



62
2
y

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

*Validez, confiabilidad y normas del cuestionario
de depresión para niños (CDS), de Lang y Tisher.*

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO
EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN:

CRUZ JIMÉNEZ CONCEPCIÓN

MORALES MEDINA JUANA Olegaria

RAMÍREZ ORTIZ BEATRIZ

DIRECTOR DE TESIS: LIC. CELSO SERRA PADILLA

ASESOR ESTADÍSTICO: MTRA. MARTHA CUEVAS ABAD

ABRIL DE 1996.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.

A mi madre Elvia Jiménez Collin
por darme su apoyo y confianza
y brindarme todos los medios
para mi formación personal y
profesional incondicionalmente.

Doy gracias a mis tías Martha y
Lucha por estar conmigo en los
buenos y malos momentos de mi vida.

También agradezco el aliento y
confianza de mis hermanos:
Ingrid, Julio, Plinio, Octavio
y Aydeé.

A mis sobrinos: Fernanda, Stacy,
César y Allan por compartir su
alegría de vivir.

Gracias a Betty por estar conmigo
en las buenas y en las malas, y
enseñarme el valor de la amistad,
así como dejarme ser tal y como soy.

Muchas gracias Juanita por soportar
mi tren de vida y mi especial carácter.

Con cariño y admiración para mis amigas:
Esther, Verónica, Angélica, Gaby,
Marcela, Rita, Fabiola, Angeles,
Georgina, Claudia y Elba.

Concepción Cruz Jiménez.

A mis padres y hermanas,
les agradezco la confianza
y el apoyo que me brindaron
para la realización de este
trabajo.

Juana Olegaria Morales Medina.

Con cariño y respeto
a mi madre, la señora
Felisa Ortiz Fernández,
que me enseñó la constancia
y fortaleza en el trabajo,
es a ella a quien dedico
la culminación de éste.

Un agradecimiento sincero
a Armando López Herrera,
por su apoyo siempre
incondicional.

Mil gracias a
Concepción y a Juanita
por su amistad,
que aún persiste.

Por su entrega, amor y
compañía en todos estos
años al señor
Antonio López Alba.

A mis hermanos
Raúl y Raquel
por la confianza
que me otorgan.

Beatriz Ramírez Ortiz.

Ofrecemos un agradecimiento muy especial
a los Profesores:

Celso Serra Padilla y Martha Cuevas Abad;
por su tiempo que tan pacientemente nos
otorgaron para la realización de la presente
investigación.

Agradecemos la colaboración de nuestras
colegas: Psic. Cristina Sil Pozos y

Psic. María Nely Llanes Casas

por su participación en las aplicaciones.

Así mismo brindamos un reconocimiento a:

Alberto Valenzuela Plata

Armando López Herrera

Felisa Ortiz Fernández

Roberto Medina Rojas

Raquel Ramírez Ortiz

Raymundo Flores Sánchez

por su apoyo, que nos fue de gran valía.

A los profesores que nos permitieron el acceso a sus
escuelas

para llevar a cabo las aplicaciones:

Profr. Enrique Villafuerte García.

Profra. Elba Quiroz Munguía.

Profra. Martha Rosalia Gálvez García.

Profra. Norma Saavedra

Profra. Alejandra Hernández Soto.

y a todos aquellos que nos permitieron aplicar en su grupo.

INDICE

	PAG.
Introducción	6
Resumen	7
Desarrollo Infantil	8
Depresión Infantil	20
Tests Psicológicos	52
Método	60
Resultados	67
Interpretación de resultados	91
Conclusiones	94
Limitaciones	96
Sugerencias	97
Anexos:	
CDS (Prueba Original)	98
Manual del CDS (Versión Mexicana)	100
Bibliografía	141

INTRODUCCIÓN

El proceso de desarrollo de la personalidad del niño, es un proceso de construcción que implica cambios por la interacción dinámica entre el individuo y su ambiente físico. El niño interviene en su propio desarrollo, expresando sus posibilidades para adaptarse e interpretar el mundo que le rodea y manifestando al mismo tiempo sus emociones y sentimientos.

Las primeras etapas evolutivas del niño, en donde no puede valerse por sí mismo, transcurren habitualmente, en el seno de la familia, que cubre sus necesidades físicas y psicológicas iniciales; por ello es necesario un ambiente nutriente, que responda a las necesidades a través de toda la infancia del individuo.

Las necesidades físicas, emocionales, sociales e intelectuales de los niños deben satisfacerse en su totalidad si ellos han de disfrutar la vida, desarrollar todo su potencial y llegar a ser adultos que participen y contribuyan.

Los niños que vivieron experiencias negativas a lo largo de los primeros años de vida, son incapaces de enfrentar las situaciones aún las cotidianas y es posible que experimenten el desamparo y desesperanza, los sentimientos de abandono, confusión y agobio que pueden conducirlos a la culpa, el enojo, falta de valía, o a la depresión. Experiencias que distorsionan el desarrollo afectivo, que se incorporan al núcleo de la personalidad y que condicionan toda su conducta. Dado que la conducta no sólo es el resultado de lo que sucede desde el mundo exterior, sino también una función de cómo nos sentimos acerca de nosotros mismos en el interior.

Aunque no todos los problemas de la infancia son de orden emocional, éstos surgen cuando un niño se encuentra frente a una situación para la cual carece de una respuesta adecuada, pero ante la cual reacciona, de una manera desorganizada, ineficaz y por lo general, socialmente indeseable.

Necesitamos establecer contacto con la parte que sufre dentro de cada niño, porque encerrado en el sufrimiento está el potencial de cada niño para vivir y sentir amor, lo mismo que para sentir temor, ansiedad u hostilidad.

En el momento de evaluar a un niño y con el firme propósito de presentar un buen diagnóstico se requiere de la integración de los datos obtenidos por todas las fuentes como las entrevistas, con padres, profesores, con el niño, las observaciones del niño y el uso de pruebas psicométricas. En los últimos años ha proliferado el uso de pruebas psicológicas, por ser instrumentos que permiten corroborar información sobre áreas específicas que posee el individuo y en qué grado, al compararlo contra un grupo normativo en forma cuantitativa y cualitativa, por ello se propuso validar y normalizar el cuestionario de depresión para niños de M. Lang y M. Tisher, versión española a una muestra de la población mexicana.

RESUMEN

Considerando la importancia de contar con instrumentos necesarios que sirvan como apoyo para dar un diagnóstico fiable y con el propósito de dar una intervención temprana se realizó la adaptación del CDS para niños de la población mexicana, entre los 8 y 14 años de edad.

La escala original fue elaborada en Australia por M. Lang y M. Tisher, en 1978; posteriormente se llevó a cabo una adaptación española entre 1983 y 1986, en donde se hicieron modificaciones para facilitar la administración e interpretación de la misma.

En el presente estudio se normalizó y validó la prueba con una muestra de 1250 sujetos, que cursaban entre el 3º a 6º grado de educación primaria en el Distrito Federal.

El resultado nos muestra que la prueba es confiable, estableciéndose normas de calificación para población mexicana, residente en el Distrito Federal.

DESARROLLO INFANTIL

El desarrollo de la conducta del niño es uno de los procesos a los que se enfrenta el Psicólogo, ya que como se sabe, está influido por una gran variedad de factores que determinan estilos específicos del comportamiento, y esto puede explicarse si se tienen en cuenta las circunstancias bajo las cuales tales procesos de desarrollo se realizan: a) factores genéticos y factores congénitos que determinan los potenciales biológicos con que nace un niño; y b) el medio en que éste nace, el cual influirá considerablemente en los aprendizajes que adquirirá en su interacción con el campo vital; que va desde el ambiente social y cultural en que se desarrolla, esto es raza, nacionalidad y su medio social inmediato (familiar y escolar).

El desarrollo conductual del niño y de sus expresiones está influido por la acción de los aspectos biológicos y naturales, y los efectos del medio externo en donde crece física y psicológicamente.

La vida humana se inicia en el momento mismo de la fecundación, a partir, de ese momento, el organismo empieza a formarse dentro del vientre materno, hasta alcanzar las características biológicas necesarias para enfrentarse a las condiciones de una vida independiente que comienza con el nacimiento. La "conducta" del feto humano se inicia con las reacciones reflejas simples características a la estimulación sensorial. Después del nacimiento, y dentro del ambiente de adaptabilidad evolutiva, estas tendencias constitucionales se extienden para formar las conductas de primera etapa de desarrollo normal en los neonatos: orientación de ojos y cabeza, reflejo de búsqueda, reflejo de succión, reflejo de empuñadura y reflejo de deglución.

Wallon H. (1962), da mayor importancia al desarrollo neuromotor y especialmente a la función postural que por sí sola ofrecerá posibilidad de reacciones orientadas (tras las respuestas puramente reflejas del recién nacido). En este conjunto adquiere un valor funcional privilegiado la emoción, porque inicialmente está provocada por impresiones posturales y porque es base al mismo tiempo de la postura (gestos, mímica) que emplea a su vez para expresarse. Las reacciones denominadas por H. Wallon tónico-emocionales son los primeros indicios de desarrollo psíquico en la medida en que inicialmente son las primeras reacciones psicológicas. Para H. Wallon la emoción es el intermedio genético entre el nivel fisiológico con sólo respuestas reflejas y el nivel psicológico que permite al hombre adaptarse progresivamente al mundo exterior, es el mundo humano del que el niño recibe todo: su saciedad, la satisfacción de sus necesidades fundamentales, etc. El niño puede dar muestras de bienestar o de malestar, ambas emociones puramente primitivas van encaminadas a la discriminación del mundo exterior, puesto que estas emociones van unidas a la acción del mundo humano con el niño, H. Wallon dice que "el niño que siente va camino a un niño que piensa".

La importancia del establecimiento de lazos de interacción entre la madre y el lactante, durante el proceso de gestación y desarrollo del embarazo e inmediatamente después del nacimiento refleja la percepción de que puede haber límites a la capacidad de los lactantes humanos para adaptarse a las variaciones del ambiente en que se les cuida. Las experiencias sociales del hombre en su ambiente natural están relacionadas en la lactancia con la crianza de quienes lo atienden. En realidad para los seres humanos las conductas sociales se consideran en la actualidad más importantes que los motivadores más "primarios" de la conducta como el dolor, hambre y reacción al peligro físico. Para el establecimiento del primer lazo con la persona que cuida al lactante (por lo general su madre), las relaciones interpersonales son los factores principales para la maduración y desarrollo de la personalidad, y gran parte de la infelicidad y de las enfermedades mentales como la depresión, en el hombre tienen base en las relaciones alteradas o insuficientes.

Si se analiza la vida del niño desde el nacimiento hasta los siete años de edad podemos darnos cuenta de la gran cantidad de conquistas que realiza: el dominio de los movimientos de su cuerpo, fundamentalmente de sus manos para manipular objetos; la adquisición de la marcha en forma vertical, el descubrimiento de su propia persona como parte del mundo; el reconocimiento y diferenciación de objetos que forman el mundo natural y social que le circunda; la representación simbólica del mundo, la adquisición de la lengua materna, la expresión de sentimientos de amor, de odio, de alegría y tristeza, la adaptación a las condiciones de la vida social de la familia y la comunidad.

Naturalmente el niño realiza estas conquistas por etapas. Cada una de estas etapas por las que atraviesan es el antecedente de la que le sigue, de tal forma que el niño está en una permanente construcción de las nociones acerca de su propia persona y el medio externo con el que actúa. La base de este proceso constructivo está en las acciones que el niño realiza. El desenvolvimiento gradual de las funciones biológicas, capacidades psicológicas y sociales del niño, es precisamente lo que conocemos como proceso de desarrollo. El mal desarrollo conductual puede resultar, desde luego, de defectos hereditarios, influencias intrauterinas nocivas, enfermedades maternas o traumatismos del nacimiento; pero la causa principal de los trastornos de la conducta que se inician al principio de la lactancia es la interferencia con los procesos interpersonales necesarios para la conducta normal.

El desarrollo cognoscitivo se desenvuelve al mismo tiempo que las actividades o movimientos corporales en los primeros años de la vida infantil, no es posible separar las conductas motrices de aquellas propiamente psicológicas, pues están fuertemente unidas en un todo, y sólo gracias al proceso de maduración neurológica progresiva que ocurre con el tiempo, esta fuerte relación va independizándose paulatinamente hasta alcanzar el momento en que ambos procesos continúan su desarrollo sin la relación inicial, aunque nunca desaparece del todo.

El orden en que el niño adquiere las habilidades psicomotrices sigue una doble dirección que empieza con:

- a) El control de los movimientos de la cabeza hasta lograr el dominio de la locomoción vertical.
- b) El control de los movimientos de los hombros, brazos y antebrazos, hasta concluir con el control, de los movimientos de las manos y de los dedos, lo mismo ocurre con las extremidades inferiores, es decir, del tronco a los pies.

Las adquisiciones psicomotrices están íntimamente relacionadas con el proceso de maduración neuromuscular, y con las conquistas del tipo cognoscitivo como: los conocimientos relativos a las nociones de la existencia de los seres y objetos del mundo exterior, el lenguaje, el espacio y el tiempo. El desarrollo psicomotor independientemente en su relación con el proceso de maduración, opera mediante la organización, asimilación y modificación de las experiencias infantiles que impulsan al niño hacia formas cada vez más diferenciadas de comportamiento.

El desarrollo afectivo social se refiere a las expresiones emocionales de alegría y felicidad, tristeza y desconsuelo, ira y enojo, que son experiencias o vivencias afectivas relacionadas con la satisfacción o insatisfacción de las necesidades humanas. Las personas adultas pueden controlar las expresiones emocionales y afectivas debido a la asimilación de las normas que regulan la convivencia social, en otras palabras han alcanzado, por las influencias educativa informales, y en muchos casos por las escolarizadas, el grado de socialización adecuada que les permite una integración social más completa.

El niño recién nacido expresa sus emociones en una forma totalmente incontrolada debido a que apenas se inicia el proceso de su desarrollo. Sólo con el tiempo, cuando gradualmente el nivel de maduración neurológica aumenta, cuando sus construcciones cognoscitivas se perfeccionan y las habilidades psicomotrices son cada vez mejores, el niño adquiere la capacidad de controlar sus expresiones afectivas por las influencias de su familia.

El niño establece sus propias relaciones en función de sus necesidades elementales (necesidad de que le alimenten, le acunen, le muden, le vuelvan de lado, etc.) cambios que adquieren toda su importancia hacia los seis meses, el niño necesita muestras de ternura (caricias, palabras, risas, besos y abrazos) manifestaciones espontáneas del amor materno. Además de los cuidados materiales exige el afecto. Según Wallon (1962), la emoción domina absolutamente las relaciones del niño con su medio. No sólo extrae las emociones del medio ambiente, sino que tiende a compartirlas con su familia.

La adaptación del niño a su ambiente y la progresiva diferenciación de su personalidad es un proceso biopsicosocial. De ahí la importancia de lo que plantea Ackerman (1977), que la personalidad es la interacción y combinación del individuo y

su ambiente, así como es producto de la progresiva diferenciación de su organismo y su ambiente. El sujeto se maneja como instrumento integrador en los procesos adaptativos. De ahí se parte para afirmar que la personalidad desde el nacimiento es biopsicosocial, esta integración tiene propiedades diferentes en cada uno de estos niveles.

El ser humano es considerado como un sistema abierto de energía, en continuo intercambio con él mismo y su ambiente exterior (como menciona Anjuria, G., 1980). Por lo cual las funciones de su personalidad están orientadas en forma dual hacia procesos internos y externos (ambiente social). Las influencias culturales se transmiten a través de los padres que actúan como portadores de la cultura con lo que se estima a la familia como agente psíquico de la personalidad. Hacia el final de la segunda infancia el niño empieza a distinguir entre su mundo interior y el mundo exterior. El ser más consciente de sus relaciones interpersonales le lleva a la conclusión de que su propia intimidad difiere bastante del mundo objetivo y social que le ha tocado vivir. Sus propias peculiaridades, así como su forma personal de ver las cosas en relación a la sociedad en la que vive, hacen que el niño vaya delimitando poco a poco su mundo interno o subjetivo, en el cual se recluye de tiempo en tiempo para darse a sus fantasías.

Es cierto que el niño ha constituido un Yo desde los primeros momentos de la vida. Pero la constitución de este Yo no fue sinónimo de existencia de una interioridad vivida o subjetiva. El Yo fue entonces la forma adecuada de relacionarse con el mundo exterior, pero que no era vivida como algo propio por el niño. Ahora el niño empieza a delimitar un mundo interior personal que está situado dentro de su mundo de relaciones sociales. Este Yo tiene un pasado, constituido por todas las peripecias de su vida. Parte de este pasado está relegado al inconsciente y es el que impone, con sus imperativos, toda a la actividad en su mundo interior consciente.

Este nacimiento de la subjetividad está caracterizado, desde el punto de vista emocional, por la adaptación de los sentimientos del niño a su mundo. Se corresponde con una situación de madurez que auna lo intelectual con lo afectivo. Los sentimientos se muestran adaptados al mundo que rodea al niño. El nacimiento del Yo interior hace que el niño tenga una conciencia más clara de sus sentimientos, que puede empezar ya a describirlos. El niño se sentirá triste o alegre, pero siempre en relación directa con situaciones correspondientes del mundo exterior. Al mundo objetivo social y externo responde el niño con toda su temática subjetiva interna.

Erikson (1976) señala que los niños obtienen su primera experiencia con la vida fuera del hogar, al ingresar a la escuela. En clase prueban por primera vez lo que va a ser una parte importante de sus vidas: dedicarse a "tareas y habilidades determinadas". Es decir, los niños aprenden que necesitan trabajar y obtener reconocimiento, desarrollando funciones y manifestando capacidades. Entre las edades de seis a doce años, no sólo pasan de las operaciones concretas al pensamiento formal, sino también hacen la transición del lenguaje y de los

pensamientos egocéntricos a los socializados. Un niño que tiene un éxito con sus esfuerzos escolares tendrá un sentido de laboriosidad. Erikson dice: Socialmente es una etapa decisiva, puesto que la laboriosidad incluye hacer las cosas junto a, y con los demás en esta etapa se desarrolla un primer sentido de la división del trabajo y de la oportunidad diferencial, es decir, el sentido del carácter tecnológico de la cultura. El niño que no tiene éxito en la escuela, que no tiene confianza en ser capaz de hacer las cosas con y al lado de los demás, y que no logra un puesto en el grupo de los de su edad, tendrán un sentimiento de incapacidad e inferioridad.

Las tres cuartas partes de los niños llamados inadaptados, afirma George Mauco (1964), provienen de familias inestables que no pudieron dar a los hijos un sentimiento de seguridad. Según que el padre o la madre sean nerviosos o tranquilos, ansiosos o confiados, o duden de sí mismos o actúen con una tranquila seguridad, el niño será inquieto o equilibrado. Si la imagen ofrecida por los padres está alterada por dudas, ansiedad, agresividad o conflictos conyugales, la personalidad del niño se construirá mal. También él se comportará con inseguridad, oscilando del repliegue ansioso a la agresividad defensiva. Sentirá a los otros como insatisfactorios, estará insatisfecho de sí mismo, su actividad -por ende sus aprendizajes- serán perturbados. Desde esta perspectiva de Georges Mauco, el carácter es más adquirido que heredado; es en la vida familiar donde el niño conoce la confianza o la duda en sí mismo con respecto a los demás, y luego con respecto a su actividad y su trabajo. Así nacen los primeros sentimientos de confianza o fracaso.

Las múltiples amistades que la mayoría de los niños forman durante los años escolares les dan un claro sentido de que integran una sociedad que se extiende más allá de los límites de su propia familia. Por otro lado, el pequeño que carece de aceptación en su grupo de pares y de la oportunidad de participar en actividades vecinales, con frecuencia desarrolla un sentimiento de ser un extraño de esa sociedad y de estar alienado a ella.

Durante los años de la escuela primaria las interacciones del niño con sus pares (niños de la misma edad o grado escolar), se convierte en una parte cada vez más importante de su vida y en respuesta a ellas, el niño desarrolla autopercepciones, modos de llevar situaciones interpersonales y sentimientos de propiedad que se convierten en parte de la personalidad permanente que lleva a la adolescencia y la adultez. Los escolares perciben con agudeza las características física y de personalidad de todos sus compañeros y el grupo de pares es rápido para identificar a sus miembros de acuerdo a sus rasgos más sobresalientes. De este modo el grupo de pares hace que el niño reconozca, algunas veces con placer y otras con dolor la genuina realidad de los rasgos visibles de su físico y de su personalidad.

Las características objetivas y subjetivas desempeñan un importante papel en el modo en que sus pares tratan al niño. El pequeño atractivo y simpático que se considera desagradable puede provocar burlas y rechazo, mientras que el niño

delgado, débil y poco atractivo pero de buen humor y mucha chispa puede hacer que sus pares, lo acepten y admiren, debido a estas cualidades. En la interacción de sus pares, por lo tanto, el niño a menudo recibe el tipo de reacción que despierta con conductas que convierten sus expectativas en realidad.

Los conflictos en las relaciones interfamiliares pueden ser benignos o malignos. Las formas benignas pueden estimular el crecimiento, mientras las formas malignas pueden predisponer al colapso en el equilibrio emocional de las relaciones familiares y el fracaso de la adaptación del niño.

El control del conflicto es una dimensión especial y directamente vinculado con las relaciones del individuo y la familia. El fracaso en encontrar una solución eficaz lleva a la inadaptación y a la enfermedad emocional. Que durante el desarrollo de la personalidad del niño se manifiestan en el hogar y la escuela como "problemas de conducta" o de "adaptación" debido a factores exógenos y fundamentalmente de origen familiar. Son niños que vivieron experiencias negativas a lo largo de los primeros años de vida, experiencias pasadas, que distorsionan el desarrollo afectivo que se incorpora al núcleo de la personalidad, y que condicionan toda su conducta. Al ingresar a la escuela, este niño cargado de sus ansiedades y conflictos, difícilmente se adaptará a las nuevas circunstancias, a las exigencias y normas. La problemática afectiva absorberá hasta cierto punto su disponibilidad perceptiva, disminuirá su capacidad de atención y concentración, bloqueará su inteligencia. Son los alumnos que tradicionalmente se presentan como revoltosos, indisciplinados, ansiosos y agresivos; o bien como inhibidos, indiferentes y soñadores. Y que, por ende, o no aprenden o lo hacen con gran dificultad.

En cada estadio de maduración es probable que sea distintiva la estructura de las relaciones entre el individuo y la familia. Para el niño los problemas de adaptación más importantes están contenidos dentro del marco familiar, el niño y su madre, el niño y su padre, el niño y sus hermanos. Las exigencias de la integración a los roles intrafamiliares deben armonizar con las exigencias correspondientes de los roles extrafamiliares (sociales). Mientras que las estructuras de la vulnerabilidad a la enfermedad se forman en la niñez, el futuro de esta vulnerabilidad está determinado por las experiencias interpersonales de la vida posterior. La afectividad infantil es a la vez intensa y dominante, es decir ocupa el primer plano de la escena psicológica y tiene bajo su hegemonía a las demás funciones.

Debido a la fugacidad y labilidad de las emociones, el niño con facilidad se deja distraer de ellas, cuan móvil y cambiante, es toda su afectividad, las alegrías y las penas del niño son más cortas y recuerdos o anticipaciones que las provocaron se refieren a espacios de tiempo mucho más restringidos que en el adulto. El infante está entregado completamente a sus emociones mientras duran, que parece enteramente débil y disminuido ante ellas y que las padece sin poder dominarlas nunca. Aunque sus sentimientos son poco simples y primarios, pero debido a esta simplicidad existe una especie de fuerza elemental que les confiere un carácter entero y absoluto, el niño

es el ser incapaz de poner cualquier distancia entre él y sus sentimientos, de juzgarlos, criticarlos o corregirlos por lo cual se puede decir que esta sometido a ellos. Inicialmente, el pensamiento del niño es plenamente subjetivo. Piaget habla de un egocentrismo intelectual; el niño es todavía incapaz de prescindir de su propio punto de vista. Sigue aferrado a sus sucesivas percepciones, que todavía no sabe relacionar entre sí. Mediante los múltiples contactos sociales e intercambios de palabras con su entorno se construyen en el niño, unos sentimientos frente a los demás, especialmente frente a quienes responden a sus intereses y le valoran.

El pensamiento del niño se objetiva en gran parte gracias al intercambio social, surgen nuevas relaciones entre niños y adultos. A esta edad, la autoestima del niño depende de las respuestas de las figuras parentales de modo que la desaprobación o el rechazo por parte de éstas tiene efectos devastadores e inhibe el comportamiento que acarrea la desaprobación. Su adaptación al mundo exterior se va desequilibrando a medida que se aproxima a la pubertad. El niño tiene así sentimientos melancólicos, como si empezase a intuir de nuevo que no es comprendido por sus familiares y que siempre le ha tocado la peor parte. Con el nacimiento de la vida interior la melancolía adquiere ya los caracteres propios de la melancolía del adulto.

Tal vez es posible diferenciar dos tipos de estados de tristeza de los niños en edad escolar, uno en el cual los padres inhiben poco a poco las reacciones capaces de producir una sensación de satisfacción o de placer, lo que se observa en familias en las cuales los padres establecen ideales irrealizables, utilizando el bochorno como una modalidad de castigo y se sienten amenazados por la individuación del hijo, el segundo se presenta cuando el hijo responde directamente a la carencia de gratificación de su entorno, éste aparece en las familias en las que los padres mismos son depresivos o exhiben una constante actitud de rechazo.

Los padres que conocen y responden a las necesidades de sus hijos, que se les comunica su aceptación y que están dispuestos al diálogo, fomentan una investigación más profunda que los padres que son inaccesibles y poco sensibles (Hatfiel & Al., 1967; Stern & Al; 1969). S. Isaacs, afirma que "los deseos de los niños son más impulsivos y urgentes que los de los adultos y que sus decepciones y penas son más vivas". Rousseau cita que "el niño siente mucho antes de pensar y de poder expresarse", no piensa el niño lo que siente y como lo siente.

Las emociones del niño pueden y deben ser consideradas ante todo como manifestaciones o trastornos de su vitalidad: significa que reaccionan con su vivacidad ante los estímulos del medio, su comportamiento emocional en su diversidad constituyen la forma en que el niño reacciona. Como menciona Blach (1984), no es solamente la entrada a la escuela la que provoca un gran número de reacciones emocionales, más o menos vivas, según los sujetos se producen a lo largo de toda escolaridad. Bien se trata de alegrías, tristezas o cóleras, pero sobre todo de los

temores vinculados a los menudos acontecimientos de la vida escolar; ya que estos temores inquietan a muchos niños.

El factor maduración es el que afecta más profundamente y de una manera más duradera el desarrollo emocional del niño. La maduración puede producir efectos como:

1. El comportamiento emocional tiende a estabilizarse, además que con la edad las emociones adquieren duración y consistencia.
2. Conforme va avanzando la edad del sujeto piensa que sus emociones, opciones de su edad y su porvenir está en sus manos.
3. Con la maduración se va adquiriendo control sobre las emociones, perdiendo la caracterizada violencia explosiva. Mientras que la parte de violencia física disminuye, aumenta el arrebató verbal, hay más cólera sin violencia ejercida sobre otro.
4. Existe un acceso a nuevas fuentes de inquietudes y emociones vinculadas al desarrollo de la vida estética, religiosa y moral.
5. A medida que la vida social del niño se enriquece y se hace compleja, sus emociones tienden también a socializarse cada vez en mayor grado.
6. Con el avance de la edad va manifestándose un grado de conciencia, frecuentemente crítica, de sus emociones y manifestaciones.
7. El desarrollo emocional no tiene una continuidad total, pues los fenómenos de regresión a formas más primitivas en una edad determinada, no son raras.

La evolución de los sentimientos ofrece un verdadero paralelismo con el desarrollo emocional. La primera condiciona en gran medida a la segunda. Con la edad los sentimientos del niño se hacen menos turbulentos y expansivos que tienden a interiorizarse al mismo tiempo que adquieren mayor profundidad entre los 11 y 13 años que aparece una inhibición hacia los sentimientos que el niño experimenta y una tendencia a disimularlos a los demás y reservarlos para sí mismo.

Alrededor de los 9 años en que el juicio y la conducta gana autonomía, esta necesidad se hace menos apremiante, pero no obstante sigue preocupándose de la opinión de los adultos, que se manifiestan con la timidez.

Las diversas situaciones frustradoras corresponden a acontecimientos de reacciones afectivas en el niño, reacciones que dependen tanto de la naturaleza propia del niño como de los caracteres particulares de la situación que se enfrenta (citado por Blach y Alphantery, 1984). Las reacciones se pueden clasificar de la siguiente forma:

- a) Agresividad, que constituye la repudiación de sus padres, el niño se venga a su vez atacando, ocurriendo como si intentara justificar su hostilidad volviéndose, en su comportamiento respecto de ellos todo lo insoportable que puede.
- b) Conductas regresivas con el objeto de conquistar el afecto negado o reconquistar el afecto perdido.
- c) Resignación responde a la hostilidad de que es objeto con sentimiento de inferioridad o culpabilidad, será objeto de castigos, se le juzgará y condenará. Esta reacción del niño puede ser considerada como una autoagresividad además de ser una vía indirecta de castigar a los padres.
- d) La inseguridad, es una inclinación hacia la ansiedad, un desequilibrio afectivo que se traduce en irritabilidad constante y en gran inestabilidad emocional.

La ambivalencia de sentimientos en el niño se manifestará a medida que éste crece y con su pretensión de independencia y su impaciencia de ciertos límites que no pueden dejar de imponer los padres, oscilando constantemente entre los sentimientos de amor y agresión. Un proceso de construcción de la personalidad, permanente y complejo caracterizado por etapas o períodos que implican cambios cuantitativos y cualitativos. Estos cambios son resultado de la interacción dinámica entre el individuo y sus ambientes físico y social. El niño interviene en su propio desarrollo, expresando sus posibilidades para adaptarse e interpretar al mundo que le rodea y manifestando al mismo tiempo sus emociones y sentimientos.

El desarrollo cognoscitivo, (citado por Anjuria, G., 1980), es el proceso a través del cual el individuo conoce el mundo que le rodea. Es la manera en que va evolucionando el pensamiento. Esto se observa en la forma de solucionar problemas, las estrategias que se emplean, el uso de la información. Algunos de los factores generales que interviene en la evolución mental son: la maduración, la experiencia o la acción sobre los objetos y la transmisión social o la educación. La maduración es el proceso en el que el sistema nervioso va coordinando sus estructuras y funciones. Es importante porque en la medida en que avanza, abre nuevas y más amplias posibilidades de efectuar acciones y adquirir conocimientos. La experiencia consiste en la exploración o manipulación de objetos. Aplicar sobre ellos distintas acciones (separar, desplazar), el niño descubre no solamente sus características y cómo se comporta ante las acciones que él les aplica, sino también establece relaciones lógicas que no están en los objetos mismos, sino en la actividad intelectual del niño (clasificar, poner en correspondencia). La transmisión social o educación se refiere a la información que el niño recibe de sus padres, de otros niños, de los medios de comunicación, de la escuela y del medio social y cultural en que se desenvuelve.

La capacidad para ir pasando de un nivel de pensamiento a otro, se transforma en verdadera capacidad cognoscitiva si existe un ambiente rico en experiencias y situaciones en donde hay interacciones personales y planteamiento de problemas que

se deben solucionar y exigen la búsqueda de respuestas. Los teóricos cognoscitivistas, al estudiar las repuestas de los niños ante ciertas tareas, encontraron patrones comunes de comportamiento intelectual que se agruparon en diferentes niveles de pensamiento: sensoriomotriz, preoperacional, de operaciones concretas y de operaciones formales. En cada etapa el niño conoce el mundo de distinto modo y usa mecanismos internos diferentes para organizarse; al mismo tiempo de las capacidades adquiridas anteriormente se retoman para integrarse en el siguiente período. Si bien los modos característicos de pensamiento de cada período son aplicables a todos los seres humanos independientemente de la cultura a la que pertenezcan, es el medio físico y social lo que permite y obstaculiza el grado de desarrollo que se alcance.

Los aspectos sociales, afectivos y morales en el desarrollo infantil implican los progresos del niño en su capacidad para relacionarse con los demás y en las manifestaciones de sus emociones y sentimientos. Esta capacidad de relacionarse y expresarse constituye el proceso de socialización en donde se conjugan las emociones y sentimientos.

En un primer momento, la familia y la escuela tienen un papel muy importante, en este proceso porque son los pilares en donde al niño se le facilita o se le impide adquirir el surgimiento de sentimientos de confianza, de autoestima, de productividad, de cooperación, de autonomía; elementos que sirven para construir su personalidad. En la edad escolar el adulto, padre o maestro juegan un papel muy importante para que el niño siga fortaleciendo su autoestima y pueda afrontar las exigencias propias de la sociedad. En el salón de clases se debe favorecer la creación de amistades y relaciones entre los niños, deben procurarse espacios de encuentro y cooperación, de esta manera el niño puede evolucionar del egocentrismo en que se encuentra a la reciprocidad.

Así como el desarrollo intelectual se pretende la reflexión no sólo sobre objetos concretos, sino finalmente sobre hipótesis o ideas a partir de las relaciones entre los hechos, de igual manera en el desarrollo socioafectivo se pretende la reflexión sobre el bien y el mal en el comportamiento humano, la objetividad, la armonía, la solidaridad y la autonomía en los actos y en las relaciones con lo demás. Comienza con actividades lúdicas, en los cuales el niño toma conciencia del mundo, aunque deformada. Pero para el niño el juego simbólico es un medio de adaptación tanto intelectual como afectivo.

Los niños que no juegan reducen su interés por el entorno, su desarrollo intelectual y afectivo se limita así como su capacidad creadora en la vida adulta. El juego no es solamente un medio para liberarse de las tensiones cotidianas, es también una oportunidad permanente para el aprendizaje. Cuando el niño juega representando personajes y situaciones puede conocerse más a sí mismo, establecer un mejor contacto con los demás y resolver problemas con imaginación. En el juego con otros niños y adultos las formas de expresión oral y corporal se enriquecen, así como las

posibilidades para coordinar puntos de vista, lo que hace evolucionar al niño hacia una mayor socialización del pensamiento. Vigotsky dice que durante el juego, el niño está por encima de su edad promedio y de su conducta diaria, ya que el juego involucra la acción en una situación imaginaria, la creación de propósitos y la formación de otros planes de vida reales.

Inicialmente, dice Piaget, el pensamiento del niño es plenamente subjetivo; es cuando habla de un egocentrismo intelectual durante el período preoperatorio. Sigue aferrado a sus sucesivas percepciones, que todavía no sabe relacionar entre sí, su pensamiento es irreversible y en ese sentido se habla de preoperatividad. Si el niño es preoperatorio será capaz de hacer representaciones mentales y ordenar la serie de acciones que ha realizado. El niño entre 7 y 11 años concibe los sucesivos estados de un fenómeno, de una transformación, como "modificaciones", que pueden compensarse entre sí o bajo el aspecto de "invariantes", que implica irreversibilidad. El niño empleará la estructura de agrupamiento (operaciones) en problemas de seriación y clasificación. Ya no se refiere exclusivamente a su propia acción, sino que comienza a tomar en consideración los diferentes factores que entran en juego y su relación. Razona únicamente sobre lo realmente dado, no sobre lo virtual.

La coordinación de acciones y percepciones, base del pensamiento operatorio individual, también afecta a las relaciones interindividuales. El niño no se limita al acúmulo de informaciones, sino que las relaciona entre sí y mediante la confrontación de los enunciados verbales de las diferentes personas, adquiere conciencia de su propio pensamiento con respecto al de los otros. Corrige el suyo (acomodación) y asimila el ajeno. El pensamiento del niño se objetiva en gran parte gracias al intercambio social. El niño tiene en cuenta las reacciones de quienes le rodean, el tipo de conversación "consigo mismo", que al estar en grupo (monólogo colectivo) se transforma en diálogo o en una auténtica discusión.

El símbolo de carácter individual y subjetivo, es sustituido por una conducta que tiene en cuenta el aspecto objetivo de las cosas y las relaciones sociales interindividuales. El pensamiento de las operaciones formales (11-12 años en adelante), se caracteriza por su posibilidad para actuar no solamente sobre los objetos o representaciones inmediatas, sino sobre enunciados e hipótesis: razona, experimenta y verifica con base en éstos, puede realizar todas las combinaciones posibles con objetos, ideas y proposiciones.

El pensamiento formal es racional y sistemático. El adolescente tiene conciencia de sus propios pensamientos. Es la primera vez que comienza a pensar en sí mismo, en el papel que desempeña en la vida, en sus planes, en la validez e integridad de sus creencias. Piaget subraya que los progresos de la lógica en el adolescente van a la par con otros cambios del pensamiento y de toda su personalidad en general, consecuencia de las transformaciones operadas por esta época en sus relaciones con la sociedad. Piensa que hay que tener en cuenta dos factores que siempre van unidos: los cambios de su pensamiento y la inserción en la sociedad adulta, que obliga a una

total refundición de la personalidad, que tiene un lado intelectual paralelo y complementario del aspecto afectivo.

Poco a poco han surgido diversas explicaciones teóricas acerca del desarrollo infantil y aún cuando éstas sirven para guiar la investigación, ninguna contempla cabalmente todos los aspectos del desarrollo. Lo que hacen las teorías es aportar algunos conocimientos relacionados con las características físicas de los niños en sus diferentes edades, otras explican las formas en que éstos intervienen con su medio social y cultural y unos más tratan de comprender cómo el niño conoce y se apropia del mundo que le rodea. Pero aún cuando se les trate de explicar de manera aislada, en los individuos se presentan de manera integral y están influidas entre sí.

Es por ello que el desarrollo del niño implica un proceso integral y armónico entre lo afectivo, lo cognoscitivo y lo psicomotriz, logrando un equilibrio, pero si en alguna de ellas se presenta una distorsión, entonces aparece una alteración en la relación del individuo con el medio ambiente en que se desenvuelve.

DEPRESIÓN INFANTIL

El ser humano como organismo biológico, pertenece a un grupo y como miembro de éste, desarrolla el curso de su vida en el mundo social compuesto de patrones y prácticas culturalmente prescritas, así mismo vive en su mundo privado el cual ha desarrollado a partir de sus experiencias personales. Así pues, el hombre es un organismo que reacciona en forma abierta y fisiológicamente a los impactos del medio ambiente. La depresión representa entonces un apartamiento de la manera normal de experimentar ciertas emociones.

En el centro del vínculo depresivo está la aflicción moral, la culpa y la expiación. Este vínculo está caracterizado por el hecho de que toda relación de objeto está colocada en el campo de la culpa, en la preocupación de todo lo que piensa y en la manera que el otro va a administrar el castigo. (Pichot, P., 1985). El carácter depresivo es aquel cuya visión y concepción del mundo es triste. Toda su historia personal está construida en el vector de la tristeza y su vínculo y enfoque de los problemas es depresivo, siempre con el miedo a la pérdida de la relación de objeto, viviendo y vivenciando culpa y tratando de reparar.

Cualquier síndrome depresivo tiene capacidad suficiente para afectar la totalidad del comportamiento. Sin embargo el hecho depresivo no es unitario, si no más bien heterogéneo. Esta heterogeneidad es fundamentalmente subjetiva (clínica y culturalmente subjetiva), porque cada individuo manifiesta el hecho depresivo en forma diversa, o porque los diversos factores socioculturales matizan el inicio, desarrolla curso y respuesta al tratamiento de esos hechos depresivos (A. Polaino, 1985).

La depresión puede ser normal en condiciones de peligro y abandono, pero puede volverse anormal cuando se da en circunstancias inadecuadas, cuando persisten durante un tiempo excesivo o cuando el niño es incapaz de realizar una adaptación apropiada a ella desde el punto de vista de desarrollo. La regresión es a menudo el mecanismo de elección de la depresión, con sentimientos de valor, de desesperación y nulificación como la pérdida de la autoestima, la inversión de la afectividad.

Así mismo, en la mayor parte de los trastornos de la depresión, la sensación de sentirse importante se atribuye a las experiencias que vivió en el seno familiar durante la niñez, y que ésta se caracteriza por dos conjuntos complementarios de secuencias progresivas, por un lado existe el proceso de maduración del equipo biológico, psíquico y social, requerido antes de que el niño pueda hacerse independiente gradualmente, el niño se siente valorado y significativo, no así en el trastorno depresivo, ya que consciente o inconsciente el niño se percibe desvalorado y no significativo, se siente culpable, proyectando hacia los otros lo que está sintiendo. El niño que fracasa en "individualizarse" es propenso a reaccionar posteriormente mediante la depresión.

Cuando el niño nace establece su primera relación con los objetos y éstos son administrados mediante una serie de procesos de introyección y proyección con los cuales él constituye un mundo interno lleno de representaciones de los objetos externos; esos objetos internos adquieren características particulares que son imágenes de los objetos externos, pero que no conciden con la naturaleza real de esos objetos, sino que están matizados por la fórmula instintiva de ese niño en particular. El mundo externo también se constituye de la experiencia externa, que es colocada adentro construyéndose un mundo particular, un mundo que no es externo pero que es tan real para el individuo como en el mundo en que se desarrolla. Las experiencias más tempranas de pérdida ocurren en la infancia e influyen algunas características de las experiencias posteriores, así como de los modos de enfrentarse a ellas. Estas experiencias ocurren en los primeros meses de vida y surgen como resultado de la separación de la madre y la frustración de necesidades básicas.

En la depresión, "las relaciones objetales se caracterizan por estar permanentemente teñidas de culpa y expiación por parte del que la padece. El individuo llora la pérdida del objeto, que es odiado y amado a la vez, así como siente que es odiado y amado por el objeto, esta relación estrecha y compleja caracteriza a la depresión", (Pichot, P., 1985). El sentimiento de culpa es una complicación resultante del sentimiento de ambivalencia, por el hecho de odiar a un objeto que se quiere, lo que provoca un dolor moral. El dolor moral y la culpa siempre están juntos; predominando cualquiera de los dos, pero se da en relación con el objeto total amado y odiado. La culpa es del yo frente al objeto por sentirse culpable de sentir fantasías destructivas con objetos que quiere; surgiendo la fenomenología de la depresión. Cuando mayor es la agresión, mayor es la fantasía de la destrucción del objeto total, lo que determina un mecanismo de bloqueo.

En la dimensión clínica, la depresión no ha sido delimitada a nivel conceptual, de ahí que existen diversas alternativas, para entender este término. Se puede considerar a la depresión como un síntoma, un síndrome o un desorden. Un síntoma como el humor disfórico, puede surgir como una respuesta al desajuste o a una pérdida importante, además que se puede manifestar sin que exista el síndrome o desorden. La depresión, como síndrome clínico, presenta cambios motivacionales, cognitivos, afectivos, alteraciones psicomotoras, presentándose como algo delimitado (primario) o como una asociación a otras alternativas psicopatológicas (secundarias). Como desorden clínico la depresión, implica la existencia de un síndrome, causando cierto grado de incapacidad en el sujeto, manifestando además ciertas características clínicas específicas vinculadas o no a una historia biográfica concreta, correlacionándose en ocasiones con algunos datos biológicos y familiares.

El término de depresión como síntoma, nos explica que la inhibición psicomotriz es un síntoma universal de la depresión, empieza por tener dificultades para pensar, porque el pensar implica una relación con el objeto. Estos aspectos del niño constituyen su yo y la parte consciente del superyo, estas facetas de su personalidad se encuentran con variaciones. El yo es una parte funcional de la personalidad a la

que se la confían importantes funciones y en la depresión se puede percibir de la siguiente forma:

Aspecto.- Su necesidad de conformismo o incomformismo ante su medio, mirada triste, postura decaída, delgado u obeso. Gestos invariables, lentos y estereotipados.

Humor o sentimientos.- Los afectos y emociones predominantes que se perciben en su estado de ánimo es triste, melancólico, desanimado, temeroso. Puede haber dificultad en el niño de manejar y revelar sus emociones, así como apatía generalizada, falta de ilusiones, indiferencia, deseos de morir, imposibilidad de sufrir sus propios sentimientos, descenso del umbral para sintonizar con los sentimientos tristes, hipersensibilidad y susceptibilidad.

Orientación y percepción.- La capacidad que tiene el niño para captar y comprender su realidad, al valorar su orientación, se puede valorar su capacidad intelectual de la realidad con el conocimiento que tiene del tiempo, lugar y persona, así como de su medio familiar, que es lo que está pasando. Su percepción se valora de la distinción que tiene el niño de los hechos de su fantasía. La orientación es el conocimiento que tiene de los objetos, personas y sí mismo, sus relaciones en tiempo y espacio. En la depresión el niño se ensimisma, manifiesta falsas interpretaciones de lo que está pasando en realidad, presenta fluidez temporal lenta y penosa, se refugia en el pasado, hay obstrucción del futuro por amenazas, temores y fobias que lo hacen insostenibles, exageración de las distancias, el espacio le ahoga, sometimiento del espacio, provocándole inseguridad y duda.

Mecanismos de defensa.- El manejo de sus emociones intensas y su impulsividad, la ansiedad la manifiesta con el uso de la negación, la evitación y la racionalización.

Integración neuromuscular.- El grado de actividad del niño en sus movimientos es con dificultad a veces en su motilidad y coordinación. La inhibición psicomotriz puede llegar hasta el estupor melancólico, dificultad para transformar las ideas en actividad y acatimia (incapacidad para permanecer sentado).

Procesos de pensamiento.- Tipo de lenguaje y verbalización, hay falta de espontaneidad de su pensamiento, hay cosas que le preocupan al niño con relación al objeto perdido, falta de interés por hacer sus cosas habituales y hasta lo que más le gusta, incapacidad para organizar sus pensamientos. Los cuales se ven inhibidos, cuyo curso es lento, siendo su contenido matemático hacia su propia enfermedad y presentando además sentimientos de culpa, ausencia de ideas, falta de ocurrencias y temeroso.

Fantasía.- Cuando la angustia aborda al niño, existe una escasez de fantasía, así como puede haber fantasías masoquistas con poca o nula relación con la situación del niño. Los niños sienten haber perdido el objeto de amor; no expresan directamente su necesidad de afecto manifestando tener cosas materiales.

Super yo.- Su pensamiento fluye como debe portarse, en su concepto de lo que cree bueno y malo, de lo correcto y de lo incorrecto.

Concepto de sí mismo.- Su concepto está ligado a sus identificaciones y los tipos de relación que ha establecido con otras personas, se siente débil, malo y feo en comparación con los otros, existen sentimientos de ambivalencia hacia él y sus padres pues siente que los ha defraudado.

La conceptualización de la depresión, tanto como síndrome, como reacción o como hecho comportamental, es el término de una configuración-resultado que, necesariamente, no puede explicarse sin la apelación de un marco cultural determinado. El hecho depresivo es la consecuencia de una descripción, interpretación, explicación muy permeable a la acción de determinados factores socioculturales y a la carencia de datos clínicos fiables, puesto que cada investigador emplea sus propios criterios para definir la depresión. Existen diferentes aproximaciones teóricas las cuales a continuación abordamos.

Enfoque psicoanalítico de la depresión infantil.

Los puntos de vista tradicionales definen a la depresión como un trastorno primario del odio mental con la consiguiente perturbación del pensamiento y la conducta, Freud S. y Beck determinan que es la consecuencia natural del modo en que éste concibe al mundo y el modo en que concibe a su propio futuro.

En 1912, Freud S. en su artículo "Duelo y Melancolía", se ocupa por primera vez del problema de la depresión: definiendo al duelo como la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción ideal. El duelo puede traer consigo desviaciones en la conducta normal, aunque pasando cierto tiempo lo supera. La melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolorosa, una cancelación de interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí mismo, que se exterioriza en autorreproches y autodenigrarse que puede llegar a una expectativa de castigo. Aunque el duelo muestra las mismas características, falta la perturbación del sentimiento de sí mismo.

La pérdida por el mundo exterior impide escoger un nuevo objeto de amor. En el duelo, el objeto de amor ya no existe más y de él se emana ahora la exhortación de quitar todo libido de sus enlaces con ese objeto, pero prevalece el acatamiento, cada uno de los recuerdos y cada una de las expectativas en la que la libido se anuda al objeto son clausuradas, sobreinvertidos y en ellos se consume el desarrollo de la libido; de hecho una vez cumplido el trabajo de duelo el yo se ve otra vez libre y desinhibido.

En la melancolía, la naturaleza de la pérdida es de origen ideal, el objeto no está tal vez muerto, pero se perdió como objeto de amor, en la melancolía sabe a quien perdió, pero no sabe que perdió de él.

En el duelo se encuentra la inhibición y falta de interés que se esclarece en el trabajo de duelo, lo que no es posible en la melancolía, además de los bajos sentimientos y empobrecimiento del yo. En el duelo, el mundo se ha hecho pobre y vacío, en la melancolía eso le ocurre al yo. El cuadro nosológico de la melancolía es el desagrado moral en el propio yo, así como quebranto físico, fealdad y debilidad, inferioridad social, rara vez son objeto de apreciación que el individuo hace a sí mismo. El duelo normal vence la pérdida del objeto y mientras persiste absorbe de igual modo todas las energías del yo. La suma de satisfacciones narcisistas permite el estar con vida, desatando su ligazón con el objeto aniquilado. Si el objeto no tiene para el yo importancia, no es apto para causarle un duelo o una melancolía.

En la melancolía la relación con el objeto está complicada por la ambivalencia, inherente a todo vínculo de amor, de este yo nacen las vivencias que conllevan la amenaza de la pérdida del objeto, por eso la melancolía surge de una gama de ocasiones más que el duelo. En la melancolía se urde de una multitud de batallas parciales por el objeto; en ellas se enfrenta el odio y el amor, el primero pugna por desatar la libido del objeto y el otro por salvar del asalto a la posición libidinal. La ambivalencia constitucional pertenece en sí y para sí a lo reprimido, mientras que las vivencias traumáticas con el objeto pueden haber activado otro material reprimido, en las batallas de ambivalencia, todo se sustrae de la consciencia hasta que sobreviene el desenlace característico de la melancolía.

En la consciencia del melancólico, el yo se menosprecia y se enfurece contra sí mismo; en el duelo mueve al yo al objeto declarándolo muerto y ofreciéndole como premio permanecer con vida.

De lo anterior se puede concluir que S. Freud, da importancia al hecho de que el dolor de luto se limita a la pérdida de un objeto externo; en contraste con la melancolía el yo está empobrecido debido a que ha experimentado una pérdida interna. El prototipo de depresión es la restricción de aportaciones narcisistas vitales como el amor, afecto y cuidado, lo patológico es la duración y el dominio excesivo del organismo por el afecto depresivo, más que su acontecimiento. La depresión se caracteriza por la disminución de la autoestima, la sensación de la impotencia, las inhibiciones de las funciones del yo en grados variables y el sentimiento subjetivo de tristeza o pérdida, de intensidad variable. Descrito como un estado afectivo básico en el cual el yo se siente incapaz de realizar sus tendencias o aspiraciones, aunque estas metas persisten como metas deseadas. Las personas con tendencias a la depresión con frecuencia muestran una pseudo independencia y una seguridad en sí mismos que es una reacción a una privación primitiva grave y una defensa contra la privación futura. En la depresión la agresión es dirigida hacia el interior a un objeto perdido e introyectado y amado de manera ambivalente.

Un importante elemento que caracteriza a la melancolía y que no se presenta en el duelo es, la presencia de una notable disminución del amor propio, un empobrecimiento del yo, acompañados por insomnios y anorexia, es decir, por una

disminución de instinto vital, desinterés por el mundo exterior, inhibición de todas las funciones, y un estado de ánimo doloroso.

A partir de que el niño nace, Melanie Klein (1948) nos dice que ese bebé nace con un Yo arcaico como para sentir ansiedad y hay parte de ese yo que se va formando por lo actual y lo accidental, además de las relaciones objetales con las cuales se va identificando utilizando mecanismos de defensa tanto en la fantasía como en la realidad. Melanie Klein hace referencia a las fantasías inconscientes como una expresión mental de los impulsos y su relación con la realidad externa, que es lo que determina el estado psíquico del sujeto. Con el nombre de la posición depresiva, Melanie Klein describe la fase que sigue a la posición paranoide o persecutoria y que corresponde al periodo durante el cual el niño es capaz de reconocer al objeto en su conjunto y no dividido. La madre, durante esta fase, es la fuente tanto de lo bueno como de lo malo, lo cual produce en el niño su propia impotencia y su dependencia. En relación con el objeto, la actitud del niño es ambivalente y la antigua angustia de persecución deja paso, durante la fase depresiva, a una angustia centrada sobre el temor de sus pulsiones destructivas. El niño no podrá asegurarse la posesión de ese objeto, que siente que se le escapa, más que intensificando los procesos destructivos. Por ello, el niño siente la desesperación depresiva, la aflicción de este objeto perdido o destruido y la culpabilidad de haber destruido él mismo al objeto. Se trata, según esta teoría, de una fase de desarrollo normal del niño.

Las premisas de Melanie Klein son de validez hipotética, se refiere a los supuestos objetos internos como si fueran entidades concretas y reales. Atribuye al bebé todo tipo de sofisticadas facultades, da demasiado énfasis a lo patológico en la conducta cotidiana y adapta artificialmente a su enfoque todos los recursos terapéuticos del paciente. Ignora por completo los factores ambientales para concentrarse en el desarrollo de los procesos instintivos, y más tarde en la lucha interna entre los objetos internalizados. Se limitó al mundo intrapsíquico, ignorando casi por completo el intercambio con personas significativas, como factor predisponente a la depresión. Por ello nos dice que la patología suele presentarse cuando el yo atraviesa por algunas experiencias creando sentimientos de culpa y ciertos trastornos durante el desarrollo, creando fijaciones negativas para el yo, y que no le permiten interactuar de manera adecuada con otros, o con la realidad externa y/o interna, se siente rodeado de objetos hostiles y desintegrados, sus vínculos con la realidad están cortados o son muy dolorosos y su capacidad de establecer vínculos se ha desbaratado. Motivo por el cual vivencia sentimientos de culpa y pérdida llegando a la depresión, por su incapacidad de reparar a sus objetos en la realidad y en sus fantasías.

Anna Freud (1949), dice que antes de que haya alcanzado la fase de la constancia objetal, el objeto, es decir la persona que cumple las funciones de madre, no es percibido por el niño como poseedor de una existencia independiente y propia, sino sólo en relación con el papel que tiene consignado dentro del esquema de las necesidades y deseos del niño. En consecuencia, todo lo que sucede en el objeto, o al

objeto, se interpreta desde el punto de vista de la satisfacción o frustración de estos deseos. Las preocupaciones de la madre, su interés por otros miembros de la familia, por el trabajo u otras cosas, sus depresiones, enfermedades, ausencias e incluso su muerte, son transformadas en experiencias de rechazo en el niño. Las depresiones de la madre durante los dos primeros años de vida del niño crean en éste una tendencia a la depresión (aunque quizás se manifieste hasta años muy posteriores). Lo que sucede que estos niños, logran un sentimiento de unidad y armonía con la madre no por medio de los progresos de su desarrollo sino reproduciendo en sí mismos el estado de ánimo de la madre (Anna Freud, 1939). Todo esto no significa sino que las tendencias, inclinaciones, predilecciones (incluyendo la tendencia a la depresión, a las actitudes masoquistas) que se encuentran en todos los seres humanos pueden erotizarse y estimularse a través del establecimiento de vínculos emocionales entre el niño y su primer objeto. El desequilibrio entre las líneas del desarrollo así originado no tiene carácter patológico. La falta moderada de armonía prepara el terreno para las innumerables diferencias que existen entre los individuos desde edad temprana, es decir, producen una cantidad de variaciones de la normalidad que debemos tomar en cuenta (Anna Freud, 1949).

En estudios directos basados en la observación de niños confirman las ideas de Freud sobre los efectos de la pérdida del objeto maternal, distinguiendo las carencias maternas propiamente en el déficit cuantitativo. Spitz (1956), describió los efectos sobre niños pequeños de una prolongada carencia de cuidados maternos durante el internamiento en instituciones, determinando la "depresión anaclítica" que hace referencia a la ausencia del personaje que cumpla de forma válida esta función ante el niño; éste se repliega sobre sí mismo en una especie de desesperación que lo lleva a la hospitalización caracterizado por un desinterés masivo capaz de conducirlo a la muerte. Este estado patológico esta ligado a la ausencia real de una madre, de ahí lo reversible, al menos en los primeros estadios. Spitz señala un segundo nivel organizador, cuando el niño ha sido capaz de instaurar una verdadera relación objetal con la madre, en tanto el niño la ha percibido como una persona completa. La depresión anaclítica, prototipo de reacción depresiva ligada a la pérdida del objeto externo, supone por tanto que se ha superado la relación inicial denominada de objetos parciales. Aunque se deben distinguir las carencias maternas de los traumatismos repetitivos de superación y otras discontinuidades traumáticas que pueden ser fuente de graves perturbaciones en la integración del rechazo.

Bowlby (1958), define a la depresión como un estado de ánimo que experimenta en ocasiones la mayor parte de la gente acompañada de manera inestable a todo estado en que la conducta se hace desorganizada, que suele ocurrir después de una pérdida. Cuando cesa el intercambio entre el mundo y nosotros mismos (en el pensamiento o en la acción), es cuando la depresión, llega a su fin y en ese momento llegan a organizarse nuevos patrones de intercambios, dirigidos a un nuevo objeto o una nueva meta. Es característico de la persona

mentalmente sana el hecho de tolerar las fases de depresión y desorganización que emergen de ella al cabo de cierto tiempo.

Según Winnicot (1961), la infancia es el período en que se halla en proceso de formación, la capacidad del individuo, para captar los factores externos y aplicarlos a su propia vida. Freud rendía tributo a la función del cuidado materno, diciendo que el apoyo proporcionado por los cuidados maternos permite vivir y desarrollarse pese a que todavía no sea capaz de controlar lo bueno de lo malo del medio ambiente, ni sentirse responsable de ello. En el concepto kleniano también se encuentra una descripción que expresa que la posición depresiva existe una relación bipersonal entre el niño y la figura materna. El niño y el cuidado materno, separan y disocian cuando el desarrollo sigue las causas de la normalidad y ésta significa en cierto modo, la separación del cuidado materno efectuado por algo que entonces denominamos "criatura", o comienzo de un niño en crecimiento (Winnicot, 1961). Esta idea queda expresada en palabras con que Freud termina su nota: "el predominio del principio del placer sólo finalizará cuando el niño haya alcanzado una completa independencia psíquica.

Durante el desarrollo infantil, la criatura por lo general aprende a dominar el ello (y el yo logra incorporarlo), estriba en el cuidado materno, en que el yo materno complementa el ello infantil y le dé fuerza de estabilidad. Así el yo infantil acaba librándose del apoyo del yo materno, de tal forma que la criatura alcanza una independencia mental con respeto a la madre, es decir, una diferenciación que le otorga una personalidad propia.

En la infancia y en la crianza del niño existe una distinción entre, la comprensión materna de las necesidades de la criatura basada en la identificación emocional con ella y por otra, el paso de la madre a un estado de comprensión basado en los signos emitidos por la criatura o niño pequeño para indicar su necesidad.

La madre por medio de su identificación con la criatura, sabe como se siente ésta y por tanto, es capaz de darle casi exactamente todo cuanto necesita al principio; una adaptación viva a sus necesidades. El desarrollo emocional del niño tiene lugar cuando se han provisto las condiciones adecuadas para ello; el impulso a desarrollarse nace del mismo niño, de su interior. Las fuerzas que impiden hacia la vida, hacia la integración de la personalidad, hacia la independencia, son intensamente potentes y hacen que el niño, en condiciones favorables, haga progresos; cuando las condiciones no son suficientemente positivas, estas fuerzas quedan retenidas en el interior del niño, al que de una forma u otra, tienden a destruir.

La provisión de un factor ambiental satisfactorio tiende verdaderamente a prevenir trastornos psicóticos o esquizofrénicos; pero pese a todos los buenos

cuidados, el niño es propenso a los trastornos asociados con los conflictos que surjan de la vida instintiva.

Slipp (1976), combinó la teoría de las transacciones familiares con la teoría kleniana, en el desarrollo del paciente melancólico. Slipp enumera los diversos roles que se imponen al niño, de acuerdo con las introyecciones de los padres que éstos proyectan en el hijo. El frecuente carácter contradictorio de las introyecciones parentales proyectadas, hacen que el niño crezca en medio de una situación conflictiva creada por su propio comportamiento: Por ejemplo se presiona al hijo para que triunfe con el propósito de realizar la imagen familiar, pero al mismo tiempo los padres sabotean los logros por aquel temor a que se independice. Slipp describe también la gradual evolución del carácter depresivo en el hijo, así como la aparición de las defensas específicas con que éste reacciona ante las interacciones parentales. Según él, la principal lucha del depresivo adulto consiste en hacer buenas, las malas introyecciones parentales, con el fin de poder sentir su propia valía.

Para Franz Alexander (1935), la mente humana es un campo en el que fuerzas en gran escala apuntan en diversas direcciones específicas, explica la psicopatología como resultado del conflicto entre los impulsos y de conflictos concernientes a ellos y sus exigencias. Sin embargo Kohut (1977), señala que existe un trastorno narcisista de la personalidad, en la que existe una expresión de las necesidades de un estado arcaico. Cree que las respuestas adecuadas a la patología de sí mismo primario se han dado en el pasado, a veces como renuncia e incluso con culpa. Su etiología tendría que buscarse en las actitudes de padres, que por un lado, se mostraron complacientes con los impulsos pregenitales del niño y, por el otro, bloquearon las exigencias de sus necesidades fálico-genitales. Kohut (1977), explica que es el sí-mismo del niño, el que, como consecuencia de las respuestas empáticas seriamente perturbadas de los padres, no se ha podido establecer con firmeza y es el sí-mismo debilitado y propenso a la fragmentación el que, en el intento de asegurarse de que está vivo, incluso de que existe siquiera, se vuelca defensivamente hacia metas de placer a través de la estimulación de las zonas erógenas y luego, en forma secundaria, provoca la orientación de los impulsos orales (y anales), y el sometimiento del yo a las metas pulsionales correlacionadas con las zonas corporales estimuladas.

En términos de la teoría del instinto, la gratificación plena -mal crianza- priva al niño de la oportunidad de construir su estructura psíquica, es decir, que como consecuencia de la no frustración de los impulsos, el yo permanece Inmaduro (no desarrolla en grado suficiente sus funciones de control, modulación y sublimación de los impulsos), que la empatía materna puede ser excesiva y que el maternaje debe tener límites para no resultar nocivo para el niño..

El establecimiento de fijaciones de los impulsos y de actividades yóicas correlacionadas tienen lugar como consecuencia de la debilidad del sí-mismo. El sí-mismo que no ha encontrado respuesta o que no ha podido transformar su grandiosidad arcaica y su deseo arcaico de fusionarse con un objeto del sí mismo

omnipotente en una autoestima confiable, ambiciones realistas e ideales alcanzables. Las normalidades de los impulsos y del yo constituyen las consecuencias sintomáticas de esta deficiencia central del sí mismo.

El niño necesita una provisión de alimentos empáticamente modulada, y no alimento. Si esta necesidad permanece insatisfecha (en grado traumático), la configuración psicológica más amplia, la experiencia gozosa de ser un sí-mismo entero que recibe una respuesta adecuada, se desintegra y el niño se retrae a un fragmento de la unidad experiencia más grande, es decir a una estimulación oral tendiente al placer (a la zona erógena) o, en términos clínicos a una ingestión depresiva de alimentos.

La elección de las funciones compensatorias específicas que adquieren importancia para el niño con el fin de remplazar otras que están atrofiadas (en el campo de la deficiencia primaria) y entonces podríamos hablar de su autonomía primaria. Lo decisivo no es que las funciones que expresan el patrón del sí-mismo sean autónomas, sino que un sí mismo que se había visto amenazado en su cohesión y funcionamiento en un sector haya logrado sobrevivir desplazando su punto psicológico de gravedad hacia el otro.

El modelo psicoanalítico, considera a la depresión como resultado de un conflicto intrapsíquico entre el Superyo primitivo y el yo desválido. Aunque desde esta perspectiva se llegue a negar la existencia de la depresión infantil, pues los niños no tienen un yo bien desarrollado que de origen a este desorden. De acuerdo a este enfoque, para algunos autores es imposible que la depresión acontezca en la infancia, ya que depende de que el sujeto tenga suficientemente desarrolladas ciertas estructuras metapsicológicas. Algunos otros autores psicoanalíticos, sostienen que la depresión existe en la infancia, que puede surgir en cualquier edad, dependiendo de sus manifestaciones del desarrollo psicosexual y de determinadas habilidades cognitivas y perceptuales específicas de estos periodos evolutivos. Un niño enfermo puede tratar de buscar alivio en el medio o evadiéndose a través del sueño, o bien a través de un sentimiento de culpa o sea el significado que le da a su enfermedad aceptándolo como un castigo que sus actitudes previas han originado y que bien se merece. Cuando un niño enfermo se atiende impacientemente a sí mismo como un hipocondríaco, el hecho indica de modo palpable su sentimiento de que su madre no se interesa lo suficiente por él y de encontrarse insatisfecho con la protección y atención que ésta le brinda.

Enfoque conductual de la depresión infantil.

El énfasis de los modelos conductuales está en perfilar los síntomas y las conductas deseables. Este modelo basa el estudio de la depresión en tres constructos fundamentales; de acuerdo a Seligman y Maier, (1967):

1. La indefensión aprendida.
2. La pérdida del reforzamiento, la frustración crónica y la falta de control sobre las relaciones interpersonales.
3. El patrón cognitivo negativo, la indefensión y la desesperanza.

De los estudios con animales se derivó el concepto de indefensión aprendida. En estos estudios se mantenía a los animales sujetos a recibir descargas eléctricas a las que no podían escapar. Un animal normal intenta escapar al estímulo aversivo. El que ya ha estado sometido a tal estímulo, no intenta nada estando ya sea en un estado de confusión, en una posición pasiva, de sumisión.

Levinsohn (1969), es el primero en hacer una evaluación conductual de la depresión, encontró que individuos deprimidos no tenían acceso a un repertorio adecuado de reforzadores positivos. Los antecedentes biográficos de estos individuos consistía en una baja tasa de gratificaciones o reforzadores positivos contingentes a las respuestas, que se podía deber a la falta de reforzadores disponibles o bien a la incapacidad del individuo para acceder a los premios debido a una falta de habilidades apropiadas. Levinsohn (1974), deduce que existen tres formas en que se da una reducida tasa de reforzamientos positivos contingentes a sus respuestas:

1. La disminución de la efectividad del reforzador.
2. Falta de acontecimientos reforzadores.
3. Ausencia de conductas sociales necesarias para conseguir los reforzadores disponibles.

Para Lewinsohn (1976), en el sujeto depresivo la atención y el cuidado de la familia refuerzan las secuencias conductuales depresivas. Su inaccesibilidad con los demás, le da menos posibilidad de obtener refuerzos sociales. El desválimiento, se debe a una baja tasa de refuerzos positivos de las conductas del sujeto, que sufren posteriormente una elaboración secundaria como sentimientos de culpa, de pesimismo y autodesprecio. Esta disminución de refuerzos puede deberse a:

- A) Déficit de los eventos potencialmente reforzante dependientes de factores individuales.
- B) La accesibilidad mayor o menor, dependiente del medio, de esos refuerzos.
- C) El déficit de las conductas instrumentales, de las habilidades y destrezas del sujeto para obtener refuerzos sociales; déficits que suelen estar en función de la historia de los reforzamientos previos.

Dweck (1977), redefine a la indefensión diciendo que el individuo involucrado percibe a los acontecimientos aversivos, por lo cual no puede mantener la situación

bajo control y que tales acontecimientos probablemente continuarán, a pesar de que intente modificarlos. Así mismo demuestra la relación entre cognición negativa y la indefensión con las respuestas del niño tras experimentar el fracaso. Comparando un grupo de niños indefensos con un grupo de niños no indefensos, ambos grupos poseían facultades similares para resolver problemas; los niños indefensos atribuían sus fallas a la falta de competencia o a factores externos no controlables. Mientras que los no indefensos valoraban sus fallas como algo susceptible de ser modificada a través de cambios en su conducta. Cuando se enfrentaban al fracaso los niños indefensos éstos no eran capaces de solucionar los problemas que habían resuelto con éxito anteriormente siendo pasivos y se desmoralizaban rápidamente, los niños no indefensos afrontaban el fallo, revisando sistemáticamente su teoría y mejorando su rendimiento.

Seligman (1979), correlacionó la indefensión aprendida con la depresión, llegando a la conclusión de que:

1. La motivación está alterada en ambos casos, los sujetos fueron enfrentados a situaciones desagradables e inevitables o a fracasos repetidos. Los sujetos no buscan soluciones cuando se enfrentan a situaciones similares.
2. La cognición está alterada, es decir no hay iniciativa por parte del sujeto para actuar en la situación que esta enfrentando.
3. Disminución de la autoestima, debido a que son responsables de su ineficiencia.
4. Se producen agresiones.
5. Baja el apetito.
6. Deficiencias fisiológicas.

Seligman, llama impotencia aprendida, a la causa de la impotencia y desamparo que se observa en los trastornos depresivos. En la mayor parte de los trastornos de la depresión la sensación de sentirse impotente se atribuye a las experiencias que vivió en el seno de su familia durante la niñez. Estas experiencias pueden ser de tres clases:

- a) El individuo ha tenido la amarga experiencia de no haber tenido una relación estable y segura con sus padres, a pesar de haber hecho lo posible por satisfacer las exigencias de aquellos. Afecta esta situación al individuo como uno o más fracasos en el empeño de establecer o conservar una relación afectiva estable.
- b) El haber determinado a un individuo como un ser detestable o no querido, representando a las figuras de apego como seres inaccesibles que lo rechazan o lo hostigan, actuando adversamente con los demás.

- c) Un individuo puede haber experimentado la pérdida de un padre durante la niñez, experiencia que le daña la creencia de cualquier esfuerzo que haga por enmendar su situación.

Estas experiencias llevan a Seligman a plantear que la combinación de dificultades de aprendizaje, conflictos internos y el entorno familiar desfavorable, es la causa de que los niños tengan dificultades escolares, provocando rechazo escolar, problemas de disciplina, consecuencias negativas y aumento de frustración culminando en la depresión.

El determinado tipo de trastorno depresivo que desarrolla una persona dependerá del determinado patrón de las experiencias que haya tenido en la niñez y también de la naturaleza y circunstancias del suceso adverso por el que pasó recientemente. Cuando más persistente es el trastorno que padece una persona, mayor es el grado de desconexión y más completa es la prohibición que siente de reevaluar sus modelos. Seligman toma los resultados del episodio depresivo por sus causas, es posible que el individuo durante un ataque depresivo, se lamente de su suerte, no tome iniciativa alguna e impresione como indefenso. Sin embargo, este cuadro clínico puede ser parte de su típica tendencia a obligar a los demás a que le proporcionen significado y gratificación que desea. Cuando las fuentes externas desaparecen a causa de una pérdida o porque no se aviene a sus manejos, el individuo depresivo puede sentir que es imposible reinstalar las fuentes externas de gratificación mediante la acción directa. Sin embargo, esta situación no es consecuencia del desvalimiento aprendido que presupone la no percepción de vínculo alguno entre respuesta y apoyo. Más bien como se mencionó antes, puede ser consecuencia de una excesiva dependencia de los demás o del logro de un objetivo externo que proporcione significado y gratificación. Es verdad que los depresivos suelen manifestar autoinhibiciones en determinadas áreas fundamentales, pero esas áreas de inhibición no son el resultado de una falta de recompensa al esfuerzo.

Enfoque cognitivo de la depresión infantil.

Desde las primeras descripciones de la enfermedad depresiva, la mayoría de los autores coinciden en señalar como parte del complejo sintomático, distorsiones cognitivas como el pesimismo extremo o una visión irreal de la propia personalidad. Beck (1970), considera que estas distorsiones cognitivas son la causa primaria del desorden y no elaboraciones secundarias. Según Beck se producen distorsiones características que parecen apartarse de lo que la mayoría de los individuos considera una manera realista de pensar o interpretar al medio. Este modelo es una integración de la psicología del yo y de la psicología conductual, y se basa en la importancia de la triada cognitiva negativa de expectativas:

1. Expectativas negativas respecto al ambiente.
2. Autoapreciación negativa.

3. Expectativas negativas respecto al futuro.

Las personas deprimidas distorsionan sistemáticamente las experiencias para que se ajusten a sus conclusiones negativas. La persona mantiene la depresión a través de una serie de errores cognitivos, tales como la sobregeneralización, el pensamiento de índole todo-o-nada, la minimización de los hechos positivos y la abstracción selectiva. Dichas personas, oyen mal, perciben mal y construyen mal las situaciones para que encajen en esta línea predominantemente negativa.

Mientras existe un considerable soporte empírico para el modelo cognitivo de Beck de la depresión en los adultos (Blaney, 1977; Holon y Beck, 1979), pocos estudios se han centrado en los aspectos cognitivos de la depresión infantil.

Aunque es posible que existan déficits cognitivos en los niños deprimidos, también es probable que los errores cognitivos encontrados en los adultos deprimidos puedan ser asimismo encontrados en los niños. La terapia cognitiva de la depresión se centra en cambiar la creencia depresiva negativa y los patrones de pensamiento ilógicos. Para construir un marco para el uso de la terapia cognitiva en niños es necesario demostrar primero que los niños deprimidos presentan errores de pensamiento.

De acuerdo con los especialistas del desarrollo cognitivo, como Piaget (1970) y Flavell (1977), los niños prepuberales, de edades entre los 7 y 12 años, se encuentran en el período de las operaciones concretas, el cual se caracteriza por las inferencias, el descentramiento y la reversibilidad. El niño se encuentra estrechamente vinculado a la realidad concreta del aquí y ahora; sin embargo, es capaz de hacer inferencias a partir de la realidad que está más allá de las apariencias. Los niños pueden percibir la realidad y hacer inferencias de ella, aunque la inferencia no sea coherente con la realidad percibida, no necesariamente es exacta. Además los niños desarrollan el sentido de la perspectiva durante la infancia media; esto les permite inferir los motivos y atribuir las creencias a los demás, aunque no siempre acierten.

Los niños pueden percibir también la intencionalidad de sus propios actos y de los demás, con la capacidad paralela de sobre aplicar o sobre atribuir motivos e intenciones personales (Flavell, 1977). Por lo tanto, los niños pueden experimentar autorreproches y culpa, y también cólera y proyección de la culpa hacia los demás.

Los niños en edad prepuberal empiezan a desarrollar un sentido de su propia personalidad y de los demás. Levesly y Bromley (1973) encontraron que, durante la infancia media, los niños tendían a centrarse en rasgos y disposiciones en sus descripciones de sí mismos y de los demás. Durante esta etapa se desarrolla el concepto que tiene el niño de sí mismo, al tiempo que adquiere un sentido de su propia competencia. Los niños en la etapa evolutiva de las operaciones concretas pueden hacer inferencias a partir de la realidad concreta. Tienen la capacidad cognitiva de experimentar síntomas de depresión tales como culpa, baja autoestima, atribuciones erróneas de la culpa y sentimientos de rechazo. Aunque los niños no

tienen la capacidad de experimentar completamente la desesperanza, así como están estrechamente ligados a las realidades del aquí y ahora; por ello tienen más dificultades para anticipar el futuro y para inferir consecuencias que pudieran suceder más adelante.

Así también Beck vincula la depresión como una pérdida significativa que a su vez da lugar a las distorsiones cognitivas: "las experiencias que el paciente tiene a lo largo de la vida activan así patrones cognitivos que giran alrededor de la pérdida, los diversos fenómenos emocionales, motivacionales, de la conducta y vegetativos de la depresión fluyen a través de las autoevaluaciones negativas". La tristeza en el paciente es una consecuencia inevitable de su sensación de privación, pesimismo y autocrítica, así como después de experimentar una pérdida, el individuo comienza a valorar sus vivencias de manera negativa. En realidad Beck, describe los resultados de la depresión, pero no va directamente a las causas. Presenta una versión transversal del desorden y no su desenvolvimiento longitudinal psicodinámico. Afirma que una vez lograda la recuperación clínica, el individuo deja de distorsionar sus experiencias: sin embargo, la personalidad básica no se ha modificado. Describe las distorsiones cognitivas que se observan en el episodio depresivo, deteniéndose en las ideas conscientes sin ir más allá, a lo inconsciente, lo conflictivo o interpersonal, que originalmente hicieron vulnerable al individuo a la depresión.

La depresión infantil como aspecto de desarrollo.

Esta concepción sostiene que la depresión puede surgir en cualquier momento del desarrollo infantil, pero su sintomatología se dispersa en función de la edad del sujeto. Si los síntomas clínicos de la depresión son típicos de la infancia y remiten con la edad, no deberían ser considerados como un síndrome clínico distinto o diferente, y por tanto deberían ser tratados de igual manera. Aunque los resultados de algunos trabajos muestran con claridad que el diagnóstico clínico de depresión infantil es ciertamente inseguro dada la alta prevalencia de la sintomatología depresiva entre la población considerada normal. Nissen 1971, caracteriza a la depresión en etapas evolutivas:

- a) Edad preescolar: agitación, timidez, rehusar a jugar, crisis de llantos y gritos, insomnio, hiperactividad y falta de apetito.
- b) Edad escolar: irritabilidad, inseguridad, resistencia a socializar, dificultades de aprendizaje y timidez, neurosis, encopresis, terrores nocturnos, crisis de llantos y gritos.
- c) Adolescencia y preadolescencia: rumiación, impulsos suicidas, abatimiento y sentimientos de inferioridad y opresión.

Aunque estos datos no garantizan el rigor científico del diagnóstico de la depresión infantil, si esbozan criterios para aproximación del diagnóstico.

La depresión como desorden clínico.

Este enfoque sostiene que la depresión y que los aspectos esenciales del desorden son similares en niños, adolescentes y adultos. Cartwell (1982) y Puig-Antich (1982), el hecho de que la depresión, como síndrome clínico, pueda ser diagnosticado en niños, adolescentes y adultos, no significa en absoluto que las manifestaciones de este cuadro tengan que ser idénticas. El reconoce que hay síntomas específicos propios de cada nivel de desarrollo, dado que en los niños, adolescentes y adultos están en distintos niveles biológico, social y psicológico y se presentan diferencias respecto de estos grupos. La depresión infantil constituye una entidad clínica problemática y no bien definida, ya que ha existido siempre, aunque si se diagnóstica nos lleva a confundir más el significado de esta entidad clínica.

El diagnóstico de la depresión infantil constituye un principal reto para la psicología clínica y psiquiatría debido a:

- a) La nosología de la depresión adulta, no puede trasladarse sin ninguna matización al campo infantil, pues se llevaría a una esforzada extrapolación. Pues la depresión infantil es muy diferente sintomatológicamente a la de los adultos.
- b) La edad es una variable moduladora, de modo en que se manifiesta sintomatológicamente la depresión en el niño. Ya que no todos los niños a pesar de haber adquirido un lenguaje, son capaces de anunciar con precisión lo que le sucede, así como no suele estar desarrollada su capacidad de introspección, por lo que no logran identificar y hacerse cargo de lo que les pasa. También la acción en la infancia suele sustituir al pensamiento. Mostrando el niño deprimido conductas de hiperactividad, ansiedad, agresividad, entre otras. La depresión en el niño suele estar enmascarada, por diversos trastornos del comportamiento dando una impresión engañosa, explicando parte de su desconocimiento, bastante habitual, por parte del entorno familiar y escolar. El estudio de la depresión infantil se puede ver desde dos puntos de vista, debido a su complejidad. Por un lado puede estudiarse como una manifestación patológica, basada en la observación clínica de trastornos depresivos graves en la infancia; por otro lado la composición existencial, principalmente en la integración del individuo.
- c) Los síntomas somáticos y psicológicos de la depresión infantil varían en función de la edad del niño, pero a medida que avanza la edad se tiende a sustituirles síntomas somáticos por psicológicos.

La vulnerabilidad del niño hace que ciertos factores intrínsecos tengan una función depresógena sobre el comportamiento infantil, que favorece la emergencia de pensamientos y sentimientos depresivos en el niño. En la observación clínica, se encuentra la existencia de formas de proceso de la psicosis maniaco-depresiva. Se

observa en el niño, con cierta frecuencia, la existencia de trastornos graves del humor, lo que impulsa a poner el concepto de " psicosis afectivas en la infancia ". El porvenir de estos trastornos tímicos en la infancia, en la observación longitudinal no parece avocarlos a la instauración de la psicosis maniaco-depresiva en la adolescencia o en la edad adulta. El mayor riesgo pronóstico es la entrada a la " psicosis disociativa " y en particular a la esquizofrenia de la adolescencia.

Estados depresivos francos se observan en niños de 8-11 años. La inhibición ocupa el primer plano del cuadro clínico; inhibición gestual, mímica, verbal y mental bastante constante a lo largo del examen de estos niños. La presencia de impotencia, desánimo profundo y a menudo la negativa de asistir a la escuela, suele hablar de mala voluntad, pereza y son considerados como indisciplinados y provocadores. Además el sufrimiento moral en estos niños es muy perceptible, encuentran una especie de alivio en la autoacusación y la autodepreciación. Los padres de estos niños aparecen como esquemáticos y rígidos, y manifiestan un potencial agresivo controlado de forma muy especial, su papel hacia el niño es esencialmente sancionador, y carece de acercamiento emocional.

Los estudios catamnésicos en el adulto maniaco-depresivo parece perfilarse hacia dos características en su infancia; (Polaino, L., 1984):

- a) Ausencia de autonomía, vulnerabilidad narcisista a las decepciones y censuras, lo que resulta un comportamiento conformista y tímido.
- b) Poca capacidad imaginativa que los lleva a encerrarse en lo actuado.

En estudios directos basados en la observación de niños confirman las ideas de Freud sobre los efectos de la pérdida del objeto maternal, distinguiendo las carencias maternas propiamente en el déficit cuantitativo.

Este enfoque conceptual también, postula que la depresión puede ocurrir en la infancia, diferenciándose de las características clínicas de los adultos, ocurren depresiones subyacentes "depresiones enmascaradas", cuyo diagnóstico puede inferirse desde otros síndromes o alteraciones psicopatológicas, aunque la edad diferencia la sintomatología.

Toolan (1962), manifiesta que no existe sintomatología típica depresiva en los niños, sin embargo se encuentran sentimientos depresivos.

Glaser (1968), sostiene que la depresión está enmascarada por una serie de síntomas que tienen muy poco en común, con las características clínicas de la depresión. La sintomatología de la depresión enmascarada es: 1) problemas conductuales, 2) relaciones psicósomáticas y 3) relaciones psicofisiológicas.

Cytryn y Mcknw (1974), afirman que existe una " reacción depresiva enmascarada " y sus vías de análisis sintomatológicas son: conducta y humor; contenido del sueño y sus fantasías y expresión verbal.

Raskin (1977), considera que las conductas más comunes para enmascarar la depresión son: agresividad y hostilidad en la conducta verbal, desobediencia, fugas de casa y ausentismo escolar.

López-Ibor (1982), dice que las depresiones infantiles se enmascaran con trastornos somáticos, trastornos psíquicos y alteraciones conductuales.

De acuerdo con estos, autores la depresión infantil se ve en una forma sumergida, manifestando otros síntomas que no son de la sintomatología depresiva como la hiperactividad, desobediencia, delincuencia, fobias, quejas somáticas, irritabilidad, bajo rendimiento escolar, etc.

La idea de que la depresión en la infancia aparece enmascarada sugiere que la depresión puede manifestarse en esta fase de la vida, además que ésta se presenta de forma un tanto diferente a como suele manifestarse en los adultos.

El niño deprimido produce una impresión de cansancio, mirada triste, una mímica inexpresiva y hosca. Cualquier esfuerzo tanto físico como intelectual; les resulta difícil, su rendimiento es bajo, son considerados perezosos no prestan ningún esfuerzo, manifiestan escasez de energía muscular y corporal. Su inducción es lenta, el pensamiento impreciso e imaginación pobre. Las inquietudes son insignificantes, sus producciones imaginativas son tristes, así como sus dibujos.

El niño deprimido se autodesprecia, su inferioridad es real, acrecienta sus sentimientos de inferioridad inherentes a su constitución, prefiere aislarse, y a veces se la pasa llorando.

Desde el punto de vista físico, lo que domina en la depresión es la fatiga y la lentitud; desde el punto de vista psíquico, la falta de interés por lo que sucede en su entorno.

La depresión puede ser crónica, apareciendo como un " estado depresivo ", también pueden existir tendencias depresivas que, a consecuencia de una agresión física sufrida por el organismo, o de un trauma psíquico, pueden agravarse, convirtiéndose en un episodio de depresión racional.

La depresión se encuentra tanto en sujetos bien dotados intelectualmente así como entre los no dotados intelectualmente. Aunque su manifestación es menos rica entre los débiles intelectuales.

En el caso de la depresión profunda surge la idea del suicidio, en los casos más leves, se deja el campo libre a la expresión de otras tendencias caracteriales de

ansiedad, impulsividad, paranoicas, a mecanismos de compensación, o a reacciones de agresividad. El auténtico deprimido puede fugarse; la fuga constituye una especie de pequeño suicidio, una evasión, quiere huir de lo que le abruma, romper en lo que le fastidia, no ser una carga para los suyos, aunque la fuga puede germinar la idea de suicidio, en estos casos la depresión se ha acentuado por sí misma. El diagnóstico diferencial de la depresión puede formularse sobre un cierto número de trastornos caracteriales.

En el psicasténico hay fatiga física y psíquica debido a la falta de energía moral para rebelarse, además de que se encuentran las tendencias obsesivas, la necesidad de comprobación, los escrúpulos y fobias diversas.

El esquizoide se aísla, sus características son la inactividad, ensueños autísticos, desdeñar el ambiente para vivir independientes, de los demás, mostrándose indiferente a lo que no sea su ensoñación interna.

En ciertos casos, el deprimido se comporta como un inestable psíquico que no fija su atención en nada, pero se trata de una falsa inestabilidad por falta de interés verdadero. Con lo que respecta a la intensidad de la depresión patológica puede ser suave, moderada o grave. Existe toda una gama de variación de la intensidad de los diversos síntomas e inhibiciones, y una variación semejante en el grado de deterioro con la realidad; por lo que la depresión debe considerarse como psicosis en su forma más grave.

El estado de depresión en los adultos recibe varios nombres ya sea: depresión reactiva, si es influjo de un infortunio; depresión post-parto, si tiene lugar después del alumbramiento; si el individuo es preso de un estado de agitación, depresión agitada; si la depresión se alterna con estados maniáticos se habla de enfermedad maniaco-depresiva; si es suave la depresión, la llamamos melancolía. Sin embargo, el estado de depresión es básicamente el mismo en todas las variantes. El sujeto deprimido está obsesionado por la autocrítica, tanto implícita como explícita. Se desprecia y se degrada a sí mismo, se niega a veces adoptar métodos normales de protección y descuidar los procedimientos higiénicos normales. El paciente deprimido expresa sentimientos de culpa casi constantemente, esta culpa debe considerarse producto de un delirio, porque las acusaciones son poco realistas. A veces, la fantasía se combina con este sentimiento desagradable, y el paciente atribuye entonces su angustia que vivió dentro de él. Los deprimidos encuentran imposible concentrarse, atender o interesarse por nada, se quejan de que no pueden pensar, ni recordar, ni emprender actividad alguna.

Enfoque sociológico

El estudio sistemático de la conducta colectiva del hombre, el desarrollo, la estructura e interacción de grupos de seres humanos, se desarrolla en este modelo.

Esta perspectiva no enfatiza al individuo, muestra menos interés por las características personales, que por las fuerzas sociales.

El modelo sociológico interpreta a la depresión como una reacción a las exigencias sociales y como la sintomatología que produce tiene efecto en los demás, utilizando este efecto para satisfacer objetivos anormales.

De acuerdo a este enfoque la depresión surge como resultado de la búsqueda de la superioridad, pero como no siempre se pueden realizar todas las aspiraciones, el individuo empieza a racionalizar o a excusarse con el fin de adaptarse. Este enfoque plantea a la depresión como un interjuego sociocultural y no como un fenómeno aislado. Merton (1949), desarrolla la teoría de la conducta desviada como la depresión aunque no da importancia a la génesis de su acontecer. Esta posición en forma extrema afirma que la enfermedad depresiva es una respuesta al medio ambiente, varía de acuerdo a la época histórica y a las circunstancias. La enfermedad se ventila dentro de los confines de la disciplina, la etiología debe ser establecida y será de índole multidisciplinaria, aislando los factores que intervienen en la enfermedad y no considerando al ser humano un ente biopsicosocial, definiendo a ésta como anomia, que es la falta de equilibrio en el sistema social, el ambiente también puede carecer de normas y existe una falta de sentido en lo que hacen los sujetos. Plantea que la conducta desviada se puede dar de tres formas:

1. Como resultado de algún defecto o deficiencia biológica de origen genético.
2. Ciertos tipos de personalidad fraguados mediante experiencias de condicionamiento y aprendizaje, que exhiben una conducta inapropiada a las situaciones y son forzados a reconocer el ambiente social, por el impacto que ejercen sobre ellos distintos tipos de relaciones interpersonales y pautas culturales.
3. Conducta desviada como desviada e inaceptable por los otros significativos que rodean a la persona, este desorden se vincula con los valores y preferencias sociales activos dentro de un determinado sistema cultural.

Cohen (1949), trabajó con pacientes maniaco-depresivos, donde tomó en cuenta la atmósfera familiar en la que crecían, el efecto que estos individuos tenían sobre otras personas y las características generales de la personalidad depresiva.

Su familia tenía como antecedentes de no ser aceptada por el vecindario y con el fin de ganar aceptación los hijos deberían observar pautas de "buena conducta" y buscar el éxito para contrarrestar la supuesta inferioridad familiar. La madre se caracterizaba por ser una figura fuerte que exigía obediencia y cualidades sobresalientes a los hijos. El padre por el contrario era un individuo económica y socialmente fracasado, que sufría por las críticas de su mujer. Así también, existía un patrón constante en que la madre disfrutaba que su hijo se sintiera desválido, le molestaba cuando su hijo mostraba actitudes de independencia e individuación. La mayoría de estos pacientes eran sujetos compulsivos, diligentes y trabajadores,

deseosos de complacer a los demás para satisfacer sus necesidades de dependencia, satisfaciendo así sus necesidades internas. De estas experiencias, Cohen define a la depresión como la manifestación externa del intento de recuperar a la figura parental reaccionando de la misma forma con los demás.

Sullivan (1953), define a la perturbación emocional como un papel asignado a ciertos individuos con un sin número de razones. Considera al ser humano en función de sus capacidades interpersonales, la angustia surge cuando en el interior del individuo amenaza perturbar sus relaciones interpersonales, estos impulsos son originados por las exigencias culturales. La aprobación del adulto en el niño provoca estados eufóricos, mientras que las reprobaciones dan sensación de incomodidad y angustia en el niño. Desde sus primeros años el niño hace esfuerzos por eludir la angustia, ésta interviene activamente en la formación de la personalidad, es decir, el carácter se desarrolla como resultado de la influencia de los padres sobre el niño. Sullivan considera mentalmente enfermo a la persona, en la proporción en que sus limitaciones le impiden la satisfacción y seguridad biológicamente necesarias y la seguridad influenciada por lo cultural. El componente esencial de la relación interpersonal es el acto de la comunicación entre los sujetos, esta debe estar basada a la validación consensual, es decir, a la confirmación o negación de los demás, lo que va moldeando al yo. La adaptación interpersonal la considera como un proceso que implica la realización de necesidades complementarias, la seguridad emocional es dependiente de tales relaciones. Las relaciones sociales que no son mutuamente satisfechas no son mantenidas generalmente, pero, si éstas persisten son perjudiciales ya que las necesidades de los individuos son insatisfechas. Cree que el vincular el desencadenamiento de la depresión con una causa reconocible es una manera de racionalizar el propio padecimiento y de integrar la experiencia con la propia personalidad sin deterioro del prestigio ni incertidumbre acerca del futuro social y personal. Sullivan descarta la premisa de que las depresiones son respuestas a circunstancias existenciales, dando una importancia a la aprobación y reprobación social en la génesis de la angustia, que lo lleva a la depresión.

Adler (1956), considera a los depresivos como individuos que tratan de respaldarse en los otros y no desdeñan el recurso de exagerar sus debilidades para forzar el apoyo, la adaptación y el sometimiento de los demás. Al exagerar los depresivos sus experiencias, utilizan la culpa en los otros o las circunstancias por lo cual no logra sus metas. El depresivo se esfuerza constantemente por afirmar su enfermedad, para hacer prevalecer su voluntad sobre los demás, para obligar a que se sacrifiquen por él, así como a veces frustrar la ayuda con el fin de culpar a los otros.

Gibson (1958), compara a un grupo de esquizofrénicos con un grupo de maniaco-depresivos, observando que éstos últimos se preocupaban por ser socialmente aceptados y como provenían de hogares donde existía la competencia, la envidia y mayor precisión para obtener prestigio y triunfo, presentaban mayor tendencia a la depresión por no satisfacer sus ideales.

Mead (1966), plantea que la enfermedad mental, se da cuando el individuo es incapaz de desempeñar papeles requeridos en las relaciones interpersonales. La actuación fallida impide una comunicación eficaz, aislando al individuo de la sociedad, espera que la conducta del individuo se conforme a la identidad desviada. Los factores sociales como la influencia, el poder, los valores, determinan quien asume un papel desviado. Tanto Mead como Jarlois (1972), determina que los papeles desviados son asignados a aquellos que infringen las reglas de la sociedad.

Tellenbach (1967), plantea que el mundo depresivo está dominado por la disciplina, la escrupulosidad y la necesidad de complacer a personas significativas, buscando la seguridad y evitando situaciones que les pudiera provocar culpa. La exagerada rectitud del individuo provocaba muchas veces que se impusieran demandas imposibles de cumplir, con el fin de evitar sentimientos de culpa.

Bonime (1976), considera a la depresión como un modo de interacción, ya que la depresión exige una respuesta por parte de los demás, pero el sujeto no da nada a cambio, privándose él mismo de la vivencia del afecto, limitándose a que los demás hagan lo que él desea, con esta actitud el individuo no asume una responsabilidad. Cuando las necesidades de los niños son ignoradas, el niño crece defraudado, creyendo más adelante que los demás le deben dar lo que no tuvo antes.

La mayoría de las interacciones sociales están guiadas en parte por normas que son el patrón de comparación con el cual se juzga el comportamiento, así, la norma no es un sólo promedio estadístico del comportamiento real, sino una definición cultural (compartida) del comportamiento deseable. Sin embargo, la uniformidad del comportamiento no quiere decir que se halle regido por una norma, la uniformidad pudiera representar sencillamente reacciones individuales independientes frente a un estímulo común.

La identificación de las normas requiere formular criterios estadísticos, pero a falta de estos, se hace preciso estudiar los fenómenos normativos desde un punto de vista puramente metodológico, para explorar otras formas alternativas de identificar las normas dentro de una sociedad.

El problema reside en que la explicación normativa no sólo presupone la existencia de una norma, sino también, la conformidad del comportamiento con esa norma. Las teorías del comportamiento desviado suelen tomar las normas como dadas y considerar como posibles factores etiológicos de la desviación de ciertas características de los sujetos individuales, tales como los rasgos de personalidad o ciertas condiciones sociales.

La conducta normal y la adaptación consiste en acciones socialmente aprobadas, por lo que la conducta anormal e inadaptada se constituyen en sinónimos de acciones que no son socialmente aceptadas. Sin embargo, aquello que es aprobado, por una cultura, por una sociedad, por una clase social o por un grupo puede ser considerado anormal en otro contexto social.

La evaluación de la conducta de un individuo como anormal o normal depende de las normas de la cultura a la que pertenece. Se espera que un individuo se adapte a las expectativas del grupo si se desea ser aceptado. Cada persona debe adaptarse a las exigencias de diversos grupos e intentar resolver el conflicto entre las pautas de conductas divergentes de su propio sistema de valores de acuerdo a su conciencia moral. El grado de conciencia de las expectativas de los distintos grupos a que pertenece un individuo facilita el logro a los sentimientos de bienestar y seguridad.

El empleo de normas ofrece una solución al problema de las definiciones. Las normas deben diferenciarse de las conductas que se evalúan, la evaluación científica se logra mediante la comparación de la conducta observada de los criterios establecidos, esto constituye una clasificación. Para Dana (1983), existen cinco criterios para diagnosticar la normalidad o adaptación.

Criterio sociocultural.- Las convicciones, los usos, las costumbres y las leyes que contribuyen a la instauración de estas normas. Aunque la norma de conducta no puede estar claramente establecida, los individuos asimilan los requisitos para lograr aceptación y prestigio en la cultura en que viven. Los procesos de aprendizaje de la identificación, la imitación o la disciplina y el control, buscan imponer conductas habituales en respuesta a experiencias pasadas, los individuos saben que es lo normal y lo adecuado en su propio grupo social y en su cultura. Este conocimiento se vuelve automático, pues no necesitan pensar acerca de sus reacciones.

Criterio legal.- Es una pauta de normalidad mas restringida de acuerdo con la ley que decide si una persona es sana o no. La pena que corresponde al crimen cometido por una persona en estado de insania temporaria o permanente, será el encarcelamiento o la hospitalización, no la muerte.

Criterio estadístico.- Define a la conducta normal como todo lo que todos hacen, este criterio se vincula con el criterio sociocultural. Algunos aspectos de la conducta humana se presentan en la forma de distribución normal, es decir que para el grueso de la población, la amplitud o dispersión de la característica concreta es relativamente limitada. La unidad de medida que es utilizada para describir la dispersión de los individuos por encima o por debajo de la media es la desviación estándar, que se expresa como la distancia constante con respecto tres de estas unidades, por encima y por debajo de la media, cubren de un modo aproximado la distribución normal. Las desviaciones de dos o más unidades estándar de la media se consideran extremas o anormales, puesto que son pocos los individuos que obtienen tales puntajes.

La estadística describe los hechos tal como son y no hace referencia a lo que podría o debería ser, ni a lo que está bien o mal. El criterio estadístico nunca puede ir más allá del nivel informativo, el hecho de que cierta conducta, enfermedad, etc., sea común no significa que deja de ser lo que es, un estudio acerca de cualquier aspecto de la conducta humana puede definir lo que es normal en términos estadísticos, aunque a partir de este criterio no se pueden realizar inferencias morales o éticas.

Criterio ideal.- Es valorativo, presupone un patrón absoluto que transcurre al relativismo geográfico y temporal. Los preconceptos morales y éticos son elementos integrantes del criterio ideal. Cole (1963), define a la personalidad ideal como aquella que se caracteriza por la confianza y el conocimiento de sus propias limitaciones y además espontánea, receptiva, comprensiva y flexible en el trato con los demás.

Criterio clínico.- La salud mental exige la integración óptima del individuo a su sociedad, por lo que considera a la adaptación y la salud mental lo opuesto a la perturbación mental. La salud mental, la normalidad y la adaptación definen lo que un individuo concreto puede llegar a ser, en función de su capacidad potencial de sus recursos, de su desarrollo y del logro de su autonomía. La psicopatología se define en función de las categorías de diagnóstico.

La perspectiva sociológica fracasa al no poder discriminar los desórdenes emocionales, clasificando a las conductas como desviadas, tampoco hay una aclaración de las actitudes individuales, los rasgos, los impulsos, las necesidades y las emociones que determinan a la conducta. Este enfoque considera que la perturbación emocional no se da en el niño y que las conductas perturbadas son las que se apartan de las normas establecidas determinando a los individuos como seres pasivos.

Los enfoques que se abordaron, no son propiamente modelos acabados, satisfactorios y completos, puesto que ninguno explica a fondo cada uno de los problemas implicados en la depresión.

Clasificación de las depresiones infantiles.

Una de las primeras clasificaciones de las depresiones infantiles se remonta a 1857, estudiada por Doscuret en su tratado de medicina de las pasiones considerándola como nostalgia. En 1972, Cytrin y Cols, clasifican 3 formas clínicas de la depresión en la infancia: depresión enmascarada, depresión aguda y depresión crónica.

La depresión enmascarada era designada a niños procedentes de familias con graves alteraciones psicopatológicas, que presentaban alteraciones de personalidad, se caracterizan por: desorganización y severa psicopatología familiar sin que aparezcan antecedentes depresivos en los padres del niño, alteraciones de la personalidad infantil caracterizadas por conductas obsesivas, histéricas y compulsivas, manifestaciones constantes de ansiedad, fantasías referidas a la violencia, agresividad, explosiones de carácter y muerte, presencia de numerosos conflictos con su ambiente, comportamiento desadaptado y alteraciones psicósomáticas.

La depresión aguda infantil se caracteriza: por un desajuste premórbido, proporcionalidad entre los síntomas y la intensidad de los eventos traumáticos

padecidos, como pérdida de la madre, que ordinariamente preceden a la aparición del episodio depresivo y explica su emergencia súbita, antecedentes familiares de comportamiento neurótico moderado en ausencia de alteraciones psicopatológicas importantes, fuerte cohesión familiar, inexistencia de antecedentes familiares depresivos e incapacidad de utilizar los mecanismos de defensa.

La depresión infantil crónica, muestra la presencia de sentimientos y conductas depresivas con inclusión de ideas suicidas desde edades muy tempranas, presencia de depresión crónica en la madre, aparición de conductas pasivas, dependientes y desválidas de larga exclusión, y ausencia de ansiedad aguda. Nissen, confirma a Harbaner en cuanto a que:

- 1) Las depresiones son desconocidas en los niños.
- 2) Toda depresión en la infancia está enmascarada.
- 3) Psicopatológicamente no hay diferencia entre las depresiones de los niños y las de los adultos.
- 4) Las depresiones somatógenas y psicógenas de los niños son frecuentes, siendo su sintomatología específica la edad y el desarrollo.

Malmquist (1975), de acuerdo a su criterio etiológico, distingue las siguientes categorías:

- 1) Depresión asociada a enfermedades orgánicas.
- 2) Depresión por carencia afectiva.
- 3) Depresión por trastornos de la individualización.
- 4) Depresión en la infancia media.
- 5) Depresión en la adolescencia.

De acuerdo a estos autores, podríamos tener tantas depresiones infantiles como posibles tentativas lo que nos conduce a la inutilidad en la clasificación de las depresiones infantiles.

Poznanski (1982), presume de diferencias sintomatológicas según la edad como: capacidad limitada para percibir su propia depresión, presencia de ideación morbosa no necesariamente constante con el pensamiento suicida, baja autoestima, aislamiento y pobres relaciones sociales, disminución del rendimiento escolar, hipoactividad, fatiga y anhedonia respecto de los intereses y los juegos específicos para su edad.

Diagnóstico y evaluación de las depresiones infantiles.

Existe un acuerdo general sobre la posibilidad del diagnóstico de la depresión en niños. Los datos de incidencia y prevalencia varían considerablemente. En población general Ling y Cols (1970) el 25%; Nissen (1971) encontró 1.8% de niños depresivos; Pearce (1977) 23%; Kashani y Simanis (1979) el 1.9%; Carlson Contwell (1980) el 27%, Kashani y Cols del 2% al 60%; pensando en el ámbito clínico, estos porcentajes son considerables, tales discrepancias se deben en base a los criterios y técnicas de evaluación de la depresión.

Para llegar a un común acuerdo se puede partir de una concepción multidimensional, es decir a partir de criterios psicobiológicos, neuroendocrinos, polígrafos, clínicos y conductuales.

Los correlatos clínico-conductuales es uno de los mejores aspectos conocidos de la depresión, debido a la facilidad con que pueden ser evaluados, estos análisis, haciéndose bajo dos perspectivas:

- a) Tradicional: basado en los síntomas subjetivos que manifiesta el paciente a través de la entrevista. Su prototipo es la triada de Schneidea (1967), tristeza inmotivada y vital, alteraciones del pensamiento e inhibición psicomotora, esta faceta puede ser considerada no vigente por la insuficiencia de criterios sintomatológicos que presenta.
- b) Moderna: sustenta que los criterios clínico-conductuales de evaluación de la depresión, deben realizarse bajo parámetros que actualmente definen la depresión del adulto.

El cuadro I nos muestra los diferentes criterios que existen para diagnosticar la depresión. El DSM-III y el RDC fueron aplicados a niños sin apenas modificar las perspectivas para el adulto, en tanto los criterios de Poznanski y Weinberg fueron adaptados para niños. Todos los criterios requieren la presencia de humor disfórico, trastornos del sueño y pensamientos de muerte. El DSM-III y el RDC aceptan al humor disfórico sólo si es manifestado verbalmente por el niño, los trastornos del sueño se refieren cuando se presenta el insomnio o la hipersomnía, y los pensamientos de muerte se presentan cuando el niño manifiesta deseos de matarse, o ideación suicida. En cuanto a duración del síntoma no hay unanimidad, varía de una semana a un mes. Esta diferencia a nivel Clínico es insignificante, pues los padres tienden a llevar a sus hijos a consulta cuando la depresión ha sucumbido. Siguiendo con el análisis del cuadro I podemos observar que algunos autores como Stone, el DSM-III; Poznanski y Weinberg hacen referencia a que la baja autoestima, los sentimientos de culpa y el autodesprecio son síntomas que se manifiestan en la depresión.

DIFERENCIAS DE SIGNOS Y SINTOMAS DE LA DEPRESION DE ACUERDO A VARIOS AUTORES						
Criterios de Fighner (Fighner y Cols. 1972)	Criterios de Weinberg (Weinberg y Cols. 1973)	Research diagnostic criterio (RDC, Spizner y Cols. 1978)	Criterios diagnósticos del DSM-III (a.p.a. 1980)	Criterios diagnósticos del DSM-III (a.p.a. 1980)	Criterios de Poznanski (1982).	Criterios Según Stone (1982).
<p>Síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Humor disfónico. - Cinco de los siguientes (para un diagnóstico definitivo) ó cuatro de los siguientes (para un diagnóstico probable): a) Apetito escaso o pérdida de peso. b) Dificultad para dormir. c) Pérdida de energías. d) Agitación o hipoactividad. e) Sentimiento de autocensura o culpa. f) Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. g) Pérdida de interés en las actividades usuales o relacionadas con el sexo. 	<p>Síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presencia de los dos síntomas siguientes: a) Humor disfónico (melancolía). b) Ideación self-deprecatory. - presencia de dos o más de los síntomas siguientes: a) Conductas agresivas. b) Perturbación del sueño. c) Cambio en el rendimiento escolar. d) Disminución de la socialización. e) Cambio de actitud hacia la escuela. f) Quejas somáticas. g) Pérdida de la energía usual. 	<p>Síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disfonía y/o - Creciente pérdida del gusto y cuatro (probable) o cinco (definitivo) de los siguientes criterios: a) Mal apetito o pérdida de peso incremento de apetito o incremento de peso. b) Dificultad con el sueño o dormir demasiado. c) Pérdida de energía o demasiada fatiga. d) Agitación o retraso psicomotor. e) Pérdida de interés por el placer. f) Autorreproches o culpa excesiva. g) Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. 	<p>Mayor depressive episode, síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Humor básico deprimido de forma persistente, cuatro o más entre los ocho ítems siguientes, o tres o más en niños menores de seis años: - Variación significativa del apetito o peso. - Insomnio o hipersomnia. - Agitación psicomotora o hipoactividad, (menores de seis años: hiperactividad). - Pérdida de interés para experimentar placer, (menores de seis años apatía). - Pérdida de energía, cansancio. - Sentimiento de culpa excesiva. - Disminución de la concentración y de la capacidad de pensar. - Pensamientos recurrentes de muerte y de matarse. Ideación suicida. - No evidencia de delirios, alucinaciones y conductas extravagantes. 	<p>*Dysthymic disorder * síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durante los dos últimos años (niños, adolescentes; un año), presencia en la mayoría del tiempo de síntomas del síndrome depresivo que, por su menor severidad o duración, no se les puede considerar dentro del episodio depresivo mayor. - Cuadro depresivo persistente o con períodos de humor normal durante días o semanas. - Durante los períodos depresivos, presencia de al menos uno de los dos ítems siguientes: a) Humor básico francamente deprimido. b) Pérdida de interés o de la capacidad de experimentar placer en todas o casi en todas las actividades usuales. - Durante los períodos depresivos, tres o más de las siguientes ítems: a) Insomnio o hipersomnia. b) Disminución de la energía o cansancio crónico. c) Pérdida de la autoestima y sentimiento de autodesprecio. d) Disminución del rendimiento en la escuela, en el trabajo en la casa. e) Disminución de la concentración y de la capacidad de pensar con claridad. f) Disminución de la sociabilidad. g) Menos activo y más hablador que de costumbre. h) Pesimismo. i) Lágrimas o llanto. 	<p>Síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Humor, conducta o apariencia depresiva y cuatro (probable) o cinco (definitivo) de los siguientes criterios: - Aislamiento social. - Dificultades con el sueño. - Quejas de fatiga. - Hiperactividad. - Anhedonia - Baja autoestima o gran sentimiento de culpa - dificultades en el trabajo escolar- - Ideas de suicidio. 	<p>Síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apatía. - Trastornos del sueño. - Trastorno del apetito. - Hipocondriasis (dolor de cabeza, dolor abdominal). - Retardo psicomotor. - Autodesprecio. - Agitación. - Simulación clínica (depresión sonriente).
<p>Duración: la persistencia de los síntomas debe ser como mínimo de un mes.</p>	<p>Duración: de al menos un mes.</p>	<p>Duración: una semana (probable) o dos semanas (definitivo).</p>	<p>Duración mínima de los síntomas: 2 semanas.</p>		<p>Duración mínima de los síntomas: 1 mes</p>	

CUADRO I

DIFERENCIAS DE SIGNOS Y SINTOMAS DE LA DEPRESIÓN DE ACUERDO A VARIOS AUTORES						
Criterios de Fighner (Fighner y Cols. 1972)	Criterios de Weinberg (Weinberg y Cols. 1973)	Research diagnostic criterio (RDC, Spitzer y Cols. 1978)	Criterios diagnósticos del DSM-III (a.p.a. 1980)	Criterios diagnósticos del DSM-III (a.p.a. 1980)	Criterios de Poznanski (1982).	Criterios Según Stone (1982).
<p>Síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Humor disfórico. - Cinco de los siguientes (para un diagnóstico definitivo) ó cuatro de los siguientes (para un diagnóstico probable): a) Apetito escaso o pérdida de peso. b) Dificultad para dormir. c) Pérdida de energías. d) Agitación o hipoactividad. e) Sentimiento de autocensura o culpa. f) Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. g) Pérdida de interés en las actividades usuales o relacionadas con el sexo. 	<p>Síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presencia de los dos síntomas siguientes: a) Humor disfórico (melancolía). b) Ideación self-deprecatory. - presencia de dos o más de los síntomas siguientes: a) Conductas agresivas. b) Perturbación del sueño. c) Cambio en el rendimiento escolar. d) Disminución de la socialización. e) Cambio de actitud hacia la escuela. f) Quejas somáticas. g) Pérdida de la energía usual. 	<p>Síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disforia y/o - Creciente pérdida del gusto y cuatro (probable) o cinco (definitivo) de los siguientes criterios: a) Mal apetito o pérdida de peso incremento de apetito o incremento de peso. b) Dificultad con el sueño o dormir demasiado. c) Pérdida de energía o demasiada fatiga. d) Agitación o retraso psicomotor. e) Pérdida de interés por el placer. f) Autorreproches o culpa excesiva. g) Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. 	<p>Mayor depressive episode síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Humor básico deprimido de forma persistente, cuatro o más entre los ocho ítems siguientes, o tres o más en niños menores de seis años: - Variación significativa del apetito o peso. - Insomnio o hipersomnía. - Agitación psicomotora o hipoactividad, (menores de seis años: hiperactividad). - Pérdida de interés para experimentar placer, (menores de seis años apatía). - Pérdida de energía, cansancio. - Sentimiento de culpa excesiva. - Disminución de la concentración y de la capacidad de pensar. - Pensamientos recurrentes de muerte y de matarse. Ideación suicida. - No evidencia de delirios, alucinaciones y conductas extravagantes. 	<p>"Dysthymic disorder" síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durante los dos últimos años (niños, adolescentes; un año), presencia en la mayoría del tiempo de síntomas del síndrome depresivo que, por su menor severidad o duración, no se les puede considerar dentro del episodio depresivo mayor. - Cuadro depresivo persistente o con periodos de humor normal durante días o semanas. - Durante los periodos depresivos, presencia de al menos uno de los dos ítems siguientes: a) Humor básico francamente deprimido. b) Pérdida de interés o de la capacidad de experimentar placer en todas o casi en todas las actividades usuales. - Durante los periodos depresivos, tres o más de las siguientes ítems: a) Insomnio o hipersomnía. b) Disminución de la energía o cansancio crónico. c) Pérdida de la autoestima y sentimiento de autodesprecio. d) Disminución del rendimiento en la escuela, en el trabajo en la casa. e) Disminución de la concentración y de la capacidad de pensar con claridad. f) Disminución de la sociabilidad. g) Menos activo y más hablador que de costumbre. h) Pesimismo. i) Lágrimas o llanto. 	<p>Síntomas:</p> <p>Humor, conducta o apariencia depresiva y cuatro (probable) o cinco (definitivo) de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aislamiento social. - Dificultades con el sueño. - Quejas de fatiga. - Hiperactividad. - Anhedonia. - Baja autoestima o gran sentimiento de culpa - - dificultades en el trabajo escolar- - Ideas de suicidio. 	<p>Síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apatía. - Trastornos del sueño. - Trastorno del apetito. - Hipocondriasis (dolor de cabeza, dolor abdominal). - Retardo psicomotor. - Autodesprecio. - Agitación. - Simulación clínica (depresión sonriente).
<p>Duración: la persistencia de los síntomas debe ser como mínimo de un mes.</p>	<p>Duración: de al menos un mes.</p>	<p>Duración: una semana (probable) o dos semanas (definitivo).</p>	<p>Duración mínima de los síntomas: 2 semanas.</p>		<p>Duración mínima de los síntomas: 1 mes</p>	

CUADRO I

Fighner, Weinberg, Poznanski y el DSM-III, establecen que otro criterio importante para diagnosticar la depresión es la dificultad para establecer relaciones interpersonales, así como el retardo o agitación psicomotora en la cual sólo enfatizan Stone, el RDC y el DSM-III.

La perspectiva clínico-conductual converge en dos tipos de metas:

1) Diagnosticar si el niño manifiesta los síntomas específicos de la depresión y 2) establecer la gravedad de la misma. El diagnóstico está basado en la clasificación de los niños como depresivos o no. La severidad se refiere a la intensidad en que se presentan los síntomas. El diagnóstico se basa en la entrevista a padres y al niño por separado, para observar si los síntomas están o no presentes. La medida de la severidad puede venir explícitamente determinada en el propio cuestionario. Se han desarrollado una serie de medidas apropiadas para evaluar la severidad de la depresión en niños y adolescentes resaltando los autoinformes y las entrevistas. Los autoinformes en los niños a menudo son presentados como un formato de entrevista, por las dificultades propias de comprensión de estos sujetos.

Los instrumentos que se tienen van en función de la severidad más que del diagnóstico, de acuerdo a la presencia o ausencia de los síntomas; aunque también pueden utilizarse como puntuaciones-criterio para diagnosticar la presencia o ausencia del síndrome depresivo.

Autoinformes.

Los cuestionarios y escalas para medir la depresión son de utilidad para determinar la depresión en los niños y examinar con cuidado a los individuos y en el caso de diagnosticar depresión, iniciar un tratamiento temprano para evitar riesgos en otras etapas evolutivas posteriores, como el Children's Depression Scale (CDS, Lang y Tisher, 1978), Inventario de 66 reactivos destinado a evaluar el síndrome depresivo en niños entre 8 y 16 años de edad.

Entrevistas.

En el proceso de diagnóstico no es fácil prescindir de la entrevista, su importancia se da, pues permite al entrevistador develar e interpretar manifestaciones que pueden pasar inadvertidas, en otras técnicas.

Información proveniente de los compañeros.

Los compañeros pueden percibir los cambios de comportamiento en el sujeto como, por ejemplo, disforia, pérdida de energía, falta de interés por las actividades

escolares. Las numerosas conductas en las que éstos pueden informar, son de valor estimable a la hora de realizar un diagnóstico.

Análisis de la conducta no verbal.

La observación de la conducta no verbal en el paciente se restringe a un elenco muy limitado de conductas: las emitidas espontáneamente durante la entrevista clínica. En las depresiones infantiles la observación de estos datos puede tener una significación muy diferente, al estar mediada, por otras variables como el nivel de activación, la conducta de imitación y el mayor o menor autocontrol del comportamiento motor desde instancias cognitivas y las características determinadas por la etapa de desarrollo evolutivo en que se encuentra el sujeto.

Prevención de la depresión infantil.

Se parte de que la depresión infantil es un continuo psicopatológico desde el niño al adulto, que depresión infantil podría dejar de ser, en muchos casos, un fenómeno pasajero, para persistir o reaparecer en un momento de la vida del sujeto, es un cuadro que frecuentemente tiende a aumentar, así como puede pasar por desapercibido, quedando sin diagnosticar, persistiendo meses y años una depresión infantil, aumentando el riesgo de enfermedad depresiva en el adolescente y el adulto. Pueden transcurrir etapas evolutivas más largas sin presencia de sintomatología depresiva, pero que la evolución sea continua o discontinua no siempre significa que la depresión este curada o que no pueda presentarse.

La epidemiología se basa en el supuesto, de que la distribución no se debe al azar, sino que su incidencia y prevalencia varían en relación a las circunstancias personales y ambientales cuyo conocimiento va permitir evitarlas en la medida de lo posible. El estudio epidemiológico de la depresión, basa su importancia en que los factores de riesgo asociados a la aparición pueden esclarecer las causas de la misma y sugerir estrategias de intervención temprana "preventiva".

El niño desde que nace está sometido a un sin fin de estímulos, experiencias, situaciones positivas o negativas que forman a partir de su entorno social; algunos de ellos pueden provocar angustia y/o depresión en el nuevo ser en desarrollo; es difícil saber como éstos pueden ser factores de riesgo.

La familia puede actuar a veces, como elemento de protección, frente a ciertos factores de riesgo; en cambio, otras veces puede ser un riesgo por sí mismo.

Los factores de riesgo de la depresión que conocemos proceden de la experiencia clínica con los niños y los estudios que se han hecho con el tema.

Datos de la experiencia clínica, para la prevención de la depresión infantil:

- A. La imposibilidad en que se encuentra el niño en alcanzar las exigencias del rendimiento escolar requeridas por los padres, la escuela o ambos factores.
- B. La falta de confianza de los niños de sus propias aptitudes.
- C. El sentirse diferente a sus compañeros, bien sea por pertenecer a un ambiente social muy diferente, o bien porque físicamente lo es.
- D Falta de tiempo para la relación con los padres, en especial con la madre. Lo que puede ser un impacto importante para un niño puede serlo mucho menor para otro, incluso en circunstancias semejantes.

Estudios de factores de riesgo:

- A. La pérdida como factor de riesgo de la depresión, la pérdida de una persona, u objeto, ha sido el factor que más se ha relacionado con la aparición de una depresión infantil. La muerte de un padre, un hermano, un abuelo, un amigo, pueden ser un factor de riesgo o de pérdida. Aunque el resultado depende de factores muy diversos, como la edad del niño, características temperamentales y su mayor o menor vulnerabilidad, otros son externos.
- B. La depresión de los padres como factor de riesgo, cuando éstos son depresivos, el riesgo para los niños es mucho mayor, un padre deprimido contribuye a crear un ambiente negativo en la familia, aunque los miembros de la familia pueden aprender a adaptarse a la nueva situación, lo que explicaría la menor afectación de los niños en las formas crónicas.
- C. Otros estresores o acontecimientos vitales importantes.
- D. La escuela como factor de riesgo, para algunos niños puede ser un centro de interés, de socialización, que aumenta su autonomía y su autoestima, pues en otros causa lo contrario, representando para el niño un factor importante de estrés con efectos negativos, disminuyendo su motivación y confianza en sí mismo.
- E. Factores personales, alguna disminución física o psíquica, lo coloca en una situación de riesgo, por sentirse distinto, inferior y marginado, facilitando así la aparición de un cuadro depresivo. Tienen estos niños una mayor fragilidad ante los impactos ambientales.

Es evidente que acontecimientos similares puedan tener un significado y un efecto distinto para unos u otros niños, algunas de las causas que influyen en esta vulnerabilidad individual es:

1. Diferencias de edad y etapa evolutiva.

2. Diferencias de sexo.
3. Lugar ocupado entre hermanos.
4. Factores temperamentales.
5. Tendencia a la depresión.
6. Experiencias positivas compensatorias.
7. Factores catalíticos (aquellos que interactúan y se combinan con los estresores).

Para evitar de modo eficaz la aparición de la enfermedad, es necesario estar consciente de la incidencia; conocer las causas que la ocasionan, los principales factores de riesgo, y conocer la vulnerabilidad del niño.

Los aspectos preventivos dentro de los métodos de promoción de la salud, se dirigen a:

1. El ambiente que rodea al individuo, tanto familiar como escolar y social, actuando sobre los factores de riesgo que existen en ellos.
2. El propio individuo, variando su comportamiento e incrementando su resistencia frente al impacto de las condiciones externas. La prevención se da en tres áreas, aplicado a la depresión infantil:
 - a) Prevención primaria: intenta eliminar las causas de una enfermedad antes de que ésta inicie, evitando que se produzca. La etiología de la depresión infantil es todavía poco clara. La posibilidad de conocer varios de los factores de riesgo de la enfermedad constituye un paso adelante en la planificación de la prevención primaria.
 - b) Prevención secundaria: detección precoz de la enfermedad, con el fin de iniciar un tratamiento, se basa en un buen diagnóstico, no depende sólo de su exactitud, sino también de su precocidad. Dentro de las herramientas de prevención secundaria tenemos a los instrumentos psicológicos (escalas y cuestionarios) y bioquímicos. También debe enfocarse a la formación de profesionales especializados para hacer un buen diagnóstico y pronóstico durante su intervención.
 - c) Prevención terciaria: es el tratamiento en la fase aguda de la enfermedad y la rehabilitación del enfermo. Esta intervención podría evitar recaídas en la enfermedad del adolescente o del adulto.

De acuerdo a las etapas de desarrollo se puede enfocar la prevención de la depresión. Abordaremos la prevención de la etapa escolar de acuerdo a nuestros intereses.

Prevención de la depresión en la etapa escolar.

A partir de esta etapa aparece un contexto, el escolar, que ejerce junto con la familia una influencia importante. A veces desde los 6 años el niño es capaz de verbalizar su estado emocional y sus ideas depresivas. Aquí se tienen dos elementos importantes de prevención en la depresión, uno enfocado al ambiente y otro dirigido al niño. La prevención dirigida al ambiente deberá limitarse a evitar o disminuir los factores de riesgo conocidos, en la medida de lo que sea posible.

Prevención primaria.- es conveniente detectar niños y grupos de niños con tendencia a la depresión, ya sea dentro o fuera de la escuela. Existen programas de educación afectiva, que tienen como objetivo principal ayudar al niño entender sus actitudes, para consigo mismo y sus compañeros y tomar conciencia de sus sentimientos y reacciones. Pretendiendo intervenir en dos áreas psicológicas infantiles diferentes: la socioafectiva y el comportamiento intrapersonal.

Prevención Secundaria.- la detección precoz de la sintomatología entre los 6 años y la pubertad, así como la intervención y tratamiento precoces. El diagnóstico de la depresión puede hacerse con instrumentos como escalas y cuestionarios, que sirven principalmente para detectar posibles síntomas depresivos con el objeto de establecer un diagnóstico e iniciar una terapéutica precoz.

En la etapa escolar se debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Educación a padres y maestros, con respecto a los aspectos de depresión infantil, informando sobre los factores de riesgo tanto orgánico, genético y psicosocial.
2. Pruebas biológicas y psicológicas principalmente.
3. Programas para niños con síntomas depresivos cuyos objetivos sean concientizar al niño sobre sus pensamientos y sentimientos propios y de los demás, enseñarle habilidades para facilitar su interacción social, y para superar situaciones de estrés, encontrando posibles soluciones.
4. Criterios de diagnóstico de la depresión infantil en la etapa escolar, buscando obtener información de varias fuentes, como el propio niño, los padres, maestros, compañeros y personas que traten y conozcan al niño.
5. Abordaje terapéutico de la depresión infantil, de acuerdo a estrategias precedentes de diversas modalidades de tratamiento como la psicoterapia, movilización (facilitar al niño actividades en relación con otros niños de su edad, oportunidades de interacción social, participación en programas de intervención y actividades extraescolares) y tratamiento farmacológico.

LOS TEST PSICOLÓGICOS

La función básica de los test psicológicos, consiste en medir diferencias entre los individuos o entre las reacciones de los mismos individuos en distintas ocasiones.

La evaluación del niño suele basarse en la información que se obtiene de una gran variedad de fuentes. Estas incluyen registros e informes, entrevistas con los padres, maestros y con el niño, observaciones y pruebas estandarizadas.

Las pruebas estandarizadas proporcionan un medio para observar y valorar las habilidades del sujeto en forma sistematizada, con base en lo que se observa de ellos, se informan los resultados y se hacen inferencias.

Las pruebas son instrumentos de trabajo que suelen ser muy útiles para lograr ciertos objetivos pero su eficacia dependerá de la habilidad y conocimientos del clínico. Cuando se usan con inteligencia y cautela, nos servirán para ayudar a niños, padres, maestros, y otros profesionales para que logren conocimientos profundos, muy útiles.

La evaluación puede y debe convertirse en uno de los instrumentos más eficaces para promover la salud mental y satisfacer las necesidades educativas de los niños.

Las pruebas estandarizadas con normas adecuadas proporcionan uno de los recursos más importantes para una buena evaluación.

Es evidente que el psicólogo es uno más de los profesionales para quienes la infancia o los niños son sujeto y objeto de cuidado y educación. Sin embargo, aún muchas profesiones relacionadas, desconocen lo que el psicólogo puede aportar en esta área, mucho de lo que ha hecho y aún continúa haciendo obedece a la inducción de los planes de estudio, por ejemplo la evaluación psicométrica (Nuñez, 1969), particularmente en el campo de la psicología clínica y básicamente a nivel de evaluación y canalización de casos, forma parte de servicios que aunque no son de su competencia se realizan en menor proporción. Partiendo de este hecho decimos que también es necesario validar y estandarizar tests psicológicos que nos llegan del extranjero, tomando en cuenta que son realizados para otro tipo de población. Ya que este tipo de material es de gran importancia y ayuda al área clínica, sobre todo al área infantil, tomando en cuenta el desarrollo psicológico infantil, la cual es una etapa genérica que ha recibido mayor atención debido a las presuposiciones acerca de la influencia que ejerce la naturaleza de la infancia sobre el desarrollo futuro del hombre. Es en la infancia donde hay más cambios y transformaciones, que son rápidos y espectaculares.

Antecedentes.

Desde mediados del siglo XIX, cuando se reconoció a la psicología como ciencia, fue necesario que se realizaran estudios a fin de conocer si difieren los seres humanos entre sí y en que grado se presentan estas diferencias, lo que ha originado desde hace aproximadamente un siglo, el desarrollo de instrumentos adecuados para evaluar cuantitativamente, las diferencias y semejanzas entre los individuos o grupos. Fue a partir de 1880 que se estableció el método de los test mentales cuyo término fue creado en 1890 por Catell, para designar una serie de pruebas psicológicas utilizadas en el examen de las diferencias individuales de estudiantes universitarios.

En 1905 el psicólogo Alfred Binet junto con el doctor Simon, publicaron el artículo titulado "Nuevos Métodos para el diagnóstico del nivel intelectual de los anormales", que contenía el primer Test Mental práctico, el cual en contraste con el de Catell, fue más prometedor en cuanto a datos que se podían obtener, al grado que en la actualidad aún se siguen utilizando, naturalmente después de haber pasado por múltiples revisiones y estudios que la han clasificado como un instrumento útil y predictor del comportamiento intelectual de los sujetos.

Los test más empleados trataban de la exploración de la inteligencia y las aptitudes, pero los test de la personalidad se desarrollan paralelamente aunque con más lentitud. Podemos considerar como un precursor de los test de la personalidad a Krapelin, quien utilizó el test de asociación libre con pacientes anormales.

El concepto que se le ha dado a los test psicológicos ha variado a través de la historia y ha sido tema de innumerables polémicas por parte de los estudiosos de la Psicología.

Definición de test.

Enrique Cerda (1984), dice que "test es una palabra inglesa que significa prueba y que se deriva del latín "testis". Esta misma raíz figura palabras españolas tales como testigos y testimonio. La palabra test se utiliza sin traducir en todos los países del mundo y con él se designa una modalidad de exploración muy extendida hoy en día, en diversos campos técnicos y científicos entre ellos el psicólogo".

Definición de medición.

Puesto que los test son instrumentos de medición María Luisa Morales (1976), la define como "el procedimiento mediante el cual asignamos números a las

propiedades, atributos o características de objetos o de unidades experimentales, estableciendo reglas específicas sobre las que se fundamentan tales asignaciones”.

Test mentales.

Pierre Pichot (1979), define los test mentales como una situación experimental y estandarizada que sirve de estímulo a un comportamiento y que manipulada estadísticamente, permite clasificar a los sujetos tipológica o cuantitativamente.

Así mismo, María Luisa Morales lo define como aquella técnica metodológica producida artificialmente que obedece a reglas explícitas (estandarización) y coloca a la o a las persona(s) en condiciones experimentales, con el fin de extraer segmentos del comportamiento a estudiar y que permita la comparación estadística conductora a la clasificación cuantitativa tipológica o cuantitativa de la característica o características que se están evaluando.

Características psicométricas de los test.

Para que un instrumento de medición psicológica pueda considerarse como tal, debe poseer cinco características fundamentales:

- A. Objetividad.- Se entiende como objetividad el procedimiento mediante el cual la aplicación, la puntuación e interpretación de las puntuaciones de los test, son independientes del juicio subjetivo del examinador, en otras palabras, cualquier persona teóricamente debería obtener una puntuación idéntica en un test independiente de quien sea su examinador. Esto no sucede exactamente así en la realidad, puesto que en la práctica no se ha alcanzado una objetividad perfecta. Pero esta objetividad constituye la meta de la elaboración de los test (Anastasi, 1974).
- B. Sensibilidad.- Se dice que un test posee mayor o menor sensibilidad según incluya más o menos escalones para la clasificación de las personas y su diferenciación. Cuanto más amplia es la gama del comportamiento que puede medir un test, menos sensible resulta el test en el interior de esa gama (Pichot, 1979).
- C. Confiabilidad.- La confiabilidad de un test se refiere a la consistencia de las puntuaciones obtenidas por las mismas personas cuando son examinadas con el mismo test en diferentes ocasiones, con conjuntos distintos de elementos equivalentes o bajo otras condiciones variables de examen, en un sentido más amplio, la confiabilidad del test indica hasta que punto pueden atribuirse a errores de medida las diferencias individuales en las puntuaciones del test y hasta que punto cabe atribuirlos a diferencias verdaderas de la característica que se está sometiendo a consideración. Sin embargo, aún dudándose las condiciones óptimas,

ningún test es un test confiable. De aquí que todo test deba ir acompañado del enunciado de su confiabilidad. La medida de confiabilidad caracteriza al test que se aplica en condiciones tipificadas y a personas análogas a las que formaron el grupo normativo (Anastasi, 1974). La confiabilidad se mide con el objeto de obtener el grado de correspondencia o relación entre dos conjuntos de puntuaciones, dadas por el mismo test aplicado en diferentes ocasiones; al valor numérico obtenido se le llama coeficiente de correlación, que aplicado a términos de confiabilidad se le denomina coeficiente de confiabilidad, cuyo valor fluctúa entre los valores de 0 y 1.00 aceptándose sólo los valores positivos (Magnuson, 1972).

Los métodos para obtener confiabilidad son:

- a. Test-Retest, con el que se obtiene el coeficiente de estabilidad.
- b. Formas paralelas, con el que además de obtener el coeficiente de estabilidad, se obtiene el coeficiente de equivalencia.
- c. Por mitades, con el que se obtiene el coeficiente de consistencia interna.
- d. Kuder-Richarson, con el que se obtiene la consistencia entre los elementos.
- e. Varianza del calificador, con el que se obtiene confiabilidad interjueces.

D. Validez.- La validez de un instrumento es la exactitud con que éste realiza medidas significativas, con el sentido que mida los rasgos o atributos que se pretendan medir (Magnuson, 1976). Solamente es posible definir el rasgo que mide determinado test mediante el examen de los criterios específicos y otras fuentes objetivas de información utilizadas para establecer su validez. Además no puede informarse sobre la validez en términos generales, sino que debe determinarse respecto al uso particular para el cual se le considera. Fundamentalmente, todos los procedimientos para determinar la validez se basan en la actuación de una persona en dicho test y otros hechos observables independientemente relativos al rasgo de conducta que se está considerando (Anastasi, 1974).

Las técnicas específicas son numerosas y se han descrito con diversos nombres:

- a. Validez de contenido.
- b. Validez de facie o aparente.
- c. Validez empírica o relacionada con el criterio, dependiendo del intervalo con que se validan las puntuaciones que pueden hacer una distinción entre validez predictiva o concurrente.

d. Validez de construcción o estructural.

e. Validez convergente y divergente.

Las categorías de validez antes mencionadas se pueden clasificar dentro de dos grupos principales:

1. Validez de criterio interno.- son los rasgos, características o atributos que mide el instrumento, en este grupo se encuentran la validez de contenido y la validez de construcción.

2. Validez de criterio.- son las fuentes adicionales de información externa de la variable criterio; en este grupo se encuentra la validez empírica, validez predictiva y convergente.

E. Estandarización.- Es el proceso por el cual se obtiene una estimación precisa tanto como sea posible de la ejecución de las personas; dicha estimación depende del control de los errores (o sea la minimización de factores irrelevantes para los fines de la medición), lo cual se logra haciendo que la situación de prueba sea lo más semejante posible para todas las personas. En otras palabras, la estandarización se refiere a los procedimientos para obtener calificaciones o tablas de normas. Uno de los principales errores en la evaluación de los test, es aquel que se origina en problemas de estandarización; como las medidas psicológicas carecen de un cero absoluto garantizan relativamente la igualdad de las unidades a través del rango de la escala. Así las calificaciones de una persona no tienen significado sino en función de la ejecución de un grupo de personas contra el cual se compara (excepto a la medición intraindividual). De aquí surge lo que es conocido como el error de interpretación, el cual puede deberse a dos situaciones:

1. Al grupo control, el cual se compara con la persona en cuestión.

2. A la forma en que se ha expresado dicha comparación.

Por esta razón, los procesos de adaptación y estandarización que culminan con el establecimiento de tablas de normas o grados de calificación para grupos específicos, deben tenerse en cuenta en la elección y evaluación de la instrumentación en el trabajo psicológico.

Existen dos medios para establecer comparaciones persona-grupo; por un lado comparar a la persona con su grupo correspondiente o compararlo con un grupo al cual aspira formar parte. En el primer caso el medio es tan sencillo que no podemos clasificar a una persona sino sólo cuando tenemos un estándar de su propio grupo. En el segundo caso, si lo que se busca es predecir el grado de éxito de una persona en alguna carrera, habría que compararla con las personas que han destacado y que conforman el grupo al que aspira entrar. Además existe otro tipo de errores que pueden incluirse en las calificaciones de un grupo normativo y las de las personas

cuando se trata de conversión de calificaciones crudas a derivadas, normas, percentiles y calificaciones standard (Morales, 1976).

Normalización.

El comparar la ejecución de una persona con las calificaciones obtenidas con otras personas, no es fácil ya que se necesita de un grupo de referencia, al cual se le conoce como grupo normativo. El cual se compone de personas que comparten ciertas características con la persona a evaluar. Las normas de los test psicológicos son de algún modo absolutas, universales o permanentes. Representando la ejecución en un test de los sujetos que constituyen el grupo normativo (Morales, 1976).

El desarrollo de las calificaciones se relacionan con normas que implican:

1. Identificar un grupo pertinente de comparación.
2. Obtener las calificaciones por medio de las pruebas de los miembros de este grupo.
3. Convertir las calificaciones brutas a una escala que exprese la ejecución como calificación relativa dentro de ese grupo normativo.

El uso de calificaciones relacionadas con las normas ponen interés en las mediciones psicológicas que más bien son relativas que absolutas. En la mayoría de las situaciones, las diferencias entre personas son más interesantes que las similitudes. Estos dos factores argumentan la expresión de la ejecución en términos comparativos, es decir en las escalas relacionadas con las normas (Anastasi, 1974). Ningún test nos proporciona normas adecuadas para una población ampliamente definida, por lo cual existen diferentes procedimientos para obtener normas:

1. Normas nacionales de referencia.- Consiste en utilizar un test de referencia con el cual se obtienen tablas de equivalencia para las puntuaciones obtenidas, con varios test administrados a todos en la misma muestra nacional. Aunque este mismo test no se puede utilizar como referencia, con el cual se establezcan normas para todos los test, sea cual fuere el contenido.
2. Normas específicas.- Consiste en tipificar el test, sobre una población definida más correctamente elegida para que se adapte a los propósitos específicos de cada test. Dentro de las mismas normas deben de plantearse las limitaciones de población. También se debe disponer de normas específicas para poblaciones definidas, ya que resulta útil tener normas de subgrupos, siempre que estos subgrupos arrojen puntuaciones distintas en un test determinado (Anastasi, 1974).

3. Normas locales.- La población está más estrictamente definida, que los subgrupos antes mencionados. Las normas locales son mas apropiadas que las amplias normas de tipo nacional (Anastasi, 1974).

Medición con normas de referencia

En pruebas con normas de referencia se compara el rendimiento de un examinado con el de un grupo de sujetos específico.

La norma es el promedio o el rendimiento típico del grupo especificado. Debe haber normas porque el puntaje crudo por sí mismo no significa mucho, es por ello que se necesita una población normativa importante.

La comparación se hace al convertir el puntaje crudo en alguna medida relativa, de las denominadas puntuaciones derivadas e indican el lugar que ocupa el niño en relación al grupo normativo.

Algunos factores importantes para evaluar un grupo normativo, son: a) lo representativo del grupo, b) el número de sujetos, y c) la relevancia del grupo. La representabilidad del grupo normativo se refiere al grado en que este se puede decir característico de una población particular. Es ideal que la muestra de la que se extraen las normas refleje lo más posible las diversas características demográficas de la población en su conjunto.

El número de sujetos en el grupo normativo deberá ser suficientemente grande para:

A. Asegurar la estabilidad de los puntajes de la pruebas.

B. Incluir varios grupos que estén representados en la población. Por lo general, la estabilidad de las normas está en relación directa con el número de sujetos usados.

Normas equivalentes de edad y grado

Las normas equivalentes de edad y grado se obtienen al determinar el puntaje promedio que obtuvieron niños de edad o escolaridad diversa.

La norma del equivalente de edad se obtiene al computar el puntaje crudo medio de un grupo de una edad determinada. De manera semejante, una norma del equivalente de grado se obtiene al determinar el puntaje crudo medio que obtuvieron los niños de cada grado escolar. Una puntuación equivalente de grado se expresa en décimas de grado.

Son muchos los problemas que acompañan a las puntuaciones equivalentes de edad y grado (Thorndike y Hagen, 1977). Primero las puntuaciones equivalentes de grado y edad no necesariamente representan unidades iguales. Segundo muchos equivalentes de grado se obtienen mediante interpolación y extrapolación. Por

consiguiente, las puntuaciones resultantes no reflejan lo que obtuvieron realmente los niños. Tercero al comparar puntuaciones de equivalentes de grado de dos o más clases, pueden hacerse conclusiones erróneas, y por último estas puntuaciones tienden a basarse en escalas ordinales y no de intervalo, por consiguiente, son menos aptas para computar medidas estadísticas importantes como el error estándar de medida.

Percentiles.

Es un método utilizado para la obtención de rangos percentiles, los rangos percentiles de una calificación se define como en porcentaje de personas del grupo normativo que obtiene las calificaciones más bajas, es decir, el rango percentil, indica la clasificación relativa de la persona en porcentajes, este rango percentil incluye porcentajes que expresan la ejecución en términos del porcentaje del contenido que se llega a dominar (Brown, 1976).

Los rangos o normas percentiles son puntuaciones derivadas que permiten determinar la posición relativa de un individuo respecto a la muestra de estandarización (o cualquier otra especificada) un percentil es una puntuación o punto en una distribución en el cual o por debajo del cual cae un determinado porcentaje de individuos.

Los percentiles tienen que normalizarse convirtiéndolos a otra escala antes de usarlos en pruebas estadísticas.

Calificaciones estándar.

Una calificación estándar (z) es la desviación que tiene una calificación bruta de la medida, en unidades de desviación estándar, ya que la unidad básica de la escala es la desviación estándar, se dice que las calificaciones son estándar (Brown, 1976).

MÉTODO

En la práctica clínica, la mayoría de las depresiones infantiles, son depresiones enmascaradas, caracterizadas esencialmente por trastornos de comportamiento o por equivalentes somáticos de la depresión. El niño encuentra más dificultades que el adulto para expresar verbalmente sus sentimientos.

La mayoría de los niños que presentan un estado depresivo no son referidos al especialista a causa de un estado básicamente depresivo, sino que le son enviados por cualquiera de los tres motivos principales:

1. Disminución del rendimiento escolar.
2. Trastornos del comportamiento.
3. Alteraciones psicosomáticas.

En lo general, el niño depresivo, a diferencia del adolescente y del adulto no habla espontáneamente de sus síntomas. En los casos más típicos el niño muestra un semblante triste o inexpresivo, solloza por motivos triviales, habla con una voz monótona y apenas vibra en el entorno. El dolor moral, se exterioriza con menos frecuencia. El descenso en el rendimiento escolar resulta de la dificultad de mantener la atención y la lentificación del pensamiento y de la memoria. La inhibición en la esfera de la actividad se traduce por la inercia, la pasividad, la tendencia al aislamiento y el rechazo a participar en juegos colectivos.

El trastorno del humor con frecuencia se acompaña de una crisis de pavor nocturno y de manifestaciones fóbico-obsesivas. Los equivalentes somáticos que se sitúan en primer plano de la sintomatología: anorexia, enuresis, encopresis, insomnio y cefalea. En ocasiones el niño expresa la alteración afectiva mediante una conducta inestable o a través de "acting-out" impulsivo y antisocial.

Es muy importante estudiar a la población que presenta síntomas depresivos no evidentes y que no acuden al especialista, lo cual impide una atención adecuada y evita una función preventiva en el proceso primario de la enfermedad que por lo regular se presenta en la infancia, que al no ser atendida se agudiza en la edad adulta.

Debido a la importancia que tiene el estudio de la conducta infantil y la depresión, es necesario contar con instrumentos que sirvan como apoyo para establecer un diagnóstico, y brindar una intervención temprana y evitar que caiga en posibles depresiones posteriores.

Objetivo General:

Adaptar, estandarizar y validar el cuestionario de depresión para niños de Lang y Tisher a las características de una muestra de la población mexicana.

Objetivos específicos.

1. *Adaptar el CDS a las características de la población mexicana.*
2. *Establecer el grado de confiabilidad por consistencia interna de cada uno de los factores encontrados, así como de la escala total.*
3. *Investigar si existe diferencias en la manifestación de rasgos depresivos conforme avanza la edad.*
4. *Conocer si existen diferencias en la presencia de rasgos depresivos entre niños y niñas.*
5. *Obtener la validez de constructo del cuestionario utilizando en análisis factorial.*
6. *Crear normas de calificación del cuestionario de depresión para niños (CDS).*

Hipótesis Estadísticas.

Hi: Si existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia de rasgos depresivos entre niños del sexo femenino y el sexo masculino.

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia de rasgos depresivos entre niños del sexo femenino y el sexo masculino.

Hi: Si existen diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos conforme a la edad en la presencia de rasgos depresivos.

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos conforme a la edad en la presencia de rasgos depresivos.

Hi: Si existen diferencias estadísticamente significativas entre los grados escolares en la presencia de rasgos depresivos.

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas entre los grados escolares en la presencia de rasgos depresivos.

Variables

Variable dependiente: Respuestas al cuestionario de depresión.

Variable independiente: Que los niños presenten o no la depresión.

Variables atributivas: Edad y sexo.

Definición conceptual de las variables:

Variable dependiente:

Depresión infantil (De acuerdo a Lang y Tisher): "Es una respuesta humana normal que varía en intensidad y cualidad presentando las siguientes características sintomatológicas".

Respuesta Afectiva: sentimientos de tristeza, desgracia y llantos.

Autoconcepto negativo: sentimientos de inadecuación, poca autoestima, inutilidad, desamparo, desesperanza y falta de cariño.

Disminución de la productividad mental y de los impulsos: aburrimiento, alejamiento, falta de energía descontento y poca capacidad para el placer y para aceptar la ayuda o el confort, así como el retraso motor.

Problemas psicósomáticos: dolores de cabeza y abdominales e insomnio y otras perturbaciones del sueño.

Preocupaciones por la muerte, la enfermedad, el yo y los otros, así como pensamientos suicidas y sentimientos de pérdida (real o imaginaria).

Problemas de agresión: irritabilidad y explosiones de mal humor.

Variables atributivas:

Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento.

Sexo: Condición orgánica que diferencia al hombre de la mujer.

Definición operacional

Depresión.- Depresión es lo que mide las repuestas al cuestionario de depresión para niños (Lang y Tisher).

Edad.- cantidad de años cumplidos por los sujetos hasta el día de la primera aplicación del cuestionario.

Sexo.- masculino y femenino.

Población

Al principio del presente estudio se pretendió obtener un muestra representativa al azar probabilística, por lo cual se obtuvieron los siguientes datos: existen 2444 escuelas públicas de educación primaria en el Distrito Federal, donde existen 879,712 niños de primero a sexto grado (anuario estadístico de la SEP, ciclo escolar 1994-1995); pero como no fue posible tener acceso a todas aquellas escuelas que se

escogieron al azar, se aplicó solamente en aquellas escuelas en las que se otorgó permiso, donde cada escuela asignaba los grupos (3° a 6° grado), ya que cada escuela contaba con lo menos por dos grupos por grado.

Tipo de muestra

El tipo de muestra es accidental, ya que se aplicó en las escuelas en que se otorgó permiso. Dentro de cada escuela el muestreo fue conglomerado no probabilístico, ya que se estudió a los sujetos o grupos de manera natural. Estos sujetos como los define Wertherimer (1993), son semejantes en cuanto a características reelevantes para el presente estudio.

Sujetos

En esta investigación participaron 1361 sujetos en edad escolar entre los 8 y 14 años y que cursaban de 3ª a 6ª grado de educación primaria, de los cuales se eliminaron 111 sujetos por diferentes razones tales como: no tenían la edad mínima que se requería para responder al cuestionario o rebasaban la edad de 14 años que se marcó como límite en el estudio, o no contestaron cualquiera de las aplicaciones (test o retest) dejando inconclusa cualquiera de ellas o en ocasiones contestando sin leer, teniéndoles que suspender la aplicación quedando una muestra de 1250 sujetos.

Instrumento.

Escala de Depresión Infantil.

Autor: Tisher, Miriam y Lang, Marsha (Australia, 1978). Evaluación específica y global de la depresión.

Edad de aplicación: 8-16 años.

Número de ítems: 66.

Objetivo: Permite establecer la intensidad de la depresión del niño, comprende la naturaleza de la depresión.

Origen de la escala:

Los autores definen a la depresión como respuesta afectiva, autococepto negativo, disminución de la productividad mental, problemas psicosomáticos, preocupación por la muerte o ideas suicidas, irritabilidad.

Los ítems se construyeron con base en los registros obtenidos en psicoterapia, observación de niños clínicamente deprimidos e información bibliográfica con el objeto de que los niños reconocieran en los ítems sus experiencias.

El cuestionario consta de 66 ítems que se agrupan en dos escalas: escala de depresión (48 ítems) y escala positiva (18 ítems ver anexo 1, Versión Española). Estas escalas se subdividen en subescalas :

Escala de depresión.

- RA Respuestas Afectivas (reactivos 2, 10, 18, 26, 34, 42, 50, 58)
- PA Problemas sociales (reactivos 3, 11, 19, 27, 35, 43, 51, 59)
- AE Autoestima (reactivos 4, 12, 20, 28, 36, 44, 52)
- PM Preocupación por la muerte-salud (reactivos 5, 13, 21, 29, 37, 45, 53)
- SC Sentimientos de culpabilidad (reactivos 6, 14, 22, 30, 38, 46, 54, 61)
- DV Otros síntomas depresivos (reactivos 7, 15, 23, 31, 39, 47, 55, 66)

Escala positiva

- AA Animo-alegría (reactivos 1, 9, 17, 25, 33, 41, 49, 57)
 - PV Positivo varios (reactivos 8, 16, 24, 32, 42, 48, 56, 63, 64, 65)
- Nota: Quedando conformada la Versión Mexicana de la misma manera.

Los ítems de cada escala son mutuamente excluyentes. La administración de la prueba puede ser individual y colectiva. Se le pide al niño que los clasifique de acuerdo con otros cinco rótulos que colocados en este orden, contiene la escala: muy de acuerdo- en desacuerdo, en desacuerdo-muy de acuerdo. Estos formatos tienen la ventaja de que el niño presta la atención a cada ítem sin involucrarse con el anterior.

Calificación

La puntuación va de 5 a 1, siendo para "Muy de acuerdo" 5, para "De acuerdo" 4, "No estoy seguro" 3, "En desacuerdo" 2 y "Muy es desacuerdo" 1 punto, para cada uno de los reactivos. Para obtener el puntaje crudo de cada subescala se suma el puntaje obtenido de los reactivos que la conforman. (ver tabla)

La validez concurrente ha sido demostrada por el alto grado de relación entre CDI y el CDS. Según Lang y Tisher (1978) y Tokin y Hudsan (1981) la escala es fiable en un grado moderado. El CDS puede ser considerado una buena escala por abarcar una amplia gama de síntomas que pueden estar presentes en el niño afectado por la depresión. La consistencia interna es de 0.91 y 0.69 lo cual permite concluir que el CDS presenta un buen nivel de estabilidad o consistencia interna. El CDS sólo ha sido validado con población australiana y española.

Tipo de estudio.

El tipo de estudio que se utilizó en la presente investigación fue expos-facto descriptivo ya que las variables estaban presentes, (kerlinger, 1990).

Escenario

Una vez obtenida la muestra poblacional, se procedió a aplicar la escala en cada una de las escuelas, con un previo aviso solicitado a las autoridades correspondientes.

Procedimiento.

Se procedió a trabajar sólo en aquellas escuelas donde fue posible obtener el permiso para la aplicación. Esta investigación se llevó a cabo en 15 escuelas de educación primaria oficiales, ubicadas dentro del D. F.

El cuestionario se aplicó en el transcurso de tres meses a grupos de 3^a a 6^a en cada una de las escuelas, siendo para cada caso una aplicación colectiva, se consideraron las recomendaciones dadas en el manual del CDS, donde se tomó en cuenta que: el grupo fuera homogéneo (alumnos de una misma clase, grupo), que fuera introducido en forma amistosa y sin prisas; y con el siguiente procedimiento en cada grupo:

Se repartieron los cuestionarios y las hojas de respuestas a todo el grupo y se dieron las siguientes instrucciones: "Otros niños han contestado las frases que están escritas en el cuestionario, sólo es para saber cómo piensan o cómo se sienten, si están de acuerdo o no sobre lo que se dice en las frases, y ustedes van a contestar en la hoja de respuestas, rellenando uno de los circulitos que hay a la derecha de cada número, escogiendo una de las 5 opciones, "Muy de acuerdo" si lo que dice la frase les gusta mucho, "De acuerdo" si lo que dice la frase les gusta poco, "No estoy seguro" si no sabes si les gusta o no lo que dice la frase; si no les gusta lo que dice, marcarán el círculo "En desacuerdo", y si no les gusta para nada la frase, marcarán "Muy en desacuerdo". Posteriormente se contestó en forma grupal el ejemplo B que dice "Me gusta ir a los museos" pidiendo a los niños verbalizar su respuesta según lo que ellos pensarán, mostrando al grupo que cada uno podía elegir una respuesta diferente.

Este procedimiento se realizó con cada uno de los grupos desde 3^o a 6^o. Pasadas cuatro semanas de la 1^a aplicación se realizó una segunda, usando el mismo procedimiento de la primera: con la finalidad de realizar el análisis estadístico de confiabilidad test-retest del CDS.

Una vez cuantificados los resultados del cuestionario de ambas aplicaciones se tomaron únicamente los 1250 sujetos que cumplieron las condiciones dadas por el muestreo antes mencionado.

Análisis Estadístico

Una vez realizadas las aplicaciones del test y del retest, se procedió a codificar las respuestas de los sujetos para su tratamiento estadístico, que se realizó a través del paquete estadístico SPSS versión 5.0 para windows. Del cual se obtuvo:

1. Frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central.
2. Confiabilidad global y por subescalas, utilizando el tratamiento estadístico Alpha de Cronbach y el coeficiente de correlación para el test-retest.
3. Validez, mediante un análisis factorial multivariado oblicuo varimax.
4. Prueba "t" de student para obtener diferencias entre el sexo masculino y femenino.
5. Análisis de varianza con la prueba de Turkey, para obtener diferencias en el grado escolar y zona.
6. Obtención de percentiles para obtener normas que evalúen las dimensiones encontradas.

RESULTADOS

El propósito de la presente investigación fue obtener una muestra al azar por lo cual fue necesario dividir al Distrito Federal, en cuatro zonas geográficas, sin embargo no se pudo tener acceso a todas las escuelas para llevar a cabo el estudio, la muestra quedó conformada sólo por aquellas escuelas en las que se permitió la aplicación del cuestionario, manteniendo la división del Distrito Federal, en las cuatro zonas quedando de la siguiente manera:

ZONA	DELEGACIÓN	ESCUELA	NUM. SS
1 NORTE	Miguel Hidalgo	Participación Social núm. 7	91
	Gustavo A. Madero	Nepal	63
	Azcapozalco	Magisterio Mexicano	45
	Venustiano Carranza	Coconecalli	137
TOTAL			336
2 OESTE	Coyoacán	República de Suazilandia	106
	Contreras	Ejército Nacional	104
	Alvaro Obregón	Bartolomé de Medina	106
TOTAL			316
3 ESTE	Iztapalapa	Jorge Alaclo Pérez	60
	Iztacalco	Roberto Koch	41
	Iztacalco	República de Dahomey	58
	Tlahuac	Mariano Hidalgo	109
TOTAL			268
4 SUR	Tlalpan	Lázaro Cárdenas	116
	Xochimilco	Juan Badiano	111
	Milpa Alta	Cultura azteca	70
	Milpa Alta	Fausto Bravo	33
TOTAL			330

ADAPTACION DEL INSTRUMENTO

Con el objetivo de adaptar y mantener el contenido de los reactivos del CDS (Versión española, ver apéndice 1), se realizó un análisis gramatical de cada uno de ellos sometiéndose a una validez interjueces que fue conformada por 30 profesores de educación primaria, por la facilidad que muestran al manejar conceptos que los niños usan en su lenguaje común, en donde se les pidió que leyeran cada uno de los reactivos de la versión española y sustituyeran aquellas palabras o reactivos que ellos creían que los niños en edad escolar no comprendieran, para después modificarlos.

La escala modificada (Ver manual) se sometió a un nuevo piloteo con 30 sujetos que cursaban en el momento de la aplicación el tercer grado de educación primaria ya que estos niños tenían la edad mínima (8 años) que se pide como criterio de inclusión para que pueda ser aplicado el cuestionario, las instrucciones fueron las mismas que para la aplicación del instrumento aunque en esta ocasión se les reiteró que podían preguntar si algún reactivo no era claro. Se encontró que los

reactivos eran claros para los niños, por lo cual se llevó a cabo la aplicación para la investigación. Manteniendo el ordenamiento de reactivos de la Versión Española, debido a que los reactivos están intercalados para evitar que los items de una misma escala estén juntos y no influyan las respuestas de los niños.

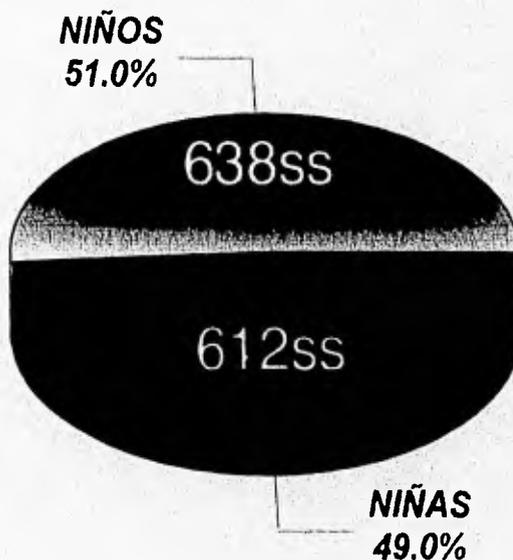
Se observó que al realizar el piloteo los niños no podían juzgar las frases en la hoja de respuestas, viendo la necesidad de incluir algunos ejemplos que facilitaron la forma de dar su respuesta, por lo cual se anexó una hoja que contenía ejemplos para cada una de las opciones, (Ver manual).

La muestra se clasificó en 7 grupos de edades como se representa en la tabla 1. 177 niños (14.16%) de 8.00-8.11, 264 niños (21.12%) de 9.00-9.11, 355 niños (28.40%) de 10.00-10.11, 292 niños (23.36%) de 11.00-11.11, 123 niños (9.84%) de 12.00-12.11, 28 niños (2.24%) de 13.00-13.11y 11 niños (.88%) de 14.00.

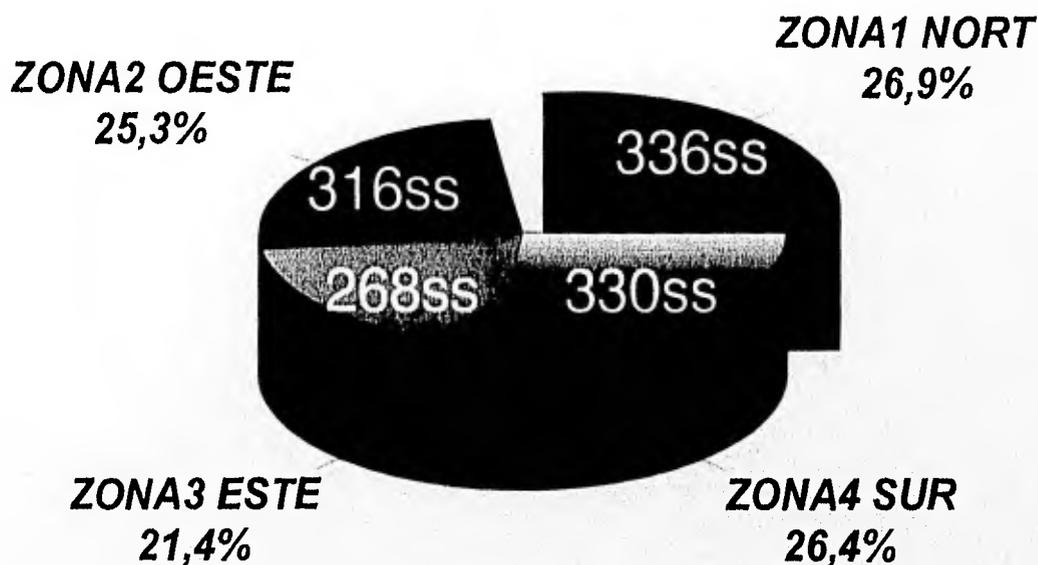
DISTRIBUCION DE LA MUESTRA TOTAL POR EDAD		
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
8.00-8.11	177	14.16 %
9.00-9.11	264	21.12 %
10.00-10.11	355	28.40 %
11.00-11.11	292	23.36 %
12.00-12.11	123	9.84 %
13.00-13.11	28	2.24 %
14.00	11	.88 %
TOTAL	1250	100 %

TABLA 1

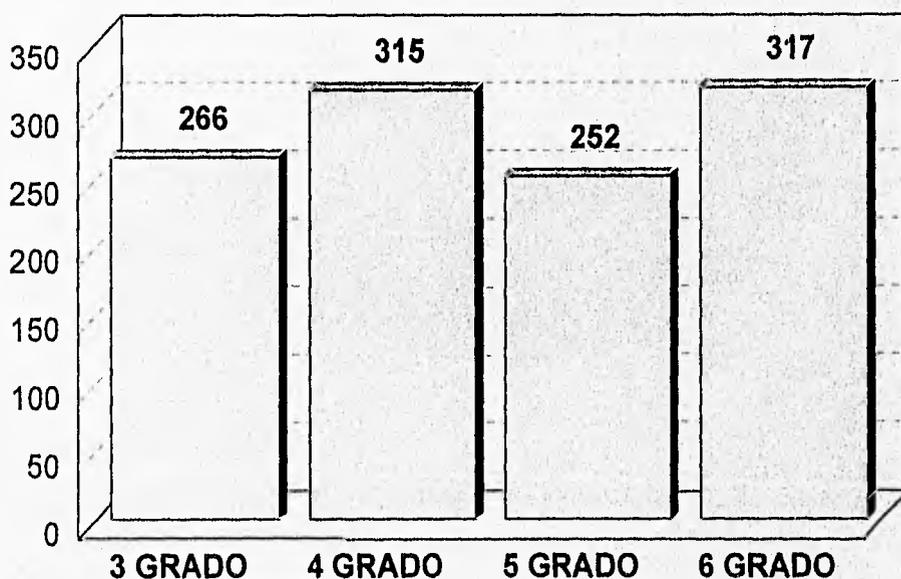
En cuanto a sexo se distribuyeron de la siguiente manera 638 masculinos (51.0%) y 612 femeninos (49.0%). Ver gráfica 1



Los sujetos por zona quedaron de la siguiente forma: la zona 1 (norte), 336 sujetos (26.9%); la zona 2 (oeste), 316 sujetos (25.3%); la zona 3 (este), 268 sujetos (21.4%) y la zona 4 (sur), 330 sujetos (26.4%). Ver gráfica 2



Por escolaridad se formaron grupos de 3^a a 6^o de educación primaria, donde quedaron distribuidos: 266 sujetos de 3er año, 315 para 4to año, 252 para 5to año y 317 para 6to grado. Ver gráfica 3



Análisis del instrumento CDS

En la muestra total, sexo y edad, se calculó la confiabilidad por medio de dos métodos: el alpha de Cronbach y el método retest con el objeto de ver si la escala CDS es consistente internamente y observar la estabilidad temporal de éste.

Alpha de Cronbach.

Muestra total

A continuación se describen en las tablas de 1-9 la consistencia interna y la correlación de cada uno de los reactivos en su subescala correspondiente. Los ítems con una correlación baja se encuentran con una sombra más oscura, si éstos fueran eliminados, elevarían el alpha de cada una de las subescalas a la que pertenecen.

Los reactivos que tienen una sombra más clara, indica que obtuvieron una correlación mayor, que si son eliminados éstos reactivos, disminuiría la confiabilidad de las subpruebas.

Así mismo se observa que las correlaciones de reactivo con las puntuaciones, marcan coeficientes de confiabilidad entre .58 y .76, lo que nos permite concluir que cada una de las subescalas tiene confiabilidad.

ANIMO-ALEGRIA		
ITEM	CORRELACION ITEM-TOTAL	ALPHA
1	.32	.59
9	.21	.62
17	.31	.60
25	.33	.59
33	.24	.62
41	.45	.56
49	.34	.59
57	.37	.58
CONSISTENCIA INTERNA		.62

TABLA 2

PROBLEMAS SOCIALES		
ITEM	CORRELACION ITEM-TOTAL	ALPHA
3	.36	.60
11	.40	.58
19	.35	.60
27	.39	.59
35	.46	.57
43	.43	.58
59	.36	.60
CONSISTENCIA INTERNA		.64

TABLA 4

RESPUESTAS AFECTIVAS		
ITEM	CORRELACION ITEM-TOTAL	ALPHA
10	.45	.74
18	.46	.74
26	.50	.73
34	.55	.74
42	.54	.74
50	.52	.73
58	.52	.73
CONSISTENCIA INTERNA		.76

TABLA 3

AUTOESTIMA		
ITEM	CORRELACION ITEM-TOTAL	ALPHA
12	.39	.72
20	.38	.72
28	.50	.70
36	.55	.69
44	.41	.72
52	.51	.70
60	.38	.72
CONSISTENCIA INTERNA		.74

TABLA 5

PREOCUPACION POR LA MUERTE		
ITEM	CORRELACION ITEM-TOTAL	ALPHA
5	.22	.63
13	.31	.60
21	.40	.57
29	.32	.60
37	.38	.58
45	.38	.58
53	.36	.58
CONSISTENCIA INTERNA		.63

TABLA 6

SENTIMIENTOS DE CULPABILIDAD		
ITEM	CORRELACION ITEM-TOTAL	ALPHA
6	.42	.64
14	.35	.66
22	.36	.66
30	.36	.66
38	.36	.66
46	.31	.67
54	.45	.64
61	.38	.65
CONSISTENCIA INTERNA		.68

TABLA 8

DEPRESIVOS VARIOS		
ITEM	CORRELACION ITEM-TOTAL	ALPHA
7	.27	.60
15	.30	.59
	.36	.57
31	.30	.59
	.40	.61
47	.31	.59
	.37	.57
62	.34	.58
CONSISTENCIA INTERNA		.62

TABLA 7

POSITIVOS VARIOS		
ITEM	CORRELACION ITEM-TOTAL	ALPHA
8	.23	.56
16	.32	.54
	.35	.53
40	.35	.53
56	.20	.57
63	.30	.54
64	.35	.53
65	.36	.53
CONSISTENCIA INTERNA		.58

TABLA 9

La consistencia interna para la escala total es de .85, dando una elevada exactitud, las subescalas de ánimo-alegría y la de positivos varios obtienen una menor correlación, por el hecho de no pertenecer a la escala de depresión, el resto de las subescalas su relación es adecuada midiendo con exactitud el rasgo depresivo. Ver tabla 10

ESCALA TOTAL		
SUBESCALA	CORRELACION ITEM-TOTAL	ALPHA
Respuestas afectivas	.69	.79
Autoestima	.72	.78
Preocupación por la muerte	.64	.80
Sentimientos de culpa	.67	.79
Depresivos varios	.70	.79
Problemas sociales	.73	.78
CONSISTENCIA INTERNA		.85

TABLA 10

Confiabilidad temporal

La estabilidad temporal de la muestra total, por sexos y por edades comparando con su consistencia interna, presenta un leve descenso, debido a que el intervalo entre el test y el retest y las variables son de tipo de estado transitorio, más que de rasgo, así como los sujetos están en un proceso de maduración en que la personalidad se está conformando. Ver tabla 11, 12 y 13.

MÉTODO RETEST Y ALPHA DE LA ESCALA TOTAL		
SUBESCALA	ESTABILIDAD TEMPORAL	CONSISTENCIA INTERNA
Respuestas afectivas	.71	.76
Problemas sociales	.65	.64
Autoestima	.66	.74
Preocupación por la muerte	.58	.63
Sentimientos de culpa	.58	.68
Depresivos varios	.59	.62
Animo-alegría	.56	.62
Positivos varios	.52	.58

TABLA 11

Estabilidad temporal por sexos

En el sexo femenino existe una mayor estabilidad temporal en las subescalas de respuestas afectivas (.71), problemas sociales (.69), autoestima (.66) y una menor estabilidad positivos varios (.54) y ánimo alegría (.58) en comparación con el sexo masculino. Mientras que en la subescala sentimientos de culpa las puntuaciones son semejantes para ambos sexos. En preocupación por la muerte y depresivos varios hay una mayor estabilidad en los hombres, siendo más estable estos rasgos para ellos. Ver tabla 12

MÉTODO RETEST Y ALPHA POR SEXO				
SUBESCALA	MASCULINO		FEMENINO	
	ESTABILIDAD TEMPORAL	CONSISTENCIA INTERNA	ESTABILIDAD TEMPORAL	CONSISTENCIA INTERNA
Respuestas afectivas	.69	.80	.71	.78
Problemas sociales	.63	.79	.64	.77
Autoestima	.65	.79	.66	.78
Preocupación por la muerte	.60	.80	.56	.79
Sentimientos de culpa	.58	.80	.58	.79
Depresivos varios	.60	.79	.59	.78
Animo-alegría	.53	.86	.58	.85
Positivos varios	.50	.86	.54	.85
ESCALA TOTAL	.74	.83	.73	.82

TABLA 12

La estabilidad temporal por edad, es adecuada para las subescalas, aunque en el subtest Respuestas Afectivas disminuye en los niños de 10 años. En casi todas las edades existe un descenso en la subescala Positivos varios, pero en los niños de 14 años es estable la puntuación en dicha escala. A mayor edad se observa que los rasgos son más estables, aunque en depresivos varios y preocupación por la muerte hay una menor puntuación en los sujetos de 14 años. Ver tabla 13

CONSISTENCIA INTERNA (C.I.) Y ESTABILIDAD TEMPORAL (E.T.) POR EDADES														
EDAD	8.00-8.11		9.00-9.11		10.00-10.11		11.00-11.11		12.00-12.11		13.00-13.11		14.00	
SUBESCALA	C.I.	E.T.	C.I.	E.T.	C.I.	E.T.	C.I.	E.T.	C.I.	E.T.	C.I.	E.T.	C.I.	E.T.
Respuestas afectivas	.82	.60	.80	.72	.79	.62	.78	.76	.74	.75	.78	.76	.63	.82
Problemas sociales	.81	.45	.79	.64	.79	.66	.77	.71	.72	.74	.77	.54	.63	.80
Autoestima	.81	.59	.79	.67	.79	.62	.77	.71	.73	.72	.78	.55	.62	.79
Preocupación por la muerte	.83	.43	.80	.60	.80	.59	.79	.61	.74	.70	.79	.40	.69	.50
Sentimientos de culpa	.82	.40	.80	.58	.80	.61	.78	.68	.75	.53	.79	.50	.66	.81
Depresivos varios	.81	.42	.79	.62	.79	.65	.78	.65	.73	.66	.79	.46	.71	.31
Animo-alegría	.86	.32	.86	.57	.86	.57	.86	.61	.83	.61	.85	.56	.82	.69
Positivos varios	.85	.33	.85	.55	.86	.54	.86	.57	.83	.60	.87	.37	.83	.80
ESCALA TOTAL	.85	.55	.83	.78	.83	.73	.82	.80	.80	.79	.83	.57	.74	.70

TABLA 13

Los resultados obtenidos por los métodos alpha de Cronbach y test-retest son significativos, evidenciando su exactitud en la consistencia interna y la estabilidad temporal.

Análisis de correlación.

A continuación se presentan la relación general entre los puntajes de cada escala. Los resultados se muestran en las tablas de la 14 a la 23. En la tabla 14 es el análisis de la muestra total, en la tabla 15 y 16 por sexos y de la 17 a la 23 por grupo de edades.

En general se observa que la correlación entre escala positiva y negativa (depresión) la relación es negativa, baja o casi nula, debido a que miden algo diferente. Así como la correlación en las escalas que pertenecen al mismo grupo hay una relación más significativa, por lo que se puede decir que miden con exactitud el estado depresivo y el estado de alegría, es decir cada subescala esta estructurada para un propósito dado.

Como se puede apreciar mejor en el penúltimo y último renglón de las tablas la relación de las escala positiva con la depresiva es baja o casi nula, por lo que son poco significativas, ya que nos proveen información adecuada al no relacionarse con el resto de las subescalas mostrando evidencias de validez (Magnusson, 1986).

NIVEL DE SIGNIFICANCIA	
*	.05
**	.01
***	.00

MUESTRA TOTAL

Subescalas	Respuestas afectivas	Problemas sociales	Autoestima	Preocupación por la muerte	Sentimientos de culpa	Depresivos varios	Animo-alegría	Positivos varios
Respuestas afectivas								
Problemas sociales	.731							
Autoestima	.666	.708						
Preocupación por la muerte	.574	.602	.613					
Sentimientos de culpa	.547	.591	.636	.523				
Depresivos varios	.688	.670	.613	.630	.566			
Animoalegría	-.016	-.022	-.066	-.001	.010	.122		
Positivos varios	.022	.048	.032	.081	.133	.186	.522	

TABLA 14

MASCULINO

Subescalas	Respuestas afectivas	Problemas sociales	Autoestima	Preocupación por la muerte	Sentimientos de culpa	Depresivos varios	Animo-alegría	Positivos varios
Respuestas afectivas								
Problemas sociales	.701							
Autoestima	.666	.705						
Preocupación por la muerte	.581	.597	.610					
Sentimientos de culpa	.556	.607	.563	.541				
Depresivos varios	.581	.633	.648	.564	.626			
Animo-alegría	-.008	.004	-.067	-.015	.019	.060		
Positivos varios	.040	.050	.010	.082	.126	.181	.495	

TABLA 15

FEMENINO

Subescalas	Respuestas afectivas	Problemas sociales	Autoestima	Preocupación por la muerte	Sentimientos de culpa	Depresivos varios	Animo-alegría	Positivos varios
Respuestas afectivas								
Problemas sociales	.740							
Autoestima	.651	.702						
Preocupación por la muerte	.580	.619	.618					
Sentimientos de culpa	.520	.571	.601	.501				
Depresivos varios	.580	.635	.633	.559	.666			
Animo-alegría	-.021	-.043	-.063	.013	.022	-.007		
Positivos varios	.029	.061	.064	.084	.145	.119	.555	

TABLA 16

8.00-8.11								
Subescalas	Respuestas afectivas	Problemas sociales	Autoestima	Preocupación por la muerte	Sentimientos de culpa	Depresivos varios	Animo-alegría	Positivos varios
Respuestas afectivas								
Problemas sociales	815							
Autoestima	611	689						
Preocupación por la muerte	509	548	495					
Sentimientos de culpa	606	556	606	415				
Depresivos varios	475	581	653	456	647			
Animo-alegría	094	136	103	026	177	191		
Positivos varios	198	287	287	257	393	363	423	

TABLA 17

9.00-9.11								
Subescalas	Respuestas afectivas	Problemas sociales	Autoestima	Preocupación por la muerte	Sentimientos de culpa	Depresivos varios	Animo-alegría	Positivos varios
Respuestas afectivas								
Problemas sociales	706							
Autoestima	700	718						
Preocupación por la muerte	653	642	643					
Sentimientos de culpa	606	544	590	550				
Depresivos varios	593	644	671	562	692			
Animo-alegría	-015	-027	-116	048	034	009		
Positivos varios	116	083	078	102	251	200	650	

TABLA 18

10.00-10.11								
Subescalas	Respuestas afectivas	Problemas sociales	Autoestima	Preocupación por la muerte	Sentimientos de culpa	Depresivos varios	Animo-alegría	Positivos varios
Respuestas afectivas								
Problemas sociales	709							
Autoestima	650	685						
Preocupación por la muerte	571	560	533					
Sentimientos de culpa	544	571	658	528				
Depresivos varios	611	644	644	624	597			
Animo-alegría	049	021	-012	011	013	036		
Positivos varios	082	075	029	094	047	188	510	

TABLA 19

11.00-11.11								
Subescalas	Respuestas afectivas	Problemas sociales	Autoestima	Preocupación por la muerte	Sentimientos de culpa	Depresivos varios	Animo-alegría	Positivos varios
Respuestas afectivas								
Problemas sociales	.813							
Autoestima	.665	.744						
Preocupación por la muerte	.612	.630	.658					
Sentimientos de culpa	.646	.664	.696	.587				
Depresivos varios	.662	.660	.654	.592	.621			
Animo-alegría	-.122	-.110	-.122	-.063	-.061	-.026		
Positivos varios	-.126	-.056	-.071	-.043	.020	.002	.574	

TABLA 20

12.00-12.11								
Subescalas	Respuestas afectivas	Problemas sociales	Autoestima	Preocupación por la muerte	Sentimientos de culpa	Depresivos varios	Animo-alegría	Positivos varios
Respuestas afectivas								
Problemas sociales	.764							
Autoestima	.696	.696						
Preocupación por la muerte	.676	.610	.674					
Sentimientos de culpa	.406	.541	.560	.496				
Depresivos varios	.559	.607	.597	.616	.502			
Animo-alegría	-.188	-.121	-.163	-.116	-.081	-.005		
Positivos varios	-.194	-.120	-.124	-.039	.141	.026	.492	

TABLA 21

13.00-13.11								
Subescalas	Respuestas afectivas	Problemas sociales	Autoestima	Preocupación por la muerte	Sentimientos de culpa	Depresivos varios	Animo-alegría	Positivos varios
Respuestas afectivas								
Problemas sociales	.777							
Autoestima	.690	.826						
Preocupación por la muerte	.661	.706	.600					
Sentimientos de culpa	.682	.636	.603	.497				
Depresivos varios	.658	.706	.602	.555	.737			
Animo-alegría	-.044	-.069	-.0453	-.081	.167	.101		
Positivos varios	-.021	-.064	-.041	.031	.037	-.134	.507	

TABLA 22

14.00								
Subescalas	Respuestas afectivas	Problemas sociales	Autoestima	Preocupación por la muerte	Sentimientos de culpa	Depresivos varios	Animo-alegría	Positivos varios
Respuestas afectivas								
Problemas sociales	943							
Autoestima	944	954						
Preocupación por la muerte	758	750	792					
Sentimientos de culpa	608	609	656	555				
Depresivos varios	659	618	793	776	528			
Animo-alegría	-331	-491	-374	-503	-003	-758		
Positivos varios	-170	-319	-192	-342	-323	-547	874	

TABLA 23

Diferencias de grupos

Diferencias en sexo.

Se utilizó la prueba t para obtener diferencias entre sexo, tanto con los puntajes del test y retest. En las subescalas de ánimo-alegría, positivos varios y preocupación por la muerte no existieron diferencias entre ambos grupos.

Las subpruebas respuestas afectivas, sentimientos de culpa, depresivos varios, autoestima y problemas sociales existen diferencias significativas en cuanto a sus respuestas a estos subtest, marcando la diferencia el sexo femenino.

DIFERENCIAS EN SEXO							
SUBESCALA	MASCULINO		FEMENINO		DIFERENCIA DE MEDIAS	P	t
	X	S	X	S			
Respuestas afectivas	21.61	6.96	24.46	6.69	-2.84	.00	-7.42
Respuestas afectivas	22.65	7.21	25.23	7.17	-2.57	.00	-6.83
Sentimientos de culpa	25.67	6.46	26.56	6.06	-.88	.01	-2.51
Sentimientos de culpa	25.10	6.71	26.43	6.47	-1.33	.00	-3.67
Depresivos varios	30.62	6.37	32.42	5.73	-1.80	.00	-5.26
Depresivos varios	29.85	6.46	31.84	6.52	-1.98	.00	-5.41
Autoestima	23.92	6.70	25.45	6.46	-1.52	.00	-4.11
Autoestima	23.87	6.91	25.58	6.89	-1.70	.00	-4.36
Preocupación por la muerte	21.07	5.67	21.43	5.47	-.36	.25	-1.14
Preocupación por la muerte	21.07	5.93	21.63	5.85	-.56	.09	-1.68
Positivos varios	37.01	5.82	36.64	5.85	.37	.26	1.13
Positivos varios	36.11	5.80	35.64	6.47	.46	.18	1.34
Problemas sociales	24.07	6.64	26.63	6.48	-2.55	.00	-6.88
Problemas sociales	24.13	6.97	26.38	6.81	-2.24	.00	-5.77

TABLA 24

Diferencias en grupo escolar y zona.

En las tablas 25 y 26 aparecen las puntuaciones de las medias, los valores de F y valores del nivel de significancia de cada uno de los grupos a partir de los análisis de varianza de las escalas del CDS.

La diferencia entre grupo escolar y zona se hizo mediante análisis de varianza utilizando la prueba Turkey, para conocer la dirección de estas calificaciones.

De las variables sexo, grado escolar y zona, en lo que se refiere a sexo las niñas obtienen más altas puntuaciones en las subpruebas de respuestas afectivas, sentimientos de culpa, depresivos varios, autoestima y problemas sociales. En el grado escolar los niños de 4º grado presentan las mayores puntuaciones en los subtest de respuestas afectivas, problemas sociales, autoestima y sentimientos de culpa, la edad puede contribuir en éste grupo que es de 9 a 10 años aproximadamente. La variable zona sólo muestra diferencias en la subprueba ánimo-alegría, en la zona norte (1) su media es menor que las otras zonas.

NIVEL DE SIGNIFICANCIA	
*	.05
**	.01
***	.00

DIFERENCIAS EN GRUPOS DE GRADO ESCOLAR							
GRADO	Respuestas afectivas	Problemas sociales	Autoestima	Preocupación por la muerte	Sentimientos de culpa	Depresivos varios	Ánimo-alegría
3	23.70*	25.53*	24.07	22.04	25.93	30.88	32.66***
4	23.84**	26.08*	25.46**	21.57*	26.91	31.90	31.28
5	22.73	25.53*	24.95	21.31*	26.28*	32.17**	30.77
6	21.85	24.31	24.06	20.17*	25.27*	30.89	30.60

TABLA 25

ANIMO-ALEGRIA	
ZONA	X
1	31.48*
2	30.73
3	31.46
4	31.37

TABLA 26

Validez

Para obtener la validez de la escala se llevó a cabo un análisis factorial, con el objeto de observar si los factores son los que están presentes. En este análisis se extrajeron ocho factores. En la tabla 27 de ánimo-alegría, se observa que las cargas más elevadas caen en el factor 7, así como en el factor 4 pero con una menor significancia. En positivos varios (ver tabla 34), los ítems caen con mayor peso en el factor 4, aunque no en el ítem 32, así mismo caen con una menor significancia en el

factor 7. Se puede decir que estas escalas son complejas factorialmente, pues sus cargas fuertes positivamente, no caen en un sólo factor. Se puede observar que existen dos tipos de puntuaciones: una depresiva y una positiva, constituyéndose dos escalas independientes.

ANIMO-ALEGRIA								
Item/Factor	1	2	3	4	5	6	7	8
1					.102		.653	
9		.112		.113	-.166		.462	
17	.154			.249			.422	
25				.596		.105	.500	
33				.176	.198	-.381	.326	
41	-.354			.511	.146		.377	.106
49		-.130		.335	.343	.106	.284	.217
57		-.276		.422	.300		.266	.114

TABLA 27

En las escalas de depresión (ver tablas de la 28 a la 33), hay una mayor complejidad, pues cada uno de sus ítems caen en más de dos factores con cargas significativas dentro de las mismas subescalas de depresión; aunque el reactivo 39 cae en el factor positivos varios con una puntuación de .30.

RESPUESTAS AFECTIVAS								
Item/Factor	1	2	3	4	5	6	7	8
2			.589		.115		-.108	
10	.457		.452	-.140				.118
18	.227	.131	.418		.280			
26	.232	.373	.421		.181			
34	.563		.354	-.186	.135			.163
42	.147	.258	.187	.179	.477		-.109	
50	.311	.276	.363		.361			
58	.484	.128	.328		.306			

TABLA 28

PROBLEMAS SOCIALES								
Item/Factor	1	2	3	4	5	6	7	8
3	.247		.561					
11		.227	.472		.117	.299		-.131
19	.146	.422	.322					-.115
27	.324	.235	.292		.174			
35	.459	.252	.290			.180		
43	.374	.278	.291		.103	-.102		
51	.557	.226	.322	-.106	.105			
59	.291	.325	.121		.442		-.107	

TABLA 29

AUTOESTIMA								
Item/Factor	1	2	3	4	5	6	7	8
4	.226		.543					.115
12	.160	.420	.263					
20	.186	.413		-.179	.216	.136		
28	.436	.224	.228	-.103	.198			
36	.379	.429	.120	-.109	.214	.179		
44	.499	.207	.117			.164		
52	.514	.358	.161		.113			
60	.340	.361				.204		

TABLA 30

PENSAMIENTOS DE MUERTE								
Item/Factor	1	2	3	4	5	6	7	8
5	.137	.137			.546	.188		-.609
13			.159		.498	.284		
21	.184	.204	.123		.226	.509		.101
29	.122	.204				.595		-.121
37	.619	.161	.166			.108		
45	.250				.368	.460		
53	.652							

TABLA 31

SENTIMIENTOS DE CULPA								
Item/Factor	1	2	3	4	5	6	7	8
6	.136	.294	.334		.116	.226		.159
14		.363	.257		-.120	.270		.176
22		.558	.171			.144		
30	.262	.422			.209			
38	.340	.154	.114		.168	.100		.361
46	.215	.337		.155	.136	.176		.118
54	.273	.538				.144		.102
61	.300	.440				.102		.100

TABLA 32

DEPRESIVOS VARIOS								
Item/Factor	1	2	3	4	5	6	7	8
7	.101	.219	.168			.280		-.179
15		.294	.250		.106		.148	-.143
23	.140	.410	.334		.168			
31	.158	.150	.239		.101	.275		
39	.153	.384		.307	-.170		-.197	
47	.600							-.120
55	.319	.421	.177					
62	.279	.255	.144		.210	.207		
66	.358	.114		.137		.115		

TABLA 33

POSITIVOS VARIOS								
Item/Factor	1	2	3	4	5	6	7	8
8				.246	-.114		.398	.105
16			.102	.487			.128	
24				.596				-.119
32	.175	.165	.156			.374	.119	
40				.582			.108	
48	.202		.115	.184		.225	.126	
56				.220	.141			.634
63			-.164	.444			.150	
64				.574	.251			
65				.602	-.173			

TABLA 34

ENTRE ESCALAS								
Factor/Factor	1	2	3	4	5	6	7	8
1	.619	.522	.454	-.061	.248	.273	-.005	.006
2	-.023	.093	-.075	.838	.183	.036	.487	.102
3	-.141	.675	-.377	.020	-.490	.115	.021	-.355
4	-.767	.264	.484	-.055	.275	.157	-.006	-.042
5	.070	-.105	.439	-.163	-.314	-.417	.595	-.370
6	.002	-.382	.127	.015	-.334	.825	.167	-.123
7	-.029	.086	.378	.239	-.613	-.133	-.253	.577
8	-.065	.165	-.453	-.453	.021	.109	.561	.613

TABLA 35

De lo anterior se puede concluir que:

1. La escala depresiva y positiva, constituyen escalas independientes obteniéndose una puntuación depresiva y una positiva.
2. No existen ítems factorialmente puros, ya que éstos están cargados en más de dos factores, dentro del contexto de cada una de las subescalas.
3. Hay factores comunes que contribuyen a las puntuaciones de más de una variable, como se expresa en el tamaño de sus cargas.
4. Las variables tienen diferentes estructuras factoriales porque diferentes factores contribuyen en diverso grado a las diferentes variables (Herysson, 1957).

Normalización.

En las siguientes tablas, se presenta la tipificación de la muestra total, por sexo y sexo con edad (en donde se clasifican 7 grupos). Se puede observar las diferencias en puntuaciones de cada uno de estos grupos, por lo cual se clasificó en grupos diferentes, pues existe influencia tanto para la variable edad como sexo.

MUESTRA TOTAL											
PERCENTIL	A. A.	R.A.	PS	A. E.	PM	SC	DV	PV	D	P	PERCENTIL
99	40	35-38	37-39	37-38	31-33	37-39	42-45	47-49	200-217	83-86	99
95	39	31-34	35-36	34-36	29-30	35-36	40-41	45-46	193-199	81-84	95
90	37	30-33	32-34	31-33	27-28	33-34	38-39	43-44	180-192	77-80	90
80	36	29	31	30	26	32	37	42	175-179	75-76	80
75	35	28	30	29	25	31	36	41	167-174	74	75
70	34	26-27	28-29	28	24	29-30	34-35	40	155-166	71-73	70
60	33	24-25	26-27	26-27	22-23	27-28	33	38-39	147-154	69-70	60
50	32	23	25	25	21	26	32	37	146	68	50
40	30-31	20-22	23-24	22-24	19-20	25	30-31	36	138-145	66-67	40
30	29	19	22	21	18	23-24	29	34-35	133-137	64-65	30
25	28	18	21	20	17	22	28	33	128-132	63	25
20	26-27	15-17	17-20	17-19	15-16	19-21	25-27	30-32	111-127	61-62	20
10	24-25	12-14	15-16	15-16	12-14	16-18	22-24	27-29	110	57-60	10
5	0-23	0-11	0-14	0-14	0-11	0-15	0-21	0-26	0-109	0-56	5
N	1250	1250	1250	1250	1250	1250	1250	1250	1250	1250	N
X	31	23	24	25	21	26	32	36	63	68	X
DS	5	7	6	7	6	6	6	9	31	9	DS

	SEXO											PERCENTIL
	PERCENTIL	A. A.	R.A.	PS	A. E.	PM	SC	DV	PV	D	P	
M A S C U L I N O S	99	40	34-38	36-38	37-38	31-34	37-39	42-45	47-49	189-215	84-86	99
	95	38-39	32-33	32-35	34-35	29-30	35-36	40-41	45-46	189-201	81-83	95
	90	37	29-31	31-33	31-33	27-28	33	37-39	43-44	176-188	77-80	90
	80	36	28	30	30	26	32	36	42	171-175	75-76	80
	75	35	27	29	29	25	31	35	41	167-170	74	75
	70	33-34	25-26	27-28	27-28	24	29-30	34	40	157-166	72-73	70
	60	32	22-24	25-26	25-26	22-23	27-28	31-33	39	149-156	70-71	60
	50	31	20	24	24	21	26	30	38	148	69	50
	40	30	19-20	22-23	22-23	19-20	24-25	29	36-37	140-147	67-68	40
	30	29	17-18	21	21	18	23	27-28	35	132-139	65-66	30
	25	28	16	19-20	20	17	22	26	34	128-131	63-64	25
	20	26-27	13-15	16-18	16-19	15-16	18-21	23-25	30-33	120-127	62	20
	10	24-25	11-12	14-15	13-15	12-14	15-17	20-22	27-29	106-109	57-61	10
	5	0-23	0-10	0-13	0-12	0-11	0-14	0-19	0-26	0-105	0-56	5
	N	638	638	638	638	638	638	638	638	638	638	638
X	31	22	24	24	21	26	30	37	148	68	X	
DS	5	7	7	7	6	6	6	6	32	9	DS	
F E M E N I N O S	99	40	36-38	37-40	37-39	31-33	37-40	42-45	47-49	211-222	84-88	99
	95	39	34-35	36	35-36	30	35-36	38-41	45-46	195-210	81-83	95
	90	37-38	31-33	33-35	32-34	27-29	33-34	38-39	42-44	183-194	74-80	90
	80	38	30	32	31	26	32	37	41	179-182	75	80
	75	35	29	31	30	25	31	36	40	174-178	74	75
	70	33	28	30	28-29	24	29-30	35	39	166-173	71-73	70
	60	33	26-27	29	27	23	28	34	38	161-165	69-70	60
	50	32	25	27	26	22	27	33	37	160	68	50
	40	31-30	22-24	25-26	24-25	20-21	25-26	31-32	35-36	152-159	66-67	40
	30	29	21	24	23	19	24	30	34	145-151	64-65	30
	25	28	20	22-23	21-22	18	23	29	33	140-144	62-63	25
	20	28-27	16-18	19-21	18-20	16-17	20-22	26-28	30-32	136-139	61	20
	10	23-25	14-15	16-18	15-17	13-15	17-19	23-25	27-29	118-135	58-60	10
	5	0-22	0-13	0-15	0-14	0-12	0-16	0-22	0-26	0-117	0-55	5
	N	612	612	612	612	612	612	612	612	612	612	612
X	31	24	27	25	21	27	32	37	158	68	X	
DS	5	7	6	6	5	6	7	6	30	10	DS	

		MUESTRA DE TIPIFICACIÓN POR SEXO Y EDAD 9-11 AÑOS										
M	PERCENTIL	A. A.	R. A.	P. S.	A. E.	P. M.	S. C.	D. V.	P. V.	D.	P.	PERCENTIL
	99	40	33-40	35-39	37-38	32-33	37-39	44-45	48-49	188-215	82-86	99
A	95	39-40	31-32	33-34	32-36	31	35-36	40-43	43-47	181-187	79-81	95
S	90	38	30	31-32	30-31	29-30	32-34	37-39	43-44	173-180	77-78	90
C	80	37	29	30	29	28	31	36	42-42	170-172	76	80
U	75	36	27-28	24	28	27	30	34-35	40	166-169	74-75	75
L	70	35	25-26	27-28	27	26	28-29	32-33	39	155-165	72-73	70
I	60	34	23-24	26	25-26	24-25	27	31	38	151-154	71	60
N	50	33	22	25	24	23	26	30	37	150	70	50
O	40	32	20-21	23-24	22-23	20-22	24-25	28-29	35-36	142-149	67-69	40
F	30	31	19	22	21	18-19	23	27	34	134-141	66	30
E	25	30	17-18	21	20	17	22	26	34	132-133	65	25
M	20	28-29	14-16	17-20	16-19	15-16	17-21	22-25	31-32	130-131	63-64	20
N	10	25-27	12-13	12-16	12-15	13-14	15-16	19-21	28-30	104-129	61-62	10
O	5	0-24	0-11	0-11	0-11	0-12	0-14	0-18	0-27	0-103	0-60	5
	N	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	N
	X	33	22	24	23	22	25	30	37	148	69	X
	DS	4	6	6	7	6	6	7	6	30	9	DS
	99	40	37-38	38-39	37-38	32-35	37-39	42-45	48-49	206-215	87-88	99
E	95	40	34-36	36-37	36	31	36	41	46-47	195-205	81-86	95
M	90	38-39	31-33	33-35	31-35	29-30	33-35	38-40	43-45	179-194	77-80	90
E	80	37	30	32	30	28	32	37	42	174-178	75-76	80
N	75	36	29	31	29	27	31	36	41	171-173	73-74	75
O	70	35	28	30	27-28	25-26	29-30	35	40	165-170	71-72	70
	60	33-34	27	28-29	26	23-24	28	34	39	153-164	69-70	60
	50	32	26	27	25	22	27	33	38	152	68	50
	40	31	24-25	25	22-25	21	26	31-32	36-37	143-151	66-67	40
	30	30	23	24	21	20	25	30	35	136-142	65	30
	25	29	22	22-23	20	18-19	24	29	35	133-135	64	25
	20	28	18-21	19-21	17-19	14-17	21-23	24-28	32-33	128-132	62-63	20
	10	26-27	16-17	17-18	15-16	13	20	23	29-31	112-127	57-61	10
	5	25	0-15	0-16	0-14	0-12	0-19	22	0-28	0-111	0-56	5
	N	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93	N
	X	32	25	27	25	22	27	32	38	148	66	X
	DS	5	6	6	6	6	5	6	5	33	9	DS

MUESTRA DE TIPIFICACIÓN POR SEXO Y EDAD 9-11 AÑOS												
	PERCENTIL	A. A.	R. A.	PS	A. E.	PM	SC	DV	PV	D	P	PERCENTIL
M A S C U L I N O S	99	40	37-39	38-39	37-40	32-35	38-39	43-45	47-50	201-222	84-88	99
	95	39	32-33	35-37	34-36	30-31	37-36	41-42	45-46	193-200	80-83	95
	90	37-38	30-31	33-34	31-33	28-29	33-35	38-40	43-44	180-192	77-79	90
	80	36	28-29	31-32	30	26-27	32	37	42	174-179	75-10	80
	75	35	27	29-30	29	25	31	36	41	170-173	74	75
	70	34	26	28	26-28	24	30	34-35	39-40	162-169	73	70
	60	33	24-25	26-27	25	23	28-29	32-33	38	154-161	70-72	60
	50	32	23	25	24	22	27	31	37	153	69	50
	40	31	19-22	22-24	22-23	19-21	24-26	28-30	35-36	143-152	67-68	40
	30	30	18	20-21	21	18	22-23	27	34	130-142	64-66	30
	25	29	16-17	19	20	17	21	26	32-33	127-129	62-63	25
	20	26-28	13-15	16-18	17-19	14-16	17-20	23-25	29-31	121-126	60-81	20
	10	23-25	11-12	15	14-16	12-13	14-16	20-22	26-28	100-120	55-59	10
	5	0-22	0-10	0-14	0-13	0-11	0-14	0-19	0-25	0-99	0-54	5
N	N	146	146	146	146	146	146	146	146	148	146	N
X	X	31	22	25	24	21	26	31	37	150	68	X
DS	DS	5	7	7	7	6	7	7	6	33	10	DS
F E M E N I N O S	99	40	37-40	37-40	38-40	30-32	38-40	43-45	48-50	211-223	86-88	99
	95	39	35-36	36	35-37	28-29	36-37	40-42	46-47	194-210	84-85	95
	90	38	32-34	33-35	32-34	27	33-35	38-39	43-45	184-194	78-83	90
	80	37	31	32	30-31	26	32	37	42	180-183	76-77	80
	75	36	30	31	29	25	31	36	41	176-179	75	75
	70	34-35	28-29	30	28	24	30	35	40-41	169-175	74	70
	60	33	26-27	29	27	23	29	34	39	163-168	70-73	60
	50	32	25	28	26	22	28	33	38	162	69	50
	40	31	22-24	26-27	25	21	25-27	31-32	35-37	159-161	67-68	40
	30	30	21	24-25	24	20	23-24	30	34	147-158	65-66	30
	25	29	20	23	23	19	22	28-29	32-33	145-146	62-64	25
	20	26-28	16-19	20-22	18-22	17-18	20-21	27	29-31	142-144	60-61	20
	10	25	14-15	17-19	15-17	15-16	13-19	24-26	27-28	123-141	56-59	10
	5	0-24	0-13	0-16	0-14	0-14	0-12	0-23	0-26	0-122	0-55	5
N	N	118	118	118	118	118	118	118	118	118	118	N
X	X	32	25	25	26	22	27	32	37	160	69	X
DS	DS	5	7	7	6	5	6	6	6	30	10	DS

MUESTRA DE TIPIFICACIÓN POR SEXO Y EDAD 10-11 AÑOS												
	PERCENTIL	A. A.	R. A.	P. S.	A. E.	P. M.	S. C.	D. V.	P. V.	D.	P.	PERCENTIL
M A S C U L I N O S	99	40	35-37	37-38	37-39	31-33	38-40	43-45	47-49	206-217	84-86	99
	95	38-39	33-34	35-36	35-36	29-30	36-37	41-42	45-46	195-205	81-83	95
	90	36-37	30-32	31-34	31-34	28	33-35	38-40	43-44	179-194	77-80	90
	80	35	29	30	30	27	32	37	42	174-178	75-76	80
	75	34	28	29	29	26	31	36	41	171-173	73-74	75
	70	33	26-27	28	28	24-25	30	34-35	40	165-170	71-72	70
	60	32	24-25	25-26	26-27	23	28-29	33	39	153-164	69-70	60
	50	31	23	25	25	22	27	32	38	152	68	50
	40	30	19-22	22-23	23-24	20-21	24-26	30-31	36-37	143-151	66-67	40
	30	29	17-18	21	22	19	23	29	35	136-142	65	30
	25	28	16	20	21	18	22	28	34	133-135	64	25
	20	27	12-15	17-19	17-20	16-17	20-21	26-27	30-33	128-132	62-63	20
	10	25-26	10-11	15-16	15-16	14-15	16-19	23-25	27-29	112-127	57-61	10
5	0-24	0-9	0-14	0-14	0-13	0-15	0-22	0-26	0-111	0-56	5	
N	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174	N
X	X	31	22	25	25	22	27	32	37	152	68	X
DS	DS	4	7	6	6	5	7	6	6	31	9	DS
F E M E N I N O S	99	39-40	35-38	37-40	37-38	31-33	37-38	43-45	47-49	211-221	83-85	99
	95	38	33-34	35-36	35-36	30	34-36	41-42	45-46	193-210	81-82	95
	90	37	30-32	33-34	33-34	27-29	32-33	38-40	42-44	182-192	76-80	90
	80	36	29	32	32	26	31	37	41	179-181	75	80
	75	35	28	31	30-31	25	30	36	40	173-178	73-74	75
	70	34	27	30	29	24	29	35	39	167-172	71-72	70
	60	33	26	29	27-28	23	28	34	38	161-166	69-70	60
	50	32	25	28	26	22	27	33	37	160	68	50
	40	30-31	22-24	25-27	23-25	19-21	25-26	31-32	35-36	154-159	67	40
	30	29	20-21	24	22	18	24	30	34	149-153	65-66	30
	25	27-28	19	22-23	20-21	17	23	29	33	141-148	63-64	25
	20	25-26	16-18	17-21	17-19	14-16	20-22	26-28	31-32	132-140	61-62	20
	10	23-24	13-15	15-16	15-16	12-13	16-19	22-25	27-30	113-131	56-60	10
5	0-22	0-12	0-14	0-14	0-11	0-15	0-21	0-26	0-113	0-55	5	
N	N	181	181	181	181	181	181	181	181	181	181	N
X	X	31	24	27	26	21	26	32	37	158	68	X
DS	DS	5	7	6	7	6	6	6	6	30	9	DS

MUESTRA DE TIPIFICACIÓN POR SEXO Y EDAD 11-11.11 AÑOS												
	PERCENTIL	A. A.	R. A.	PS	A. E.	PM	SC	DV	PV	D	P	PERCENTIL
M	99	39-40	34-39	36-39	36-38	30-33	35-37	41-43	47-48	208-214	84-86	99
A	95	37-38	31-33	33-35	34-35	29	34	39-40	46	188-207	81-83	95
S	90	36	28-30	31-32	32-33	26-28	32-33	36-38	43-45	175-187	77-80	90
C	80	35	26-27	29-30	31	25	30-31	35	42	167-174	76	80
U	75	34	25	28	30	24	29	34	41	161-166	75	75
L	70	33	23-24	26-27	27-29	22-23	28	33	40	154-160	72-74	70
L	60	32	21-22	24-25	24-25	21	26-27	31-32	39	143-153	70-71	60
N	50	31	20	23	23	20	25	30	38	142	69	50
N	40	30	18-19	21-22	20-22	18-19	23-24	28-29	36-37	135-141	67-68	40
N	30	29	17	20	19	17	22	27	35	122-134	64-66	30
N	25	28	16	18-19	18	16	21	26	34	119-121	63	25
N	20	26-27	13-15	16-17	15-17	15	18-20	23-25	32-33	111-118	61-62	20
N	10	23-25	12	13-15	12-14	12-14	14-17	19-22	28-31	104-110	56-60	10
N	5	0-22	0-11	0-12	0-11	0-11	0-13	0-18	0-27	0-103	0-55	5
N	N	137	137	137	1337	137	137	137	137	137	137	N
N	X	31	21	24	23	24	20	25	30	143	68	X
N	DS	5	7	7	7	7	6	6	6	32	9	DS
F	99	39-40	37-39	39-40	37-40	32-35	38-40	44-45	47-49	221-231	84-89	99
E	95	37-38	34-36	36-38	35-36	29-31	37	42-43	45-46	202-220	79-83	95
M	90	36	31-33	33-35	32-34	27-28	33-36	38-41	42-44	184-201	75-78	90
M	80	35	29-30	32	31	26	31-32	37	41	180-183	73-74	80
E	75	34	28	31	30	25	30	36	40	175-179	72	75
E	70	33	27	29-30	28-29	23-24	29	35	39	164-174	70-71	70
N	60	32	25-26	27-28	26-27	22	28	33-34	37-38	154-163	68-69	60
N	50	31	24	26	25	21	27	32	36	153	67	50
N	40	30	21-23	24-25	24	19-20	24-26	31	34-35	146-152	65-66	40
N	30	29	20	23	23	18	23	30	33	139-145	63-64	30
N	25	28	19	21-22	21-22	17	22	28-29	32	136-138	61-62	25
N	20	24-27	15-18	17-20	16-20	16	18-21	26-27	30-31	129-135	59-60	20
N	10	21-23	13-14	15-16	15	12-15	16-17	23-25	26-29	113-128	54-58	10
N	5	0-20	0-12	0-14	0-14	0-11	0-15	0-22	0-25	0-112	0-53	5
O	N	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	N
O	X	30	24	26	25	26	21	26	32	155	66	X
O	DS	5	7	7	7	7	6	7	6	32	10	DS

MUESTRA DE TIPIFICACIÓN POR SEXO Y EDAD 12-12.11 AÑOS												
	PERCENTIL	A. A.	R. A.	PS	A. E.	PM	SC	DV	PV	D	P	PERCENTIL
M A S C U L I N O S	99	40	33-40	33-40	36-40	30-35	36-40	39-45	48-49	183-210	82-83	99
	95	39	30-32	32	34-35	29	35	38	45-47	182	81	95
	90	37-38	27-29	30-31	30-33	25-28	33-34	39-37	42-44	167-181	75-80	90
	80	36	26	29	29	24	31-32	35	41	164-166	74	80
	75	35	24-25	27-28	28	23	29-30	34	40	157-163	73	75
	70	34	23	25-26	27	22	27-28	33	39	153-156	71-72	70
	60	32-33	22	24	24-26	21	26	31-32	38	143-152	70	60
	50	31	21	23	23	20	25	30	37	142	69	50
	40	30	18-20	21-22	21-22	18-19	24	28-29	36	138-141	68	40
	30	29	17	20	20	17	23	27	35	126-137	65-67	30
	25	27-28	15-16	19	18-19	15-16	22	26	34	121-125	63-64	25
	20	26	11-14	14-18	17	13-14	14-21	24-25	29-33	114-120	61-62	20
	10	23-25	9-10	12-13	13-16	11	13	21-23	27-28	102-113	55-60	10
5	0-22	0-7	0-11	0-12	0-10	0-12	0-19	0-26	0-101	0-54	5	
N	N	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	N
X	X	31	20	23	23	19	15	30	37	141	68	X
DS	DS	5	7	6	7	6	7	6	6	30	9	DS
F E M E N I L I N O S	99	39-40	37-39	39-40	36-40	31-35	33-40	40-45	46-49	189-210	79-83	99
	95	38	35-36	36-38	33-35	29-30	32	39	45	188	78	95
	90	37	31-34	33-35	31-32	27-28	31	38	43-44	182-187	77	90
	80	36	30	32	30	25-26	30	37	42	177-181	75-76	80
	75	35	29	31	29	24	29	36	41	173-176	74	75
	70	34	28	29-30	28	23	28	35	39-40	168-172	70-73	70
	60	33	26-27	28	27	22	27	34	37-38	164-167	68-69	60
	50	32	25	27	26	21	26	33	36	163	67	50
	40	31	23-24	24-26	24-25	20	25	31-32	35	153-162	65-66	40
	30	29-30	22	23	22-23	19	24	30	34	143-152	64	30
	25	28	20-21	22	21	18	23	29	33	137-142	63	25
	20	27	17-19	20-21	18-20	16-17	21-22	27-28	29-32	134-136	61-62	20
	10	24-26	16	18-19	17	12-15	18-20	25-26	28	126-133	56-60	10
5	0-23	0-15	0-17	0-16	0-11	0-17	0-24	0-27	0-125	0-55	5	
N	N	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	N
X	X	31	20	27	26	21	26	33	36	158	68	X
DS	DS	4	7	6	6	5	4	5	6	25	8	DS

		MUESTRA DE TIPIFICACIÓN POR SEXO Y EDAD 13-13.11 AÑOS										
	PERCENTIL	A.A.	R.A.	PS	A.E.	PM	SC	DV	PV	D	P	PERCENTIL
M A S C U L I N O	99	38-40	36-40	39-40	38-40	33-35	39-40	43-45	46-49	197-210	81-82	99
	95	36-37	32-35	37-38	36-37	30-32	37-38	41-42	42-45	184-196	80	95
	90	35	31	35-36	33-35	29	34-36	40	40-41	161-183	77-79	90
	80	36	21	27-28	29-30	25	30	34	42	151-160	75-76	80
	75	35	20	25-26	28	23-24	29	31-33	41	145-150	74	75
	70	34	19	24	25-27	22	27-28	29-30	40	141-144	73	70
	60	33	18	21-23	24	21	25-26	28	38-39	139-140	70-72	60
	50	32	17	20	23	20	24	27	37	138	69	50
	40	30-31	16	19	21-22	19	23	26	36	128-137	65-68	40
	30	29	15	18	20	18	22	25	35	119-127	64	30
	25	28	19	17	19	17	21	24	33-34	117-118	62-63	25
	20	25-27	13	16	16-18	15-16	19-20	22-23	31-32	115-116	60-61	20
	10	23-24	9-12	15	14-15	13-14	12-18	19-21	28-30	106-114	57-59	10
5	0-22	0-8	0-14	0-13	0-12	0-11	0-11	0-27	0-105	0-56	5	
N	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	N	
X	31	18	30	23	20	25	28	37	138	68	X	
DS	4	6	6	6	6	5	5	5	5	28	8	DS
F E M E N I N O	99	38-40	36-40	39-40	38-46	33-35	39-40	43-45	46-49	201-210	76-81	99
	95	36-37	32-35	37-38	36-37	30-32	37-38	41-42	42-45	193-200	72-75	95
	90	35	31	35-36	33-35	29	34-36	40	40-41	191-192	71	90
	80	34	29-30	34	32	28	33	39	39	189-190	70	80
	75	33	28	33	31	27	32	38	38	185-188	69	75
	70	32	27	30-32	30	26	31	37	35-37	182-184	68-68	70
	60	31	25-26	27-29	28-29	25	30	36	34	158-181	64-65	60
	50	30	24	26	27	24	29	35	33	157	63	50
	40	29	23	24-25	24-26	21-23	28	31-34	30-32	152-156	61-62	40
	30	28	22	23	22-23	20	27	30	28-29	146-151	58-60	30
	25	27	21	22	21	19	26	29	26-27	142-145	55-57	25
	20	21-26	16-20	21	20	15-18	25	25-28	24-25	135-141	53-54	20
	10	20	15	20	19	14	24	24	23	128-134	45-52	10
5	0-19	0-14	0-19	0-18	0-13	0-13	0-23	0-22	0-127	0-44	5	
N	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	N	
X	29	25	27	27	22	29	33	32	163	61	X	
DS	4	5	6	5	5	4	5	6	25	9	DS	

MUESTRA DE TIPIFICACIÓN POR SEXO Y EDAD 14 AÑOS												
	PERCENTIL	A. A.	R.A.	PS	A. E.	PM	SC	DV	PV	D	P	PERCENTIL
M A S C U L I N O S	99	37-40	36-38	39	38-39	36-37	37	41	47	206-210	80	99
	95	36	34-35	36-38	36-37	32-35	36	40	46	201-205	79	95
	90	35	32-33	33-35	34-35	27-31	35	39	45	193-200	78	90
	80	34	31	32	33	26	33-34	38	44	189-192	75-76	80
	75	33	30	30-31	32	25	32	37	43	187-188	74	75
	70	32	29	28-29	31	24	32	36	40-42	182-186	70-73	70
	60	31	27-28	26-27	27-30	24	31	35	37-39	164-181	67-69	60
	50	30	26	25	26	24	30	34	36	163	66	50
	40	29	22-25	23-24	22-25	21-23	27-29	33	35	140-162	65	40
	30	28	19-21	20-22	21	20	26	30-32	35	127-139	64	30
	25	27	18	19	21	19	25	29	34	124-126	63	25
	20	26	17	18	20	18	23-24	27-28	34	123	62	20
	10	25	16	17	20	17	22	18-26	33	122	59-61	10
5	0-24	0-15	0-16	0-19	0-16	0-22	0-17	0-32	0-121	0-58	5	
N	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	N
X	31	25	25	27	23	29	32	38	160	69	31	X
DS	4	7	7	6	4	5	7	5	34	9	4	DS
F E M E N I N O S	99	38-40	39	42	39	40	38	48	48	205	80	99
	95	37	38	41	38	38-39	37	47	47	204	79	95
	90	36	37	40	37	35-37	36	46	46	203	78	90
	80	35	36	39	36	32-34	35	45	45	202	77	80
	75	33-34	35	38	35	27-31	24	44	44	201	76	75
	70	32	31-34	33-37	32-34	21-26	32-33	39-43	43	187-203	74-75	70
	60	31	27-30	28-32	29-31	22-23	29-31	35-38	41-42	170-186	72-73	60
	50	30	26	27	28	21	28	34	40	169	71	50
	40	20-29	26	24-26	27	20	27	32-33	23-39	161-168	56-70	40
	30	17-19	26	23	26	19	25-26	29-31	19-22	152-160	41-55	30
	25	16	26	22	25	18	24	28	18	160-151	36-40	25
	20	16	26	22	25	18	24	28	18	149	35	20
	10	16	26	22	25	18	24	28	18	148	34	10
5	0-16	0-26	0-22	0-25	0-18	0-24	0-28	0-18	0-147	0-33	5	
N	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	N
X	26	29	30	30	22	29	36	34	176	60	26	X
DS	9	5	10	6	5	6	9	14	33	23	9	DS

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El CDS es un instrumento adecuado para niños de 8-14 años, ya que con este instrumento se puede recabar información acerca de la depresión infantil.

La muestra utilizada para la validación y normalización del CDS, es no probabilística, pero significativa, ya que presenta características más semejantes a nuestra población mexicana, abarca muy diversos aspectos del síndrome depresivo.

Al obtener la validez de constructo del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) se observa que existen dos tipos de puntuaciones una depresiva y una positiva, constituyéndose dos escalas independientes. Dentro de cada una de estas escalas, existe una buena definición de los factores aunque cada subescala está cargada en más de dos factores.

Se obtuvo una consistencia interna para la escala total de .85, por lo que se puede concluir que la escala mide con exactitud los rasgos depresivos en los niños. Para cada una de las subescalas, la consistencia interna fue: Ánimo-Alegría .62, Problemas Sociales .64, Respuestas Afectivas .76, Autoestima .74, Preocupación por la muerte .63, Sentimientos de Culpa .68, Depresivos Varios .62, y positivos Varios .58; lo que nos permite concluir que el CDS, mide con exactitud cada uno de estos rasgos, lo que lo valora como un instrumento adecuado para medir depresión en niños en edad escolar.

La escala total y subescalas del CDS son consistentes y observan una estabilidad temporal, por lo que la prueba es confiable, tanto para la muestra total, como para los sexos y para la edad. La estabilidad temporal es menor que la consistencia interna, ya que el tiempo transcurrido entre test y retest presenta cambios en los sujetos, pues se encuentran en un proceso de maduración donde su personalidad se está conformando, ya que la variable que se midió es de tiempo transitorio. La comparación a lo largo del intervalo de tiempo (4 semanas) permite observar que el rasgo de la depresión es constante, ya que se mantuvieron casi estables los puntajes entre test y retest, efecto que duró un mes. Aunque por sexo y edad varía en intensidad y cualidad. De ahí como afirma Cronbach: "cuanto menos exacto sea un instrumento de medición, más difícil será encontrar una diferencia significativa entre los grupos".

A mayor edad se observa que los rasgos son más estables puesto que los niños pequeños no pueden verbalizar situaciones conflictivas, sino que las actúan; ya que esto permite manifestar una situación afectiva porque no tienen vocabulario o conceptos para explicar sus experiencias. Así como conforme avanza la edad el sujeto piensa que sus emociones, opciones de su edad y su porvenir está en sus manos, manifestando un grado de conciencia, frecuentemente crítica, de sus emociones y manifestaciones, ya que no todos los niños, a pesar de haber adquirido un lenguaje son capaces de anunciar con precisión los que les sucede, así como no suele estar

desarrollada su capacidad de introspección por lo que no logran identificar y hacerse cargo de lo que pasa (Piaget, 1969), aunque en los niños de 10.00-10.11, se observa un leve descenso en la estabilidad temporal sobre todo en la subescala de Respuestas Afectivas, asociado a los constantes cambios de estado de ánimo, provocados por los cambios fisiológicos y psicológicos propios de su edad. Poznanski (1982), afirma que existen diferencias sintomatológicas según la edad.

En lo que respecta a las hipótesis, estas posibles variaciones por edad, también se podrían deber a que los niños a mayor edad pueden presentar mayores habilidades de lectura de comprensión de las instrucciones y los niños pequeños pueden presentar cambios debidos a la fatiga.

Como Cartwell y Puig-Antich (1982), dicen que el hecho de que la depresión como síndrome clínico puede ser diagnosticado en niños y adolescentes no significa en absoluto que las manifestaciones de este cuadro tengan que ser idénticos, ya que reconocen que hay síntomas específicos propios de cada nivel de desarrollo dado que los niños y adolescentes están en distintos niveles biológico, social y psicológico.

También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la presencia de rasgos depresivos entre niños y niñas, aceptando la hipótesis alterna, ya que de acuerdo al modelo sociológico las mujeres mantienen un rol social que les permite manifestar abiertamente sus sentimientos y emociones a diferencia de los hombres.

El sexo femenino marca la diferencia en las subescalas Respuestas Afectivas, Sentimientos de Culpa, Depresivos Varios, Autoestima y Problemas Sociales puesto que las niñas son más expresivas, abiertas y por lo general analizan los aspectos psicológicos externos e internos por lo que sus capacidades intelectuales (atención, concentración, percepción, pensamiento), y afectivas se ven menos afectadas.

Para los grados escolares, si existen diferencias estadísticamente significativas, lo cual nos lleva a aceptar la hipótesis alterna ya que los niños de 4º grado, se sintieron atraídos hacia Respuestas Afectivas, Problemas Sociales, Autoestima y Sentimientos de Culpa manteniendo la diferencia con los otros grados puesto que estos niños comienzan a hacer inferencias y su pensamiento es reversible, él mismo se encuentra vinculado a la realidad concreta del aquí y ahora aunque su percepción de la realidad no necesariamente es exacta. Puede percibir también la intencionalidad de sus actos y de los demás por ello puede experimentar autorreproches, culpa, cólera hacia ellos mismos o hacia los otros. Las respuestas de las figuras parentales inhiben el comportamiento del niño por la desaprobación constante, o el rechazo, por lo tanto su adaptación al mundo exterior se va desequilibrando a medida que se aproxima a la pubertad.

Se pudo observar que los niños de la zona 1, se sienten más atraídos hacia los aspectos de Animo-Alegría, marcando la diferencia con los otros grupos, con esto se podría suponer que hay un grado de socialización adecuado que les permite una

integración social más completa, así como sus experiencias afectivas están relacionadas con la satisfacción de sus necesidades, manifestando expresiones de alegría y felicidad. Las relaciones interpersonales son los factores principales para la maduración de la personalidad y alguna alteración o insuficiencia en estas relaciones puede llevar a la depresión.

En cuanto a la validez de las puntuaciones que observa el CDS es de dos tipos: una depresiva y una positiva, constituyéndose escalas independientes ya que evidentemente los puntajes nos dan aspectos de la validez de cada uno de los factores, debido a que cada escala está estructurada para un propósito dado.

Se crearon las normas de calificación pudiendo establecer tres tipos de comparaciones: intergrupo, interedad e intersexo. La normalización del CDS, está en función de los datos de la población estudiada, que son niños de 8-14 años, de ambos sexos, de escuelas públicas primarias del D. F., por lo cual la detección de la depresión está en función de la normalización de los datos. Aunque en los niños de 14 años el tamaño de la muestra es pequeña por lo cual no debe considerarse como una norma.

CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos, podemos decir que se cumplieron los objetivos de este estudio, así mismo se comprobaron las hipótesis planteadas:

1. Se adaptó la escala CDS, en la cual se modificaron algunos reactivos.
2. La confiabilidad de la escala se comprobó a través de dos métodos alpha de Cronbach y test-retest, obteniéndose para:
 - a) Muestra total el coeficiente de .85.
 - b) La prueba es confiable tanto para el sexo femenino como masculino, ya que se obtuvieron los coeficientes .83 para los niños y .82 para las niñas.
 - c) En lo que respecta a la edad se comprobó la exactitud en todos los grupos de edad, aunque en los de 10 y 14 años, no fue como se esperaba en la subescala Respuestas Afectivas, en el caso de los niños de 10 años los coeficientes obtenidos en esta subescala es de (.62) siendo moderada y en los de 14 años el coeficiente (.63) es adecuado para la subescala Respuestas Afectivas aunque la muestra es pequeña, por lo tanto concluimos que el CDS mantiene una estabilidad temporal y una consistencia interna, midiendo con exactitud el rasgo depresivo.
3. En cuanto a las diferencias entre grupos:
 - A) Se encontraron diferencias en las subescalas Respuestas Afectivas, Sentimientos de Culpa, Depresivos varios, Autoestima y Problemas Sociales, siendo las niñas quienes marcan la diferencia manteniendo el rasgo de la depresión.
 - B) En cuanto a la edad se encontró que a mayor edad los rasgos son más estables en comparación con los niños pequeños.
 - C) En la comparación por grado escolar se encontró que los niños de 4º grado marcan la diferencia presentando el rasgo de depresión en las subescalas Respuestas Afectivas, Problemas Sociales, Autoestima y Sentimientos de Culpa.
 - D) También se pudo observar que los niños de la zona 1 presentan menos rasgos depresivos.
4. En cuanto a la validez de la prueba, se observó que:
 - a) El análisis correlacional mostró para cada una de las subescalas y escalas que éstas están estructuradas para un propósito dado.
 - b) El análisis factorial, mostró que existen dos escalas independientes, una positiva y una depresiva, dentro de cada una de éstas hay reactivos que tienen una fuerte carga en

más de un factor por lo que no es factorialmente pura, pero concluimos que si hay validez, ya que la validez de constructo se obtuvo a través de diversas evidencias (Magnusson, Cronbach), que se pueden observar a través de las comparaciones entre grupos, el análisis correlacional y el análisis factorial.

5. Podemos concluir que el CDS es un instrumento que posee exactitud en lo que se refiere a la estabilidad temporal, así como su estructura interna; se mostró evidencia de validez a través del análisis correlacional y análisis factorial. La prueba mide solamente lo que pretende medir y se presentan las normas pudiendo establecer tres tipos de comparaciones: intergrupo, interedad e intersexo.

6. Aportaciones:

- a) Consideramos que el estudio es de gran utilidad puesto que no hay instrumentos estandarizados a nuestra población infantil.
- b) Para los usuarios de los test es de gran valía ya que para la población da origen a establecer diagnósticos más precisos y exactos.
- c) Se elaboró una hoja de ejemplos para facilitar la comprensión de cada una de las opciones de la hoja de respuestas.
- d) Se diseño una hoja de perfil del niño.
- e) También se diseño una plantilla de calificación para la Versión Mexicana del CDS.
- f) Se elaboró el manual del CDS Versión Mexicana.

LIMITACIONES

Los ítems del CDS, se dirigen más a la sintomatología cognitiva y afectiva, restando valor a la sintomatología somática, constituyendo una limitante para los niños pequeños ya que no se pueden expresar afectiva y cognitivamente (Piaget, 1969), además de que no mide a todos los niños por igual.

La muestra del presente estudio no es probalística, debido a que no se pudo tener acceso a todas aquellas escuelas que se habían elegido al azar puesto que no se contó con el apoyo institucional para llegar a la población.

Limitaciones externas de la investigación: no se cuenta con información acerca de inventarios de depresión en niños ya que son escasos.

Al no tener investigaciones en niños, no hay puntos de comparación con otros instrumentos.

El rango de edad se limita, pues no abarca niños de 6-7 años, ya que hay niños a esa edad, que no son capaces de leer correctamente los ítems, además de poder interpretarlos y comprenderlos. Así como utilizar muestras más representativas para los grupos de edades de 12, 13 y 14 años con el fin de obtener datos más confiables, ya que los datos obtenidos en el presente estudio para tales grupos son menos válidos.

No todos los niños pudieron concluir las aplicaciones ya que no acudieron a la primera o a la segunda aplicación o no contestaron completamente el cuestionario motivo por el cual la muestra disminuyó.

SUGERENCIAS

Para posteriores investigaciones se sugiere hacer estudios con muestras probabilísticas, aplicar el CDS a niños diagnosticados con síntomas depresivos y establecer comparaciones con otros grupos.

Ampliar la muestra de los niños de 13 y 14 años para obtener normas de calificación adecuadas para su edad.

Realizar otros análisis factoriales para observar el comportamiento y agrupar en otros factores a los reactivos.

Llevar a cabo investigaciones en las escuelas privadas de educación primaria y en escuelas secundarias para obtener validez en éstos grupos y ampliar el rango de edad en la normalización.

CDS

VERSIÓN ESPAÑOLA

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 mí.
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 madre/padre.
7. Creo que se sufre mucho en la vida.
8. Me siento orgulloso de las mayoría de las cosas que hago.
9. Siempre creo que el día siguiente será mejor.
10. A veces me gustaría estar ya 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 en el colegio.
18. Estando en el colegio muchas veces me dan ganas de llorar.
19. A menudo soy incapaz demostrar lo desgraciado que me siento por dentro.
20. Odio la forma de mi aspecto o comportamiento.
21. La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada.
22. A veces temo que lo que hago pueda molestar o enfadar a mi madre/padre.
23. Cuando me enfado 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 como 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.

ANEXO 1

NOTA: LAS PALABRAS SUBRAYADAS SON LAS QUE SE MODIFICARON PARA EL CDS, VERSIÓN MEXICANA.

33. Casi siempre lo paso bien en el colegio.
34. A veces pienso que no vale la pena vivir.
35. La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende.
36. A menudo me avergüenzo de mi 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 desgraciado.
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 casando casi todo el tiempo.
46. Creo que los demás me quieren, aunque nolo 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 por qué 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 noche.
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 quiero ser.
61. A veces me siento mal porque no amo y escucho a mi madre/padre como se 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 interesantes.
65. Hay mucha gente que se preocupa por mí.
66. A veces creo que dentro de mí hay dos personas que me empujan en distintas direcciones.

ANEXO 1

NOTA: LAS PALABRAS SUBRAYADAS SON LAS QUE SE MODIFICARON PARA EL CDS, VERSIÓN MEXICANA.

CDS
CUESTIONARIO
DE DEPRESIÓN
PARA NIÑOS
M. LANG Y M. TISHIER

MANUAL

VERSIÓN MEXICANA

CRUZ JIMÉNEZ
MORALES MEDINA
RAMÍREZ ORTIZ

INTRODUCCIÓN

Considerando la importancia de contar con instrumentos necesarios que sirvan como apoyo para dar un diagnóstico fiable y con el propósito de dar una intervención temprana se realizó la adaptación del CDS para niños de la población Mexicana, entre los 8 y 14 años de edad.

La escala original fue elaborada en Australia por M. Lang y M. Tisher, en 1978; posteriormente se llevó a cabo una Adaptación Española entre 1983 y 1986, en donde se hicieron modificaciones para facilitar la administración e interpretación de la misma.

En el presente estudio se normalizó y validó la prueba con una muestra de 1250 sujetos, que cursaban de 3º a 6º grado de educación primaria en el Distrito Federal.

El resultado nos muestra que la prueba es confiable, estableciéndose normas de calificación para población mexicana.

DESCRIPCIÓN GENERAL

Ficha Técnica

Nombre original: "Childrens Depression Scale (CDS)".

Autores: M. Lang y M. Tisher.

Procedencia: Australian Council for Educational Research, Lt. (ACER), Victoria, Australia.

Adaptación Española: Sección de Estudio de test de Tea Ediciones, S. A., Madrid.

Adaptación Mexicana: Cruz, Morales y Ramirez (1996); Facultad de Psicología, UNAM.

Administración: Individual y colectiva.

Duración: Variable, entre 30 y 40 minutos.

Aplicación: 8-16 años.

Significación: Evaluación global y específica de la depresión en los niños.

Tipificación: Baremos en percentiles en una muestra general de niños.

FUNDAMENTACIÓN Y DATOS HISTÓRICOS.

Muchos de los autores de la década de los setenta consideraban a un conjunto de conductas como consistentes en la depresión infantil. Kovacs y Beck (1977) observan que las características llanto fácil, aspecto o sensación de desdicha, infelicidad, baja autoestima, problemas somáticos persistentes sin origen físico, irritabilidad y retraimiento social son propias de la depresión infantil. Mientras que existe consenso general en lo que estas características se refiere en la literatura se manifiestan algunos desacuerdos que merece la pena señalar. El tema de la depresión

enmascarada versus manifiesta es un debate. Ya que los que están a favor de la depresión enmascarada afirman que algunas conductas como las travesuras, las mentiras, robos, fobia escolar, enuresis, ecopresis, hiperactividad, hipocondriasis y delincuencia son modos indirectos o enmascarados a través de los cuales el niño expresa su depresión (Conell, 1973; Renshaw, 1974; Cytryn y McKnew, 1974; Bakwin, 1972; Glaser, 1977). Ante esto surgen preguntas tales como si el etiquetar tantas conductas depresivas aporta algo a la comprensión de la depresión infantil; otra es como considerar a la depresión como síndrome o un estado de humor. Kovacs y Beck (1977) trazan claramente la distinción entre "... depresión como humor triste y desanimado y depresión como síndrome clínico (con una serie de síntomas)". Otro cuestionamiento es bajo que circunstancias una depresión es normal o adecuada y cuando es patológica.

Uno de los hechos más importantes recientemente detectados es que la depresión infantil se manifiesta de modos diferentes según la edad del niño. Mc Conville y Col. (1973) sugieren que la depresión afectiva sería la más frecuente en los niños más pequeños (de seis a ocho años) y la depresión de culpa en los niños de más edad (de diez a trece años).

La mayoría de los niños que presentan un estado depresivo no son referidos al especialista a causa de un estado básicamente depresivo, sino que le son enviados por cualquiera de los tres motivos principales:

1. Disminución del rendimiento escolar.
2. Trastornos del comportamiento.
3. Alteraciones psicósomáticas.

En lo general, el niño depresivo, a diferencia del adolescente y del adulto no habla espontáneamente de sus síntomas. En los casos más típicos el niño muestra un semblante triste o inexpresivo, solloza por motivos triviales, habla con una voz monótona y apenas vibra en el entorno. El dolor moral, se exterioriza con menos frecuencia. El descenso en el rendimiento escolar resulta de la dificultad de mantener la atención y la lentificación del pensamiento y de la memoria. La inhibición en la esfera de la actividad se traduce por la inercia, la pasividad, la tendencia al aislamiento y el rechazo a participar en juegos colectivos.

El trastorno del humor con frecuencia se acompaña de una crisis de pavor nocturno y de manifestaciones fóbico-obsesivas. Los equivalentes somáticos que se sitúan en primer plano de la sintomatología: anorexia, enuresis, ecopresis, insomnio y cefalea. En ocasiones el niño expresa la alteración afectiva mediante una conducta inestable o a través de "acting-out" impulsivo y antisocial.

El proceso de desarrollo de la personalidad del niño, es un proceso de construcción que implica cambios por la interacción dinámica entre el individuo y su ambiente físico. El niño interviene en su propio desarrollo, expresando sus posibilidades para adaptarse e interpretar el mundo que le rodea y manifestando al mismo tiempo sus emociones y sentimientos.

Las primeras etapas evolutivas del niño, en donde no puede valerse por sí mismo, transcurren habitualmente, en el seno de la familia, que cubre sus necesidades físicas y psicológicas iniciales; por ello es necesario un ambiente nutricional, que responda a las necesidades a través de toda la infancia del individuo.

Las necesidades físicas, emocionales, sociales e intelectuales de los niños deben satisfacerse en su totalidad si ellos han de disfrutar la vida, desarrollar todo su potencial y llegar a ser adultos que participen y contribuyan.

Los niños que vivieron experiencias negativas a lo largo de los primeros años de vida, son incapaces de controlar las situaciones y es posible que se conduzcan al desamparo y desesperanza, a los sentimientos de abandono, confusión y agobio que pueden conducirlos a la culpa, el enojo, a la falta de valía, o a la depresión. Son experiencias que distorsionan el desarrollo afectivo, que se incorporan al núcleo de la personalidad y que condicionan toda su conducta. Aunque, la conducta no sólo es el resultado de lo que sucede desde el mundo exterior, sino también una función de cómo nos sentimos acerca de nosotros mismos en el interior.

Aunque no todos los problemas de la infancia son de orden emocional, éstos surgen cuando un niño se encuentra frente a una situación para la cual carece de una respuesta adecuada, pero ante la cual reacciona, de una manera desorganizada, ineficaz y por lo general, socialmente indeseable, así como existe un vasto número de niños de todas edades que silenciosamente piden ayuda.

El cuadro I nos muestra los diferentes criterios que existen para diagnosticar la depresión. El DSM-III y el RDC fueron aplicados a niños sin apenas modificar las perspectivas para el adulto, en tanto los criterios de Poznanski y Weinberg fueron adaptados para niños. Todos los criterios requieren la presencia de humor disfórico, trastornos del sueño y pensamientos de muerte. El DSM-III y el RDC aceptan al humor disfórico sólo si es manifestado verbalmente por el niño, los trastornos del sueño se refieren cuando se presenta el insomnio o la hipersomnia, y los pensamientos de muerte se presentan cuando el niño manifiesta deseos de matarse, o ideación suicida. En cuanto a duración del síntoma no hay unanimidad, varía de una semana a un mes, esta diferencia a nivel Clínico es insignificante, pues los padres tienden a llevar a sus hijos a consulta cuando la depresión ha sucumbido. Siguiendo con el análisis del cuadro I podemos observar que algunos autores como Stone, el DSM-III; Poznanski y Weinberg hacen referencia a que la baja autoestima, los sentimientos de culpa y el autodesprecio son síntomas que se manifiestan en la depresión.

Figliani, Weinberg, Poznanski y el DSM-III, establecen que otro criterio importante para diagnosticar la depresión es la dificultad para establecer relaciones interpersonales, así como el retardo o agitación psicomotora en la cual sólo enfatizan Stone, el RDC y el DSM-III.

En el momento de evaluar a un niño y con el firme propósito de presentar un buen diagnóstico se requiere de la integración de los datos obtenidos por todas las fuentes como las entrevistas, con padres, profesores, con el niño, las observaciones del niño y el uso de pruebas psicométricas. En los últimos años ha proliferado el uso de pruebas psicológicas, por ser instrumentos que permiten corroborar información

DIFERENCIAS DE SIGNOS Y SINTOMAS DE LA DEPRESIÓN DE ACUERDO A VARIOS AUTORES

Criterios de Fighner (Fighner y Cols, 1972)	Criterios de Weinberg (Weinberg y Cols, 1973)	Research diagnostic cteno (RDC, Spitzer y Cols, 1978)	Criterios diagnósticos del DSM-III (a.p.a. 1980)	Criterios diagnósticos del DSM-III (a.p.a. 1980)	Criterios de Poznanski (1982).	Criterios Según Stone (1982).
<p>Síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Humor disfórico. - Cinco de los siguientes (para un diagnóstico definitivo) ó cuatro de los siguientes (para un diagnóstico probable): a) Apetito escaso o pérdida de peso. b) Dificultad para dormir. c) Pérdida de energías d) Agitación o hipoactividad. e) Sentimiento de autocensura o culpa. f) Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio g) Pérdida de interés en las actividades usuales o relacionadas con el sexo. 	<p>Síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presencia de los dos síntomas siguientes: a) Humor disfórico (melancolía). b) Ideación self-deprecatory. - presencia de dos o más de los síntomas siguientes: a) Conductas agresivas. b) Perturbación del sueño. c) Cambio en el rendimiento escolar. d) Disminución de la socialización. e) Cambio de actitud hacia la escuela. f) Quejas somáticas. g) Pérdida de la energía usual. 	<p>Síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disforia y/o - Creciente pérdida del gusto y cuatro (probable) o cinco (definitivo) de los siguientes criterios: a) Mal apetito o pérdida de peso incremento de apetito o incremento de peso. b) Dificultad con el sueño o dormir demasiado. c) Pérdida de energía o demasiada fatiga. d) Agitación o retraso psicomotor. e) Pérdida de interés por el placer. f) Autorreproches o culpa excesiva. g) Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. 	<p>Mayor depressive episode, síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Humor básico deprimido de forma persistente, cuatro o más entre los ocho ítems siguientes, o tres o más en niños menores de seis años: - Variación significativa del apetito o peso. - Insomnio o hipersomnia. - Agitación psicomotora o hipoactividad, (menores de seis años: hiperactividad). - Pérdida de interés para experimentar placer, (menores de seis años apatía) - Pérdida de energía, cansancio. - Sentimiento de culpa excesiva. - Disminución de la concentración y de la capacidad de pensar. - Pensamientos recurrentes de muerte y de matarse. Ideación suicida. - No evidencia de delirios, alucinaciones y conductas extravagantes. 	<p>*Dysthymic disorder * síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durante los dos últimos años (niños, adolescentes; un año), presencia en la mayoría del tiempo de síntomas del síndrome depresivo que, por su menor severidad o duración, no se les puede considerar dentro del episodio depresivo mayor. - Cuadro depresivo persistente o con períodos de humor normal durante días o semanas. - Durante los períodos depresivos, presencia de al menos uno de los dos ítems siguientes: a) Humor básico francamente deprimido. b) Pérdida de interés o de la capacidad de experimentar placer en todas o casi en todas las actividades usuales. - Durante los períodos depresivos, tres o más de las siguientes ítems: a) Insomnio o hipersomnia. b) Disminución de la energía o cansancio crónico. c) Pérdida de la autoestima y sentimiento de autodesprecio. d) Disminución del rendimiento en la escuela, en el trabajo en la casa. e) Disminución de la concentración y de la capacidad de pensar con claridad. f) Disminución de la sociabilidad. g) Menos activo y más hablador que de costumbre. h) Pesimismo. i) Lágrimas o llanto. 	<p>Síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Humor, conducta o apariencia depresiva y cuatro (probable) o cinco (definitivo) de los siguientes criterios: - Aislamiento social. - Dificultades con el sueño. - Quejas de fatiga. - Hiperactividad. - Anhedonia. - Baja autoestima o gran sentimiento de culpa - dificultades en el trabajo escolar- - Ideas de suicidio. 	<p>Síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apatía. - Trastornos del sueño. - Trastorno del apetito. - Hipocondriasis (dolor de cabeza, dolor abdominal). - Retardo psicomotor. - Autodesprecio. - Agitación. - Simulación clínica (depresión sonriente).
<p>Duración: la persistencia de los síntomas debe ser como mínimo de un mes</p>	<p>Duración: de al menos un mes.</p>	<p>Duración: una semana (probable) o dos semanas (definitivo).</p>	<p>Duración mínima de los síntomas: 2 semanas.</p>		<p>Duración mínima de los síntomas: 1 mes</p>	

DIFERENCIAS DE SIGNOS Y SINTOMAS DE LA DEPRESION DE ACUERDO A VARIOS AUTORES

Criterios de Fighner (Fighner y Cols. 1972)	Criterios de Weinberg (Weinberg y Cols. 1973)	Research diagnostic criterio (RDC, Spinzler y Cols. 1978)	Criterios diagnósticos del DSM-III (a.p.a. 1980)	Criterios diagnósticos del DSM-III (a.p.a. 1980)	Criterios de Poznanski (1982).	Criterios Según Stone (1982).
<p>Sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Humor disfórico. - Cinco de los siguientes (para un diagnóstico definitivo) ó cuatro de los siguientes (para un diagnóstico probable): a) Apetito escaso o pérdida de peso. b) Dificultad para dormir. c) Pérdida de energías. d) Agitación o hipoactividad. e) Sentimiento de autocensura o culpa. f) Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. g) Pérdida de interés en las actividades usuales o relacionadas con el sexo. 	<p>Síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presencia de los dos síntomas siguientes: a) Humor disfórico (melancolía). b) Ideación self-deprecatory. - presencia de dos o más de los síntomas siguientes: a) Conductas agresivas. b) Perturbación del sueño. c) Cambio en el rendimiento escolar. d) Disminución de la socialización. e) Cambio de actitud hacia la escuela. f) Quejas somáticas. g) Pérdida de la energía usual. 	<p>Síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disfonia y/o - Creciente pérdida del gusto y cuatro (probable) o cinco (definitivo) de los siguientes criterios: a) Mal apetito o pérdida de peso incremento de apetito o incremento de peso. b) Dificultad con el sueño o dormir demasiado. c) Pérdida de energía o demasiada fatiga. d) Agitación o retraso psicomotor. e) Pérdida de interés por el placer. f) Autoreproches o culpa excesiva. g) Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. 	<p>Mayor depressive episode, síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Humor básico deprimido de forma persistente, cuatro o más entre los ocho ítems siguientes, o tres o más en niños menores de seis años: - Variación significativa del apetito o peso. - Insomnio o hipersomnia. - Agitación psicomotora o hipoactividad, (menores de seis años: hiperactividad). - Pérdida de interés para experimentar placer, (menores de seis años apatía). - Pérdida de energía, cansancio. - Sentimiento de culpa excesiva. - Disminución de la concentración y de la capacidad de pensar. - Pensamientos recurrentes de muerte y de matarse. Ideación suicida. - No evidencia de delirios, alucinaciones y conductas extravagantes. 	<p>*Dysthymic disorder * síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durante los dos últimos años (niños, adolescentes; un año), presencia en la mayoría del tiempo de síntomas del síndrome depresivo que, por su menor severidad o duración, no se les puede considerar dentro del episodio depresivo mayor. - Cuadro depresivo persistente o con períodos de humor normal durante días o semanas. - Durante los períodos depresivos, presencia de al menos uno de los dos ítems siguientes: a) Humor básico francamente deprimido. b) Pérdida de interés o de la capacidad de experimentar placer en todas o casi en todas las actividades usuales. - Durante los períodos depresivos, tres o más de las siguientes ítems: a) Insomnio o hipersomnia. b) Disminución de la energía o cansancio crónico. c) Pérdida de la autoestima y sentimiento de autodesprecio. d) Disminución del rendimiento en la escuela, en el trabajo en la casa. e) Disminución de la concentración y de la capacidad de pensar con claridad. f) Disminución de la sociabilidad. g) Menos activo y más hablador que de costumbre. h) Pesimismo. i) Lágrimas o llanto. 	<p>Síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Humor, conducta o apariencia depresiva y cuatro (probable) o cinco (definitivo) de los siguientes criterios: - Aislamiento social. - Dificultades con el sueño. - Quejas de fatiga. - Hiperactividad. - Anhedonia. - Baja autoestima o gran sentimiento de culpa - - dificultades en el trabajo escolar- - Ideas de suicidio. 	<p>Síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apatía - Trastornos del sueño. - Trastorno del apetito - Hipocondriasis (dolor de cabeza, dolor abdominal). - Retardo psicomotor. - Autodesprecio. - Agitación. - Simulación clínica (depresión sonriente)
<p>Duración: la persistencia de los síntomas debe ser como mínimo de un mes.</p>	<p>Duración: de al menos un mes.</p>	<p>Duración: una semana (probable) o dos semanas (definitivo).</p>	<p>Duración mínima de los síntomas: 2 semanas.</p>		<p>Duración mínima de los síntomas: 1 mes</p>	

sobre áreas específicas que posee el individuo y en que grado, al compararlo contra un grupo normativo en forma cuantitativa y cualitativa, por ello se propuso validar y normalizar el cuestionario de depresión para niños de M. Lang y M. Tisher, versión Española a una muestra de la población Mexicana.

INSTRUMENTO

Tisher y Lang se interesaron en estudiar una muestra de niños con grave rechazo escolar y compararlo con un grupo control de niños que asistían con regularidad, como no se disponía de ninguna escala de depresión infantil, decidieron construir una; el primer paso consistió en elaborar una definición amplia de la depresión infantil. Se llegó a ella después de sintetizar los aspectos en la literatura se reseñan como parte de la sintomatología de la depresión infantil:

1. Respuesta Afectiva.- sentimientos de tristeza e infelicidad, llanto (Despert, 1952; Frommer, 1967; Harrington y Hassan, 1958; Poznanski y Zrull, 1970 y Usakov y Girich, 1971).
2. Autoconcepto negativo.- sentimientos inadecuados y baja autoestima, inutilidad, minusvalía, indefensión, imposibilidad de ser querido (Sandler y Joffe, 1965; Poznanski y Zrull, 1970).
3. Disminución del impulso y de la productividad mental.- aburrimiento, retraimiento, falta de energía, descontento, poca capacidad para el placer, incapacidad para aceptar ayuda o consuelo, lentificación motora (Sandler y Joffe, 1965; Stack, 1971; Ushakov y Girich, 1971).
4. Problemas psicósomáticos.- dolores de cabeza, dolores abdominales, insomnio u otras alteraciones del sueño (Agras, 1959; Poznanski y Zrull, 1970; Ling y Col., 1970; Stack, 1971; Kunh y Kunh, 1972).
5. Preocupación por la muerte y la enfermedad en uno mismo o en los demás pensamientos suicidas, sentimientos de pérdida real o imaginaria (Agras, 1959; Frommer, 1967; Poznanski y Zrull, 1970; Ushakov y Girich, 1971).
6. Dificultades en el área de agresividad.- irritabilidad, crisis de mal genio (Frommer, 1967; Poznanski y Zrull, 1970; Stack, 1971).

Con el objetivo final de construir al CDS, se consideró que todos estos aspectos constituirían una definición de la depresión infantil y, al desarrollar la escala, se intentó incluir ítems pertenecientes a todos estos aspectos.

Se crearon ítems a partir de un examen detallado de los contenidos de registros psicoterapéuticos, registros de completamiento del TAT de niños clínicamente deprimidos, así como descripciones de fenómenos y experiencias depresivas aparecidas en la literatura. Al formular los ítems, el objetivo era describir la experiencia del niño deprimido de modo que pudiera reconocer los sentimientos o actitudes descritos en el ítem si es que formaban parte de su experiencia.

Estos ítems fueron administrados en el momento de construir la escala a un grupo de niños en tratamiento. Se les pidió posteriormente que comentaran, modificaran o sugirieran nuevos ítems.

Con la ayuda de criterios lógicos en la escala original, los 66 elementos fueron agrupados en subescalas, intentando que cubrieran muchas de las características de la depresión en los niños, y en realidad estas subescalas son similares a los conceptos incluidos en la definición dada; también procuraron que las escalas tuvieran el mismo número de elementos.

Los dos conjuntos de elementos tanto los positivos como los depresivos mantienen separados y permiten dos subescalas generales independientes: Total depresivo y Total Positivo (TD y TP).

Dentro de cada una de estas dos dimensiones agruparon sus elementos por el contenido de los mismos en varias subescalas, mismas que se describen a continuación:

Total Depresivo (6 subescalas):

Respuestas Afectivas (RA, 8 ítems).- Alude al estado de humor por los sentimientos del sujeto.

Problemas Sociales (PS, 8 ítems).- Se refiere a las dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad del niño.

Autoestima (AE, 8 ítems).- Se relaciona con los sentimientos, conceptos y actitudes del niño en relación con su propia estima y valor.

Preocupación por la Muerte (PM, 7 ítems).- Alude a los sueños y fantasías del niño en relación con la enfermedad y muerte propia.

Sentimientos de culpabilidad (SC, 8 ítems).- Se refiere a la autopunición del niño.

Depresivos Varios (DV, 9 ítems).- Incluye aquellas cuestiones de tipo depresivo que no pudieron agruparse para formar una identidad.

Total Positivo (2 subescalas):

Animo Alegría (AA, 8 ítems).- En el polo opuesto alude a la ausencia de alegría, diversión y felicidad en la vida del niño, o a su incapacidad para experimentarlas.

Positivos Varios (PV, 10 ítems).- En el polo opuesto, incluye aquellas cuestiones de tipo positivo que no pudieron agruparse para formar una entidad.

Todas estas subescalas son muy interesantes para poder especificar e interpretar una determinada puntuación total positiva o depresiva, puesto que los niños pueden manifestar su depresión de muy diferentes maneras.

CDS (Versión Mexicana)

La adaptación, estandarización y validación del CDS (Versión Mexicana), se llevó a cabo con niños en edad escolar que asisten a escuelas oficiales de educación primaria en el D. F.

Con el objetivo de adaptar y mantener el contenido de los reactivos del CDS (Versión Española), se realizó un análisis gramatical de cada uno de ellos sometiéndose a una validez interjueces que fue conformada por 30 profesores de educación primaria, por la facilidad que muestran al manejar conceptos que los niños usan en su lenguaje común, en donde se les pidió que leyeran cada uno de los reactivos de la versión Española y sustituyeran aquellas palabras o reactivos que ellos creían que los niños en edad escolar no comprendieran, para después modificarlos.

La escala modificada se sometió a un nuevo piloteo con 30 sujetos que cursaban en el momento de la aplicación el tercer grado de educación primaria ya que estos niños tenían la edad mínima (8 años) que se pide como criterio de inclusión para que pueda ser aplicado el cuestionario. Manteniendo el ordenamiento de reactivos de la Versión Española, debido a que los reactivos están intercalados para evitar que los ítems de una misma escala estén juntos y no influyan las respuestas de los niños.

Se observó que al realizar el piloteo los niños no podían juzgar las frases en la hoja de respuestas, viendo la necesidad de incluir algunos ejemplos que facilitaron la forma de dar su respuesta, por lo cual se anexó una hoja que contenía ejemplos para cada una de las opciones, (Ver hoja de ejemplo).

Correspondencia de reactivos

ESP	AUS	MEX	ESC												
1	1	1	AA	17	8	17	AA	33	24	33	AA	49	65	49	AA
2	7	2	RA	18	27	18	RA	34	33	34	RA	50	51	50	RA
3	16	3	PS	19	20	19	PS	35	40	35	PS	51	56	51	PS
4	9	4	AE	20	25	20	AE	36	38	36	AE	52	63	52	AE
5	12	5	PM	21	14	21	PM	37	30	37	PM	53	60	53	PM
6	21	6	SC	22	37	22	SC	38	46	38	SC	54	55	54	SC
7	3	7	DV	23	6	23	DV	39	43	39	DV	55	59	55	DV
8	5	8	PV	24	15	24	PV	40	29	40	PV	56	34	56	PV
9	2	9	AA	25	22	25	AA	41	41	41	AA	57	66	57	AA
10	10	10	RA	26	32	26	RA	42	45	42	RA	58	54	58	RA
11	18	11	PS	27	28	27	PS	43	49	43	PS	59	64	59	PS
12	19	12	AE	28	35	28	AE	44	52	44	AE	60	58	60	AE
13	13	13	PM	29	26	29	PM	45	48	45	PM	61	61	61	SC
14	23	14	SC	30	39	30	SC	46	47	46	SC	62	62	62	DV
15	4	15	DV	31	42	31	DV	47	50	47	DV	63	36	63	PV
16	11	16	PV	32	17	32	PV	48	31	48	PV	64	44	64	PV
												65	57	65	PV
												66	63	66	DV

El cuestionario modificado para la población Mexicana se aplicó en el transcurso de tres meses a grupos de 3ª a 6ª grado en escuelas de educación primaria en cada una de las escuelas, siendo para cada caso una aplicación colectiva, se consideraron las recomendaciones dadas en el manual del CDS, donde se tomó en cuenta que: el grupo fuera homogéneo (alumnos de una misma clase, grupo), que fuera introducido en forma amistosa y sin prisas.

En esta investigación participaron 1361 sujetos en edad escolar entre los 8 y 14 años y que cursaban de 3ª a 6ª grado de educación primaria, de los cuales se eliminaron 111 sujetos por diferentes razones como: no tenían la edad mínima que se necesita para responder al cuestionario o rebasaban la edad de 14 años que se marcó como límite en el estudio, o no contestaron cualquiera de las aplicaciones (test o retest) dejando inconclusa cualquiera de ellas o en ocasiones contestando sin leer, teniéndoles que suspender la aplicación quedando una muestra de 1250 sujetos.

El propósito de la presente investigación fue obtener una muestra al azar por lo cual fue necesario dividir al Distrito Federal, en cuatro zonas geográficas, sin embargo no se pudo tener acceso a todas las escuelas para llevar a cabo el estudio, la muestra quedó conformada sólo por aquellas escuelas en las que se permitió la aplicación del cuestionario, manteniendo la división del Distrito Federal, en las cuatro zonas quedando de la siguiente manera:

ZONA	DELEGACIÓN	ESCUELA	NUM. SS
1 NORTE	Miguel Hidalgo	Participación Social núm. 7	91
	Gustavo A. Madero	Nepal	63
	Azcapozalco	Magisterio Mexicano	45
	Venustiano Carranza	Coconecalli	137
TOTAL			336
2 OESTE	Coyoacán	República de Suazilandia	106
	Contreras	Ejército Nacional	104
	Alvaro Obregón	Bartolomé de Medina	106
TOTAL			316
3 ESTE	Iztapalapa	Jorge Alacio Pérez	60
	Iztacalco	Roberto Koch	41
	Iztacalco	República de Dahomey	58
	Tlahuac	Mariano Hidalgo	109
TOTAL			268
4 SUR	Tlalpan	Lázaro Cárdenas	116
	Xochimilco	Juan Badiano	111
	Miipa Alta	Cultura azteca	70
	Miipa Alta	Fausto Bravo	33
TOTAL			330

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Una vez llevada las aplicaciones del test y del retest, se procedió a codificar las respuestas de los sujetos para su tratamiento estadístico, que se realizó a través del paquete estadístico SPSS versión 5.0 para windows. Del cual se obtuvo:

1. Frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central.
2. Confiabilidad global y por subescalas, utilizando el tratamiento estadístico Alpha de Cronbach, y el método test-retest con el objeto de ver si la escala es consistente internamente y observa estabilidad temporal.
3. Validez, mediante un análisis factorial multivariado oblicuo varimax.
4. Prueba "t" de student para obtener diferencias entre el sexo masculino y femenino.
5. Análisis de varianza con la prueba de Turkey, para obtener diferencias en el grado escolar y zona.
6. Obtención de percentiles para sacar normas incipientes que evalúen las dimensiones encontradas.

RESULTADOS

La muestra utilizada para la validación y normalización del CDS (Versión Mexicana), es no probabilística, pero significativa, ya que presenta características más semejantes a la población Mexicana, y abarca muy diversos aspectos del síndrome depresivo.

Al obtener la validez de constructo del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) se observa que existen dos tipos de puntuaciones una depresiva y una positiva, constituyéndose dos escalas independientes. Dentro de cada una de estas escalas, existe una buena definición de los factores aunque cada subescala está cargada en más de dos factores.

Se obtuvo una consistencia interna para la escala total de .85, por lo que se puede concluir que la escala mide con exactitud los rasgos depresivos en los niños. Para cada una de las subescalas, la consistencia interna fue: Ánimo-Alegría .62, Problemas Sociales .64, Respuestas Afectivas .76, Autoestima .74, Preocupación por la muerte .63, Sentimientos de Culpa .68, Depresivos Varios .62, y positivos Varios .58; lo que nos permite concluir que el CDS, mide con exactitud cada uno de estos rasgos, lo que lo valora como un instrumento adecuado para medir depresión en niños en edad escolar.

La escala total y subescalas del CDS son consistentes y observan una estabilidad temporal, por lo que la prueba es confiable, tanto para la muestra total, como para los sexos y para la edad. La estabilidad temporal es menor que la consistencia interna, ya que el tiempo transcurrido entre test y retest presenta cambios en los sujetos, pues se encuentran en un proceso de maduración donde su personalidad se está conformando, ya que la variable que se midió es de tiempo transitorio. La comparación a lo largo del intervalo de tiempo (4 semanas) permite

observar que el rasgo de la depresión es constante, ya que se mantuvieron casi estables los puntajes entre test y retest, efecto que duró un mes. Aunque por sexo y edad varía en intensidad y cualidad. De ahí como afirma Cronbach: "cuanto menos exacto sea un instrumento de medición, más difícil será encontrar una diferencia significativa entre los grupos".

De acuerdo con los resultados obtenidos, podemos decir que se cumplieron los objetivos de este estudio, así mismo se comprobaron las hipótesis planteadas:

1. Se adaptó la escala CDS, en la cual se modificaron algunos reactivos.
2. La confiabilidad de la escala se comprobó a través de dos métodos alpha de Cronbach y test-retest, obteniéndose para:
 - a) Muestra total el coeficiente de .85.
 - b) La prueba es confiable tanto para el sexo femenino como masculino, ya que se obtuvieron los coeficientes .83 para los niños y .82 para las niñas.
 - c) En lo que respecta a la edad se comprobó la exactitud en todos los grupos de edad, aunque en los de 10 y 14 años, no fue como se esperaba en la subescala Respuestas Afectivas, en el caso de los niños de 10 años los coeficientes obtenidos en esta subescala es de (.62) siendo moderada y en los de 14 años el coeficiente (.63) es adecuado para la subescala Respuestas Afectivas aunque la muestra es pequeña, por lo tanto concluimos que el CDS mantiene una estabilidad temporal y una consistencia interna, midiendo con exactitud el rasgo depresivo.
3. En cuanto a las diferencias entre grupos:
 - a) Se encontraron diferencias en las subescalas Respuestas Afectivas, Sentimientos de Culpa, Depresivos varios, Autoestima y Problemas Sociales, siendo las niñas quienes marcan la diferencia manteniendo el rasgo de la depresión.
 - b) En cuanto a la edad se encontró que a mayor edad los rasgos son más estables en comparación con los niños pequeños.
 - c) En la comparación por grado escolar se encontró que los niños de 4º grado marcan la diferencia presentando el rasgo de depresión en las subescalas Respuestas Afectivas, Problemas Sociales, Autoestima y Sentimientos de Culpa.
 - d) También se pudo observar que los niños de la zona 1 presentan menos rasgos depresivos.
4. En cuanto a la validez de la prueba, se observó que:
 - a) El análisis correlacional mostró para cada una de las subescalas y escalas que éstas están estructuradas para un propósito dado.
 - b) El análisis factorial, mostró que existen dos escalas independientes, una positiva y una depresiva, dentro de cada una de éstas hay reactivos que tienen una fuerte carga en más de un factor por lo que no es factorialmente pura, pero concluimos que si hay validez, ya que la validez de constructo se obtuvo a través de diversas evidencias (Magnusson, Cronbach), que se pueden observar a través de las comparaciones entre grupos, el análisis correlacional y el análisis factorial.

5. Podemos concluir que el CDS es un instrumento que posee exactitud en lo que se refiere a la estabilidad temporal, así como su estructura interna; se mostró evidencia de validez a través del análisis correlacional y análisis factorial. La prueba mide solamente lo que pretende medir y se presentan las normas pudiendo establecer tres tipos de comparaciones: intergrupo, interedad e intersexo.

NORMAS DE APLICACIÓN Y CORRECCIÓN

Instrucciones para la aplicación.

El CDS es idealmente, un instrumento de aplicación grupal, instrumento que pide unas respuestas directas del sujeto sobre sus sentimientos, pensamientos y conductas. Por otra parte, dado que el CDS tiene la capacidad de llegar hasta la depresión del niño, tiene también implicaciones terapéuticas; se ha observado que muchos niños, que tenían dificultades para verbalizar sus experiencias o sentimientos, encontraban mucha ayuda en el hecho de que estos fuertes sentimientos estaban ya redactados para ellos, que se habían presentado en otros niños y que no era malo expresarlos; consecuentemente, todo ello facilita su apertura y sinceridad.

Se recomiendan que el CDS sea introducido a los examinados de una manera amistosa y sin prisas. Las instrucciones verbales que vienen a continuación deben ser tomadas sólo como una guía para la aplicación, y el examinador debe utilizar su juicio para adecuarlas a la situación y sujetos concretos.

Una vez que los sujetos disponen de una hoja de respuestas y que se han anotado en la cabecera los datos de identificación, se debe decir:

"Otros niños han contestado las frases que están escritas en el cuestionario, sólo es para saber cómo piensan o cómo se sienten, si están de acuerdo o no sobre lo que se dice en las frases, y ustedes van a contestar en la hoja de respuestas, rellenando uno de los circullitos que hay a la derecha de cada número, escogiendo una de las 5 opciones, "Muy de acuerdo" si lo que dice la frase les gusta mucho, "De acuerdo" si lo que dice la frase les gusta poco, "No estoy seguro" si no sabes si les gusta o no lo que dice la frase; si no les gusta lo que dice, marcarán el círculo "En desacuerdo", y si no les gusta para nada la frase, marcarán "Muy en desacuerdo". Posteriormente se contesta en forma grupal el ejemplo B que dice "Me gusta ir a los museos" pidiendo a los niños verbalizar de su respuestas según lo que ellos piensan, mostrando al grupo que cada uno puede elegir una respuesta diferente.

ELEMENTOS DEL CDS (VERSIÓN MEXICANA):

A cada niño se le entrega:

- A. Hoja de ejemplo.
- B. El cuestionario.

C. Hoja de respuestas

Si durante el desarrollo del examen, surge alguna pregunta, el examinador puede contestarla en forma de que no influya en el resto de la prueba ni en los demás examinados. Casi siempre es suficiente contestar con un "simplemente intenta contestar según lo que sientes o piensas en este momento sobre la frase".

Una vez terminada la lectura de los elementos, se recogerán las hojas de respuestas comprobando si cada niño ha contestado a todas las frases y están anotados los datos de identificación; en el caso contrario, conviene pedir al niño que cumpla con éstos y, si hubiera elementos dejados en blanco, se le pueden volver a leer las frases correspondientes para que las conteste.

Este examen es muy apropiado para recoger observaciones y datos sobre la conducta del niño durante el examen sobre todo para la aplicación individual.

CORRECCIÓN Y OBTENCIÓN DE PUNTUACIONES DIRECTAS

Cada elemento se puntúa en una escala de 1-5 puntos en la dirección del rasgo de la depresión, desde "Muy de acuerdo" en los elementos de tipo depresivo, y desde "Muy de acuerdo a muy en desacuerdo" en los de tipo positivo. Con esta inversión en los positivos (subescalas A.A. y P.V.) se logra que todos ellos apunten hacia la depresión.

CONVERSIÓN DE PUNTUACIONES DIRECTAS EN PUNTUACIONES TRASFORMADAS.

Aunque en los estudios originales se ha empleado la escala de los deciles, para interpretar las puntuaciones directas, en la tipificación Española ha preferido obtener las puntuaciones en las escalas de centiles y decapitos, y en la versión Mexicana se usan percentiles para interpretar las puntuaciones directas.

Las puntuaciones percentiles indica el tanto por ciento del grupo normativo al que el sujeto es determinado es superior en la variable apreciada por el instrumento.

Una vez obtenidas las puntuaciones directas para cada subescala aplicada a la hoja de respuestas, es fácil buscar en la tabla la columna correspondiente a la escala o subescala a interpretar.

En cada columna se buscará la puntuación directa obtenida por el sujeto y, a la misma altura, horizontalmente, se encontrará su percentil.

CALIFICACIÓN

La puntuación va de 5 a 1, siendo para "Muy de acuerdo" 5, para "De acuerdo" 4, "No estoy seguro" 3, "En desacuerdo" 2 y "Muy es desacuerdo" 1, punto para cada uno de los reactivos.

Para obtener el puntaje crudo de cada subescala se suma el puntaje obtenido de los reactivos que la conforman.

Escala de depresión:

RA Respuestas Afectivas (reactivos 2, 10, 18, 26, 34, 42, 50, 58).

PA Problemas Sociales (reactivos 3, 11, 19, 27, 35, 43, 51, 59).

AE Autoestima (reactivos 4, 12, 20, 28, 36, 44, 52).

PM Preocupación por la Muerte-Salud (reactivos 5, 13, 21, 29, 37, 45, 53).

SC Sentimientos de Culpabilidad (reactivos 6, 14, 22, 30, 38, 46, 54, 61).

DV Depresivos Varios (reactivos 7, 15, 23, 31, 39, 47, 55, 66).

Escala positiva:

AA Animo-Alegria (reactivos 1, 9, 17, 25, 33, 41, 49, 57).

PV Positivo Varios (reactivos 8, 16, 24, 32, 42, 48, 56, 63, 64, 65).

Posteriormente se obtiene la suma de los puntajes de las subescalas que conforman la escala Total Positivo y Total Depresivo por separado.

Con cada uno de los puntajes crudos de las subescalas y escalas, se ubicarán en un puntaje percentilar, pudiendo establecer una comparación intergrupo, intersexos e interedad para cada sujeto.

Para hacer una interpretación de los puntajes percentilares se utiliza la desviación estándar para describir la dispersión de los individuos por encima o por abajo de la media. Las desviaciones de dos o más unidades estándar de la media se consideran extremas, según corresponda de acuerdo a las características contenidas en cada subescala. Ver los siguientes cuadros.

PLANTILLA Y PERFIL DEL CDS

Se elaboró una plantilla de corrección con el objeto de obtener puntuaciones directas en todas las subescalas del CDS. Para lo cual se colocará la plantilla sobre la hoja de respuestas de modo que concidan los círculos existentes en el margen izquierdo de la plantilla con los números 1 y 25 para la primera hoja y los números 33 y 57 para la segunda hoja, esto permitirá ver los ítems pertenecientes a la primera subescala (AA) y encima de los recuadros se encontrará la puntuación (5 a 1) contando los puntos obtenidos por la subescala AA, anotando la puntuación obtenida en la hoja de respuestas en su casilla correspondiente.

Para obtener el puntaje de RA se desliza hacia abajo la plantilla hasta que aparezcan los números 2 y 26 para la primera hoja y los números 34 y 58 para la segunda hoja, sumandose los puntos obtenidos, el resultado se anotará en la casilla de RA del margen derecho de la hoja de respuestas.

Se vuelve a deslizar la plantilla hacia abajo y se tendrá:

Subescala	1ra. hoja	2da. hoja
PS	3 y 27	35 y 59
AE	4 y 28	36 y 60
PM	5 y 29	37
SC	6 y 30	38 y 61
DV	7 y 31	39, 62, 66
PV	8 y 32	40, 63, 64 y 65

Una vez obtenidos los puntajes de las subescalas deberán anotarse en la hoja del perfil, posteriormente se gráfica la puntuación en bruto a percentiles.

INTERPRETACION DEL PERFIL

ESCALA DEPRESIVA		
SUBESCALA	ARRIBA DE LA MEDIA	ABAJO DE LA MEDIA
Respuestas Afectivas	Se refieren al estado de ánimo del niño y a la forma en cómo percibe su mundo externo, reaccionando melancólico, triste, con ganas de llorar e ideas de muerte, presenta cambios en el estado ánimo debido a influencias exteriores produciendo ciertas emociones que influyen en el estado de ánimo.	Presenta una tendencia a reaccionar fácilmente a sus sentimientos y emociones, mantiene su interés, es curioso y busca situaciones agradables.
Problemas Sociales	Dificultades personales que limitan al sujeto en la interacción con los demás, sus cambios de conducta alteran de modo importante las relaciones propias con los demás, afectando sus sentimientos puesto que percibe que es incomprendido y poco amado.	Establece relaciones interpersonales adecuadas y satisfactorias, sintiéndose amado, comprendido y aceptado por quien le rodea
Autoestima	Son los sentimientos, actitudes y conceptos del niño respecto a su persona, sintiéndose molesto consigo mismo puesto que su imagen de sí mismo no corresponde con su imagen ideal, por lo cual se devalúa.	Amor del individuo hacia sí mismo y a todo lo que forma parte de él como el amor a su cuerpo y a su propia personalidad.
Problemas de Muerte	Alude al cansancio físico, a la falta de motivación y a la sensación o fantasía de muerte, falta de interés por el medio ambiente, sueños y fantasías de él en relación con su salud.	Interés por el mundo externo que le rodea. optimista, con tendencia al entusiasmo, inquietud, impulsividad, confianza en sí mismo, estabilidad física con energía suficiente para realizar cualquier actividad.
Sentimientos de Culpa	Son los sentimientos de pesar por la disminución de méritos, por lo que hay una culpa imaginaria ya que siente que ha defraudado a sus padres y debe ser castigado por ésto, sintiendo que no debe ser apreciado y valorado por los demás.	Intenciones y actitudes adecuadas hacia él, confianza en sí mismo mostrándose seguro, firme y decidido.
Depresivos varios	Es un estado emotivo negativo de tristeza, llanto, de emociones y situaciones que no pueden controlar y que al mismo tiempo le causan culpa, inseguridad y desesperación y sentimientos de insuficiencia y devaluación. Son Items que no pudieron agruparse para formar una identidad.	Estado emotivo de seguridad, suficiencia y sentimientos de alegría y felicidad, aceptación, de autovaloración y comunicación.

ESCALA POSITIVA		
SUBESCALA	ARRIBA DE LA MEDIA	ABAJO DE LA MEDIA
Ánimo Alegría	Se refiere a actitudes emotivas agradables, presencia de diversión y alegría en la vida del niño así como su capacidad para experimentar placer, se siente a gusto con las cosas que hace y las valora como buenas. El sujeto se siente feliz por lo que manifiesta, apertura con los demás.	El estado de ánimo de infelicidad, con sentimientos y emociones correspondientes al contenido de pensamientos negativos y actitud de miedo, cólera y vergüenza.
Positivos Varios	Placer por las cosas que hace con disposición emotiva de enaltecimiento, orgullo, seguridad, tranquilidad, que hablan de una buena relación con sus padres porque los percibe como figuras de protección. No existen malestares emocionales persistentes.	Manifiestan displacer por las cosas que hace, siente que no corresponde a sus padres, por lo que no existe una buena relación con ellos, que lo conducen a un mal manejo de sus emociones.

ESCALA TOTAL		
ESCALA	ARRIBA DE LA MEDIA	ABAJO DE LA MEDIA
Total Positivo	Actitudes positivas hacia él a su medio y hacia los demás, función de sus propias capacidades y actitudes sintiendo satisfacción en todo lo que hace.	Estado emocional vagamente definido, caracterizado por actitudes negativas, hacia él, su medio y hacia los demás, inseguridad en sus capacidades y actitudes llevándolo al aislamiento, indiferencia y sumisión.
Total Depresivo	Tendencia a la elevación en el puntaje indicará la aparición de sentimientos de culpa, en este caso se hacen notables los sentimientos de tristeza, la reducción de la energía, la falta de motivación y la pérdida general del interés, al igual que la lentificación del pensamiento, sentimiento de inseguridad, de pesimismo hacia las propias actividades las capacidades y las metas, convirtiéndose entonces la autocrítica en el fundamento de una actitud derrotista y aprehensivo, especialmente frente a las actitudes críticas que se enfrentan.	Los puntajes bajos indican la actitud del individuo de seguridad, de firmeza y decisión. El sujeto se encuentra bien adaptado, siente gusto por la vida y siente que logrando lo que desea.

NORMAS

MUESTRA TOTAL

PERCENTIL	A. A.	R.A.	PS	A. E.	PM	SC	DV	PV	D	P	PERCENTIL
99	40	35-38	37-39	37-38	31-33	37-39	42-45	47-49	200-217	83-86	99
95	39	31-34	35-36	34-36	29-30	35-36	40-41	45-46	193-199	81-84	95
90	37	30-33	32-34	31-33	27-28	33-34	38-39	43-44	180-192	77-80	90
80	36	29	31	30	26	32	37	42	175-179	75-76	80
75	35	28	30	29	25	31	36	41	167-174	74	75
70	34	26-27	28-29	28	24	29-30	34-35	40	155-166	71-73	70
60	33	24-25	26-27	26-27	22-23	27-28	33	38-39	147-154	69-70	60
50	32	23	25	25	21	26	32	37	146	68	50
40	30-31	20-22	23-24	22-24	19-20	25	30-31	36	138-145	66-67	40
30	29	19	22	21	18	23-24	29	34-35	133-137	64-65	30
25	28	18	21	20	17	22	28	33	128-132	63	25
20	26-27	15-17	17-20	17-19	15-16	19-21	25-27	30-32	111-127	61-62	20
10	24-25	12-14	15-16	15-16	12-14	16-18	22-24	27-29	110	57-60	10
5	0-23	0-11	0-14	0-14	0-11	0-15	0-21	0-26	0-109	0-56	5
N	1250	1250	1250	1250	1250	1250	1250	1250	1250	1250	N
X	31	23	24	25	21	26	32	36	63	68	X
DS	5	7	6	7	6	6	6	9	31	9	DS

POR SEXO

SEXO MASCULINO

PERCENTIL	A. A.	R. A.	PS	A. E.	PM	SC	DV	PV	D	P	PERCENTIL
99	40	34-38	36-38	37-38	31-34	37-39	42-45	47-49	201-215	84-86	99
95	38-39	32-33	32-35	34-35	29-30	35-36	40-41	45-46	189-200	81-83	95
90	37	29-31	31-33	31-33	27-28	33	37-39	43-44	176-188	77-80	90
80	36	28	30	30	26	32	36	42	171-175	75-76	80
75	35	27	29	29	25	31	35	41	167-170	74	75
70	33-34	25-26	27-28	27-28	24	29-30	34	40	157-166	72-73	70
60	32	22-24	25-26	25-26	22-23	27-28	31-33	39	149-156	70-71	60
50	31	20	24	24	21	26	30	38	148	69	50
40	30	19-20	22-23	22-23	19-20	24-25	29	36-37	140-147	67-68	40
30	29	17-18	21	21	18	23	27-28	35	132-139	65-66	30
25	28	16	19-20	20	17	22	26	34	128-131	63-64	25
20	26-27	13-15	16-18	16-19	15-16	18-21	23-25	30-33	120-127	62	20
10	24-25	11-12	14-15	13-15	12-14	15-17	20-22	27-29	106-109	57-61	10
5	0-23	0-10	0-13	0-12	0-11	0-14	0-19	0-26	0-105	0-56	5
N	638	638	638	638	638	638	638	638	638	638	N
X	31	22	24	24	21	26	30	37	148	68	X
DS	5	7	7	7	6	6	6	6	32	9	DS

SEXO FEMENINO

PERCENTIL	A. A.	R.A.	PS	A. E.	PM	SC	DV	PV	D	P	PERCENTIL
99	40	36-38	37-40	37-39	31-33	37-40	42-45	47-49	206-222	85-88	99
95	39	34-35	36	35-36	30	35-36	38-41	45-46	195-205	81-84	95
90	37-38	31-33	33-35	32-34	27-29	33-34	38-39	42-44	183-194	74-80	90
80	36	30	32	31	26	32	37	41	179-182	75	80
75	35	29	31	30	25	31	36	40	174-178	74	75
70	33	28	30	28-29	24	29-30	35	39	166-173	71-73	70
60	33	26-27	29	27	23	28	34	38	161-165	69-70	60
50	32	25	27	26	22	27	33	37	160	68	50
40	31-30	22-24	25-26	24-25	20-21	25-26	31-32	35-36	152-159	66-67	40
30	29	21	24	23	19	24	30	34	145-151	64-65	30
25	28	20	22-23	21-22	18	23	29	33	140-144	62-63	25
20	26-27	16-19	19-21	18-20	16-17	20-22	26-28	30-32	136-139	61	20
10	23-25	14-15	16-18	15-17	13-15	17-19	23-25	27-29	118-135	56-60	10
5	0-22	0-13	0-15	0-14	0-12	0-16	0-22	0-26	0-117	0-55	5
N	612	612	612	612	612	612	612	612	612	612	N
X	31	24	27	25	21	27	32	37	158	68	X
DS	5	7	6	6	5	6	7	6	30	10	DS

MUESTRA DE TIPIFICACIÓN POR SEXO Y EDAD

SEXO MASCULINO 8 AÑOS

PERCENTIL	A. A.	RA.	PS	A. E.	PM	SC	DV	PV	D	P	PERCENTIL
99	40	33-40	35-39	37-38	32-33	37-39	44-45	48-49	188-215	82-86	99
95	39	31-32	33-34	32-36	31	35-36	40-43	43-47	181-187	79-81	95
90	38	30	31-32	30-31	29-30	32-34	37-39	43-44	173-180	77-78	90
80	37	29	30	29	28	31	36	42-42	170-172	76	80
75	36	27-28	24	28	27	30	34-35	40	166-169	74-75	75
70	35	25-26	27-28	27	26	28-29	32-33	39	155-165	72-73	70
60	34	23-24	26	25-26	24-25	27	31	38	151-154	71	60
50	33	22	25	24	23	26	30	37	150	70	50
40	32	20-21	23-24	22-23	20-22	24-25	28-29	35-36	142-149	67-69	40
30	31	19	22	21	18-19	23	27	34	134-141	66	30
25	30	17-18	21	20	17	22	26	34	132-133	65	25
20	28-29	14-16	17-20	16-19	15-16	17-21	22-25	31-32	130-131	63-64	20
10	25-27	12-13	12-16	12-15	13-14	15-16	19-21	28-30	104-129	61-62	10
5	0-24	0-11	0-11	0-11	0-12	0-14	0-18	0-27	0-103	0-60	5
N	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	N
X	33	22	24	23	22	25	30	37	148	69	X
DS	4	6	6	7	6	6	7	6	30	9	DS

SEXO FEMENINO 8 AÑOS

PERCENTIL	A. A.	R. A.	PS	A. E.	PM	SC	DV	PV	D	P	PERCENTIL
99	40	37-38	38-39	37-38	32-35	37-39	42-45	48-49	206-215	87-88	99
95	39	34-36	36-37	36	31	36	41	46-47	195-205	81-85	95
90	38	31-33	33-35	31-35	29-30	33-35	38-40	43-45	179-194	77-80	90
80	37	30	32	30	28	32	37	42	174-178	75-76	80
75	36	29	31	29	27	31	36	41	171-173	73-74	75
70	35	28	30	27-28	25-26	29-30	35	40	165-170	71-72	70
60	33-34	27	28-29	26	23-24	28	34	39	153-164	69-70	60
50	32	26	27	25	22	27	33	38	152	68	50
40	31	24-25	25	22-25	21	26	31-32	36-37	143-151	66-67	40
30	30	23	24	21	20	25	30	35	136-142	65	30
25	29	22	22-23	20	18-19	24	29	35	133-135	64	25
20	28	18-21	19-21	17-19	14-17	21-23	24-28	32-33	128-132	62-63	20
10	26-27	16-17	17-18	15-16	13	20	23	29-31	112-127	57-61	10
5	25	0-15	0-16	0-14	0-12	0-19	22	0-28	0-111	0-56	5
N	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93	N
X	32	25	27	25	22	27	32	38	148	68	X
DS	5	6	6	6	6	5	6	5	33	9	DS

SEXO MASCULINO 9 AÑOS

PERCENTIL	A. A.	R. A.	PS	A. E.	PM	SC	DV	PV	D	P	PERCENTIL
99	40	37-39	38-39	37-40	32-35	38-39	43-45	47-50	201-222	84-88	99
95	39	32-33	35-37	34-36	30-31	37-36	41-42	45-46	193-200	80-83	95
90	37-38	30-31	33-34	31-33	28-29	33-35	38-40	43-44	180-192	77-79	90
80	36	28-29	31-32	30	26-27	32	37	42	174-179	75-10	80
75	35	27	29-30	29	25	31	36	41	170-173	74	75
70	34	26	28	26-28	24	30	34-35	39-40	162-169	73	70
60	33	24-25	26-27	25	23	28-29	32-33	38	154-161	70-72	60
50	32	23	25	24	22	27	31	37	153	69	50
40	31	19-22	22-24	22-23	19-21	24-26	28-30	35-36	143-152	67-68	40
30	30	18	20-21	21	18	22-23	27	34	130-142	64-66	30
25	29	16-17	19	20	17	21	26	32-33	127-129	62-63	25
20	26-28	13-15	16-18	17-19	14-16	17-20	23-25	29-31	121-126	60-61	20
10	23-25	11-12	15	14-16	12-13	14-16	20-22	26-28	100-120	55-59	10
5	0-22	0-10	0-14	0-13	0-11	0-14	0-19	0-25	0-99	0-54	5
N	146	146	146	146	146	146	146	146	146	146	N
X	31	22	25	24	21	26	31	37	150	68	X
DS	5	7	7	7	6	7	7	6	33	10	DS

SEXO FEMENINO 9 AÑOS

PERCENTIL	A. A.	R. A.	PS	A. E.	PM	SC	DV	PV	D	P	PERCENTIL
99	40	37-40	37-40	38-40	30-32	38-40	43-45	48-50	211-223	86-88	99
95	39	35-36	36	35-37	28-29	36-37	40-42	46-47	194-210	84-85	95
90	38	32-34	33-35	32-34	27	33-35	38-39	43-45	184-194	78-83	90
80	37	31	32	30-31	26	32	37	42	180-183	76-77	80
75	36	30	31	29	25	31	36	41	176-179	75	75
70	34-35	28-29	30	28	24	30	35	40-41	169-175	74	70
60	33	26-27	29	27	23	29	34	39	163-168	70-73	60
50	32	25	28	26	22	28	33	38	162	69	50
40	31	22-24	26-27	25	21	25-27	31-32	35-37	159-161	67-68	40
30	30	21	24-25	24	20	23-24	30	34	147-158	65-66	30
25	29	20	23	23	19	22	28-29	32-33	145-146	62-64	25
20	26-28	16-19	20-22	18-22	17-18	20-21	27	29-31	142-144	60-61	20
10	25	14-15	17-19	15-17	15-16	13-19	24-26	27-28	123-141	56-59	10
5	0-24	0-13	0-16	0-14	0-14	0-12	0-23	0-26	0-122	0-55	5
N	118	118	118	118	118	118	118	118	118	118	N
X	32	25	25	26	22	27	32	37	160	69	X
DS	5	7	7	6	5	6	6	6	30	10	DS

SEXO MASCULINO
10 AÑOS

PERCENTIL	A. A.	R. A.	PS	A. E.	PM	SC	DV	PV	D	P	PERCENTIL
99	40	35-37	37-38	37-39	31-33	38-40	43-45	47-49	206-217	84-86	99
95	38-39	33-34	35-36	35-36	29-30	36-37	41-42	45-46	195-205	81-83	95
90	36-37	30-32	31-34	31-34	28	33-35	38-40	43-44	179-194	77-80	90
80	35	29	30	30	27	32	37	42	174-178	75-76	80
75	34	28	29	29	26	31	36	41	171-173	73-74	75
70	33	26-27	28	28	24-25	30	34-35	40	165-170	71-72	70
60	32	24-25	25-26	26-27	23	28-29	33	39	153-164	69-70	60
50	31	23	25	25	22	27	32	38	152	68	50
40	30	19-22	22-23	23-24	20-21	24-26	30-31	36-37	143-151	66-67	40
30	29	17-18	21	22	19	23	29	35	136-142	65	30
25	28	16	20	21	18	22	28	34	133-135	64	25
20	27	12-15	17-19	17-20	16-17	20-21	26-27	30-33	128-132	62-63	20
10	25-26	10-11	15-16	15-16	14-15	16-19	23-25	27-29	112-127	57-61	10
5	0-24	0-9	0-14	0-14	0-13	0-15	0-22	0-26	0-111	0-56	5
N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174	N
X	31	22	25	25	22	27	32	37	152	68	X
DS	4	7	6	6	5	7	6	6	31	9	DS

SEXO FEMENINO
10 AÑOS

PERCENTIL	A. A.	R. A.	PS	A. E.	PM	SC	DV	PV	D	P	PERCENTIL
99	39-40	35-38	37-40	37-38	31-33	37-38	43-45	47-49	211-221	83-85	99
95	38	33-34	35-36	35-36	30	34-36	41-42	45-46	193-210	81-82	95
90	37	30-32	33-34	33-34	27-29	32-33	38-40	42-44	182-192	76-80	90
80	36	29	32	32	26	31	37	41	179-181	75	80
75	35	28	31	30-31	25	30	36	40	173-178	73-74	75
70	34	27	30	29	24	29	35	39	167-172	71-72	70
60	33	26	29	27-28	23	28	34	38	161-166	69-70	60
50	32	25	28	26	22	27	33	37	160	68	50
40	30-31	22-24	25-27	23-25	19-21	25-26	31-32	35-36	154-159	67	40
30	29	20-21	24	22	18	24	30	34	149-153	65-66	30
25	27-28	19	22-23	20-21	17	23	29	33	141-148	63-64	25
20	25-26	16-18	17-21	17-19	14-16	20-22	26-28	31-32	132-140	61-62	20
10	23-24	13-15	15-16	15-16	12-13	16-19	22-25	27-30	113-131	56-60	10
5	0-22	0-12	0-14	0-14	0-11	0-15	0-21	0-26	0-113	0-55	5
N	181	181	181	181	181	181	181	181	181	181	N
X	31	24	27	26	21	26	32	37	158	68	X
DS	5	7	6	7	6	6	6	6	30	9	DS

SEXO MASCULINO 11 AÑOS

PERCENTIL	A. A.	R. A.	PS	A. E.	PM	SC	DV	PV	D	P	PERCENTIL
99	39-40	34-39	36-39	36-38	30-33	35-37	41-43	47-48	208-214	84-86	99
95	37-38	31-33	33-35	34-35	29	34	39-40	46	188-207	81-83	95
90	36	28-30	31-32	32-33	26-28	32-33	36-38	43-45	175-187	77-80	90
80	35	26-27	29-30	31	25	30-31	35	42	167-174	76	80
75	34	25	28	30	24	29	34	41	161-166	75	75
70	33	23-24	26-27	27-29	22-23	28	33	40	154-160	72-74	70
60	32	21-22	24-25	24-25	21	26-27	31-32	39	143-153	70-71	60
50	31	20	23	23	20	25	30	38	142	69	50
40	30	18-19	21-22	20-22	18-19	23-24	28-29	36-37	135-141	67-68	40
30	29	17	20	19	17	22	27	35	122-134	64-66	30
25	28	16	18-19	18	16	21	26	34	119-121	63	25
20	26-27	13-15	16-17	15-17	15	18-20	23-25	32-33	111-118	61-62	20
10	23-25	12	13-15	12-14	12-14	14-17	19-22	28-31	104-110	56-60	10
5	0-22	0-11	0-12	0-11	0-11	0-13	0-18	0-27	0-103	0-55	5
N	137	137	137	1337	137	137	137	137	137	137	N
X	31	21	24	23	24	20	25	30	143	68	X
DS	5	7	7	7	7	6	6	6	32	9	DS

SEXO FEMENINO 11 AÑOS

PERCENTIL	A. A.	R. A.	PS	A. E.	PM	SC	DV	PV	D	P	PERCENTIL
99	39-40	37-39	39-40	37-40	32-35	38-40	44-45	47-49	221-231	84-89	99
95	37-38	34-36	36-38	35-36	29-31	37	42-43	45-46	202-220	79-83	95
90	36	31-33	33-35	32-34	27-28	33-36	38-41	42-44	184-201	75-78	90
80	35	29-30	32	31	26	31-32	37	41	180-183	73-74	80
75	34	28	31	30	25	30	36	40	175-179	72	75
70	33	27	29-30	28-29	23-24	29	35	39	164-174	70-71	70
60	32	25-26	27-28	26-27	22	28	33-34	37-38	154-163	68-69	60
50	31	24	26	25	21	27	32	36	153	67	50
40	30	21-23	24-25	24	19-20	24-26	31	34-35	146-152	65-66	40
30	29	20	23	23	18	23	30	33	139-145	63-64	30
25	28	19	21-22	21-22	17	22	28-29	32	136-138	61-62	25
20	24-27	15-18	17-20	16-20	16	18-21	26-27	30-31	129-135	59-60	20
10	21-23	13-14	15-16	15	12-15	16-17	23-25	26-29	113-128	54-58	10
5	0-20	0-12	0-14	0-14	0-11	0-15	0-22	0-25	0-112	0-53	5
N	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	N
X	30	24	26	25	26	21	26	32	155	66	X
DS	5	7	7	7	7	6	7	6	32	10	DS

SEXO MASCULINO 12 AÑOS

PERCENTIL	A. A.	R. A.	PS	A. E.	PM	SC	DV	PV	D	P	PERCENTIL
99	40	33-40	33-40	36-40	30-35	36-40	39-45	48-49	183-210	82-83	99
95	39	30-32	32	34-35	29	35	38	45-47	182	81	95
90	37-38	27-29	30-31	30-33	25-28	33-34	39-37	42-44	167-181	75-80	90
80	36	26	29	29	24	31-32	35	41	164-166	74	80
75	35	24-25	27-28	28	23	29-30	34	40	157-163	73	75
70	34	23	25-26	27	22	27-28	33	39	153-156	71-72	70
60	32-33	22	24	24-26	21	26	31-32	38	143-152	70	60
50	31	21	23	23	20	25	30	37	142	69	50
40	30	18-20	21-22	21-22	18-19	24	28-29	36	138-141	68	40
30	29	17	20	20	17	23	27	35	126-137	65-67	30
25	27-28	15-16	19	18-19	15-16	22	26	34	121-125	63-64	25
20	26	11-14	14-18	17	13-14	14-21	24-25	29-33	114-120	61-62	20
10	23-25	9-10	12-13	13-16	11	13	21-23	27-28	102-113	55-60	10
5	0-22	0-7	0-11	0-12	0-10	0-12	0-19	0-26	0-101	0-54	5
N	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	N
X	31	20	23	23	19	15	30	37	141	68	X
DS	5	7	6	7	6	7	6	6	30	9	DS

SEXO FEMENINO 12 AÑOS

PERCENTIL	A. A.	R.A.	PS	A. E.	PM	SC	DV	PV	D	P	PERCENTIL
99	39-40	37-39	39-40	36-40	31-35	33-40	40-45	46-49	189-210	79-83	99
95	38	35-36	36-38	33-35	29-30	32	39	45	188	78	95
90	37	31-34	33-35	31-32	27-28	31	38	43-44	182-187	77	90
80	36	30	32	30	25-26	30	37	42	177-181	75-76	80
75	35	29	31	29	24	29	36	41	173-176	74	75
70	34	28	29-30	28	23	28	35	39-40	168-172	70-73	70
60	33	26-27	28	27	22	27	34	37-38	164-167	68-69	60
50	32	25	27	26	21	26	33	36	163	67	50
40	31	23-24	24-26	24-25	20	25	31-32	35	153-162	65-66	40
30	29-30	22	23	22-23	19	24	30	34	143-152	64	30
25	28	20-21	22	21	18	23	29	33	137-142	63	25
20	27	17-19	20-21	18-20	16-17	21-22	27-28	29-32	134-136	61-62	20
10	24-26	16	18-19	17	12-15	18-20	25-26	28	126-133	56-60	10
5	0-23	0-15	0-17	0-16	0-11	0-17	0-24	0-27	0-125	0-55	5
N	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	N
X	31	20	27	26	21	26	33	36	158	68	X
DS	4	7	6	6	5	4	5	6	25	8	DS

SEXO MASCULINO 13 AÑOS

PERCENTIL	A. A.	R. A.	PS	A. E.	PM	SC	DV	PV	D	P	PERCENTIL
99	38-40	36-40	39-40	38-40	33-35	39-40	43-45	46-49	197-210	81-82	99
95	36-37	32-35	37-38	36-37	30-32	37-38	41-42	42-45	184-196	80	95
90	35	31	35-36	33-35	29	34-36	40	40-41	161-183	77-79	90
80	36	21	27-28	29-30	25	30	34	42	151-160	75-76	80
75	35	20	25-26	28	23-24	29	31-33	41	145-150	74	75
70	34	19	24	25-27	22	27-28	29-30	40	141-144	73	70
60	33	18	21-23	24	21	25-26	28	38-39	139-140	70-72	60
50	32	17	20	23	20	24	27	37	138	69	50
40	30-31	16	19	21-22	19	23	26	36	128-137	65-68	40
30	29	15	18	20	18	22	25	35	119-127	64	30
25	28	19	17	19	17	21	24	33-34	117-118	62-63	25
20	25-27	13	16	16-18	15-16	19-20	22-23	31-32	115-116	60-61	20
10	23-24	9-12	15	14-15	13-14	12-18	19-21	28-30	106-114	57-59	10
5	0-22	0-8	0-14	0-13	0-12	0-11	0-11	0-27	0-105	0-55	5
N	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	N
X	31	18	30	23	20	25	28	37	138	68	X
DS	4	6	6	6	5	5	5	5	28	8	DS

SEXO FEMENINO 13 AÑOS

PERCENTIL	A. A.	R.A.	PS	A. E.	PM	SC	DV	PV	D	P	PERCENTIL
99	38-40	36-40	39-40	38-46	33-35	39-40	43-45	46-49	201-210	76-81	99
95	36-37	32-35	37-38	36-37	30-32	37-38	41-42	42-45	193-200	72-75	95
90	35	31	35-36	33-35	29	34-36	40	40-41	191-192	71	90
80	34	29-30	34	32	28	33	39	39	189-190	70	80
75	33	28	33	31	27	32	38	38	185-188	69	75
70	32	27	30-32	30	26	31	37	35-37	182-184	66-68	70
60	31	25-26	27-29	28-29	25	30	36	34	158-181	64-65	60
50	30	24	26	27	24	29	35	33	157	63	50
40	29	23	24-25	24-26	21-23	28	31-34	30-32	152-156	61-62	40
30	28	22	23	22-23	20	27	30	28-29	146-151	58-60	30
25	27	21	22	21	19	26	29	26-27	142-145	55-57	25
20	21-26	16-20	21	20	15-18	25	25-28	24-25	135-141	53-54	20
10	20	15	20	19	14	24	24	23	128-134	45-52	10
5	0-19	0-14	0-19	0-18	0-13	0-13	0-23	0-22	0-127	0-44	5
N	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	N
X	29	25	27	27	22	29	33	32	163	61	X
DS	4	5	6	5	5	4	5	6	25	9	DS

SEXO MASCULINO 14 AÑOS

PERCENTIL	A. A.	R.A.	PS	A. E.	PM	SC	DV	PV	D	P	PERCENTIL
99	37-40	36-38	39	38-39	36-37	37	41	47	206-210	80	99
95	36	34-35	36-38	36-37	32-35	36	40	46	201-205	79	95
90	35	32-33	33-35	34-35	27-31	35	39	45	193-200	78	90
80	34	31	32	33	26	33-34	38	44	189-192	75-76	80
75	33	30	30-31	32	25	32	37	43	187-188	74	75
70	32	29	28-29	31	24	32	36	40-42	182-186	70-73	70
60	31	27-28	26-27	27-30	24	31	35	37-39	164-181	67-69	60
50	30	26	25	26	24	30	34	36	163	66	50
40	29	22-25	23-24	22-25	21-23	27-29	33	35	140-162	65	40
30	28	19-21	20-22	21	20	26	30-32	35	127-139	64	30
25	27	18	19	21	19	25	29	34	124-126	63	25
20	26	17	18	20	18	23-24	27-28	34	123	62	20
10	25	16	17	20	17	22	18-26	33	122	59-61	10
5	0-24	0-15	0-16	0-19	0-16	0-22	0-17	0-32	0-121	0-58	5
N	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	N
X	31	25	25	27	23	29	32	38	160	69	X
DS	4	7	7	6	4	5	7	5	34	9	DS

SEXO FEMENINO 14 AÑOS

PERCENTIL	A. A.	R. A.	PS	A. E.	PM	SC	DV	PV	D	P	PERCENTIL
99	38-40	39	42	39	40	38	48	48	205	80	99
95	37	38	41	38	38-39	37	47	47	204	79	95
90	36	37	40	37	35-37	36	46	46	203	78	90
80	35	36	39	36	32-34	35	45	45	202	77	80
75	33-34	35	38	35	27-31	24	44	44	201	76	75
70	32	31-34	33-37	32-34	21-26	32-33	39-43	43	187-203	74-75	70
60	31	27-30	28-32	29-31	22-23	29-31	35-38	41-42	170-186	72-73	60
50	30	26	27	28	21	28	34	40	169	71	50
40	20-29	26	24-26	27	20	27	32-33	23-39	161-168	56-70	40
30	17-19	26	23	26	19	25-26	29-31	19-22	152-160	41-55	30
25	16	26	22	25	18	24	28	18	150-151	36-40	25
20	16	26	22	25	18	24	28	18	149	35	20
10	16	26	22	25	18	24	28	18	148	34	10
5	0-16	0-26	0-22	0-25	0-18	0-24	0-28	0-18	0-147	0-33	5
N	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	N
X	26	29	30	30	22	29	36	34	176	60	X
DS	9	5	10	6	5	6	9	14	33	23	DS

HOJA DE EJEMPLO

Otros niños han contestado las frases que están en el cuestionario, diciendo como piensan o como se sienten, si están de acuerdo o no sobre lo que se dice en esas frases. Sólo yo veré las respuestas.

Para ver como se contesta veremos los siguientes ejemplos:

A. Me gusta ir al parque.

Si a un niño si le gusta mucho ir al parque, rellenará el círculo "MUY DE ACUERDO"

	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
A	●	○	○	○	○

Si a otro niño le gusta poco ir al parque, rellenará el círculo "DE ACUERDO"

	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
A	○	●	○	○	○

Pero si algún niño, no sabe si le gusta o no ir al parque, rellenará el círculo "NO ESTOY SEGURO"

	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
A	○	○	●	○	○

Si algún niño no le gusta ir al parque, rellenará el círculo "EN DESACUERDO"

	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
A	○	○	○	●	○

Si no le gusta para nada ir al parque, rellenará el círculo "MUY EN DESACUERDO"

	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
A	○	○	○	○	●

Para ver si entendiste contesta el siguiente ejemplo:

B. Me gusta ir a los museos.

	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
B	○	○	○	○	○

NOMBRE: _____
 GRADO: _____ EDAD: _____ SEXO: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____
 ESCUELA: _____
 FECHA: _____

SEÑALA SOLO UNA RESPUESTA

	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	
1	<input type="radio"/>	1				
2	<input type="radio"/>	2				
3	<input type="radio"/>	3				
4	<input type="radio"/>	4				
5	<input type="radio"/>	5				
6	<input type="radio"/>	6				
7	<input type="radio"/>	7				
8	<input type="radio"/>	8				
	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	
9	<input type="radio"/>	9				
10	<input type="radio"/>	10				
11	<input type="radio"/>	11				
12	<input type="radio"/>	12				
13	<input type="radio"/>	13				
14	<input type="radio"/>	14				
15	<input type="radio"/>	15				
16	<input type="radio"/>	16				
	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	
17	<input type="radio"/>	17				
18	<input type="radio"/>	18				
19	<input type="radio"/>	19				
20	<input type="radio"/>	20				
21	<input type="radio"/>	21				
22	<input type="radio"/>	22				
23	<input type="radio"/>	23				
24	<input type="radio"/>	24				
	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	
25	<input type="radio"/>	25				
26	<input type="radio"/>	26				
27	<input type="radio"/>	27				
28	<input type="radio"/>	28				
29	<input type="radio"/>	29				
30	<input type="radio"/>	30				
31	<input type="radio"/>	31				
32	<input type="radio"/>	32				

PUNTUACIÓN

CRUDA PERCENTIL

RA		
PS		
AE		
PM		
SC		
DV		
TD		
AA		
PV		
TP		

	HUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	
33	<input type="radio"/>	33				
34	<input type="radio"/>	34				
35	<input type="radio"/>	35				
36	<input type="radio"/>	36				
37	<input type="radio"/>	37				
38	<input type="radio"/>	38				
39	<input type="radio"/>	39				
40	<input type="radio"/>	40				

	HUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	
41	<input type="radio"/>	41				
42	<input type="radio"/>	42				
43	<input type="radio"/>	43				
44	<input type="radio"/>	44				
45	<input type="radio"/>	45				
46	<input type="radio"/>	46				
47	<input type="radio"/>	47				
48	<input type="radio"/>	48				

	HUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	
49	<input type="radio"/>	49				
50	<input type="radio"/>	50				
51	<input type="radio"/>	51				
52	<input type="radio"/>	52				
53	<input type="radio"/>	53				
54	<input type="radio"/>	54				
55	<input type="radio"/>	55				
56	<input type="radio"/>	56				

	HUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	
57	<input type="radio"/>	57				
58	<input type="radio"/>	58				
59	<input type="radio"/>	59				
60	<input type="radio"/>	60				
61	<input type="radio"/>	61				
62	<input type="radio"/>	62				
63	<input type="radio"/>	63				
64	<input type="radio"/>	64				
65	<input type="radio"/>	65				
66	<input type="radio"/>	66				

DIAGNOSTICO:

OBSERVACIONES:

CDS

VERSIÓN MEXICANA

FAVOR DE MARCAR SÓLO EN LA HOJA DE RESPUESTAS

1. Me siento alegre la mayor parte del tiempo.
2. Muchas veces me siento triste en la escuela.
3. A veces pienso que nadie se preocupa por mi.
4. A veces creo que no soy importante.
5. A veces me despierto durante la noche.
6. Pienso muchas veces que dejo en vergüenza a mi mamá y a mi papá.
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 ya muerto.
11. Me siento solo muchas veces.
12. Muchas veces estoy enojado conmigo mismo.
13. Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco.
14. A veces creo que mi mamá o mi papá hace o dice cosas que me hacen pensar que hice algo malo.
15. Me pongo triste cuando alguien se enoja conmigo.
16. Muchas veces mi mamá y mi papá me hacen sentir que las cosas que hago son muy buenas.
17. Siempre estoy queriendo hacer muchas cosas en la escuela.
18. Estando en la escuela muchas veces me dan ganas de llorar.
19. A veces no puedo demostrar lo triste que me siento por dentro.
20. Me molesta la forma de mi cuerpo o en la forma en que me porto.
21. La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada.
22. A veces temo que lo que hago pueda molestar o enojar a mi mamá o a mi papá.
23. Cuando me enoja casi siempre termino llorando.
24. En mi familia todos nos divertimos mucho juntos.
25. Me divierto con las cosas que hago.
26. Muchas veces me siento triste.
27. Muchas veces me siento solo y como un extraño en la escuela.
28. A veces no me quiero a mí mismo.
29. Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas.
30. Seguido pienso que debo ser castigado.
31. A veces no me siento contento por causa de mis tareas escolares.

32. Cuando alguien se enoja conmigo, yo me enojo con él.
33. Casi siempre me gusta estar en la escuela.
34. A veces pienso que no vale la pena vivir.
35. La mayoría del tiempo creo que nadie me entiende.
36. A veces me avergüenzo de mí mismo.
37. Muchas veces me siento muerto por dentro.
38. A veces estoy preocupado porque no quiero a mi mamá o a mi papá como debiera.
39. A veces la salud de mi mamá me preocupa.
40. Creo que mi mamá o mi papá está muy orgulloso de mí.
41. Soy una persona muy feliz.
42. Cuando estoy fuera de casa me siento muy triste.
43. Nadie sabe lo triste que me siento por dentro.
44. A veces me pregunto si en el fondo soy una persona muy mala.
45. Estando en la escuela me siento cansado casi 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 enojarse.
49. Creo que me veo bien y soy bonito.
50. Seguido no sé porque me dan ganas de llorar.
51. A veces pienso que nadie me necesita.
52. Cuando no hago bien las cosas en la escuela pienso que no sirvo para nada.
53. A veces me imagino que me hago heridas o me muero.
54. A veces creo que hago cosas que hacen sentir mal a mi mamá o a mi papá.
55. Muchas veces me siento mal por que no puedo hacer las cosas que quiero.
56. Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche.
57. Me salen bien casi todas las cosas que quiero hacer.
58. Creo que mi vida es triste.
59. Cuando estoy fuera de casa me siento solo.
60. La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser.
61. A veces me siento mal porque no quiero y no escucho a mi mamá o a mi papá como se merece.
62. Pienso a veces que no voy a lograr pasar año.
63. Tengo muchos amigos.
64. Utilizo mi tiempo haciendo con mi papá cosas muy interesantes.
65. Hay mucha gente que se preocupa por mí.
66. A veces creo que dentro de mí hay dos personas que me dicen que haga cosas diferentes.

BIBLIOGRAFÍA

- Aceves Luis M. Y Mishari Beatriz. Integración de razón y emoción. Revista: DIDAg, N° 9 Otoño, 1986 VIA, México.
- Ackerman, Nathan. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Ed. Harne. Buenos Aires, 1980.
- Alvarez Villar. Evaluación de la inteligencia y habilidades especiales. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid, 1982.
- Anastasi. Los test psicológicos. Ed. Aguilar. México, 1980.
- Anjuria Guerra, J. Manual de psiquiatría infantil. Ed. Masson. Barcelona, 1980.
- Ariety, Silvano. Psicoterapia de la depresión. Ed. Paidós. México, 1978.
- Ayuso Gutiérrez. Las depresiones. Ed. Interamericana. Madrid, 1981.
- Bear, Ruth. Psicología evolutiva de Piaget. Ed. Kapelusz. Buenos Aires, 1971.
- Biehler. Introducción al desarrollo del niño. Ed. Diana. México, 1986.
- Blanch, H. Grabirot. Tratado de psicología del niño. Tomo IV. Desarrollo afectivo y moral. Ed. Morato, Madrid, 1984.
- Bowlby, J. La pérdida afectiva: tristeza y depresión. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1985.
- Buhler, Ruth. Higiene mental del niño. Ed. Paidós. México, 1985.
- Calderon Narvaez. Depresión. Ed. Nueva Era. México, 1980.
- Cantwell, D. y Carlson, C. Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia. Ed. Martínez Roca. Madrid, 1987.
- Cronbach, L. Fundamentos de exploración psicológica. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid, 1980.
- Cytryn, L. Factors influencing the changing clinical expression of the depressive process in children. Am J. Psychiatry Hum. Dev., 1973; 4: 71-85.
- Despert, I. Suicide and depression in children. Nerv. Child., 1952.

- Duche. Breve tratado de psiquiatría infantil. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1973.
- Ekikson. Infancia y sociedad. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1976.
- Faw, Terry. Psicología del niño. Ed. Mc Graw Hill, Serie Shaum, México, 1984.
- Fiorini, H. Teoría y técnica de psicoterapias. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires, 1990.
- Freedman, a. Compendio de psiquiatría. Ed. Salvat. México, 1983.
- Freud, Anna. Psicoanálisis del niño y del adolescente. Ed. Paidós. México, 1976.
- Freud, Anna. Normalidad y patología en la niñez. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1973.
- Freud, Anna. Psicoanálisis infantil y clínica. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1977.
- Freud, Anna. Neurosis y sintomatología en la infancia. Ed. Paidós. Barcelona, 1984.
- Glaser, K. Masked depression in children and adolescents. Am. J. Psychoter., 1967.
- Golman. Psiquiatría General. Ed. Manual Moderno. México, 1987.
- Kerlinger. Investigación del comportamiento. Ed. Mc Graw-Hill/Interamericana. México, 1990.
- Labinowicz, e. Introducción a Piaget. Pensamiento-Aprendizaje-Enseñanza. Ed Sistemas Técnicos de Edición. México, 1986.
- Lang, M. Tisher, M. Childrens Depression Scale. Melbourne: Australian Council for Educational Research, 1978.
- Le Moal. El niño excitado y deprimido. Ed. Planeta Mexicana. México, 1976.
- Magnusson, David Teoría de los test. Ed. Trillas. México, 1986
- Mandolini Guardo. Historia General del Psicoanálisis de Freud a Fromm. Ed. Gordia. Buenos Aires, 1980.
- Marshall. Anomía y conducta desviada. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1968.
- Maier, Henry. Tres teorías sobre el desarrollo del niño. Ed. Amorrortu Buenos Aires, 1971.

- Mauco, G. Educación de la sensibilidad en el niño: Ensayo sobre la vida afectiva del niño. Ed. Aguilar, Madrid, 1964.
- Monedero, Carmelo. Psicología evolutiva y sus manifestaciones psicopatológicas. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1982.
- Mora, G. Teorías psicoanalíticas Y psicodinámicas de la personalidad. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1975.
- Morales, M^a Luisa. Psicometría. Ed. Trillas. México, 1975.
- Mussen, Paul. Desarrollo de la personalidad del niño. Ed. Trillas. México, 1974.
- Newman B. Y Newman P. Desarrollo del niño. Ed. Limusa. México, 1989.
- Newman, B. Manual de psicología infantil. Ed. limusa, 1986.
- Palacios, J. La cuestión escolar. Ed. LAIA, Barcelona, 1981.
- Papalia, d. Desarrollo humano. Ed. Mc Graw-Hill, 1985.
- Piaget J. Inhelder B. Psicología del niño. Ed. Morata, Madrid, 1984.
- Pichot, Pierre. Los test mentales. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1980.
- Pichon-Riviére. Teoría del Vínculo. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires, 1985.
- Piaget, J. Seis estudios de psicología. Ed. Barral. Barcelona, 1970.
- Polaino Lorente. La depresión. Ed. Nueva Era. México, 1980.
- Polaino Lorente. Las depresiones infantiles. Ed. Nueva Era. México, 1984.
- Poznanski, E. Childhood Depression: clinical characteristics of overtly depressed children. Arc. Gen. Psychiatry, 1970.
- Sattler, Jerome. Evaluación de la inteligencia infantil y habilidades especiales. Ed. Manual Moderno. México, 1988.
- Senn, Milton. Trastornos de la conducta y el desarrollo en el niño. Ed. Barcelona, 1971.

- Simomons, J. Exploración psiquiátrica del niño. Ed. Salvat. Barcelona, 1980.
- Stafford, Clark. Manual de clínica. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1970.
- Stone. Psicología del desarrollo. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1984.
- Stone. Psiquiatría para el pediatra. Ed. Prensa médica. México, 1982.
- Vigotsky L. S. El desarrollo de los procesos psicológicos superiores: en El niño: Aprendizaje y desarrollo. UNP, SEP. México, 1988.
- Watson, E. y Lowwarey. Crecimiento y desarrollo del niño. Ed. Trillas. México, 1982.
- Wallon. H. Los orígenes del pensamiento en el niño. Ed. Buena Visión. Buenos Aires, 1985.
- Weiner. Desarrollo normal y anormal del escolar. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1976.