

881325

1.
2º



Universidad del Valle de México

PLANTEL LOMAS VERDES

Con Estudios Incorporados a la U.N.A.M.
Número de Incorporación 8813-25

Estandarización del Cuestionario de Depresión para Niños (COS) Adaptación Española, en una Muestra de Adolescentes Mexicanos de 11 a 16 años

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS PROFESIONAL

Que para obtener el Título de
Licenciado en Psicología

p r e s e n t a n

Hilda Estela Amores Arin
Héctor Velasco Bañuelos

Director de Tesis

Leopoldo Bermúdez Bucio

Naucalpan de Juárez, Edo. de México, 1990



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	PAG.
Introducción	1

C A P I T U L O 1

ADOLESCENCIA

1.1	La adolescencia	3
1.2	Características y cambios del desarrollo adolescente	6
1.2.1	Cambios biológicos	6
1.2.2	Aspectos psicológicos de la adolescencia	9
1.3	El adolescente y sus padres	14
1.4	La vida social del adolescente	19
1.5	La problemática de la adolescencia	21
1.6	Desarrollo académico del adolescente	25
1.7	Los compañeros y la escuela	27
1.8	El éxito y fracaso académico	29

C A P I T U L O 2

DEPRESION

2.1	Definición y etiología de la depresión	32
2.2	Punto de vista psicoanalítico	38
2.3	Enfoque cognoscitivo	44
2.4	Desórdenes afectivos	50
2.5	Suicidio	51
2.6	Depresión en la adolescencia	54

C A P I T U L O 3

METODOLOGIA

3.1	Objetivo	59
3.2	Definición de Variables	59
3.2.1	Depresión Infantil	59
3.2.2.	Adolescencia	60
3.3	Sujetos	60
3.4	Muestreo	61
3.5	Procedimiento	62

3.6	Instrumento	64
3.6.1	Descripción General	64
3.7	Finalidad y Aplicaciones	
3.8	Justificación Estadística	71
3.9	Adaptación española	74
3.10	Normas Interpretativas de la Adaptación Española	79

C A P I T U L O 4

ANALISIS DE RESULTADOS

4.1	Muestra General	83
4.2	Confiabilidad Test-Retest	83
4.3	Normas Interpretativas de la Tipificación Mexicana	87
4.4	Propuesta: Perfil para la Interpretación	93
4.5	Conclusiones	95

Bibliografía	101
--------------	-----

Anexo 1	BAREMOS DE LA ADAPTACION ESPAÑOLA	
Anexo 2	HOJA DE PERFIL PROPUESTA	
Anexo 3	HOJA DE RESPUESTAS DE LA ADAPTACION ESPAÑOLA	
Anexo 4	HOJA DE PREGUNTAS DEL CDS	

INTRODUCCION

La presente investigación tiene como finalidad, ver la aplicabilidad de una escala de medida (creada exclusivamente para medir la depresión en niños entre los 8 y 16 años), en una muestra de adolescentes mexicanos entre los 11 y 16 años.

La escala fue elaborada en Australia por M. Lang y M. Tisher, en el Australian Council for Educational Research, en 1978; posteriormente se llevó a cabo una adaptación española en 1983-84, en donde se le hicieron algunas modificaciones, para facilitar la administración e interpretación de la misma; tales como: hoja de respuestas para una aplicación colectiva, plantilla de corrección, etc.

En la actualidad, en México, existen una infinidad de escalas psicológicas extranjeras, las cuales son utilizadas indiscriminadamente en todas las áreas, tanto en la industrial, como en la educativa, en la clínica, etc.; sin tomar en cuenta que los parámetros sobre los que son fundamentadas dichas escalas son basados en culturas cualitativamente diferentes a la nuestra, en aspectos tales como: el lenguaje, las costumbres, los niveles económico-sociales, valores personales y sociales, intereses, etc.

Considerando que el objetivo de cualquier medición en psicología es comparar al individuo con un grupo que tenga caracteris-

ticas similares (grupo normativo), caemos en el error de comparar a nuestra población con otras de características culturales diferentes; lo cual reduce considerablemente la veracidad de las medidas hechas con estos test de procedencia extranjera.

En los últimos años ha proliferado el uso de pruebas psicológicas a gran escala, por ser instrumentos que permiten a los profesionista corroborar información sobre algunas áreas específicas de la naturaleza humana, así como de las diferencias individuales, pudiendo en estas últimas, determinar cuáles atributos, rasgos, habilidades, características, etc, posee el sujeto y en qué grado, al compararlo contra un grupo normativo en forma cuantitativa.

El CDS es utilizado en México, en baja escala en algunas instituciones psiquiátricas como: El Instituto Mexicano de Psiquiatría, el Hospital psiquiátrico San Rafael, entre otras. Lógicamente la población es clínica, y los resultados de su uso confidenciales.

Por todo lo anteriormente expuesto, consideramos la necesidad de llevar a cabo una aplicación a gran escala del CDS, comparando los resultados de la adaptación española en cuanto a parametros de normatividad, de confiabilidad y de estabilidad de la prueba, en una muestra mexicana de adolescentes que cursan actualmente la Secundaria, en la escuela federal "Quetzalcoatl" ubicada en el Municipio de Nicolás Romero, en el Estado de México.

LA ADOLESCENCIA

1.1 DEFINICION DE LA ADOLESCENCIA

La adolescencia, como lo indica la etimología de la palabra (adolescere: crecer), es el período del desarrollo del ser humano en donde se dan los cambios más importantes a todos los niveles: físico psicológico y social; marcando la transición entre la niñez y la edad adulta o madura. Han sido numerosos los autores que se han ocupado del tema, por lo que hay una variedad extensa de opiniones acerca de este período, tanto del modelo médico, como del modelo psicológico; los cuales se han preocupado por investigar y proporcionar descripciones de los cambios en el desarrollo fisiológico y bioquímico, así como en el de la personalidad, el intelectual, el emocional, etc.

Un aspecto de la adolescencia que ha causado confusión es tanto el inicio como el término de la misma, ya que hay una variación en cuanto a la edad en la que comienza y el ritmo que sigue su desarrollo. Habitualmente la adolescencia se da entre los 10 y 18 años en las mujeres y entre los 12 y los 20 años en los varones, esto corresponde esencialmente a los años 13 y los 19, aunque la edad

media de su comienzo en las jóvenes norteamericanas o europeas, bien nutridas, es la de 11 1/2; años aproximadamente un año y medio o dos posterior en los varones¹. Al igual, en estudios realizados en Sudamérica el promedio de inicio de la adolescencia en las niñas se extiende de los once a los trece y, en el niño de los doce a los quince². Contrariamente con la opinión general, se ha comprobado, que, ni el clima, ni la raza influyen sobre el comienzo de la adolescencia en la misma medida que los factores medioambientales tales como los socioeconómicos y nutricionales³.

Otro aspecto que crea mucha confusión, es la terminología empleada para describir los fenómenos de maduración asociados con la adolescencia; por lo que en el transcurso del presente capítulo se manejarán los términos que son empleados para su descripción, según sea el área de desarrollo, en base a los distintos enfoques que se han dedicado a su estudio.

Por lo general el término adolescencia se ha empleado en dos sentidos, uno es el biológico en donde se refiere como: "un periodo no homogéneo que no implica tampoco un cambio brusco, sino que es un proceso evolutivo que comienza con los primeros cambios no manifiestos en la actividades endócrinas con un rápido crecimiento y continúa hasta que el desarrollo físico y sexual es completado"¹. En este sentido físico la adolescencia es un fenómeno universal. En el sen-

1.- M.A. Schonfel, A. Freud, P.A. Osterlath, (1964) "El desarrollo adolescente", 4a. Ed. Harrow, p. 57, 63-65.

2.- E. Hise y Lopez, (1960). "Psicología Evolutiva del Niño y del Adolescente. Ed. El Ateneo, Buenos Aires, .

3.- Bouterline-Young, M., A. Ioli y J.R. Gallagher, (1963) "Events of a puberty in a Group of Florentine Girls". American Journal of Diseases of Children, p. 451, .

tido psicológico, la adolescencia es una situación anímica, un modo de existencia que aparece aproximadamente con la pubertad y tiene su fin al alcanzarse una plena "madurez". Este última, a diferencia de la física, se manifiesta solo en algunas culturas².

Aun cuando todos los jóvenes sufren los cambios físicos durante la adolescencia, sólo aquellos que viven en determinados ambientes culturales manifiestan los comportamientos característicos de este periodo, ya que la crisis psicológica de la adolescencia no comienza sino un año, o algo más, después del periodo de cambio físico que es más rápido.

En algunas culturas primitivas como las estudiadas por Margaret Mead, no hay ningún equivalente de nuestro concepto de adolescencia. En la mayoría de éstas, la transición es tan suave que casi no se advierte el proceso. Pues cuando llega la pubertad el joven adquiere la plena condición de adulto y aparentemente la asume sin ninguna ambigüedad. Las exigencias y las condiciones de su nuevo rol son perfectamente claras, y las demás personas dan por supuesto que las desempeñará correctamente⁴.

Este hecho de las diferencias culturales nos muestra que la adolescencia psicológica, dada principalmente en culturas como la nuestra, no es sino un fenómeno cultural producido por una demora en la asunción de los roles adultos marcados por nuestra sociedad.

2.- 1915.....

4.- L.J. Sighe y J.Church. (1961) "El Adolescente de 12 a 20 Años". 2a. Ed. Norma, Buenos Aires, págs. 10, 14 y 17.

La definición precisa de los términos utilizados para describir los cambios físicos, así como las fases de la adolescencia es aún confusa ya que cada autor los refiere de distinta manera; por lo que trataremos de exponerlos, de la manera más simple posible.

Los términos más comunes que se han utilizado para describirla son: pubescencia, pubertad y adolescencia; los cuales serán -- descritos de acuerdo al periodo en que se suceden.

1.2.1 CAMBIOS BIOLÓGICOS

El periodo de la latencia es la etapa que separa a la adolescencia de la niñez generalmente se le ha denominado "pubescencia". La mayoría de los autores coinciden en que se manifiesta aproximadamente durante dos años, dándose en éste, los cambios evolutivos más notorios, como son: un rápido crecimiento físico, con variaciones en las proporciones faciales y corporales, e inicio de la maduración de los caracteres sexuales primarios y secundarios⁴. A este periodo W.A. Schonfeld, lo divide en dos fases: la primera comienza con los primeros signos de maduración sexual y, termina con la aparición del vello púbico; y la segunda que comienza con la aparición del vello púbico y, termina cuando éste se ha desarrollado por completo; la

4.- Ibid....

edad promedio de este periodo es de 10-11 años con una variación de 9-14 años (W.A. Schonfeld, 1969).

El segundo periodo, corresponde a la "pubertad" esta, para algunos autores, corresponde a la primera fase de la adolescencia, durante la cual la maduración sexual se manifiesta. El principio de la pubertad se hace rápidamente evidente, con la aparición del vello facial, axilar y púbico; para llegar a este momento, el proceso de maduración ya ha ido avanzando internamente durante cierto tiempo (la pubescencia), con un aumento en el tamaño de los testículos y el pene, en los hombres; y de los ovarios, caderas y senos, en las mujeres, (Cogner, 1980).

Los mecanismos internos (endócrinos), que producen los cambios morfológicos y fisiológicos, que tienen lugar en la adolescencia, parece que son suscitados por la hipófisis; por razones aún desconocidas ésta experimenta un impulso congestivo, aumenta de volumen y comienza a segregar hormonas, esto es captado por el hipotálamo, el cual da la señal que estimula a la glándula pituitaria, que libera otro tipo de hormonas, las cuales a su vez, tienen efectos motivantes sobre otras glándulas del cuerpo, que finalmente alteran el crecimiento físico y el desarrollo sexual (Cogner, 1980).

En los varones la voz se hace gradualmente más profunda y a menudo este proceso no se completa hasta que la adolescencia prácticamente ha terminado, El vello axilar aparece habitualmente dos años después que el púbico, el pene y los testículos siguen

creciendo; el escroto aumenta de tamaño, hay una maduración de la prostata y de las vesículas seminales, por lo que se da la primera eyaculación: momento, en cierta medida, determinado tanto cultural como biológicamente, pero por lo común se da un año y medio después del crecimiento acelerado del pene, (W. A. Schonfeld, -1969). En este lapso el joven es habitualmente estéril; después, entre uno y tres años, progresa la espermatogénesis lo suficiente como para que aparezca en la eyaculación una cantidad de espermatozoides móviles adecuado para que surja la fertilidad, (Tanner, J. M., Charles C. Thomas, 1962). La edad promedio de este período es de entre 13 y 16 años, con una variación de 11-18 años.¹

En las mujeres el vello axilar comienza desarrollarse aproximadamente dos años después de la aparición del vello púbico; como consecuencia de la hipertrofia del útero y de cambios cíclicos del endometrio se produce la menstruación o menarca que casi invariablemente se produce después del máximo estiron de estatura¹. Al comienzo los períodos menstruales no son acompañados por ovulación, esta última y la capacidad para concebir aparecen uno o dos años después (Montagu, M.F.A. Springfield, I. Charles C. Thomas, 1946). En cuanto al busto, la aréola y el pezón se elevan formando el "pecho primario". La edad promedio en las mujeres, en esta fase, es de once a catorce años, con una variación de diez a dieciséis años¹.

La adolescencia propiamente dicha es el último período de desarrollo en donde se completan las características sexuales primarias y secundarias, y la fertilidad¹.

1. Ibid.....

Hacia la madurez, la modelación masculina produce masas musculares más grandes, a la vez que se resaltan las venas y los tendones de los brazos; por otro lado la modelación femenina queda marcada por depósitos adiposos en los brazos, mientras que venas y tendones tienden a desaparecer del mismo. El mayor crecimiento en amplitud del tronco del varón ocurre en el hombro, mientras que en la mujer ocurre en la pelvis. En la mujer el vello axilar se da en moderada cantidad; los pechos son llenos, con una forma adulta; la menstruación está ya bien establecida y disminuye el crecimiento en altura. La edad promedio de la mujer en esta fase es entre los 14 y 16 años, con una variación entre los 13 y 18 años. En el varón se difunde el vello facial y corporal la voz se vuelve más profunda la eyaculación contiene un número adecuado de espermatozoides móviles para la fertilidad y disminuye el ritmo de crecimiento en altura, la edad promedio de este período es entre 16 y 18 años, con una variación en la edad de 14 a 20 años.

1.2.2 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA ADOLESCENCIA

Al hablar de la adolescencia no es únicamente referirnos a los cambios fisiológicos que ocurren en esta etapa, sino que existen también otros factores que determinan el comportamiento del joven adolescente:

La adolescencia psicológica como se ha mencionado anteriormente a diferencia de la adolescencia fisiológica es un fenómeno bi-

1.2.2.1

licamente cultural, debido a una demora en el cambio de rol de niño a adulto (ver p. 2). Esto último produce la llamada "crisis adolescente"; la cual es generada por una serie de expectativas: sociales, morales, personales, familiares, etc..

Cabe mencionar que la crisis que sufre el adolescente en este período de transformaciones y cambios, es en gran medida provocada por una falta de identidad en donde no sabe realmente cómo comportarse ante las distintas situaciones, ya que no es un niño ni es un joven; lo cual se encuentra íntimamente ligado al rol social que jugará en su medio ambiente.

Esta falta de identidad se da en gran parte por el hecho de tener un cuerpo que cambia en proceso de cambio. Lo cual atrae la atención del adolescente hacia sí mismo; experimentando cada uno de estos cambios con efectos simultáneos en el nivel de comportamiento, provocando así revaluaciones y modificaciones en las actitudes, lo que contribuye a modificar la imagen de sí mismo, por lo tanto busca o trata de conseguir, a través de una identificación con modelos externos a la familia, ya sean coetáneos o un líder autodesignado. (Ana Freud, 1969).

En la búsqueda de esta identidad predomina en el adolescente el interés por el manejo de las relaciones interpersonales y especialmente, con el sexo opuesto; hay un especial empeño en lograr la independencia personal que se refleja en la preocupación por la competencia, es decir, el adolescente aún cuando está consciente de sus

limitaciones, se reta a sí mismo para ver hasta donde es capaz y así demostrar a los demás que puede ir en pos de la aventura o creatividad. Su vida se desenvuelve en constantes intentos, tanteos, avances y retrocesos; los cuales se reflejan en una inestabilidad de sus decisiones y la inconstancia de sus proyectos; empieza muchas cosas que no termina, pero que sirven en su aprendizaje y le ayudan a saber lo que quiere y lo que no quiere, a conocer sus propias fuerzas y posibilidades. Los sentimientos de anulación o incapacidad le resultan tan intolerantes que pueden ocasionar un grave riesgo para su estabilidad emocional (Grinder, 1982).

Cuando el adolescente ha adquirido independencia psicológica, ya se siente capaz de sentir y decidir por sí mismo y a experimentar con "seguridad" cierto grado de relaciones heterosexuales; a esto suele llamarse período de juventud, donde la persona ya es capaz de presentarse ante los demás como una persona diferenciada, lucha por unos ideales, los que le ayudan a aclarar su propia identidad recién comenzada. Es también el momento de la búsqueda de valores absolutos, creencias firmes, generosidad de ánimo, necesidad de compartir la vida con los demás, surge la necesidad de tener una o un compañero estable con quien contar de ahí en adelante. (Horrocks, 1984)

Muchos de estos ideales se elaboran con base en la contraposición de los valores establecidos, como la forma de reivindicar la independencia con respecto a la generación de los padres.

El adolescente se caracteriza por una necesidad de propia afirmación y por un sentido de insuficiencia, ese conflicto entre la aspiración a superarse y el temor de no encontrar en sí mismo las fuerzas adecuadas para lograrlo, marca conductas de inestabilidad, inconformidad, etc., luchando así por obtener un cambio.

La idea de justicia aparece al final de la niñez como una consecuencia de las relaciones sociales a las cuales el niño se incorpora; respeta todos los derechos y el cumplimiento de todos los deberes. Para el niño, ese poder regulador es el adulto, la moral del niño es de acatamiento, sumisión y de legitimidad de la ley adulta, pero al llegar la pubertad, comienza a desenvolverse junto a esa moral fundada en el respeto a los mayores, otra moral de colaboración con los amigos y asentada entre el mutuo respeto, entre seres de idénticos derechos; a medida que el niño crece la primera moral se va desplazando por la segunda (Piaget, 1981).

El respeto al adulto y sus creencia disminuyen notablemente y ahora él trata de dictar su moral, aunque ésta se encuentre al servicio exclusivo de sus deseos, en la cual se siente soberano --- (Grinder, 1982).

El adolescente se muestra a veces agresivo tratando de imponer su moral, ya que quiere creer que posee la fuerza, gusta de hacer ostentaciones de ciertas formas rudas tanto en su lenguaje, como en sus gestos. Tampoco no sabe qué hacer exactamente con su

cuerpo cuando se ve descubierto por el adulto, al tratar de esconder aún su personalidad de niño, recurriendo además a fanfarronadas, ataques de ira, actos delictivos; queriendo tener solamente por un momento el poder.

Ahora bien, todas las tensiones y agitaciones que sufre el adolescente se pueden relacionar con diversas circunstancias, pero en especial con la concepción que tiene respecto a la libertad adulta.

Para entrar en la comunicación, el adolescente requiere de la búsqueda de medios que le permitan expresar sus impulsos sociales y además, satisfacer sus necesidades, no sólo con su propio medio familiar, sino también con sus semejantes de diferentes grupos como pueden ser la escuela, la familia, grupo de amigos, la iglesia, etc. Estos grupos tienen una influencia social muy importante para el adolescente, por eso es esencial la integración de dichos grupos, para encaminar de manera adecuada la actuación de ellos. Sin embargo, hay que mencionar que el carácter de nuestra sociedad, tiende a confundir y atrofiar la personalidad del adolescente por la vida "moderna" que lleva, los medios de comunicación, el nivel socioeconómico de cada persona, el trabajo que a veces resulta enajenante, etc., todo esto lo conduce a perder el contacto cotidiano con la familia, es decir el padre y la madre van perdiendo comunicación con los hijos (Grinder, 1982).

En la integración del desarrollo con su medio, suelen aparecer nuevos apetitos y se incrementa el riesgo de adquirir vicios, especialmente cuando el ambiente se presta para ello. El uso y abuso de alcohol, tabaco y drogas, se manifiestan en el adolescente porque experimenta cierta ansia por intensificar su vida, y necesita la influencia de lo que considera estimulante y esa misma ansia, lo lleva también a desafiar los convencionalismos sociales que juzga tiránicos y a convertirse, con respecto a otros, en un rebelde.

1.3 EL ADOLESCENTE Y SUS PADRES

Ya que un aspecto trascendental de la socialización del adolescente tiene lugar en la familia, puesto que ésta desde hace mucho tiempo se ha reconocido como la unidad básica dentro de la cual se desarrolla el individuo, son de gran importancia todas aquellas influencias tempranas de ésta, pues permite el inicio de la conducta del individuo mediante el aprendizaje de los valores, actitudes o intereses. En esta unidad básica es donde se presentan la mayoría de los conflictos entre el mundo del adolescente y el del adulto, los padres son los adultos con quienes tienen más contacto los jóvenes.

English, 1947, menciona que la adolescencia no es la etapa feliz que podría ser, en algunas ocasiones, los adultos agregan más conflictos de los necesarios a este período, los adultos tienen muchas preocupaciones, como: que el adolescente no obedece, no trabaja lo

suficientemente duro, que no coopera, que no agradece y que se perderá sexualmente; debido a esto el padre se encuentra angustiado, regañando o reprendiendo constantemente al joven aunque no lo merezca, así mismo los padres, en determinado momento, con dichas restricciones, pueden inhibir los esfuerzos del adolescente, tanto en el aspecto educativo como con las amistades de su mismo sexo o el opuesto, o bien desintegrando su propia conducta.

Ante esta situación, es natural que el adolescente empiece a tratar de liberarse del núcleo familiar; sin embargo, la cultura en la que vivimos evita que dicha liberación y/o emancipación suceda en la pubertad; el adolescente debe seguir siendo dependiente del ambiente hogareño, puesto que la sociedad no está preparada para concederle el status del adulto, ya que las necesidades de una educación prolongada, las oportunidades vacacionales limitadas y hasta en las definiciones legales se postula que el adolescente seguirá dependiendo durante 5 años después de que se alcanzó la madurez sexual (Marvin, 1975).

La identificación de los adolescentes con sus padres depende de los patrones y consistencia del rol paterno y del grado en que entran en conflicto con ellos. Los jóvenes que tiene padres democráticos, tienden a poseer mayor confianza en sí mismos, que quienes poseen padres autoritarios; si bien las prácticas de socialización son distintas según sean los modelos que brinden los propios padres, los adolescentes se dirigen al progenitor del mismo sexo en busca de consejo y orientación. (Grinder, 1980).

Aún en los hogares en los que los padres se esfuerzan por ayudar al joven, existen conflictos, puesto que los padres son inconstantes en la manera de tratar a sus hijos adolescentes, en algunas ocasiones los trataran como un adulto y en otras como a un niño. Sin embargo, al darse cuenta el adolescente de que sus padres tenían razón y que trataban de ayudarlo, llegará a aceptar las ideas de ellos acerca de las cosas que puede evitar, pero no aceptará todos sus puntos. Continuará buscando sus propias experiencias y es posible que esta sea una manera positiva de reaccionar, la cual le ayudará a desarrollar patrones de conducta adecuados a la vida adulta.

Existen numerosos factores familiares que pueden influir en la aceptación o rechazo de un adolescente. Erikson. (1956), menciona que dentro de estos factores se encuentran incluidos los padres nacidos en el extranjero, el status mayoritario o minoritario del grupo religiosos al que pertenece el adolescente y la ocupación de sus padres, así como los hogares rotos por el divorcio, por separación o abandono, por muerte de alguno de los cónyuges o por ser hijos de ilegales; otros factores incluyen las actitudes hacia el dinero, el orden del nacimiento y el niño o niña único entre varios hermanos del otro sexo.

"En un marco de referencia de Erickson (1956) (En Marvin, - 1975), propone que cada unidad familiar es una institución única y la adolescencia, no es un periodo, sino un proceso, que tiene como resultado el logro de actitudes y hábitos sanos". Por esto se puede pensar que, mientras un adolescente viva dentro de una familia, la

solución de sus problemas de una u otra manera estará encaminada, siguiendo los lineamientos establecidos en dicho núcleo; por lo que se espera que un adolescente que vive con sus padres en familia, tenga un ajuste mejor que del que vive separado de ellos.

Marvin (1975) encontró que los adolescentes que se separaban temprano de sus padres no lograban un ajuste, sin embargo, sucedía lo contrario con las adolescentes; ya que las mujeres desarrollan una serie de problemas similares a los que afectan a sus padres, por lo general están sujetos a fuertes sentimientos de culpa, inseguridad e incertidumbre, que se incrementan por la separación.

En un experimento realizado por Jurovsky (1948) (En Marvin 1975), se pidió a un grupo de jóvenes de ambos sexos de 18 y 19 años de edad, que contestaran a preguntas sobre la relación que tenían con sus padres; encontrando que los muchachos demostraron tener relaciones peores que las muchachas, siendo éstas en general más sociales; los jóvenes de ambos sexos tenían mejores relaciones con la madre, debido al mayor contacto que tienen con ella. Sin embargo, parece que las relaciones entre padres e hijos están relacionadas con el sexo, tanto de los hijos como de los padres.

"Una identidad sexual positiva y exenta de conflictos, al igual que la identidad total, se ve fomentada por una identificación recompensante con el padre del mismo sexo, identificación que también es apoyada por el padre del sexo opuesto"♦.

♦ - Black, J.M. (1973). "Conceptions of Sex Role, Some Cross-cultural, Longitudinal Perspectives". American Psychologist, Vol 28, págs. 141-147.

En cuanto a la tipología sexual, los hijos de padres que representan estereotipos de papel demasiado exagerados, o que invierten sus papeles sexuales, son más propensos a tener dificultades para establecer un sentido de identidad, incluyendo a la sexual. Los hijos de padres que proporcionan modelos de papel sexual relativamente tradicional y aquellos que son un tanto más flexibles y menos estereotipados, podrán lograr identidades relativamente exentas de conflictos siempre y cuando los padres sean autoritarios (que muestren un interés activo por el desarrollo de sus hijos y establezcan estándares apropiados), (Mussen, Cnger, Kagan, 1984). Sin embargo, los hijos e hijas de los padres que son más flexibles y menos estereotipados en sus propios papeles sexuales son un tanto más seguros y relajados en el desarrollo de su identidad personal⁷.

Por otro lado se ha mencionado que la estructura de poder dentro de la unidad familiar parece estar fuertemente relacionada con la conducta que muestra el adolescente. Los descubrimientos de Grin-der y Spector (1965), indican que los muchachos consideran más poderosos a sus padres y las muchachas a sus madres; debido al nivel del poder de estos (autocráticos y permisivos) y al grado de comunicación que mantienen con ellos.

Marvin (1975), encontró que los padres democráticos y permisivos estaban en mejor disposición de explicar sus reglas, que los padres autocráticos, cuando los adolescentes desean imitar a estos, con la obediencia a las reglas impuestas por ellos, y la autonomía para tomar decisiones.

7.- Simpson, R.L. (1962). "Parental Influence, Anticipatory Socialization and Social Mobility". American Sociological Review.

Straus 1962 (en Marvin, 1975). llevó a cabo un estudio con un grupo de muchachos, en donde encontró que las familias en las cuales domina la madre, tienen un más alto índice en orientación hacia el aprovechamiento, la angustia y el conflicto entre padres e hijos, tal como se predijo; los datos indicaron que las ejecuciones más altas en la variable de aprovechamiento, fueron obtenidas por muchachos de familias de tipo autónomo.

1.4 LA VIDA SOCIAL DEL ADOLESCENTE

En ninguna otra etapa de la vida, una persona se preocupa más por los valores morales, por lo que es correcto y verdadero, -- equivocado o falso como durante la adolescencia. Es decir, la identificación del adolescente con las normas y valores del grupo de iguales es mayor que en la del niño de edad intermedia.

Los adolescentes como grupo, se orientan hacia sus iguales, se conforman con los estándares del grupo en lo que concierne a la vestimenta y a la conducta aun cuando contraríen los valores de sus padres. Esta influencia depende del nivel de aceptación alcanzado; los jóvenes imitan el modelo establecido por sus iguales. La expresión del descontento mediante actos de rebeldía, intentos de reforma, protestas activas o incorporación a un grupo de coetáneos, dependerá en gran medida del grado de aceptación social alcanzado por el adolescente (Hurlock, 1980).

También se encuentran los llamados "astros", los cuales son admirados y queridos por casi la totalidad de sus amigos, estos tienden a ser conformistas y raras veces provocan actos de rebeldía o protesta. Lo anterior puede observarse en quienes, sin ser "astros", son apreciados por los demás. Por el contrario los que se mueven en los bordes del grupo, son capaces de hacer cualquier cosa para mejorar el status en el conjunto, convirtiéndose consecuentemente, en presas fáciles para la prédica de líderes activistas, uniéndose muchas veces a movimientos de protesta; tratando siempre de alcanzar un lugar más alto y permanente como líder. Otros son los ignorados, aquellos que se les pasa por alto aunque en realidad no causen desagrado; y los rechazados, que están menos sujetos a la presión grupal, razón por la cual es improbable que se involucren en el activismo. A menudo llegan al estado de alienación y casi siempre son rebeldes; optan por retraerse. (Hurlock, 1980).

Finalmente, a cerca de algunos estudios realizados sobre adolescentes que presentan dificultades para relizar la transición hacia la adultez, Hurlock, (1980); deriva cuatro categorías principales:

- 1.- Todos aquellos adolescentes que deben ingresar a trabajar entre los 16 y 17 años, se ven forzados de la noche a la mañana, se les priva del período de adolescencia final, en el cual jóvenes que estudian pueden efectuar dicha transición de forma más lenta y tranquila.

2.- El estudiante que debe depender de otros en los primeros años de la adultez, si ganara su propio dinero, evitaría algunas de las dificultades que trae la dependencia.

3.- En vista que los padres fomentan el ser independientes a los muchachos, éstos se enfrentan a menos obstáculos para realizar la transición hacia la adultez que las muchachas.

4.- Los niños que no dominaron las tareas evolutivas de la infancia, están mal preparados en la adolescencia, para llevar a cabo los cambios necesarios que les permiten un fácil ingreso a la condición adulta.

De lo anterior se puede concluir que la facilidad con que el adolescente efectúe la transición que los lleva a la etapa adulta, depende en parte del individuo, del apoyo para superar los obstáculos, del medio y de las experiencias. Así mismo, como de las orientaciones y/o lineamientos que haya percibido por parte de las peticiones hechas a los padres, maestros, amigos, etc.

1.5 LA PROBLEMÁTICA DE LA ADOLESCENCIA

Debido a los diferentes cambios ante los cuales se enfrentan todos los seres humanos, durante la transición niño-adolescente, se va desarrollando una nueva capacidad de pensamiento operacional --

formal, el cual puede avanzar o acentuarse según el número y tipo de confusiones ante las cuales se enfrente, además de los medios y/o formas para encontrarles solución. Los tipos de confusiones que se pueden presentar generalmente en nuestra sociedad, son: las épocas de alegría irreprimible, de tristeza, así como una gran pérdida aparentemente inconsolable; una inclinación por los grupos y la sociedad; - egoísmo, altruismo, confianza y duda de sí mismo. (Grinder, 1982).

Todo lo anterior, por lo general no se presenta de manera espontánea, sino que, se ve reforzada y/o estimulada por diversas situaciones, como: familiares (v.g. separación de padres, falta de comunicación de estos con sus hijos, ignorancia para guiarlos, etc.), de amigos (v.g. demostrar quien conoce más sobre el sexo, drogas, etc., y así crearse cierto "respeto" y "autoridad" entre los mismos). También se debe sumar a todo esto, los medios masivos de comunicación (v.g. T.V., radio, revistas, etc.) que bombardean al público con insistentes mensajes, con los cuales contribuyen a propiciar un clima de aceptación general de: las drogas, el tabaquismo y el alcoholismo, como medio de relajación y de placer (De la Garza y Vega, 1983).

Los excesos de la conducta adolescente normal, como los de la conducta normal durante los años preescolares, llegan a veces a extremos emotivos que pueden hacer pensar que la adolescencia misma es una forma de insania.²

2. - L.J. Stone y J. Church (1980). "Psicología y Psicopatología del Desarrollo". Ed. Horme, Buenos Aires.

En sus forma extremas, muchos rasgos adolescentes normales se aproximan a la conducta esquizofrénica. Las sensaciones demasiado persistente de desorientación, la desilusión total, la exagerada rebeldía, la volubilidad afectiva, la sensación de que todo está en contra de uno, las alusiones al suicidio y hasta el idealismo que parece negar la realidad, pueden todos tener un matiz esquizofrénico. La esquizofrenia es, en realidad un rótulo que se aplica a diversas psicosis. Todas ellas tienen en común una deformación de las respuestas afectivas normales e incluyen nociones o sentimientos respecto de la realidad que son incompatibles con los puntos de vista normales.

Las desviaciones sexuales pueden aparecer en la adolescencia pero son menos frecuentes que los otros fenómenos que hemos mencionado. En la jóvenes, el tipo más común de desviación sexual, aunque menos frecuentes que en los varones es la homosexualidad en cuanto a pauta fija. La homosexualidad femenina parece tener dos motivaciones principales. La primera es una hostilidad o un temor muy hondo hacia los varones. La segunda es la masculinidad psicológica, el deseo de asumir el papel masculino, que a menudo va más allá de las prácticas sexuales, se extiende a las ropas, actitudes, el lenguaje y otros aspectos. En este último caso no se ve a los hombres como enemigos sino como competidores.

La homosexualidad en los varones, cuando es un estilo de vida permanente, refleja el temor o la aversión al sexo opuesto, o

bien una identificación psicológica. Los sentimientos negativos hacia las mujeres pueden expresarse en una franca repulsión o en un constante menosprecio. La identificación con el papel femenino (que en muchos casos parece estar relacionada con el hecho de haber tenido un padre débil o ausente del hogar) conduce a la imitación consciente de la conducta femenina²⁵. Pero hay que señalar que todas estas desviaciones femeninas y masculinas pueden ser parte de las fantasías adolescentes normales, y que algunas pueden ser practicadas experimentalmente sin que tengan una significación anormal.

Aun cuando los rasgos neuróticos pueden aparecer con anterioridad, es generalmente en la adolescencia o después de ella cuando surgen, como un estado de conflicto entre tendencias interiores antagónicas, las cuales se expresan rara vez directamente²⁶. La fuente de las neurosis, por lo común es la ansiedad, o los sentimientos de culpa.

Después de la familia, la escuela es la segunda identificación que tiene el individuo con la sociedad; de ahí la importancia -- que tiene la función de ésta como un factor determinante en el desarrollo del individuo adolescente.

Siendo la adolescencia una etapa de grandes cambios y desequilibrios, la etapa educacional correspondiente a la secundaria, -- idealmente debe atacar con decisión la creación de un ambiente adecuado, el ambiente que exige su formación; sin violencias, sin coacciones, sin castigos y premios, sin autoridad desmedida, sin libertades que pueden degenerar en libertinaje; con respecto a no sólo lo -- que el alumno es, sino lo que tiene que ser, sobre la base del respeto a sí mismo. Sólo la acción educativa que se esfuerce en destacar la personalidad del adolescente, en un ambiente de respeto y de autoridad consciente y humana, hará de los alumnos, seres conscientes -- también concedores de sí mismos y de los demás. (De Ballesteros y -- Ballesteros 1983).

La escuela es esencialmente una institución educativa, es decir, una institución que colabora a complementar el desarrollo del adolescente, donde el conocimiento y la cultura cumplen su papel -- como instrumentos de formación y de adquisición de los elementos necesarios para proporcionar a los escolares las bases y los fundamentos que todo hombre, cualquiera que sea su edad, su clase social y su ocupación, debe poseer. (De Ballesteros y Ballesteros, 1983).

Un factor importante que sucede en la realidad es que el trabajo en las aulas está aislado de los intereses del adolescente. Estos consideran la asistencia a la escuela como algo tedioso y carente de objetivo, excepto cuando se realizan ceremonias, convivios, actos cívicos. Por parte del joven, se percibe una clara ausencia de motivación académica. Y por parte de la escuela, hay una resistencia a abandonar el tradicionalismo académico, para hacer un serio esfuerzo de comunicarse con el joven y hacer que las materias tengan interés y significación para el alumno. Al hablar de el tradicionalismo académico, nos referimos a la forma de enseñanza, en donde toda la información se le da en forma de "apuntes", y no se le motiva a investigar por su cuenta y formar así su propio criterio sobre las materias en cuestión, tomando actitudes negativas, como el reprobar, - castigar, etc. por no responder los cuestionamientos en forma literal según el texto proporcionado por el maestro*.

El profesor como adulto que está en contacto con el adolescente puede ayudarlo a entrar en la edad adulta, tratándolo en todo lo posible como un adulto, por lo menos en público*.

Lamentablemente, la relación maestro-alumno no se da de la forma antes mencionada, pues existe una carencia de interés por parte del profesor ya que muchos de ellos no tienen ninguna idea de porqué el alumno debe aprender lo que ellos enseñan*. Simplemente consideran que su trabajo es hacer que el alumno lo aprenda, sin ir más allá.

4.- L. J. Stone, J. Church, (1980), "El Adolescente de 13 a 20 Años", Ed. Harce 2a.

Es decir, sin tomar en cuenta las necesidades reales del adolescente tanto educativas, como emocionales y sociales.

1.6.1 LOS COMPANEROS Y LA ESCUELA

En la época en que tiene lugar las transformaciones, el joven tiene que afrontar los numerosos cambios que se producen en las actitudes de las personas que lo rodean, en su posición respecto al grupo social, escolar y en el rol que se le ofrece en los mismos. Se dice que está "creciendo" y que se espera de él nuevos tipos de comportamiento. Se le otorgan ciertos derechos y facilidades de los que no disfrutaba el niño, pero ya que ahora es un adolescente se le imponen nuevas demandas y responsabilidades y pierden algunos privilegios anteriores. El joven cambia de escuela o de programa escolar; se ve ante una disciplina y unos métodos que son nuevos para él; tiene que tomar decisiones respecto de que sucederá después de sus estudios, de la orientación de estos. Sus amigos de la niñez se han dispersado; ingresa en nuevos grupos donde parece pequeño al lado de los más grandes, donde es el pequeño, mientras que anteriormente era grande entre los pequeños; tiene que adoptar las maneras de los grandes para "ponerse a su altura". La publicidad acentúa esta transformación diciéndole al joven que es ahora un adolescente, haciendo apelación a su poder adquisitivo, despertándole nuevos deseos y nuevos intereses¹.

1.- M.A. Scholfield, A. Freud, P.A. Osterrieth y Otros. "El Desarrollo Adolescente". Compiladores, U. Caplan y S.-

Lubovici. (1984), 42 Ed. Nueva.

Los adolescentes también aprenden a interactuar socialmente con sus compañeros de la misma edad, a desarrollar habilidades e intereses apropiados a su grupo cronológico, y a compartir problemas y sentimientos similares¹.

Es ahora cuando se rebela: adopta manías, modos de vestir, amaneramientos y maneras de expresarse que toman enteramente de sus compañeros y a través de los cuales parece en cierto modo despersonalizarse. Pero son estos usos los que le ofrecen la reconfortante -- sensación de no estar sólo y al mismo tiempo le permite diferenciarse como adolescente del grupo de adultos. Es a través de experiencias y de aventuras comunes, de conversaciones interminables y más o menos íntimas, de aquellos compañeros que se han convertido en inseparables que se prestan mutuamente ayuda, planean juntos, y corren los mismos riesgos. Esto se debe a que el adolescente escolar ha encontrado un amigo en quien confiar y sobre todo ha encontrado una persona que realmente lo toma en serio².

Según Mussen, Conger y Kagan (1984), los compañeros se vuelven importantes durante la adolescencia por varias razones: en primer lugar, como las relaciones de los adolescentes con los compañeros de ambos sexos son más íntimas que las que tiene con los adultos, el joven que mantiene buenas relaciones con sus compañeros -- aprende buenas relaciones adultas. Segundo, los vínculos de los adolescentes con sus familias se debilitan, y por eso pueden volverse -- más dependientes de sus compañeros; en algunas cosas, los adolescen-

1.- Ibid.....
2.- Ibid.....

tes pueden estar en desacuerdo con sus padres y descubrir que los compañeros entienden mejor sus problemas. Por último, los adolescentes necesitan la compañía y el apoyo de otras personas que pasan por la misma etapa de la vida que ellos, que experimentan los mismos cambios fisiológicos y psicológicos que ellos. El ser aceptado por los compañeros y el tener uno o más amigos íntimos puede ayudarle a un adolescente a pasar por este período de cambios.

Por otra parte, los compañeros adquieren un efecto significativo sobre todas aquellas decisiones que toma el adolescente de tal manera que puede influir en las conductas que se manifiesten en el ámbito estudiantil, así como el ser capaz de realizar un excelente trabajo escolar o al contrario reaccionar de manera indeseable en una clase determinada. Puede incluso seleccionar el tipo de carrera que el compañero elegirá. Sin embargo, en términos generales la influencia paterna tiene más efecto sobre las aspiraciones de carrera que la influencia de los compañeros⁷.

1.6.2 EL EXITO Y FRACASO ACADEMICO

El fracaso escolar no está limitado a los jóvenes de malas condiciones económicas. Hay diferentes razones para que los jóvenes presenten dificultad en el rendimiento académico, estas pueden ser de

7.- Blapson, R. L., (1962). "Parental Influence, Anticipatory Socialization and Social mobility". American Sociological Review, V27, págs. 517-522.

índice biológico como: dislexia, disfunción cerebral mínima, problemas de audición, de visión, etc, (En Mussen, Conger, y Kagan, 1984).

Existen otras explicaciones del fracaso académico que no tienen que ver con el aspecto biológico, como los psicológicos, por ejemplo: la falta de interés para obtener buenas calificaciones en la escuela. Algunos carecen sencillamente de una motivación positiva, otros tienen estándares bajos, y algunos muestran ansiedad, conflicto u hostilidad. En la escuela secundaria los jóvenes a menudo quieren desempeñarse bien, para ganar la aprobación de sus diferentes maestros. Sin embargo, existen diferencias en cómo quieren alcanzar el éxito, y muchos lo hacen a través de distintas actitudes que llegan a afectar sus esfuerzos para desempeñar adecuadamente las tareas escolares (En Mussen, Conger y Kagan, 1984).

La identificación con un modelo también es importante para el éxito académico, y el adolescente que perciba similitud con el maestro que es admirado (no por admiración física, sino por similitud psicológica) querrá adoptar las acciones y los valores del mismo y, por lo tanto, estará motivado para desempeñarse bien en la escuela. Sin embargo, un joven que no perciba similitud alguna por el maestro estará menos motivado para desempeñarse bien en las tareas escolares.

Además, los jóvenes sienten hostilidad hacia sus padres, y como el fracaso académico a menudo desagrada a los padres y maestros quienes desean que el joven lo haga bien, éste puede expresar su hostilidad al no lograr un buen rendimiento académico. Es interesan-

te observar que la hostilidad hacia los compañeros puede tener a veces un efecto contrario. Es decir, los jóvenes que están molestos - porque han sido rechazados por sus compañeros de clase, pueden desarrollar habilidades superiores en la escuela y generar así un sentimiento de envidia hacia otros. Esto sucede con frecuencia entre los adolescentes que son impopulares por que no han adquirido las características tradicionales del papel sexual: el talento atlético para los jóvenes y el atractivo o las habilidades sociales en las señoritas (En Mussen, Cogner y Kagan, 1984).

DEPRESION

2.1 DEFINICION Y ETIOLOGIA DE LA DEPRESION

Como se ha manifestado en el capítulo anterior el adolescente se enfrenta a una serie de problemas o situaciones que provocan en éste diversos tipos de trastornos tanto físicos como psicológicos. Es en estos últimos donde ahora nos enfocaremos. Siendo la Depresión nuestro objetivo fundamental y al cual estará dirigida toda la atención.

Empezaremos por mencionar la definición sobre la cual fundamentaremos nuestra variable independiente.

" La depresión es un estado de ánimo desordenado en el cual existe aflicción, culpa e ilusiones de autodepreciación; estos sentimientos dominan la aflicción y la aprensión. Usualmente es una exageración y distorsión ante la pérdida de alguien o algo." (CAMERON N. 1972).

Cuando un sujeto presenta un estado depresivo que puede ser gradual o abrupto, se olvida de todo su alrededor y se sume en su

preocupación. Lo más peligroso de este estado es el suicidio sorpresivo, originado por el menosprecio y odio hacia uno mismo; son personas sumamente rígidas, cuando se les contradice su depresión aumenta y se vuelve más profunda. Su conducta es defensiva y no adaptativa¹⁰.

La depresión, constituye una de las constantes modalidades de reacción del hombre frente a diversas causas, físicas o psíquicas. A veces uno se siente triste, de mal humor o pesimista sin razón aparente. En algunas circunstancias patológicas, estas oscilaciones de tono de humor pueden alcanzar una intensidad y una duración tales que influyan gravemente en el comportamiento y perturben toda la personalidad del sujeto, hasta el punto de hacer surgir en los casos más graves, un verdadero riesgo de suicidio. A este propósito hay que recordar cómo la gran mayoría de los suicidios que ocurren todos los días se deben a la presencia de un estado depresivo, y cómo probablemente con una observación más atenta del comportamiento de estos sujetos y con una oportuna intervención terapéutica, se hubiera evitado. A la luz de esta consideración, deben encuadrarse las manifestaciones observables de la depresión; mucho más frecuente de lo que puede parecer. Numerosos pacientes internados en hospitales generales por presuntas afecciones somáticas, padecen en realidad síndromes depresivos, y cada vez que se encuentra un estado depresivo hay que tener presente la posibilidad de suicidio¹⁰.

10.- P. Pancheri, (1962); "Manual de Psiquiatría Clínica"; Ed. Trillas, México.

De acuerdo a Paolo Pancheri (1982), los síntomas de la depresión se pueden encuadrar en tres grupos:

A) SINTOMAS OBTENIDOS POR LA OBSERVACION DEL SUJETO.

El aspecto general del deprimido es casi siempre tan característico que permite hacer un diagnóstico desde la primera mirada. El rostro es tenso, pobre en los movimientos mímicos, bloqueado en una expresión de dolor y de tristeza, las cejas están contraídas, los ojos poco móviles; en los casos más graves, el sujeto puede llorar silenciosamente, pero siempre con una extrema pobreza de los movimientos mímicos. Además, puede mostrar un descuido más o menos acentuado en su vestido o en el cuidado de su propia persona¹⁰.

La lentitud motora del deprimido es muy evidente: Los movimientos son lentos, ocurre como obvio esfuerzo del sujeto, como si a cada músculo se le hubiera agregado un peso; hay notable retraso para responder a las preguntas; las respuestas surgen con palabras aisladas o directamente con monosílabos. En los casos más graves, el sujeto puede permanecer, casi inmóvil durante bastante tiempo y sin reaccionar a los estímulos¹⁰.

El tono de voz es gradualmente bajo, con una entonación lamentosa, las palabras son pronunciadas lentamente, con fatiga y habitualmente emite muy pocas.¹⁰

10. " Ibid.....

Los contenidos del discurso del deprimido suelen ser incompletos y estereotipados, con una clara tendencia a polarizar sobre determinados temas de contenido generalmente pesimista o sobre temas de culpabilidad y de autoacusación. En todo caso, las consecuencias ideativas aparecen lentificadas, con una notable dificultad y lentitud en la formación de las cadenas asociativas¹⁰.

La atención y la capacidad de concentración se encuentran significativamente comprometidas: El sujeto no muestra capacidad para mantener la atención concentrada durante un tiempo sobre un tema determinado; con facilidad se distrae y recae en los mismos pensamientos angustiosos de los cuales puede ser distraído solamente renovando la estimulación exterior.

El comportamiento en grupo está caracterizado por una gran pasividad: El sujeto no participa del todo o participa pasivamente en las actividades de grupo. Se encuentra claramente fastidiado por encontrarse rodeado de otras personas, prefiere estar solo, se aísla, habla poco o nada; si es estimulado, puede reaccionar cerrándose más en sí mismo¹⁰.

B) SENSACIONES REFERIDAS POR EL SUJETO

Los sentimientos de insuficiencia y tristeza son prácticamente constantes en todo estado depresivo: El sujeto se siente incapaz de terminar hasta tareas relativamente sencillas en las que antes se desempeñaba de manera adecuada. También sus capacidades para --

10.- 1010....

afrontar las situaciones de la vida cotidiana están reducidas: cada cosa, cada situación, representa para el sujeto un peso difícilmente superable. Apenas iniciada una tarea, se descorazona con facilidad; una frustración se convierte en un drama. Se siente apático, vacío, débil, fatigado, ineficiente e incapaz de iniciar y hacer cualquier cosa¹⁰.

La evocación angustiosa del propio pasado aparece frecuentemente en las sensaciones referidas por el sujeto. La vida pasada es vista sólo a la luz de sus verdaderos o presuntos aspectos negativos; insignificancias particulares de ésta son amplificadas y dramatizadas de manera pesimista y constituyen el tema sobre el cual se polarizan los pensamientos obsesivos del sujeto. Tales rasgos pueden llegar hasta el desarrollo de sentimientos de culpabilidad con bases en hechos o acontecimientos de la vida pasada, objetivamente irrelevantes; el sujeto puede llegar a acusarse de culpas no cometidas, viviendo -- tal situación de manera angustiosa, al grado de llegar a quitarse la vida siendo imperdonables sus presuntas culpas¹⁰.

Así como el pasado es visto de manera angustiante y culpabiliza, la vivencia de la situación presente es negativa y peyorativa: El sujeto tiende a devaluar y a mirar bajo una luz pesimista la situación actual; las pequeñas dificultades son vistas como insuperables, su condición actual es vista trágicamente, y sin probabilidad de salida; obstáculos de todo género hacen el presente angustioso y la vida no merece vivirse¹⁰.

10.- Ibid.....

Manifiesta incapacidad para proyectarse en lo futuro no existe esperanza ni fe ni posibilidad de hacer proyectos ni de verse a sí mismo fuera del sufrimiento y de la tristeza actual¹⁰.

La pérdida de los intereses es otro dato constante: El sujeto refiere sentirse vacío, muerto internamente, sin capacidad para interesarse por algo. Las cosas y la actividad que inicialmente constituían motivos de estímulo aparecen ahora insignificantes y privadas de sentido. El trabajo, las amistades y las preocupaciones actuales se tornan vacías y frías; también la capacidad de experimentar los afectos parece abolirse, generando la penosa sensación que los pacientes llaman la pérdida del sentimiento. Además, experimentan diversos tipos de déficits de habilidades: dificultad de concentración, pérdida de la memoria, cansancio y otros más¹⁰.

C) SINTOMAS SOMATICOS

El trastorno más frecuente es el insomnio. En los casos más graves, es total; en otros, se manifiesta con dificultad en el adormecimiento o con despertar precoz o con sueño interrumpido, discontinuo, irregular, acompañado de sueños de contenido angustioso y terrorífico. No obstante hay que tener en cuenta que en ciertas formas de depresión y en un limitado número de casos de sujetos algunos pueden tener un comportamiento opuesto, durmiendo más de lo normal, incluso durante el día. También es frecuente la reducción del apetito: El paciente come poco, con disgusto y de manera irregular. Con gran frecuencia los pacientes deprimidos presentan notables trastornos del -

10.- Ibid.....

aparato digestivo; el estreñimiento es el síntoma más frecuente, pero en ocasiones se puede observar diarrea, náuseas y vómito.

Son muy frecuentes los trastornos de la esfera sexual: En la mujer son evidentes las irregularidades del ciclo menstrual (Dismenorrea, oligomenorrea, amenorrea), y la disminución del impulso sexual (Frigidez); en el hombre, esta última característica se manifiesta a través de los síntomas de impotencia. A este propósito se debe tener presente que en un alto porcentaje de casos, la aparición de impotencia en un hombre que anteriormente tenía una actividad sexual normal, indica la presencia de un estado depresivo inicial¹⁰.

Menos frecuente se encuentran las irregularidades a cargo del aparato cardiocirculatorio (Taquicardia, sens. de opresión en el área precordial, etc.)¹⁰.

2.2 PUNTO DE VISTA PSICOANALITICO

El psicoanálisis surge junto a la figura de Sigmund Freud. Quien ingresa a la universidad de Viena para estudiar medicina. En el otoño de 1873. Durante el transcurso de la carrera empezó a interesarse en ciertas materias como Biología especialmente Neuroanatomía y Fisiología¹¹.

Ocho años después de su ingreso a la Universidad, Freud acredita sus exámenes finales con excelencia. Así, continúa traba-

11.- Ernest Jones. (1984), "Freud". Biblioteca Salvat. Barcelona España.

jando en el Instituto de Fisiología. Freud se dirige hacia París en el año 1885 y empieza a tratar con el Dr. Charcot y sus investigaciones sobre la histeria, conocimientos que le traerían problemas al exponerlos ante la Sociedad de Psiquiatría. De regreso a Viena en la primavera de 1886 empieza a trabajar con Joseph Breuer, amigo del Instituto de Fisiología¹¹.

Freud pensaba que la neurología clínica no era precisamente un trabajo "científico", pues no se podía analizar la anatomía del cerebro ni llegar a conocer la relación mente cuerpo, ni cómo el hombre podía ser un animal con conciencia propia. Sin embargo, se interesaba mucho más por la Psicopatología Clínica, pues esperaba que este camino le arrojará luz sobre la estructura y el funcionamiento de la mente¹¹.

Freud profundiza sobre el estudio de la neurosis y de la histeria, con el firme propósito de encontrar por ese medio el camino a los laberintos de la mente. Así, después de nueve años dedicados a la investigación, escribe junto con Joseph Breuer el libro ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA (1895)¹¹.

El psicoanálisis se puede dividir en tres partes: el método de investigación, el método terapéutico y la teoría.¹ Muchas ve-

1.- Estas tres fases del psicoanálisis, se definen como sigue: método de investigación, todas aquellas observaciones y procedimientos que dieron lugar a formar los principios, conceptos y axiomas en los que se sostiene el psicoanálisis como teoría; los conocimientos adquiridos por medio de la investigación que van constituyendo una disciplina; método terapéutico, es la aplicación de ciertos procedimientos específicos para la "cura" de las perturbaciones psicológicas.

11.- Ibid....

ces no se podrán encontrar diferencias entre una y otra debido a que los conocimientos que hoy se tienen sobre el psicoanálisis fueron fruto de la observación directa y luego de la elaboración reflexiva de los resultados obtenidos en el estudio de casos. Por medio del método de investigación se fueron obteniendo una serie de conocimientos pertenecientes a una nueva disciplina con su correspondiente método terapéutico, es decir, la aplicación de los hallazgos hechos¹². Quizás sean poco arbitrarias estas líneas, pero ello nos ayudará a tener una visión más clara de algunas de sus estructuras esenciales.

Durante la fase fálica, existe una intensificación del anhelo sexual del niño por los padres; surge una identificación del niño con el padre, lo cual lleva al complejo de Edipo².

La identificación se conoce en el psicoanálisis como la manifestación más temprana de un enlace afectivo con otra persona y desempeña un papel importante como antecedente del complejo de Edipo. El niño manifiesta un interés especial por su padre, quisiera ser como él y remplazarlo en todo, hace de su padre su ideal. Un poco más tarde, el niño comienza a tomar a su madre como ejemplo de sus instintos libidinosos. Muestra así dos órdenes de enlaces psicológicamente diferentes: uno francamente sexual hacia la madre y el otro, una identificación con el padre, al que considera un modelo a imitar. Estos dos enlaces coexisten en el niño durante algún tiempo sin estorbarse. Pero a medida que la vida psíquica tiende a unificarse, se aproximan a confluir en el complejo de Edipo normal; el niño advierte que su padre le cierra el camino hacia la madre y su identificación

2.- S. Freud. (1900). "Psicología de las Masas". Ed. Alianza, Madrid.

12.- S. Freud. (1903). "Introducción al Psicoanálisis". Ed. Itacchiuati. Vol. 5 Obras Completas.

con él adquiere un matiz hostil que termina en el deseo de sustituirlo por la madre².

Existen tres formas en las que se puede dar la identificación:

- 1.- Como forma primitiva del enlace afectivo a un objeto;
- 2.- Como sustitución de un enlace libidinoso a un objeto por introyección-identificación del objeto en el YO;
- 3.- Como rasgo común con otra persona que no es objeto de los instintos sexuales del sujeto².

El segundo caso es el que corresponde al análisis de la melancolía (depresión), "afección que cuenta entre sus causas más evidentes la pérdida real o afectiva del objeto amado"². Una de las principales características de la melancolía (según Freud), es la cruel autohumillación del YO, unida a una implacable autocrítica y a los más amargos reproches. El análisis de estos casos ha demostrado que estos reproches y estas críticas se dirigen en el fondo contra el objeto y representan la venganza que de él toma el YO².

Freud deja completamente de lado el estudio de la melancolía. Muy rara vez volvió a mencionar este estado antes de escribir, en 1915, el ensayo "Duelo y Melancolía". En dicho ensayo Freud lleva a cabo, precisamente, un estudio psicológico de la melancolía a partir de sus conocimientos sobre el duelo.

2.- Ibid.....

El duelo, dice, es por regla general la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción como la libertad, un ideal, etc. Muchas personas experimentan en lugar de duelo, melancolía. Ahora bien, ¿en que consiste el duelo? Al ver la realidad, el sujeto se percató de que el objeto amado ya no existe, generalmente debido a su muerte; los enlaces libidinosos se empiezan a romper, tornándose esta situación renuente para el individuo, quien quiere retener por vía del deseo al objeto perdido. Así, poco a poco, pieza por pieza, con un gran gasto de tiempo, cada uno de los recuerdos y cada una de las expectativas en que la libido se anuda al objeto son clausurados y en ellos se consume el desasimiento de la libido, tornándose otra vez en el YO libre y deshinibido. Sin embargo, Freud no llega a explicarse por qué dicho mecanismo resulta tan doloroso³.

En la melancolía que también es una reacción frente a la pérdida de un objeto amado que no está realmente muerto y en ocasiones no se sabe con precisión que se perdió; existe algo que falta en el duelo y es el enorme empobrecimiento del YO. En el duelo el mundo se ha hecho pobre y vacío; en la melancolía, es lo que ocurre al YO mismo. En el duelo, además, la pérdida es consciente, mientras que en la melancolía la verdadera pérdida es inconsciente³.

Freud considera el autoreproche y la pérdida de estimulación propia que se desarrollan en la melancolía como dirigidas hacia el objeto perdido. Esto ocurre, cuando un paciente deprimido insiste

3.- S. Freud. (1979) "Duelo y Melancolía". Ed. Amorrotu, En Obras Completas Vol. 14. Buenos Aires.

en lo que él mismo considera una mala conducta de su parte, es decir, cuando el paciente insiste en sus deficiencias e insuficiencias; de hecho está expresando sus sentimientos inconscientes respecto al objeto perdido. En lugar de identificarse simplemente con la persona perdida, el individuo asume los atributos que percibía del objeto. Como resultado, exagera sus propios pecados e insuficiencias, aún cuando no tenga relación alguna con la realidad de su vida³.

Freud lo dice de la siguiente manera: "Hubo una elección de objeto, una ligadura de la libido a una persona determinada; por obra de una afrenta real o un desengaño de parte de la persona amada sobrevino una ruptura de la relación al objeto. El resultado no fue el normal de apartamiento de la libido respecto a este objeto y el desplazamiento a otro nuevo, sino que es un resultado distinto que para producirse parecen necesarias varias condiciones. La libido libre no se desplazó hacia otro objeto sino que se replegó hacia el YO. Pero ahí no encontró un uso cualquiera, sino que sirvió para establecer una identificación del YO con el objeto resignado. La sombra del objeto cayó sobre el YO quien en lo sucesivo puede ser juzgado como un objeto, como el abandonado. De esa manera la pérdida del objeto se transformó en una pérdida del YO, y el conflicto entre el YO y la persona amada, en una resquebradura entre la actitud crítica del YO y el propio YO alterado por la identificación"³.

El enfoque psicoanalítico tiene como común denominador el aprendizaje, estableciendo que es lo aprendido y cuales son sus mecanismos involucrados en su desarrollo³.

3.- Ibid.....

Este coloca al foco psicopatológico en las profundidades de la personalidad, es decir, en desordenes o fuerzas internas que operan dentro de ésta y que están en conflicto unas con otras; originando, de esta manera, diferentes trastornos que se ven reflejados en el comportamiento del sujeto³.

2.3 ENFOQUE COGNOSCITIVO

El enfoque cognoscitivo propone que los cambios conductuales están bajo el influjo del estado fisiológico actual del organismo, su historia pasada de aprendizaje, la situación ambiental existente y variedad de procesos cognoscitivos interdependientes⁴.

Aaron T. Beck es considerado como representante de la teoría cognoscitiva en lo que respecta al campo de la depresión. Ha dirigido por varios años investigaciones de psicología y psicoterapia de la depresión y el suicidio, y ha escrito cerca de 120 artículos sobre el cognoscitivismo. Ahora se hablará sobre la teoría expuesta por él y de la relación que establece con la depresión⁵.

Existe un pensamiento consciente entre un evento externo y una respuesta emocional particular. Este es el principio básico de la teoría de Beck. Puede suceder que la persona tenga una emoción sin que exista un evento externo, en esos casos es posible determinar que la reacción se deba a un evento cognitivo, es decir, a un pensa-

3.- Ibid...

4.- Michael Mahoney, (1983). "Cognición y Modificación de Conducta". Ed. Trillas, México.

5.- Beck A.T., (1976). "Cognitive Therapy and the Emotional Disorders". American Book N.York.

miento, a un recuerdo, o a una imagen que produzca la respuesta emocional².

Se vuelve importante conocer estas cogniciones cuando se pretende entender las reacciones emocionales incongruentes. La angustia, la tristeza y el enojo exagerados dependerán de la manera particular en que el individuo aprecie los eventos².

Para identificar los pensamientos que siguen a un estado emocional existe lo que Beck (1976), llamó Pensamientos automáticos, que son aquellos pensamientos que aparecen rápidamente antes de que se presente la emoción. Estos pensamientos deben ser los que verdaderamente se piensen y no los que deberían pensar ante cualquier situación².

Este tipo de pensamientos tiene varias características: por lo general no son vagos, son específicos; sólo se presentan con las palabras esenciales para formar una oración, no son resultado del razonamiento o de la reflexión de algún evento y parecen ser relativamente autónomos en el sentido de que la persona no hace nada para que se presenten².

El reporte de estos pensamientos, ideas o deseos, relacionados con eventos externos, es la materia prima para el modelo cognoscitivo. Sin embargo, se pueden encontrar dos significados en las reacciones emocionales de un evento que se debe aprender a distinguir².

2.- 116.....

el significado público y el significado personal. El primero corresponde al significado objetivo del evento, es decir, a lo que en realidad está sucediendo. El segundo se refiere a la interpretación que la persona hace con respecto a ese evento. Por lo general el significado personal no se puede comprobar ya que no se expresa verbalmente.

Beck (1976), menciona: "La tesis de que el significado especial de un evento determine la respuesta emocional forma la base del modelo cognoscitivo de las emociones y los desordenes emocionales: el significado se encuadra en una cognición, un pensamiento, o una imagen".

La naturaleza de las respuestas emocionales dependerá de la manera en que la persona perciba los eventos en torno a su dominio personal. Beck (1976), describe el dominio personal como aquellos objetos tangibles e intangibles, con los cuales la persona se relaciona. En el centro del dominio se encuentra el concepto que tiene la persona de sí mismo, sus atributos físicos, características personales, sus metas y valores. Agrupados en torno al autoconcepto se encuentran los objetos animados o inanimados con los cuales se relaciona. Por lo general, estos incluyen a la familia, los amigos, y las propiedades materiales. Y el resto de los componentes del dominio varían según el grado de abstracción, desde la escuela, el grupo social, la nacionalidad, hasta valores o ideales con respecto a la moral, la libertad y la justicia.

2.- 116.....

En la manera en que la persona percibe la influencia de los eventos en su dominio dependerán sus respuestas emocionales. Así, la tristeza se presentará cuando la persona perciba una pérdida real significativa en su dominio. La euforia, cuando la persona anticipe un placer futuro. La ansiedad, cuando la persona se considere en peligro o cuando ve amenazada la seguridad, salud, o estado psicológico de alguna otra persona, principio o institución en su dominio. Cuando la persona perciba un ataque directo y deliberado o cuando otra persona viola alguna regla importante del ofendido, se presentará el --enojo--.

El significado que la persona le dé a los eventos que le rodean, está determinado por sus patrones de conceptualización sobre los diferentes tipos de situaciones a las que se ve expuesto y también del estado psicológico en que se encuentre cuando la situación se presenta. Si su preocupación es el peligro, se sentirá ansioso; si es la pérdida, se sentirá triste y si su atención se encuentra en la conducta del ofensor entonces experimentará enojo--.

La persona que le dé un significado irreal o desviado a un evento presentará una respuesta emocional inadecuada. Si las reacciones inadecuadas exceden un cierto nivel de angustia o de impotencia debido a la importancia con la que se presenta, llevará el nombre de desorden emocional, neurosis, disturbo psicológico o enfermedad psiquiátrica. Estos desordenes se presentan con ciertas características y patrones que permiten situarlas en ciertas categorías ya reconocidas como son: la depresión, las fobias, las obsesiones, etc. De es-

9.- 1016.....

tas categorías la que aquí nos interesa es la depresión².

La parte crucial en la depresión es la percepción de pérdida. Beck señala que: "La persona deprimida se ve a sí misma como carente de algún elemento o atributo que considere esencial para su felicidad."³

El deprimido percibe los elementos como un desgaste en su dominio emocional, lo que trae como consecuencia la tristeza. Su mundo, pasado, presente y futuro, se ve rodeado con la idea de pérdida en el valor de sus atributos, logros, relaciones, posesiones y salud. El deprimido también se ve a sí mismo como un perdedor: un ser inadecuado e inferior incapaz de lograr sus metas⁴.

Beck (1976), encuentra que el desorden psicológico gira en torno a un problema cognitivo: La persona deprimida tiene una visión negativa del mundo, un concepto negativo sobre sí mismo y un aprecio negativo por su futuro⁵.

Existen ciertos factores que precipitan la depresión como el rompimiento de una relación con otra persona, el fracaso para alcanzar alguna meta importante, la pérdida de un trabajo, un contra-tiempo financiero, una incapacidad física no esperada, o la pérdida del estatus social. Si alguno de estos elementos es considerado como una disminución total e irreversible del dominio personal, entonces la depresión aparecerá⁶.

5.- Ibid....

Beck (1976), aclara que para que un factor se considere como precipitante, el sentimiento de pérdida debe tener un significado sustancial para la persona. Un factor preocupante no es siempre un evento discreto. Tensiones constantes, como el retiro gradual de un afecto o una discrepancia persistente entre las metas y los logros, pueden provocar también la depresión².

Cuando la persona atribuye la causa de la pérdida a sí misma su dominio se convierte en un gran vacío y además de experimentar dicha pérdida encuentra deficiencias en su ser. Los defectos que va encontrando los va incorporando a su vida cotidiana y con el transcurso del tiempo esos atributos negativos terminan por modificar su autoimagen y disminuir su autoestima. Sus críticas se dirigen hacia atributos, habilidades y logros que en el pasado tuvieron un gran valor².

Las personas deprimidas además de presentar una baja en la autoestima se caracterizan por un pesimismo exagerado. Tienen una especial inclinación para esperar adversidades futuras y experimentarlas como si estuvieran sucediendo o acabaran de suceder. Esto se debe al mismo concepto negativo que poseen de sí mismos, lo cual no les permite integrar experiencias exitosas que contradigan dicho punto de vista negativo².

Beck (1976), señala también un cambio motivacional que se presenta en el deprimido. Este ya no se siente atraído por las acti-

s.- Ibid....

vidades que cotidianamente realizaba, ahora las evita. Si las hace las lleva al cabo por obligación no porque realmente lo desee. El deseo interior que antes lo motivaba se queda paralizado por consecuencia de sus cogniciones: el punto de vista sobre su futuro, su medio y sí mismo⁹.

De esta forma Beck (1976), analiza el desarrollo de la depresión una acción en cadena que se origina en la persona al sufrir una pérdida significativa. Siendo entonces la tristeza una consecuencia inevitable de la privación, el pesimismo y la autocrítica de la persona que responde a sus cogniciones negativas. Añadiéndose a esto problemas fisiológicos como son: La falta de apetito, de sueño y de actividad sexual. También se menciona al suicidio como en la última expresión del deseo de escapar⁹.

2.4 DESORDENES AFECTIVOS

El humor y el estado anímico de los individuos con desordenes afectivos varía de un estado deprimido a un estado de excitación, sin que haya de por medio ninguna experiencia vital precipitante e identificable¹⁰.

El maniaco es optimista, alegre, satisfecho de sí mismo e hiperactivo, niega tener problemas y culpa a los demás por cualquier desgracia que pueda ocurrir. El deprimido se desagrada y se inculpa

9.- Ibid.....

10.- Paolo Panzeri, (1982), "Manual de Psiquiatría Clínica". Ed. Trillas, México.

a sí mismo, es pesimista, siempre está esperando lo peor, carece de sentido del humor y es profundamente moroso, muestra una disminución drástica de energía, se siente exhausto y continuamente no demuestra interés por nada¹⁰.

(Grinker, Miller y Sabshin, Nunn y Nunnally, 1961). Afir-
maron que la depresión neurótica, a menudo es precipitada por una expe-
riencia presente o reciente como la muerte de un ser querido o la
pérdida de un trabajo, no hay ningún acontecimiento reconocible o
conflicto personal inmediato al que pueda atribuirse este tipo de
depresión.

El manual diagnóstico (DSM III). Establece la diferencia
entre depresión neurótica y las reacciones depresivas psicóticas. Las
últimas se asemejan a la depresión neurótica en que parecen ser atri-
buibles a un acontecimiento reciente o a una experiencia de estrés
pleno. Sin embargo sus efectos son menoscabo importante de la reali-
dad y a la incapacidad de enfrentarse a ésta, y así a los problemas
diarios de la vida.

2.5 SUICIDIO

En todas las formas de depresión existe el riesgo de suici-
dio como consecuencia obvia de los sentimientos de culpa o de ruina,
que experimenta el enfermo deprimido; o más generalmente, de los sen-
timientos de vacío afectivo, de inutilidad y de impotencia.

¹⁰- Ibid...

Desde luego existe una graduación en la manera como se pueden manifestar los impulsos suicidas:

1.- En la primera fase el paciente se limita a pensar que la muerte podría ser una liberación de sus sufrimientos, pero no piensa en quitarse la vida espontáneamente;

2.- En la segunda fase, el sujeto empieza a pensar con insistencia en la posibilidad de quitarse la vida. Piensa en los métodos con los que llegaría a realizar sus propósitos, pero es detenido por algunos pensamientos particulares al intentarlo; por ejemplo, al pensar en los padres, familiares o una creencia religiosa que prohíbe el suicidio;

3.- En la tercera fase, ningún pensamiento o consideración detiene al sujeto a realizar sus propósitos, el pensamiento de matarse se torna obsesionante hasta el punto de impulsarlo a actuar lúcidamente de modo que evita toda intervención extrema que lo impida.

Como se verá después, es de importancia significativa valorar de inmediato el riesgo suicida en un sujeto deprimido, y generalmente basta la observación cuidadosa del comportamiento o una entrevista experta para prevenir una tentativa de suicidio.

En algunos casos de suicidio se asumen las características descritas, y en otros casos la tentativa de suicidio asume características de un mensaje a través del cual el sujeto trata de comunicar a los demás la propia condición de sufrimiento, no pudiendo utilizar

6.- Berenson B. Irwin, (1964), "Psicología Anormal". Ed. Trillas, México.

adecuadamente otros medios más estructurados de comunicación. Se trata de las llamadas tentativas demostrativas que se realizan a menudo con medios inadecuados, generalmente sin peligro real para la vida y siempre en relación directa con situaciones psicotraumatizantes, -- constituyendo una comprensible reacción. Es necesario tener presente que estas tentativas de suicidio de tipo "demostrativo", pueden constituir un peligro real para la vida del sujeto, aunque por parte de éste no exista una real intención suicida¹⁰.

Pueden plantearse profundas interrogantes filosóficas, pero sólo a riesgo de simplificar en demasía el suicidio puede verse como resultado exclusivo de la depresión. El suicidio impresiona por su carácter, enigmático. Es un hecho de renunciación total, al parecer es un acto que ocurre sin previo aviso¹⁰.

El automenosprecio y la autodestrucción pueden pasar de los pensamientos y las palabras a los hechos. Una observación verificada es en la que el riesgo de suicidio aumenta cuando el individuo está en la fase más profunda de la depresión, sino cuando comienza a recuperarse de ella¹⁰.

Quizá cuando el sujeto se encuentra en el punto más bajo de su depresión carece de energías, tanto que no puede llevar a la práctica sus proyectos suicidas, mientras que cuando recupera parte de su energía es capaz de ejecutar un acto que ha premeditado largamente. Por lo cual es relevante una constante vigilancia de ese sujeto¹⁰.

10.- Ibid.....

La gente que habla de suicidarse puede, en efecto hacerlo, mientras que pocos de los que se suicidan lo hacen sin previo aviso a alguien¹⁰.

(Havens, 1970). Otra señal de peligro puede ser un intento fallido en el pasado. (Motto, 1972.) Al mismo tiempo en estudios encaminados a elaborar índices objetivos de potencial suicida se han encontrado las siguientes variables que podrían ser de carácter predictivo: El juicio clínico de que el individuo es potencialmente peligroso para sí mismo, el agravante de tensiones vitales, la falta de expresividad emocional, la extrema preocupación y la conducta socialmente impropia. (Fawcett, Loff y Bunney, 1976), (Miskimins, Dcook, Willson y Maley, 1975; Miskimins y willson, 1977).

2.6 DEPRESION EN LA ADOLESCENCIA

Los adolescentes pueden tener sentimientos de depresión en diversos grados, aunque puedan encubrir estos sentimientos con inquietud, aburrimiento, quejas hipocondríacas, o con conducta de "representación como los actos de delincuencia, el consumo de drogas o de alcohol excesivo"⁷.

La depresión adolescente tiene la mayor probabilidad de adoptar una de dos formas. La primera, el joven puede quejarse de una falta de sentimientos y de un sentido de vacío. Es como si el YO in-

⁷- W. A. Schonfeld, A. Freud, P.A. Osterrieth, y Otros. (1964). "El Desarrollo Adolescente". Compiladores G. Caplan y B. Lebovici. Ed. Hormé. Buenos Aires.

fantil se hubiera quedado atrás, pero no hubiera crecido un YO adulto que lo remplazara. Este vacío puede engendrar un nivel alto de tristeza y/o ansiedad. En tal caso, no es que el adolescente realmente no tenga sentimientos, sino que no sabe como expresarlos?

Sin embargo, la segunda forma de depresión es más difícil de resolver. Esta depresión tiene su base en experiencias repetidas de derrota durante un largo período. Estos adolescentes tal vez sientan que nunca podrán resolver sus problemas; muchos y quizás la mayoría de los intentos suicidas de los adolescentes no son el resultado de un acontecimiento crítico, sino de una larga serie de intentos frustrados por encontrar soluciones o alternativas a sus dificultades. A menudo, lo que sirve como disparador de este tipo de depresión es la pérdida de una relación significativa, ya sea con un padre, amigo, o con alguien a quien el adolescente ama.

Son muchos los factores que pueden llegar a determinar que el adolescente manifieste un estado de depresión en algún momento de esta etapa. Probablemente se deba a la gran cantidad de experiencias a las que se va enfrentando y a las exigencias que el medio ambiente demanda del joven y que tienen que ver con su propia integración.

Además no debemos olvidar que el adolescente cuando carece de los elementos necesarios y bien fundamentados para desarrollarse,

4.- Ibid.....

7.- Ibid.....

8.- Masen, Conger, Kagan, (1984). "Aspectos Esenciales del Desarrollo de la Personalidad del Niño". Ed. Trillas, México.

relacionarse e identificarse experimenta ansiedad, y esto crea en él sentimientos de desesperanza, pasividad o sensación de vacío. Es por esta razón que el medio ambiente, (entendiéndolo como el contexto socio-cultural en el que se desarrolla el joven) juega un papel definitivo en este problema².

Para el adolescente los valores y la moral son muy importantes porque ayudan a mantener un sentido del YO (identidad personal). En ninguna otra época de la vida es probable que el individuo se preocupe tanto por los valores y los estándares morales como durante la adolescencia, ya que es en esta etapa cuando se incrementan las habilidades cognoscitivas que dan lugar a una mayor consciencia de los temas morales, de los valores y de una mayor capacidad para tratar a cerca de ellos. Así mismo, las demandas que la sociedad hace al adolescente cambian con rapidez, es por esto que el joven debe formular continuamente sus valores y creencias morales, en especial en aquellas sociedades donde existen mayores presiones y valores conflictivos².

"Si no se tiene una idea de aquello en lo que uno cree, es imposible desarrollar y mantener un sentido estable del YO o de la identidad." (Erikson, Erik).

En esta etapa el joven sufre problemas de ajuste que se manifiestan en síntomas de alcoholismo, drogadicción y delincuencia que a su vez llevan al adolescente a desordenes psicológicos en los

2.- Ibid.....

•cuales aparecen la ansiedad, la angustia, la depresión, la hipocondria, etc⁷•

Dentro de los problemas, parece existir una cifra importante de jóvenes que no dominan con éxito las tareas del desarrollo de su edad, o sólo algunos lo logran con gran dificultad. Esto puede verse reflejado en la elevación de los índices de delincuencia juvenil de ambos sexos, del suicidio de adolescentes, del embarazo prematuro y del consumo de drogas y alcohol⁸.

La mayoría de los delinquentes juveniles no tienen un buen concepto de sí mismo y estos rasgos negativos se reflejan en su personalidad. Son ambivalentes en sus actitudes hacia la autoridad, carecen de motivación de logro, son impulsivos y deficientes en su autocontrol. Muchos de estos provienen de hogares desestructurados; sin embargo, es bueno señalar que también existe gran posibilidad de delincuencia juvenil en hogares intactos, pero que son caracterizados por hostilidad, indiferencia o apatía y rechazo paterno en la relación padre-hijo⁹.

El desequilibrio psicológico del adolescente hace que se enfrente a cambios muy rápidos, a mayores exigencias sociales y a una evolución biológica dentro de sí mismo, esto lleva al individuo al desajuste, lo cual incrementa su vulnerabilidad, susceptibilidad y determina la forma en que el adolescente va a enfrentar sus problemas⁷.

7.- Ibid.....
8.- Ibid.....

Un adolescente con una reacción aguda de ansiedad, puede -- experimentar temor repentino, o bien volverse agitado e inquieto y -- mostrar síntomas físicos como mareos, dolor de cabeza o náuseas. Tam-- bién se presentan algunos trastornos en el sueño, debido a la gran -- cantidad de cosas que piensa o imagina¹⁰.

A menudo hay un suceso inmediato que conduce a un intento -- suicida, por lo común estos jóvenes depresivos tienen o han tenido -- muchos problemas psicológicos. Por lo general son adolescentes con -- graves conflictos familiares y buscan una relación más íntima que les -- sirva de apoyo emocional. Cuando esta búsqueda es infructuosa o la -- relación fracasa se sienten solos, desamparados y deprimidos⁴.

4.- Ibid....
10.- Ibid....

METODOLOGIA

3.1 OBJETIVO: La funcionalidad de la adaptación española del Cuestionario de Depresión para Niños entre los 8 y los 16 años, a través de la estandarización de esta, en una población de adolescentes mexicanos entre los 11 y los 16 años, que cursan el nivel medio básico.

3.2 DEFINICION DE VARIABLES

3.2.1 VARIABLE DEPENDIENTE

DEPRESION INFANTIL (Tal como la define el C D S):

" Es una respuesta humana normal que varía en intensidad y cualidad presentando las siguientes características sintomatológicas":

- Respuesta afectiva: sentimientos de tristeza, desgracia y llantos;
- Autoconcepto negativo: sentimientos de inadecuación, poca autoestima, inutilidad, desamparo, desesperanza y falta de cariño;
- Disminución de la productividad mental y de los impulsos:

aburrimiento, alejamiento, falta de energía, descontento, poca capacidad para el placer y para aceptar la ayuda o el confort, así como retraso motórico;

- Problemas psicósomáticos: dolores de cabeza y abdominales e insomnio u otras perturbaciones del sueño;

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

- Problemas de agresión: irritabilidad y explosiones de mal humor.

3.2.2 VARIABLE INDEPENDIENTE

ADOLESCENCIA: "Es el periodo de desarrollo del ser humano (habitualmente entre los 10 y 18 años en la mujer y entre los 12 y 20 años en los hombres) en donde se dan los cambios más importantes a todos los niveles: físico, psicológico, social e intelectual; marcando la transición entre la niñez y la edad adulta o madura".

3.3 SUJETOS

En esta investigación participaron 400 adolescentes de nivel medio básico, entre 11 y 16 años de edad, los que formaban parte de 9 grupos; tres de primer grado, tres de segundo grado y tres de tercer grado de secundaria.

El muestreo se realizó en forma aleatoria, ya que todos los sujetos del universo de la población (en total 810 alumnos), tuvieron la misma probabilidad de ser elegidos. Fue así mismo estratificado, pues la población estaba ya dividida en 18 grupos, teniendo 6 grupos por grado, con una población promedio de entre 45 y 50 alumnos cada grupo.

Para nuestra investigación participaron únicamente 9 grupos que fueron elegidos a través de tres sorteos uno por cada grado, de donde se obtuvieron 3 grupos por grado (de primero: el B, D y F; de segundo: el A, B y E, y de tercero: el A, B y D).

Del total de los 400 participantes que contestaron el cuestionario, se eliminaron aquellos que se presentaron a la primera aplicación y no se presentaron a la segunda o viceversa, aquellos que no respondieron a todos los elementos del cuestionario. Quedo así un total de 312 sujetos. De los cuales el 52.6% fueron mujeres y el 47.4% fueron hombres con edades entre los 11 y 16 años.

3.5 PROCEDIMIENTO

Esta investigación se llevó al cabo en la Escuela Secundaria Federal "Quetzalcoatl", ubicada en el Municipio de Nicolás Romero Edo. de México, la cual cuenta con una población de 810 alumnos.

El cuestionario se aplicó en el transcurso de una semana durante el horario matutino, a los 9 grupos participantes, siendo esta una aplicación colectiva, se consideraron las recomendaciones dadas en el manual del CDS, donde se tomo en cuenta que: el grupo fuera homogéneo (alumnos de una misma clase, grupo), fuera introducido en forma amistosa y sin prisas; y con el siguiente procedimiento en cada grupo:

Se repartieron hojas de respuestas a todo el grupo y se dieron las siguientes instrucciones: "Les voy a leer un número y una frase, y, ustedes van a contestar en la hoja que tienen enfrente, poniendo una marca sobre uno de los circulitos que hay a la derecha de cada número, para que se den cuenta de como van a contestar voy a poner un ejemplo en el pizarrón... traten de contestar con sinceridad de acuerdo con lo que sienten y piensan, en relación a lo que dicen las oraciones"; se leyeron las oraciones de forma pausada, y se aclararon dudas sobre aquellas frases en las que se daban dos o más términos como: "madre/padre" y en las que los términos podían tener distinto significado como por ejemplo: "desgraciado". (ver anexos 3 y 4)

Este procedimiento se realizo con cada uno de los 9 grupos. Pasadas 6 semanas de su aplicación se realizo una segunda, usando el mismo procedimiento de la primera; con la finalidad de realizar el analisis estadístico de la confiabilidad test-retest del CDS.

Una vez cuantificados los resultados de los cuestionarios de ambas aplicaciones se tomaron únicamente los 312 que cumplieron - las condiciones dadas por el muestreo antes mencionadas; quedaron distribuidos de la siguiente manera:

GRUPO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	EDADES
1B	19	16	35	DE 11 A 13 AÑOS
1D	15	19	34	DE 12 A 13 AÑOS
1F	15	20	35	DE 12 A 13 AÑOS
2A	20	14	34	DE 13 A 15 AÑOS
2B	14	25	39	DE 12 A 16 AÑOS
2E	10	17	27	DE 13 A 16 AÑOS
3A	15	21	36	DE 13 A 15 AÑOS
3B	18	17	35	DE 14 A 15 AÑOS
3D	22	15	37	DE 14 A 16 AÑOS

3.6 INSTRUMENTO

3.6.1 DESCRIPCIÓN GENERAL

- Nombre original: "Childrens Depression Scale (CDS)".
- Autores: M. Lang y M. Tisher.
- Procedencia: Autralian Council for Educational Research, Lt. -
(ACER), Victoria, Australia.
- Adaptación Española: Sección de Estudio de Test de TEA Ediciones
S.A., Madrid.
- Administración: Individual y Colectiva.
- Duración: Variable, entre 30 y 40 minutos.
- Aplicación: De 8 a 16 años.
- Significación: Evaluación global y específica de la depresión en -
niños.
- Tipificación: Barámetros en centiles y decatipos en una muestra -
general de niños españoles.

La presente escala fue diseñada específicamente para los -
niños de entre 8 y 16 años. Por lo que difiere de los trabajos de
Kovacs y A. T. Beck (1977), quienes han intentado ampliar la aplica-
bilidad del BDI (Beck Depression Inventory diseñado para adultos) con
una muestra de niños y han realizado un estudio piloto. También tuie-
ron en cuenta lo señalado por Kovacs, Beck y por A. Nowells (1977);
el hecho de que tienen mucha importancia las observaciones de las -
personas que conocen al niño, tales como los padres, los profesores,

etc.; aun cuando el CDS está destinado a los niños, la misma escala, con ligeras modificaciones del formato, puede ser contestada por un familiar, profesor u otra persona significativa que responda según su conocimiento sobre el niño.¹

- Descripción de las escalas -

Los autores originales utilizaron, para definir la entidad que intenta evaluar el CDS (depresión), tomandola con conceptos operativos (ver punto 3.2.1), elaboraron elementos pertinentes a cada uno de ellos; en su construcción tambien tomaron en cuenta los contenidos de los informes psiquiátricos de niños con depresión, las historias recogidas en el test conocido como TAT y las hojas de respuestas del tests de Frases Incompletas, así como las descripciones de las experiencias y fenómenos depresivos presentadas en la literatura sobre la depresión. En la redacción intentaron describir dichas experiencias de modo que fueran reconocidas por los niños, si de alguna manera las poseían, y fue depurada por una muestra de niños en tratamiento, a los que se les pidieron que comentaran o modificaran dicha redacción y sugirieran nuevas frases según sus experiencias.¹

El resultado final fue una escala con 66 elementos, entre los que hay 18 positivos (como "Me siento alegre la mayor parte del tiempo") y 48 depresivos (como "Me siento solo muchas veces"). Los elementos positivos están entre mezclados con los depresivos, para reducir una tendencia halo en las respuestas, y para medir la "inca-

1.- M. Lang y M. Tisher, Manual, "Cuestionario de Depresión para Niños"; Investigaciones y publicaciones Psicológicas. TEA Ediciones, S. A. Madrid, 1986.

pacidad para experimentar placer o diversión", como un componente de la depresión; también procuraron que presentaran una variación tal, - que, al ser contestados por el niño, no le afectaran de un modo de-- presivo¹(ver anexo 4).

Con la ayuda de criterios teóricos y lógicos, los 66 elementos fueron agrupados en subescalas, intentando que cubrieran muchas de las características de la depresión en los niños, y en realidad estas subescalas son similares a los conceptos incluidos en la definición dada; también procuraron que las escalas tuvieran el mismo número de elementos.¹

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

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

- Total Depresivo, con 6 subescalas:

- . RA, Respuesta Afectiva (ocho elementos), alude al estado de humor por los sentimientos del sujeto.
- . PS, Problemas Sociales (ocho elementos), se refiere a - las dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad del niño.

1.- Ibid.....

- . AE, Autoestima (ocho elementos), se relaciona con los sentimientos, conceptos y actitudes del niño en relación con su propia estima y valor.
- . PM, Preocupación por la muerte/salud (siete elementos), alude a los sueños y fantasías del niño en relación con enfermedad y muerte propias.
- . SC, Sentimientos de culpabilidad (ocho elementos), se refiere a la autopunición del niño.
- . DV, Depresivos varios (nueve elementos), incluye aquellas cuestiones de tipo depresivo que no pudieron agruparse para formar una entidad.

- Total Positivo, con dos subescalas:

- . AA, Animo-alegría (ocho elementos, puntuados en el polo opuesto), alude a la ausencia de alegría, diversión y felicidad en la vida del niño, o a su incapacidad para experimentarlas.
- . PV, Positivos varios (diez elementos, puntuados en el polo opuesto), incluye aquellas cuestiones de tipo positivo que no pudieron agruparse para formar una entidad.

Todas estas subescalas son muy interesantes para poder especificar e interpretar una determinada puntuación total positiva o depresiva, puesto que los niños pueden manifestar su depresión de muy diferentes maneras.²

1.- Idé.....

El CDS es aplicable a niños comprendidos entre los 8 y 10 años, es decir, a sujetos que puedan comprender el contenido de los elementos. En la versión original australiana, los elementos se presentan en pequeñas tarjetas de distintos colores (uno para cada sub-escala, lo cual permite la corrección y puntuación), y la persona que responde las sitúa en montones diferentes según su grado de acuerdo o desacuerdo con su contenido.¹

Su finalidad está dirigida a todos los casos en que se sospeche la depresión. Como se ha indicado anteriormente, hay muchas características que han mostrado relación consistente con la depresión en la infancia: el niño parece o es visto como triste, desgraciado, lloroso, aburrido, aislado, apático, con dificultades sociales, con problemas psicósomáticos (dolores de cabeza, quejas abdominales, dificultades en el sueño, etc.), poca autoestima, sentimientos de inutilidad, sensación de no ser querido, preocupación por la salud o la muerte, manifestaciones anómalas de agresividad, etc.. Puede ser aconsejable cuando se tenga noticia de otros indicativos tales como una gran privación, la pérdida de una persona importante para él, un bajo rendimiento escolar, una enfermedad física o una ruptura familiar.¹

En un proceso terapéutico, el CDS puede facilitar la comunicación del sujeto; a través del contenido de la escala el niño

1.- Ibid.....

expresa sus experiencias íntimas, probablemente con más libertad que en una comunicación directa. Por otra parte, al encontrar la redacción de los elementos el niño comprueba que sus sentimientos y actitudes no son un caso único. En estas situaciones, cuando el CDS se utilice como instrumento terapéutico, el psicólogo puede modificar a su juicio las instrucciones de aplicación del cuestionario, conceder más tiempo, conversar sobre algunos elementos, compartir con el niño el procedimiento de corrección y puntuación u ofrecerle la oportunidad de cambiar alguna respuesta.⁴

- Corrección y obtención de las puntuaciones directas-

En base a la adaptación Española, cada elemento se puntúa en una escala de 1 a 5 puntos en la dirección del rasgo de la depresión, desde "Muy en desacuerdo" a "Muy de acuerdo" en los elementos de tipo depresivo, desde "Muy de acuerdo" a "Muy en desacuerdo" en los de tipo positivo. Con esta inversión en los positivos (subescalas AA y PV) se logra que todos ellos puntúen hacia el rasgo de la depresión.⁴

Para facilitar esta tarea de puntuaciones en la hoja de respuestas, en la adaptación española se ha diseñado una plantilla de corrección que permite obtener las puntuaciones directas de todas las subescalas y anotarla en el margen derecho de la hoja. Se colocará la plantilla sobre ésta de modo que por los circulitos existentes en el margen izquierdo de la plantilla aparezcan los números 1 y 25, en

1.- Ibid.....

este momento los recuadros alargados de la plantilla dejarán ver los elementos pertenecientes a la primera subescala (AA) y encima de los recuadros se encuentra la escala de puntuaciones (5 a 1); se cuentan los puntos obtenidos por los elementos de la subescala. Como se indica en la parte superior de la plantilla es necesario restar este valor a 48; es decir, la puntuación directa es $AA = 48 - \text{suma de puntos obtenidos}$. (ver anexo 3) Esta puntuación se anotará en el primer recuadro del margen derecho de la hoja señalado con las siglas - AA.¹ A continuación se desliza hacia abajo la plantilla hasta que por los circulitos del margen izquierdo aparezcan los números 2 y 26. En este momento los recuadros alargados dentro de la plantilla dejarán ver los elementos y respuestas de la subescala RA. Se suman los puntos obtenidos y su resultado se anotará en la segunda casilla del margen derecho de la hoja (RA).² Se vuelve a deslizar la plantilla hacia abajo y se tendrá:

- Núms. 3 y 27, subescala PS, 8 elementos.
- Núms. 4 y 28, subescala AE, 8 elementos.
- Núms. 5 y 29, subescala PM, 7 elementos (por lo que queda en blanco el último recuadro alargado de la plantilla).
- Núms. 6 y 30, subescala SC, 8 elementos.
- Núms. 7 y 31, subescala DV, 9 elementos (se incorpora el señalado como 66 en la base).
- Núms. 8 y 32, subescala PV, 10 elementos (se incorpora -- los señalados como 64 y 65 en la base). Como indica en la parte superior de la plantilla es necesario restar este valor de 60;

es decir, PV = 60 - suma de puntos.¹

Una vez anotadas las puntuaciones directas de las ocho sub-escalas en el margen derecho de la hoja, se procede a obtener las dos dimensiones superiores, total positivo y total depresivo, de la siguiente forma:

$$TP = AA + PV$$

$$TD = RA + PS + AE + PM + SC + DV$$

y los resultados de estas operaciones se anotan en sus respectivas casillas.¹ Una vez obtenidas las puntuaciones directas, se puede pasar a la fase de la interpretación (capítulo 4).

3.8 JUSTIFICACION ESTADISTICA

En el momento de la aparición del CDS, el manual original - (1978) incluía un estudio de fiabilidad y validez utilizando una muestra experimental (N=40) de niños con depresión, otra de control- (N=37) de niños normales equiparables a los experimentales en edad, sexo y escolaridad, y una tercera muestra de niños con diversos problemas de tipo clínico. Para formar el grupo experimental se utilizaron los siguientes criterios:

- El niño no asistía al colegio y había faltado continuamente más de un mes;
- Durante las horas de clase estaba en casa con sus padres;
- No existía un diagnóstico de enfermedad física/orgánica (no se consideraron excluyentes los casos con síntomas psicósomáticos como los dolores de cabeza), y

1.- Ibid.....

- Durante, al menos, dos semanas se había intentado sin éxito (a través de psicólogo, asistente social, etc.), su vuelta al colegio.

En los años posteriores (1980, 1981) se analizaron otras muestras de niños australianos, (N=60 y N=82) y japoneses (N=389), y actualmente se están llevando a cabo investigaciones y adaptaciones en otras lenguas y países (Italia, Francia, Alemania e India, además de España)¹.

En las muestras originales observaron una buena fiabilidad y consistencia internas; obtuvieron un coeficiente alto de Cronbach de 0.96 y en una correlación de test-retest de 0.74.

Se llevaron a cabo análisis de validez de contenido (utilizando, con anterioridad a la edición del cuestionario, el criterio y discriminación de una muestra de niños con depresión y el juicio de 7 psiquiatras infantiles), de validez concurrente (relaciones con el cuestionario de personalidad CPQ de Cattell y capacidad discriminativa con un criterio de "infelicidad"), de validez de constructo (mediante análisis de diferencias entre los grupos experimental, control y clínico), y de validez factorial¹.

En estos estudios se comprobó la precisión, valor y capacidad discriminativa del CDS para medir la depresión en los niños lo cual fue observado en una muestra de 77 niños en los que se realizó un análisis de las relaciones entre el CDS y CPQ (Cuestionario de --

1.- M. Leng y M. Tisher, Manual: "Cuestionario de Depresión para Niños", Investigaciones y Publicaciones Psicológicas, TEA Ediciones, S. A. Madrid, 1984.

personalidad para niños) (de Cattell), y el perfil de personalidad de esta última fue muy consistente con los aspectos indicados en la literatura como propios de la depresión en los niños, las escalas que apuntan hacia el área de la respuesta afectiva, a una autoconcepción negativa, a un autoaislamiento y retraso motor, y a las dificultades con la agresión. En cuanto a las dimensiones superiores de la personalidad medidas por el CPQ (Ansiedad, extraversión y neuroticismo), los índices que encontraron mostraron que aunque el CDS mide un fenómeno relativamente independiente, está bastante relacionado con los factores generales de la personalidad¹.

En otro estudio con 40 niños, estos fueron clasificados por el personal clínico que los trataba (y que los conocía bien) en un continuo de siete puntos (desde feliz a infeliz), y dicotomizados por la mediana de sus puntuaciones en el CDS; el análisis diferencial de las frecuencias mostró una clara relación entre las puntuaciones altas en el CDS y la calificación de "infeliz" dada por los clínicos (el 82.50% de los casos estaba bien evaluado con el CDS)¹.

En cuanto a los análisis de validez de constructo se emplearon los grupos indicados al principio de este apartado (experimental control y clínico) para examinar si las diferencias podían apuntar a presencia del constructo evaluado. Efectivamente, en todas las escalas y subescalas encontraron diferencias significativas que apuntaban en la dirección esperada¹.

Finalmente, tomaron cada elemento como una variable, analizaron su capacidad discriminativa para diferenciar los tres grupos indicados, así como su composición factorial:

- a) La mayoría de los elementos discriminaban bien entre los grupos - experimental y control;
- b) La primera dimensión general del análisis factorial (32% de la - varianza total; un elevado porcentaje en este área de la conducta) - tiene saturaciones en la mayoría de los elementos (en 56 de ellos supera el índice de 0.40), y esto parece apuntar a una buena validez de los elementos para medir esa dimensión o factor general.

Además, como en la mayoría de los casos disponían del CDS contestado por un adulto significativo para el niño, analizaron las diferencias y similitudes, y todos los resultados añadieron nuevas - evidencias de la fiabilidad y validez del instrumento. Igualmente estudiaron la incidencia de las variables edad, sexo y estatus socio- económico y, en general, aunque las muestras eran pequeñas, dichas - variables no parecieron influir significativamente¹⁻

3.9 ADAPTACION ESPAÑOLA

La adaptación se inició a mediados de 1980. El CDS se editó para su aplicación a los niños de forma colectiva; es decir, se dejó para otra ocasión preparar una versión de los elementos impresos en

1.- Ibid.....

tarjetas separadas para cada uno; diseñaron una hoja de respuestas que recogiera todas las contestaciones de los 60 elementos y las dispusieron de forma que permitiera la utilización de una única plantilla de corrección para todas las subescalas y que obviara al corrector la tarea de tener que invertir el sentido de la puntuación en algunas escalas (AA y PV). Este nuevo diseño fue aceptado por las autoras y no ha presentado problema en el casi millar de aplicaciones que realizaron en la adaptación española¹.

En las aplicaciones colectivas para obtener la muestra del análisis y tipificación, los elementos fueron leídos en voz alta a los sujetos y estos contestaron sobre la hoja de respuestas en una escala de 5 puntos (ver anexo 3):

- + + Muy de acuerdo
- + De acuerdo
- +/- No estoy seguro
- En desacuerdo
- - Muy en desacuerdo

Esta escala y símbolos fueron tomados del estudio original, excepto que en el punto intermedio (No estoy seguro) se cambió el símbolo "?", pensando que con el "+/-" se definía mejor la posición comprendida entre el sí y el no, o entre el acuerdo y desacuerdo. Como en el estudio original esas categorías han sido valoradas en una escala de 5 a 1 punto¹.

1.- *Ibid.*...

La muestra general de tipificación española era de más de 900 sujetos de edades comprendidas entre los 8 y los 14 años, y procedían de muy diferentes partes de España y de colegios y centros especiales diversos¹.

- Análisis de elementos -

En una muestra de 843 niños de 8 a 14 años (26% mujeres), tomaron únicamente 730 que habían contestado a todos los elementos y en ellos analizaron los índices de atracción de cada elemento en la dirección que puntúa hacia la depresión (es decir invirtiendo la escala en los elementos de tipo positivo: los de las escalas AA y PV). Los índices más bajos se encontraron en las escalas AA y PV; como éstas se puntúan invirtiendo la escala, parece que los niños se sintieron más atraídos por los elementos que señalan aspectos positivos (3.83 y 3.75, respectivamente en la escala de 1 a 5). Dentro de los aspectos depresivos, los elementos más atractivos fueron los de DV (Depresivos varios) y los de SC (sentimientos de culpabilidad), y los menos atractivos los del RA (Respuesta afectiva). Este esquema de tipo de respuestas parece lógico en niños normales; probablemente la estructura es muy diferente en grupos clínicos, en los que el énfasis se situaría en una o varias escalas depresivas¹.

... Ibid.....

En la misma muestra de sujetos calcularon la fiabilidad o consistencia interna mediante la formulación de Kuder-Richarson -- (K-R 20) y los índices rxx resultantes de los reactivos de cada escala fueron: AA=0.61, RA=0.71, PS=0.72, AE=0.74, PM=0.58, SC=0.67, --- DV=0.56, PV=0.51. Puede considerarse que los índices de consistencia que encontraron son satisfactorios. Como el CDS puede presentarse como un cuestionario con dos grandes subescalas, Depresiva (TD) y Positiva (TP), calcularon también los coeficientes K-R 20 en estos dos totales y los índices rxx encontrados fueron, respectivamente, de 0.91 y 0.69, lo cual permite concluir que el CDS presenta un buen nivel de estabilidad o consistencia interna¹.

En un grupo de 111 niños pudieron lograr una segunda aplicación del CDS un año después del primer examen. Los resultados de este retest fueron utilizados para obtener índices rxx de estabilidad a pesar de que las variables medidas por el CDS pueden ser más estados que rasgos de la personalidad, es decir, pueden verse modificados por las situaciones ambientales o personales del sujeto, sobre todo - cuando el intervalo de tiempo es grande. En este caso el intervalo - fue de un año, bastante amplio cuando se tiene en cuenta que la personalidad de los sujetos se está formando en esas edades. Los coeficientes de fiabilidad fueron: 0,37 en AA; 0,41 en RA; 0,39 en PS; - 0,39 en AE; 0,38 en PM; 0,52 en SC; 0,33 en DV; 0,47 en PV; 0,51 en DT y 0,48 en PT. En estos coeficientes observaron un descenso en relación con los obtenidos con la fórmula K R-20 y en una muestra más -

1.- 1914.....

heterogénea; esto pudo ser debido, además de la homogeneidad de la presente muestra, a que el intervalo entre el test y el retest es bastante grande para la estabilidad de unas variables que son más de tipo estado que rasgo y en una época del proceso de maduración en que la personalidad está conformándose¹.

En los estudios de R. B. Cattell sobre la personalidad se alude a la depresión como una variable de tipo estado (transitorio y afectada por las condiciones ambientales y personales del sujeto), y los coeficientes apuntados anteriormente son una corroboración o consecuencia de ese hecho: no es esperable una elevada estabilidad de las medidas de depresión porque su existencia y manifestación están influidas por las situaciones que rodean al sujeto¹.

- Validez -

En una fase de los análisis para la adaptación Española estudiaron la influencia de la edad y el sexo en las puntuaciones del CDS. Tomaron una muestra de 435 sujetos con la siguiente distribución: 144 de 9 años de los cuales 88 fueron varones y 56 fueron mujeres, 180 de 10 años de los cuales 121 fueron varones y 59 fueron mujeres, de 11 años y más 111 sujetos de los cuales 106 fueron varones y 5 mujeres¹.

1.- tota.....

Como ya han indicado las autoras originales del CDS, no observaron diferencias entre los sexos, excepto en las escalas positivas (AA y PV), y sólo en el grupo de 9 años: las niñas presentaron una mejor estructura en los rangos medidos (puntuán menos en esas escalas positivas). En cuanto a la edad, en general, observaron lo siguiente:

a) En las subescalas de tipo negativo y su total DT, disminuyen las puntuaciones al aumentar la edad; los niños mayores son menos "depresivos" (o bien, al ser más conscientes, se muestran cautelosos y lo ocultan).

b) En las subescalas de tipo positivo (Incapacidad para vivenciar los valores positivos), las puntuaciones aumentan con la edad, lo cual viene a indicar la existencia de más problemas en este área en los niños mayores. En términos de centiles, y en el total positivo los niños de 9 años obtienen un centil de 40 y los de 13 y más años un centil de 65.¹

3.10 NORMAS INTERPRETATIVAS DE LA ADAPTACION ESPAÑOLA

- Muestra general de tipificación -

Para la muestra general de tipificación (compuesta por más de 900 casos de niños de 8 a 14 años), tuvieron que desechar algunas pruebas incompletas y las que utilizaron como retest para el análisis de fiabilidad. Los 843 sujetos resultantes se agruparon por sexo

1.- 1014.....

y edad. En determinados análisis, clasificaron esta muestra general en tres grupos de edades (manteniendo separados ambos sexos en algunos casos): 274 niños de 8-9 años, 251 de 10-11 años, y 206 de 12 y más años. A partir del momento en que observaron la poca o nula incidencia de la variable sexo se unieron ambos para continuar los estudios, y, al final, cuando determinaron también la pequeña influencia de la variable edad, esta muestra general fue tratada como un todo a la hora de elaborar los baremos para la interpretación¹.

- Conversión de puntuaciones directas en puntuaciones transformadas -

Aunque en los estudios originales emplearon la escala de los deciles para interpretar las puntuaciones directas, en la tipificación española prefirieron obtener las puntuaciones transformadas en las escalas de centiles y decatipos, presentadas en paralelo en la tabla de tipificación¹.

La puntuación centil indica el tanto por ciento del grupo -- normativo al que un sujeto determinado es superior en la variable -- apreciada por el instrumento; los centiles no forman una escala típica, sino ordinal, y no pueden emplearse para calcular promedios con -- los centiles obtenidos en otras variables¹.

1.- Ibid.....

Las puntuaciones decatipos constituyen una escala típica de 10 puntos (media = 5,50, desviación = 2), que puede ser fácilmente comprendida por el público en general. En los decatipos centrales (5 y 6) queda comprendido el 40% medio; si el alejamiento de la media -- fuese algo mayor, dentro de los decatipos 4, 5, 6 y 7 se encuentran -- los dos tercios (en realidad 68.26%) de una distribución, lo cual se considera el grupo promedio; los decatipos 2-3 y el 8-9 indican una gran desviación de la media, y, por último, los decatipos 1 y 10 son valores extremos; todas estas posiciones se entienden de modo relativo en la población específica sobre la cual se realizó la tipificación¹.

Una vez obtenidas las puntuaciones directas mediante el uso de la plantilla de corrección aplicada a la hoja de respuestas, es fácil buscar en la tabla la columna correspondiente a la escala o subescala a interpretar. En cada columna se buscará la puntuación directa obtenida por el sujeto y, a la misma altura, horizontalmente, se encontrará: la puntuación centil en la primera columna de la izquierda y la puntuación decatipo en la columna de la derecha de la tabla¹.

Cuando una puntuación directa no aparezca expresamente indicada en la tabla, debe hacerse una interpolación y asignarle un centil o decatipo comprendido entre los correspondientes a los valores inmediatamente inferior o superior registrados. No les fue conveniente el uso de los centiles, pues con ello se daría la impresión

de una excesiva exactitud que el error de medida de la prueba no garantiza; además de los deciles y de los centiles extremos, únicamente incluyeron aquellos centiles que ayudan a definir el ámbito de los decatios correspondientes¹ (ver anexo 1)

1. Ibid.....

ANALISIS DE RESULTADOS

4.1 MUESTRA GENERAL

La muestra general utilizada para la presente investigación fue de 312 sujetos, entre los 11 y los 16 años, de los cuales 148 -- (47.4%) fueron hombres y 164 (52.6%) fueron mujeres.

El análisis de la confiabilidad test-retest se realizó para toda la muestra.

Para establecer las normas interpretativas, esta muestra se redujo a 302 sujetos debido a que llevamos a cabo una clasificación -- por edad y sexo; en donde eliminamos a los sujetos de 11 años (N=3) y a los de 16 años (N=7) por ser una muestra poco significativa en relación con las otras edades analizadas.

4.2 CONFIABILIDAD TEST-RETEST

La aplicación del test-retest se realiza con un intervalo

de 5 semanas entre la primera y la segunda aplicación, los resultados obtenidos en ambas aplicaciones fueron correlacionados mediante la formulación Kuder-Richardson (K-R 20), en cada una de las escalas, encontrando los siguientes coeficientes generales (N=312) de confiabilidad: 0,55 en A-A; 0,51 en R-A; 0,31 en P-S; 0,55 en A-E; 0,48 en P-M; 0,54 en S-C; 0,42 en D-V; 0,35 en P-V; 0,51 en T-P y 0,58 en T-D.

Tabla I

CORRELACION GENERAL DE LA MUESTRA

Escala	E S C A L A S									
	A-A	R-A	P-S	A-E	P-M	S-C	D-V	P-V	T-P	T-D
Coeficiente	0,55	0,51	0,31	0,55	0,48	0,54	0,42	0,35	0,51	0,58

Valores que encontraron en la correlación del test-retest de la muestra general de tipificación K-R (20), los cuales son significativos, existiendo una correlación real.

Al comparar los resultados anteriores con los grados de libertad ($\alpha = 1.96$) para niveles de confianza de 0.5) mayores de N=120 publicada por Ronald A. Fisher y Frank Yates; pudimos verificar que la correlación es real y significativa entre la primera y la segunda aplicación, lo cual indica que existe gran estabilidad de la prueba.

Este procedimiento de análisis se realizó también clasificando la muestra por grupos, edad y sexo, para verificar alguna variación en los resultados en relación a dichas variables.

En la correlación por grupos (tabla II), comparamos los coeficientes de la correlación con los grados de libertad de acuerdo al número de la muestra de cada grupo menos 2, a los niveles de confianza de 0.5; para N=27, 2.060; para N=34, 35, 36, 37, y 39, se utilizó 2.042, de acuerdo a la tabla de Fisher y Yates. Indicando al -- igual que la anterior correlación una alta confiabilidad de la prueba.

Tabla II
CORRELACION DE LAS ESCALAS POR GRUPOS

N	E S C A L A S									
	A-A	R-A	F-S	A-E	P-M	S-C	D-V	P-U	A-P	T-E
11 B: 33	0,55	0,77	0,68	0,48	0,43	0,55	0,51	0,24	0,47	0,74
11 B: 34	0,51	0,32	0,24	0,30	0,52	0,39	0,15	0,19	0,50	0,41
11 F: 35	0,58	0,74	0,32	0,25	0,29	0,41	0,17	0,01	0,57	0,34
12 A: 34	0,54	0,72	0,58	0,54	0,70	0,44	0,58	0,51	0,52	0,73
12 B: 39	0,55	0,57	0,43	0,54	0,57	0,59	0,41	0,68	0,61	0,56
12 E: 27	0,74	0,71	0,23	0,79	0,68	0,80	0,57	0,31	0,55	0,72
13 A: 76	0,48	0,45	0,35	0,60	0,38	0,57	0,39	0,17	0,44	0,53
13 E: 36	0,57	0,50	0,47	0,22	0,44	0,74	0,22	0,70	0,42	0,61
13 B: 37	0,42	0,19	0,39	0,52	0,31	0,51	0,25	0,75	0,55	0,54

Valores críticos encontrados para cada grupo con la fórmula K-R (20)

En la correlación por sexo se manejaron los mismos grados de libertad que la muestra general para N=120, corroborando de esta forma la estabilidad encontrada (Tabla III).

Tabla III
CORRELACION DE LAS ESCALAS POR SEXO

SEXO	N	E S C A L A S									
		A-A	P-A	P-S	A-E	P-M	S-C	D-V	P-V	T-F	T-D
M	108	0.45	0.49	0.20	0.24	0.55	0.51	0.32	0.22	0.41	0.54
F	154	0.41	0.57	0.51	0.50	0.42	0.54	0.49	0.42	0.57	0.51

Valores r_{xx}, encontrados en la correlación de las escalas por sexo, encontrándose una correlación real.

En la correlación por edades se utilizaron los siguientes grados de libertad: para N=3, 3.182; N=84, 98, y 97, 2.000; para N=25, 2.049; N=7, 2.571. Lo cual mostró de la misma forma una alta estabilidad de la prueba en el tiempo (tabla IV).

Tabla IV

CORRELACION DE LAS ESCALAS POR EDAD

		E S C A L A S									
		A-R	R-A	P-S	R-E	P-M	S-I	D-V	P-V	T-P	T-D
111	3	0,82	0,97	0,79	0,84	0,97	0,99	0,99	0,61	0,79	0,99
112	84	0,59	0,81	0,39	0,45	0,44	0,45	0,39	0,17	0,54	0,59
113	97	0,55	0,61	0,24	0,55	0,57	0,62	0,55	0,44	0,59	0,52
114	86	0,50	0,45	0,44	0,59	0,44	0,50	0,31	0,12	0,26	0,59
115	25	0,61	0,59	0,57	0,61	0,52	0,55	0,34	0,69	0,72	0,63
116	7	0,57	0,84	0,94	0,65	0,82	0,65	0,52	0,61	0,62	0,67

Valores que encontramos en la correlación por edad en el test-retest con la fórmula K-R (20).

4.3 NORMAS INTERPRETATIVAS DE LA TIPIFICACION MEXICANA

Para la estandarización de los resultados obtenidos utilizamos los de la segunda aplicación únicamente; se eliminaron los sujetos de 11 y 16 años, por ser una muestra poco significativa, al elaborar tanto las tablas de diagnóstico para las distintas edades, como los baremos generales de interpretación. Estos últimos se distribuyeron en centiles como en la adaptación española (ver cap. 3), sin considerar necesario los decatipos que ellos manejan.

Llevemos al cabo un análisis estadístico para obtener la Media y la Desviación estándar por edad y sexo (ver tabla V y VI).

Tabla V

MEDIA Y DESVIACION ESTANDAR PARA 12 Y 13 AÑOS FEM. Y MAS.

	12 AÑOS				13 AÑOS			
	FEM (44)		MAS (40)		FEM (54)		MAS (40)	
	MEDIA:	DS:	MEDIA:	DS:	MEDIA:	DS:	MEDIA:	DS:
A-A	18,9	4,25	17,3	4,07	19,4	4,85	18,8	5,35
R-A	20,9	6,14	22,3	5,49	21,9	6,23	21,3	7,74
P-S	27,0	6,09	22,9	5,38	22,5	6,26	22,8	6,81
A-E	23,8	7,17	24,0	4,50	23,9	6,81	21,3	7,49
P-M	19,7	4,41	17,7	5,01	17,9	5,03	19,1	6,02
S-C	25,3	5,95	27,4	4,81	26,1	5,57	26,4	6,67
D-V	30,7	5,60	31,4	4,59	30,5	6,11	31,2	6,47
P-V	25,3	5,39	24,9	4,67	24,4	5,71	24,1	6,75
T-F	44,3	8,50	42,2	7,48	42,8	8,77	43	8,88
T-D	142,9	30,27	143,8	23,79	143,3	32,45	145,5	26,17

Tabla VI

MEDIA Y DESVIACION ESTANDAR PARA 14 Y 15 AÑOS MAS. Y FEM.

	14 AÑOS				15 AÑOS			
	FEM (48)		MAS (50)		FEM (10)		MAS (11)	
	MEDIA:	DS:	MEDIA:	DS:	MEDIA:	DS:	MEDIA:	DS:
A-A	20,17	4,24	19,55	4,25	17	5,34	19,90	4,90
R-A	23,12	8,68	19,78	5,84	23,23	8,39	17,35	3,94
P-S	24,45	3,97	21,13	5,79	24	3,20	21,87	6,76
A-E	24,12	7,99	24,7	6,61	25	4,39	25,84	5,81
P-M	19,16	6,94	18,7	5,05	21,8	6,67	20,24	3,02
S-C	25,50	3,75	25,76	5,17	27,45	4,89	28,57	3,54
D-V	30,65	6,81	29,94	5,33	32,78	6,55	29,57	4,03
P-V	25,10	6,63	24,22	4,88	21,84	6,47	21	2,39
T-F	45,29	10,6	43,8	8,61	36,94	11,0	40,70	4,81
T-D	144,27	42,03	143,56	27,07	156,75	43,4	146,54	24,07

En base a los resultados de las tablas anteriores elaboramos tablas de diagnóstico específicas para cada edad y sexo, utilizando los parámetros: término medio, para indicar la media de la muestra, superior y muy superior para indicar los índices de depresión significativos a partir de "superior". Inferior y muy inferior como indicativos de ausencia o nula depresión. (Ver tablas VII-XIV).

Así mismo elaboramos los baremos generales de interpretación, tal como en la adaptación española, con la diferencia de que no consideramos los decatipos para la puntuaciones transformadas sino únicamente utilizamos centiles. (ver tabla XV).

Tabla VII

TABLA DE DIAGNOSTICO PARA 12 AÑOS, SEXO FEMENINO

	A-A	A-H	P-E	S-E	P-M	S-C	D-V	P-V	T-F	T-D
M. SUP:	27,46	33,22	35,30	38,20	27,59	37,22	41,96	35,51	61,31	30,27
SUP:	23,20	27,49	29,19	31,33	27,19	31,37	36,79	30,42	52,93	173,20
T. SUP:	13,95	20,95	23,04	25,25	16,77	25,52	30,75	18,34	44,27	142,77
M. INF:	14,70	14,91	15,96	15,49	14,75	17,67	25,14	20,25	35,75	112,87
S. INF:	10,44	9,87	12,71	11,21	9,95	12,81	19,32	15,17	17,27	22,36
T. INF:	16,95	20,95	23,04	25,25	19,37	23,52	30,75	21,34	44,27	142,77
D. S:	4,27	5,95	5,8	5,25	3,1	5,43	3,66	6,04	9,45	20,1

Tabla VIII

TABLA DE DIAGNOSTICO PARA 12 AÑOS, SEXO MASCULINO

	A-A	R-A	F-S	A-E	P-M	S-C	D-V	P-V	T-P	T-D
M. SUP:	25,40	33,31	34,56	33,88	29,80	37,07	40,61	34,25	57,16	196,41
SUP:	21,36	27,81	29,07	29,35	24,79	32,2e	36,01	29,57	49,65	172,62
T. MED:	17,32	22,32	22,77	24,97	19,77	27,45	31,42	26,91	42,22	148,82
INFER:	13,23	16,83	16,37	20,38	14,73	22,63	26,83	17,43	34,75	125,02
M. INF:	9,24	11,23	12,93	15,65	11,74	17,82	22,23	12,75	27,28	101,23
MED:	17,3	22,3	22,9	21,9	19,7	27,4	31,4	24,9	42,6	145,3
DS:	4,00	5,49	5,38	4,50	5,01	4,81	4,59	4,67	7,4e	20,79

Tabla IX

TABLA DE DIAGNOSTICO PARA 13 AÑOS, SEXO FEMENINO

	A-A	R-A	F-S	A-E	P-M	S-C	D-V	P-V	T-P	T-D
M. SUP:	28,15	34,37	35,18	37,53	37,58	39,20	42,89	35,84	62,40	208,23
SUP:	23,20	28,14	28,92	30,76	23,01	32,67	35,77	30,12	52,62	175,77
T. MED:	19,44	21,90	22,68	23,94	17,98	25,14	29,66	24,40	42,21	141,31
INFER:	13,58	15,67	15,29	17,12	12,94	19,51	24,55	18,69	33,07	110,85
M. INF:	8,72	9,43	10,12	10,30	7,91	13,08	15,44	12,57	27,29	78,79
MED:	19,44	21,90	22,68	23,94	17,98	25,14	29,66	24,40	42,21	141,31
DS:	4,95	6,23	6,26	6,81	5,01	6,53	6,11	5,71	9,7	22,46

Tablas X

TABLA DE DIAGNOSTICO PARA 13 AÑOS, SEXO MASCULINO

	P-10	P-5	P-2	P-M	P-2	P-5	P-10	P-15	P-20	T-D
M. SUP:	39,52	32,64	27,20	22,54	21,17	20,11	19,05	18,00	17,00	16,00
SUP:	24,16	20,09	17,52	15,04	15,14	15,10	15,76	16,97	18,98	181,91
T. MED:	18,80	21,35	22,89	24,54	19,11	24,42	31,28	24,19	47	145,51
INFER:	13,44	13,61	16,23	17,04	13,09	19,75	24,81	19,40	34,01	109,40
M. INF:	8,09	5,87	10,87	9,54	7,06	13,08	18,53	14,51	25,03	77,23
MEDIA:	18,80	21,35	22,88	24,54	19,11	24,42	31,26	24,19	40	145,51
DS:	5,75	7,74	6,64	7,49	6,02	6,87	6,47	4,79	6,93	75,19

Tabla XI

TABLA DE DIAGNOSTICO PARA 14 AÑOS FEMENINO

	P-10	P-5	P-2	P-M	P-2	P-5	P-10	P-15	P-20	T-D
M. SUP:	29,07	20,43	17,04	14,11	13,04	12,04	11,01	10,00	9,00	100,00
SUP:	23,01	21,30	20,01	18,11	19,45	19,00	19,73	20,41	20,10	100,10
T. MED:	20,18	23,12	24,45	24,12	19,19	25,52	30,85	25,10	45,19	147,27
INFER:	15,34	16,44	16,05	15,15	11,23	18,55	24,00	18,45	24,37	105,23
M. INF:	10,42	5,76	10,50	8,13	5,22	11,39	17,19	11,00	23,90	53,19
MEDIA:	20,18	23,12	24,45	24,12	19,18	25,52	30,85	25,10	45,19	147,27
DS:	4,84	8,69	8,90	7,99	6,94	8,05	6,83	3,44	10,62	42,03

Tabla XII

TABLA DE DIAGNOSTICO PARA 14 AÑOS, SEXO MASCULINO

	A-A	B-A	P-S	A-E	F-M	S-C	D-V	P-L	T-F	T-D
M. SUP:	27,08	31,47	33,42	34,73	37,06	39,11	41,50	34,19	53,30	135,70
SUF:	22,83	25,62	27,77	31,31	23,98	32,73	36,27	29,20	50,61	171,18
T. MED:	18,58	19,78	21,98	24,7	18,9	26,78	30,94	24,22	42,8	142,66
INFER:	14,32	13,93	16,18	18,23	13,81	20,58	25,60	19,23	34,78	114,13
M. INF:	10,07	8,08	11,93	17,25	8,73	14,40	20,27	14,24	28,78	85,61
MEDIA:	18,58	19,78	21,98	24,3	18,9	26,78	30,94	24,22	42,8	142,66
DS:	4,35	5,84	8,77	6,01	5,08	6,37	5,33	4,98	8,01	39,52

Tabla XIII

TABLA DE DIAGNOSTICO PARA 15 AÑOS, SEXO FEMENINO

	A-A	B-A	P-S	A-E	F-M	S-C	D-V	P-L	T-F	T-D
M. SUP:	27,63	30,83	32,43	33,74	39,04	41,74	44,06	33,84	50,55	134,47
SUF:	22,34	24,62	24,23	26,7	20,75	24,35	30,44	18,14	44,4	130,77
T. MED:	17	23,23	26	26	21,69	27,46	32,38	21,84	38,84	156,76
INFER:	11,25	14,93	17,77	20,17	13,91	20,97	23,62	19,36	27,73	112,31
M. INF:	8,30	8,47	12,44	12,17	4,33	11,68	15,25	8,89	14,72	67,86
MEDIA:	17	23,23	26	26	21,69	27,46	32,38	21,84	38,84	156,76
DS:	5,34	8,39	3,20	8,39	8,57	6,89	8,56	6,47	11,05	44,45

Tabla XIV

TABLA DE DIAGNOSTICO PARA 15 AÑOS, SEXO MASCULINO

	A-A	A-A	A-E	A-E	B-N	S-C	E-V	E-V	T-A	T-B
ME	16,90	17,36	21,54	25,54	20,54	29,03	29,90	21	40,90	14,54
DE	2,93	3,98	6,78	8,37	7,00	5,54	4,00	3,00	4,51	74,74
ME	11,03	11,39	11,82	13,87	14,49	19,50	21,84	19,40	31,25	97,02
DE	13,97	15,38	14,75	19,70	17,51	24,07	25,87	21,70	36,09	121,78
ME	16,90	17,36	21,54	25,54	20,54	29,03	29,90	21	40,90	14,54
DE	2,93	3,98	6,78	8,37	7,00	5,54	4,00	3,00	4,51	74,74

4.4 PROPUESTA: PERFIL PARA LA INTERPRETACION

En base al analisis de la muestra general de tipificación (N=202), los resultados obtenidos de las calificaciones estandarizadas normalizadas en centiles (tabla IV), elaboramos una hoja de perfil para la interpretación de las puntuaciones directas dadas en la hoja de respuestas de la adaptación española.

Esta hoja de perfil cuenta con: una ficha de identificación, una tabla con los baremos obtenidos, un área para observaciones y un recuadro para las puntuaciones directas de las escalas.

Tabla XV
BAREMOS
MUESTRA GENERAL DE HOMBRES Y MUJERES DE 12 A 15 AÑOS

CEN- TI- LES	A-A	S-A	P-S	A-E	F-M	S-L	D-V	F-V	T-F	OT
88	35-38	36-40	35-40	35-38	32-38	32-40	40-44	37-43	36-38	31-35
88	39-42	--	37	--	36-41	37-38	--	35-41	37-41	34-38
87	39-40	35	36	--	--	--	41-44	--	36	34-37
96	26	--	--	35	19	36	--	--	34-37	34-37
95	27	34	35	35	28	--	40	37-34	37-38	175-180
90	24	31-33	31-34	33-34	26-27	34-35	38-39	31-32	34-36	180-190
85	23	29-30	30	32	25	33	36-37	30	32-33	175-180
80	22	28	29	31	24	32	35	29	30-31	175-177
75	21	26-27	28	30	23	31	34	28	45	169-171
70	20	25	27	28-29	22	30	--	27	47-48	162-165
65	--	24	26	27	21	29	33	25	45	157-161
60	--	23	25	26	20	28	--	--	45	154-163
55	19	22	24	25	--	27	32	25	44	145-153
50	18	21	--	24	19	26	31	24	43	142-148
45	--	20	23	22	18	--	--	23	41-43	131-140
40	17	17	21-22	--	17	--	30	--	40	127-134
35	--	--	20	20	--	25	28	32	38	127-133
30	16	16	19	21	16	24	--	--	37-38	121-127
25	15	17	13	20	15	23	27-28	21	36	125-128
20	14	16	17	18-17	14	21-22	26	30	35	121-124
15	--	14-15	16	17	13	20	25	19	34	111-114
10	13	12-13	15	15	11-12	18-19	23-24	18	32-33	85-100
5	12	10-11	12-14	14-15	9-10	15-17	20-22	15-17	31-32	71-77
0	10-11	--	11	11	--	14	19	15	--	34-37
0	--	--	10	10	--	13	18	--	--	31-37
0	--	10	10	--	--	10-11	15-17	--	30-31	31-37
1	8-9	--	--	9	7	8-9	11-14	11-11	28-33	27-31
N	302	302	302	302	302	302	302	302	302	302
SD	18,5	21,3	25	24,1	19	26,4	30,9	24,5	21,1	188,23
DS	4,7	6,86	6,77	6,25	5,65	6,31	5,99	5,41	6,12	30,75

La hoja de perfil se diseño de tal forma, que el examinador pueda graficar los resultados de las puntuaciones directas, lo cual facilita la interpretacion, ya sea en forma global o individual de las escalas, pudiendo realizar así mismo un reporte u observaciones dentro de la misma hoja. (ver anexo 2)

4.5 CONCLUSIONES

Una de las etapas importantes en el desarrollo del ser humano es la adolescencia, en la que se presentan una serie de fenómenos biológicos, psíquicos y sociales que alteran el comportamiento del joven en el lugar donde lleve al cabo sus actividades (casa, escuela, y con los amigos, etc.) y que ponen en entredicho su conducta cuando este no es capaz de guardar un equilibrio con lo que hace, dice o piensa.

El adolescente no comprende ciertas situaciones que pasan a su alrededor, como son: la separación de sus padres, la falta de atención, problemas familiares, alcoholismo, drogadicción. Busca alternativas de solución de acuerdo a su experiencia o conocimiento acerca de la vida, pero desgraciadamente esto provoca que la decisión que tome no sea la más idónea e incurra en faltas que lo lleven incluso a la pérdida de la vida o de la libertad, y no por que sea inadecuada su experiencia o conocimiento de la vida sino por que la decisión que toma es la más fácil y la que se supone exige menos res-

ponsabilidad de su parte. Al no encontrar respuesta o soluciones a sus conflictos el joven empieza a manifestar conductas problema en la dinámica familiar, en la conducta de aprovechamiento escolar, en la relación con sus amigos, etc. Lo anterior origina que se sienta relegado por todo el "mundo", y de esta forma caiga en un estado depresivo que le pudiera causar una patología aún más severa.

La depresión en la adolescencia se debe a cualquiera de los factores anteriores, sin embargo esto no puede ser detectado a simple vista o por sentido común. La mayoría de la gente e incluso los mismos padres, al no tener un conocimiento preciso del problema, atribuyen el comportamiento del joven a la etapa que está atravesando, diciendo: "que es la edad", "que no saben lo que quieren", "que están muy consentidos", etc. Y de esta manera no buscan la ayuda de profesionales en el problema sino hasta que éste se vuelve crónico o se encuentra más avanzado, y la ayuda que se le pueda proporcionar sea ya inútil.

Personalmente recomendamos que este test se aplicara en todas las escuelas secundarias del país de manera que los orientadores, maestros e incluso los padres conocieran el estado depresivo de los jóvenes de su comunidad, sería éste un recurso importante para prevenir tantos intentos de suicidio, drogadicción, delincuencia o algún otro método de evasión. Podríamos sugerir también la aplicación periódica (de 6 meses a 1 año). en el caso de los jóvenes que muestran síntomas determinantes.

Es por todo lo anterior que proponemos la adaptación mexicana del CDS para sujetos adolescentes, el cual va a permitir obtener información a cerca del estado depresivo en el que se encuentre el joven o jóvenes, a los que se les aplique y determinar el tipo de terapia o ayuda profesional que se requiera.

Al aplicar el CDS, versión de la adaptación española, en adolescentes mexicanos, encontramos que la comprensión del contenido de éste, fue en general adecuado, exceptuando las frases en donde se da el término "desgraciado", ya que en nuestra cultura este vocablo tiene dos significados distintos; uno en el sentido de maldad o agresión como una acción propia del sujeto; y el otro en un sentido de desdicha o inteligencia, como una acción que sucede en el mundo; esta última fue la que consideramos como adecuada en el momento de aclarar las dudas, lo cual realizamos en toda la primera aplicación y en algunas durante la segunda.

En toda aplicación se contestaron 400 pruebas de las cuales se eliminaron aquellas que no se respondieron en su totalidad, las que no iban más de una respuesta por reactivos, y las de los sujetos que se presentaron en la primera ocasión y no en la segunda, y viceversa; quedando un total de 312 pruebas de cada uno.

El total de 624 pruebas de ambas aplicaciones fueron calificadas de acuerdo a las instrucciones dadas en el manual del CDS, utilizando la plantilla de corrección y las operaciones indicadas en la misma para conseguir las puntuaciones directas.

Una vez obtenidas las puntuaciones directas, notamos que los resultados de las subescalas (los cuales se anotan en la misma hoja de respuestas), al compararlos con los baremos de la tipificación española, no muestran en forma directa o accesible la elevación de las escalas, esto dificulta su interpretación. Es por esto que en la presente tesis proponemos un perfil donde se puedan graficar los resultados de cada subescala sobre los baremos (de la presente estandarización), podemos de esta manera hacer una interpretación más específica y objetiva de los resultados. (ver anexo 2) Sería conveniente crear una hoja de perfil que cuenta con un espacio en donde se pueden hacer anotaciones y observaciones.

En relación a los análisis estadísticos (general, por edad, por sexo y por grupo), para la obtención de la confiabilidad Test-Retest, utilizamos la fórmula $r_{TR} = \frac{1}{2}(r_{12} + r_{21})$, encontrando en cada análisis una correlación real. Es relativo al comparar los coeficientes con la tabla de Fisher y Yates, según el número de la muestra en cuestión con esto comprobamos que la prueba tiene una alta estabilidad en el tiempo.

aplicada a adolescentes mexicanos, ya que al comparar la media y la desviación estandar de las subescalas y escalas, de ambas adaptaciones, se observa una diferencia mínima en las puntuaciones como podemos observar en la tabla XVI. No obstante, recomendamos para la interpretación de escalas aplicadas a adolescentes mexicanos entre los 12 y 15 años, la hoja de perfil y las tablas de diagnóstico propuestas en la presente.

BIBLIOGRAFIA

- M. LANG Y M. TISHER; (1986), Manual "Cuestionario de Depresión para Niños". Investigaciones y Publicaciones Psicológicas, TEA Ed. S. A. Madrid,
- WILLIAM A. SCHONFELD, A. FREUD, P.A. OSTERRIETH, Y OTROS; (1984), "El Desarrollo Adolescente". Compiladores -G. Caplan, S. Lebovici 4a Ed. Editorial Hormé, págs. 57, 63-65, 70, 71.
- EMILIO MIRA Y LOPEZ; (1960), "Psicología Evolutiva del Niño y del Adolescente". Colección de Estudios Humanísticos, 17a Ed. Ed. Ateneo, Buenos Aires, pág. 150.
- BOUTORLINE-YUNG, H., A. ZOLI Y J.R. GALLAGHER; (1963), "Events of Puberty in a Group of Florentine Girls". American Journal of Diseases of Children, pág. 451.
- L. J. STONE Y J. CHURCH; (1980), "El Adolescente de 13 a 20 Años". 2a Ed. Editorial Hormé, Buenos Aires, págs. 10, 16, 17.
- L. J. STONE Y J. CHURCH; (1980), "Psicología y Psicopatología del Desarrollo". 2a Ed. Editorial Hormé, Buenos Aires, págs. 141, - 142, 145, 147.
- BLOCK J. H.; (1973), "Conceptions of Sex Role, Some Cross-cultural, Longitudinal Perspectives". American Psychologist, vol. 28, págs. 145, 147.
- SIMPSON, R. L.; (1962), "Parental Influence, Anticipatory Socialization and Social Mobility". American Sociological Review, vol. 27, págs. 527-528.
- MUSEN, COGNER, KAGAN.; (1986), "Aspectos Esenciales del Desarrollo de Personalidad del Niño". Editorial Trillas, México.

- GIRNDER R. E.; (1982), "Adolescencia". Editorial Limusa, México.
- PIAGET J.; (1981), "Seis estudios de psicología". Editorial seix Barral México.
- SIGMUND FREUD; (1980), "Psicología de las Masas". Alianza Editorial, Madrid, págs. 42-47.
- SIGMUND FREUD; (1979), "Duelo y Melancolía". (1917). En Obras Completas, vol. 14 Amorroutu Ed. Buenos Aires, pág. 246.
- MICHAEL MAHONEY; (1983), "Cognición y Modificación de Conducta". Ed. Trillas, México.
- BECK, A. T.; (1976), "Cognitive Therapy and the Emotional Disorders". A. Meridian Book, Nueva York.
- SARASON G. IRWIN; (1984), "Psicología Anormal". Editorial Trillas, - México.
- MIDTTO ANTONIO; (1980), "El Psicoanálisis". Editorial Uteha, México.
- BECK, A. T; (1984), "Terapia Cognitiva de la Depresión". Editorial - Desclee de Brouwer, Madrid.
- ANASTASI ANNE; (1986), "Test Psicológicos". Ed. Aguilar, Madrid.
- MORALES MARIA LUISA; (1986), "Psicometría Aplicada". Ed. Trillas, - México.
- LEWIN JACK; (1986), "Fundamentos de la Estadística en la Investigación Social". Ed. Harla, México.
- SIGMUND FREUD; (1983), "Introducción al Psicoanálisis". Obras Completas, Ed. Iztacihuatl, México.
- ERNEST JONES; (1984). "Freud". Biblioteca Salvat de Grandes Biografías.

BAREMOS

Muestra general de la tipificación española, de 8 a 15 años.

Cen- ti- les	Puntuaciones directas										Deca- tipos
	AA	RA	PS	AE	PM	SC	DV	PV	TD	TP	
99	29-40	34-40	36-40	37-40	32-35	39-40	43-45	36-50	208-240	63-90	10
97	26	32	33	35	30	38	41	34	190-193	57	9
96	--	31	32	34	29	37	--	33	187-189	56	9
95	25	30	31	33	28	36	40	32	184-186	55	9
90	24	28	30	31	27	34	38	30	174	51	8
85	22	26	28	29	25	32	37	28	167	48	8
80	21	25	27	28	24	31	36	27	161	47	7
75	20	23	--	26	--	30	35	--	156	45	7
70	--	22	25	25	22	29	34	25	152	44	7
65	19	21	24	--	21	--	--	--	148	43	6
60	--	20	23	24	20	28	33	24	145	42	6
55	--	19	22	23	--	27	32	23	142	41	6
50	18	18	21	22	19	26	31	22	136	40	6
45	17	--	20	--	18	25	--	--	134	39	5
40	--	17	19	21	--	24	30	21	130	37	5
35	16	16	18	20	17	--	29	20	127	36	5
30	15	15	17	19	16	23	28	--	123	35	4
25	--	--	--	18	--	22	--	19	119	--	
20	14	--	15	17	--	21	26	18	114	33	4
15	13	13	14	16	14	20	25	17	109	32	3
10	12	11	13	14	12	18	23	16	102	30	3
5	11	10	11	12	11	16	22	15	94	26	2
4	10	9	10	11	10	15	21	14	93	27	2
1	0-9	0-8	0-8	0-9	0-9	0-11	0-16	0-12	0-75	0-22	1
N	843	843	843	843	843	843	812	819	812	816	N
Me- dia	17,48	19,05	21,01	22,45	19,21	25,97	30,99	22,51	138,51	40,01	Me- dia
D. t.	4,37	6,11	6,24	6,21	5,24	5,78	5,6	5,26	27,79	8,28	D. t.

PERFIL PARA LA INTERPRETACION BASADO EN LA TIPIFICACION PARA HIEICO DE NISSON, HOMEBRES Y MUJEBRES ENTRE LOS 12 Y 18 AÑOS.

C U S

QUESTIONARIO DE DEPRESION PARA NIÑOS

NOMBRE _____ SEXO _____
 FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____
 LUGAR DE NACIMIENTO _____
 CURSO _____ EXAMINADOR _____
 FECHA DE APLICACION _____

CDM	PUNTAJES DIRECTOS												CDM				
LES	E S C A L A S												LES				
	A-A	F-A	P-S	A-E	P-N	S-C	D-V	P-V	T-P	T-D							
98	13	35	36	40	38	39	32	39	43	48	37	47	67	75	215	229	99
97	9	31	32	30	37	36	30	35	37	38	41	42	35	36	33	36	98
96	22	30	33	36	37	37	29	36	40	40	37	34	59	67	60	60	97
95	29	31	34	35	35	34	28	35	38	39	37	37	57	61	59	59	96
94	24	31	33	34	33	34	26	37	34	35	36	37	30	32	34	34	95
93	23	29	30	30	32	32	25	34	35	36	37	37	30	32	33	33	94
92	22	28	28	28	31	31	24	32	35	35	35	35	29	30	30	30	93
91	21	26	27	28	29	29	23	31	31	31	31	31	29	30	30	30	92
90	20	24	24	24	26	26	20	29	29	29	29	29	27	27	27	27	91
89	19	22	22	22	24	24	19	26	26	26	26	26	25	25	25	25	90
88	18	21	21	21	23	23	18	25	25	25	25	25	24	24	24	24	89
87	17	19	19	19	21	21	17	23	23	23	23	23	22	22	22	22	88
86	16	18	18	18	20	20	16	22	22	22	22	22	21	21	21	21	87
85	15	17	17	17	19	19	15	21	21	21	21	21	20	20	20	20	86
84	14	16	16	16	18	18	14	20	20	20	20	20	19	19	19	19	85
83	13	15	15	15	17	17	13	19	19	19	19	19	18	18	18	18	84
82	12	14	14	14	16	16	12	18	18	18	18	18	17	17	17	17	83
81	11	13	13	13	15	15	11	17	17	17	17	17	16	16	16	16	82
80	10	12	12	12	14	14	10	16	16	16	16	16	15	15	15	15	81
79	9	11	11	11	13	13	9	15	15	15	15	15	14	14	14	14	80
78	8	10	10	10	12	12	8	14	14	14	14	14	13	13	13	13	79
77	7	9	9	9	11	11	7	13	13	13	13	13	12	12	12	12	78
76	6	8	8	8	10	10	6	12	12	12	12	12	11	11	11	11	77
75	5	7	7	7	9	9	5	11	11	11	11	11	10	10	10	10	76
74	4	6	6	6	8	8	4	10	10	10	10	10	9	9	9	9	75
73	3	5	5	5	7	7	3	9	9	9	9	9	8	8	8	8	74
72	2	4	4	4	6	6	2	8	8	8	8	8	7	7	7	7	73
71	1	3	3	3	5	5	1	7	7	7	7	7	6	6	6	6	72
70	0	2	2	2	4	4	0	6	6	6	6	6	5	5	5	5	71
69	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	70
68	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	69
67	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	68
66	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	67
65	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	66
64	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	65
63	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	64
62	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	63
61	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	62
60	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	61
59	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	60
58	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	59
57	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	58
56	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	57
55	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	56
54	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	55
53	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	54
52	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	53
51	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	52
50	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	51
49	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	50
48	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	49
47	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	48
46	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	47
45	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	46
44	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	45
43	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	44
42	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	43
41	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	42
40	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	41
39	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	40
38	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	39
37	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	38
36	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	37
35	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	36
34	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	35
33	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	34
32	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	33
31	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	32
30	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	31
29	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	30
28	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	29
27	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	28
26	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	27
25	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	26
24	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	25
23	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	24
22	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	23
21	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	22
20	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	21
19	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	20
18	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	19
17	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	18
16	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	17
15	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	16
14	0	1	1	1	3	3	0	5	5	5	5	5	4	4	4	4	15
13	0	1	1	1	3	3	0	5	5								

N.º 122

CDS Hoja de respuestas

Apellidos y nombre

Curso Edad Sexo (V. o M.) Fecha

Centro

+ +	Muy de acuerdo
+	De acuerdo
+/-	No estoy seguro
-	En desacuerdo
- -	Muy en desacuerdo

SEÑALA SOLO UNA RESPUESTA

	++	+	+/-	-	--
1...	<input type="radio"/>				
2...	<input type="radio"/>				
3...	<input type="radio"/>				
4...	<input type="radio"/>				
5...	<input type="radio"/>				
6...	<input type="radio"/>				
7...	<input type="radio"/>				
8...	<input type="radio"/>				

	++	+	+/-	-	--
9...	<input type="radio"/>				
10...	<input type="radio"/>				
11...	<input type="radio"/>				
12...	<input type="radio"/>				
13...	<input type="radio"/>				
14...	<input type="radio"/>				
15...	<input type="radio"/>				
16...	<input type="radio"/>				

	++	+	+/-	-	--
17...	<input type="radio"/>				
18...	<input type="radio"/>				
19...	<input type="radio"/>				
20...	<input type="radio"/>				
21...	<input type="radio"/>				
22...	<input type="radio"/>				
23...	<input type="radio"/>				
24...	<input type="radio"/>				

	++	+	+/-	-	--
25...	<input type="radio"/>				
26...	<input type="radio"/>				
27...	<input type="radio"/>				
28...	<input type="radio"/>				
29...	<input type="radio"/>				
30...	<input type="radio"/>				
31...	<input type="radio"/>				
32...	<input type="radio"/>				

	++	+	+/-	-	--
33...	<input type="radio"/>				
34...	<input type="radio"/>				
35...	<input type="radio"/>				
36...	<input type="radio"/>				
37...	<input type="radio"/>				
38...	<input type="radio"/>				
39...	<input type="radio"/>				
40...	<input type="radio"/>				

	++	+	+/-	-	--
41...	<input type="radio"/>				
42...	<input type="radio"/>				
43...	<input type="radio"/>				
44...	<input type="radio"/>				
45...	<input type="radio"/>				
46...	<input type="radio"/>				
47...	<input type="radio"/>				
48...	<input type="radio"/>				

	++	+	+/-	-	--
49...	<input type="radio"/>				
50...	<input type="radio"/>				
51...	<input type="radio"/>				
52...	<input type="radio"/>				
53...	<input type="radio"/>				
54...	<input type="radio"/>				
55...	<input type="radio"/>				
56...	<input type="radio"/>				

	++	+	+/-	-	--
57...	<input type="radio"/>				
58...	<input type="radio"/>				
59...	<input type="radio"/>				
60...	<input type="radio"/>				
61...	<input type="radio"/>				
62...	<input type="radio"/>				
63...	<input type="radio"/>				

64...	<input type="radio"/>				
65...	<input type="radio"/>				
66...	<input type="radio"/>				

PD

AA

RA

PS

AE

PM

SC

DV

PV

TP

TD



RESPONDE CON SINCERIDAD LAS SIGUIENTES FRASES, SI ESTAS DESCRIBEN COMO SIEMPRE Y COMO PIENSAS PONIENDO UNA X EN UNO DE LOS CÍRCULOS QUE SE ENCUENTRAN A LA DERECHA DEL NÚMERO CORRESPONDIENTE A CADA UNA EN LA HOJA DE RESPUESTAS, SEGUN ESTES DE ACUERDO O EN DESACUERDO CON LO QUE SE DICE.

- 1.- Me siento alegre la mayor parte del tiempo.
- 2.- Muchas veces me siento desgraciado en la escuela.
- 3.- A menudo pienso que nadie se preocupa por mí.
- 4.- A menudo creo que vaigo poco.
- 5.- Me despierto a menudo durante la noche.
- 6.- Pienso muchas veces que dejo en mal lugar a mi madre/padre.
- 7.- Creo que me sufro mucho en la vida.
- 8.- Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago.
- 9.- Siempre creo que el día siguiente será mejor.
- 10.- A veces me gustaría estar ya muerto.
- 11.- Me siento solo muchas veces.
- 12.- Frecuentemente estoy descontento conmigo mismo.
- 13.- Me siento más cansado que la mayoría de los jóvenes/niños(as) que conozco.
- 14.- A veces creo que mi madre/padre hace o dice cosas que me hacen pensar o sentir que he hecho algo horrible.
- 15.- Me pongo triste cuando alguien se enoja conmigo.
- 16.- Muchas veces mi madre/padre se hace sentir que las cosas que hago son muy buenas.
- 17.- Siempre estoy deseando hacer muchas cosas cuando estoy en la escuela.
- 18.- Estando en la escuela, muchas veces me dan ganas de llorar.
- 19.- A menudo soy incapaz de mostrar lo desgraciado que me siento por dentro.
- 20.- Odio la forma de mi aspecto, o de mi comportamiento.
- 21.- La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada.
- 22.- A veces temo que lo que hago pueda molestar o enojarse a mi madre/padre.
- 23.- Cuando me enoja mucho casi siempre termino llorando.
- 24.- En mi familia todos nos divertimos mucho juntos.
- 25.- Me divierto con las cosas que hago.
- 26.- Frecuentemente me siento desgraciado, triste o desdichado.
- 27.- Muchas veces me siento solo y como perdido en el colegio.
- 28.- A menudo me odio a mí mismo.
- 29.- Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas.
- 30.- Frecuentemente pienso que merezco ser castigado.
- 31.- A menudo me siento desgraciado por causa de mis tareas escolares.
- 32.- Cuando alguien se enoja conmigo yo me enojó con él.
- 33.- Casi siempre la peso bien en la escuela.
- 34.- A veces pienso que no vale la pena vivir esta vida.
- 35.- La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende.
- 36.- A menudo me avergüenzo de mí mismo.
- 37.- Muchas veces me siento avergüenzado por dentro.
- 38.- A veces estoy preocupado por que no quisiera a mi madre/padre como debería.
- 39.- A menudo la salud de mi madre/padre me preocupa o inquieta mucho.
- 40.- Creo que mi madre/padre está muy orgullosa de mí.
- 41.- Soy una persona muy feliz.
- 42.- Cuando estoy fuera de casa me siento muy desdichado.
- 43.- Nadie sabe lo desdichado que me siento por dentro.
- 44.- A veces me pregunto si en el fondo soy una persona muy mala.
- 45.- Estando en la escuela me siento cansado casi todo el tiempo.
- 46.- Creo que los demás me quieren, aunque no lo merezco.
- 47.- A veces sueño que tengo un accidente o me muero.
- 48.- Pienso que no tiene nada de malo enojarse.
- 49.- Creo que tengo buena presencia y soy atractivo.
- 50.- Algunas veces no sé si me dan ganas de llorar.
- 51.- A menudo pienso que no soy de utilidad para nadie.
- 52.- Cuando falló en la escuela pienso que no sirvo para nada.
- 53.- A menudo imagino que me hago heridas o que me muero.
- 54.- A veces creo que hago cosas que ponen enfermo a mi madre/padre.
- 55.- Muchas veces me siento mal por que no consigo hacer las cosas que quiero.
- 56.- Sueño como un tronco, y no despierto durante la noche.
- 57.- Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer.
- 58.- Creo que mi vida es desgraciada.
- 59.- Cuando estoy fuera de casa me siento como vacío.
- 60.- La mayor parte del tiempo pienso que no soy tan bueno como quiero ser.
- 61.- A veces me siento mal por que no soy y acuerdo a mi padre/madre como se merece.
- 62.- Pienso a menudo que no voy a llegar a ninguna parte.
- 63.- Tengo muchos amigos.
- 64.- Utilizo mi tiempo haciendo con mi madre/padre cosas muy interesantes.
- 65.- Hay mucha gente que se preocupa bastante por mí.
- 66.- A veces creo que dentro de mí hay dos personas que se empujan en distintas direcciones.