

11241

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

LIBRO U 2 150

24



TÍTULO:

“ALCOHOLISMO EN PADRES Y SU CORRELACIÓN CON
TRASTORNO DEPRESIVO INFANTIL”

TESIS PROFESIONAL
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

DRA. NORA ADRIANA GONZALEZ REYES

AÑO 2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA Y
SALUD MENTAL

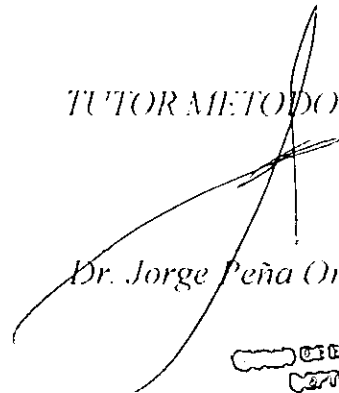
Título: ALCOHOLISMO EN PADRES Y SU CORRELACION CON
TRASTORNO DEPRESIVO INFANTIL.

Alumno: **DRA. NORA ADRIANA GONZALEZ REYES**

TUTOR TEORICO


Dra. Rosa Isela Mézquita
Orozco.


TUTOR METODOLOGICO


Dr. Jorge Peña Ortega

TUTOR ADJUNTO


Dra. María del Carmen Lara.

SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE PSICOLOGIA
PROGRAMA Y CALIDAD DE LA
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

No. 22

DR. ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
"ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA".

AÑO: 1999-2000

INDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS
3. JUSTIFICACIÓN
4. HIPÓTESIS
5. MATERIAL Y MÉTODOS
6. PROCEDIMIENTO
7. RESULTADOS
8. ANÁLISIS Y CONCLUSIONES
9. DISCUSIÓN
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
11. ANEXOS

1. INTRODUCCIÓN

La enfermedad es un episodio habitual e inevitable en la vida del niño. Las enfermedades llamadas "infantiles" son muestra de ello. En el espíritu del niño la enfermedad y el médico ocupan un importante lugar. El "juego del médico" se encuentra constantemente en las actividades espontáneas de los niños.

En el plano epidemiológico, el porcentaje de niños afectados de una enfermedad, varía según la edad y la gravedad de las afecciones estudiadas. Se estima que entre un 6% y un 20% de los niños presentan alguna enfermedad. En esta población la incidencia de trastornos psiquiátricos parece algo más elevada que en la población general, 15% y 6% respectivamente, aunque existen importantes variaciones según algunos autores.

En el adulto, la melancolía y la manía son entidades clínicas bien definidas, sin embargo, cuando se aborda este problema en psiquiatría infantil, la confusión es grande. G. Nissen menciona que unos seis mil niños presentan estados depresivos, en un total del 1.8%, donde la sintomatología depresiva depende de la edad y sexo. En los niños de edad escolar la sintomatología depresiva se refiere sobre todo a la esfera cognitiva.

La distribución por sexo demuestra que las niñas depresivas son generalmente tranquilas e inhibidas, mientras que los niños se caracterizan por presentar aislamiento, combinado con inhibiciones del aprendizaje y de irritabilidad, pueden conducir a dificultades escolares y a agresividad (5). En estudios realizados en las

últimas décadas, algunos autores han descrito el desarrollo epidemiológico de la depresión infantil, así como de sus características clínicas, su historia natural, y las múltiples correlaciones que se encuentran en torno a ésta entidad clínica.

Se menciona que la prevalencia de la depresión en los niños, se presenta como trastorno depresivo mayor entre un 15% a un 20%, mientras que el trastorno distímico se presenta entre el 0.6% al 1.7% en los niños, (siendo su frecuencia similar en niños y niñas), y de 1.6% a 8.0% en adolescentes (6,15).

Kovacs y cols, mencionan que bajo las referencias clínicas obtenidas en una revisión de 10 años, existe un gran riesgo para desarrollar un trastorno depresivo en edades tempranas (14). Cerca de un 40% a un 70% del total de los niños con trastorno depresivo presentan comorbilidad con algún otro trastorno psiquiátrico, entre los cuáles se encuentran: trastornos de ansiedad en un 30% a 80%, trastornos de conducta hasta del 70% al 80%, abuso de sustancias de 20% a 30% (17).

Así mismo, los trastornos de conducta pueden revelar una complicación de la depresión y persistir aún después de que remite el cuadro depresivo. Javad H. y Kashani entre otros describieron a la actitud agresiva y al enojo como dos de las principales manifestaciones de la depresión infantil. Históricamente algunos autores han considerado a la agresión como una “máscara de la depresión” en éste grupo etáreo. Este tipo de conductas se han observado con mayor frecuencia en niños procedentes de familias hostiles y disfuncionales, describiendo a la expresión de los sentimientos negativos de la familia (11).

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Siguiendo los criterios del DSM IV referidos por la APA en 1994, el diagnóstico de trastorno depresivo mayor de niños se presente con un promedio de 2 semanas de manifestaciones clínicas descritas en este y además sumándose: La irritabilidad, y otros síntomas tales como; cambios significativos en el apetito, peso, sueño, actividad, concentración, nivel de energía, baja autoestima, trastornos somáticos, enojo, desobediencia y ansiedad. Los cuales son descritos como síntomas iniciales para el desarrollo clínico de este trastorno, los niños que presentan un cuadro depresivo a menudo pueden desarrollar un trastorno depresivo mayor refiriéndose a éste como un cuadro clínico doble (3,4).

Boris y cols. refieren la existencia de una predisposición genética, así como de factores de riesgo para el desarrollo de trastorno depresivo infantil, tales como la psicopatología de los padres, conflictos intrafamiliares, familias caóticas, disfuncionalidad de las mismas, así como las interacciones anteriormente mencionadas, que incrementan la vulnerabilidad de los niños para desarrollar este tipo de trastornos (10,11).

El trastorno depresivo y el trastorno distímico son los más frecuentes y crónicos, que presentan una significativa morbilidad para niños y adolescentes. En éstos el trastorno depresivo mayor amerita manejo de forma intrahospitalaria (9).

El concepto de trastorno depresivo infantil, consiste en síntomas análogos a los observados en los adultos, tales como anhedonia, disforia y síntomas vegetativos, además de los síntomas nucleares, lo que diferencia a la depresión infantil de la adulta, como es el conjunto de síntomas únicos y característicos. Al mismo tiempo se opina que existen ciertas características específicas de cada edad, descritas para distintas edades y a diferentes niveles de desarrollo. Sin embargo, no forman parte de los criterios para el diagnóstico de la depresión.

Dentro de los síntomas depresivos en los niños, además de los antes mencionados podemos encontrar: baja autoestima, trastornos somáticos, enojo, desobediencia y ansiedad, los cuáles son descritos como síntomas iniciales para el desarrollo clínico de este trastorno. Los niños que presentan un cuadro depresivo, de manera eventual pueden así mismo desarrollar trastorno depresivo mayor cuando existe la presencia de ambos se llama al cuadro clínico doble (3).

Los trastornos de conducta pueden revelar una complicación de la misma psicopatología intrafamiliar. Se estima que cerca del 70% de los pacientes que cuentan con un cuadro inicial de depresión evolucionan a un trastorno depresivo mayor en un 50%. La depresión mayor puede presentarse comorbidamente con otros trastornos psiquiátricos con los siguientes porcentajes 40% para los trastornos de ansiedad, 30% para los trastornos de conducta, 24% para los trastornos de déficit de atención con hiperactividad, además de 15% para cuadros de enuresis y encopresis y finalmente un 15% para otros trastornos psiquiátricos incluyéndose el uso y abuso de sustancias (2).

Tanto estudios clínicos como epidemiológicos han demostrado que de un 40% a un 70% de niños y adolescentes con depresión mayor tienen una comorbilidad psiquiátrica, y al menos 20% a 50% tienen dos o más diagnósticos adicionales, es probable que la depresión mayor ocurra después del inicio de otros trastornos psiquiátricos. Así mismo, los problemas conductuales pueden desarrollarse como una complicación y persistir después de que los síntomas depresivos remitan (12,14).

Aproximadamente 70% de los pacientes que desarrollan distimia a temprana edad, tienen una depresión mayor sobrepuesta y un 50% tienen otros trastornos psiquiátricos preexistentes.

Estudios clínicos y epidemiológicos han reportado que la duración promedio de un episodio de depresión mayor es de aproximadamente 7 a 9 meses; donde cerca del 90% de los periodos depresivos mayores remiten en 1.5 a 2 años después del inicio, mientras que el 10% se prolonga; los niños deprimidos que viven en medios familiares conflictivos, tienen mayor índice de recurrencias que aquellos que viven en familias funcionales (19).

La distimia de inicio temprano tiene un curso prolongado con una duración promedio de un episodio de 4 años y se asocia con un incremento en el riesgo para depresión mayor subsecuente 70%, y trastorno bipolar 13%, y abuso de sustancias 15%. Los niños con distimia usualmente tienen su primer episodio de depresión mayor 2 a 3 años después del inicio de la distimia, lo que indica la necesidad de desarrollar

medidas preventivas dirigidas a esta población (12). Los siguientes factores han sido asociados con el inicio, duración y recurrencia de la depresión de inicio temprano:

A) Demográficos:

- Edad.
- Género.
- Estado socioeconómico.

B) Psicopatología:

- Diagnósticos psiquiátricos preexistentes.
- Síntomas depresivos subyacentes.
- Estilo cognoscitivo negativo.

C) Factores familiares:

- Psicopatología de los padres.
- Inicio temprano de los trastornos afectivos.
- Carga familiar alta para dichos trastornos.

D) Factores psicosociales:

- Pobre soporte.
- Eventos estresantes de la vida.
- Pobre funcionamiento familiar. Estos factores influyen de manera diferente en el inicio y curso natural de ésta patología (14).

El estudio de la psicopatología en los niños requiere de información acerca de la estabilidad y de los cambios de los trastornos conductuales y emocionales, así como del desarrollo de habilidades en el transcurso del tiempo. El diagnóstico clínico requiere de diferentes fuentes de información: el menor, los padres y los maestros. En los diferentes grupos de edad, los escolares pequeños se encuentran susceptibles a las condiciones adversas en el ámbito familiar, donde los problemas específicos del aprendizaje se correlacionan fuertemente con la presencia de trastornos psiquiátricos.

Entre los trastornos específicos encontrados con más frecuencia están: los trastornos de conducta, el déficit de atención y el trastorno oposicionista, éstos en la vertiente de los síndromes de externalización, mientras que en los de internalización están: el trastorno de angustia, la angustia por separación, y la depresión mayor.

Los factores de riesgo que influyen en la aparición de trastornos en los niños se han visto enriquecidos por múltiples estudios en las últimas décadas. Entre las condiciones asociadas a la presencia de patologías han destacado la disfuncionalidad familiar, el alcoholismo y la presencia de trastornos depresivos en familiares de primer grado. Se estima que cerca de un 10.3% de probabilidades se encuentran presentes para que los niños presenten algún síntoma de tipo depresivo en los hogares donde existe un adulto dependiente del consumo de alcohol.

El alcoholismo es una enfermedad crónica, progresiva y potencialmente fatal, está caracterizada por tolerancia, dependencia física, por cambios orgánicos o patológicos, o por ambos, todas consecuencias directas o indirectas del alcohol

ingerido. Por crónica y progresiva se entiende que los cambios físicos, emocionales y sociales que se desarrollan son acumulativos y van en aumento. La tolerancia se refiere a la adaptación del cerebro a la presencia de altas concentraciones de alcohol; la dependencia física significa que se presentan síntomas manifiestos cuando se disminuye o cesa la ingestión de alcohol. El alcohólico no puede predecir cuando bebe cuánta será la cantidad de alcohol que consumirá o por cuánto tiempo. Se pueden encontrar cambios patológicos casi en cualquier órgano, pero con más frecuencia en hígado, cerebro, sistema nervioso periférico y región gastrointestinal.

Los síntomas conductuales sociales y emocionales, y en consecuencia el alcoholismo en la familia es el punto de referencia para la predisposición de psicopatología en ésta misma (17).

En la mayoría de las culturas, el alcohol es el tóxico más utilizado y está asociado a una morbilidad considerable. Los sujetos que consumen alcohol, presentan reacciones adversas tanto físicas como psicopatológicas tales como la depresión. Los problemas sociales e interpersonales que acarrea el consumo de alcohol, pueden ser tales como discusiones violentas, y abuso hacia los niños.

La dependencia al alcohol y el abuso del alcohol se asocian con frecuencia a la dependencia y abuso de otras sustancias. La dependencia y el abuso del alcohol son más frecuentes en varones que en mujeres con una relación de 5:1. La dependencia y el abuso del alcohol forman parte de los trastornos mentales de mayor prevalencia en la población en general. En Estados Unidos cerca de un 8% de la población adulta

presenta dependencia alcohólica y un 5% abusa del alcohol en algún momento de su vida (15,17).

La Asociación Médica Americana ha asociado al alcoholismo con impedimentos físicos y deterioro emocional, en pacientes que cuentan con este trastorno. En México en 1993, se señaló que un 77% de los hombres y un 57.5% de las mujeres beben alcohol, con una prevalencia de abuso del 19% para el sexo masculino y para el sexo femenino del 1.2% (2).

La población alcohólica frecuentemente presenta no solo una historia familiar de alcoholismo previo, sino también de depresión. Los hijos de alcohólicos frecuentemente presentan algún tipo de trastorno psiquiátrico donde la psicopatología más frecuente es: trastornos de ansiedad, trastornos de conducta, trastornos de déficit de atención con hiperactividad y depresión infantil; así como el uso y abuso de sustancias presente en los hijos de éste tipo de pacientes (6,15,17).

Los hijos de alcohólicos demuestran un riesgo grande para desarrollar cualquier tipo de problema de salud mental. Se han desarrollado teorías sobre los factores estresantes, para el desarrollo de psicopatología infantil, así como de las experiencias negativas a las que son vulnerables los niños (3,8).

Se ha señalado claramente que la capacidad cognoscitiva y psicosocial se encuentran disminuidas en grados que van de leve a moderado, en los hijos de los alcohólicos. Entre los aspectos cognoscitivos se destaca una disminución en el índice general de inteligencia. Además de los problemas de aprendizaje, se ha reportado una mayor

frecuencia de trastornos de conducta y trastornos emocionales en los hijos de padres alcohólicos. La sintomatología depresiva como lo es la desesperanza e ideación suicida se encuentran latentes en estos niños (17,20).

La familia está implicada tanto en el curso como en las consecuencias del alcoholismo así, como en el desempeño funcional de todos los miembros de ésta. Así es posible describir que una familia con historia de alcoholismo es susceptible a la ocurrencia de trastornos psiquiátricos, especialmente depresión mayor, y trastornos de ansiedad tanto en los familiares de primer como de segundo grado.

El hallazgo de alcoholismo es sugestivo para la aparición de la depresión en la infancia, así en las familias que presentan cuadros afectivos previos con alta prevalencia de alcoholismo se observa una asociación de riesgo altamente significativa de 1.8 a 4.8 veces más entre la sintomatología depresiva del adulto con la asociada a la psicopatología del niño (15,17).

El trastorno de conducta en los niños se presenta con frecuencia en escolares en los que existen factores asociados dentro del hogar, en donde el consumo de alcohol, junto con los diferentes trastornos psiquiátricos condiciona una disminución en la atención del menor, así como las dificultades de tipo social, cultural y económicas (6).

2. OBJETIVOS

1. Detectar la frecuencia de alcoholismo en padres de niños con trastorno depresivo y sin trastorno depresivo.
2. Determinar la distribución del trastorno depresivo por género en los niños.
3. Determinar la distribución por género en padres alcohólicos de los niños con trastorno depresivo.
4. Comparar la frecuencia de alcoholismo en los padres de niños con trastorno depresivo con el grupo control.

3. JUSTIFICACIÓN

Una de las tareas más frecuentes dentro de las necesidades de nuestro país, es sin duda el abordaje de los problemas de salud de nuestro pueblo. La salud de un país depende en gran parte de las condiciones generales de vida.

Cada día aumenta en el mundo el número de personas diagnosticadas como deprimidas tanto en los hospitales generales, consultorios médicos y centros de salud, incluyendo a la población infantil. Los niños escolares con trastorno depresivo cuentan con una expectativa de vida negativa cuando se encuentran sujetos a factores estresantes como el alcoholismo en los padres, el cual es una de las patologías más frecuentes en la población mexicana.

Pocos estudios han incluido a grupos controles psiquiátricos, y en los resultados de éstos se ha cuestionado la especificidad de estos hallazgos, ya que se menciona que es posible que los conflictos familiares reflejen una estrategia para el control de trastornos psiquiátricos.

Además, parece que hay un riesgo aumentado para cualquier tipo de trastorno en hijos que tienen padres con pobre funcionamiento de base.

Este estudio tiene la finalidad de describir a los fenómenos alcoholismo y depresión así como su correlación.

4. HIPÓTESIS

1. El alcoholismo de los padres es un factor asociado al trastorno depresivo en los niños.
2. La severidad de los síntomas depresivos en los niños, está directamente relacionada a la severidad de alcoholismo en los padres.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Se realizó un estudio:

Observacional, comparativo, y transversal.

PACIENTES:

Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan. N. Navarro", en la Clínica de Emociones de la Consulta Externa, así como en el servicio de Urgencias, captándose a los niños y a sus padres que acudieron por primera vez a la consulta.

4. HIPÓTESIS

1. El alcoholismo de los padres es un factor asociado al trastorno depresivo en los niños.
2. La severidad de los síntomas depresivos en los niños, está directamente relacionada a la severidad de alcoholismo en los padres.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Se realizó un estudio:

Observacional, comparativo, y transversal.

PACIENTES:

Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan. N. Navarro", en la Clínica de Emociones de la Consulta Externa, así como en el servicio de Urgencias, captándose a los niños y a sus padres que acudieron por primera vez a la consulta.

SUJETOS:

Los sujetos fueron captados en el servicio de urgencias y de la clínica de emociones del hospital psiquiátrico infantil "Dr. Juan N. Navarro" los cuáles asistieron por primera, así como sus padres al momento de la entrevista, los anteriores debidamente seleccionados para contestar las escalas, así como sus padres.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- A) Niños en la edad escolar comprendidos en edades de 7 a 10 años.
- B) Niños que contaron o no con el diagnóstico de trastorno depresivo, bajo los criterios del DSM IV.
- C) Todos los padres de los niños con diagnóstico de trastorno depresivo, o con otro diagnóstico que acudieron junto con sus hijos a la consulta de primera vez a la clínica de emociones y al servicio de urgencias.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- A) Todos los niños con enfermedades médicas incapacitantes tales como: cáncer, nefropatías, alteraciones metabólicas como diabetes mellitus y retraso mental.

VARIABLES:

1.- VARIABLES DEPENDIENTES:

A) Trastorno Depresivo Infantil, tipo nominal.

2.- VARIABLES INDEPENDIENTES:

A) Género: Tipo nominal categórica.

B) Edad: Tipo numérica discreta.

C) Alcoholismo en los padres: Tipo nominal.

INSTRUMENTOS DE MEDICION:

A) INVENTARIO DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS (CDI): Kovacs M. 1983. Es una escala que evalúa la severidad sintomática de la depresión en los niños de la edad escolar que sepan leer. Consta de 27 ítems que cubren un grupo de síntomas depresivos de la infancia tales como tristeza, anhedonia,. La primera versión del CDI fue una modificación del Inventario de Depresión de Beck para adultos; ésta se aplica a niños de 5 a 9 años. En éste instrumento se encontraron coeficientes de confianza y consistencia interna de 0.80 y coeficientes de confianza de prueba y contraprueba de 0.38 a 0.87. En Alemania en 1990 por Rehinhard HG y cols. Se demostró su consistencia y validez por el alfa de Cronbach entre 0.81 y 0.87 y bajo prueba y contraprueba de 0.80 (11,13).

B) ESCALA PARA DETECCIÓN TEMPRANA DE CONSUMO DE ALCOHOL (AUDIT): Thomas F. Babor, De la Fuente. 1992. Este instrumento fue validado con pacientes de atención primaria para la salud en seis países y en México; se describió la gran confiabilidad entre las escalas de los centros participantes y se realizó su validación bajo la maniobra de prueba y contraprueba de 0.90 con un coeficiente alfa de 0.86 describiéndose un 90% de sensibilidad y especificidad (1).

6. PROCEDIMIENTO

Previa autorización por parte de la Comisión de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" bajo el Dictamen de Aprobación citado el 6 de Octubre de 1999, con la clave e registro AT2/01/0706/A, donde se menciona a la supervisora: Dra. Rosa Isela Mezquita Orozco, y a la asesora adjunta: Dra. María del Carmen Lara. Una vez obtenida la autorización se realizó la selección de los sujetos, bajo los criterios de inclusión y exclusión tanto para la clínica de Emociones, como para el servicio de Urgencias, al finalizar cada una de las consultas de primera vez, se solicitó tanto a los padres como a los niños la autorización para responder a las preguntas de las escalas CDI y AUDIT, firmando los padres una carta de autorización, haciéndoles de su conocimiento a los padres o tutores los fines de dicha investigación, siendo a cargo del responsable de la investigación y con la ayuda de los médicos que cooperaron a ésta, Adscrito y residente. Posterior a la captura de las respuestas por parte de los sujetos, en los casos de que en la cita de primera vez que no se presentaron algunos de los padres, se realizó la localización de los padres para obtener las escalas de AUDIT en ambos padres. Posteriormente al finalizar la captura de los sujetos se realizó el concentrado de respuestas así como análisis estadístico que a continuación se describe.

7. RESULTADOS

Se reclutó un total de 19 niños deprimidos y 19 con otro diagnóstico psiquiátrico (Trastornos por déficit de atención con y sin hiperactividad, de conducta y de ansiedad), la distribución de los pacientes por sexo se presenta en el cuadro 1. Se observó mayor presencia de hombres.

Cuadro 1.- Distribución por sexo de los niños estudiados

	n	%
Hombres	21	55
Mujeres	17	45

En el cuadro 2 se presentan la edad y escolaridad de los padres en años. La mayoría se encontraba en la tercera década de la vida y tenían casi los mismos años de escolaridad.

Cuadro 2.- Edad y escolaridad de los padres de los niños estudiados

Edad	n	Prom.	ds	min.	max.
Padres	30	36	6.6	26	48
Madres	36	31	6.8	19	45
Escolaridad					
Padres	35	10	3.7	3	5
Madres	36	11	4.1	4	7

El cuadro 3 se presenta el promedio en el Inventario de depresión de Kovacs por sexo de los niños estudiados. Se observó un promedio similar entre hombres y mujeres, sin que la diferencia resultara significativa.

Cuadro 3.- Calificaciones en el Inventario de depresión de Kovacs para niños por grupo de sexo

Sexo	n	prom.	ds	t	p
Hombres	21	16.57	7.89	0.86	0.39
Mujeres	17	14.52	6.36		

En el cuadro 4 se presenta el promedio en el inventario de Kovacs por grupo de comparación. Se observó mayor puntaje en el grupo control, aunque la diferencia no resultó significativa.

Cuadro 4.- Calificaciones en el inventario de depresión por grupos de comparación

	n	prom.	ds	T	P
Deprimidos	19	14.05	7.41	-1.38	0.17
No deprimidos	19	17.26	6.84		

En el cuadro 5 se describe el porcentaje de pacientes deprimidos por grupo de sexo. Se observó mayor presencia de hombres deprimidos.

Cuadro 5.- Porcentaje de niños deprimidos por sexo.

	n	%	χ^2	p
Hombres	12	63	0.95	0.70
Mujeres	7	37		

En el cuadro 6 y 7 se presenta el porcentaje de padres y madres alcohólicas. Se observó mayor proporción de hombres alcohólicos.

Cuadro 6.- Porcentaje de padres alcohólicos por grupos, determinados por el puntaje en el AUDIT.

	Deprimidos		No deprimidos	
	n	%	n	%
Alcohólicos	9	60	8	53
No alcohólicos	6	40	7	47

Cuadro 7.- Porcentaje de madres alcohólicas por grupos, determinadas por el puntaje en el AUDIT.

	Deprimidos		No deprimidos	
	n	%	n	%
Alcohólicas	2	13	2	11
No alcohólicas	13	87	16	89

En el cuadro 8 se describe la relación entre presencia de depresión y de alcoholismo en los padres de los niños estudiados. La diferencia en las proporciones no resultó significativa.

Cuadro 8.- Relación entre depresión y alcoholismo en el padre.

	Alcohólicos		No alcohólicos		χ^2	p
	n	%	n	%		
Deprimidos	9	47	10	53	0.10	0.74
No deprimidos	10	53	9	47		

En los cuadros 9 al 12 se describe la relación entre el sexo de los niños estudiados y la presencia de alcoholismo en el padre y la madre por grupo de comparación. Solo se observó que en forma significativa mayor presencia de alcoholismo en las madres con niñas deprimidas.

Cuadro 9.- Relación entre sexo de los niños y presencia de alcoholismo en el padre en el grupo de deprimidos

	Hombres		Mujeres		χ^2	p
	n	%	n	%		
Alcohólicos	4	34	5	72	2.57	0.10
No alcohólicos	8	66	2	28		

Cuadro 10.- Relación entre sexo de los niños y presencia de alcoholismo en la madre en el grupo de deprimidos

	Hombres		Mujeres		X^2	p
	n	%	n	%		
Alcohólicas	0	0	2	29	3.83	0.05
No alcohólicas	12	100	5	71		

Cuadro 11.- Relación entre sexo de los niños y presencia de alcoholismo en el padre en el grupo de no deprimidos

	Hombres		Mujeres		X^2	p
	n	%	n	%		
Alcohólicos	3	34	7	70	2.55	0.11
No alcohólicos	6	66	3	30		

Cuadro 12.- Relación entre sexo de los niños y presencia de alcoholismo en la madre en el grupo de no deprimidos

	Hombres		Mujeres		X^2	p
	n	%	n	%		
Alcohólicas	1	11	1	10	0.006	0.93
No alcohólicas	8	89	9	90		

8. ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

En ésta muestra de estudio se observo mayor frecuencia de depresión en niños que en niñas esto a favor de los estudios realizados por Boris y colaboradores. La depresión es más frecuente en el grupo de pacientes con otro trastorno psiquiátrico, le atribuimos a la presencia de factores predisponentes como es la comorbilidad del alcoholismo en los padres. Debido a que en éste estudio se presento significancia estadística en el grupo control, por lo que se puede predecir que la presencia de depresión en los niños no presenta una correlacion significativa con la presencia de alcoholismo en los padres de este grupo de niños estudiados.

El sexo de los padres con casos de alcoholismo presentó una significancia en relación al sexo femenino en el grupo de niños deprimidos.

9. DISCUSION.

Afirmando lo que se menciona ampliamente dentro de la literatura, que la depresión infantil, es aún un punto de discusión, en éste estudio se puede afirmar lo anterior. Y en cuanto a los factores estresantes que se catalogan como predisponentes a éste trastorno, como lo es el alcoholismo en los padres se observó que se encuentran más niños con comorbilidad para otros trastornos psiquiátricos diferentes al de depresión. Se puede afirmar que los niños se deprimen más que las niñas, sin embargo es de importancia reafirmar que los padres con psicopatología, son un factor de riesgo para los trastornos psiquiátricos infantiles

8. ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

En ésta muestra de estudio se observo mayor frecuencia de depresión en niños que en niñas esto a favor de los estudios realizados por Boris y colaboradores. La depresión es más frecuente en el grupo de pacientes con otro trastorno psiquiátrico, le atribuimos a la presencia de factores predisponentes como es la comorbilidad del alcoholismo en los padres. Debido a que en éste estudio se presento significancia estadística en el grupo control, por lo que se puede predecir que la presencia de depresión en los niños no presenta una correlacion significativa con la presencia de alcoholismo en los padres de este grupo de niños estudiados.

El sexo de los padres con casos de alcoholismo presentó una significancia en relación al sexo femenino en el grupo de niños deprimidos.

9. DISCUSION.

Afirmando lo que se menciona ampliamente dentro de la literatura, que la depresión infantil, es aún un punto de discusión, en éste estudio se puede afirmar lo anterior. Y en cuanto a los factores estresantes que se catalogan como predisponentes a éste trastorno, como lo es el alcoholismo en los padres se observó que se encuentran más niños con comorbilidad para otros trastornos psiquiátricos diferentes al de depresión. Se puede afirmar que los niños se deprimen más que las niñas, sin embargo es de importancia reafirmar que los padres con psicopatología, son un factor de riesgo para los trastornos psiquiátricos infantiles

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Babor TF., De la Fuente JR., AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Health Care. World Health Organization Division of Mental Health Geneva. 1992 vol 89 (48) 1-36.
2. Birmaher B. Childhood and Adolescent Depression: A Review of the Past 10 Years. Part I. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry 1996 vol 35 (11) 1427-1439.
3. Birmaher B. Childhood and Adolescent Depression: A Review of the Past 10 Years. Part II. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry 1996 vol 35 (12) 1575-1583.
4. Birmaher B. Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Depressive Disorders. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry 1998 vol 37 (10) supl.
5. De Ajuriaguerra J. Manual de Psiquiatría Infantil. 4ta.Edición España 1977 659-672,769-816.
6. Dinwiddie SH, Reich T. Epidemiological Perspectives on Children of Alcoholics. Recent Dev Alcohol 1991 vol 9:287-299.
7. DSM IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Editorial Masson. México 1996 345-357.
8. Goodyer I. Short-Term Outcome of Major Depression: II Life-events, Family Dysfunction, and Friendship Difficulties as Predictors of Persistent Disorder. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry 1997 vol 36 (4) 474-480.
9. Graham J. Recurrence of Major Depressive Disorder in Hospitalized Children and Adolescents. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry 1997 vol 36 (6) 785-792.
10. Jake M. Impact of Family Type and Family Quality on Child Behaviour Problems: A Longitudinal Study. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry 1997 vol 36 (10) 1357-1365.
11. Kashani J. Characteristics of Anger Expression in Depressed Children. J. Am. Acad. Child. Adolesc. 1995 vol 34 (3) 322-326.
12. Kashani J. Dystimic in Clinically Referred in depressed Children. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. 1997 vol (36) 1426-1433.
13. Kovacs M. Children's depression Inventory (CDI) Manual. 1992 North Tonawanda NY. Multi Health Systems.
14. Kovacs M. First Episode Major Depressive and Dystimic Disorder in Childhood: Clinical and Sociodemographic Factors in Recovery. J. Am. Acad. Child. Adolesc. 1997 vol 36 (6) 777-784.
15. Reich W. Psychopathology in Children of Alcoholics. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry 1993 vol 32 (5) 995-1002.
16. Reynolds W. Handbook of Depression in Children and Adolescents. University of British Columbia. New York 1986.
17. Roosa NM: The Children of Alcoholics Life-events Schedule: A Stress Scale for Children of Alcohol Abuse in Parents. J. Stud. Alcohol. 1998 vol 49 (5) 422-429.

18. Rubio V. Validation of the Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) in Primary care Rev. Clin. Esp. 1998 vol 11,11-14.
19. Simcon J. Depressive Disorders in children and Adolescents. J. Am- Acad. Univ. Ott. 1989 vol 4 (2) 356.
20. Steinhausen J. Children of Alcoholics Parents: A Review. Eur. Child. Adolesc. Psychiatry. 1995 vol 4 (3) 143-152.

ESTU
SNUO & BIA
ESTU
ESTU
ESTU

ANEXOS

**HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL
"DR. JUAN N. NAVARRO"**

COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN

D I C T A M E N

México D.F. a 6 de octubre de 1999.

DRA. NORA ADRIANA GONZÁLEZ REYES

Por este conducto le informamos que en la 16º Reunión de la Comisión de Investigación celebrada el 4 de octubre del año en curso, se presentó bajo su nombre el proyecto de investigación titulado "*Alcoholismo en padres y su correlación con trastorno depresivo infantil*", mismo que representa el trabajo de tesis para obtener el título de Médico Especialista en Psiquiatría.

El dictamen emitido fue de *APROBACIÓN*.

La clave de registro para la identificación del proyecto en el hospital es AT2/01/0706/A.

El Supervisor Interno de este proyecto es la Dra. Rosa Isela Mézquita Orozco. Se le recuerda que deberá informar a la División de Investigación el momento de terminación de la recolección de datos, además de entregar un volumen del Informe Final (tesis) a la División de Enseñanza del hospital.

ATENTAMENTE


DRA. MA. ELENA MÁRQUEZ CARAVEO
PRESIDENTE DE LA COMISIÓN
DE INVESTIGACIÓN


PSIC. VERÓNICA PÉREZ BARRÓN
SECRETARIO DE LA COMISIÓN
DE INVESTIGACIÓN

HOJA DE CONSENTIMIENTO

FECHA:

NOMBRE DEL PADRE:

NOMBRE DE LA MADRE:

Por medio de la presente autorizó al personal médico del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan. N. Navarro" de la Clínica de Emociones, para que se me sea aplicada la escala (AUDIT), Cuestionario para Detección Temprana de Consumo de Alcohol, donde se me ha hecho del conocimiento de las características de ésta así como de las finalidades de investigación en relación a la enfermedad de mi hijo(a)_____

AUTORIZO LA APLICACION DE LA ESCALA:

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO:

CUESTIONARIO AUDIT PARA DETECCION TEMPRANA DE CONSUMO DE ALCOHOL

Edad: Sexo: Grado escolar: Estado civil:

Ocupación actual:

Cruce con una (x) el paréntesis correspondiente a la veracidad.

1.- ¿ Qué tan frecuentemente ingiere bebidas alcohólicas ?

- 0= nunca
- 1= una vez al mes o menos
- 2= dos o cuatro veces al mes
- 3= dos a tres veces por semana
- 4= cuatro o más veces por semana

2.- ¿ Cuántas copas se toma en un día típico de los que bebe ?

- 0= 1 ó 2
- 1= 3 ó 4
- 2= 5 ó 6
- 3= 7 ó 9
- 4= 10 ó más

3.- ¿ Qué tan frecuente toma 6 o más copas en la misma ocasión ?

- 0= nunca
- 1= menos de una vez al mes
- 2= mensualmente
- 3= semanalmente
- 4= diario o casi diario

4.- Durante el último año, ¿ Le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que había empezado?

- 0= nunca
- 1= menos de una vez al mes
- 2= mensualmente
- 3= semanalmente
- 4= diario o casi diario

5.- Durante el último año, ¿ Qué tan frecuentemente dejó de hacer algo que debería haber hecho por beber ?

- 0= nunca
- 1= menos de una vez al mes
- 2= mensualmente
- 3= semanalmente
- 4= diario o casi diario

6.- Durante el último año, ¿ Qué tan frecuentemente bebió en la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior ?

- 0= nunca
- 1= menos de una vez al mes
- 2= mensualmente
- 3= semanalmente
- 4= diario o casi diario

7.- Durante el último año, ¿Qué tan frecuentemente se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido ?

- 0= nunca
- 1= menos de una vez al mes
- 2= mensualmente
- 3= semanalmente
- 4= diario o casi diario

8.- Durante el último año, ¿ Qué tan frecuentemente olvidó algo de lo que había pasado cuando estuvo bebiendo ?

- 0= nunca
- 1= menos de una vez al mes
- 2= mensualmente
- 3= semanalmente
- 4= diario o casi diario

9.- ¿ Se ha lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de su ingestión de alcohol ?

- 0= no
- 2= si, pero no en el último año
- 4= si, en el último año

10.- ¿Algún amigo, familiar o Doctor se ha preocupado por la forma en que bebe o le han sugerido que la disminuya ?

- 0= no
- 2= si, pero no en el último año
- 4= si, en el último año.

HOJA DE CONSENTIMIENTO

FECHA:

NOMBRE DEL PADRE:

NOMBRE DE LA MADRE:

Por medio de la presente autorizó al personal médico del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro " de la Clínica de Emociones, para que le sea aplicada la escala (CDI), Inventario de Depresión Infantil, a mi hijo(a)_____

Donde se me ha hecho del conocimiento de las características de ésta así como de los fines de investigación.

AUTORIZO LA APLICACION DE LA ESCALA:

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO:

INVENTARIO DE KOVACS PARA DEPRESION

NOMBRE: _____

EDAD: _____ FECHA: _____

GRADO ESCOLAR: _____ GRUPO: _____

Lee cuidadosamente el grupo de preguntas que se presentan a continuación. De cada grupo marca la oración que hayas escogido de acuerdo a como te has sentido en las últimas dos semanas incluido el día de hoy. Asegúrate de leer todas las preguntas de cada grupo antes de contestar.

- 1) ME SIENTO TRISTE A VECES.
 ME SIENTO TRISTE CASI SIEMPRE.
 ME SIENTO TRISTE TODO EL TIEMPO.
- 2) NADA FUNCIONARA PARA MI.
 NO ESTOY SEGURO SI LAS COSAS FUNCIONARAN PARA MI.
 LAS COSAS FUNCIONARAN BIEN PARA MI.
- 3) HAGO MUY BIEN LAS COSAS.
 HAGO MAL MUCHAS COSAS.
 TODO LO HAGO MAL.
- 4) SIEMPRE ME DIVIERTO.
 ME DIVIERTO EN ALGUNAS COSAS.
 NADA ME ES DIVERTIDO.
- 5) TODO EL TIEMPO SOY MALO.
 CASI SIEMPRE SOY MALO.
 SOY MALO A VECES.
- 6) A VECES PIENSO EN LAS COSAS MALAS QUE ME SUCEDEN.
 ME PREOCUPO DE LAS COSAS MALAS QUE ME SUCEDEN.
 ESTOY SEGURO QUE ME SUCEDEN COSAS TERRIBLES.
- 7) ME ODIÓ.
 NO ME AGRADO.
 ME AGRADO.
- 8) TODAS LAS COSAS MALAS QUE SUCEDEN SON POR MI CULPA.
 MUCHAS COSAS MALAS QUE SUCEDEN SON POR MI CULPA.
 LAS COSAS MALAS QUE SUCEDEN GENERALMENTE NO SON POR MI CULPA.
- 9) NO PIENSO EN QUITARME LA VIDA.
 PIENSO EN QUITARME LA VIDA PERO NO LO HARIA.
 QUIERO QUITARME LA VIDA.
- 10) SIENTO QUE QUIERO LLORAR SIEMPRE.
 SIENTO QUE QUIERO LLORAR CASI SIEMPRE.
 SIENTO QUE QUIERO LLORAR A VECES.
- 11) TODO EL TIEMPO ME MOLESTAN LAS COSAS.
 CASI SIEMPRE ME MOLESTAN LAS COSAS.
 A VECES ME MOLESTAN LAS COSAS.
- 12) SIEMPRE ME GUSTA ESTAR CON LAS PERSONAS.
 NO ME GUSTA ESTAR CON LAS PERSONAS MUY SEGUIDO.
 NUNCA ME GUSTA ESTAR CON LAS PERSONAS.
- 13) NUNCA PUEDO TOMAR DECISIONES.
 ALGUNAS VECES NO PUEDO TOMAR DECISIONES.
 TOMO DECISIONES CON FACILIDAD.

- 14) ME GUSTA MI ASPECTO
 HAY ALGUNAS COSAS QUE NO ME GUSTAN DE MI ASPECTO.
 ME VEO FEO.
- 15) TODO EL TIEMPO ME PRESIONO PARA HACER MI TAREA.
 CASI SIEMPRE ME PRESIONO PARA HACER MI TAREA.
 HACER MI TAREA NO ES UN GRAN PROBLEMA.
- 16) TENGO PROBLEMAS PARA DORMIR ALGUNAS NOCHES.
 TENGO PROBLEMAS PARA DORMIR TODAS LAS NOCHES.
 DUERMO MUY BIEN.
- 17) ME SIENTO CANSADO A VECES.
 ME SIENTO CANSADO CASI SIEMPRE.
 ME SIENTO CANSADO TODO EL TIEMPO.
- 18) NUNCA ME DAN GANAS DE COMER.
 A VECES NO ME DAN GANAS DE COMER.
 COMO MUY BIEN.
- 19) NUNCA ME PREOCUPO DE LOS MALESTARES O DOLORES DE MI CUERPO
 CASI NUNCA ME PREOCUPO DE LOS MALESTARES O DOLORES DE MI CUERPO
 TODO EL TIEMPO ME PREOCUPO DE LOS MALESTARES Y DOLORES DE MI CUERPO
- 20) NO ME SIENTO SOLO.
 ME SIENTO SOLO CASI SIEMPRE.
 ME SIENTO SOLO TODO EL TIEMPO
- 21) NUNCA ME DIVIERTO EN LA ESCUELA.
 ME DIVIERTO EN LA ESCUELA SOLO DE VEZ EN CUANDO.
 TODO EL TIEMPO ME DIVIERTO EN LA ESCUELA.
- 22) TENGO BASTANTES AMIGOS.
 TENGO ALGUNOS AMIGOS PERO ME GUSTARIA TENER MAS.
 NO TENGO AMIGOS.
- 23) MIS TAREAS DE LA ESCUELA ESTAN BIEN
 MIS TAREAS DE LA ESCUELA NO SON TAN BUENAS COMO ANTES.
 ESTOY MUY MAL EN LAS TAREAS DE LA ESCUELA EN LAS QUE ANTES ESTABA BIEN.
- 24) NO PUEDO SER TAN BUENO COMO LOS DEMAS
 PUEDO SER TAN BUENO COMO LOS DEMAS SI LO DESEO.
 SOY TAN BUENO COMO LOS DEMAS
- 25) NADIE ME QUIERE REALMENTE
 NO ESTOY SEGURO SI ALGUIEN ME QUIERE
 ESTOY SEGURO QUE ALGUIEN ME QUIERE
- 26) SIEMPRE HAGO LO QUE ME DICEN
 A VECES NO HAGO LO QUE ME DICEN.
 NUNCA HAGO LO QUE ME DICEN
- 27) ME LLEVO BIEN CON LAS PERSONAS
 ALGUNAS VECES ME METO EN PLEITOS
 ME METO EN PLEITOS TODO EL TIEMPO

HOJA DE CONSENTIMIENTO

FECHA:

NOMBRE DEL PADRE:

NOMBRE DE LA MADRE:

Por medio de la presente autorizó al personal médico del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" del servicio de Urgencias para que se me sea aplicada la escala (AUDIT) Cuestionario para Detección Temprana de Consumo de Alcohol, donde se me ha hecho del conocimiento de las características de ésta así como de las finalidades de investigación en relación a la enfermedad de mi hijo(a)_____

AUTORIZO LA APLICACIÓN DE LA ESCALA:

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO:

CUESTIONARIO AUDIT PARA DETECCION TEMPRANA DE CONSUMO DE ALCOHOL

Edad: Sexo: Grado escolar: Estado civil:

Ocupación actual:

Cruce con una (x) el paréntesis correspondiente a la veracidad.

1.- ¿ Qué tan frecuentemente ingiere bebidas alcohólicas ?

- 0= nunca
- 1= una vez al mes o menos
- 2= dos o cuatro veces al mes
- 3= dos a tres veces por semana
- 4= cuatro o más veces por semana

2.- ¿ Cuántas copas se toma en un día típico de los que bebe ?

- 0= 1, ó 2
- 1= 3 ó 4
- 2= 5 ó 6
- 3= 7 ó 9
- 4= 10 ó más

3.- ¿ Qué tan frecuente toma 6 o más copas en la misma ocasión ?

- 0= nunca
- 1= menos de una vez al mes
- 2= mensualmente
- 3= semanalmente
- 4= diario o casi diario

4.- Durante el último año, ¿ Le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que había empezado?

- 0= nunca
- 1= menos de una vez al mes
- 2= mensualmente
- 3= semanalmente
- 4= diario o casi diario

5.- Durante el último año, ¿ Qué tan frecuentemente dejó de hacer algo que debería haber hecho por beber ?

- 0= nunca
- 1= menos de una vez al mes
- 2= mensualmente
- 3= semanalmente
- 4= diario o casi diario

6.- Durante el último año, ¿ Qué tan frecuentemente bebió en la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior ?

- 0= nunca
- 1= menos de una vez al mes
- 2= mensualmente
- 3= semanalmente
- 4= diario o casi diario

7.- Durante el último año, ¿Qué tan frecuentemente se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido ?

- 0= nunca
- 1= menos de una vez al mes
- 2= mensualmente
- 3= semanalmente
- 4= diario o casi diario

8.- Durante el último año, ¿ Qué tan frecuentemente olvidó algo de lo que había pasado cuando estuvo bebiendo ?

- () 0= nunca
- () 1= menos de una vez al mes
- () 2= mensualmente
- () 3= semanalmente
- () 4= diario o casi diario

9.- ¿ Se ha lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de su ingestión de alcohol ?

- () 0= no
- () 2= si, pero no en el último año
- () 4= si, en el último año

10.- ¿Algún amigo, familiar o Doctor se ha preocupado por la forma en que bebe o le han sugerido que la disminuya ?

- () 0= no
- () 2= si, pero no en el último año
- () 4= si, en el último año.

HOJA DE CONSENTIMIENTO

FECHA:

NOMBRE DEL PADRE:

NOMBRE DE LA MADRE:

Por medio de la presente autorizó al personal médico del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan. N. Navarro" del servicio de Urgencias para que le sea aplicada la escala (CDI); Inventario de Depresión Infantil a mi hijo(a) _____ Donde se me ha hecho del conocimiento de las características de ésta así como de los fines de investigación.

AUTORIZO LA APLICACION DE LA ESCALA:

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO:

INVENTARIO DE KOVACS PARA DEPRESION

NOMBRE: _____

EDAD: _____ FECHA: _____

GRADO ESCOLAR: _____ GRUPO: _____

Lee cuidadosamente el grupo de preguntas que se presentan a continuación. De cada grupo marca la oración que hayas escogido de acuerdo a como te has sentido en las últimas dos semanas incluido el día de hoy. Asegúrate de leer todas las preguntas de cada grupo antes de contestar.

- 1) ME SIENTO TRISTE A VECES.
 ME SIENTO TRISTE CASI SIEMPRE.
 ME SIENTO TRISTE TODO EL TIEMPO.
- 2) NADA FUNCIONARA PARA MI.
 NO ESTOY SEGURO SI LAS COSAS FUNCIONARAN PARA MI.
 LAS COSAS FUNCIONARAN BIEN PARA MI.
- 3) HAGO MUY BIEN LAS COSAS.
 HAGO MAL MUCHAS COSAS.
 TODO LO HAGO MAL.
- 4) SIEMPRE ME DIVIERTO.
 ME DIVIERTO EN ALGUNAS COSAS.
 NADA ME ES DIVERTIDO.
- 5) TODO EL TIEMPO SOY MALO.
 CASI SIEMPRE SOY MALO.
 SOY MALO A VECES.
- 6) A VECES PIENSO EN LAS COSAS MALAS QUE ME SUCEDEN.
 ME PREOCUPO DE LAS COSAS MALAS QUE ME SUCEDEN.
 ESTOY SEGURO QUE ME SUCEDEN COSAS TERRIBLES.
- 7) ME OUDIO.
 NO ME AGRADO.
 ME AGRADO.
- 8) TODAS LAS COSAS MALAS QUE SUCEDEN SON POR MI CULPA.
 MUCHAS COSAS MALAS QUE SUCEDEN SON POR MI CULPA.
 LAS COSAS MALAS QUE SUCEDEN GENERALMENTE NO SON POR MI CULPA.
- 9) NO PIENSO EN QUITARME LA VIDA.
 PIENSO EN QUITARME LA VIDA PERO NO LO HARIA.
 QUIERO QUITARME LA VIDA.
- 10) SIENTO QUE QUIERO LLORAR SIEMPRE.
 SIENTO QUE QUIERO LLORAR CASI SIEMPRE.
 SIENTO QUE QUIERO LLORAR A VECES.
- 11) TODO EL TIEMPO ME MOLESTAN LAS COSAS.
 CASI SIEMPRE ME MOLESTAN LAS COSAS.
 A VECES ME MOLESTAN LAS COSAS.
- 12) SIEMPRE ME GUSTA ESTAR CON LAS PERSONAS.
 NO ME GUSTA ESTAR CON LAS PERSONAS MUY SEGUIDO.
 NUNCA ME GUSTA ESTAR CON LAS PERSONAS.
- 13) NUNCA PUEDO TOMAR DECISIONES.
 ALGUNAS VECES NO PUEDO TOMAR DECISIONES.
 TOMO DECISIONES CON FACILIDAD.

- 14) ME GUSTA MI ASPECTO.
 HAY ALGUNAS COSAS QUE NO ME GUSTAN DE MI ASPECTO.
 ME VEO FEO.
- 15) TODO EL TIEMPO ME PRESIONO PARA HACER MI TAREA.
 CASI SIEMPRE ME PRESIONO PARA HACER MI TAREA.
 HACER MI TAREA NO ES UN GRAN PROBLEMA.
- 16) TENGO PROBLEMAS PARA DORMIR ALGUNAS NOCHES.
 TENGO PROBLEMAS PARA DORMIR TODAS LAS NOCHES.
 DUERMO MUY BIEN.
- 17) ME SIENTO CANSADO A VECES.
 ME SIENTO CANSADO CASI SIEMPRE.
 ME SIENTO CANSADO TODO EL TIEMPO.
- 18) NUNCA ME DAN GANAS DE COMER.
 A VECES NO ME DAN GANAS DE COMER.
 COMO MUY BIEN.
- 19) NUNCA ME PREOCUPO DE LOS MALESTARES O DOLORES DE MI CUERPO.
 CASI NUNCA ME PREOCUPO DE LOS MALESTARES O DOLORES DE MI CUERPO.
 TODO EL TIEMPO ME PREOCUPO DE LOS MALESTARES Y DOLORES DE MI CUERPO.
- 20) NO ME SIENTO SOLO.
 ME SIENTO SOLO CASI SIEMPRE.
 ME SIENTO SOLO TODO EL TIEMPO.
- 21) NUNCA ME DIVIERTO EN LA ESCUELA.
 ME DIVIERTO EN LA ESCUELA SOLO DE VEZ EN CUANDO.
 TODO EL TIEMPO ME DIVIERTO EN LA ESCUELA.
- 22) TENGO BASTANTES AMIGOS.
 TENGO ALGUNOS AMIGOS PERO ME GUSTARIA TENER MAS.
 NO TENGO AMIGOS.
- 23) MIS TAREAS DE LA ESCUELA ESTAN BIEN.
 MIS TAREAS DE LA ESCUELA NO SON TAN BUENAS COMO ANTES.
 ESTOY MUY MAL EN LAS TAREAS DE LA ESCUELA EN LAS QUE ANTES ESTABA BIEN.
- 24) NO PUEDO SER TAN BUENO COMO LOS DEMAS.
 PUEDO SER TAN BUENO COMO LOS DEMAS SI LO DESEO.
 SOY TAN BUENO COMO LOS DEMAS.
- 25) NADIE ME QUIERE REALMENTE.
 NO ESTOY SEGURO SI ALGUIEN ME QUIERE.
 ESTOY SEGURO QUE ALGUIEN ME QUIERE.
- 26) SIEMPRE HAGO LO QUE ME DICEN.
 A VECES NO HAGO LO QUE ME DICEN.
 NUNCA HAGO LO QUE ME DICEN.
- 27) ME LLEVO BIEN CON LAS PERSONAS.
 ALGUNAS VECES ME METO EN PLEITOS
 ME METO EN PLEITOS TODO EL TIEMPO