

11241

63

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

TITULO

ANALISIS COMPARATIVO DE LA ESCALA DSRS ENTRE ESCOLARES DE
ESCUELAS PRIMARIAS PUBLICAS DE LA ZONA URBANA DEL DISTRITO FEDERAL
Y PACIENTES CON DEPRESION INFANTIL DE LA CLINICA DE LAS EMOCIONES DEL
HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO" S.S.

ALUMNC

DRA. MARIA DE LOS ANGELES UJARTE BRIONES

TUTOR TEORICO

TUTOR METODOLOGICO

DRA. ROSA ISELA MEZQUITA OROZCO.

DRA. MA. SOLEDAD RODRIGUEZ V.

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE "ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA"

PSICOLOGIA
MEDICA
DEPTO. DE PSIQUIATRIA
Y SALUD MENTAL
U. N. A. M.

285669

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.

A mi papá, a mi mamá †, a mis hermanos y hermanas, así mismo al cariño estimulante de mis sobrinos Gerzayn, Angel, Víctor, Carlos, Sara, Itzel y Adriana.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco la atención recibida y las facilidades que me brindaron los Directores de las Escuelas Oficiales:

Profesora Mireya Estrada Jiménez.- Directora de la Escuela Primaria "Joaquín García Izcabalzeta" S.E.P.

Profesora María Guadalupe Galán García.- Directora de la Escuela Primaria "República de Líbano" S.E.P.

Profesor Miguel Angel Hernández Anaya.- Director de la Escuela primaria "República del Salvador" S.E.P.

Así mismo quiero agradecer las facilidades y guía de las autoridades del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" S.S. y del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" S.S.

Aprecio en lo que vale la minuciosa atención que dispensaron a este trabajo el Dr. R. López, el Dr. A. Deimos, el Dr. R. Esteban, el Dr. De la Peña y en particular a las Doctoras Rosa Isela Mézquita Orozco y María Soledad Rodríguez V. Así como a la Psic. Rocío, Gema, Oscar, Gerza, Angel, Paco y Marisol.

INDICE

	Pág.
Antecedentes	
Marco Teórico	4
Criterios para el diagnóstico según DSM-IV	9
Criterios de Episodios Depresivos CIE-10	11
Epidemiología	12
Justificación	12
Objetivos del Estudio	13
Planteamiento del Problema	
Hipótesis	14
Material y Método	
Tipo de Población	16
Tipo de Estudio	16
Criterios de Inclusión	17
Criterios de Exclusión	17
Criterios de Eliminación	17
Descripción de Instrumentos	17
Procedimiento	18
Cédula de Recolección de Datos	19
Estrategia de Análisis	
Especificación de las Variables	20
Determinación Estadística del Tamaño de la muestra	20
Análisis Estadístico de la información	23
Resultados	
Análisis Descriptivo	25
Análisis Comparativo Intragrupo	26
Análisis Comparativo entre Grupos	27
Análisis Comparativo por Reactivos	28
Análisis Inferencial	28
Prueba Diagnóstica	29
Discusión	30
Conclusiones	33
Referencias	34
Gráficas	37
Tablas	42
Anexos	48
Anexo I	49
Anexo II	51
Anexo III	52

ANTECEDENTES

MARCO TEORICO

Los trastornos del estado de ánimo en niños han sido objeto de reconocimiento y atención creciente en las últimas décadas. Uno de los criterios para los trastornos del estado de ánimo en los niños radica precisamente en la alteración del mismo, como en la depresión o la euforia. El presente trabajo se enfoca en el Trastorno Depresivo Mayor durante la infancia, el cual se ha convertido en objeto importante de investigación a nivel internacional (1). Esta entidad, comparte diversas características clínicas con el Trastorno Depresivo Mayor en los adultos (2), sin embargo, existen diferencias importantes tales como la duración de la sintomatología (3), las manifestaciones inherentes al desarrollo y la pobre respuesta al tratamiento antidepresivo (4-7).

La incidencia de los Trastornos Depresivos aumenta con la edad. Cada vez se diagnostica con mayor frecuencia el Trastorno Depresivo Mayor en los niños, tal vez debido a un mayor reconocimiento por parte de la sociedad o, quizá debido a un aumento real en su incidencia. Los niños son particularmente vulnerables a la influencia de factores estresantes sociales intensos tales como el desacuerdo familiar crónico, abuso, negligencia, y fracaso escolar entre otros.

El sexo y la edad se correlacionan con las manifestaciones de los síntomas depresivos. La relación en niños y niñas es de 1 : 1 y durante la adolescencia se modifica a 2 : 1 (8). Diversos autores postulan que la adrenaquia (aumento en la liberación de andrógenos adrenales que acontece entre los 6 y 8 años de edad y que precede aproximadamente en dos años a los cambios que ocurren en la pubertad) es un factor importante para el inicio de síntomas depresivos en la pubertad y adolescencia (9). Otros factores son la

disfunción familiar, la baja autoestima, la psicopatología de familiares en primer y segundo grado, comorbilidad con la distimia, el trastorno bipolar, trastorno de déficit de atención con hiperactividad y, trastornos de conducta, así como el abuso y/o dependencia de sustancias psicoactivas y el suicidio (10-13).

Es posible observar que la prevalencia del Trastorno Depresivo en ciertos grupos de edad es considerablemente más elevada entre los grupos psiquiátricos de referencia en comparación con la población en general. La tasa del Trastorno Depresivo Mayor en estos niños se sitúa en 0.9%, comparada con el 0.3% de la población en general.

La depresión es más común en niños en relación con las niñas en edad escolar (14).

Es relativamente más fácil diagnosticar el Trastorno Depresivo Mayor cuando ocurre de manera aguda y sin sintomatología psiquiátrica previa.

Diversos estudios clínicos del fenómeno depresivo en los niños permiten establecer para la distimia un inicio temprano entre los 8 y 9 años de edad, con una tasa del 2.5 % en escolares y, para el Trastorno Depresivo Mayor el inicio usualmente se sitúa alrededor de los 10 a 11 años de edad, con una tasa respectiva del 2 %.

Cabe señalar que el inicio de la distimia a esta edad representa un marcador importante y temprano de Episodios Depresivos Recurrentes en la adolescencia (15).

No obstante, existe la controversia teórica acerca de la posibilidad de que una verdadera depresión se manifieste antes de la adolescencia, diversos autores opinan que la depresión en la infancia es un hecho clínico real, e intentan clasificarla sobre bases empíricas tales como la respuesta al tratamiento, la presencia de circunstancias desencadenantes o bien, la psicopatología concomitante.

Eva Frommer (1986), distingue tres subgrupos principales y un pequeño grupo adicional que corresponde a una forma juvenil de los desórdenes maníaco-depresivos. El primer grupo se denomina "Depresivo Enurético", debido a la marcada incidencia de enuresis y

encopresis. Estos niños presentan adicionalmente problemas de aprendizaje y retraimiento social, sólo en el 19% de los miembros de este grupo se observan signos de depresión. Afirma Frommer que requieren de un tratamiento prolongado y difícil, con mayor cantidad de medicación antidepresiva o terapia grupal, siendo en ocasiones necesario alejar al niño de su entorno familiar. Vale preguntarse si corresponde clasificar a este grupo como depresivo. Se trata de niños desafortunados e infelices que, debido a una combinación de factores sufren de un retardo neurológico, problemas de aprendizaje e incontinencia. A menudo entablan crónicas luchas por el poder con sus padres, quienes a su vez agravan sus frustraciones. Sin embargo, no parecen deprimidos, se muestran más bien encolerizados y recurren a represalias pasivo-agresivas contra las figuras que representan autoridad. En ellos, faltan componentes decisivos para establecer el diagnóstico de depresión, por ejemplo, una imagen negativa de sí mismos, la sensación de indefensión y las autorecriminaciones (16).

El segundo grupo denominado de "Depresión Simple", resultó ser el más estudiado por la autora. Los niños que lo integran se caracterizan por irritabilidad, debilidad y tendencia a reiterados estallidos temperamentales. En este grupo se observan trastornos del sueño en el 50% de los casos, así como signos de depresión en aproximadamente una tercera parte. En ellos, usualmente no existen muestras de ansiedad ni disminución de la confianza. Estos niños impresionan afectivamente como deprimidos, posterior al tratamiento, el rendimiento escolar mejora de manera considerable y en algunos casos se nota un cambio importante en el proceder de los pacientes. Al tercer grupo se le denomina "Depresivo Fóbico", debido a la gran ansiedad y falta de confianza. En este grupo, más de dos terceras partes de los niños somatizan con objeto de no acudir a la escuela, como ejemplo, refieren dolores abdominales. La proporción de niñas afectadas usualmente es del doble que los varones (16).

La clasificación propuesta por Cytryn y Mcknew (1972), discrimina entre reacción afectiva depresiva y enfermedad depresiva, en esta última, la depresión es más persistente y la tristeza se asocia con desarreglo de las funciones vegetativas o deterioro del rendimiento escolar o de la adaptación social. En los casos más severos, el niño sufre trastornos del pensamiento debido a su retardo generalizado, sentimientos de desesperanza, impotencia e ideación suicida. Estos autores definieron tres tipos de desórdenes depresivos en niños cuyas edades oscilaban entre seis y doce años. El primer tipo lo denominan "Reacción Depresiva Encubierta" que se caracteriza por hiperactividad, conducta agresiva, trastornos psicósomáticos y tendencia delictiva. Al segundo tipo le denominan de "Reacción Depresiva Aguda", generalmente vinculada con la pérdida de atención de una persona amada. Estos niños presentan francos síntomas de depresión durante un período breve y pronta recuperación. Antes de su enfermedad, no refieren antecedentes de problemas de adaptación y sus historias familiares revelan un grado adecuado de solidez y cohesión, sin antecedentes depresivos. Se postula que sufren un colapso transitorio, del cual se reconstituyen espontáneamente a menos que persistan las situaciones ambientales traumáticas.

Por último, un tercer tipo más severo, la "Reacción Depresiva Crónica", en la cual no es posible detectar un hecho desencadenante. No hay recuperación rápida, antes bien, estos niños muestran signos persistentes de depresión. Sus historias revelan que desde muy temprana edad atravesaron por repetitivas experiencias de privación y separación de personas amadas. En todos los casos, por lo menos uno de los padres ha sufrido episodios depresivos reiterados. Este último grupo confirma lo observado por Posnaski y Zrull (1970), en donde refieren que en los niños estudiados por ellos, la depresión no era una reacción a un trauma inmediato, sino parte de un proceso existencial activo. De igual forma, observaron que en muchos casos los padres eran depresivos, trataban con rigidez

a sus hijos o los rechazaban abiertamente. Estos autores establecen criterios más estrictos para el diagnóstico de depresión, descartando las reacciones de Cytryn y McKnew. La ventaja de esta definición más rígida es que permite estudiar el curso natural del desorden al excluir síntomas depresivos que forman parte de una reacción pasajera al dolor o que están disimulados por actividades delictivas u otro tipo de defensas.

Por ejemplo, en un importante estudio de seguimiento, Poznanski, Krahenbuhl y Zrull (1976) encontraron que la mitad de los pacientes vistos originalmente (ahora adolescentes) continuaban siendo depresivos. Observaron además, que la agresividad manifestada por estos niños, había disminuido, en tanto se había acentuado la dependencia patológica común en la depresión del adulto. Quizá si estos autores efectuaran un estudio de seguimiento de sus pacientes, podrían ratificar o rectificar estas hipótesis, así como determinar si se justifica o no calificar de "deprimidos" a niños que son capaces de defenderse de la depresión o que presentan una reacción pasajera de dolor ante una situación traumática externa. Aquellos que presentan una depresión encubierta o equivalentes depresivos pueden no estar realmente deprimidos; tal vez los signos de depresión se deben a que están viviendo circunstancias adversas, pero sí son capaces de defenderse contra esas dificultades, cabe preguntarse hasta qué punto es justificable afirmar que sufren una depresión (1,2,16).

Teniendo en consideración todos estos factores, Malmquist (1971), sugirió una clasificación diagnóstica abarcativa, basada sencillamente en el predominio del afecto depresivo. Incluye criterios correspondientes a distintos planos conceptuales, como por ejemplo, características clínicas descriptivas, edad y etiología. El cuadro del Anexo 1, resume esta clasificación.

Malmquist elaboró su clasificación en forma posterior a una exhaustiva revisión de la bibliografía pertinente. Su sistema es en extremo valioso, debido a que resume todos los

posibles estados emocionales infantiles que han sido denominados depresión y, puede ser visto como un compendio de los actuales conocimientos acerca del cuadro sintomático de la depresión en la infancia (16).

La posibilidad de que un niño experimente y exprese sentimientos de depresión se encuentra limitada por sus facultades cognitivas y afectivas. Es obvio que los factores desencadenantes de una depresión cambian a medida que el niño madura. Los bebés no tienen problemas de autoestima, como tampoco los niños de edad preescolar se ven acosados por el temor de una futura situación de privación. En última instancia, es posible que los interrogantes que plantea la depresión en la infancia encuentren respuesta cuando progrese en mayor forma el conocimiento acerca del desarrollo normal.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO SEGUN DSM - IV

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos dos años.

Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos un año.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas :

(1) pérdida o aumento de apetito

(2) insomnio o hipersomnia

(3) falta de energía o fatiga

(4) baja autoestima

(5) dificultades para concentrarse o para tomar decisiones

(6) sentimientos de desesperanza

C. Durante el período de dos años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros dos años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante dos meses). Además, tras los primeros dos años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

E. Nunca ha habido un episodio maniaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Se debe especificar si:

El inicio es temprano : Si el inicio es antes de los 21 años

El inicio es tardío : Si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad (17).

CRITERIOS DE EPISODIOS DEPRESIVOS CIE-10

- A.** Disminución de la atención y concentración
- B.** Pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad
- C.** Idea de culpa y de ser inútil (Incluso en los episodios leves)
- D.** Perspectiva sombría del futuro
- E.** Pensamientos y actos suicidas o de autoagresión
- F.** Trastornos del sueño
- G.** Pérdida de apetito (18).

EPIDEMIOLOGIA

Actualmente la investigación en el campo de la Psiquiatría se ha enfocado a examinar las causas, evolución, secuelas y respuesta al tratamiento de niños con riesgo de desarrollar o presentar Desordenes Depresivos.

En nuestro país, mediante el análisis de información derivada de la Primera Encuesta Nacional de Adicciones (19) y de la Encuesta Nacional de Salud Mental (20), se evaluó la presencia de sintomatología depresiva en niños y su relación con Trastornos Depresivos en familiares adultos de primer grado (21), encontrando que es de 1.8 a 4.8 veces más frecuente, correlacionándose de manera directamente proporcional con la depresión en estos. Asimismo, en relación con la prevalencia diferencial se encontró que existe un 10 % más de probabilidades de que un niño presente depresión cuando existe convivencia dentro del hogar con un adulto con hábito de etilismo.

Para Eva Frommer, la depresión es relativamente común en los niños, constituyendo el 20% de la totalidad de la psicopatología infantil (16).

JUSTIFICACION

La Escala de Depresión de Birlson es un instrumento cuya utilidad ha sido demostrada por diversos autores para detectar la presencia de Trastorno Depresivo, por lo que resulta importante implementar un estudio para evaluar la eficacia de esta escala como un detector de la presencia de un Trastorno Depresivo en escolares, así como determinar qué proporción de escolares presentan este trastorno, ya que constituye una entidad patológica grave, además de representar un período crítico de la vida para el

reconocimiento de la sintomatología específica y así establecer medidas terapéuticas de manera temprana.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Evaluar si la Escala de Depresión de Birleson discrimina la presencia de Trastorno Depresivo mediante :

A) La comparación de la puntuación que obtengan escolares que asisten a Escuelas Públicas de la que resulta de aplicar la Escala de Birleson contra un grupo de escolares con diagnóstico de depresión que acuden a la Clínica de Emociones del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", S.S.

B) Determinar la proporción de escolares de Escuelas Públicas con Trastorno Depresivo que pueden ser detectados mediante la Escala de Depresión de Birleson y observar si el resultado es similar a las proporciones obtenidas mediante la aplicación de otros procedimientos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ La Escala de Depresión de Birleson constituirá un instrumento útil, capaz de discriminar confiablemente la presencia de un Trastorno Depresivo, reflejado por una puntuación elevada en el sistema de calificación ?

De la población de escolares de 8 a 12 años de edad ¿Cuál será la proporción de niños identificados como portadores de un Trastorno Depresivo según la Escala de Depresión de Birleson ?

HIPOTESIS

Hipótesis Uno.

No existe diferencia entre las puntuaciones de la Escala de Depresión de Birleson obtenidas entre un grupo de escolares con diagnóstico de depresión que acuden a la Clínica de Emociones del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" S.S., al compararlas con aquellas derivadas de la aplicación de la Escala en niños que acuden a Escuelas Públicas.

Hipótesis Dos.

Los escolares con diagnóstico de depresión que acuden a la Clínica de Emociones del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" S.S., presentan puntuaciones mayores en comparación con niños de la misma edad que acuden a Escuelas Públicas.

Hipótesis Estadística.

X1 : Puntuaciones obtenidas de escolares que reciben instrucción primaria en Escuelas Públicas.

X2 : Puntuaciones obtenidas de escolares atendidos en la Clínica de Emociones del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" S.S.

Ho : $X1 - X2 = 0$

H1 : $X1 - X2 > 0$

MATERIAL Y METODO

TIPO DE POBLACION (UNIVERSO DEL PROBLEMA)

GRUPO DE ESCOLARES NO DEPRIMIDOS

Niños en edad escolar de las de las siguientes escuela oficiales : República de Líbano, República del Salvador y José María Izcabalzeta.

Dichas escuelas se encuentran ubicadas en la zona centro de la Ciudad de México.

GRUPO CONTROL. ESCOLARES DEPRIMIDOS

Niños que acuden a la Clínica de Emociones del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" S.S., y que estén cursando educación primaria.

TIPO DE ESTUDIO

Al presente trabajo se le clasifica de la siguiente forma :

- OBSERVACIONAL
- TRANSVERSAL
- COMPARATIVO
- PROSPECTIVO
- Por lo que corresponde a una :
- "ENCUESTA COMPARATIVA PROSPECTIVA" (24)

CRITERIOS DE INCLUSION

Escolares de ambos sexos.

Escolares que estén cursando cuarto, quinto y sexto grado en Escuelas Públicas y que tengan de 8 a 12 años de edad.

Pacientes de 8 a 12 años de edad, que acuden a la Clínica de Emociones del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" S.S., y que tengan la misma escolaridad, es decir, que se encuentren cursando cuarto, quinto y sexto grado de primaria.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Que presenten retraso mental.

Que no residan en el área del D.F.

Cuando hayan transcurrido más de 48 hrs. de establecido el diagnóstico de Trastorno Depresivo

CRITERIOS DE ELIMINACION

Se eliminarán del estudio aquellos escolares que respondan de manera incompleta sus reactivos.

DESCRIPCION DE INSTRUMENTOS

La Escala de Birlson (Depression Self Rating Scale <DSRS>), es una escala que identifica situaciones depresivas en niños y adolescentes. En nuestro país, se ha aplicado en adolescentes obteniéndose una especificidad de 81 % y una sensibilidad del 75 % en

un punto de corte de 15 en el estudio realizado por el Dr. de la Peña en el Instituto Mexicano de Psiquiatría (22).

Ivarson reportó en el mismo punto de corte una sensibilidad de 69 % y una especificidad de 57 %. Al ser un instrumento autoaplicable, es factible utilizarlo no sólo en estudios clínicos sino también en investigaciones epidemiológicas orientadas hacia la detección temprana y tratamiento oportuno de Trastornos Depresivos (23).

El instrumento consiste en una escala autoaplicable tipo Lickert que consta de 18 reactivos. Todos pueden puntuar de 0 a 2; diez de estos reactivos se califican de 0 a 2 que son el 1,2,4,7,8,9,11,12,13 y 16; y ocho reactivos que se califican de 2 a 0 y que corresponden a los números 3,5,6,10,14,15,17 y 18 (Anexo 2).

PROCEDIMIENTO

Se solicitó la autorización por escrito a los Directores de las Escuelas Primarias Públicas, previa explicación detallada de las características y fines del presente estudio. Asimismo, se solicitó autorización a la Clínica de Emociones del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" S.S., a través de la Jefe de División de Investigación, la Dra. María Elena Márquez C.

La Escala de Depresión de Birlson se aplicará a los escolares que cursen cuarto, quinto y sexto grado de primaria, siempre en el horario de las 9 : 00 hrs. A.M., previa explicación por parte del autor del presente trabajo. De cada niño se registrará su edad, sexo y grado escolar. Al inicio del procedimiento, se indicará claramente que cuentan con un límite de tiempo de 15 minutos para resolver su cuestionario.

De manera inicial se aplicará el cuestionario en 14 escolares (7 de Escuelas Primarias Públicas y 7 del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", los cuales serán designados como grupo piloto para efectuar el cálculo del tamaño de la muestra; acto seguido se aplicarán los cuestionarios a los escolares restantes hasta completar cada una de las muestras (24).

Al finalizar la recolección de los datos cada cuestionario se calificará de la siguiente forma:

Reactivos con puntuación de 0, 1, 2 correspondiente a Siempre, Algunas veces, Nunca :

1, 2, 4, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 16.

Reactivos con puntuación de 2, 0, 1 correspondiente a Siempre, Algunas veces, Nunca :

3, 5, 6, 10, 14, 15, 17, 18,

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

De todos los niños se registró : Nombre, Edad, Género, Grado Escolar, Nombre de la Escuela, en caso de corresponder a la muestra de niños de Escuelas Públicas. Escala de Depresión de Birtleson , que se muestra en forma detallada en el Anexo número 2.

ESTRATEGIA DE ANALISIS

ESPECIFICACION DE LAS VARIABLES

Edad.- Variable de tipo numérica de relación. Se expresa en años.

Sexo.- Variable de tipo nominal. Se expresa en Femenino, Masculino.

Puntuación de la Escala de Birtleson.- Consta de 18 reactivos de tipo ordinal. Cada uno de los cuales se expresa como Siempre, Algunas Veces, Nunca. Se utilizan los números 0, 1 y 2 para identificar las clases de intensidad de la respuesta (Anexo 2).

DETERMINACION ESTADISTICA DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

El presente trabajo está constituido de una estrategia comparativa y una inferencial.

ESTADISTICA COMPARATIVA

I. TAMAÑO DE MUESTRAS PARA COMPARAR PROMEDIOS.

La siguiente fórmula nos permitió calcular el tamaño de las muestras derivada de la puntuación media que se obtuvo a partir del grupo piloto (24).

$$d = \frac{\mu A - \mu B}{\sigma A^2 + \sigma B^2}$$

Donde μ = Media

σ = Desviación Estándar

Puntuación Grupo Piloto niños de Escuelas Primarias Públicas :

12.58 \pm 2.0 (Media \pm Desviación Estándar)

Puntuación Grupo Piloto escolares del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro":

13.71 \pm 1.3 (Media \pm Desviación Estándar)

Al fijar los valores correspondientes de $\alpha = 0.5$ y $\beta = 0.4$ resultó que el tamaño muestral para comparar los promedios de las puntuaciones fué :

$$n = 31$$

ESTADISTICA INFERENCIAL

Debido a que la Escala de Birlson ya fue validada en nuestro medio, se efectuó un análisis de estadística inferencial para calcular la proporción de niños deprimidos en Escuelas Primarias Públicas, según las puntuaciones de la mencionada escala.

II.- OBTENCION DEL TAMAÑO MUESTREAL EN LA ESTIMACION DE PROPORCIONES DE UNA POBLACION.

Se aplicó la fórmula para calcular el tamaño de la muestra en la estimación de proporciones de una población (24) :

$$n = \frac{Z^2 P (1-P)}{\delta^2}$$

Se fijó $Z = 1.96$ para abarcar al 95 % de la población.

a).- Para la muestra de niños de Escuelas Primarias Públicas :

$$n = \frac{(1.96)^2 (1/4)}{(0.05)^2}$$

Se fijó el error en 5 %

$$n = 384$$

B.- Para la muestra de escolares que acuden al Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" S.S :

$$n = \frac{(1.96)^2 (1/4)}{(0.18)^2}$$

Se fijó el error en 18 %

$$n = 32$$

ANALISIS ESTADISTICO DE LA INFORMACION

Se efectuaron procedimientos de Estadística Descriptiva tales como Porcentajes, Media y Desviación Estándar, de acuerdo a los métodos convencionales.

La comparación tanto intragrupo como entre los grupos se efectuó mediante los siguientes procedimientos :

A) La edad se comparó mediante Prueba de t de Student para muestras independientes, calculando previamente la varianza ponderada a través de la prueba de F con grados de libertad para cada muestra igual al tamaño de n - 1 (25).

B) La puntuación global de la Escala de Birleson se comparó entre ambos grupos mediante prueba de t de Student para muestras independientes, calculando de manera previa la varianza ponderada a través de la prueba de F con grados de libertad para cada muestra igual al tamaño de n - 1.

C) Las puntuaciones de cada respuesta se compararon mediante la prueba de U de Mann-Whitney (26, 27)

D) Se aplicaron procedimientos de Estadística Inferencial para calcular la proporción poblacional y sus intervalos de confianza 95 %, de acuerdo a la siguiente fórmula (28) :

$$p \pm \frac{Z \sqrt{p(1-p)}}{n}$$

E) Se calculó la Sensibilidad que obtuvo la Escala de Birleson en el presente estudio, tomando como punto de corte el valor correspondiente a una calificación de 15 puntos, de acuerdo a lo reportado por diversos autores (22)

El procesamiento de la información se efectuó mediante el programa de estadística "ASP", Student Copy, DMC Software, INC., 1995.

RESULTADOS

ANALISIS DESCRIPTIVO

El grupo de niños de Escuelas Primarias Públicas estuvo constituido por 388 escolares (Grupo A), de los cuales 182 correspondieron al sexo masculino (46.90 %) y 206 fueron del sexo femenino (53.10%).

El grupo de niños de la Clínica de las Emociones del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" S.S., estuvo integrado por 30 pacientes (Grupo B) de los cuales 56.66 % fueron del sexo masculino (17 pacientes) y 43.34% fueron del sexo femenino (13 pacientes). De este grupo se eliminaron dos escolares debido a que sus cuestionarios estaban resueltos de manera incompleta (Gráf. 1).

De los 388 escolares del Grupo A se escogieron 30 cuestionarios mediante una tabla de números aleatorios y se integró al Subgrupo AA, que estuvo conformado por 20 escolares del sexo masculino (66.66%) y 10 del femenino (33.34%).

Del total de escolares que integraron al Grupo A (388), se encontró que 72 de ellos (18.55%) tuvieron una calificación igual o superior al punto de corte (15 puntos) referido por diversos autores. Es de notar que de estos escolares con calificación mayor o igual a 15 puntos, el 73.62% correspondieron a escolares del sexo femenino (Gráf. 2).

Cinco pacientes del Grupo B tuvieron calificaciones iguales o mayores a 15 puntos, correspondiendo a un 16.66% y su frecuencia relativa se muestra en la Gráfica 3.

De los escolares que se asignaron aleatoriamente al Subgrupo AA, sólo el 13.33% obtuvieron calificaciones mayores o iguales al punto de corte, tal como se ilustra en la Gráfica 4.

ANALISIS COMPARATIVO INTRAGRUPPO

EDAD

Grupo A. En este Grupo se encontró una diferencia significativa ($p < 0.05$) entre la edad media de los escolares del sexo masculino (11.06 ± 1.19 DE) y los escolares del sexo femenino (10.85 ± 1.06 DE) tal como se resume en la Tabla I.

Grupo B. Los escolares del sexo masculino tuvieron una edad promedio de 9.47 ± 1.32 (DE) y los del sexo femenino correspondieron a una edad promedio de 9.30 ± 1.25 (DE) ($p > 0.05$), como se puede observar en la Tabla I.

Subgrupo AA. En los escolares del sexo masculino que se asignaron a este Subgrupo, la edad media fue de 10 ± 0.64 DE, que al compararla con la edad media de escolares del sexo femenino (9.6 ± 0.84 DE), no se encontró diferencia significativa ($p > 0.05$) (Tabla I).

PUNTUACION GLOBAL DE LA ESCALA DE BIRLESON

Grupo A. Los 182 escolares de este Grupo obtuvieron una puntuación promedio de 10.80 ± 3.53 DE, sin demostrarse diferencia significativa con los del sexo femenino quienes tuvieron una puntuación media de 11.79 ± 4.07 DE, tal como se resume en la Tabla II.

Grupo B. En este Grupo tampoco se evidenció diferencia estadísticamente importante entre las puntuaciones promedio para los escolares de ambos sexos que fueron de

10.47± 5.58 DE en el sexo masculino y de 11.61 ± 2.78 DE en el sexo femenino (Véase Tabla II).

Subgrupo AA. La puntuación media en escolares del sexo masculino fue de 9.9 ± 3.12 DE y en el femenino fue de 13.6 ± 2.87 DE, cifras que no demostraron diferencias significativas (Tabla II).

ANALISIS COMPARATIVO ENTE EL SUBGRUPO AA Y EL GRUPO B

EDAD

Se encontró diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre la edad de los escolares del sexo masculino del Subgrupo AA (Edad media 10 ± 0.64 DE) y los escolares del mismo sexo pertenecientes al Grupo B (Edad media, 19.47 ± 1.32 DE).

Por otra parte no se demostró diferencia significativa ($p > 0.05$) al comparar las edades de escolares del sexo femenino en estos dos Grupos, tal como se resume en la Tabla III.

PUNTUACION GLOBAL DE LA ESCALA DE BIRLESON

La puntuación promedio en escolares del sexo masculino correspondió a 9.9 ± 3.12 DE en el Subgrupo AA, mientras para los escolares del Grupo B fue de 10.47 ± 5.58 DE, sin encontrarse diferencia significativa.

En los escolares del sexo femenino sí se demostró diferencia estadísticamente significativa entre la puntuación promedio obtenida por el Subgrupo AA (13.6 ± 2.87 DE) y la de aquellas escolares pertenecientes al Grupo B (11.61 ± 2.78 DE), véase Tabla III.

ANALISIS COMPARATIVO POR REACTIVO DE LA ESCALA DE BIRLESON

Se analizó la puntuación obtenida en cada uno de los reactivos que integran a la Escala de Birleson, comparando los escolares no deprimidos de aquellos con Trastorno Depresivo y se encontró que en los niños del sexo masculino ningún reactivo mostró diferencia estadística entre ambos grupos, mientras que al comparar los escolares del sexo femenino, se evidenció que 4 reactivos presentaron puntuaciones con diferencia estadística en ambos grupos (Tablas IV y V). Dichos reactivos con su número correspondiente de la Escala se enlistan a continuación :

REACTIVO No.	ENUNCIADO
3	Me dan ganas de llorar
10	Creo que no vale la pena vivir
11	Soy bueno para las cosas que hago
17	Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarlo

ANALISIS INFERENCIAL

Al tomar como punto de corte el valor de 15 puntos ya citado, es factible observar que mediante la Escala de Birleson se estima con un 95 % de confianza que de los escolares que asisten a Educación Primaria en Escuelas Públicas del 14 % al 21 % presentan un Trastorno Depresivo.

PRUEBA DIAGNOSTICA

Al tomar al Diagnóstico Clínico como el Estándar de Oro que identifica al 100 % de los casos de Trastorno Depresivo, es posible obtener la Sensibilidad que alcanzó la Escala de Birlson en el Grupo de Escolares del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro, considerando como punto de corte la calificación de 15, debido a las razones expuestas con anterioridad.

Así, tenemos que únicamente 5 pacientes del Grupo B, mostraron puntuaciones iguales o mayores a 15 al calificar sus cuestionarios, de donde la Sensibilidad diagnóstica registrada en el presente trabajo correspondió al 16 %.

DISCUSION

En el transcurso de las últimas dos décadas la medicina ha sido testigo de la elaboración y validación de numerosos sistemas de evaluación diagnóstica y pronóstica, sumamente valiosos tanto por su utilidad en la práctica clínica cotidiana como en la realización de múltiples estudios epidemiológicos (29).

En nuestro país, por el momento no se cuenta con una escala diagnóstica que permita discriminar la presencia de un Trastorno Depresivo en niños de manera confiable.

Peter Birlson en el año de 1981, validó una escala autoaplicable para detectar la presencia de un Trastorno Depresivo en niños. En su trabajo postuló un total de 37 reactivos, de los cuales 3 demostraron discriminar entre niños normales de aquellos que presentaban un Trastorno Depresivo y le adicionó 15 reactivos que discriminaban el Trastorno Depresivo de otras alteraciones para integrar la Escala de Birlson, cuya traducción se muestra en el Anexo II (30).

Por otra parte, De la Peña en nuestro medio, en el año de 1996 reportó la validación en adolescentes de una traducción de la Escala de Birlson (22). En su estudio, demostró una sensibilidad del 87 % y una especificidad del 74 %. Asimismo, demostró comunicó diferencias significativas en la puntuación promedio obtenida entre adolescentes sin Depresión de aquellos con un Trastorno Depresivo.

En el presente trabajo, al aplicar esta misma escala en niños, no se encontró diferencia significativa al comparar las puntuaciones obtenidas por escolares del sexo masculino sin Depresión de aquellos diagnosticados con un Trastorno Depresivo. Sin embargo, en escolares del sexo femenino, el análisis demostró que la puntuación global de esta escala, permite discriminar en forma estadísticamente significativa entre las calificaciones registradas en ambos grupos. Cabe resaltar, que contrariamente a lo esperado, el grupo

de escolares del sexo femenino sin Trastorno Depresivo fue el que obtuvo una puntuación promedio más elevada.

Los datos señalados indican que la Escala de Birlson que se utilizó, no constituye un instrumento que permita distinguir de manera confiable a través de sus puntuaciones entre un grupo de escolares sin Depresión de otro con el diagnóstico de Trastorno Depresivo. Sin embargo, debe tomarse en consideración que el estado de ánimo de los niños puede presentar variaciones importantes de forma reactiva, de manera que el grupo de escolares del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro" S.S., respondieron el cuestionario cuando se encontraban en un ambiente favorable, lejos de su entorno cotidiano y se sugiere que esta observación debería considerarse en la aplicación futura de este tipo de cuestionarios autoaplicables en niños.

Adicionalmente, al analizar cada uno de los reactivos por separado, se demostró que ninguno de ellos alcanzó una puntuación con diferencias significativa en escolares del sexo masculino, encontrándose en el sexo femenino 4 reactivos con diferencia estadísticamente importante entre el grupo sin Depresión y el grupo con Trastorno Depresivo. Dichos reactivos correspondieron a los números 3, 10, 11 y 17.

Cabe hacer mención que este hallazgo concuerda a lo publicado por algunos autores, tales como Asarnow (1985), quien encontró significancia en los reactivos 6, 10, 15 y 17 (31).

Por su parte Ivarson, señaló a los reactivos 9, 10 y 17 como los más importantes para discriminar entre niños normales y con Trastorno Depresivo (23).

Birlson en el año de 1987, durante una evaluación clínica a su escala, indicó como significativos a los reactivos correspondientes a los números 3,5,6,14,15 y 17 (32).

En este estudio, el haber encontrado reactivos con diferencias estadística importantes de manera exclusiva en escolares del sexo femenino, pudiera obedecer a que las niñas

tienen mayor capacidad de expresión en cuanto a sus sentimientos; de igual forma, otros factores que pudieran influir en el resultado observado es, que los niños por su crianza no son tan descriptivos en sus habilidades; adicionalmente las niñas tienen mayor percepción de emociones o sentimientos. Además, no deben descartarse influencias de factores de tipo cultural, que intervienen en la expresión de diversos sentimientos.

En el presente estudio, se demostró una sensibilidad diagnóstica muy pobre (16 %) de la Escala de Birlson, cuando se compara su eficacia con el Estándar de Oro para el diagnóstico de un Trastorno Depresivo, que por el momento continúa siendo el dictamen clínico fundamentado en criterios establecidos por el DSM-IV y el CIE-10.

CONCLUSIONES

En el presente trabajo se demostró que la Escala de Birleson, recientemente validada en nuestro medio en adolescentes, no permitió diferenciar entre niños sin Depresión de aquellos que presentaban un trastorno depresivo.

El encontrar diferencias en el sexo en cuanto al análisis de cada uno de los reactivos, puede explicarse por una mayor capacidad de las niñas para identificar y expresar sus sentimientos depresivos.

Los 4 reactivos que mostraron obtener puntuaciones diferentes entre niños sin Depresión y niños con Trastorno Depresivo, concuerdan con los señalados por diversos autores en la literatura médica internacional.

De lo anterior, se sugiere que resulta pertinente efectuar una revisión de fondo a la Escala de Birleson, que tome en consideración para su aplicabilidad en los niños, diferencias en cuanto a desarrollo y capacidad de expresión entre ambos sexos; de igual forma, se sugiere tomar en cuenta influencias culturales en la elaboración de sus reactivos y ambientales durante su aplicación.

Tal vez pudiera tomarse como punto de partida los reactivos que han demostrados en diversas publicaciones, señalar diferencias significativas entre niños normales y con un Trastorno Depresivo, y a partir de ellos, elaborar una modificación a esta escala para elaborar un sistema de evaluación diagnóstica para el Trastorno Depresivo en niños que proporcione mayor eficacia y confiabilidad diagnóstica para entonces intentar su validación y adaptación en diversas poblaciones de niños.

REFERENCIAS

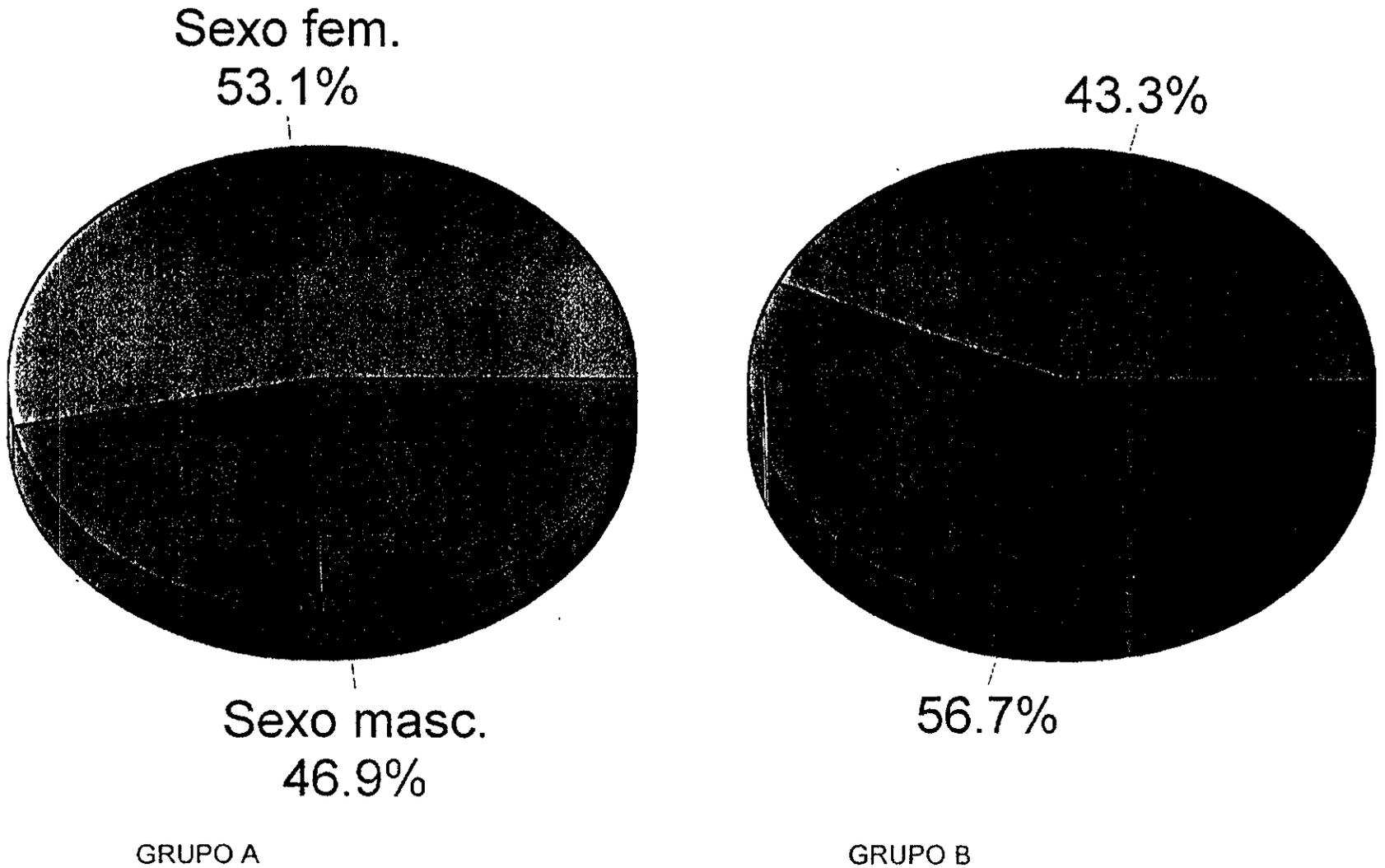
- 1.- Poznanski E, et al. Preliminary Studies of the Reliability and Validity of the Children's Depression Rating Scale. *Am. J Acad Child Psychiatry* 1984; 23: 191-97.
- 2.- Poznanski E. The Clinical Phenomenology of Childhood Depression. *Am. J Orthopsychiatry* 1982; 52: 308-313.
- 3.- Boulos C, Kutcher S, et al. Response to Desipramine Treatment in Adolescent Major Depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 33: 686-94.
4. Roberts RE. Screening for Adolescent Depression : A Comparison of Depression Scales. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 1991; 30: 58-66.
- 5.- De la Peña F, Ortiz S, et al. Validación de la Escala de Poznanski para Depresión en Niños. Tesis de la Especialización en Paidopsiquiatría. Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro. SSA, 1992.
- 6.-Kovacs M, Feinberg T, et al. Depression Disorder in Childhood I : A Longitudinal Prospective Study of Characteristics and Recovery. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 229-37.
- 7.- Paykel ES. Classification of Depressed Patients : A Cluster Analysis Derived Groupin. *Br J Psychiatry* 1971; 120: 147-56.
- 8.- Beck A, et al. An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561-71.
- 9.- Mitchel J, McCauley E.- Phenomenology of Depression in children adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; 27: 12-20.
- 10.- Boulos C, Kutcher S. Response to Desipramine Treatment in Adolescent Major Depression. *Psychopharmacology Bull* 1991; 27: 59-65.
- 11.- Puig-Antich B, et al. Imipramine in Prepuberal Major Depression Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 81-89.

- 12.- Angold A, Worthman CW. Puberty Onset of Gender Differences in Rates of Depression: A Development, Epidemiology and Neuroendocrine Perspective. *J Affective Disorders* 1993; 29: 145-58.
- 13.-Evans Dw, Brody L. Self-Perceptions of Adolescents with and without Mood Disorder. Content and Structure. *J Child Psychol Psychiat* 1995; 36: 1337-51.
- 14.- Kaplan H. Sinopsis de Psiquiatría. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires. 7ª ed. 1990.
- 15.- Avshalom C, Moffit R. Behavioral Observations at age 3 years Predict Adult Psychiatric Disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 1033-1041.
- 16.- Birmaher B. Childhood and Adolescent Depression : A review of the Past, Part I. *J Am Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: páginas.
- 17.- Pichot P.- DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. MASSON, S.A. Barcelona, 1995, pág.356-357.
18. López Ibor J. J. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud. Madrid, 1992.
- 18.- Encuesta Nacional de Adicciones. SSA. México, 1990.
- 19.- Encuesta Nacional de Adicciones. S.S. México, 1990.
- 20.- Caraveo J. Trastorno psiquiátrico en niños de la República Mexicana. *Instituto Mexicano de Psiquiatría (2ª época)* 9 (3): 137-151, 1997.
- 21.- De la Fuente R. Medina-Mora ME, Caraveo J. Salud Mental en México. Instituto Mexicano de Psiquiatría / Fondo de Cultura Económica, México, pp 216-8, 1997.
- 22.- De la Peña O. Validación de la Escala de Birleson (DSRS). *Salud Mental* 1996 (Supl); 17-23.

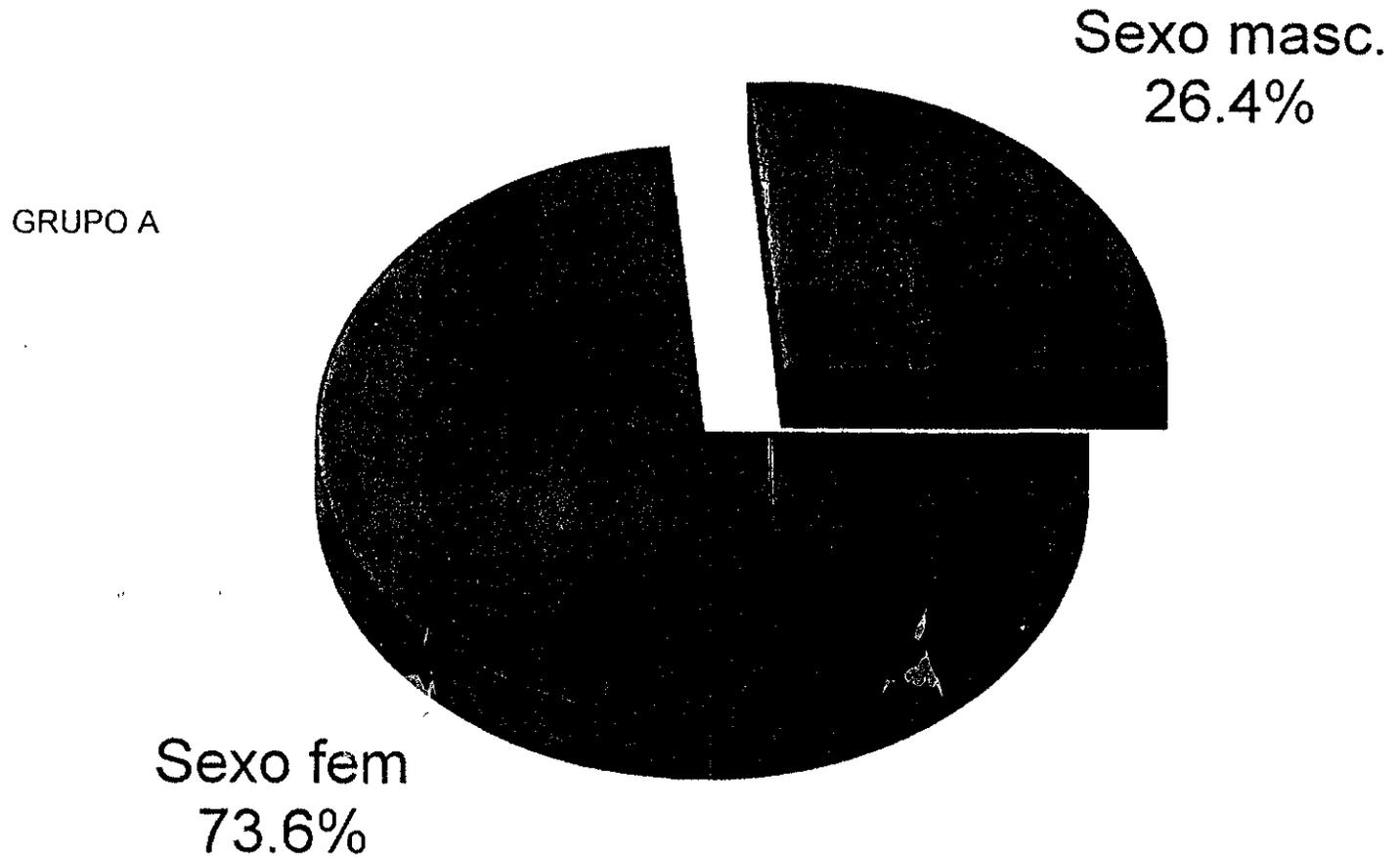
- 23.- Ivarson T, Lidberg A, Gillberg C. The Birleson Depression Self-Rating Scale (DSRS). Clinical evaluation in an adolescent inpatient population. *J Affec Disorders* 1994; 32: 115-125.
- 24.- Cañedo L. Investigación Clínica. Nueva Editorial Interamericana. México, 1987. pp. 171-183.
25. Méndez Ramírez I, Namihira Guerrero D, Moreno Altamirano L, Sosa de Martinies C. El protocolo de investigación Clínica. Editorial Trillas. México, 1986, pp. 145-148.
26. Feinstein Alvan R. *Clinical Epidemiology*. W.B. Saunders Co. London, 1986, pp. 155.
- 27.- Levin RI, Rubin DS. *Statistics for Management*. Prentice Hall. Upper Saddle River, New Jersey, 1994. pp. 719-723.
- 28.- Levin RI, Ramsey P, Berenson ML. *Business Statistics for Quality and Productivity*. Prentice Hall. Upper Saddle River, New Jersey, 1995, pp. 617-619.
- 29.- Shapiro AR. The evaluation of clinical predictors. A method and initial application. *N Eng J Med* 1997; 296: 1509.
- 30.- Birleson P. The Vality of Depression Disorder in Childhood and the Development of a Self-Rating Scale : A Research Report. *J Child Psychol Psychiatry* 1980; 22: 73-88.
- 31.- Asarnow JR, Carlson GA. Depression self-rating scale. *J Consult Clin Psychol* 1985; 53: 491-99.
- 32.- Birleson P, et al. Clinical evaluation of a self-rating scale for depressive disorder in childhood (Depression self-rating scale). *J Child Psychol Psychiatry* 1987; 28: 46-60.

GRAFICAS

Gráfica 1

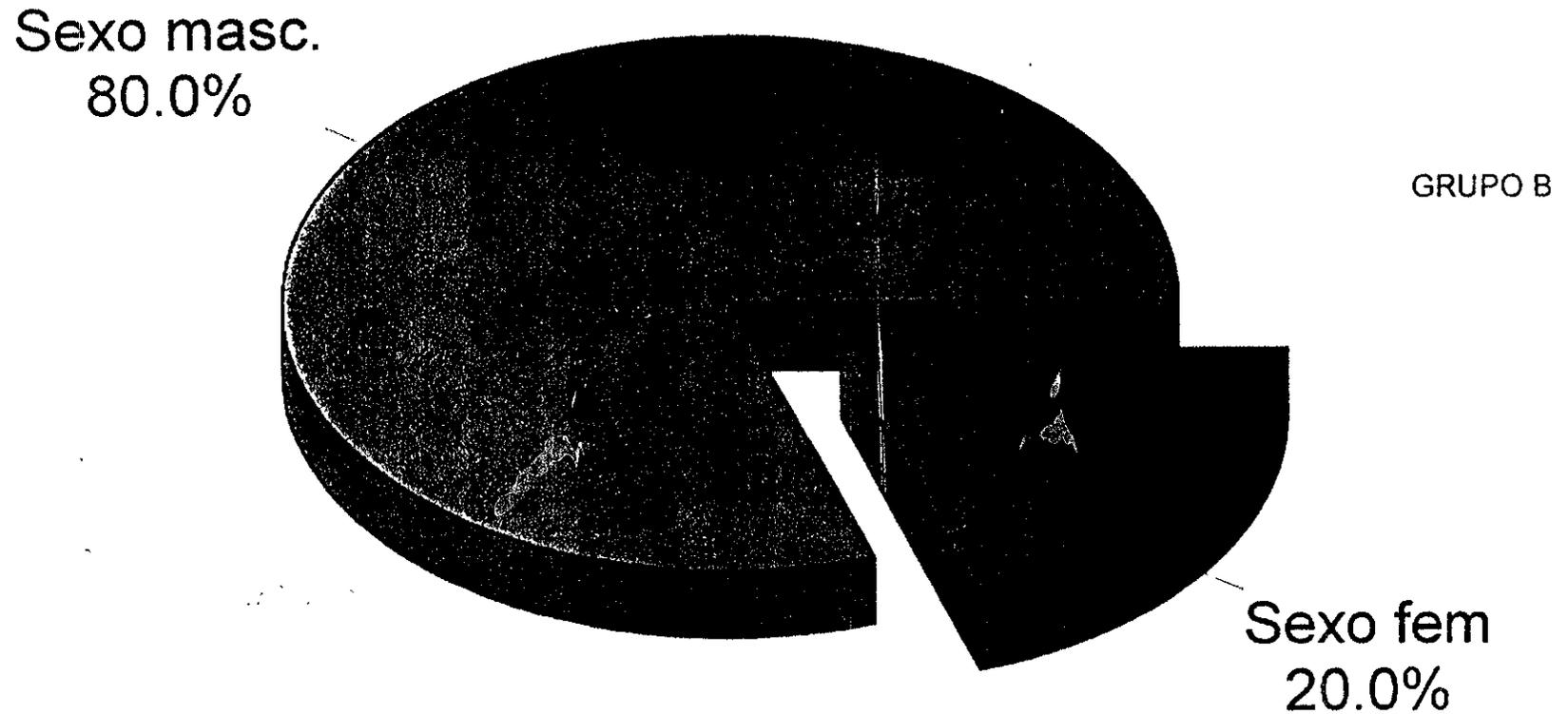


Gráfica 2



Punto de corte mayor o igual a 15 puntos

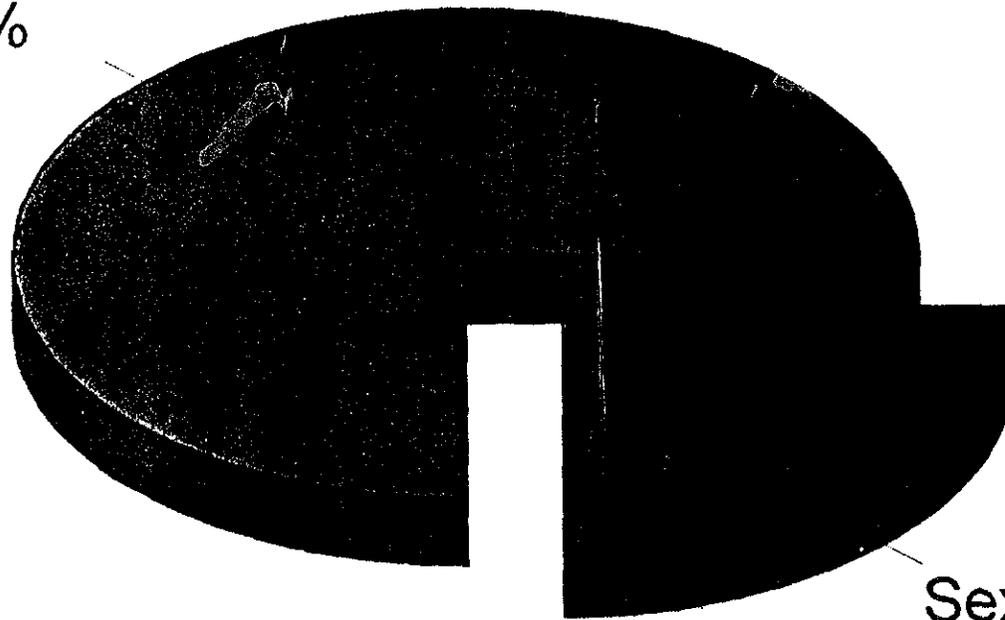
Gráfica 3



Punto de corte igual o mayor a 15 puntos

Gráfica 4

Sexo masc.
75.0%



SUBGRUPO AA

Sexo fem.
25.0%

Punto de corte igual o mayor a 15 puntos

TABLAS

TABLA I. ANALISIS COMPARATIVO INTRAGRUPO - EDAD-*

ESCOLARES	SEXO MASCULINO	SEXO FEMENINO	VALOR t	p
GRUPO A	11.06 ± 1.19	10.85 ± 1.06	1.8419	0.03
GRUPO B	9.47 ± 1.32	9.30 ± 1.25	0.3578	0.36
SUBGRUPO AA	10 ± 0.64	9.6 ± 0.84	1.4658	0.07

* Media ± Desviación estándar

TABLA II. ANALISIS COMPARATIVO INTRAGRUPO - PUNTUACION-***PUNTUACION GLOBAL**

ESCOLARES	SEXO MASCULINO	SEXO FEMENINO	VALOR t	p
GRUPO A	10.80 ± 3.53	11.79 ± 4.07	2.55	4.9
GRUPO B	10.47 ± 5.58	11.61 ± 2.78	0.6848	0.22
SUBGRUPO AA	9.9 ± 3.12	13.6 ± 2.87	3.1449	1.95

* Media ± Desviación estándar

TABLA III. ANALISIS COMPARATIVO ENTRE EL SUBGRUPO AA Y EL GRUPO B

ESCOLARES	SUBGRUPO AA	GRUPO B	VALOR t	p
EDAD	10 ± 0.64	9.47 ± 1.32	1.5966	0.05
SEXO MASC.				
EDAD	9.6 ± 0.84	9.30 ± 1.25	0.6534	0.26
SEXO FEM.				
PUNTUACION	9.9 ± 3.12	10.47 ± 5.58	0.3956	0.34
SEXO MASC.				
PUNTUACION	13.6 ± 2.87	11.61 ± 2.78	1.6983	0.04
SEXO FEM.				

* Valores en Media ± Desviación estándar

TABLA IV. COMPARACION DE LA ESCALA DE BIRLESON EN ESCOLARES DELSEXO FEMENINOPUNTUACION POR REACTIVO

<u>ESCOLARES GRUPO A VS GRUPO B</u>	<u>U 1</u>	<u>U 2</u>	<u>VALOR Z</u>	<u>p</u>
REACTIVO 1	1107	1857	1.5317	0.06
REACTIVO 2	1319.5	1709.5	0.7789	0.21
REACTIVO 3	1376	712	1.6203	0.05
REACTIVO 4	1521	1287	0.4887	0.31
REACTIVO 5	1372.5	1656.5	0.5666	0.28
REACTIVO 6	1569	1191	0.8015	0.21
REACTIVO 7	1304	1259	0.1005	0.46
REACTIVO 8	1379	1453	0.1505	0.44
REACTIVO 9	1528.5	1171.5	0.7735	0.21
REACTIVO 10	2158.5	637.5	3.1786	0.0007
REACTIVO 11	1307.5	2157.5	1.5895	0.05
REACTIVO 12	1221.5	1550.5	0.6907	0.24
REACTIVO 13	1347	1656	0.6219	0.26
REACTIVO 14	1618.5	1057.5	1.2248	0.11
REACTIVO 15	1205	1347	0.3094	0.37
REACTIVO 16	1203.5	1370.5	0.3613	0.35
REACTIVO 17	529.5	1115.5	2.6754	0.03
REACTIVO 18	1872.5	1117.5	1.5330	0.06

TABLA V. COMPARACION DE LA ESCALA DE BIRLESON EN ESCOLARES DEL

SEXO MASCULINO

PUNTUACION POR REACTIVO

ESCOLARES GRUPO A VS GRUPO B	U 1	U 2	VALOR Z	p
REACTIVO 1	1551.5	1270.5	0.6778	0.24
REACTIVO 2	1389.5	1218.5	0.4348	0.33
REACTIVO 3	1635.5	1347.5	0.6888	0.24
REACTIVO 4	1308	1140	0.4648	0.32
REACTIVO 5	1002	1608	1.4880	0.06
REACTIVO 6	1673	1367	0.7188	0.23
REACTIVO 7	1315	1473	0.3817	0.35
REACTIVO 8	1425	1473	0.1127	0.45
REACTIVO 9	1438.5	1298.5	0.3489	0.36
REACTIVO 10	1575.5	1297.5	0.6592	0.25
REACTIVO 11	1055	1405	0.9084	0.18
REACTIVO 12	1181.5	1402.5	0.5749	0.28
REACTIVO 13	1571	1561	2.45	0.49
REACTIVO 14	1391	1448	0.1338	0.44
REACTIVO 15	1517	1471	0.1094	0.45
REACTIVO 16	1061.5	1658.5	1.4474	0.07
REACTIVO 17	1575	1075	1.2268	0.10
REACTIVO 18	1295.5	896	1.1924	0.11

ANEXOS

ANEXO I**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA****CLASIFICACION DE LAS DEPRESIONES EN LA INFANCIA**

I.- Asociada con enfermedades orgánicas.

A. Como Parte del proceso patológico

1. Leucemia
2. Procesos degenerativos
3. Enfermedades infecciosas
4. Enfermedades metabólicas: Enfermedad pituitaria, diabetes juvenil, enfermedad tiroidea, etc.

B. Secundaria (Reactiva) a un proceso orgánico.

II.- Síndromes de privación : Respuestas a situaciones reales de empobrecimiento o falta gratificación ambiental.

A. Depresiones anaclíticas

B.- Tipos caracteriológicos "no afectivos"

III.- Síndromes asociados con problemas de individuación.

A. Dificultades en el proceso de separación-individuación

B.- Fobias escolares con componentes depresivos

C.- Precursores del "masoquismo moral" en el desarrollo

IV.- Tipos del periodo de latencia

A.- Asociado con una pérdida objetal

B.- No consecución de ideales inalcanzables

C.- "Equivalentes depresivos" (depresión sin afecto depresivo)

1.- Somatización (patrones hipocondríacos)

2.- Hiperactividad

3.- Acting-out

4.- Reacciones depresivas retardadas

- a. Duelo pospuesto
- b. Reacción de postergación de procesos de sobreidealización

5.- Trastornos alimentarios (síndrome de obesidad)

D. Estados maníaco-depresivos

E.- Tipos caracteriológicos "no afectivos" (anhedonia generalizada)

F.- Caracter obsesivo (depresivo compensado)

ANEXO II

Instrucciones: Por favor responde honestamente cómo te has sentido las últimas dos semanas. No hay respuestas buenas o malas. Gracias.

	Siempre	Algunas veces	Nunca
1. Me interesan las cosas tanto como antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- Duermo muy bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me dan ganas de llorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- Me gusta salir con mis amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Me gustaría escapar, salir corriendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me duele la panza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tengo mucha energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Disfruto la comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Puedo defendirme por mí mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Creo que no vale la pena vivir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Soy bueno para las cosas que hago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Disfruto lo que hago tanto como lo hacía antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Me gusta hablar con mi familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tengo sueños horribles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Me siento muy solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Me animo fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Me siento muy aburrido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO III**GRADOS DE LIBERTAD DE LAS PRUEBAS ESTADISTICAS****ANALISIS COMPARATIVO INTRAGRUPPO****Edad.**

Grupo A.	Sexo masculino	
	Sexo femenino	Grados de libertad = 386
Grupo B.	Sexo masculino	
	Sexo femenino	Grados de libertad = 28
Subgrupo AA.	Sexo masculino	
	Sexo femenino	Grados de libertad = 28

Puntuación.

Grupo A.	Sexo masculino	
	Sexo femenino	Grados de libertad = 386
Grupo B.	Sexo masculino	
	Sexo femenino	Grados de libertad = 28

Subgrupo AA. Sexo masculino
 Sexo femenino Grados de libertad = 28

ANALISIS COMPARATIVO DEL SUBGRUPO AA VERSUS GRUPO B

Edad.

Sexo masculino Subgrupo AA

Sexo masculino Grupo B

Grados de libertad = 35

Sexo femenino Subgrupo AA

Sexo femenino Grupo B

Grados de libertad = 21

Puntuación.

Sexo masculino Subgrupo AA

Sexo masculino Grupo B

Grados de libertad = 35

Sexo femenino Subgrupo AA

Sexo femenino Grupo B

Grados de libertad = 21