual llevaba a un tiempo mucho mayor en la resolución de dicho cuestionario.

Por lo anterior consideramos conveniente sugerir para posteriores investigaciones el tratar de ver al paciente desde su primera cita ya que esto ayudaría a tener un panorama más claro del paciente, además de que se tendría personalmente la impresión del sujeto en el momento en que llega y no después, en que ya está bajo tratamiento médico; otra sugerencia sería el que se tomara en cuenta el nivel socio-económico del cual provienen los sujetos, ya que muchas veces su manejo del vocabulario no es lo suficientemente vasto para comprender reactivos en negativo y respuestas de falso y verdadero; de esta manera se podría hacer una variación de los formatos y se evitarían estas pequeñas confusiones. En esta investigación en particular, se apreció que algunos sujetos, pese a mayores explicaciones, mostraron dificultad en la resolución del cuestionario y fueron eliminados de la muestra ya que sus respuestas podrían haber ocasionado un sesgo en los resultados, y a su vez esto implicó un obstáculo en la recopilación pronta de la totalidad de la muestra.

Otro punto a considerar en futuros estudios, es la posibilidad de incluir una muestra mayor a la presente

A P E N D I C E I

EDAD	FRECUENCIA	%
11	1	1.7
11	1	1.7
12	1	1.7
12	1	1.7
12	2	3.3
12	2	3.3
12	1	1.7
12	2	3.3
12	1	1.7
13	2	3.3
13	1	1.7
13	1	1.7
13	1	1.7
TOTAL =	60	100%
\bar{X} =	10.14	AÑOS

TABLA 2. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU GRADO ESCOLAR.

GRADO ESCOLAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	1	1.7
2	11	18.3
3	14	23.3
4	12	20.0
5	8	13.3
6	6	10.0
7	4	6.7
8	4	6.7

$$\bar{X} = 30. \text{ AÑO DE PRIMARIA}$$

TABLA 3. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU PUNTAJE EN EL TOTAL POSITIVO.

TOTAL POSITIVO	FRECUENCIA	%
4	5	8.3
10	6	10.0
15	4	6.7
20	6	10.0
25	3	5.0
30	4	6.7
40	2	3.3
45	3	5.0
50	3	5.0

TOTAL POSITIVO	FRECUENCIA	%
55	4	6.7
60	1	1.7
65	2	3.3
70	1	1.7
85	4	6.7
90	7	11.7
95	2	3.3
97	3	5.0
TOTAL =	60	100%
$\bar{X} = 45.85$		

TABLA 4. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU PUNTAJE EN EL TOTAL DEPRESIVO.

TOTAL DEPRESIVO	FRECUENCIA	%
1	2	3.3
4	2	3.3
5	2	3.3
10	6	10.0
25	2	3.3
30	2	3.3
35	2	3.3
40	1	1.7
45	1	1.7
50	2	3.3
55	3	5.0

TOTAL DEPRESIVO	FRECUENCIA	%
60	3	5.0
65	5	8.3
70	6	10.0
75	4	6.7
80	3	5.0
85	4	6.7
90	3	5.0
95	1	1.7
96	2	3.3
97	3	5.0
99	1	1.7
TOTAL =	60	100%
$\bar{X} = 56.03$		

TABLA 5. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU PUNTAJE EN LA SUBESCALA ANIMO -- ALEGRIA.

PUNTAJE AA	FRECUENCIA	%
1	1	1.7
4	3	5.0
10	3	5.0
15	2	3.3
20	1	1.7
25	7	11.7

PUNTAJE AA	FRECUENCIA	%
35	3	5.0
45	5	8.3
50	6	10.0
55	7	11.7
56	1	1.7
70	2	3.3
80	5	8.3
85	6	10.0
90	5	8.3
97	1	1.7
99	2	3.3
TOTAL =	60	100%
$\bar{X} = 52.23$		

TABLA 6. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU PUNTAJE EN LA SUBESCALA RESPUESTA - AFECTIVA.

PUNTAJE	FRECUENCIA	%
1	1	1.7
5	3	5.0
10	3	5.0
15	1	1.7
20	2	3.3
25	2	3.3
35	2	3.3

PUNTAJE	FRECUENCIA	%
45	2	3.3
50	2	3.3
60	5	8.3
65	4	6.7
70	3	5.0
75	14	23.3
80	1	1.7
85	8	13.3
90	5	8.3
95	2	3.3
TOTAL =	60	100%
$\bar{X} = 60.51$		

TABLA 7. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU PUNTAJE EN LA SUBESCALA PROBLEMAS SOCIALES.

PUNTAJE	FRECUENCIA	%
1	4	6.7
5	2	3.3
10	2	3.3
15	2	3.3
25	5	8.3
30	1	1.7
35	2	3.3
40	5	8.3

PUNTAJE	FRECUENCIA	%
45	2	3.3
50	4	6.7
60	2	3.3
70	3	5.0
75	9	15.0
80	6	10.0
85	3	5.0
90	5	8.3
95	2	3.3
97	1	1.7
TOTAL =	60	100%
$\bar{X} = 54.26$		

TABLA 8. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU PUNTAJE EN LA SUBESCALA AUTOESTIMA.

PUNTAJE	FRECUENCIA	%
1	6	10.0
5	1	1.7
10	1	1.7
15	3	5.0
25	6	10.0
30	4	6.7
35	1	1.7
45	3	5.0
50	3	5.0

PUNTAJE	FRECUENCIA	%
60	4	6.7
70	2	3.3
75	5	8.3
80	3	5.0
85	7	11.7
90	5	8.3
95	3	5.0
96	1	1.7
97	2	3.3
TOTAL =	60	100 %
$\bar{X} = 54.51$		

TABLA 9. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU PUNTAJE EN LA SUBESCALA PREOCUPACION POR MUERTE.

PUNTAJE	FRECUENCIA	%
1	3	5.0
5	1	1.7
10	2	3.3
15	5	8.3
25	1	1.7
30	3	5.0
40	4	6.7
50	5	8.3
55	1	1.7

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

PUNTAJE	FRECUENCIA	%
60	3	5.0
65	4	6.7
70	6	10.0
75	3	5.0
80	3	5.0
85	4	6.7
90	3	5.0
95	5	8.3
97	1	1.7
99	3	5.0
TOTAL =	60	100%
$\bar{X} = 58.11$		

TABLA 10. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU PUNTAJE PARA LA SUBESCALA DE SENTIMIENTOS DE CULPA.

PUNTAJE	FRECUENCIA	%
1	2	3.3
4	1	1.7
5	3	5.0
10	3	5.0
15	1	1.7
20	2	3.3
25	5	8.3
30	1	1.7

PUNTAJE	FRECUENCIA	%
35	2	3.3
40	4	6.7
45	5	8.3
50	4	6.7
55	2	3.3
60	4	6.7
65	4	6.7
70	3	5.0
75	2	3.3
85	3	5.0
90	3	5.0
97	3	5.0
99	3	5.0
TOTAL =	60	100%
$\bar{X} =$		49.98

TABLA 11. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU PUNTAJE EN LA SUBESCALA DEPRESIVOS VARIOS.

PUNTAJE	FRECUENCIA	%
4	6	10.0
5	1	1.7
10	2	3.3
15	3	5.0
20	3	5.0

PUNTAJE	FRECUENCIA	%
25	6	10.0
30	2	3.3
35	3	5.0
45	5	8.3
50	1	1.7
55	2	3.3
60	2	3.3
65	2	3.3
70	1	1.7
75	3	5.0
80	3	5.0
85	2	3.3
90	4	6.7
95	3	5.0
96	3	5.0
99	3	5.0
TOTAL =	60	100%
$\bar{x} = 50.65$		

TABLA 12. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU PUNTAJE EN LA SUBESCALA POSITIVOS VARIOS.

PUNTAJE	FRECUENCIA	%
1	2	3.3
5	12	20.0
10	5	8.3
15	3	5.0
20	3	5.0
30	3	5.0
35	3	5.0
45	4	6.7
50	3	5.0
60	6	10.0
65	3	5.0
70	1	1.7
75	3	5.0
80	2	3.3
85	2	3.3
90	1	1.7
95	1	1.7
97	1	1.7
99	2	3.3
TOTAL =	60	100%
$\bar{X} =$	40.03	

TABLA 13. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS EN LA ESCALA HOGAR DEL P.E.C.

PUNTAJE	FRECUENCIA	%
2	1	1.7
3	2	3.3
4	4	6.7
5	5	8.3
6	12	20.0
7	6	10.0
8	12	20.0
9	7	11.7
10	2	3.3
11	3	5.0
12	5	8.3
18	1	1.7
TOTAL =	60	100%
$\bar{x} = 7.5$		

TABLA 14. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU PUNTAJE PARA LA ESCALA ESCUELA DEL P.E.C.

PUNTAJE	FRECUENCIA	%
1	2	3.3
3	2	3.3
4	2	3.3
5	8	13.3
6	8	13.3

PUNTAJE	FRECUENCIA	%
7	5	8.3
8	5	8.3
9	13	21.7
10	8	13.3
12	3	5.0
14	3	5.0
18	1	1.7
TOTAL =	60	100%
$\bar{X} = 7.8$		

TABLA 15. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU PUNTAJE EN LA ESCALA COMPANEROS DEL P.E.C.

PUNTAJE	FRECUENCIA	%
3	3	5.0
4	5	8.3
5	5	8.3
6	6	10.0
7	11	18.3
8	4	6.7
9	10	16.7
10	7	11.7
11	2	3.3
12	1	1.7
14	3	5.0

PUNTAJE	FRECUENCIA	%
15	2	3.3
17	1	1.7
TOTAL =	60	100%
$\bar{X} = 8.03$		

TABLA 16. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN EL C.I. OBTENIDO.

C.I.	FRECUENCIA	%
84	6	10.0
85	1	1.7
86	3	5.0
88	2	3.3
89	3	5.0
90	8	13.3
91	2	3.3
92	2	3.3
94	2	3.3
95	4	6.7
96	3	5.0
97	1	1.7
98	2	3.3
99	2	3.3
102	1	1.7
103	2	3.3

C. I.	FRECUENCIA	%
104	1	1.7
105	1	1.7
108	1	1.7
109	1	1.7
110	4	6.7
114	1	1.7
115	1	1.7
116	1	1.7
117	1	1.7
118	1	1.7
120	1	1.7
123	1	1.7
133	1	1.7
TOTAL =	60	100%
$\bar{X} =$	97.48	

TABLA 17. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN EL NUMERO DE HIJOS EN LA FAMILIA.

NUMERO DE HIJOS	FRECUENCIA	%
1	8	13.3
2	18	30.0
3	16	26.7
4	10	16.7
5	3	5.0
6	1	1.7

NUMERO DE HIJOS	FRECUENCIA	%
7	2	3.3
9	2	3.3
TOTAL =	60	100%
$\bar{X} = 3$		

TABLA 18. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS EN CUANTO AL LUGAR QUE OCUPAN ENTRE LOS HERMANOS.

LUGAR	FRECUENCIA	%
1	33	55.0
2	8	13.3
3	12	20.0
4	1	1.7
5	4	6.7
7	1	1.7
8	1	1.7
TOTAL =	60	100%
$\bar{X} = 2$		

TABLA 19. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN LA EDAD DE LOS PADRES.

EDAD	FRECUENCIA	%
0 (Se desconoce)	4	6.7
29	1	1.7
30	5	8.3
31	2	3.3
32	6	10.0
33	4	6.7
34	1	1.7
35	3	5.0
36	2	3.3
37	2	3.3
38	2	3.3
39	5	8.3
40	2	3.3
41	3	5.0
42	2	3.3
43	1	1.7
44	1	1.7
46	3	5.0
47	1	1.7
48	1	1.7
49	1	1.7
50	1	1.7
51	1	1.7
52	1	1.7
53	3	5.0
59	1	1.7
62	1	1.7
TOTAL =	60	100%
\bar{X} =	36.83	

TABLA 20. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN LA ESCOLARIDAD DEL PADRE.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	%
0	6	10.0
1	2	3.3
3	5	8.3
4	6	10.0
5	2	3.3
6	8	13.3
7	1	1.7
8	7	11.7
9	10	16.7
11	1	1.7
12	4	6.7
13	1	1.7
15	2	3.3
17	3	5.0
99	2	3.3
TOTAL =	60	100%
$\bar{X} =$	10	

TABLA 21. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN LA OCUPACION DEL PADRE.

OCUPACION	FRECUENCIA	%
0	6	10.0
1	1	1.7
2	17	28.3
3	16	26.7
4	15	25.0
5	4	6.7
6	1	1.7
TOTAL =	60	100%

\bar{x} = TRABAJO MANUAL.

TABLA 22. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN LA EDAD DE LA MADRE.

EDAD	FRECUENCIA	%
0 (Se desconoce)	2	3.3
25	2	3.3
26	1	1.7
27	1	1.7
28	3	5.0
29	4	6.7
30	5	8.3
31	2	3.3
32	6	10.0

EDAD	FRECUENCIA	%
33	2	3.3
34	3	5.0
35	2	3.3
36	5	8.3
37	1	1.7
38	1	1.7
40	5	8.3
41	3	5.0
42	3	5.0
43	3	5.0
44	1	1.7
47	2	3.3
48	2	3.3
50	1	1.7
TOTAL =	60	100%
$\bar{X} = 34.36$		

TABLA 23. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN LA ESCOLARIDAD DE LA MADRE.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	%
0	2	3.3
1	1	1.7
2	2	3.3
3	5	8.3
4	3	5.0

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	%
5	1	1.7
6	25	41.7
9	9	15.0
12	2	3.3
15	2	3.3
17	1	1.7
19	7	11.7
TOTAL =	60	100%

\bar{X} = 60. DE PRIMARIA.

TABLA 24. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN LA OCUPACION DE LAS MADRES.

OCUPACION	FRECUENCIA	%
0	2	3.3
1	35	58.3
2	8	13.3
3	4	6.7
4	6	10.0
5	4	6.7
6	1	1.7
TOTAL =	60	100%

\bar{X} = AMAS DE CASA

TABLA 25. LA SIGUIENTE TABLA PRESENTA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "ME SIENTO ALEGRE LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	7	11.7
2	12	20.0
3	11	18.3
4	16	26.7
5	14	23.3
TOTAL =	60	100%

TABLA 26. LA SIGUIENTE TABLA PRESENTA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN LA RESPUESTA AL REACTIVO "MUCHAS VECES ME SIENTO DESGRACIADO EN EL COLEGIO".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	7	11.7
2	10	16.7
3	10	16.7
4	12	20.0
5	21	35.0
TOTAL =	60	100%

TABLA 27. LA SIGUIENTE TABLA PRESENTA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "A MENUDO - PIENSO QUE NADIE SE PREOCUPA POR MI".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	4	6.7
2	10	16.7
3	15	25.0
4	15	25.0
5	16	26.7
TOTAL =	60	100%

TABLA 28. LA SIGUIENTE TABLA PRESENTA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "A MENUDO - CREO QUE VALGO POCO".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	8	13.3
2	13	21.7
3	7	11.7
4	16	26.7
5	16	26.7
TOTAL =	60	100%

TABLA 29. LA SIGUIENTE TABLA PRESENTA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "ME DESPIERTO A MENUDO DURANTE LA NOCHE".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	4	6.7
2	15	25.0
3	11	18.3
4	14	23.3
5	16	26.7
TOTAL =	60	100%

TABLA 30. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "PIENSO -- MUCHAS VECES QUE DEJO EN MAL LUGAR A MI MADRE/PADRE".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	7	11.7
2	2	3.3
3	21	35.0
4	25	41.7
5	5	8.3
TOTAL =	60	100%

TABLA 31. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "CREO QUE-SE SUPRE MUCHO EN LA VIDA".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	10	16.7
2	21	35.0
3	7	11.7
4	12	20.0
5	10	16.7
TOTAL =	60	100%

TABLA 32. LA SIGUIENTE TABLA PRESENTA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "ME SIENTO-ORGULLOSO DE LA MAYORIA DE LAS COSAS QUE HAGO".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	2	3.3
2	4	6.7
3	7	11.7
4	25	41.7
5	22	36.7
TOTAL =	60	100%

TABLA 33. LA SIGUIENTE TABLA PRESENTA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "SIEMPRE -- CREO QUE EL DIA SIGUIENTE SERA MEJOR".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	2	3.3
3	3	5.0
3	7	11.7
4	26	43.3
5	22	36.7
TOTAL =	60	100%

TABLA 34. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "A VECES - ME GUSTARIA ESTAR YA MUERTO".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	6	10.0
2	6	10.0
3	6	10.0
4	17	28.3
5	25	41.7
TOTAL =	60	100%

TABLA 35. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "ME SIENTO SOLO MUCHAS VECES".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	7	11.7
2	19	31.7
3	8	13.3
4	7	11.7
5	19	31.7
TOTAL =	60	100%

TABLA 36. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "FRECUENTE MENTE ESTOY DESCONTENTO CONMIGO MISMO".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	2	3.3
2	14	23.3
3	17	28.3
4	14	23.3
5	13	21.7
TOTAL =	60	100%

TABLA 37. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "ME SIENTO MAS CANSADO QUE LA MAYORIA DE LOS NIÑOS QUE CONOZCO".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	11	18.3
2	10	16.7
3	7	11.7
4	14	23.3
5	18	30.0
TOTAL =	60	100%

TABLA 38. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "A VECES - CREO QUE MI MADRE/PADRE HACE O DICE COSAS QUE ME HACEN PENSAR QUE HE HECHO ALGO TERRIBLE".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	8	13.3
2	13	21.7
3	6	10.0
4	16	26.7
5	17	28.3
TOTAL =	60	100%

TABLA 39. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "ME PONGO-TRISTE CUADO ALGUIEN SE ENFADA CONMIGO".

VALOR DE LA RESPUESTA	PRECUENCIA	%
1	15	25.0
2	22	36.7
3	3	5.0
4	12	20.0
5	8	13.3
TOTAL =	60	100%

TABLA 40. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "MUCHAS VECES MI MADRE/PADRE ME HACE SENTIR QUE LAS COSAS - QUE HAGO SON MUY BUENAS".

VALOR DE LA RESPUESTA	PRECUENCIA	%
1	3	5.0
2	7	11.7
3	6	10.0
4	24	40.0
5	20	33.3
TOTAL =	60	100%

TABLA 41. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "SIEMPRE - ESTOY DESEANDO HACER MUCHAS COSAS CUANDO ESTOY EN EL COLEGIO".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	2	3.3
2	5	8.3
3	4	6.7
4	26	43.3
5	23	38.3
TOTAL =	60	100%

TABLA 42. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "ESTANDO - EN EL COLEGIO MUCHAS VECES ME DAN GANAS DE LLORAR"

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	3	5.0
2	7	11.7
3	6	10.0
4	27	45.0
5	17	28.3
TOTAL =	60	100%

TABLA 43. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "A MENUDO SOY INCAPAZ DE MOSTRAR LO DESGRACIADO QUE ME SIEN TO POR DENTRO".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	4	6.7
2	11	18.3
3	6	10.0
4	19	31.7
5	20	33.3
TOTAL =	60	100%

TABLA 44. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "ODIO LA FORMA DE MI ASPECTO O DE MI COMPORTAMIENTO".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	9	15.0
2	10	16.7
3	8	13.3
4	9	15.0
5	24	40.0
TOTAL =	60	100%

TABLA 45. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "LA MAYORIA DEL TIEMPO NO TENGO GANAS DE HACER NADA".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	6	10.0
2	17	28.3
3	8	13.3
4	16	26.7
5	13	21.7
TOTAL =	60	100%

TABLA 46. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "A VECES TEMO QUE LO QUE HAGO PUEDA MOLESTAR O ENFADAR A MI MADRE/PADRE".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	9	15.0
2	24	40.0
3	5	8.3
4	8	13.3
5	14	23.3
TOTAL =	60	100%

TABLA 47. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "CUANDO ME ENFADO MUCHO CASI SIEMPRE TERMINO LLORANDO".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	14	23.3
2	16	26.7
3	3	5.0
4	11	18.3
5	16	26.7
TOTAL =	60	100%

TABLA 48. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "EN MI FAMILIA TODOS NOS DIVERTIMOS MUCHO JUNTOS".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	7	11.7
3	4	6.7
4	26	43.3
5	23	38.3
TOTAL =	60	100%

TABLA 49. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "ME DIVIER TO CON LAS COSAS QUE HAGO".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	1	1.7
2	8	13.3
3	5	8.3
4	27	45.0
5	19	31.7
TOTAL =	60	100%

TABLA 50. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "FRECUENTE MENTE ME SIENTO DESGRACIADO, TRISTE, DESDICHADO".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	5	8.3
2	13	21.7
3	13	21.7
4	16	26.7
5	13	21.7
TOTAL =	60	100%

TABLA 51. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "MUCHAS VECES ME SIENTO SOLO Y COMO PERDIDO EN EL COLEGIO".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	4	6.7
2	15	25.0
3	7	11.7
4	17	28.3
5	17	28.3
TOTAL =	60	100%

TABLA 52. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS AL REACTIVO "A MENUDO ME ODIO A MI MISMO"

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	5	8.3
2	9	15.0
3	14	23.3
4	16	26.7
5	16	26.7
TOTAL =	60	100%

TABLA 53. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "MUCHAS VECES ME DAN GANAS DE NO LEVANTARME POR LAS MAÑANAS".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	8	13.3
2	25	41.7
3	2	3.3
4	13	21.7
5	12	20.0
TOTAL =	60	100%

TABLA 54. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "FRECUENTEMENTE PIENSO QUE MEREZCO SER CASTIGADO".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	10	16.7
2	22	36.7
3	7	11.7
4	8	13.3
5	13	21.7
TOTAL =	60	100%

TABLA 55. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "A MENUDO-ME SIENTO DESGRACIADO POR CAUSA DE MIS TAREAS ESCOLARES".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	7	11.7
2	22	36.7
3	5	8.3
4	12	20.0
5	14	23.3
TOTAL =	60	100%

TABLA 56. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "CUANDO ALGUIEN SE ENFADA CONMIGO YO ME ENFADO CON EL".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	14	23.3
2	18	30.0
3	4	6.7
4	14	23.3
5	10	16.7
TOTAL =	60	100%

TABLA 57. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "CASI SIEMPRE LO PASO BIEN EN EL COLEGIO".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	2	3.3
2	7	11.7
3	6	10.0
4	29	48.3
5	16	26.7
TOTAL =	60	100%

TABLA 58. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "A VECES - PIENSO QUE NO VALE LA PENA VIVIR ESTA VIDA".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	3	5.0
2	6	10.0
3	13	21.7
4	22	36.7
5	16	26.7
TOTAL =	60	100%

TABLA 59. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "LA MAYORIA DEL TIEMPO CREO QUE NADIE ME COMPRENDE".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	3	5.0
2	13	21.7
3	8	13.3
4	19	31.7
5	17	28.3
TOTAL =	60	100%

TABLA 60. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "A MENUDO ME AVERGUENZO DE MI MISMO".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	5	8.3
2	15	25.0
3	10	16.7
4	14	23.3
5	16	26.7
TOTAL =	60	100%

TABLA 61. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "MUCHAS VECES ME SIENTO MUERTO POR DENTRO".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	7	11.7
2	6	10.0
3	13	21.7
4	15	25.0
5	19	31.7
TOTAL =	60	100%

TABLA 62. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "A VECES ESTOY PREOCUPADO PORQUE NO AMO A MI MADRE/PADRE - COMO DEBIERA".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	9	15.0
2	12	20.0
3	12	20.0
4	16	26.7
5	11	18.3
TOTAL =	60	100%

TABLA 63. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "A MENUDO - LA SALUD DE MI MADRE ME PREOCUPA/INQUIETA".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	21	35.0
2	27	45.0
3	1	1.7
4	6	10.0
5	5	8.3
TOTAL =	60	100%

TABLA 64. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "CREO QUE MI MADRE/PADRE ESTA MUY ORGULLOSO DE MI".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	5	8.3
2	5	8.3
3	10	16.7
4	21	35.0
5	19	31.7
TOTAL =	60	100%

TABLA 65. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "SOY UNA - PERSONA MUY FELIZ".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	2	3.3
2	4	6.7
3	10	16.7
4	25	41.7
5	19	31.7
TOTAL =	60	100%

TABLA 66. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "CUANDO ES TOY FUERA DE CASA ME SIENTO MUY DESDICHADO".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	2	3.3
2	11	18.3
3	9	15.0
4	22	36.7
5	16	26.7
TOTAL =	60	100%

TABLA 67. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "NADIE SABE LO DESGRACIADO QUE ME SIENTO POR DENTRO".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	6	10.0
2	14	23.3
3	10	16.7
4	9	15.0
5	21	35.0
TOTAL =	60	100%

TABLA 68. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "A VECES - ME PREGUNTO SI EN EL FONDO SOY UNA PERSONA MUY MALA".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	6	10.0
2	14	23.3
3	10	16.7
4	14	23.3
5	16	26.7
TOTAL =	60	100%

TABLA 69. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "ESTANDO - EN EL COLEGIO ME SIENTO CANSADO CASI TODO EL TIEMPO".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	4	6.7
2	15	25.0
3	11	18.3
4	15	25.0
5	15	25.0
TOTAL =	60	100%

TABLA 70. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "CREO QUE- LOS DEMAS ME QUIEREN AUNQUE NO LO MEREZCO".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	5	8.3
2	27	45.0
3	7	11.7
4	12	20.0
5	9	15.0
TOTAL =	60	100%

TABLA 71. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "A VECES - SUEÑO QUE TENGO UN ACCIDENTE O ME MUERO".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	8	13.3
2	9	15.0
3	5	8.3
4	18	30.0
5	20	33.3
TOTAL =	60	100%

TABLA 72. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "PIENSO -- QUE NO ES NADA MALO ENFADARSE".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	8	13.3
2	17	28.3
3	11	18.3
4	16	26.7
5	8	13.3
TOTAL =	60	100%

TABLA 73. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "CREO QUE TENGO BUENA PRESENCIA Y SOY ATRACTIVO".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	13	21.7
2	14	23.3
3	14	23.3
4	13	21.7
5	6	10.0
TOTAL =	60	100%

TABLA 74. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "ALGUNAS VECES NO SE PORQUE ME DAN GANAS DE LLORAR".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	5	8.3
2	20	33.3
3	11	18.3
4	11	18.3
5	13	21.7
TOTAL =	60	100%

TABLA 75. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "A MENUDO PIENSO QUE NO SOY DE UTILIDAD PARA NADIE".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	5	8.3
2	13	21.7
3	9	15.0
4	16	26.7
5	17	28.3
TOTAL =	60	100%

TABLA 76. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "CUANDO - FALLO EN EL COLEGIO PIENSO QUE NO VALGO PARA NADA".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	9	15.0
2	15	25.0
3	10	16.7
4	10	16.7
5	16	26.7
TOTAL =	60	100%

TABLA 77. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "A MENUDO IMAGINO QUE ME HAGO HERIDAS O QUE ME MUERO".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	4	6.7
2	10	16.7
3	7	11.7
4	19	31.7
5	20	33.3
TOTAL =	60	100%

TABLA 78. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "A VECES CREO QUE HAGO COSAS QUE PONEN ENFERMO A MI MADRE/PADRE".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	7	11.7
2	11	18.3
3	10	16.7
4	15	25.0
5	17	28.3
TOTAL =	60	100%

TABLA 79. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "MUCHAS - VECES ME SIENTO MAL PORQUE NO CONSIGO HACER LAS - COSAS QUE QUIERO".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	7	11.7
2	17	28.3
3	10	16.7
4	17	28.3
5	9	15.0
TOTAL =	60	100%

TABLA 80. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "DUERMO - COMO UN TRONCO Y NUNCA ME DESPIERTO DURANTE LA NO CHE".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	5	8.3
2	15	25.0
3	6	10.0
4	16	26.7
5	18	30.0
TOTAL =	60	100%

TABLA 81. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "ME SALEN BIEN CASI TODAS LAS COSAS QUE INTENTO HACER".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	3	5.0
2	13	21.7
3	12	20.0
4	18	30.0
5	14	23.3
TOTAL =	60	100%

TABLA 82. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "CREO QUE MI VIDA ES DESGRACIADA".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	4	6.7
2	12	20.0
3	9	15.0
4	17	28.3
5	18	30.0
TOTAL =	60	100%

TABLA 83. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "CUANDO ESTOY FUERA DE CASA ME SIENTO COMO VACIO".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	6	10.0
2	11	18.3
3	14	23.3
4	16	26.7
5	13	21.7
TOTAL =	60	100%

TABLA 84. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO LA MAYOR-PARTE DEL TIEMPO CREO QUE NO SOY TAN BUENO COMO QUIERO SER".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	6	10.0
2	16	26.7
3	14	23.3
4	14	23.3
5	10	16.7
TOTAL =	60	100%

TABLA 85. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "A VECES- ME SIENTO MAL PORQUE NO AMO Y ESCUCHO A MI MADRE/ PADRE COMO SE MERECE".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	10	16.7
2	17	28.3
3	9	15.0
4	10	16.7
5	14	23.3
TOTAL =	60	100%

TABLA 86. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "PIENSO A MENUDO QUE NO VOY A LLEGAR A NINGUNA PARTE".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	5	8.3
2	10	25.0
3	15	16.7
4	12	20.0
5	18	30.0
TOTAL =	60	100%

TABLA 87. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "TENGO MUCHOS AMIGOS".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	3	5.0
2	6	10.0
3	3	5.0
4	26	43.3
5	22	36.7
TOTAL =	60	100%

TABLA 88. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "UTILIZO MI TIEMPO HACIENDO CON MI PADRE COSAS MUY INTERESANTES".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	10	16.7
2	11	18.3
3	3	5.0
4	20	33.3
5	16	26.7
TOTAL =	60	100%

TABLA 89. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "HAY MUCHA GENTE QUE SE PREOCUPA BASTANTE POR MI".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	6	10.0
2	5	8.3
3	7	11.7
4	24	40.0
5	18	30.0
TOTAL =	60	100%

TABLA 90. LA SIGUIENTE TABLA MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS SEGUN SU RESPUESTA AL REACTIVO "A VECES CREO QUE DENTRO DE MI HAY DOS PERSONAS QUE ME EMPUJAN EN DISTINTAS DIRECCIONES".

VALOR DE LA RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	8	13.3
2	13	21.7
3	18	30.0
4	4	6.7
5	17	28.3
TOTAL =	60	100%

TABLA 91. LA PRESENTE TABLA MUESTRA LOS PORCENTAJES PARA CADA OPCION DE RESPUESTA DEL PERFIL DE EVALUACION DEL COMPORTAMIENTO.

	R E A C T I V O	VERDADERO	FALSO
1.-	Mis padres me molestan mucho.	11.7%	88.3%
2.-	No tengo suficiente libertad en mi casa.	40 %	60 %
3.-	Mis padres me tratan como a un bebé.	33.3%	66.7%
4.-	Pienso en huir de mi casa.	13.3%	86.7%
5.-	Mi maestro se encaja conmigo muy a menudo.	35 %	65 %
6.-	Algunos de mis amigos piensan que es divertido faltar a clases, hacer <u>trampas</u> , etc.	33.3%	66.7%
7.-	A otros niños no les gusta jugar o -- trabajar conmigo.	40 %	60 %
8.-	A veces me enoja tanto en la escuela que le grito al maestro y quisiera <u>pa</u> talear.	10 %	90 %
9.-	Tengo algunos amigos que no invito a mi casa.	56.7%	43.3%
10.-	Me parece que no le gusto mucho a --- otros niños.	41.7%	58.3%
11.-	Me peleo mucho con mi familia.	36.7%	63.3%
12.-	Los miembros de mi familia no hacen - muchas cosas juntos, como ir de paseo o jugar.	35 %	65 %

	REACTIVO	VERDADERO	FALSO
13.- Me peleo mucho con gente que conozco.		31.7%	68.3%
14.- A veces tartamudeo o balbuceo cuando me llama el maestro.		28.3%	71.7%
15.- Cuando mis padres no me dejan hacerlo que yo quiero, me quedo quieto y callado.		63.3%	36.7%
16.- No estoy interesado en las tareas de la escuela.		45%	55%
17.- Mis padres no pasan suficiente tiempo conmigo.		50 %	50 %
18.- Mis padres dicen que soy torpe.		28.3%	71.7%
19.- A otros niños no les gusta compartir cosas conmigo.		45 %	55 %
20.- A mis padres no les gustan algunos de mis amigos.		43.3%	56.7%
21.- Paso mucho tiempo jugando o trabajando solo.		60 %	40 %
22.- Mis amigos dicen que soy torpe.		18.3%	81.7%
23.- El maestro no me elige para ayudar en clase.		45 %	55 %
24.- Los otros niños no me escuchan cuando tengo algo importante que decirles.		36.7%	63.3%
25.- No tengo suficientes amigos.		45 %	55 %
26.- No me puedo concentrar en clase.		55 %	45 %

	REACTIVO	VERDADERO	FALSO
27.- Mis maestros no me escuchan.		28.3%	71.7%
28.- Generalmente no me interesa lo que me dicen los maestros.		21.7%	78.3%
29.- Mis maestros me dan trabajo que no -- puedo hacer.		35 %	65 %
30.- Otros niños dicen que me porto como -- un bebé.		16.7%	83.3%
31.- Parece que me meto en muchas peleas.		31.7%	68.3%
32.- Es difícil para mí hacer nuevos amigos.		43.3%	56.7%
33.- Tengo muchas pesadillas y malos sueños.		33.3%	66.7%
34.- Me hace enojar la manera en que me tra--tan los otros niños.		40 %	60 %
35.- Mis padres esperan demasiado de mí.		46.7%	53.3%
36.- A veces falto a clases sin que sepan -- mis padres.		15 %	85 %
37.- Me resulta difícil sentarme quieto en clase.		50 %	50 %
38.- A menudo pienso en enfermarme para no tener que ir a la escuela.		16.7%	83.3%
39.- Mis padres no me dejan pasar la noche fuera de casa.		66.7%	33.3%
40.- No me gusta cuando el maestro me dice lo que tengo que hacer.		23.3%	76.7%
41.- Los maestros son injustos conmigo.		20 %	80 %

R E A C T I V O	VERDADERO	FALSO
42.- Los otros niños se burlan mucho de mí.	31.7%	68.3%
43.- Rara vez paso la noche en casa de mis amigos.	61.7%	38.3%
44.- La gente piensa que no soy atractivo.	40 %	60 %
45.- No estoy contento con mi progreso en la escuela.	38.3%	61.7%
46.- No me gusta hacer trabajos en la sala de clases, como limpiar el pizarrón o hacer mandados.	28.3%	71.7%
47.- A menudo desobedezco a mis padres.	58.3%	41.7%
48.- Nunca me dan gusto en mi casa.	31.7%	68.3%
49.- Soy tímido delante de los amigos de mis padres.	38.3%	61.7%
50.- Las cosas que me pasan en la escuela a veces me molestan tanto que me enfermo.	20 %	80 %
51.- Siempre trato de no hacer mis trabajos en casa.	33.3%	66.7%
52.- Sueño despierto en clase.	33.3%	66.7%
53.- Yo no les digo a los otros niños lo que siento.	58.3%	41.7%
54.- Rara vez me invitan a comer o a jugar en las casas de mis amigos.	61.7%	38.3%
55.- Me resulta difícil sentarme quieto en mi escritorio en la escuela.	45 %	55 %

REACTIVO	VERDADERO	FALSO
56.- Los otros niños siempre se meten conmigo.	41.7%	58.3%
57.- No escucho cuando mis padres me - hablan.	30 %	70 %
58.- En casa paso mucho tiempo soñando despierto.	40 %	60 %
59.- Las cosas que aprendo en la escuela no son tan útiles ni tan importantes como las que aprendo fuera de la escuela.	15 %	85 %
60.- Algunos niños piensan que soy tonto.	31.7%	68.3%

TABLA 92. LA PRESENTE TABLA MUESTRA LOS VALORES DE T PARA -
CADA UNA DE LAS ESCALAS DEL CUESTIONARIO DE DEPRE-
SION PARA NIÑOS.

VARIABLE	\bar{X} DEPRE SIVOS	\bar{X} NO DEPRE SIVOS	VALOR T	p
Total Positivo	31.66	60.03	3.78	0.00 *
Total Depresivo	72.23	39.83	-4.69	0.00 *
Animo-Alegría	44.96	59.00	1.99	0.05 *
Respuesta Afectiva	74.50	46.53	-4.69	0.00 *
Problemas Sociales	67.90	40.63	3.93	0.00 *
Autoestima	70.30	38.73	-4.28	0.00 *
Preocupación por muerte	74.96	41.26	-5.15	0.00 *
Sentimientos de culpa	61.36	38.60	-3.21	0.00 *
Depresivos Varios	65.40	35.90	-3.86	0.00 *
Positivos Varios	23.73	56.33	4.69	0.00 *

* P .05

TABLA 93. LA PRESENTE TABLA MUESTRA LOS VALORES DE T PARA CADA UNA DE LAS ESCALAS DEL PERFIL DE EVALUACION-DEL COMPORTAMIENTO.

VARIABLE	\bar{X} DEPRESIVOS	\bar{X} NO DEPRESIVOS	VALOR T	p*
ESCALA HOGAR	7.60	7.50	0.14	.89
ESCALA ESCUELA	8.20	7.53	-0.18	0.42
ESCALA DE COMPAÑEROS	7.83	8.23	0.49	0.62

* p .05

TABLA 94. LA SIGUIENTE TABLA PRESENTA LOS VALORES DE T PARA LAS SUBESCALAS DEL CUESTIONARIO DE DEPRESION PARA NIÑOS CON RESPECTO AL SEXO.

VARIABLE	\bar{X} SEXO F.	\bar{X} SEXO M.	VALOR T	p
TOTAL POSITIVO	56.21	42.69	1.30	0.17
TOTAL DEPRESIVO	60.50	54.67	0.61	0.54
ANIMO-ALEGRIA	60.57	49.69	1.23	0.22
RESPUESTA-AFECTIVA	65.35	59.04	0.74	0.46
PROBLEMAS SOCIALES	56.50	53.58	0.32	0.75
AUTOESTIMA	53.85	54.71	-0.09	0.93
PREOCUPACION POR MUERTE	61.21	57.17	0.43	0.66
SENTIMIENTO DE CULPA	49.35	50.17	-0.09	0.92
DEPRESIVOS VARIOS	64.28	46.50	1.81	0.07
POSITIVOS VARIOS	52.92	36.10	1.79	0.07

* .05

TABLA 95. LA PRESENTE TABLA SEÑALA LOS VALORES DE T PARA -
LAS SUBESCALAS DEL PERFIL DE EVALUACION DEL COM-
PORTAMIENTO CON RESPECTO AL SEXO.

VARIABLES	X	X̄	VALOR	p *
	SEXO F.	SEXO M.	T	
ESCALA HOGAR	8.07	7.39	0.63	0.53
ESCALA ESCUELA	9.00	7.52	1.55	0.12
ESCALA COMPANEROS	8.35	7.93	0.43	0.66
* .05				

TABLA 96. ESTA TABLA PRESENTA LOS VALORES DE χ^2 OBTENIDOS CON
RESPECTO A LOS DATOS GENERALES DE LOS SUJETOS.

VARIABLE	χ^2	p
ELECTROENCEFALOGRAMA	1.92	0.38
- IMPRESION DIAGNOSTICA:		
TRASTORNO DE LAS EMOCIONES	0.00	1.00
BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR	0.00	1.00
TRASTORNOS DE CONDUCTA	0.00	1.00
TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE	4.70	0.03*
DAÑO ORGANICO CEREBRAL	0.00	1.00
DEFICIENCIA MENTAL	1.02	0.59
EPILEPSIA	1.20	0.54
TRASTORNOS DE ATENCION	1.96	0.37
FAMILIA DISFUNCIONAL	0.00	1.00
ENURESIS	2.60	0.10

VARIABLE	χ^2	p
- DATOS DE LA HISTORIA CLINICA:		
AÑOS REPROBADOS	0.07	0.77
INTEGRACION DE LA FAMILIA	2.10	0.34
FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA	3.67	0.05*
NUMERO DE HIJOS	4.20	0.75
LUGAR QUE OCUPA EL MENOR	7.77	0.25
MEDIOS HERMANOS	1.40	0.49
UNION DE LA PAREJA	3.88	0.42
- DATOS DEL PADRE:		
EDAD DEL PADRE	21.00	0.74
ESCOLARIDAD DEL PADRE	7.94	0.89
OCUPACION DEL PADRE	3.12	0.79
- DATOS DE LA MADRE:		
EDAD DE LA MADRE	20.60	0.54
ESCOLARIDAD DE LA MADRE	14.95	0.18
OCUPACION DE LA MADRE	5.25	0.51
- ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:		
ALCOHOLISMO	1.98	0.15
EPILEPSIA	0.00	1.00
PSICOSIS	0.00	1.00
DEFICIENCIA MENTAL	0.00	1.00
DEPRESION	2.06	0.35
SUICIDIO	0.00	1.00
FARMACODEPENDENCIA		
* p	.05	

A P E N D I C E I I

ELEMENTOS DEL CDS

1. Me siento alegre la mayor parte del tiempo.
2. Muchas veces me siento desgraciado en el colegio.
3. A menudo pienso que nadie se preocupa por mi.
4. A menudo creo que valgo poco.
5. Me despierto a menudo durante la noche.
6. Pienso muchas veces que dejo en mal lugar a mi padre/madre.
7. Creo que se sufre mucho en la vida.
8. Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago.
9. Siempre creo que el día siguiente será mejor.
10. A veces me gustaría estar muerto.
11. Me siento solo muchas veces.
12. Frecuentemente estoy descontento conmigo mismo.
13. Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco.
14. A veces creo que mi madre/padre hace o dice cosas que me hacen pensar que he hecho algo terrible.
15. Me pongo triste cuando alguien se enfada conmigo.
16. Muchas veces mi madre/padre me hace sentir que las cosas que hago son muy buenas.
17. Siempre estoy deseando hacer muchas cosas cuando estoy en el colegio.
18. Estando en el colegio, muchas veces me dan ganas de llorar.

19. A menudo soy incapaz de mostrar lo desgraciado que me siento por dentro.
20. Odio la forma de mi aspecto o de mi comportamiento.
21. La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada.
22. A veces temo que lo que hago pueda molestar a mi madre/-padre.
23. Cuando me enfado mucho casi siempre termino llorando.
24. En mi familia todos nos divertimos mucho juntos.
25. Me divierto con las cosas que hago.
26. Frecuentemente me siento desgraciado/triste/desdichado.
27. Muchas veces me siento solo y perdido en el colegio.
28. A menudo me odio a mí mismo.
29. Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas.
30. Frecuentemente pienso que merezco ser castigado.
31. A menudo me siento desgraciado por causa de mis tareas escolares.
32. Cuando alguien se enfada conmigo, yo me enfado con él.
33. Casi siempre lo paso bien en el colegio.
34. A veces pienso que no vale la pena vivir esta vida.
35. La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende.
36. A menudo me avergüenzo de mí mismo.
37. Muchas veces me siento muerto por dentro.
38. A veces estoy preocupado porque no amo a mi madre/padre-como debiera.
39. A menudo la salud de mi madre me preocupa/inquieta.

40. Creo que mi madre/padre está muy orgulloso de mí.
41. Soy una persona muy feliz.
42. Cuando estoy fuera de casa me siento muy desdichado.
43. Nadie sabe lo desgraciado que me siento por dentro.
44. A veces me pregunto si en el fondo soy una persona muy -
mala.
45. Estando en el colegio me siento cansado todo el tiempo.
46. Creo que los demás me quieren, aunque no lo merezco.
47. A veces sueño que tengo un accidente o me muero.
48. Pienso que no es nada malo enfadarse.
49. Creo que tengo buena presencia y soy atractivo.
50. Algunas veces no sé porqué me dan ganas de llorar.
51. A menudo pienso que no soy de utilidad para nadie.
52. Cuando fallo en el colegio pienso que no valgo para nada.
53. A menudo imagino que me hago heridas o que me muero.
54. A veces creo que hago cosas que ponen enfermo a mi madre/
padre.
55. Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las -
cosas que quiero.
56. Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la no
che.
57. Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer.
58. Creo que mi vida es desgraciada.
59. Cuando estoy fuera de casa me siento como vacío.
60. La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como
quisiera.

61. A veces me siento mal porque no amo y escucho a mi madre/
padre como merece.
62. Pienso a menudo que no voy a llegar a ninguna parte.
63. Tengo muchos amigos.
64. Utilizo mi tiempo haciendo con mi padre cosas muy interes
santes.
65. Hay mucha gente que se preocupa bastante por mí.
66. A veces creo que dentro de mí hay dos personas que me emp
ujan en distintas direcciones.

DISTRIBUCION DE LOS ELEMENTOS POR SUBESCALA

Total Depresivo

RA: 2, 10, 18, 26, 34, 42, 50 y 58

PS: 3, 11, 19, 27, 35, 43, 51 y 59

AE: 4, 12, 20, 28, 36, 44, 52 y 60

PM: 5, 13, 21, 29, 37, 45 y 53

SC: 6, 14, 22, 30, 38, 46, 54 y 61

DV: 7, 15, 23, 31, 39, 47, 55 y 62

Total Positivo

AA: 1, 9, 17, 25, 33, 41, 49 y 57

PV: 8, 16, 24, 32, 40, 48, 56, 63, 64 y 65

REACTIVOS DEL PERFIL DE EVALUACION DEL COMPORTAMIENTO

VERDADERO

FALSO



1. Mis padres me molestan mucho.



2. No tengo suficiente libertad en casa.



3. Mis padres me tratan como un bebé.



4. Pienso en huirme de casa.



5. Mi maestro se enoja conmigo muy a me
nudo.



6. Algunos de mis amigos piensan que es
divertido faltar a clase, hacer tram
pas, etc.



7. A otros niños no les gusta jugar o -
trabajar conmigo.



8. A veces me enojo tanto en la escuela
que le grito al maestro y quisiera -
patalear.



9. Tengo algunos amigos que no invito a
mi casa.



10. Me parece que no les gusto a muchos-
otros niños.



11. Me peleó con mi familia



12. Los miembros de mi familia no hacen
muchas cosas juntos, como ir de pa-
seo o jugar.

VERDADERO

FALSO



13. Me peleo mucho con gente que conozco.



14. A veces tartamudeo o balbuceo cuando me llama el maestro.



15. Cuando mis padres no me dejan hacerlo que quiero me quedo quieto y callado.



16. No estoy interesado en las tareas de la escuela.



17. Mis padres no pasan suficiente tiempo conmigo.



18. Mis padres dicen que soy torpe.



19. A otros niños no les gusta compartir cosas conmigo.



20. A mis padres no les gustan algunos de mis amigos.



21. Paso mucho tiempo jugando o trabajando solo.



22. Mis amigos dicen que soy torpe.



23. El maestro no me elige para ayudar en la clase.



24. Los otros niños no me escuchan cuando tengo algo importante que decirles.



25. No tengo suficientes amigos.

VERDADERO

FALSO

26. No me puedo concentrar en clase.

27. Mis maestros no me escuchan.

28. Generalmente no me interesa lo que me dicen los maestros.

29. Mis maestros me dan trabajo que no puedo hacer.

30. Otros niños dicen que me porto como un bebé.

31. Parece que me meto en muchas peleas.

32. Es difícil para mí hacer nuevos amigos.

33. Tengo muchas pesadillas y malos sueños.

34. Me hace enojar la manera en que me tratan los otros niños.

35. Mis padres esperan demasiado de mí.

36. A veces falto a clase sin que sepan mis padres.

37. Me resulta difícil sentarme quieto en clase.

38. A menudo pienso en enfermarme para no tener que ir a la escuela.

39. Mis padres no me dejan pasar la noche fuera de casa.

VERDADERO

FALSO



40. No me gusta cuando el maestro me dice lo que tengo que hacer.



41. Los maestros son injustos conmigo.



42. Los otros niños se burlan de mí.



43. Rara vez paso la noche en casa de -- mis amigos.



44. La gente piensa que no soy atractivo.



45. No estoy contento con mi progreso en la escuela.



46. No me gusta hacer trabajos en la sala de clase, como limpiar el pizarrón o hacer mandados.



47. A menudo desobedezco a mis padres.



49. Nunca me dan gusto en mi casa.



49. Soy tímido delante de los amigos de mis padres.



50. Las cosas que pasan en la escuela a veces me molestan tanto que me enfermo.



51. Siempre trato de no hacer mis trabajos en casa.



52. Sueño despierto en clase.



53. Yo no les digo a otros niños lo que siento.

VERDADERO

FALSO



54. Rara vez me invitan a comer o a jugar en las casas de mis amigos.



55. Me resulta difícil quedarme quieto en mi escritorio en la escuela.



56. Los otros niños siempre se meten -- conmigo.



57. No escucho cuando mis paüres me hablan.



58. En casa paso mucho tiempo soñando - despierto.



59. Las cosas que aprendo en la escuela no son tan útiles ni tan importantes como las que aprendo fuera de la escuela.



60. Algunos niños piensan que soy tonto.

HOGAR



ESCUELA



COMPAÑEROS



B I B L I O G R A F I A

- American Psychiatric. (1983). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson, S.A.
- Ajuriaguerra, J. (1983). Manual de Psiquiatría Infantil. - Barcelona: Masson.
- Ajuriaguerra, J. (1984). Manual de Psicopatología del Niño. Barcelona: Masson.
- Ansell, A. (1972). Depressive States in Childhood and Adolescence. New York: Halsted Press.
- Billings, A.G. & Moss, R.H. (1983). Comparisons of Children of Depressed and Nondepressed Parents: A social-Environmental Perspective. Journal of Abnormal Child Psychology, 11 (4) 463-486.
- Bowlby, J. (1985). "La separación afectiva". Buenos Aires: Paidós.
- Brown, F. (1971). Depression and Childhood Bereavement. En Ansell, A. (Ed.). Depressive States in Childhood and Adolescence. Stockholm: Almqvist & Wiksell, 35-44.
- Brown, L.; Hammill, D. (1982) Perfil de Evaluación del Comportamiento. Manual. Texas. Proed.

- Calderón Narváez. (1987). Depresión: Causas, Manifestación Tratamiento. México: Trillas.
- Campos, F.J. "Inhibición, duelo y depresión en la adolescencia". Rev. del Instituto Nacional de Neurología. 5 -- (4): 5 - 11, Octubre, 1971.
- Cole, J.D.; Schatzberg, A.F. Depression: Biology, Psychodynamics and Treatment. Plenum Press, New York, 1976 pp. - 173 - 184.
- Cullinan, D. (1987). Behavior disorders of children and adolescents.
- Cytryn, L.; Mcknew, D.H. & Bunney, W.E. (1980). Diagnosis of Depression in Children: A reassessment. American Journal of Psychiatry, 1937 (1) 22 - 25.
- Chess, S. (1967). "Introducción a la Psiquiatría Infantil".
- Dicagno, L. & Ravetto, F. (1977). Depression et carences - maternells partielles: Aspects cliniques et psychopatologiques. En Annell, A. (Ed.). Depressive states in childhood and adolescence. Stockholm: Almqvist and Wiksell, 84-88.
- Ey, M.; Bernard, P. & Brisset, ch. (1978) Tratado de Psiquiatría. México: Masson Editores.
- Forster, E. (1971). Gibt es eine depressive oder gehobene "Grundstimmung" als Merkmale einer abnormen, nicht krankhaften -

- psychischen Konstitution?. En Ansell A. (Ed.). Depressive states in childhood and adolescence. Stockholm: Almqvist & Wiksell, 137 - 141.
- Girard, J. (1971). La cephalalgie d'attention comme symptôme de dépression chez l'enfant. En Ansell, A. (Ed.). Depressive states in childhood and adolescence. Stockholm: Almqvist & Wiksell, 197 - 200.
 - Goldie, L. (1971). The "Andorra" Situation in childhood - Depressions. En Ansell, A. (Ed.). Depressive states in Childhood and adolescence. Stockholm: Almqvist & Wiksell, 104 - 110.
 - Group for the Advancement of Psychiatry, Committee on Child Psychiatry, (1972) Psychopathological disorders in Childhood: Theoretical considerations and a proposed classification. - Informe 66. Volumen VI. New York: Mental Health Materials Center.
 - Kanner, L. (1966). Child Psychiatry. 3a. edición.
 - Kashani, J.H.; Husain, A.; Shekim. W.O. y cols. "Current - perspectives on childhood depression: an overview". Am J. - Psychiatry 138 (2): 143 153, February, 1981.
 - Kazdin, A.E. (1988). Childhood Depression. En Mash, E. - Gterda, L. Behavioral, Assessment of childhood Disorders.

- Kohler, C. et Bervard, F. (1971). Les États dépressifs - chez l'enfant. En Annell, A. (Ed.). Depressive States - in Childhood and Adolescence. Stockholm: Almqvist & Wiksell, 173 - 184.
- Lebcvici, S. (1971). Contribution psychanalytique a la - connaissance de la dépression chez l' enfant et l'adolescent. En Annell, A. (Ed.). Depressive states in Childhood and adolescence. Stockholm: Almqvist & Wiksell, 45 - 52.
- Lewis, M. & Lewis, D. O. (1981). Depression in Childhood: a biopsychosocial perspective: American Journal of Psychotherapy, XXXV (3) , 323 - 329.
- Male, P. (1975) "Psicoterapia de la primera infancia". Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Mash, E. (1988). Behavioral assesment of childhood disorders. Second edition.
- Meierhofer, M. (1971). Depressive Verstimmungen im frühen Kindesalter. En Annell, A. (Ed.). Depressive states in - - childhood and adolescence.
- Mendels, J. (1977). La Depresión. Barcelona: Harder.
- Nissen, G. (1971). Symptomatik und Prognose depressiver - Verstimmungszustände im Kindes und Jugendalter. En Annell

- A. (Ed.). Depressive states in childhood and adolescence. Stockholm: Almqvist & Wiksell, 501 - 509.
- Nowak - Vogl, María (1971). Depressive Reaktionen als Folge einer Gemeinsh-aftersiehung. En Annell, A. (Ed.). Depressive states in childhood and adolescence. Stockholm: -- Almqvist & Wiksell, 111 - 115.
 - Ollendick, T.H.; Hersen, M. (1983). Handbook of child - - Psychopathology, New York: Plenum press.
 - Penot, B. (1971). Caractéristiques et devenir des dépre-- sions de la deuxième enfance. En Anell, A. (Ed.). Depre-- sive States in Childhood and Adolescence. Stockholm: - Almqvist & Wiksell, 525 - 533.
 - Petti, T. (1983). Depresión y retraimiento de los niños.- En Ollendick, T. & Hersen, Handbook of child Psychopatholo-- gy. New York: Plenum. Press.
 - Puig-Antich, J. Blay, S. Nola, M. Greenhill, L. & Chambers W. (1978). "Prepubertal major depressive disorder. A -- pilot study", J. Acad. Child. Psychiatry, 17:695.
 - Reca, T. (1976). "Psicoterapia en la Infancia". Buenos - Aires: Nueva Visión.

- Tovar, A.R. (1986). Validez y Normas del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) Aplicado a una muestra de niños y Adolescentes Mexicanos. Tesis no publicada de Licenciatura de Psicología, Universidad de las Américas, A.C. de -- México.
- Verena; Kuhn, R. (1971). Drug Therapy for Depression in -- Children, Indications and Methods. En Ansell, A. (Ed.).-- Depressive states in childhood and adolescence. Stockholm: Almqvist & Wiksell, 455 - 459.
- Wechsler, D. (1980). Escala de Inteligencia para niños de Wechsler. México: El Manual Moderno.
- Weinberg, W.A., Rutman, J. Sullivan, L., Penick, E.C. & Dietz, S. (1973). Depression in Children referred to an educational diagnostic center: Diagnosis and treatment. "J. Pediatr. - 83: 1065,
- Weiner, I.B.; Elkind, D. (1976). "Desarrollo Normal del -- Preescolar". Buenos Aires: Paidós.
- Wolff, S. (1977). "Trastornos Psíquicos del niño, causas y Tratamiento". Madrid: Siglo XXI.