

01962



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

12
20j

**"EL EFECTO DE LA DEPRESION
INFANTIL EN LA INTELIGENCIA"**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA
P R E S E N T A
SILVIA SOTO SOTO

DIRECTOR DE TESIS: DR. FRANCISCO MORALES CARMONA

COMITE DE TESIS:

DRA. MARIA TERESA PADILLA VELAZQUEZ

DRA. LUISA ROSSI HERNANDEZ

DRA. MARIA LUISA RODRIGUEZ HURTADO

MTRA. AMADA AMPUDIA RUEDA

TESIS CON FALLA DE ORIGEN MEXICO, D. F.

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Con amor y agradecimiento a:

Mi padre y a mi madre.

Con afecto al:

Dr. Federico Hauswalt

Con especial agradecimiento al:

Dr. Ismael García Cedillo por su
valiosa asesoría en la realización
de este trabajo.

Agradezco al:

Dr. Alfredo de la Lama G.

Sus valiosos comentarios a
este trabajo.

Agradezco a:

"Colegio Franco Mexicano de Coyoacan"

Escuela Primaria "7 de julio"

Todos los niños que intervinieron

en la realización de este trabajo.

A los miembros del H. Jurado:

Dr. Francisco Morales C.

Dra. Ma. Teresa Padilla V.

Dra. Luisa Rossi H.

Dra. Ma. Luisa Rodríguez H.

Mtra. Anada Ampudia R.

-Tia, como alcos tendo medo porque esta muy
oscura
que que se deturia, va que no pudesee verme?
-No no, cuando las noches alouien habia, se
hace la Luz.

Sigmund Freud, tres ensayos sobre una
teoria sexual.

INDICE

	Páginas.
INTRODUCCION	
CAPITULO I LA INTELIGENCIA DEL NIÑO.	1
Definición de Inteligencia.	3
La Escala de Inteligencia Wechler-Revisada (WISC-R)	8
Escala de Inteligencia WISC-RM	9
Subpruebas del WISC- RM	10
CAPITULO II DEPRESION EN EL NIÑO	35
Enfoque Psicoanalítico	38
Depresión en Etapas Tempranas	39
Enfoque Conductista	63
Depresión en la Infancia y la Adolescencia	65
Clasificación de la Depresión Infantil	69
Etiología	74
Inventarios y Escalas de Depresión	75
CAPITULO III ANTECEDENTES	79
Investigaciones Antecedentes	80
CAPITULO IV METODOLOGIA	89
Planteamiento y Justificación del Problema	89
Objetivo General	90
Hipótesis de Investigación	91
Hipótesis Estadísticas	91
Variables	93
Definición de Variables	93
Muestreo	94

Diseño de Investigación	95
Instrumentos	95
Material	100
Procedimiento	100
CAPITULO V PRESENTACION DE RESULTADOS	102
CAPITULO VI CONCLUSIONES	131
ANEXOS	

INTRODUCCION

INTRODUCCION

Una de las actividades relevantes que realiza el psicólogo clínico, dentro de su práctica profesional, es la evaluación psicológica en niños y a partir de los resultados de esta se decidirá el tratamiento específico que el niño deberá seguir, o bien su asignación a una clase especial, lo cual será determinante para su vida futura.

Como parte importante de esta valoración psicológica es la evaluación de la inteligencia; actividad compleja y delicada.

Inicialmente los psicólogos aplicaban una prueba individual y a partir de sus resultados, decidían enviarlos a clases especiales, sin tomar en cuenta otros factores.

Es a partir de investigaciones posteriores que se ha visto la influencia de factores emocionales en la inteligencia por lo que el concepto inicial ha ido cambiando y la inteligencia, actualmente, es para muchos autores parte de la personalidad.

Wechsler (1958) define la inteligencia como: "La capacidad global del individuo para actuar de manera propositiva, para pensar racionalmente y para conducirse adecuada y eficientemente en su medio ambiente". (Zimmerman, pag.16)

Rappaport (1976) dice: "Toda alteración emocional o lesión cerebral puede provocar disminución o retardo o regresión en la maduración de las potencialidades de un individuo" (pag. 16).

Estas dos definiciones mencionan la inteligencia como parte de la personalidad del individuo, por lo que al existir una alteración emocional, se cree reorientará en su función cognocitiva.

Una de las alteraciones emocionales que se presenta en la época infantil es la depresión y al llevar a cabo la revisión teórica del concepto se encontró con la dificultad que se tiene para definirla, ya que existen algunos autores quienes hacen más énfasis en algunos síntomas que en otros, esto hace difícil, en muchas ocasiones, su identificación y adecuado tratamiento.

Sin embargo varios autores mencionan como característica importante de la depresión, la baja en el rendimiento académico, lo cual es muy significativo, ya que es uno de los motivos de consulta más frecuentes.

Debido a esto surgió la inquietud de realizar una investigación que tuviera como principal objetivo, establecer si existe una relación entre la depresión en la infancia y la inteligencia; y si es así de que manera afecta la depresión a la inteligencia.

Se cree que si existe un mayor conocimiento al respecto, el diagnóstico en el niño será más acertado, por otro lado el psicólogo que utiliza tests psicológicos como instrumentos de diagnóstico, necesita conocer más su manejo e interpretación, así como las teorías en que se basan.

Al iniciar el presente trabajo no se encontraron investigaciones realizadas en México que relacionaran la depresión con la inteligencia, pero si se encontraron de otros países, las más relevantes que se mencionan son Meyer (1989), Kaslow (1983), Saylor (1983), sin embargo, las conclusiones a que han llegado, no han contestado satisfactoriamente la pregunta de si existe una relación entre depresión e inteligencia.

En el primer capítulo se hace una revisión del concepto de inteligencia, así como las diversas teorías que tratan de definirla. También se menciona una breve historia de los tests de inteligencia y la fundamentación teórica del WISC-RM, instrumento que se eligió para esta investigación, por haber sido estandarizado en población mexicana.

En el segundo capítulo se realizó una revisión del concepto de Depresión en la Infancia, teniendo como marco teórico las aportaciones de psicoanalistas que han investigado en este tema, y en quienes los autores se basaron para la creación del instrumento CDS, utilizado en esta investigación.

Así también se hace referencia a la etiología y a la clasificación de dicha entidad.

El tercer capítulo se refiere a investigaciones que anteceden el presente trabajo y las conclusiones emanadas de estas, las cuales son de suma importancia.

El cuarto capítulo se presenta la metodología utilizada en este estudio.

En el capítulo cinco y seis se presenta los resultados, la discusión y las conclusiones obtenidas.

RESUMEN

RESUMEN

Con el objetivo de saber si existe una relación entre la depresión infantil y la inteligencia, se aplicó el test de inteligencia WISC-R y la escala de depresión CDS a 100 niños de que asistían a primaria pública o particular de 8 a 12 años de edad y de ambos sexos. Los resultados encontrados indican, que sí existe una correlación positiva, esto es, que a mayor depresión menor C.I. Total, así también en los niños con depresión severa se vió que el C.I. verbal fué menor respecto al C.I. de ejecución. En niños con depresión severa el rendimiento en el subtest Claves y Retención de Dígitos se encontró disminuido.

Esto implicaría que la depresión infantil afecta las habilidades simbólicas, asociativas y capacidad imitativa, así como la memoria inmediata, lo cual en muchos niños se manifiesta con falta de atención y concentración.

Por último se encontró que la depresión no tiene relación con el sexo ni edad de los sujetos, pero sí se encontró más este trastorno relacionado con factores socio-económicos.

CAPITULO I

LA INTELIGENCIA EN EL NIÑO

En el presente capítulo se hace una revisión del concepto de inteligencia, así como de las diversas teorías que existen y tratan de definirla.

También se realiza una breve historia de los instrumentos que más se han utilizado para medir la inteligencia en los niños hasta llegar al WISC-RM, el cual fué utilizado en el presente trabajo.

El origen de las pruebas psicométricas y en especial las de inteligencia, surgieron por la necesidad que el psicólogo tenía de canalizar a los niños a clases especiales. El psicólogo manejaba el concepto "nivel" de inteligencia y aplicaba una prueba individual con el fin de obtener una cifra para ubicar al niño, sin tomar en cuenta otros aspectos.

Hacia 1920 los psicólogos escolares aplicaban pruebas psicométricas a los niños que habían de ser enviados a clases especiales y esta decisión dependía de los resultados obtenidos por el niño en las pruebas psicológicas. Sin embargo, en el desarrollo de estas técnicas psicométricas se puso de manifiesto el hecho de que existían otros factores llamados "no intelectuales" que contribuían como los "puramente intelectuales" en el resultado de la prueba. (Glasser y Zimmerman, 1977).

Por la década de los 40s se comenzó a reconocer que los factores "no intelectuales" que influyen en los resultados de una prueba y además se manifiestan en la actitud del sujeto durante el examen y por ende, en las puntuaciones obtenidas en la realización de una prueba de inteligencia.

Zimmerman op. cit., menciona un estudio realizado por Gorfield y Affleck (1960) acerca de un grupo de individuos que fueron enviados a un centro de educación especial y que posteriormente demostraron poseer una inteligencia normal. Estos individuos tenían una serie de factores "no intelectuales" tales como, muerte de su madre o de un familiar cercano, que no habían sido tomados en cuenta en el momento de ser examinados ni tampoco en la interpretación de los resultados. Afortunadamente después de varias investigaciones respecto de los factores que contribuyen a los resultados en las pruebas de inteligencia, los psicólogos ya no aplican pruebas con la única finalidad de obtener una puntuación. Actualmente la mayoría de los psicólogos reconoce y acepta la influencia de los factores afectivos en los factores intelectuales.

1.1.-DESARROLLO DEL PENSAMIENTO:

Para comprender la inteligencia en el niño, es importante comprender algunos aspectos relevantes que ocurren en el pensamiento del infante de 7 a 12 años de edad.

Piaget, (cita Ajuriaquerra, 1992) le da el nombre de operaciones concretas al periodo comprendido entre los 7 a 12 años de edad y dice que el niño no está limitado a un punto de vista, sino puede coordinar distintos puntos de vista y sacar conclusiones. Aquí el niño aún necesita un soporte concreto ya que todavía no puede razonar basándose solo en enunciados verbales, es a partir de las manipulaciones concretas que el niño es capaz de captar las transformaciones y lo invariable. Existirá la noción de

reversibilidad, comenzara los primeros grupos operatorios; seriación y clasificación, el pensamiento por tanteo, por ida y vuelta, se estableciera en forma más definitiva las nociones de conservación de sustancias. (peso, volumen) conservaciones especiales y conservaciones numérica. (cita ajuria guerra, 1992).

1.2 DEFINICION DE INTELIGENCIA:

Cabe mencionar que uno de los problemas en la elaboración de las escalas de inteligencia era la definición de esta. Estas estaban relacionadas con alguna teoría.

Sattler (1988), hace una revisión de las diversas definiciones de inteligencia, algunas que hacen énfasis en un aspecto general de las habilidades y otras que afirman que la inteligencia está compuesta de facultades independientes.

A continuación se describen algunos de las definiciones revisadas por Sattler, (1988).

Terman (1958) definió la inteligencia como la habilidad para efectuar "pensamiento abstracto". El menciona "Debemos evitar definir la inteligencia sólo en cuanto a habilidad para aprobar las pruebas de una escala de inteligencia determinada. No parece necesario decir que no hay ninguna escala que pueda medir en forma adecuada la habilidad para manejar todos los tipos de materiales en todos los niveles de inteligencia" (pag.32).

Rinet (1916) "La tendencia a tomar y mantener una dirección precisa; la capacidad de hacer adaptaciones con el objeto de llegar al fin deseado y el poder de autocritica," (pag.32).

Binet y Simon (1905) "...juicio, sentido común, sentido práctico, iniciativa, la facultad para adaptarse a las circunstancias, juzgar correctamente, entender bien, razonar bien, estas son las actividades esenciales de la inteligencia" (pag. 32).

Stoddard, 1943 "... la habilidad para emprender actividades que son caracterizadas por: dificultad, complejidad, abstracción, economía, adaptación hacia una meta, valor social, y el surgimiento de originales y el mantener tales actividades bajo condiciones que requieran concentración de energía y resistencia hacia fuerzas emocionales."

Freeman, 1955 -"...ajuste o adaptación del individuo al medio ambiente..." la capacidad para reorganizar los patrones de conducta personales así como actuar eficaz y apropiadamente en situaciones nuevas... la habilidad para aprender... el punto al que una persona es educable... la habilidad para dirigir el pensamiento abstracto ...el uso efectivo de conceptos y símbolos al tratar con ...un problema a resolver." (pag.504).

Wechsler, (1958) "La capacidad conjunta o global del individuo para actuar con propósito, para pensar racionalmente y para tratar eficazmente con su medio ambiente." (pag.32).

Esta última definición hace énfasis en que la inteligencia no solo es la suma de una serie de habilidades, sino la combinación de habilidades es lo que da la inteligencia y esto se combina con el incentivo e impulso del individuo.

Vernon (1969) menciona tres significados del término "inteligencia":
Primero: todas aquellas definiciones que hacen referencia a la capacidad innata del individuo, y que hacen énfasis al enfoque genético. Segundo: se refiere a todas aquellas definiciones que mencionan los comportamientos, resolución de problemas y que involucran el aprendizaje y se originan en la interacción de lo genético y el medio ambiente. Este enfoque se le llama fenotípico y el tercer significado da mayor importancia, el que se obtienen en los resultados de las pruebas de inteligencia. (Sattler 1988).

Para Vernon el test WISC-R muestra la forma fenotípica de la inteligencia de niños occidentales, porque el material versa sobre la captación de relaciones y el pensamiento simbólico.

Piaget (1975) "Es la adaptación mental más avanzada; esta adaptación se caracteriza por un equilibrio entre las acciones del organismo sobre el medio y viceversa. La inteligencia no es una estructura más. Es la forma de equilibrio hacia la cual tienden las estructuras." (Sattler 1988).

Para este autor la inteligencia no es una facultad, sino lo que hay es una continuidad funcional radical entre las formas superiores de pensamiento y el conjunto de los tipos inferiores de adaptación cognoscitiva y motora.

Gardner. (1983) "...una competencia humana intelectual debe vincular diversas habilidades en resolución de problemas permitiendo al individuo resolver problemas o dificultades y crear un producto efectivo y también debe vincular el potencial para encontrar o crear problemas, con lo cual proporciona la base para la adquisición de un nuevo conocimiento." (pág.500).

Sternberg (1986) "...actividad mental involucrada en la adaptación para, formación de y selección de ambientes relevantes para la vida del individuo." (citadas en Sattler 1988).

Las definiciones anteriores hacen énfasis en la relación del individuo con el medio ambiente.

Wesman (1968) dice que parte de la confusión en las definiciones de inteligencia y los modos de medirla proviene de que no se ha entendido que la inteligencia es un atributo, no es una entidad, y también que la inteligencia es la síntesis de las experiencias de aprendizaje del individuo (pag.270).

Los test llamados con diferentes nombres (aptitudes, inteligencia, rendimiento) miden casi siempre habilidades similares, el nombre refleja el criterio utilizado para la investigación, ya que todos estos miden lo que el examinado ha aprendido.

Cattell, de acuerdo con su teoría existiendo tipos de inteligencia "fluida y cristalizada", la primera es la influencia mental esencialmente no verbal y un tanto ajena a toda cultura, la cristalizada se refiere a las habilidades y conocimientos adquiridos que dependen en gran medida para su desarrollo de la exposición de la cultura, (Sattler et.al.).

Guilford: (1967) Su teoría sostiene que cualquier explicación de habilidades intelectuales debe considerar tres clases de variables: a) las actividades u operaciones ejecutadas, b) el material o contenido sobre el que versan las operaciones (contenidos) y c) el producto que resulta (productos).

De acuerdo con Guilford (1967) el WISC presenta un modelo teórico tridimensional de la inteligencia, a continuación se presenta una

lista de las tres dimensiones y los los aspectos que cada una presenta (Gattler et. al.).

1.- Operaciones: procesos intelectuales

- a. Cognición (C): Percepción inmediata, reconocimiento o comprensión de los estímulos.
- b. Memoria (M): Retención de información en la misma forma en que se almacenó.
- c. Evaluación (E): Hacer juicios sobre información en base a una norma conocida.
- d. Pensamiento convergente (N): Responder a los estímulos con la única o la "mejor" respuesta.
- e. Pensamiento divergente (D): Responder a aquellos estímulos en que se da importancia a la variedad o cualidad de la respuesta (relacionado con la originalidad).

2. Contenidos: naturaleza de los estímulos

- a. Figurativo (F): Formas u objetos concretos.
- b. Simbólico (S): Guirismos, letras solas o cualquier símbolo codificado.
- c. Semántico (M): Palabras e ideas que comunican significado.
- d. De la conducta (B): Primordialmente no verbal, implica interacciones humanas haciendo hincapié en las actitudes, necesidades, pensamientos y otros similares.

3. Productos: forma en que estan organizados los estímulos

Es una jerarquia que va aumentando en complejidad y comprende desde unidades (U), donde los estímulos se perciben aislados, hasta clases (C), relaciones (R), sistemas (S), transformaciones (T) e implicaciones (I).

Wechsler (1958), menciona que todo test de inteligencia mide algo más, y a menudo mucho más, que la mera aptitud intelectual, como ciertos rasgos temperamentales tales como la perseverancia, el esfuerzo, la energía. Considera que la aptitud intelectual es solo una parte de un conjunto más amplio, a saber, la personalidad misma, y dice también que la inteligencia no puede separarse del resto de la personalidad (cita Corman, 1985).

En el presente trabajo se tomo en cuenta principalmente la definición de Wechsler (1958) ya que para este autor la inteligencia es parte de la personalidad y no se puede separar, por lo que existe una gran relacion y afecion de ambas, lo cual se trató de probar en este trabajo. Por otro lado se utilizó la escala Wechsler para niños creada por este autor.

1.3.- LA ESCALA DE INTELIGENCIA WECHSLER-REVISADA (WISC-R).

A continuación se hace una breve descripción de la prueba original, así como de la versión revisada:

En 1949 se desarrollo, como una prolongacion de la prueba de inteligencia para adultos, la escala de inteligencia Wechsler

Belleuve, la adaptación de la escala de adultos a niños se le añadieron reactivos más fáciles, al término inferior de las subpruebas.

Posteriormente en 1974 surge el WISC-R el cual es una revisión del WISC original.

El WISC-R se aplica en niños con un rango de edad de 6-0 a 16-11 años y contiene 12 subpruebas.

De las cuales seis conforman la Escala Verbal (información, aritmética, vocabulario, comprensión, retención de dígitos y semejanzas) y cinco conforman la Escala de Ejecución (Diseño con cubos, Rompecabezas, laberintos, Historietas, Claves).

El WISC-R se estandarizó en forma aleatoria con 2,200 niños blancos y de otras razas (negros, puertorriqueños, mexico-estadounidenses) de acuerdo con el censo estadounidense de 1970. Esta diversidad de razas no existió en la estandarización del WISC (Manual WISC-R).

El WISC-R, produce tres C.I. distintos: de la Escala Verbal, de Ejecución y Total, estos se obtienen de la comparación de los puntajes de examinados con los de una muestra representativa de su misma edad (Glasser y Zimmerman, 1977)

En el manual del WISC-R, existen las tablas de C.I. y estos se fundamentan en 10 de las 12 subpruebas. Para su calificación las pruebas que se excluyen son: Retención de Dígitos y Laberintos, y cuando se aplican menos de 10 subpruebas es necesario prorratear.

1.4.- ESCALA DE INTELIGENCIA WISC-RM.

En 1983 se publica en México la escala de inteligencia WISC-RM, que es la adaptación del WISC-R a población mexicana.

Esto debió a que el psicólogo mexicano, al intentar realizar la evaluación de la inteligencia, se enfrentaba con dos problemas básicamente: el primero era respecto a los instrumentos, ya que los existentes, eran en su mayoría traducciones literarias de pruebas de otros países y por otra parte, los resultados obtenidos por niños mexicanos eran comparados con los de niños de otras condiciones socioculturales.

Esta situación fué estudiada por Díaz-Guerrero y cols., (1967) y posteriormente por Padilla, Palacio y Koll (1983).

Esta escala se muestreó con 1,100 estudiantes de escuelas primarias y secundarias oficiales, de ambos sexos y de edades comprendidas entre 6.5 y 16.5 años.

Los cambios que se incluyen en esta escala son: la integración de nuevos reactivos en la Escala Verbal; en los subtest: Información, Comprensión y Vocabulario, para sustituir los que resultaron inoperantes.

La exclusión de algunos reactivos en la subescala de Figuras Incompletas de la escala de Ejecución y por último el reordenamiento de los reactivos de la Escala Verbal basado en un orden progresivo de dificultad de acuerdo con los resultados obtenidos en la muestra.

A continuación se dará una breve descripción de las sub-pruebas que conforman el WISC-RM.

1.5.- SUBPRUEBAS DEL WISC-RM:

Como se mencionó anteriormente, esta prueba está conformada por varias subpruebas:

INFORMACION
COMPRENCION
ESCALA VERBAL ARITMETICA
SEMEJANZAS
VOCABULARIO
RET. DE DIGITOS

FIG. INCOMPLETAS
ORD. DE DIBUJOS
ESCALA DE EJEC. DISEÑO CON CUBOS
ENSAMBLE DE OBJETOS
CLAVES A y B
LABERINTOS

Glasser y Zimmerman (1977) considera que cada una de estas mide alguna habilidad específica u operación del pensamiento, considerado necesario para la inteligencia; a continuación se dará una breve descripción de cada una de estas subpruebas, según este autor.

INFORMACION

Esta prueba consiste en 30 preguntas que se presentan en orden de dificultad creciente; las respuestas son tomadas de la experiencia diaria, generalmente al alcance de todos los niños de nuestra sociedad.

En el WISC-RM fueron eliminados reactivos del WISC-R que parecían poco usuales, poco importantes o culturalmente injustos; se eliminaron 9 en total.

FUNDAMENTO TEORICO.

El primer supuesto en que está fundamentada es que las primeras preguntas cubren una amplia gama de material, permitiendo así una exploración adecuada de la información que posee un individuo. El segundo es que esta información puede ser adquirida por todo individuo que haya experimentado situaciones corrientes de nuestra sociedad. El tercero es que la información de un individuo es una indicación de su capacidad intelectual; así también los niños más inteligentes tienen más curiosidad y buscan más estímulos intelectuales.

ASPECTOS QUE EXPLORA ESTA PRUEBA.

Básicamente busca determinar la cantidad de información general que el sujeto ha tomado de su ambiente circundante. Esta prueba indica las operaciones de la memoria remota, la capacidad de comprensión, pensamiento asociativo y el interés por la lectura del sujeto, así como la ambición intelectual.

PUNTUACIONES ALTAS.

Puede indicar un buen nivel de información, lo cual puede estar asociado con el medio cultural y educativo. Indica también buena memoria a largo plazo, curiosidad intelectual (Esquivel, Heredia, Lucio 1994).

PUNTUACIONES BAJAS.

Información y memoria deficiente, hostilidad hacia tareas de tipo escolar, baja orientación hacia el logro (et.al.).

COMPRESION

Esta prueba del WISC está constituida por 14 preguntas-problema, ideadas para explorar la capacidad de comprensión de situaciones comportamentales de naturaleza social. Las preguntas por las que está conformado este subtest requieren de una respuesta tomada de las experiencias vividas por todos los niños de nuestra sociedad.

En el WISC-RM se eliminaron cinco reactivos del WISC-R y fueron sustituidos por cinco nuevos reactivos. el orden también fue cambiado.

FUNDAMENTO TEORICO.

Esta prueba se basa en el supuesto de que el niño adquiere y utiliza hábitos sociales y morales que adquiere a través de la experiencia cotidiana, y de la educación escolar y formal. Otro supuesto es que, cuando los sujetos poseen más capacidad intelectual, un campo de interés más amplio y una mayor curiosidad, poseen también un caudal de conocimientos que pueden utilizar para resolver problemas sociales prácticos.

ASPECTOS EXPLORADOS POR ESTA PRUEBA.

Este subtest es un intento por determinar que nivel de capacidad posee un niño que utiliza el juicio práctico en los actos sociales de

cada día, hasta que grado ha interiorizado la cultura social, el sentido moral, así como el desarrollo del sentido común en una variedad de situaciones.

CALIFICACION.

Las puntuaciones altas implican buen juicio social y sentido común. Conocimiento de las reglas de conducta convencional. Habilidad para verbalizar bien (Esquivel, Heredia, Lucio, 1994).

Las puntuaciones bajas: juicio social deficiente, pensamiento demasiado concreto, dificultad para expresar verbalmente las ideas (et.al).

ARITMETICA.

Consta de 16 problemas con tiempo limitado. Los problemas de Aritmética fueron ideados para evaluar la agilidad o viveza mental mediante el examen de la capacidad del niño para razonar utilizando operaciones numéricas simples. En el WISC-RM se cambió el orden de los reactivos 13 y 14.

FUNDAMENTO TEORICO.

Uno de los supuestos es que la capacidad para manejar los conceptos numéricos es un índice de inteligencia. Una faceta es la agilidad mental o la concentración. Los problemas de Aritmética requieren de una capacidad de seleccionar las relaciones implicadas. Por lo que el individuo debe comprender y saber utilizar las cuatro operaciones numéricas básicas (suma, resta, multiplicación y división).

Otro supuesto es que el conocimiento elemental que requieren estos problemas es adquirido e interiorizado en el curso de las experiencias ordinarias de la vida.

Cada problema requiere un proceso de atención-concentración, la que tiene una exigencia de un tiempo limitado para cada elemento.

ASPECTOS EXPLORADOS EN ESTA PRUEBA.

Esta prueba requiere de patrones complejos de pensamiento. La atención y concentración son dos operaciones del pensamiento fundamentales para la manipulación de operaciones numéricas.

El niño debe demostrar en esta prueba su capacidad para traducir problemas verbales en operaciones aritméticas.

PUNTUACIONES ALTAS.

Facilidad para realizar el cálculo mental, capacidad de razonamiento en la solución de problemas aritméticos, buena concentración, habilidad para trabajar con patrones de pensamiento complejo (Esquivel, Heredia, Lucio, 1994).

PUNTUACIONES BAJAS.

Inadecuada habilidad para el cálculo mental, concentración deficiente, distracción, ansiedad por tarea escolar o por problemas personales (et.al).

SEMEJANZAS

Esta prueba está constituida por cuatro frases incompletas que requieren asociaciones previamente aprendidas y que se aplican solo a niños menores de 8 años o a los mayores en los que se sospecha un retraso mental, y una segunda parte constituida por doce pares de palabras que denominan objetos, sustancias, hechos o ideas y que requieren la identificación de la semejanza esencial o superficial que existe entre ellos.

FUNDAMENTO TEORICO:

Se cree que la capacidad de un individuo para captar las semejanzas está correlacionada con su inteligencia general. Cuanto más inteligente es una persona, será capaz de percibir más fácilmente las relaciones esenciales. La capacidad para establecer relaciones clasificatorias se desarrolla en el niño a través del contacto con la realidad y a través de la información recibida en casa y en la escuela.

ASPECTOS EXPLORADOS:

Esta parte del WISC está básicamente ideada para determinar los aspectos cualitativos de las relaciones que el sujeto ha recogido de su ambiente. La prueba exige utilizar las operaciones de la memoria remota, capacidad de comprensión, pensamiento asociativo y de los intereses y lecturas del sujeto, así como de la capacidad para seleccionar y verbalizar las relaciones apropiadas entre dos objetos o conceptos aparentemente distintos. Los resultados de esta prueba reflejan, además la capacidad para efectuar diferentes grados de abstracción.

Algunos elementos pueden provocar respuestas con carga emotiva, aunque con menos frecuencia que en Comprensión. En general, se pueden obtener valiosos signos diagnósticos del estudio de las respuestas del niño, relacionándolas con la adecuación y el nivel de su pensamiento conceptual.

VOCABULARIO

Glasser y Zimmerman (1977) mencionaba que esta prueba del WISC está constituida por 40 palabras que el niño ha de definir y que se le presentan en orden de dificultad creciente. Las nueve primeras se aplican solamente a los niños menores de 8 años o a los mayores en los que se sospecha un retraso mental. La definición de palabras constituyó, un instrumento típico de la medida de la inteligencia general desde la introducción de las pruebas mentales, principalmente porque se demostró que la extensión del repertorio de palabras de una persona es un excelente medio para conocer su fondo de información verbal general.

FUNDAMENTO TEÓRICO.

La definición de palabras presupone una organización de ideas mediante la manipulación de signos y símbolos verbales y por eso es considerada como un criterio de inteligencia. Los factores del ambiente familiar y contribuyen a los resultados de esta prueba.

ASPECTOS EXPLORADOS POR ESTA PRUEBA.

Esta prueba es probablemente la mejor medida aislada del nivel de inteligencia general. Proporciona una excelente imagen de conjunto de

la capacidad de aprendizaje del niño, de su fondo de información de la riqueza de sus ideas, del tipo y calidad de su lenguaje, del grado de pensamiento abstracto y del carácter de los procesos de pensamiento.

Resumen de interpretaciones.

Las puntuaciones elevadas indican con frecuencia un buen ambiente cultural familiar y una buena escolarización. Esta prueba informa no solo acerca de la gama y riqueza de las ideas, sino también del nivel de pensamiento abstracto para analizar y sintetizar esas ideas.

Las puntuaciones bajas indican un ambiente educativo o familiar limitado. En el caso de ciertos casos puede ocurrir que el niño no haya sido estimulado a expresarse verbalmente.

DIGITOS

Esta prueba consta de dos partes: series de dígitos para repetir en el orden en que se presentan ("Dígitos en orden directo") y series de dígitos para repetir en orden inverso ("Dígitos en orden inverso"). La primera contiene elementos de 3 a 9 dígitos; la segunda, elementos de 2 a 8 dígitos.

FUNDAMENTO TEORICO.

La memoria mecánica es una de esas facultades de las que se requiere al menos un mínimo en todos los niveles de la actividad intelectual. Sin embargo, un exceso por encima de ese mínimo absoluto parece contribuir relativamente poco a la capacidad del niño para

actual como un todo. La repetición de dígitos en orden directo o inverso puede tener un significado diagnóstico. Una disminución marcada de la memoria mecánica es, con frecuencia, uno de los primeros indicios de varios tipos de desorganización tanto orgánica como funcional. Puede demostrar un autocontrol pobre, ansiedad e incapacidad para suspender los procesos de pensamientos irrelevantes mientras se atiende a una tarea. A diferencia de las demás pruebas verbales, Dígitos no presupone que los niños con mayor capacidad, curiosidad y campo de interés más extenso, tengan mayor éxito en esta tarea. Posiblemente el niño con mayor capacidad comprenderá más rápidamente como ha de agrupar los dígitos, lo que le asegurará un éxito, pero esto no siempre es cierto.

Aspectos explorados por esta prueba.

Esta parte del WISC constituye un intento de determinar el nivel de capacidad de atención de un niño en una situación más bien fácil. Es un intento de explorar el recuerdo auditivo inmediato o la memoria auditiva inmediata (atención). Si el niño comprende y domina métodos de agrupar operaciones, su éxito en esta prueba está probablemente asegurado.

Las dificultades en Dígitos indican, en la mayoría de los casos, un deterioro en la atención. Además de la posibilidad de lesión cerebral, de la que se sabe hace tiempo que afecta a los procesos de memoria y de recuerdo inmediato, esta prueba refleja los efectos de la ansiedad y de la incapacidad de autocontrol en las operaciones mentales. La capacidad de repetir más dígitos en orden inverso que en orden directo puede indicar una súbita comprensión de la tarea.

Resumen de interpretaciones.

Los aspectos de concentración y atención son particularmente importantes en esta prueba.

Las puntuaciones bajas pueden indicar problemas tales como posible pérdida auditiva (y estos concomitantes pueden afectar a la atención), o tendencias depresivas procedentes de la incapacidad para emprender animosamente una tarea inmediata. Muy frecuentemente, sin embargo, una puntuación baja es debida a la presencia de ansiedad manifiesta.

FIGURAS INCOMPLETAS

Esta prueba, según Glasser y Zimmerman 1977, consiste en 20 representaciones de objetos a cada una de las cuales le falta una parte importante. El niño debe indicar en cada dibujo lo que falta, en un tiempo límite de 15 segundos.

En WISC-RM se eliminaron 3 reactivos que incluyeron el peine, la zorra y la sombrilla. También se cambió el orden de los reactivos. Esta basada en la hipótesis de que la capacidad para captar visualmente los objetos familiares y para determinar la ausencia de detalles esenciales frente a los no-esenciales o indiferentes es una medida válida de la inteligencia.

ASPECTOS A EXPLORAR EN ESTA PRUEBA.

Esta prueba necesita la identificación visual de los objetos, formas y utensilios familiares y la capacidad para identificar

aislar las características esenciales de las noesenciales. La atención y la concentración son factores importantes en esta prueba.

PUNTUACIONES ALTAS.

Buena percepción y concentración, atención a los detalles, habilidad para establecer una serie de aprendizajes rápidamente, diferenciación entre detalles esenciales y los que no son.

PUNTUACIONES BAJAS.

Ansiedad que afecta la atención y concentración, preocupación por detalles irrelevantes.

ORDENACION DE DIBUJOS

Esta prueba consiste en 13 Tarjetas impresas con dibujos que el niño ha de ordenar; las tarjetas están seriadas en orden de dificultad creciente. La muestra y la primera tarjeta se presentan sólo a los niños menores de 9 años o a los mayores en los que se sospecha un retraso mental. Las once restantes son cualitativamente diferentes ya que consisten en secuencias de imagen que, colocadas unas tras otras en el debido orden, cuentan una historia lógica de hechos o consecuencias. Se concede una puntuación suplementaria por la rapidez de la orientación y el tiempo está limitado. (Gómez y cols., 1984).

FUNDAMENTO TEORICO.

Es considerado un criterio de inteligencia, la capacidad para apreciar lo que está ocurriendo en un dibujo determinado y para

suria una historieta consecutiva y con sentido, está considerada como un criterio de inteligencia.

Aspectos explorados por esta prueba.

Esta prueba está relacionada con factores tales como la percepción, la comprensión visual, el planeamiento de situaciones consecutivas y causales y su síntesis en conjuntos inteligibles.

La realización correcta de Historietas puede indicar sensibilidad hacia lo social y sentido común, tal y como se revelan en la denominada inteligencia "social", que es la inteligencia aplicada a situaciones sociales o interpersonales.

Resumen de interpretaciones.

Historietas, lo mismo que Figuras Incompletas, explora la capacidad de percibir los detalles, pero Historietas proporciona además una medida de la capacidad para manipular esos detalles lógicamente.

Se pueden comparar los resultados de esta prueba con los de Figuras Incompletas y Cubos, para diferenciar los defectos puramente perceptivos de las dificultades para organizar estímulos en una secuencia progresiva.

El niño puede ser capaz de describir el tema principal, pero incapaz de relacionar los detalles dentro de una secuencia correcta. Los temas infantiles pueden ser directamente informativos; los temas incongruentes pueden aclarar la importancia de lo patológico. Los aspectos de "apercepción temática" (tipol T.A.F.) de las historietas

aspectos de "apercepción temática" (tipol I.A.T.) de las historietas proporcionan, pues, indicios importantes acerca de las áreas problemáticas del niño.

Historietas presenta una serie de situaciones que despiertan fácilmente temas de "desobediencia" y con su consiguiente castigo o escapatoria (por ejemplo, "Fuego", "Robo", "Merienda"). Partiendo de estos estímulos, el niño puede exteriorizar temas de castigo o de moralidad y hacer en ellos hincapié, lo que sugiere la importancia crucial de dichas ideas en su mundo.

A veces cuentan una historia incorrecta con una secuencia correcta o una historia correcta con una secuencia incorrecta. Uno y otro caso indican un fallo en los procesos mentales que puede provenir de perturbaciones emocionales o indicar simplemente un defecto en la confrontación de los resultados, que reflejaría quizás una impulsividad.

Las puntuaciones altas deben ser examinadas para determinar la presencia de factores tales como viveza ante los detalles, capacidad de previsión, planeamiento lógico, secuencial, finalmente, interés por los demás y por las situaciones y relaciones sociales.

Las puntuaciones bajas indican factores tales como problemas en la organización visual de la realidad, como los que estarían indicados por una falta de sentido de la realidad en la ejecución de la tarea (algunas tarjetas comparadas con soluciones incongruentes no debidas a un déficit perceptivo). Una puntuación baja puede resultar de un estado transitorio de inatención, la orientación impulsiva o

entran en juego los mecanismos de espera, lo que añade a su vez la comprobación de los pequeños detalles.

CUBOS

Descripción e historia.

Esta prueba del WISC comprende 10 dibujos (sobre planos de dos dimensiones) para reproducir con cubos multicolores (piezas de tres dimensiones), en tiempo limitado.

El niño debe copiar los primeros modelos a partir de una construcción con cubos hecha por el examinador, y no del dibujo original. Estos dos primeros modelos se dan solamente a los niños menores de 8 años o a los mayores en los que se sospeche un retraso mental.

Fundamento teórico.

La capacidad para analizar, sintetizar o reproducir un patrón geométrico bidimensional abstracto, se considera que es un criterio válido de inteligencia.

Aspectos explorados por esta prueba.

Esta prueba permite explorar, entre otros aspectos, la percepción, el análisis, la síntesis y la reproducción de dibujos abstractos. Intervienen además en ella aspectos lógicos y de razonamiento aplicados a las relaciones espaciales, así como la formación de conceptos no-verbales que requiere, a su vez, una

manipulación verbal no implícita. También explora la coordinación visomotora.

Variabes factoriales en relación con la edad.

Cubos demostró ser una medida excelente de la inteligencia general ("q"). Explora además un factor llamado Organización Perceptiva: "la capacidad para interpretar y organizar los materiales percibidos visualmente, en un tiempo limitado". Cubos por consiguiente, es una prueba que puede ser interpretada aisladamente como una medida específica de la capacidad de organización perceptiva y de visualización espacial perceptiva, cualidad que comparte con Rompecabezas, y que es su contribución principal a la Escala total.

Resumen de interpretaciones.

Los resultados de Cubos pueden ofrecer una serie de implicaciones discriminativas. Con los sujetos que por una serie de razones son incapaces de expresarse adecuadamente en términos verbales, Cubos proporciona una buena medida no-verbal del razonamiento. Requiere más bien capacidades convergentes que divergentes. La creatividad no es particularmente necesaria aquí.

ROMPECABEZAS.

Este subtest consiste en cuatro rompecabezas que representan un niño, un caballo, una cara de adulto y un auto y deben ser realizados en un tiempo limitado. Se dan bonificaciones por rapidez.

Es un criterio de inteligencia en el que se apoya es que las partes están organizadas e integradas en un todo.

Esta prueba requiere de una percepción adecuada, una buena coordinación visomotora y capacidad para realizar yuxtaposiciones sencillas. Se necesita cierta anticipación visual de las partes a un todo, así como la capacidad de síntesis de formas concretas visuales.
ASPECTOS A EXPLORAR.

Capacidad para yuxtaponer un material, habilidad para percibir relaciones espaciales. El niño debe buscar el empalme de las piezas imaginándose anticipadamente lo que está construyendo.

LABERINTOS

Esta prueba consta de 8 laberintos; los dos primeros se aplican solamente a los niños menores de 8 años o a los mayores en los que se sospecha un retraso mental.

Fundamento teórico.

Esta prueba está basada en el concepto de que la capacidad para planear anticipadamente.

Aspectos explorados por esta prueba.

Capacidad de planeamiento y previsión, atención a instrucciones tales como la orden de no levantar el lápiz, control de lápiz y por lo tanto, coordinación visomotora, y rapidez, combinada con previsión.

Resumen de Interpretaciones.

Las puntuaciones altas indican una planificación adecuada altamente correlacionada con la capacidad de retardar una acción impulsiva. Sugieren también una coordinación visomotora adecuada. Las puntuaciones bajas sugieren lo contrario: impulsividad y coordinación visomotora escasas. La orientación hacia la realidad, aunque es al menos aparente que en las otras pruebas, puede ser pobre.

CLAVES

Consiste en que el niño asocie y copie símbolos en los espacios en blanco que figuran en la hoja de respuestas, utilizando un modelo de símbolos asociados con figuras simples (Clave A) o con números (Clave B).

Esta basada en el concepto de que la capacidad para aprender asociaciones de símbolos y formas o números y luego transcribirlos en un índice de inteligencia.

ASPECTOS A EXPLORAR EN ESTA PRUEBA.

Principalmente es la destreza visomotora, comprensión de un material nuevo en un contexto asociativo. Rapidez y precisión.

PUNTUACIONES ALTAS.

Indican adecuada destreza visomotora, buena concentración, habilidad para aprender material nuevo de manera asociativa y reproducirlo con velocidad y precisión, buena motivación y deseo de logro.

PUNTAJONES BAJAS.

Dificultades en la coordinación visomotora, distracción, deficiente control de la voz, desinterés por tareas de tipo escolar, preocupación por los detalles al reproducir este tipo de tareas tipo. Lentitud.

1.6.-ASPECTOS NO INTELLECTUALES.

A continuación mencionamos a algunos autores quienes hacen el planteamiento de que los test de inteligencia dan únicamente un puntaje, existen otros autores que plantean que la inteligencia es parte de la personalidad, ellos mencionan factores no intelectuales que afectan el desempeño en las pruebas de inteligencia.

Stenberg, (1987) plantea la pregunta de si la personalidad afecta el desarrollo de la inteligencia y si la inteligencia afecta a la personalidad. Esto último implicaría el hecho de que la inteligencia permita a la persona adaptarse mejor al medio ambiente haciéndola así más feliz. Sin embargo, el autor menciona, que es muy difícil medir las correlaciones entre personalidad e inteligencia (pag. 513)

Existen diversos y numerosos estudios que han correlacionado los test de inteligencia y personalidad:

Samuel, (1980) investigó la correlación negativa de la inteligencia y la tristeza. El interpreta los resultados de su investigación, que pueden deberse a los efectos de la educación sobre la adaptación, esto es, las personas con poca capacidad manifestarán tristeza y ansiedad debido a su falta de éxito (cita Stenberg, 1987).

Rappaport, (1976) enfatiza el aprovechamiento al máximo de la riqueza de los test de inteligencia y menciona la necesidad de

desechar la idea de que toda persona nace con un C.I. y que este permanece constante durante toda su vida y que ademas este seria el representante de su inteligencia.

Para Rapoport, (et.al) todo individuo nace con una capacidad latente para el desarrollo intelectual y que él le llama "dotación natural", esto se desenvuelve a través del proceso de maduración y es favorecido o restringido por el medio ambiente. El proceso de maduración es para este autor un aspecto de la personalidad y que es guiado o coartado por el desarrollo emocional; si en este existen varias amenazas "La dotación natural" se inhibe e impide la asimilación de conocimientos nuevos y por otro lado el adecuado desarrollo emocional puede acelerar la asimilación de conocimientos nuevos.

En los subtes de inteligencia tales como el WISC las funciones pueden ser sondeadas ya que en estas existen ciertos factores para el rendimiento.

Para Rapoport, (et.al) los desordenes emocionales o las lesiones cerebrales pueden provocar una disminución, detención o regresión del proceso madurativo de la dotación natural.

Este autor diferencia entre el examinador que busca establecer un C.I. y tendra como tarea encontrar un resultado global indiferenciado mediante un número y el examinador que traza un DIAGNOSTICO, el cual se debera de esforzar por extraer todas las inferencias posibles del material de prueba respecto a la calidad de la dotación natural, la riqueza o pobreza del medio educacional, de esa forma obtendrá un nivel básico que le servirá para estimar las implicaciones de tipo especifico de la inteligencia, el tipo especifico del desarrollo

intelectual, las disminuciones de niveles de inteligencia alcanzados brevemente y las deficiencias temporales que impiden un adecuado funcionamiento de la inteligencia.

Por otra parte Rappaport, (et.al.) explica también a que se deben las disminuciones de una función, según un desorden emocional o de personalidad.

Cada subtest de una prueba de inteligencia (como en el WISC) sondea la naturaleza de una función, por tanto los casos comprendidos en un mismo grupo nosológico presentan patrones idénticos de funcionamiento y estos presentan el reflejo del desorden que se veía en la disminución parecida de ciertas funciones intelectuales y estas se hacen evidentes en los computos de los test de inteligencia.

Por tanto dice este autor: "se podría aspirar a que a partir de las disminuciones de ciertas funciones se reconocieran algunos síndromes".

(Rappaport, pag. 19).

Rappaport dice que el diagnóstico de la inteligencia por medio de un test no es posible, sin un conocimiento del patrón medio aproximado que cabe esperar para los distintos síndromes y segundo, sin la comprensión de las funciones psicológicas subyacentes tras el rendimiento con los distintos subtest. (ibidem)

De modo que las variaciones respecto al patrón "medio" no sean consideradas desviaciones inexplicables sino índices significativos de la personalidad y desarrollo del sujeto.

Un puntaje general para un subtest de la escala de Bellevue puede ser diagnóstico de cierto síndrome;

Rappaport realiza una breve descripción de las dificultades en cada subtest en los grupos clínicos.

Menciona que el subtest vocabulario se encuentra profundamente disminuido en los neurasténicos, en los depresivos psicóticos y en los esquizofrénicos deteriorados.

En el subtest de semejanzas se puede según este autor distinguir el tipo de depresión.

En las psicosis depresivas el perfil se encuentra disminuido, quedando debajo del nivel del subtest vocabulario.

El patrón de dispersión de los grupos depresivos, se caracteriza por el hecho de que, entre mayor sea la gravedad de la depresión disminuyen los subtest de la escala de ejecución; subtest de organización visual, ordenamiento de figuras, completamiento de figuras y no apearse al "patrón" en el subtest diseño con cubos.

Así retención de dígitos presenta la mayor disminución y aritmética solo un poco.

El subtest de semejanzas se encuentra sin alteraciones en los neuróticos depresivos pero seriamente disminuido en los psicóticos. En los depresivos involucionados no hay una disminución en el juicio, así también muestra una superioridad en la composición de objetos y los depresivos psicóticos muestran superioridad en el ordenamiento de figuras.

En el subtest de retención de dígitos la disminución en el grupo depresivo es mayor que en el subtest de aritmética, es decir se encuentra la atención se encuentra más disminuida que la concentración.

La diferencia básica entre los depresivos y los depresivos graves se basa en la disminución mayor de los primeros subtest verbales y especialmente en los de concentración (aritmética) y juicio

(comprensión) esto se debe a la disminución del vocabulario que presentan los depresivos graves.

Estos muestran una mayor disminución en los subtest de ejecución, especialmente en la construcción con cubos y en los símbolos de dígitos que dice Rappaport son sensibles a las tendencias depresivas.

Rappaport menciona también algunos otros test que implican algunas tareas de ejecución en donde se ha visto diferencias en los resultados de los diferentes cuadros clínicos, uno de los test es el de Hanfmann-Kassani.

Luzuriaga, (1987) ha encontrado dentro de su práctica clínica con niños que padecen de dificultades de aprendizaje, que en muchos de estos existen problemas de orden puramente clínico. Menciona que un gran porcentaje de niños diagnosticados por los maestros como débiles mentales, padecen de formas muy tempranas de esquizofrenia o son simplemente neuróticos. Por lo que ella también es importante "rescatar" a estos niños de estos diagnósticos lapidarios que a muchos les cierra la posibilidad de ayuda o les determina su existencia en instituciones donde se les dará únicamente adiestramiento.

Esta autora introduce el término contrainteligencia y dice que los niños llegan a tratamiento traídos por sus padres en quienes se manifiestan muchas angustias, pero el mayor temor es que su niño sea tonto, pero a la par de la descripción de los padres, se le acusa de ser distraído, irresponsable, inconstante, revoltoso, aburrido, esto implica que no existe en él una inteligencia suficiente, o que ésta se encuentra detenida, o que el niño no la usa.

Para esta autora los niños con problemas intelectuales manejan una aparente apatía detrás de la cual existe un constante actor y cuya finalidad es la de mantenerse quieto y paradójicamente estos niños deben poseer una buena dosis de inteligencia para lograr no ser inteligentes, para estos niños dice Luzuriaga la dificultad intelectual es vivida como una carencia congénita con la cual se tiene que ver como un producto de un quehacer propio. Para esta autora la contra-inteligencia funciona como un mecanismo de defensa, es decir en forma inconciente el niño únicamente conoce el resultado de las defensas pero no su existencia y debido al valor que al intelecto se le da en nuestra cultura el niño lo vivencia como fracaso en forma persecutoria y deprimente. Esto lo angustia y el niño se crea toda una imagen para no verse tonto y llega a adoptar poses y actitudes especiales.

Luzuriaga (et.al), menciona que toda neurosis implica, entre otras cosas, un ataque hecho contra la capacidad intelectual de la persona que la padece, ya que es todo un sistema estructurado de intentos de autoengaño y de impedir que esto funcione "normalmente" tanto cuando se dirige hacia afuera al mundo de los objetos, como hacia adentro, al mundo interior. Esto es, menciona dicha autora, una defensa del paciente es la destrucción a su misma inteligencia con el fin de evitar contenidos que le resulten en extremo dolorosos.

De acuerdo con lo planteado anteriormente, se puede observar que la definición y medición de la inteligencia es una tarea laboriosa y delicada, ya que algunos autores mencionan a esta como parte de la

personalidad y mencionan la existencia de factores no intelectuales como variable que afecta la ejecución y desempeño de los test de inteligencia.

Desde la creación del test de inteligencia WISC ha sido objeto de múltiples investigaciones, tanto en su estructura como en diversos grupos clínicos y los resultados son de suma importancia.

Por otra parte se cito también en forma detallada lo que cada subtest en el WISC-RM mide.

CAPITULO II

DEPRESION EN EL NIÑO

El término "Depresión" no posee el mismo sentido para el niño que para el adulto. La depresión infantil no tiene el mismo contenido y representa una experiencia diferente según la edad.

Algunos autores la consideran como una fase normal en el desarrollo (Winnicott, O. (1954) y Klein, B. (1945), otros como un fenómeno patológico. Es por esto que ciertos autores separan los afectos depresivos de la enfermedad depresiva.

En 1971 se efectuó el IV congreso de la Unión de Psiquiatras Europeos en Estocolmo, el cual se dedicó al intercambio de ideas acerca de los estados depresivos en niños y adolescentes.

En esta reunión se recalcó que hay dos escuelas de pensamiento opuesto; la de los psiquiatras infantiles que buscan los síntomas clásicos de la melancolía postulados por Krapelin (cita Calderón, 1987) tales como ideas delirantes de culpa, estados depresivos alterados con episodios de manía, tendencias suicidas e inhibiciones dolorosas, y la otra escuela integrada por psiquiatras más jóvenes, quienes hacen una clasificación nosológica, basándose en los trastornos de los adultos y lo que sería similar o equivalente en el niño, y estos son trastornos asociados con alteraciones depresivas, que se caracterizan por falta de energía y el equivalente en el niño sería cansancio y/o mal rendimiento en la escuela, llanto, ansiedad, irritabilidad. Esto podría ser considerado como depresión simple en el adulto y factible de ser tratada con antidepresivos.

Este tipo de trastornos fue discutido por los especialistas en el tema:

W. Welcher (cita Calderon 1987) señaló que existe la depresión en niños, aun cuando frecuentemente no es reconocida como tal, e hizo hincapié en el estudio de los antecedentes en la infancia de adultos con cuadros depresivos y encontró como rasgos relevantes en ellos, la tendencia a somatizar y dificultades en la realización de las tareas escolares. Esto último con frecuencia se interpretaba como pereza y cierto grado de descuido e indiferencia o tristeza.

Lopez Ibor (1972) manifestó lo observado por el en sus pacientes niños y adolescentes y en su mayoría se encontraron trastornos del sueño, pesadillas y miedo patológico a la escuela, (cita Calderon, 1987).

Gerhard K., (1972) hizo referencia a un grupo de niños que le fueron referidos por trastornos de sueño y tratados favorablemente con antidepresivos. También el psiquiatra suizo señaló que entre los antecedentes personales de pacientes depresivos adultos encontró que durante su niñez y adolescencia habían permanecido en casa por dolores de garganta, estómago u otro tipo, (cita Calderón et.al.). Este hecho coincide con lo señalado por Lopez Ibor.

Kovacs y Beck, (1977) mencionan una amplia gama de síntomas tales como la hiperquinesia, enuresis, delincuencia, fobias y bajo rendimiento escolar, (Paykel, 1985).

Esta teoría afirma que los desórdenes conductuales son resultados de las defensas infantiles en contra de la depresión.

Comer, (1976) afirmaba que el desarrollo cognoscitivo y emocional del niño era responsable de las diferencias niño-adulto en cuanto a la manifestación de la depresión.

Raupabert, (1976) menciona que los sistemas reguladores del afecto en los niños y adultos puede ser distinto ya que los estímulos en los niños producen cambios de humor de tipo disfórico nunca eufórico (Cita Paykel, 1985).

Esta teoría dice que todos estos desordenes conductuales son el resultado de las defensas infantiles en contra de la depresión. Comer, (1976) menciona que estas diferencias niño-adulto se deben al desarrollo cognoscitivo y emocional.

Existen otros autores que afirman la existencia de la depresión infantil pero, mencionan que esta adopta formas clínicas específicas y para ello señalan el término "depresión enmascarada" y "equivalentes depresivos".

Kovacs y Reck, (1977) mencionan una serie de síntomas que reflejan la depresión subyacente; hiperkinesia, enuresis, delincuencia, fobias y bajo rendimiento escolar, (cita Paykel, 1985).

Puig, (1977) agrega que el concepto de depresión enmascarada no diferencia entre el abatimiento o afecto depresivo y el propio síndrome de depresión, ya que no es necesario presuponer un desorden depresivo para explicar los trastornos conductuales infantiles. Es posible encontrar diferentes interpretaciones clínicas alternativas a los "equivalentes depresivos" sin que ayuden a la idea de un estado de ánimo patológico primario.

Puig, (et.al.) menciona que la depresión si se manifiesta en forma diferente en niños y adultos, sin embargo el término "depresión

enmascarada" es amplio y esto hace confuso el concepto de desórdenes depresivos infantiles.

2.1. ENFOQUE PSICOANALITICO.

A continuación se mencionan las aportaciones de varios psicoanalistas que han escrito acerca de la depresión infantil, estos autores fueron retomados por Lang y Fisher. (1978) quienes crearon la escala CDS, instrumento utilizado en la presente investigación para medir la depresión en niños, (Seisdedos, 1990).

Arietti, 1978 hace una revisión de literatura Psicoanalítica, y menciona los siguientes autores, quienes no aplican el término depresión en niños sino hasta la adolescencia.

Rochin, (1959) planteó que la depresión es el resultado de la deflexión de la agresión mediada por un fuerte superyo y en niños pequeños el superyo no existe.

Beres, (1966) también expresó la creencia de que la depresión como fenómeno primario involucra el conflicto intersistemático que es manifestado por la predominancia de culpa sostenida, la cual esta ausente en los niños.

Rie, (1966) en una excelente revisión de la literatura teórica, argumentó que la depresión siempre es conceptualizada como pérdida de la autoestima, que es resultado de la discrepancia entre el yo ideal con el yo actual o real y este modelo no es aplicable al infante.

La dificultad, menciona el autor, es que una autorepresentación estable, teóricamente no se desarrolla hasta la adolescencia.

Pie (et.al.) concluyó "por lo tanto los mayores elementos dinámicos de la depresión, tal vez no inapropiadamente tomados en cuenta como la esencia de la depresión y además algunos de sus antecedentes estructurales parecen no ser generados hasta la final de la latencia."

Aun los psicoanalistas, quienes no empatizaron con la hipótesis del coraje reprimido en la depresión, indicaron que esta no se expresa como síndrome clínico antes de la adolescencia.

2.2.- DEPRESION EN ETAPAS TEMPRANAS.

Existen dentro de la teoría psicoanalítica, autores quienes mencionan que el estado depresivo se encuentra en etapas muy tempranas y lo consideran una fase normal en el desarrollo; Klein M., (1946) Winnicott D., (1954), por otra parte algunos otros como Kanner L., (1955), Bowlby J., (1960), Spitz R. (1946), y Malher M. (1961), han llevado a cabo investigaciones encontrando que la depresión, como trastorno, se establece desde etapas muy tempranas, y tiene repercusiones en la vida adulta.

Spitz (1969), menciona una investigación realizada en 1946, considerada pionera, sobre la reacción de los infantes a la separación materna. El autor estudio por largo tiempo 123 infantes en una institución llamada Casa "Cuna," los infantes tenían una buena relación con sus madres los primeros meses de vida y mostraban buen progreso. Entre el sexto y el octavo mes de vida fueron privados de sus madres. Spitz (et.al.) observó que los infantes respondieron con una conducta, la cual describió en fases.

En los primeros meses el bebé desarrolla una conducta de lloriqueo, seguidamente el llanto es sustituido por rigidez glacial en la expresión, el bebé pasa al retraimiento, yace postrado en su cama desviando el rostro y negándose a interactuar con su entorno, en el caso de estar sentado sus facciones están inmóviles y congeladas, sus ojos están muy abiertos e inexpressivos, su mirada es distante, como desconcertada y cuando alguien se acerca lo ignora u observa con expresión escrutadora, en el caso de que la persona se acerque demasiado, sobreviene el llanto y en algunos casos los gritos. Spitz también observó que el niño perdía peso en lugar de ganarlo. Así también era susceptible a los resfriados y se registraba un retraso en su desarrollo.

Este autor menciona que después de tres meses de separación hay un periodo transitorio, donde los síntomas se hacen más marcados y se consolidan, sin embargo si en este periodo de transición el infante no logra reunirse con su madre, él gradualmente desarrolla un síndrome llamado por Spitz "Depresión Anaclítica."

El cuadro que presentaron los infantes fue muy parecido al de los adultos que padecen depresión. Este cuadro, no se dio en los infantes quienes no fueron separados de sus madres.

Debido a la necesidad de distinguir el concepto nosológico de la depresión en el adulto, se le dió el nombre de depresión anaclítica, que proviene del griego *anax* cambio o transposición y de *clisis*, anoyarse. Indicando la dependencia en el niño respecto a la madre para poder sentir bienestar.

Spitz, (et.al.) menciona que si en el periodo de transición la madre regresa, la mayor parte de los niños mejoran. También supone

que la perturbación dejara cicatrices que aparecieran en años posteriores. Mas aun si la perturbación dura mas de cinco meses, los síntomas llegarán a ser un síndrome al que él en 1945, habia llamado "hospitalismo", (cita Spitz 1969).

Spitz observó que cuando a un niño se le priva durante las relaciones de objeto por mas de cinco meses, los síntomas son graves y sin posibilidad de reversibilidad. En los casos en que previamente a la privación hubiese habido una relación esta parece tener escasa influencia; el autor menciona que después de la separación de las madres, las etapas de la depresión anáclítica seguian su curso rapidamente y posterior a los tres meses aparecia un nuevo cuadro clinico; el retraso motor, los niños no cambiaban de posición, el rostro se tornaba inexpressivo y la coordinación ocular era defectuosa, la expresión era casi de imbecilidad, en algunos habia cabeceo o movimientos digitales extraños y al final del segundo año, su indice de desarrollo se detenia en un 45% de lo normal. Estos niños fueron seguidos hasta los cuatro años, sin embargo, el empeoramiento fue progresivo y la propensión a infecciones aumentaba respecto a los otros niños y esto llevaba a un gran porcentaje de ellos a estados de marasmo y muerte.

Spitz afirmo que la sintomatología de los niños separados de sus madres, se asemeja de modo sorprendente con los síntomas que son familiares en la depresión adulta así como en la etiología, ya que en el adulto como en el niño, la pérdida del objeto amoroso es factor determinante.

Sin embargo, desde el punto de vista estructural y dinámico, la depresión en el niño y en el adulto no son comparables ya que en el

adulto dinámicamente está la presencia de un super yo sadico y persecutor y bajo el que el yo se derrumba y esto en el oriente no existe.

Spitz, (et.al.) concluye que los síntomas son similares, pero el proceso subyacente es distinto, es por esto que se le ha dado el nombre de anáclítico.

también menciona como condición necesaria para el desarrollo de la depresión en el infante, que este haya tenido buenas relaciones con su madre, ya que en caso de relaciones "malas" entre madre e hijo, se da una perturbación de naturaleza diferente, a la que le da el nombre de depresión leve, es decir Spitz no encontró depresión anáclítica en niños que tenían malas relaciones con sus madres.

Las investigaciones de Spitz son de gran importancia y sientan las bases para que otros autores realicen investigaciones y hagan sus aportaciones a esta teoría.

Malher, escribió en 1961 en su artículo "Tristeza y Aflicción en la infancia y en la niñez" y dice acerca de las investigaciones de Spitz, (1946) que existe una laguna entre lo caracterizado por él como depresión anaclítica y otros cuadros psicóticos, ya que la depresión anaclítica se da en la 2a mitad del primer año y otras afecciones se dan en la fase de separación-individuación, (5 a 13 m.) Malher (et.al.) concuerda con Spitz respecto a la etiología del síndrome con otro tipo de psicosis y es la pérdida objetal al igual que en los adultos y en los niños de Spitz.

Malher hace énfasis en otra causa de este síndrome, y es la privación de cuidados maternos durante la segunda mitad del primer año del niño, y en la fase simbiótica del desarrollo normal, esta fase se

caracteriza por la respuesta equívoca del objeto simbiótico y la angustia y el temor que a los extraños muestra alrededor de los 8 meses.

Malher explica que los niños con depresión anaclítica han sufrido una traumatización grave debido a que fueron separados de su principal objeto de amor durante la fase que ella llama simbiótica, ya que en esta fase estos niños sufrieron una verdadera pérdida de objeto y no contaron con otra madre sustituta, en un plazo razonable.

Respecto a la equiparación que Spitz hace de la depresión anaclítica de la infancia con la melancolía en la edad adulta, y haciendo una diferenciación de que en la depresión anaclítica el superyo es aún un objeto externo de amor cuyo sadismo se vuelve contra el niño.

Malher, (et.al) establece que debido a la inmadura estructura de la personalidad del bebé o del niño este no es capaz de producir un estado de depresión como en el adulto, pero prevalece en cambio la aflicción como reacción básica del yo. Esto es; cuando el yo emerge de esa fase indiferenciada, aparecen signos gestuales y fisiológicos de la aflicción, en forma rudimentaria. Esta aflicción es breve en el niño debido a que su yo puede mantenerse sin adoptar prontas acciones defensivas contra la pérdida de objeto, ya que afirma Malher; el bebé no puede sobrevivir mucho tiempo sin objetos.

Sin embargo otros mecanismos tales como la sustitución, negación y represión surgen muy pronto. Malher agrega que los niños se recobran de sus transitorias reacciones de duelo con mayor o menor cicatrización.

Sigmund (1953) señala que la angustia y la depresión son reacciones fundamentales del yo. Define la depresión como una expresión emocional de un estado de impotencia y desamparo. (cita Malher 1961).
Bibring (et al) observó que las frecuentes frustraciones de las necesidades del niño pueden movilizar primero angustia y cólera, pero si esta frustración continúa a pesar de las "señales" del niño la cólera inicial será reemplazada por sensaciones de agotamiento, impotencia y depresión, (cita Malher 1961).

La hipótesis del autor hace énfasis en la sensación de desamparo que experimenta el niño pequeño (la cual es sentida como un choque) y su fijación a esta sensación, más que la frustración oral.

Malher (1990) define la aflicción como la reacción específica a la pérdida objetal y la angustia como la reacción específica al peligro que entraña dicha pérdida.

Respecto a la aflicción y la depresión, Rappaport, (1959) y Bibring, (1953) mencionan que la reacción afectiva subjetiva, que se observa en los niños (y que es parecida a la depresión) consiste en un darse cuenta de su impotencia, en la aprensión que experimenta el yo ante la posibilidad de que el objeto libidinal no acuda en su auxilio en momentos de tensión interna. Pero Rapaport afirma que para que esto suceda el yo debe estar bastante estructurado para permitir un respiro suficiente para poder movilizar que el proceso secundario demore la descarga de tensión. Esto sería un precursor del afecto de la tristeza y la aflicción. (cita Malher 1990).

Klein, (1946) denomina que en el desarrollo del niño se identifican dos posiciones importantes "posición esquizo-paranoide" y posición depresiva," define la posición depresiva como fase normal en

el desarrollo del niño y es aquella en la que el bebé reconoce un objeto total y se relaciona con dicho objeto.

Esto, es percibido por los que rodean al bebé ya que advierten que el bebé reconoce a su madre. En esta fase el bebé comienza a percatarse de que sus experiencias buenas y malas proceden de la misma madre, que es fuente de lo bueno y lo malo, pero también descubre que depende de ella y los demás le provocan celos. (Segal H, 1985).

Los cambios en la percepción del objeto acompañan a un cambio fundamental en el yo. Klein, (et.al.) menciona que la integración de un objeto cada vez más total estimula la integración del yo. Estos cambios traen consigo un cambio en las ansiedades del bebé, estas brotan de la ambivalencia, es decir, la ansiedad del bebé de que sus propios impulsos destructivos hayan destruido o lleguen a destruir al objeto amado de quién depende totalmente.

De acuerdo con Klein, en la posición depresiva se intensifican los procesos de introyección y los mecanismos proyectivos disminuyen, esto en parte se debe a que el bebé descubre cuanto depende de su objeto, quién es ahora una persona independiente que puede alejarse de él. Esto aumenta su necesidad de poseer este objeto, de guardarlo dentro de sí y si es posible, de protegerlo de su propia destructividad.

Un bebé bien integrado, puede conservar su amor por el objeto bueno y es cuando surgen nuevos sentimientos tales como, el duelo y la nostalgia por el objeto bueno al que siente perdido y destruido, y la culpa, una experiencia depresiva típica provocada por el sentimiento de que perdió a su objeto bueno por su propia destructividad. En esta ambivalencia, puede surgir el sentimiento

depresión, debido a que perdió a su objeto bueno por su propia destructividad.

La experiencia de la depresión, dice Klein, actualiza en el niño el deseo de reparar a su objeto u objetos destruidos.

El conflicto depresivo Klein lo define como una lucha constante entre la destructividad del bebé y sus impulsos amorosos y reparatorios. El fracaso en la reparación conduce a la desesperación, y el éxito en ésta, lleva a renovadas esperanzas.

Para Klein, esta posición marca un progreso crucial en el desarrollo. Sin embargo, menciona dicha autora, la posición depresiva nunca se elabora totalmente ya que siempre tenemos ansiedades relacionadas con la ambivalencia y la culpa y situaciones de pérdida que reavivan experiencias depresivas. Los objetos externos buenos en la vida adulta simbolizan aspectos del primer objeto bueno, por lo tanto cualquier pérdida de esos objetos, reaviva la ansiedad de pérdida del objeto bueno interno y con ello, todas las ansiedades sentidas originalmente durante la posición depresiva. Así, cuando ha habido fallas en la posición depresiva, en la vida adulta el yo se siente acosado por la ansiedad constante de perder totalmente las situaciones internas buenas.

Winnicott, (1954-1955) escribió su visión personal del concepto de Melanie Klein, (1946) acerca del artículo de la Posición Depresiva. Para Winnicott la posición depresiva constituye una fase normal del desarrollo de los niños sanos (así como sucede con el complejo de Edipo, la dependencia absoluta o el narcisismo primario), y menciona el logro positivo de ésta en el desarrollo emocional ya que dice que aquel niño o adulto que haya pasado y superado esta,

tendrá la capacidad para el establecimiento de relaciones interpersonales. (Winnicott 1931).

Winnicott, coloca la posición depresiva como un logro perteneciente a la edad del destete, no ubicándola a una edad concreta, para él el destete se lleva a cabo cuando el pequeño es capaz de jugar a dejar caer cosas y esto empieza cerca de los cinco meses constituyendo un rasgo regular hasta el año o año y medio.

Para Winnicott, la posición depresiva corresponde a los seis primeros meses y constituye una creciente prueba del desarrollo personal y depende de un medio ambiente sensible y continuado. Y para poder llegar a esta posición es necesario superar las primeras fases, es decir, que el bebé perciba el pecho como persona completa.

Para explicar este concepto, es necesario mencionar otro como precedente para la instauración de la posición depresiva: que es la angustia depresiva. Winnicott hace referencia utilizando la experiencia nutritiva, él habla de dos tipos de angustia; acerca del objeto de amor instintivo y la otra corresponde al cuerpo interior del pequeño.

La primera se refiere a la experiencia del niño al ser alimentado y donde la madre no es percibida como la misma persona. La otra angustia corresponde al interior del pequeño, ya que ha vivido una experiencia y no siente lo mismo antes que después de ser alimentado, sin embargo, día a día el pequeño es capaz de tolerar esta experiencia y empieza el principio de culpabilidad que es el que empieza a unir a las dos madres, el amor tranquilo y el excitado, el amor y el odio, y esto va creciendo hasta convertirse en una fuente sana y normal de actividad en las relaciones. Esto precisamente, dice

Winnicott, es la aportación plenaria al psicoanálisis, ya que todo niño sano posee una fuente personal de sentimiento de calidez.

Al cabo de un tiempo el individuo es capaz de tener recuerdos de las experiencias percibidas como buenas, tales como la experiencia de la madre sosteniendo la situación y esta pasa a ser parte del self y a ser asimilada en el yo. El individuo adquiere un polo interior y posteriormente es capaz de sostener la situación en beneficio de otra persona.

También menciona Winnicott: si los fenómenos interiores causan problemas, es decir, el mundo interior funciona a un bajo nivel de vitalidad, el estado anímico es de depresión. Por primera vez Winnicott establece una relación íntima entre la palabra depresión y el concepto de posición depresiva. Él menciona que las depresiones que surgen clínicamente no son del tipo relacionado con la posición depresiva sino que están más asociadas con la despersonalización o la pérdida de esperanza en relación con las relaciones objetales; con un sentimiento de inutilidad resultante del desarrollo de un falso self. Estos fenómenos pertenecen al periodo anterior a la posición depresiva en el desarrollo individual.

Winnicott menciona que el término "posición depresiva" no es adecuado para un proceso normal y sugiere que se debería denominar "la fase de la inquietud" ya que el término posición depresiva parece implicar que los niños sanos pasan por una etapa de depresión o enfermedad anímica y esto no es lo que se quiere decir, ya que el término sirve para describir un proceso normal.

También hace referencia a los hallazgos de Spitz, (1946) respecto a la depresión enfatizando que estos bebés están despersonalizados y

se sienten impotentes acerca de los contactos externos ya que carecieron de las condiciones previas para el logro de la postición depresiva.

Otro autor que ha investigado acerca de las respuestas de ansiedad y depresión en etapas muy tempranas es John Bowlby, (1960) quien realizó desde 1948 observaciones en niños sanos que ingresaron a la clínica para investigación o cirugía electiva.

Estos niños fueron atendidos por varias enfermeras, quienes indistintamente los atendían y posteriormente estas enfermeras eran cambiadas a otros departamentos, por lo que el niño no podía establecer una relación estable, el niño podía ver a su madre por poco tiempo cada día y este iba disminuyendo día a día, estos niños no habían sido separados de sus madres anteriormente.

Bowlby observó que en estos niños se daba una secuencia conductual predecible, la cual para su mejor descripción fue dividida en tres fases: Protesta, desesperación y desapego. Estas se trasladan en el niño y estas pueden estar por días o semanas en un estado de transición entre una fase y otra.

La primera fase llamada, protesta, puede durar desde pocas horas hasta una semana o más, en esta el niño se muestra agudamente angustiado o afligido al haber perdido a su madre y busca recobrarla con el ejercicio de sus limitados recursos. Esto es: llora fuerte, agita su cobija, se contorsiona y mira atentamente a cualquier imagen o sonido que pudiera ser su madre ausente. Toda su conducta indica una fuerte expectativa de que ella retorne. él es apto para rechazar a todas las figuras alternativas que tratan de hacer algo por él, aunque algunos niños se colgaran desesperadamente de una enfermera.

Durante la 2a. fase de desesperación la cual sigue a la de protesta, su preocupación por su madre ausente sigue siendo evidente, aunque su conducta indica un aumento de desesperanza. Sus movimientos físicos activos disminuyen o terminan y puede llorar monótonamente o intermitentemente. El se retira y permanece inactivo, no hace demandas al entorno y parece estar en un estado de duelo profundo. Esta es una etapa tranquila y a veces falsamente se presume que indica una disminución de la aflicción.

En la 3a. fase de desapego el infante muestra mayor interés en su entorno, el va no rechaza a las enfermeras (con frecuencia se interpreta como signo de recuperación) acepta sus cuidados, la comida y los juguetes que le brindan y aún puede sonreír y ser sociable. Sin embargo, cuando su madre lo visita, puede observarse que no está tan bien, porque hay una notable ausencia del fuerte apego normal característico de esta edad, en vez de complacer a su madre, parece que difícilmente la conoce, en vez de colgarse o asirse de ella, permanecerá remoto y apático, en vez de llorar o lloriquear, se volteará para otro lado. Esto parece indicar que perdió todo el interés por su madre.

Si su estancia en el hospital se prolonga y sigue teniendo la experiencia de apearse a una serie de enfermeras, cada una de las cuales le abandona y repite para él la experiencia de la pérdida original de su madre, en un tiempo él actuará como si no tuviera mucha significancia para él, el contacto con seres humanos o el maternaje.

Después de una serie de frustraciones ante la pérdida de varias figuras maternas hacia las cuales ha tenido confianza y afecto, el

bebé se comprometera cada vez menos con las figuras subsecuentes y en un tiempo, dejará de arriesgarse o apearse a cualquier figura y cada vez se centrará más en sí mismo. De tal forma que en vez de dirigir sus deseos o sentimientos hacia la gente, le preocuparán cosas materiales tales como, dulces, juguetes y comida.

Se observó que cuando el niño seguía internado en una institución u hospital y que ha alcanzado este estado, ya no se frustraron cuando las enfermeras abandonaron el hospital. Dejaron de mostrar sentimientos a sus padres cuando lo visitaban, y solo mostraba gran interés por los regalos que le llevaban. El infante parecía contento y adaptado a esta situación inusual y aparentemente se deja llevar y no se asustará con cualquier extraño, pero esta sociabilidad será superficial ya que al parecer había dejado de mostrar interés por los humanos y solo le interesaban los objetos.

En 1960 Bowlby escribió el artículo "Aflicción en la temprana infancia" donde explica su teoría acerca de la ansiedad de separación en el niño.

Bowlby menciona que la liga del niño con su madre es producto de varios sistemas de respuesta, las cuales no son orales, en carácter y son parte del repertorio conductual heredado del hombre y al estar presente la fig. materna este se activa dando como resultado la conducta de apego, sin embargo cuando la figura materna no está a la mano surge la "ansiedad de separación" y las conductas de protesta. Con esto Bowlby propone que el dolor y el duelo se dan en la infancia, siempre que las respuestas mediadoras de conducta de apego son activadas. Así también propone que la pérdida de la figura materna en edades comprendidas entre los 6 meses y los 3 y 4 años

hace que el desarrollo de la personalidad tome un curso desfavorable, debido a que se estableció ya el proceso de duelo.

La tesis propuesta por Bowlby difiere de las investigaciones de otros autores tales como Winnicott (1955), Klein (1946), Spitz (1945) mencionados anteriormente y quienes han tendido a identificar como duelo los procesos que surgen por la desilusión de la pérdida de amor.

Estos autores han tendido a concentrarse en objetos parciales tales como la pérdida del pecho y/o el destete, así como los eventos en el primer año de vida.

Bowlby menciona las diferencias de su teoría respecto a la propuesta por Ana Freud y Dorothy B., (1954) quienes han registrado las respuestas de los infantes ante la pérdida de su madre y los han reconocido como dolor o dolorosa, pero estos hallazgos no los han relacionado con la teoría del duelo y la melancolía, (Freud A., 1960). Para Bowlby las respuestas de los infantes ante la pérdida de la figura materna no difiere respecto a lo observado en adultos ante la pérdida de un objeto amoroso.

Nota: Bowlby (1960) hace la diferenciación entre las palabras Duelo y Dolor: la primera hace referencia a los procesos psicológicos, que se dan ante la pérdida de un objeto amoroso y que comúnmente lleva a renunciar al objeto, dolor denota la secuencia de los estados subjetivos que sigue a la pérdida y que acompañan al duelo.

Bowlby hace mención al artículo escrito por Winnicott (1954) (mencionado anteriormente) en donde dicho autor propone la utilización del término duelo a un proceso normal del desarrollo, a lo que Bowlby menciona su desacuerdo ya que dice; La utilización del

termino duelo debe ser usada para describir una formación amplia de procesos psicológicos que suceden por la pérdida de un objeto amorado, sin tomar en cuenta su resultado, eso permitiría discutir los diferentes cursos que puede tomar el duelo, saludable y patológico y relacionarlo uno con el otro, sin embargo se reconoce que hay ciertas respuestas ante la pérdida, por ejemplo; cuidar un objeto vicario y excitación maniaca que son tan diferentes al duelo como ordinariamente se piensa de él, por lo que sería confuso incluirla bajo el término muy amplio de respuestas ante la pérdida.

Para Bowlby una parte normal del proceso de duelo es que el individuo se deprima y esto se nota en la conducta disminuida y desorganizada y es experimentado por la persona como un sentimiento de inercia y falta de propósito, sin embargo aunque esta condición es esencial del duelo, no está confinada a la aflicción la cual ocurre posteriormente a otras pérdidas y muchas otras circunstancias, y ocurre tanto como en las personalidades sanas y las enfermas.

Rowlby menciona también el desacuerdo respecto a la teoría de Melanie Klein ya que considera que el significado de la pérdida del pecho se ha exagerado ya que cuando parece ser de consecuencia, frecuentemente ocurre y contemporáneamente con la separación o pérdida de contacto cercano con la madre.

Para Bowlby la pérdida de la madre o la pérdida de su amor es el factor principal para la depresión y no la pérdida del pecho, como sería en la teoría de M. Klein.

Critica también esta teoría por estar basada en análisis de adulto y no en observación directa de bebés.

En 1960 Spitz, escribió el artículo "Discusión de las investigaciones del Dr. Bolwby". En este aclara algunos puntos mencionados por Bolwby respecto a sus investigaciones, dentro de estos, se encuentra el término destetar que para Bolwby significa la pérdida del pecho materno, a lo que Spitz menciona que para su teoría esto representa la interposición de una gran distancia entre madre y niño y por consiguiente la reducción de las oportunidades para la cercanía psíquica de los dos y agrega que Bolwby deja fuera que el destete coincide frecuentemente con una experiencia de separación de la madre, separación de la madre y nacimiento de un hermano o con la pérdida de la figura materna. Para Spitz la experiencia del destete es una necesaria y beneficiosa frustración para su desarrollo y la relación de la madre con el hijo a través del pecho implica toda una experiencia por la combinación de sensaciones táctiles.

En este artículo también se menciona otra diferencia entre estos dos autores y se refiere a la edad de los niños investigados, Spitz observó niños alrededor de los 8 meses de edad mientras Bolwby lo hace con niños hasta los 4 años de edad.

Otra diferencia también radica en que Spitz menciona que el daño en el objeto deprivado es causado por la incapacidad para turnar la agresión hacia el exterior y ellos son forzados a volcarla ésta a ellos. Bolwby rechaza la hipótesis agregando que el síndrome de la depresión anaclítica y hospitalismo se da por la ruptura de una llave en las relaciones y la consecuente intensa tristeza crónica.

Para Spitz, Bolwby ha excluido de su teoría el punto de vista dinámico de los estados de desarrollo del niño y las diferencias

psicológicas que marcan la diferencia para el establecimiento y desarrollo del yo, a las cuales pueden ser objeto de medidas.

Schur, (1960) escribió también respecto a las investigaciones del Dr. Bowlby: Coincide en considerar a la madre como primer objeto del bebé, necesaria y vital en su desarrollo, y la separación del bebé con la madre provoca en el niño una gran ansiedad, el responde con otras reacciones con varias sombras de depresión y concluye que estas pérdidas durante la infancia tiene consecuencias patológicas.

Sroufe, (1986) escribió acerca de la importancia en el desarrollo posterior de la personalidad, este autor enfatiza la importancia de las experiencias tempranas y especialmente las tempranas relaciones. El autor menciona que las experiencias tempranas son de importancia básica porque cada adaptación sucesiva es producto de ambas; tempranas experiencias y nuevas sucesiones.

Las consecuencias de las relaciones vinculares individuales para el desarrollo subsecuente ha sido objeto de numerosos estudios. Por ejemplo el vínculo seguro ha sido asociado con la posterior autoconfianza. Alan menciona un estudio de Sroufe, Fox y Pancake (1983) acerca de la sobredependencia en pre-escolares y observaron que los niños con historias de vínculo seguro, eran más persistentes, tenían más confianza en si mismos, más cooperativos, más entusiastas más curiosos y afectivamente más positivos a diferencia de los niños con historias de vínculo ansioso, (cita Sroufe, 1986).

Sroufe menciona que las ideas concernientes a la normativa influencia de relaciones vinculares han sido confirmadas de varias formas y menciona una investigación donde se realizaron observaciones en el juego de los niños preescolares y los niños que tienen una historia

de cuidado irresponsable crónico. Los niños con historia de vínculo ansioso mostraron una marcada ausencia de fantasía acerca de la gente en el juego y en los niños con historias de vínculos seguros fueron más empáticos y positivamente afectivos hacia otros además eran más competentes con sus iguales, esto se encontró con base en los juicios de sus maestros, calificaciones de observadores, análisis conductuales y nominaciones sociométricas de sus iguales.

Sroufe (1986) menciona algunas investigaciones realizadas con macacos infantes que han sido separados de sus madres, estos muestran desventajas para relacionarse posteriormente, con esto se concluye que la ruptura en las relaciones vinculares son determinantes para la maladaptación y psicopatología.

En estudios retrospectivos donde se sugiere; separaciones, pérdidas, se ha visto desordenes en la conducta tales como la depresión y otras varias formas de disturbios, En adición a numerosos estudios que han sugerido los trabajos de Bowlby como un eslabón para la explicación de desordenes de conducta. Existen otros estudios que muestran correlación entre vínculos ansiosos y varias formas de disturbios emocionales, en niños pequeños; agresión, desordenes conductuales y sintomatología depresiva. Sroufer (et.al.) sugiere aún mas investigaciones para completar las implicaciones del vínculo que tenga como consecuencia la vulnerabilidad al stress, o la enfermedad. Stoufer agrega que la teoría de Bowlby basada en conceptos psicoanalíticos ha recibido una amplia validación empírica lo cual la ha enriquecido enormemente.

Dentro de las investigaciones más recientes de Depresión en etapas muy tempranas, se encuentran las realizadas por Trad (1992).

él ha realizado investigaciones de la Universidad de Cornell, en neonatos y lactantes y menciona que este fenómeno se puede presentar desde estas etapas, menciona la dificultad para identificar el fenómeno de la depresión infantil, debido a que no hay un consenso de que constituye este fenómeno, ya que en lo único en que se han puesto de acuerdo es en que por sí misma la depresión en lactantes es una entidad clínica legítima y si es semejante la ocurrencia de depresión y fenómenos afines entre niños y adultos.

El menciona a partir de sus observaciones que el bebé de pocas semanas de vida está dotado de un mecanismo sumamente delicado y complejo que le permite desarrollarse y representarse en el mundo y que además existen grados inherentes de vulnerabilidad a la psicopatología, que incluyen fenómenos parecidos a la depresión. Este autor se propuso demostrar que la depresión puede ocurrir en la lactancia, que puede variar con el desarrollo y que puede predisponer a un niño a deficiencias posteriores.

Para Trad (1992) la depresión es el resultado de un complejo conjunto de interacciones donde existen características neuroendócrinas y de temperamento, así como los efectos del desarrollo afectivo y cognoscitivo y de la acción recíproca y dinámica de estas variables. El apego, el yo y la representación objetal son 3 puntos críticos para su desarrollo.

El menciona como ejemplo de estas interacciones que un temperamento "difícil" puede exacerbar las interacciones tirantes entre padres e hijos, lo que genera un apego inseguro y una autodescripción negativa. Trad menciona una serie de aspectos que a continuación se describen brevemente para poder entender este fenómeno.

Para este autor existe un vínculo muy estrecho entre afectividad y depresión, así las interacciones madurativas entre los lactantes y las principales personas que lo cuidan podrían perturbar los lazos afectivos y dichas perturbaciones podrían dar lugar a la depresión. Este autor menciona las investigaciones de Bowlby (1960) acerca del vínculo que se establece entre la madre y el bebé en el primer año de vida y lo doloroso que resulta romperlo; esta ruptura puede ser por diversas situaciones. Y esto puede ser determinante para que se de la depresión predisponente para la depresión en el adulto.

Trad (et.al.) explica otro factor que es el logro de la constancia objetal el cual va a permitir que el niño pueda separarse de la madre pero que este consciente que esta no ha desaparecido. Es esa capacidad de preservar un vínculo con objetos amorosos y evoca su existencia satisfactoria al estar ausentes. El define la constancia objetal perceptual, en la que el lactante está consciente de que los objetos existen independientemente de quien los ve y no dejan de existir cuando nadie los ve.

Dentro de la teoría psicoanalítica Anna Freud (1965) lo describió como "la imagen de una persona con carga afectiva que puede mantenerse internamente por periodos más largos, sin importar la presencia del objeto real con el mundo externo" Esta se establece de las respuestas empáticas de la persona que cuida al bebé, esta incitara al bebé a explorar el mundo y vencer el desamparo y la soledad (cita Trad 1992).

Por tanto Trad menciona que la constancia objetal sera necesaria para soportar esas ausencias y esto generara las condiciones necesarias para una separación adecuada y podra prevenir una posible depresión.

Trad menciona otro factor constante en la depresión del sujeto, es la autoestima, la cual suele ser negativa, y menciona como precedente de esta el sentido de sí mismo, el cual empieza en el autorreconocimiento visual (medido por reconocimiento en el espejo) alrededor de los 18 y 24 meses (Kagan 1981) y de acuerdo con las investigaciones sobre el apego, este se relaciona con el autorreconocimiento. Trad menciona los estudios de Ainsworth y cols. (1978) quien han encontrado que el apego inseguro reduce la capacidad de autorreconocimiento y mientras más seguro es el lazo con la madre, más seguridad siente el pequeño para explorar su ambiente, lo cual aumenta su sentido de sí mismo. Hammen y Zuban, (1984) mencionan que el autoesquema de la depresión tiene implicaciones para el estudio de tendencias cognitivas depresivas, así el autoesquema negativo es más vulnerable a la depresión, los no depresivos su autoesquema es positivo y los de depresión leve es combinado (cita Trad 1992). Es por esto que para Trad es importante determinar en qué momento puede surgir el fenómeno depresivo en el lactante.

Trad menciona otro factor importante en la depresión, que sería la empatía factor poco investigado, sin embargo se ha visto que la empatía en la transmisión de afectividades y patrones de conducta entre padres e hijos puede intervenir en la etiología de ese tipo de trastorno. El bebé por medio de la empatía puede experimentar el estado afectivo de un progenitor deprimido y existe la hipótesis de que la empatía está vinculada a conductas sociales y esta puede estar ausente en chicos deprimidos; Trad cita las investigaciones de Hoffman (1982) respecto de la aflicción por empatía. Trad menciona que es en la lactancia donde el bebé carece de los medios

cognoscitivos para diferenciar su estado afectivo y el de los demás y así los bebés de madres deprimidas no pueden diferenciar y están en constante estado de aflicción.

Otra de las hipótesis propuesta por Trad para explicar la etiología de la depresión es el paradigma de la interacción cara a cara, y en sus estudios se ha identificado un sistema regulador recíproco generado entre la madre y el bebé en las primeras semanas de vida. En donde respuestas tales como la sonrisa, la mirada, los movimientos de la cara, la frecuencia cardíaca de la madre son de suma importancia para esa interrelación.

Trad (et.al) menciona investigaciones que se han realizado en madres con depresión postparto y bebés con madres normales, en donde los primeros a las pocas semanas se vuelven apáticos ante la respuesta, exhibiendo conducta de protesta y si hay conducta cordial es de poca expresión, a diferencia de los bebés con madres normales, estos estudios tuvieron seguimiento y posteriormente los bebés con madres deprimidas presentaban patología.

Dentro de los factores cuya interacción pueden dar lugar a la depresión se encuentran: predisposición genética, reactividad al estrés, puntos críticos del desarrollo afectados, así como estresantes psicosociales y fisiológicos.

Trad (et.al.) menciona que existen factores neuroendocrinos que se han identificado en las alteraciones depresivas y menciona que la reactividad al estrés es de los factores más importantes ya que posee correlatos neuroquímicos y esta puede medirse en base de la producción de cortisol, norepinefrina, serotonina y dopamina.

Irwin (1992) explica la depresión en niños y lactantes de acuerdo al modelo de apego en conjunto con las mediciones psicoendocrinas, ya que mencionan estudios que señalan la obtención de datos que señalan que la serotonina es un factor esencial de la dinámica de esta relación. Ya que los niveles subnormales de la serotonina predisponen a la persona a la depresión. También menciona investigaciones en donde la serotonina desempeña cierta función como modulador en la maduración inhibitoria del recién nacido y es uno de los principales reguladores de cortisol. Por otra parte se ha encontrado que el sistema límbico del lactante se encuentra en actividad desde el nacimiento.

En el marco del modelo de apego, los elementos del temperamento pueden emplearse como parámetros para cuantificar los primeros correlatos conductuales, los cuales pueden relacionarse posteriormente con sucesos endocrinos de maduración.

Los autores ya mencionados han realizado grandes aportaciones teoricas y conceptuales a la teoría psicoanalítica y algunas de estas han sido validadas empíricamente, esto nos ha permitido entender y dar una explicación a algunas conductas infantiles que en muchos casos por sus características únicas no se encontraban en ningún cuadro de trastornos del desarrollo y por otro lado nos ha permitido entender la etiología de algunos cuadros de depresión en adultos. Dentro de los autores más relevantes podemos mencionar los estudios de Spitz (1956), considerados pioneros en este campo, para este autor los síntomas de los niños separados de sus madres, se asemeja de modo sorprendente con los síntomas de la depresión adulta, así como en la etiología y la pérdida de objeto es factor determinante, sin embargo

desde el punto de vista dinámico y estructural, la depresión en el niño y el adulto no son comparables ya que en el adulto se encuentra un super-yo sadico y en el niño no existe, esto coincide con lo planteado por Rie (1966) y Rochlin., Malher menciona que debido a la inmadura estructura del bebé no se da en este un estado de depresión, pero se da una serie de síntomas y una reacción que ella llama aflicción, ella coincide con Spitz respecto a la etiología y que sería la pérdida de objeto y la sensación de desamparo, agregando la importancia de la fase de desarrollo en que se encuentra el bebé.

Así Rappaport menciona estas características observadas en infantes se asemeja mucho a la depresión en el adulto, pero debido a la poca estructuración del yo esto no es posible, sin embargo estas conductas serían precursoras de la tristeza y la aflicción.

Un autor que ha realizado varios estudios a partir de la observación en animales y observaciones directas de niños pequeños es Jhon Bowlby este autor ha realizado varias aportaciones teóricas a partir también de estudios empíricos él ha criticado la postura teórica de otros autores tales como Klein y Winnicott ya que sus aportaciones han sido a partir de historiales en adultos.

Así también sus investigaciones han causado revuelo en otros autores, unos han hecho énfasis en sus limitaciones y algunos otros han ponderado sus investigaciones.

Pero básicamente la tesis de este autor propone que el dolor y el duelo se dan en la infancia, siempre que las conductas de apego son activadas. El propone también que la pérdida de la figura materna en edades comprendidas entre los 3 y 4 años tiene repercusiones desfavorables debido a que se ha establecido el proceso de duelo .

Y el autor más contemporáneo Paul M. Teasdale (1993) autor ha realizado observaciones en lactantes e infantes y una investigación teórica empírica, menciona varios factores que ha encontrado en conductas depresivas en estas tempranas edades y esto serían factores genéticos, neuroendocrinos y el establecimiento del apego, todos estos como predisponentes a la conducta depresiva posterior.

Cabe mencionar que los autores antes mencionados con enfoque psicoanalítico, coinciden en la importancia de la figura de amor en etapas tempranas tendrá repercusiones desfavorables en la personalidad adulta, o más aún esto será un precedente de la depresión en el adulto.

2.3.-ENFOQUE CONDUCTISTA:

Seligman y Maier (1967) proponen la teoría de Desamparo Aprendido que trata de explicar la depresión en los lactantes y en la niñez. Esta afirma que si los individuos ven que sus actos no se relacionan con las consecuencias posteriores manifiestan este tipo de desamparo. Después de experimentar sucesos incontrolables, surgen deficiencias graves de índole motivacional, cognoscitiva y emocional que determinan la experiencia psicológica de la persona.

Algunos investigadores (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978) postulan que estas tres deficiencias, junto con autoestima negativa, son los elementos esenciales de la depresión clínica (cita 1992).

Según el paradigma de Desamparo Aprendido en el caso de animales el impacto psicológico de percibir que es impotente para alcanzar las metas anheladas, se manifiesta en cierta pasividad generalizada, que

es síntoma de deficiencias motivacionales, cognitivas y emocionales (Maier y Seligman, 1976) Seligman dice que en los seres humanos al igual que en los animales cuando perciben que no pueden mitigar o controlar sucesos traumáticos futuros, podían volverse pasivos. En los seres humanos, este impacto también implica cierta deficiencia en la autoestima.

Abramson y cols. (1978) sus colaboradores definen el desamparo personal aprendido como la idea de la persona de que no puede solucionar problemas que sí tienen remedio, y que dicha incapacidad es directamente atribuible a una falta de habilidad individual. Por otra parte, si se percibe que determinada dificultad no puede ser resuelta por nadie, ello refleja cierta actitud de desamparo universal y un esto no afecta tanto la autoestima (cita Trad, 1992). Al comparar la depresión con cierta creencia de que se es impotente, el Paradigma de Desamparo Aprendido se asemeja a otros constructos de la depresión especialmente los propuestos por Bibring (1953) quien define la depresión como "la expresión emocional de un estado de desamparo e impotencia del yo, independiente de lo que pudo haber causado el desequilibrio de los mecanismos que establecieron la autoestima".

Rholes y cols. (1980) realizaron estudios acerca del desamparo aprendido en niños, ellos encontraron que los niños grandes manifiestan cierto desamparo aprendido, a diferencia de los niños pequeños, en quienes no sucede esto (et.al).

Para evaluar esto los investigadores valoraron la perseverancia y éxito mostrado por alumnos de jardín de niños, y de primero, tercero y quinto grados de primaria, ellos observaron tareas de experiencias

de éxito y fracaso repetido, después del fracaso, los niños del jardín de niños y de primero y tercero no mostraron evidencias de desamparo aprendido en tareas posteriores, en cambio los chicos de quinto grado que habían fallado en tareas posteriores, parecieron sentir desamparo, en mediciones tanto de perseverancia como de ejecución, en tareas posteriores.

La teoría antes mencionada es de suma importancia ya que implica una visión diferente para explicar el fenómeno de la depresión.

2.4.-DEPRESION EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA.

Inicialmente hubo mucha controversia para una clasificación de esta entidad en niños, algunos autores la consideraban diferente a la del adulto y otros sin embargo, afirmaban que era similar a la del adulto pero que deberían de establecerse niveles de desarrollo.

G. Nissen (1971), Realizó un estudio en 6,000 niños y adolescentes y encontró un 1.8% de estados depresivos, medianos y graves.

Kuhn V., (1969), menciona un 12% de pacientes deprimidos conforma la clientela de paidopsiquiatría (cita Ajuriaguerra, 1983).

Sandler y Joffe (1968) enunciaron una serie de síntomas depresivos en niños que estaban en tratamiento psiquiátrico :

1) se mostró triste, infeliz o deprimido, 2) hubo un alejamiento predominante o falta de interés, 3) estaba descontento, con poca capacidad para disfrutar, 4) el niño comunicó una sensación de no ser

amado o ser rechazado por los otros, 5) el niño no estaba preparado para aceptar confort, 6) había una tendencia general hacia la pasividad oral, 7) fueron notorios el insomnio y otros trastornos del sueño, 8) se observaron conductas autolesivas y otras actividades reactivas, 9) para el terapeuta fue difícil mantener el contacto con el niño.

Los autores puntualizaron que los niños no mostraban los síntomas continuamente y con frecuencia el aspecto depresivo de su personalidad formaba parte de otro síndrome.

Weinberg y cols. (1973) usaron una lista de diez síntomas para diagnosticar depresión en una muestra de niños. Para obtener el diagnóstico, el niño tenía que mostrar un ánimo disfórico e ideas de auto desprecio y al menos dos de los siguientes ocho síntomas:

1) conducta agresiva, 2) trastornos del sueño, 3) cambios en el desempeño escolar, 4) disminución en la socialización, 5) cambios en la actitud hacia la escuela, 6) somatización, 7) menor energía y 8) cambios en el apetito o en el peso (Ariett 1978).

Dytryn y Mc Knew (cita Calderon 1987) realizó un estudio en niños entre 6 y 12 años que presentaban depresión y la clasificaron en Crónicas en la cual el niño presenta mal rendimiento y adaptación en la escuela, alteraciones del sueño y de la alimentación, sentimientos de miedo y desesperación, períodos de ansiedad y agitación, retardo psicomotor y en ocasiones ideas o intentos suicidas. Por lo regular es por períodos prolongados.

Aguda, aquí el niño presenta los mismos síntomas pero la característica importante es la pérdida de un objeto o la ausencia de una persona significativa.

Enfermedad Enmascarada: esta aparece como una reacción secundaria de alteraciones emocionales tales como: ansiedad, conducta agresiva, trastornos psicósomáticos, hipochondría y tendencias a la delincuencia. En esta categoría, la depresión es inferida ya que existen facturas de tipo depresivo y períodos de síntomas depresivos evidentes.

Después de haber mencionado la depresión enmascarada, Fylvio y Mc New en 1972, dan cuenta de un síndrome depresivo tónico, que tiene como síntomas: disforia, desesperanza, retraimiento social, estado psicomotor, trastornos del sueño y otros síntomas que se encuentran en el cuadro clínico adulto de la depresión.

Estos autores hacen también otra clasificación: depresiones infantiles crónicas y agudas; la cual es en cuanto al período de tiempo en el que se presentan los síntomas. Estas categorías son muy parecidas a los síntomas del cuadro clínico en el adulto, ya que se vio que estos se desarrollan en cuanto a que su entorno (hogar) es adverso y que se mejoraban cuando se les retiraba de ese ambiente.

Fommer E., 1968 (cita Arietti 1978) sostiene que la depresión es muy común en la infancia, ella menciona que conforma el 20 % de las patologías. Describe tres grupos y hace una pequeña adición a estos, la cual podría ser una forma de desorden maníaco-depresivo juvenil.

El primer grupo es llamado "enuretico depresivo," debido a que la mayoría de los niños que caen en este grupo presenta incontinencia de vejiga o intestino, así también estos niños, exhiben problemas de aprendizaje y aislamiento social. Presentan problemas de agresión pasiva con sus padres y figuras de autoridad, así también una

autorregulación negativa y se relaciona con acciones consistentes de la madre. Para Frommer, es necesario tener en cuenta el diagnóstico de depresión.

El segundo grupo es el más amplio y Frommer lo llama de "depresión sencilla o simple," en este se encuentran los niños que manifiestan irritabilidad, debilidad y tendencias a momentos episódicos de temperamento, algunos muestran severos problemas de sueño y expresan sentimientos depresivos. Los niños de este grupo muestran falta de confianza.

En el tercer grupo se encuentran los "fóbicos depresivos" quienes se caracterizan por presentar ansiedad elevada y falta de confianza. La gran mayoría de estos niños presenta dolores abdominales y otros síntomas somáticos. Estos síntomas los pueden presentar a fin de no asistir a la escuela, ya que presentan lo que se conoce como patrón de fobia escolar.

Glittman Elean (citado por Arietti, 1978) menciona que estos pacientes presentan ansiedad de separación al ser alejados de la figura materna y cuando se les permite quedarse con la madre, se muestran felices y relajados, pero si son separados forzosamente de la madre, exhiben pánico y síntomas somáticos.

Respecto al grupo Maniaco-Depresivo, Frommer (et.al.) describe a niños con manifestaciones violentas de temperamento transitorias, con periodo de quietud razonable. Ella especula en forma cuidadosa que este grupo puede mostrar tempranos síntomas de afectos oscilantes de manía y depresión.

Arietti, (et.al.) menciona que los estudios de Frommer carecen de detalle con respecto a los rangos de edad y al desarrollo de sus pacientes, lo cual es una desventaja para su clasificación.

Malmquist (1971) realizó una clasificación basada en la predominancia de afectos depresivos. El autor incluye criterios de diferentes niveles conceptuales, tales como rasgos clínicos descriptivos, edad y etiología.

A continuación se presenta la tabla propuesta por este autor reúne la principales líneas teóricas de conocimiento acerca de los principales síntomas mostrados por los niños y adolescentes deprimidos (cita Arietti, 1978).

2.5.- CLASIFICACION DE LA DEPRESION INFANTIL

I. Asociada con enfermedades orgánicas.

A. Parte de los procesos patológicos.

- 1.-Leucemia.
- 2.-Enfermedades degenerativas.
- 3.-Enfermedades infecciosas.
- 4.-Enfermedades Metabólicas-Enfermedades de la Pituitaria, Diabetes Juvenil, Enfermedades de la tiroides, etc.
- 5.-Estados de deficiencia vitamínica o nutricional.

B. Reacción secundaria a un proceso físico.

II.- Síndromes de privación: Reacciones con base en la realidad ante un ambiente empobrecido o no recompensador.

A.-Depresión anaclítica.

B.-Tipos de carácter con aplanamiento afectivo.

III.- Síndromes asociados con dificultades en la individuación.

- A. Problemas de separación-individuación.
- B.-Fobias escolares con componentes depresivos.
- C.-Desarrollo de precursores de "Moral Masoquista".

IV.-Tipos Latentes.

- A.-Asociados con pérdida de objeto.
- B.-Fracaso para cumplir con ideales inalcanzables.
- C.-"Equivalentes Depresivos" (Depresión sin afecto deprimido).
 - 1.-Somatización (Patrones Hipocóndriacos)
 - 2.-Hipergünesia.
 - 3.-Acting Out
 - 4.-Reacciones depresivas retardadas:
 - a.-Duelo retardado.
 - b.-Procesos de sobreidealización que retardan la reacción depresiva.
 - c.-Patrones de negación
 - 5.-Desórdenes en el comer (Síndromes de obesidad).
- D.-Estados Maniacos-Depresivos.
- E.-Tipos de carácter con aplanamiento afectivo (Anhedonia generalizada)
- F.-Carácter obsesivo (Compensa la depresión).

V.- Tipos en la adolescencia.

- A.-Labilidad afectiva como un proceso de desarrollo.
- B.-Reacciones a pérdidas frecuentes.
- C.-Duelos no resueltos de pérdidas frecuentes.
- D.-Pérdidas tempranas ("traumas"). Ahora afrontadas por el yo.
- E.-Depresiones Acting-Out.
- F.-Esquizofrenias con predominancia de componentes afectivos.
- G.-Continuación de tipos tempranos (I,IV).

De acuerdo con lo revisado en la literatura sobre depresión infantil y expuesto anteriormente, los criterios de diagnóstico son confusos, ya

que hay una tendencia a considerar similares los desórdenes depresivos mayores de los adultos y de los niños.

Esta tendencia se ha visto reflejada en la clasificación oficial de los desórdenes mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-III-R) en la cual no hay distinción en los criterios de las depresiones prepuberales, adolescentes y adultos, únicamente difieren en el período de permanencia de los síntomas.

Clasificación Diagnóstica de la Asociación Psiquiátrica Americana. De acuerdo con los criterios establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico DSM-III R (1988), la depresión en los niños se encuentra ubicada en el trastorno llamado distimia o neurosis depresiva. Los criterios que en este Manual se establecen se mencionan a continuación:

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en una alteración crónica del estado de ánimo, incluyendo un estado de ánimo deprimido o irritable en niños y adolescentes que se presenta la mayor parte del tiempo y dura la mayor parte del día, a lo largo de un año para niños y adolescentes, como mínimo. Además de estos períodos depresivos hay algunos síntomas asociados, tales como: poco apetito o voracidad, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, disminución de la autoestima, falta de concentración o dificultad para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza.

Para realizar el diagnóstico tiene que haber un período de un año en niños y adolescentes, en el que no se haya dado síntomas depresivos por más de dos meses. El diagnóstico no se verifica si hay una evidencia clara de un episodio depresivo mayor durante este

periodo mínimo de la alteración. Además, el diagnóstico tampoco se efectúa si la alteración esta superpuesta a un trastorno psicótico crónico, como una esquizofrenia o un trastorno delirante, o si está mantenida por causa orgánica específica o la administración prolongada de un medicamento.

Deterioros y complicaciones:

En los niños y en los adolescentes suelen encontrarse afectadas las relaciones sociales con los compañeros y con los adultos. Los niños con depresión a menudo reaccionan negativa o tímidamente a los elogios y con frecuencia responden con conductas negativas a relaciones positivas (a veces, sometiendo a prueba a sus interlocutores y otras, reaccionando con resentimiento y cólera no expresada abiertamente) el progreso y el rendimiento escolar pueden estar afectados.

Factores predisponentes:

En el DSM III-R (1988) se menciona que en los niños y en los adolescentes se encuentran; el trastorno de hiperactividad con déficit de atención, el trastorno de conducta, el retraso mental, los graves trastornos específicos del desarrollo o un entorno inadecuado, desorganizado, caótico o de rechazo.

Incidencia en cada sexo:

Entre los adultos el trastorno aparece más frecuentemente en las mujeres, en los niños se presenta con la misma frecuencia en ambos sexos.

Criterios para el diagnóstico:

A.- Estado de ánimo irritable en niños y adolescentes, comunicado por el sujeto u observado por los demás, que se presenta la mayor parte del tiempo y que dura la mayor parte del día a lo largo de un año como mínimo.

B.- Durante los periodos depresivos están presentes, como mínimo, dos de los siguientes síntomas:

- 1) Poco apetito o voracidad.
- 2) Insomnia o hipersomnia.
- 3) Pérdida de energía o fatiga.
- 4) Disminución de la autoestima.
- 5) Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
- 6) Sentimientos de desesperanza.

C.- Un periodo de un año en niños y adolescentes en el que se da la alteración sin síntomas del criterio "A" por más de dos meses seguidos.

D.- No hay pruebas de la existencia de un episodio depresivo mayor inequívoco durante el primer año de la alteración.

Se menciona que, antes de la aparición de la distimia puede haber un episodio depresivo mayor, a condición de que esté en remisión completa (ningún signo o síntoma significativo durante seis meses).

Además, al cabo de un año en niños y adolescentes, de aparecer la distimia pueden aparecer episodios superpuestos de depresión mayor, en cuyo caso se optara por ambos diagnósticos.

E.- Nunca ha habido un episodio maniáco inequívoco.

5.- El trastorno no está superpuesto a un trastorno psicótico crónico como una esquizofrenia o un trastorno delirante.

6.- No puede demostrarse la existencia de una causa orgánica que haya iniciado y mantenido la alteración: por ejemplo, la administración prolongada de un medicamento.

2.6.-ETIOLOGIA.

Los trastornos depresivos presentan una gama heterogénea de manifestaciones respecto a su etiología.

Existen estudios longitudinales dirigidos por Gaensbaver, Harmon, Cytryn y Mc.Knew (1984) acerca de niños en riesgo de alteración afectiva a causa de un trastorno maniaco depresivo de los padres, señalan que estos pequeños exhiben conductas consideradas como síntomas de trastornos afectivos.

Zahn-Waxler y cols., siguió a siete niños, los cuales alguno de sus padres era maniaco depresivo. Desde los 12 meses de edad, ellos valoraron sus funcionamiento cognoscitivo, neurológico, físico, social y emocional, estos se compararon con un grupo control, en el primer grupo demuestra timidez, dependencia excesiva, hiperactividad, berrinches y escaso control de impulsos, en comparación al grupo control (cita Pavkel 1985).

Earls (1982) menciona; la evitación de la vista se encuentra en niños deprimidos, al parecer la evitación de la vista actúa como defensa patológica, y esta se ha encontrado en niños cuya madre es esquizofrénica o depresiva, debido a que sus madres habían mostrado hacia ellos una evitación extrema (cita DSM-III, 1980).

Field. (1984) realizó una investigación en lactantes con madres diagnosticadas con depresión postparto comparándolos con lactantes con madres normales. en el grupo con madres no deprimidas, los bebés mostraron mas rapidamente principios de vocalizaciones, protestas, y también se registraron ritmos cardiacos y niveles de actividad cardiaca más alta, en tanto que en los bebés con madres clinicamente deprimidas los bebés mostraron intentos por establecer las interacciones normales y al no lograrlo aparecieron conductas tales como, apartar la vista, cautela protesta así como rigidez en sus movimientos.

Como se menciona anteriormente existen diversos estudios que tratan de establecer la etiología de este trastorno, identificandose así diversos factores. Existirán casos en donde alguno de estos sea más relevante, para identificar la causa, pero también existiran otros casos donde la combinación de varios de estos factores sea lo que de como resultado el trastorno depresivo en la niñez y/o el establecimiento en el adulto.

2.7.-INVENTARIOS Y ESCALAS DE DEPRESION.

Para la adecuada valoración de la depresión es necesario contar con los instrumentos adecuados para ello. A continuación se expondrá una breve historia de la creación de estas escalas, hasta llegar a la escala CDS., instrumento que se utilizó en la presente investigación. En 1930 Jasper (cita, Wolman 1990) creó la primera propuesta de un instrumento que midiera la depresión -Depression-Elation Scale (D-E).

esta escala incluyó 40 ítems, que incluían 20 preguntas con tópicos de pesimismo, apatía.

Wolman (1990), hace una revisión de las escalas de Depresión: Chant y Myers (1936) fueron los primeros en emplear una escala tipo Thurstone para medir la depresión, este instrumento contiene 22 ítems con preguntas tales como: "Desearía nunca haber nacido", y "La vida no puede ser mejor para mí."

Guilford y Guilford (1939) desarrollaron la tercera escala, que intentaba aislar la depresión de otros constructos. Los Guilford desarrollaron sus 17 ítems y factor D como parte del comienzo de un estudio de introversión y extroversión pero finalmente se interesaron más por el estudio de la personalidad.

Costello y Comrey en 1967 fueron los primeros investigadores en desarrollar una escala de depresión que reducía el rol de la ansiedad.

Por otro lado Singer y Cobb en 1967 crearon otra escala la cual le daba especial atención a la somatización en la depresión. La escala SDS creada por Zung en 1965 y que es utilizada por psiquiatras, ya que les permite decidir sobre el medicamento a investigar. Esta escala consta de 20 ítems con sintomatología positiva y 20 más con sintomatología negativa, estas no incluyen preguntas de hipochondriasis, furia, y retardo pero sí incluyó aunque pobremente preguntas acerca del suicidio, estos ítems están más encaminados a preguntar acerca de la severidad y ocurrencia de un síntoma.

Actualmente son cuatro las escalas más utilizadas;

El MMPI creado por Hathaway y Mc.Kinley's (1960) y revisada posteriormente en 1967. Esta escala es una medida de auto-reporte que

consta de 60 ítems de falso y verdadero y que tiene amplia confiabilidad y validez. Actualmente sigue en revisión e investigación.

Existe también el MDI Inventario de depresión que consta de 118 ítems que se contestan con sí o no y que incluyen preguntas que miden reacciones de furia, baja de energía, tristeza, pesimismo, introversión social, baja autoestima, y dificultades cognitivas. Existe también la versión para adolescente y la versión para niños, esta versión fue creada por Bernd y Kaiser (1984).

La escala de depresión de Hamilton (1960) que es parte de una entrevista para medir desordenes afectivos y esquizofrenia, consta de 21 ítems encaminados a medir la severidad de los síntomas.

La cuarta y más utilizada es la creada por Beck en 1961 (BDI) este inventario de depresión ha tenido varias modificaciones y posteriormente fue creada la versión de niños. Esta escala ha sido objeto de investigación durante 30 años, a partir de su creación, y la versión para niños fue creada a partir de los criterios de medición de la depresión en adultos.

La escala utilizada en el presente trabajo es la adaptación española del original -CDS Children Depression Scale- creada en 1978 por M. Lang y M. Tisher, en Victoria Australia, la adaptación española la realizó Nicolas Seisdedos y fue publicada en 1990.

Esta escala a diferencia de la de Beck no ha sido elaborada a partir de un test de adultos; se ha diseñado específicamente para niños.

Su concepto de depresión esta basado en una revisión de la literatura sobre este tema, de autores tales como Klein M., (1934) Spitz R. (1946), J. Anthony y P. Scott (1960) entre otros.

Los autores del IBD definen depresión como una respuesta humana normal que varía en intensidad y cualidad, que se encuentra en la población infantil y que juega un papel especial en muchos grupos psiquiátricos, incluyendo los diagnosticados como depresiones neuróticas o psicóticas y para la elaboración de la escala se tuvieron en cuenta los contenidos de los informes psiquiátricos, las historias recogidas en el IAT y las hojas de respuestas del test; frases incompletas de niños, con depresión, así como las descripciones de las experiencias y fenómenos depresivos presentados en la literatura.

Al redactar el instrumento, los autores trataron de describir dichas experiencias de manera que los niños reconocieran si poseían o no estas experiencias. Así fué que con criterios teóricos y lógicos se cubrieron las características de la depresión en niños en las subescalas del instrumento.

De acuerdo con lo anterior, se puede ver que para la creación de las escalas de depresión los autores han tenido problemas debido a la falta de unificación de criterios, en cuanto a síntomas que nos den el diagnóstico de depresión y aún más cuando se trata de definir y medir la depresión en niños, es por esto que la mayoría de los instrumentos para niños se han creado a partir de los instrumentos de adultos.

Para la realización de este trabajo se considero necesario la utilización de una escala creada para niños y basado en las teorías de los autores mencionados, mismos del cuales se hace una revisión en este mismo capítulo.

CAPITULO III

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

ANTECEDENTES

A continuación se presentan investigaciones relevantes respecto a la relación existente entre depresión infantil e inteligencia.

Los hallazgos de estas investigaciones son el precedente del presente estudio.

Meyer, Dvck, Petrinack. (1989), estudiaron las características relacionadas con la sintomatología depresiva en niños. Este estudio se llevó a cabo en la ciudad de Winnipeg con 72 niños, seleccionados de una población de 361 niños de clase social media y de edades entre nueve y trece años, que cursaban quinto y sexto año de primaria, los cuales, fueron diagnosticados como deprimidos y no deprimidos (36 y 36), de acuerdo con el inventario de depresión para niños (CDS, Kovacs, (1980). En este estudio, los autores trataron de probar la hipótesis de Beck 1967 que dice: Existe un rol de distorsión cognoscitiva en personas deprimidas, Meyer N. y Dick mencionan los estudios de Halev, Fine, Marriage, Moretti, Freeman 1985, Kaslow, Rehm, Siegel, 1984, Moyal 1977, quienes han mostrado que la depresión ha sido asociada con incapacidad, culpa y autoculpa.

La investigación de Meyer y cols. (et.al.) examinó las diferencias en la autovaloración en niños deprimidos y no deprimidos. Ambos grupos contestaron el subtest de ordenación de dibujos del WISC-R, en el siguiente orden: ensayo, ejecución y problema. En cada paso, se les preguntó acerca de la expectativa en la ejecución de él y de sus compañeros. Se evaluó la importancia de sus habilidades con los siguientes parámetros: dificultad de la tarea, la suerte, y ayuda en

la ejecución. Las medidas a evaluar fueron: expectativas previas a la tarea, evaluación de la tarea y futuras expectativas.

Los resultados mostraron que los deprimidos tuvieron menor expectativa a la tarea, pero no así en futuras tareas, así también este grupo, evaluó más negativamente su ejecución que la de sus compañeros. Los resultados muestran un patrón de las diferencias en valoración cognoscitiva en niños con mayor o menor sintomatología depresivas. Los resultados de autovaloración son consistentes con la descripción de aspectos de la teoría de Beck, así también concuerdan con otras investigaciones de procesos de valoración negativa en adultos (Lobitz y Post, 1979) y niños deprimidos (Haley, 1985; Kaslow, 1984; Moyal 1977).

Existen estudios que muestran que la deficiencia en la realización de las escalas motoras y cognoscitivas en el WAIS están asociadas con la depresión (Cohen y cols. 1982).

Estas deficiencias han sido interpretadas en términos de una disrupción para la realización de las tareas asociadas con la depresión.

Así también existen investigaciones en niños que sugieren que deficiencias similares son asociadas con la depresión.

Kaslow, y cols.(1983) encontraron en un estudio con niños de 9 a 11 años, una correlación positiva en el CDI y el tiempo que tardaron en la realización de las subpruebas de diseño con cubos y aritmética.

Kaslow, Rehm y Siegel (1984) mostraron que los puntajes en el CDI, fueron significativos y correlacionados negativamente con el tiempo de ejecución en las subpruebas de diseño con cubos, claves y retención de dígitos en el WISC-R, y concluyeron que la depresión

disminuye la ejecución en tareas cognitivas complejas, más no en tareas simples. Uno de los problemas que mencionan los autores, es que la depresión en niños solo fue medida por medio del CDI y esto evidenció que el CDI no puede ser la única medida de depresión.

Jacobson, Lahey y Strauss 1983, mostraron que los puntajes en el CDI de un grupo de 109 niños fueron relacionados significativamente con la clasificación del maestro sobre problemas de conducta, tales como, inatención-pasividad, hiperactividad y sociabilidad.

Saylor, Finch y cols. 1983, mostraron una asociación entre depresión en niños medida por el CDI y patología calificada por el maestro. Saylor mencionó la necesidad de introducir el concepto "depresión enmascarada" ya que al parecer el CDI refleja una idea más general de la psicopatología, una idea congruente con los resultados es que los niños deprimidos con frecuencia muestran otro tipo de trastornos. Estos autores explican que la asociación entre las medidas de depresión tales como el CDI y el desempeño en tareas cognitivas puede estar afectada por una tercera variable que sería la inatención, la cual se ha encontrado que está relacionada con un desempeño inadecuado en las subpruebas del WISC-R (Lufi y Cohen, 1985).

Alan S. Weiner y Cynthia R. Pfeffer, (1986); investigaron la relación entre funciones intelectuales y estatus suicida en niños. Los autores se basaron en estudios con adultos donde se ha visto que la depresión afecta algunas funciones cognitivas. Ellos trataron de demostrar en un estudio con 106 niños con conductas suicidas, que la depresión en la infancia puede tener un mayor impacto en las funciones académicas e intelectuales, y que la depresión puede ser

académicas e intelectuales, y que la depresión puede ser una fuente de error en el diagnóstico de trastornos de aprendizaje en algunos niños. Ya que se puede esperar que ciertas funciones del Yo están comprendidas en las pruebas de inteligencia multifacética y que puedan ser asociadas con comportamiento suicida. La muestra estuvo conformada por 106 niños, 81 de sexo masculino y 25 de sexo femenino, de 6 a doce años, con un promedio de edad de 10 años. De acuerdo con los criterios del DSM-III, entrevistas psiquiátricas y motivo de ingreso, fueron asignados a tres grupos: no suicidas, ideas suicidas y actos suicidas. A los tres grupos se les aplicó el test WISC-R en forma individual.

En este estudio se encontraron pocas diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de actos e ideas suicidas vs no suicidas. En las variables de inteligencia que analizaron, encontraron mayores puntuaciones en inteligencia verbal, en los dos grupos suicidas en comparación con los no suicidas, quienes fueron diagnosticados como no deprimidos.

Los autores mencionaron que el WISC-R no es tan útil para distinguir confiablemente los trastornos emocionales en niños con trastornos de aprendizaje y en niños con actuación de impulsos. También indicaron que los tres grupos fueron bastante heterogéneos en su trastorno afectivo y en su funcionamiento intelectual. Así también, las pruebas de inteligencia no son lo bastante útiles para examinar diferencias cognitivas individuales. Ellos sugieren el empleo de pruebas más restringidas, que permitan la evaluación de procesos cognoscitivos, que se piensa que están asociados con trastornos psiquiátricos.

Mc Gee, Anderson, Williams y Silva (1986), pusieron a prueba la hipótesis de que la sintomatología depresiva en niños está asociada con dificultades en las tareas cognitivas. Los autores se basaron en investigaciones realizadas con adultos en las que se encontró que las deficiencias en la ejecución de tareas motoras y cognitivas están asociadas con depresión. Los objetivos específicos de este estudio consistieron en examinar la asociación de la depresión y la inatención así como la percepción de los niños respecto de su desempeño académico y su autoestima. Esta investigación se llevó a cabo en Nueva Zelanda, tomando una muestra de 925 niños de once años de edad, a los cuales se les aplicaron las siguientes subescalas del WISC-R: información, aritmética, semejanzas, vocabulario, figuras incompletas, retención de dígitos, diseño con cubos y rompecabezas. Así también los niños fueron entrevistados por un psiquiatra infantil, por medio de la entrevista diagnóstica para niños DISC-C, (Costello y cols., 1982), la cual concuerda con los criterios diagnósticos de depresión del DSM-III. Así también, se incluyeron criterios para medir impulsividad y un cuestionario para medir autoconcepto en la percepción de habilidades en áreas académicas.

Los resultados concuerdan con los hallazgos de Mc Gee, Williams y Silva 1985, en el sentido de que el desempeño en tareas cognitivas se relaciona con los reportes de inatención de padres y maestros en vez de con "problemas de depresión." La depresión se asoció significativamente con una baja autoestima general y pocas expectativas respecto al desempeño en la tarea. Sin embargo, la sintomatología depresiva no pareció estar significativamente relacionada con el desempeño actual en tareas cognitivas.

Los resultados de este estudio no confirman la hipótesis de que la depresión está asociada con un deterioro general en tareas complejas, podría ser que la depresión en la que una baja concentración aparece como el síntoma principal pueda asociarse con tal deterioro en la infancia. A la fecha ninguna investigación parece haber respondido a esta pregunta.

Colber, Newman, Ney y Young (1982), encontraron que el 71% de la muestra de 111 niños deprimidos que asistían regularmente a clases, tenía significativamente bajo rendimiento escolar, aunque solo el 7% tenía diagnóstico de problemas de aprendizaje específicos.

Brumbach y Staton (1983), hipotetizaron que la depresión puede intensificar el problema de aprendizaje al agravar la disfunción cortical básica y señalaron que la depresión afecta el problema de aprendizaje, en vez de que el problema de aprendizaje afecte la depresión. Sin embargo, la presencia de depresión no revela nada sobre su causalidad. También se podría esperar que los niños con problemas de aprendizaje que por definición tienen bajo rendimiento escolar son posibles candidatos a la depresión. Anteriormente Wertz (1963) había tratado de probar esta hipótesis.

Brumbach, Jackoway y Weinberg (1980) encontraron que del 60% de los niños entre 5 años con 6 meses y 12 años con seis meses de edad, canalizados a un centro de diagnóstico educacional, debido a sus problemas de aprendizaje, concordaban con el criterio de Weinberg y cols., (1973) de depresión infantil. Sin embargo, no encontraron

diferencias en las subpruebas del WISC-R y en la prueba de ítem individual Peabody.

Posteriormente Brumbach y Staton (1982, 1983) sostienen teóricamente que existe una relación entre problemas de aprendizaje y trastornos depresivos. De tal forma que proponen que esta asociación tiene base en una disfunción del hemisferio derecho del SNC. Ellos afirman que las disfunciones del hemisferio derecho son extremadamente comunes entre niños con problemas de aprendizaje y opinan que las dificultades en el aprendizaje que presentan los niños deprimidos, son secundarias a la depresión y estos trastornos pueden mejorar al tratar la depresión.

Brumbach (1985) presentó una mejor evidencia para apoyar esta hipótesis de lateralidad, al volver a analizar los datos de su investigación de 1980 en la que el 62% de los niños con problemas de aprendizaje que cumplían con el criterio de depresión pero no mostraban ninguna diferencia en las subpruebas del WISC-R respecto a los niños no deprimidos. Así, Brumbach reanalizó las diferencias en las puntuaciones entre la escala verbal y la de ejecución y en los niños deprimidos encontró un déficit significativo en la escala de ejecución (15 puntos menor al de la escala verbal). Así las deficiencias en la escala de ejecución en relación con la escala verbal obtuvieron significancia a un 34% en contraste con un 14% de los niños no deprimidos. Brumbach, (et.al.) interpretó los hallazgos de un déficit en la diferencia significativa en la escala de ejecución y la escala verbal entre deprimidos y no deprimidos como evidencia para la hipótesis de lateralidad.

La afirmación es que el puntaje en la escala de ejecución refleja procesos del hemisferio derecho y el puntaje en la escala verbal procesos del hemisferio izquierdo.

El que estos hallazgos proveen una evidencia en soporte de la hipótesis de lateralidad y que tales datos puedan ser vistos como evidencia para una relación entre depresión y problemas de aprendizaje, es ciertamente debatible.

Livingston (1985), revisó la literatura de depresión y problemas de aprendizaje y empatizo con el trabajo de Brumbach y sus colegas.

Para poder establecer la generalidad de los resultados de Brumbach, otros autores tales como, Halmut, B. Mokros y E

Stevenson D.T., Romney D.M. y Romney MSc, 1984 investigaron la prevalencia de la depresión en niños con problemas de aprendizaje, así también estudiaron las diferencias que podían existir entre niños con problemas de aprendizaje deprimidos y no deprimidos esperando identificar las variables de la depresión relacionadas con problemas de aprendizaje. A un grupo de 103 niños con problemas de aprendizaje de 8 a 13 años de edad, con escolaridad de tercero a sexto año, se les aplicó el CDI, el cuestionario de personalidad para niños CPQ y un inventario de autoestima. Así también fueron entrevistadas las madres de los niños para averiguar sus expectativas en cuanto al desempeño de sus hijos.

Los resultados muestran que no hubo diferencias significativas en cuanto a sexo e inteligencia entre los grupos de deprimidos y no deprimidos. Sin embargo, los resultados confirmaron la afirmación de Brumbach, Jackoway y Weinberg, (1980) de que no hay una relación entre la depresión infantil y la inteligencia.

Respecto a las expectativas de las madres hacia sus hijos, ellas mencionaron que esperaban que sus hijos desarrollaran su potencia).

Respecto a los factores de personalidad de los niños con problemas de aprendizaje deprimidos en comparación con los no deprimidos, estos últimos mostraron una menor autoestima, ser más reservados, despegados, críticos y esquivos, volubles, fáciles de contrariar, indisciplinados, descuidados de las reglas sociales y más propensos a la culpa, a la aprehensión y a la preocupación, más sensibles y sobreprotegidos que los no deprimidos.

Los rasgos de personalidad que caracterizan al niño con problemas de aprendizaje deprimido, son particularmente una gran ansiedad y una escasa fuerza del yo. Esto combinado con su hipersensibilidad les puede ocasionar problemas de adaptación en situaciones sociales, mismos que pueden interferir con su aprendizaje en clase y acentuar su problema académico. Este estudio sugiere que se tome en cuenta el estado afectivo y la personalidad de los niños con problemas de aprendizaje, así como sus desventajas cognoscitivas.

Kashani, Cantwell, Shekim y Reid, (1982) investigaron en 100 niños con trastornos depresivos, los trastornos de aprendizaje en comparación con niños con otros diagnósticos, encontrando dificultades en lectura y aritmética en el grupo de niños deprimidos, pero no encontraron diferencias significativas en CI al comparar estos dos grupos.

Según las investigaciones realizadas, no existe ningún antecedente con población mexicana.

Algunas investigaciones que aquí se mencionan han encontrado como características importantes, en los niños deprimidos, inatención

interactividad, baja autoestima, dificultades de la socialización, así como problemas escolares, la cual es congruente con la clasificación de algunos autores mencionados en el capítulo dos, y al parecer la depresión está más asociada con inatención y baja autoestima, más no con el desempeño en tareas cognitivas.

La gran mayoría de estudios que aquí se revisaron han estudiado la diferencia en la realización de las escalas verbal y de ejecución, que conforman el WISC, en niños deprimidos y no deprimidos, lo que se ha encontrado es que los niños deprimidos tardan más tiempo en la realización de las subpruebas Diseño con Cubos y Aritmética, otros estudio muestran puntajes más bajos en Diseño con Cubos, Claves y Retención de Dígitos, por lo que concluyen que la depresión disminuye la ejecución en tareas cognitivas complejas pero no simples.

Por otra parte en otras investigaciones no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la realización de los test de inteligencia en niños deprimidos y no deprimidos.

Otras investigaciones han tratado de encontrar la relación que existe entre la depresión y problemas de aprendizaje y al parecer los niños deprimidos tienen bajo rendimiento escolar pero no problemas de aprendizaje.

CAPITULO VI

METODOLOGIA.

4.- PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACION DEL PROBLEMA:

La evaluación de la inteligencia, del niño, en una valoración psicológica adquiere una gran importancia para el diagnóstico y tratamiento a seguir.

El test de inteligencia WISC desde su creación, ha sido objeto de varias investigaciones, en diversos cuadros clínicos, esto con la finalidad de saber que características de la personalidad afectan el desempeño en la realización de esta prueba.

Meyer y cols., (1989) quienes encontraron que en los niños deprimidos existe una valoración negativa respecto a la realización de algunos subtest en el WISC-R. Cohen y cols., (1982) sostienen que la deficiencia en la realización de las escalas motoras en el WAIS están asociadas con la depresión. Kaslow y cols., (1983) encontraron que los niños deprimidos tardaban más tiempo en realizar los subtest Diseño con Cubos, Claves y Retención de Dígitos en el WISC. Los hallazgos de Mc. Gee K. y cols., (1986) indican que la inatención se relaciona con el desempeño en tareas cognitivas y la depresión se asocia más con baja autoestima general., Brumback y cols., (1980) investigó la inteligencia en grupos de niños deprimidos y no deprimidos, no encontrando relación entre la depresión infantil y la inteligencia.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente la presente investigación tuvo como finalidad el saber el efecto de la depresión infantil en la inteligencia.

En función de lo anterior, planteamos la siguiente pregunta que constituye nuestro problema de investigación:

¿Qué relación existe entre la depresión victoriosa y la inteligencia?

4.1. Objetivo General:

- Comparar el perfil que obtengan en el CDS y en el WISC-RM una muestra de niños mexicanos de 8 a 12 años de edad, agrupados de acuerdo con los resultados del CDS.

Objetivos particulares:

- Determinar si los niños que obtuvieron puntajes altos en la subescala total depresiva en el CDS presentan un perfil característico en el WISC-RM.
- Determinar en cuales subescalas del WISC-RM presentan diferencias significativas los niños que obtuvieron puntajes altos, en comparación con los que obtuvieron puntajes bajos, en la escala total depresiva en el CDS.
- Determinar si los niños que obtuvieron puntajes altos en la subescala de total depresivo en el CDS, en comparación con los que obtuvieron puntajes bajos, presentan el factor de distractibilidad descrito por Kaufman (1979).
- Determinar que sexo obtuvo puntajes más altos en la escala del CDS.

- Determinar en que grupo de edad los niños obtuvieron puntajes más altos en las escalas del CDS.
- Determinar en cual de los tres grupos, las subescalas Aritmética, Diseño con cubos, Claves + Retención de Dígitos, obtuvieron puntajes más bajos en el WISC-RM.
- Determinar si existe un C.I. más alto en los niños dependiendo del tipo de escuela a la que asisten.
- Determinar si existe relación entre las subescalas PS (problemas sociales) y DV (problemas depresivos varios) del CDS, con las subescalas de Aritmética, Retención de Dígitos y Claves del WISC-RM.

4.2.-Hipótesis de investigación:

Hi 1: Es posible encontrar un perfil característico en el WISC-RM, de los niños que obtuvieron puntajes altos en la subescala total de depresión en el CDS.

Hi 2: Los niños que obtuvieron puntajes altos en la subescala Total depresivo en el CDS, en comparación con los que obtuvieron puntajes bajos, presentan el factor de distractibilidad descrito por Kaufman (1979)

4.2.1.- Hipótesis Estadísticas:

Ho. 1: No existen diferencias significativas entre la Escala de Educación y la Escala verbal del WISC-RM, entre los tres grupos de

niños que obtuvieron puntajes altos, medios y bajos, en la escala total depresiva en el CDS.

Ha. 1: Si existen diferencias tales diferencias.

Ho. 2: No existen correlaciones significativas entre las subescalas PS (problemas sociales) y DV (problemas depresivos varios) del CDS, con las subescalas de Aritmética, Retención de dígitos y Claves del WISC-RM.

Ha. 2: Si existen tales correlaciones.

Ho. 3: No existen diferencias significativas en el puntaje de las subescalas en el test CDS dependiendo del sexo de los sujetos.

Ha. 3: Si existen diferencias.

Ho. 4: No existen diferencias significativas en el puntaje de las subescalas del test CDS dependiendo de la edad de los sujetos.

Ha. 4: Si existen diferencias.

Ho. 5: No existen diferencias significativas en las subescalas: Aritmética, Diseño con cubos, Claves y Retención de Dígitos del WISC-RM, en los tres grupos de niños.

Ha. 5: Si existen diferencias.

Ho. 6: No existen diferencias significativas en el C.I. de los sujetos independientemente del tipo de escuela a la que asistan.

Ha. 6: Si existen diferencias.

4.3.- Variables.

4.3.1.- Identificación de Variables:

Variable Independiente:

- Niveles de Depresión: No Depresión.
Depresión Moderada.
Depresión Severa.
- Tipo de Escuela.

Variable Dependiente:

Puntajes obtenidos en la escala de inteligencia del WISC-RM.

4.4.- Definición de Variables:

Variables Independientes:

1.- Niveles de depresión:

Se evaluaron mediante el CDC y de acuerdo con los puntajes obtenidos se formaron tres grupos:

En el grupo de No depresión, se consideraron aquellos sujetos que obtuvieron un puntaje en la escala Total Depresiva de 0-75 a 136 indicando del percentil 1 a 50, de acuerdo con la tabla de baremos del manual.

El grupo Depresión Moderada, fué para los que obtuvieron un puntaje de 137 a 160 y se encontraron en los percentiles 51 a 79

El grupo Depresión Severa, que corresponde a los puntajes entre 161 y 240 y correspondientes a los percentiles 80 a 99

2.- Tipo de escuela:

Escuela oficial y escuela particular.

Variables Dependientes:

Puntajes obtenidos en la escala de inteligencia del WISC-RM.

- C.I. Total.
- C.I. Verbal.
- C.I. Ejecución.
- Puntajes en los subtest del WISC-RM.

Variables atributivas a controlar:

Constelación familiar, tipo de escuela: particular y pública, reprobación escolar, rendimiento escolar, problemas físicos, perceptuales, pérdida de alguna figura importante.

Estas variables se encontraron en los tres grupos.

4.5. MUESTREO

Los sujetos fueron seleccionados a través de un muestreo no probabilístico, intencional por cuota; se eligió este muestreo debido a que no se conocía la probabilidad de inclusión de los sujetos dentro de la muestra, asimismo fué intencional debido a que los grupos se conformaron con ciertas características.

4.5.1. SUJETOS

La población estuvo conformada por 100 niños, 52 de sexo masculino y 48 de sexo femenino que acuden a escuela primaria con edades

comprendidas entre ocho y doce años. Sesenta acudían a escuela particular y 40 a escuela oficial.

4.6 DISEÑO DE INVESTIGACION

El diseño de investigación es ex-post-facto de tres muestras independientes y el tipo de estudio es descriptivo.

4.7 INSTRUMENTOS

En el presente estudio se utilizaron tres instrumentos para recabar información:

 Cuestionario Socioeconómico.

 Cuestionario de depresión para niños.

 WISC-RM Escala de evaluación de la inteligencia para niños,
 revisión mexicana.

4.7.1 Descripción de los instrumentos de evaluación:

Cuestionario Socioeconómico; elaborado por la autora del presente estudio. Este contiene preguntas cerradas y abiertas, y tiene como objetivo investigar datos económicos, de escolaridad de los padres, así como datos de la vida del niño que pudieran ser causa de un estado depresivo y que sea reportado por los padres. (Ver anexo 1)

El CDS fue diseñado por M. Lang y M. Tisher en el año de 1983 en Victoria, Australia y estandarizada en una muestra de niños españoles en 1990. Esta prueba se aplica a niños entre 8 y 16 años de edad en

forma individual o colectiva; su tiempo de aplicación es de aproximadamente 40 minutos y evalúa en forma global y específica la depresión.

El Cuestionario CDS contiene 66 reactivos, 48 de tipo depresivo y 18 de tipo positivo. Estos dos conjuntos se mantienen separados y permiten dos subescalas generales independientes: Total Depresivo y Total Positivo.

Total Depresivo, con seis subescalas:

- RA. Respuesta afectiva con ocho reactivos que aluden al estado de humor de los sentimientos del niño.
- RS. Problemas sociales con ocho reactivos que se refieren a las dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad del niño.
- AF. Autoestima con ocho reactivos que se relacionan con los sentimientos, conceptos y actitudes del niño en relación con su propia estima y valor.
- PM. Preocupación por la muerte o salud con siete reactivos que aluden a los sueños y fantasías del niño en relación con su enfermedad y muerte.
- SC. Sentimiento de culpabilidad con ocho reactivos que se refieren a la autopenia del niño.
- DV. Depresivos varios con nueve reactivos en los que se incluyen aquellas cuestiones del tipo depresivo que no pudieron agruparse para formar una entidad.

Total Negativo, con dos subescalas:

- AA. Animo-alegría con ocho reactivos que se puntúan en polo opuesto y que aluden a la ausencia de alegría, diversión y felicidad en la vida de un niño, así como a su incapacidad para experimentarlas.
- AV. Positivos varios con diez reactivos puntuados en el polo opuesto que incluyen aquellas cuestiones de tipo positivo que no dieron agruparse para formar una entidad.

Confiabilidad:

En 1990 se inició la adaptación española con una muestra de 843 niños de 8 a 14 años, de los cuales se tomaron a 730 que habían contestado todos los elementos y se calculó la fiabilidad o consistencia interna mediante la formulación de Kuder-Richardson (K.R. 20). En el examen de las relaciones entre las variables de depresión en el test y en el retest se observó una estructura similar y una mayor correlación entre las subescalas de la aplicación del test y todas las subescalas de aplicación en el retest (Lang M. y Tisher 1990).

Validez:

El CDS ha sido correlacionado con otras pruebas por ejemplo, con las escalas de personalidad del cuestionario EPQ-J de Eysenck. También se ha puesto en relación con los aspectos antisociales y delictivos mediante el cuestionario A-D (Seisdedos, 1982).

Los resultados corroboran los conceptos de que los resultados de los niños se elevan al aumentar la conducta adaptativa.

Escala de Inteligencia Revisada Para El Nivel Escolar WISC-RM.

El WISC-RM es la revisión de la escala de inteligencia para niños WISC-R de Wechsler, que realizó la Dirección de Educación Especial de la S.E.P., con población mexicana.

Este instrumento evalúa por medio de dos escalas, una verbal y otra de ejecución, la inteligencia en niños entre 6 y 16 años de edad. Su aplicación es en forma individual y toma un tiempo de aproximadamente 75 minutos.

Confiabilidad:

Los coeficientes de correlación se obtuvieron por el procedimiento de las mitades (Split-Half) generalmente reactivos impares contra pares, con las correcciones apropiadas para la totalidad de las subescalas, por medio de la fórmula Spearman-Brown. Para composición de objetos, los reactivos uno y cuatro constituyen una mitad y los reactivos dos y tres la otra. El procedimiento de las mitades provee una medición de la consistencia interna, no es apropiado para claves dado que es una subescala de velocidad; ni tampoco lo es para retención de dígitos, porque se presentan como dos subescalas separadas.

Los CI de las escalas verbal, de ejecución y total, tienen altas confiabilidades a lo largo de todos los valores; los coeficientes promedio fueron de .90, .69 y .94 respectivamente. Las

confiabilidades para cada subescala individual son satisfactorias, con un coeficiente promedio comprendido entre .70 y .81 para las subescalas verbales y de .66-.82 para las subescalas de ejecución (Gómez, Padilla, Roll, 1984).

Cada una de las escalas incluye o subpruebas anexas que se mencionan a continuación con el número de reactivos que poseen.

ESCALA VERBAL

	Número de Reactivos
Información	30
Semejanzas	16
Aritmética	16
Vocabulario	40
Comprensión	14
Retención de Dígitos	14

ESCALA DE EJECUCION

Ordenación de Dibujos	20
Figuras Incompletas	11
Diseños con Cubos	10
Composición de Objetos	4
Claves A	45
0	
Claves B	93
Laberintos	8

4.8. MATERIAL

Lápiz, bicolor, cronómetro, hojas de respuesta y hojas blancas.

4.8 PROCEDIMIENTO

Se aplicó el cuestionario socio-económico, el Cuestionario de Depresión para niños (CDS) y el test de inteligencia WISC-RM a 100 niños. La muestra estuvo conformada por alumnos que acuden a escuelas particular y oficial, dichas escuelas, habían sido elegidas para realizar una investigación sobre el WISC-RM por parte de la Universidad de las Américas y por ello se contó con la colaboración de la directora de la escuela primaria particular "Anglo Mexicano de Coyoacan" y de la escuela oficial "7 de julio".

A las directoras de estas escuelas se les explicaron los objetivos del presente estudio y la forma en que se trabajaría con los niños, a su vez ellas se comunicaron con los padres y maestros de los niños y todos estuvieron de acuerdo en que se efectuara el estudio.

En ambos planteles fue asignado un cubículo para realizar la aplicación de las pruebas a los niños.

En la escuela particular acuden los niños en un horario de 8:00 a 14:30, y de 13:00 a 14:30 asisten a clases de inglés. En la escuela oficial los niños tienen un horario de 8:00 a 12:00 hrs y en ambas escuelas no existe el servicio de psicología.

Se trabajó en tres sesiones de una hora aproximadamente con cada sujeto. La primera sesión fue con grupos de 4 o 5 niños y en ella se les preguntaron sus datos generales, se les dio un cuestionario de

nivel socioeconómico para que sus padres lo contestaran y también se les aplicó el test CDS, dándoles las siguientes instrucciones:

"Otros niños han contestado a las frases que voy a leer, diciendo cómo piensan o cómo sienten, si están de acuerdo o no sobre lo que se dice en esas frases y solo yo voy a ver las contestaciones. Voy a leer un número y una frase y ustedes van a contestar en la hoja que les entregue, poniendo una marca sobre el círculo que hay después de ese número."

Una vez dadas las instrucciones se realizó un ejemplo con la primera pregunta para aclarar dudas y posteriormente leyeron las 65 preguntas restantes.

En la segunda sesión se aplicó la Escala Verbal del test WISC-RM en forma individual y en la tercera se aplicó la Escala de Ejecución del mismo test.

4.9.1. ANALISIS DE DATOS:

El análisis de datos se llevó a cabo de acuerdo al programa para Windows versión 6.1 de SPSS.

Los resultados se obtuvieron, con la prueba T de Students, para la comparación de grupos y se realizó el Análisis de Varianza con comparaciones posteriores de Tukey.

CAPITULO V

PRESENTACION DE RESULTADOS

A continuación se presenta la descripción de las características de los sujetos que conformaron la muestra, así como los resultados del análisis de datos.

	ESCUELA				Total	
	Pública		Particular		F	%
	F	%	F	%		
SEXO						
Masculino	22	55.00	30	50.00	52	52.00
Femenino	18	45.00	30	50.00	48	48.00
EDAD						
8-10	17	42.50	33	55.00	50	50.00
11-12	23	57.50	27	45.00	50	50.00
DEPRESION						
No Depresión	15	37.50	41	68.33	56	56.00
Moderada	13	32.50	6	10.00	19	19.00
Severa	12	30.00	13	21.67	25	25.00

TABLA 1 DESCRIPCION GENERAL DE LA MUESTRA.

5.1.-DESCRIPCION DE LOS SUJETOS DE LA MUESTRA:

En la Tabla 1 se puede ver que la muestra se conformó de 100 niños, 60 de ellos asistían a escuela particular y 40 a escuela oficial, de ambos sexos y edades comprendidas de 8 a 12 años. En esta tabla se puede observar que el 52% eran del sexo masculino y el 48% del sexo femenino. Inicialmente se pretendió que la muestra estuviese conformada por un 50% para cada tipo de escuela y para cada sexo, pero la población en la escuela pública era menor, especialmente las mujeres.

Las edades de los sujetos, como se menciona anteriormente fueron de 8 a 12 años, mismas que se dividieron en dos rangos, de 8-10 y de 11-12, de las cuales un 50% correspondió al 1er grupo y el otro 50% al otro rango de edad. La división se realizó debido a que existen diferencias de desarrollo psicobiológico en un sujeto de 8 años respecto a uno de 12 años.

De acuerdo a los objetivos de la investigación la muestra se distribuyó en tres grupos de acuerdo a los puntajes obtenidos en el CDS (Cuestionario de depresión infantil) mismo que se aplicó para conocer el grado de depresión que tenían los alumnos que conformaron la muestra. El 56% de la muestra obtuvo puntajes en la escala No deprimidos, ellos conformaron el 1er grupo; el segundo grupo se formó con el 19% de los niños que obtuvieron puntajes correspondientes a

depresión moderada y el tercer grupo se integró con el 25% del total y fué de los niños que obtuvieron puntajes correspondiente a depresión severa.

5.2.- RESULTADOS DEL CUESTIONARIO SOCIOECONÓMICO:

Se aplicó el cuestionario socioeconómico (Anexo I) elaborado por la autora del presente estudio, con la finalidad de conocer algunos datos del entorno en que viven los niños, específicamente datos que nos dan información de sus padres, situaciones escolares y de circunstancias específicas que indican la percepción de los padres en cuanto al estado emocional y conductual del niño. Los resultados de este se presentan por grupos, ya que el total de la muestra se dividió en tres grupos dependiendo de el nivel de depresión.

Grupo 1 No deprimidos.

Grupo 2 Depresión moderada.

Grupo 3 Depresión Severa.

Las características de escolaridad y ocupación de los padres encontrados en los tres grupos, las describiremos a continuación;

En la grafica uno se puede observar el nivel de escolaridad del padre: En el grupo uno se encontró que el 30.9% tienen estudios de licenciatura, un 27% curso secundaria, un 25.8% terminó primaria un 10.6% obtuvo postgrado y solo el 6.7% terminó la preparatoria. En el grupo dos un 44.1% de los padres de los niños terminó la secundaria, un 33.3% tenía licenciatura, un 11.6% carrera técnica, y el 11% curso solo la primaria. En el grupo tres el 42.1% tiene estudios de licenciatura el 20.8% terminó la secundaria, un 14.8% curso la primaria un 14.5% llegó hasta la preparatoria y el 7.1% obtuvo estudios a nivel posgrado.

En el grupo uno y tres se observo el mayor nivel de escolaridad ya que en ambos grupos se encontraron sujetos que habían cursado licenciatura y postgrado.

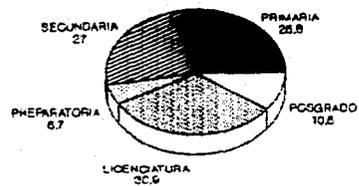
La ocupación del padre, se puede ver en la grafica dos; en el grupo uno el 30.7% es profesionista, el 24.9% es técnico, un 22.2% trabaja como empleado y un mismo porcentaje 22.2 se dedica a ventas. En el grupo dos, un 44.4% son empleados, el 34.3% es profesionista y el 22.7% es técnico. En el grupo tres el 31.7% es profesionista el 25.45% son obreros, y un 15.3% son empleados, un 15.3% son técnicos y un 15.3% se dedica a ventas.

Se observa que la actividad que predominó fué; profesionista en el grupo uno y tres, mientras que en el grupo dos fué como empleado. Cabe mencionar que de acuerdo con el nivel de escolaridad en el grupo tres se esperaba un mayor porcentaje en actividades de profesionista, pero no fué así.

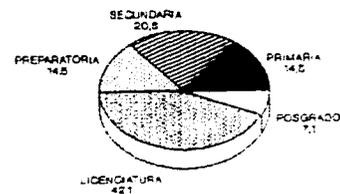
Respecto a la escolaridad de la madre, se observa en la grafica tres los siguientes datos: En el grupo uno, el 25.5% curso primaria, el 26.5% terminó la secundaria y el 25.5% curso estudios de Licenciatura, el 12.9% terminó la preparatoria y un 9.5% estudio comercio. En el grupo dos; el 30% curso primaria, un 30% terminó la

ESCOLARIDAD DEL PADRE

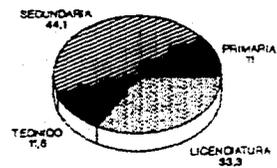
GRUPO 1



GRUPO 3



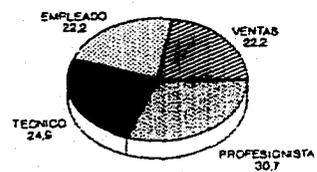
GRUPO 2



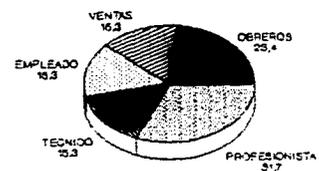
GRAFICA 1

OCUPACION DEL PADRE

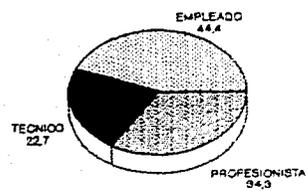
GRUPO 1



GRUPO 3



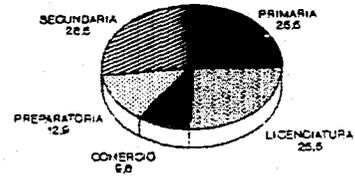
GRUPO 2



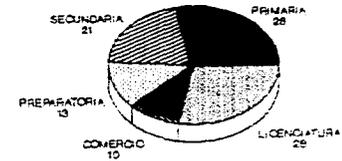
GRAFICA 2

ESCOLARIDAD DE LA MADRE

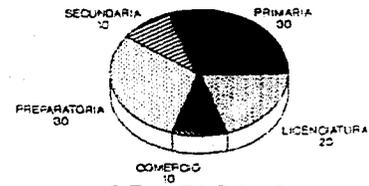
GRUPO 1



GRUPO 3



GRUPO 2



GRAFICA 3

preparatoria, un 20% terminó la licenciatura, un 10% curso secundaria y otro 10% estudió comercio. En el grupo tres el 28% terminó primaria, en el mismo porcentaje, 28% curso licenciatura, y un 21% terminó la secundaria, el 13% la preparatoria y por último un 10% estudio comercio. Por los datos anteriores se puede ver, el mayor nivel de escolaridad lo tiene el grupo tres ya que existe un mayor porcentaje de mujeres que terminaron la licenciatura.

La grafica 4 se refiere a la ocupación de las madres, esta fué muy parecida en los tres grupos, un promedio de 60% en cada grupo se dedica al hogar. Cabe mencionar que aquí se esperaba diversidad en las ocupaciones debido al nivel de escolaridad.

En la grafica 5. se puede observar el estado civil de los padres de los niños, en el primer grupo el 80% están casados y el 3.3% divorciados, en el grupo dos el 90% son casados y el 10% se encuentran divorciados, y en el grupo tres existió el porcentaje más alto de divorcios alcanzando el 20% y el 80% restante se encuentran casados.

Estos resultados están relacionados con los datos de las personas con las que viven los niños. En la grafica 6, se observa que en el grupo uno el 90.6% vive con ambos padres, el 8.3% solo con la madre y el 1.1% vive con ambos padres y abuelos, en el grupo dos el 88% vive con ambos padres y el 12% vive solo con la madre, en el grupo tres el 80% vive con ambos padres, el 9.2% con madre y abuelos y el 10.8% vive solo con la madre.

En la grafica 7 se observan el número de hermanos que tienen los niños que conforman la muestra, en el grupo uno el 50% tiene un solo hermano, en el grupo dos el 40% también tiene un solo hermano y en el grupo tres el 46.1% tiene dos hermanos.

Respecto a el lugar que ocupan los niños en relación con sus hermanos. se observa en la grafica 8 los siguientes resultados, en el grupo uno y dos el 40.6% ocupa el primer lugar y en el grupo tres el 41% ocupa el segundo lugar.

Respecto a datos sobre problemas académicos, de conducta y perdidas importantes se reportaron los siguientes resultados.

En la grafica 9 en el grupo uno el 2% reporta haber reprobado 2o y 3er año de primaria, en el grupo dos un 2% reprobó 1o y 2o y en el grupo tres el 1% reprobó 1er año.

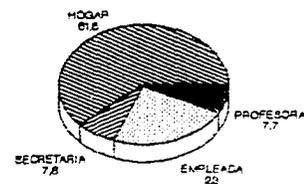
En la grafica 10 se observan los problemas de conducta, reportados por los padres de los niños y la incidencia en cada grupo. En el uno un 60.2% no reportaron ningún problemas de conducta, un 13.3% presenta agresión, un 10% distracción en clase y un 3.3% reportó problemas de sueño y un 13.3% reporta retraimiento, en el grupo dos un 50% no reportaron problemas de conducta, un 20% se distrae en clase y en porcentajes de 10% reporta agresión, 10% aislamiento y 10% celos, en el grupo tres un 60% reportaron problemas distracción, un 13% indicaron sensibilidad, un 13% rebeldía 1.5% flojera, 1.5% reporta hiperactividad y un 11% no reportaron problemas.

OCUPACION DE LA MADRE

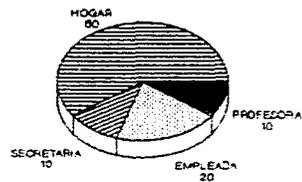
GRUPO 1



GRUPO 3



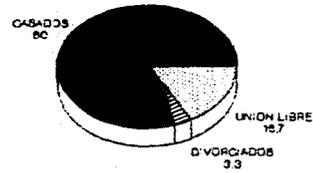
GRUPO 2



GRAFICA 4

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES

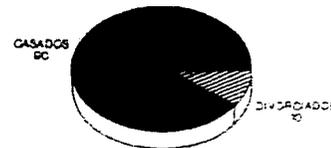
GRUPO 1



GRUPO 3



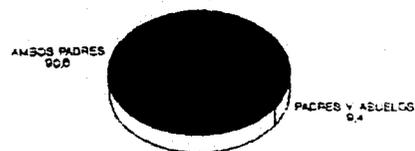
GRUPO 2



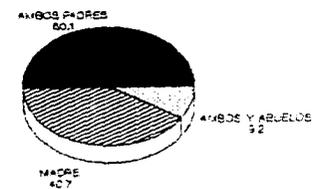
GRAFICA 5

CON QUIENES VIVEN

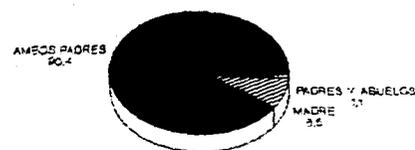
GRUPO 1



GRUPO 3



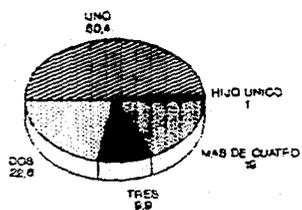
GRUPO 2



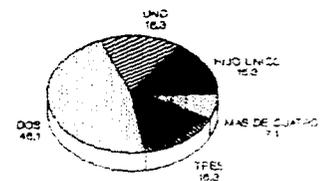
GRAFICA 6

NUMERO DE HIJOS

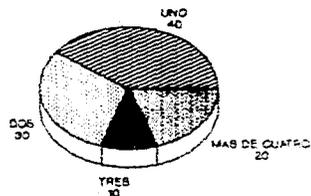
GRUPO 1



GRUPO 3



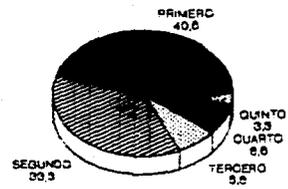
GRUPO 2



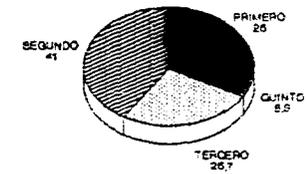
GRAFICA 7

LUGAR QUE OCUPA

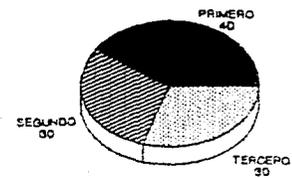
GRUPO 1



GRUPO 3



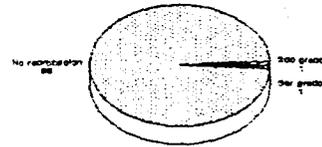
GRUPO 2



GRAFICA 8

REPROBACION

GRUPO 1



GRUPO 3



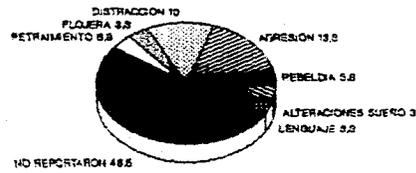
GRUPO 2



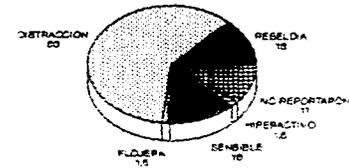
GRAFICA 9

PROBLEMAS DE CONDUCTA

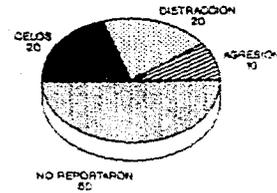
GRUPO 1



GRUPO 3



GRUPO 2



GRAFICA 10

En la grafica 11 se observan los datos que indican las enfermedades de los padres, en el grupo uno el 50% de los padres de los niños ha estado enfermo, en el grupo dos no se reporta datos al respecto y en el grupo tres el 10% reporta enfermedad en los padres.

En la grafica 12 podemos ver los datos que se refieren a pérdidas importantes que han tenido los niños, tales como muerte de un familiar cercano, se observó lo siguiente: En el grupo uno el 30% ha tenido como pérdida importante la muerte de alguno de los abuelos, en el segundo grupo el 10% ha muerto su padre adoptivo y otro 10% reporta muerte de alguno de los abuelos, en el tercer grupo el 60% ha fallecido alguno de sus abuelos, teniendo el mayor número de pérdidas este tercer grupo.

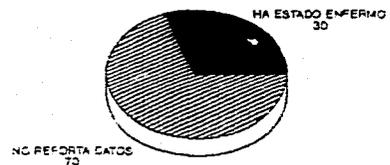
En la grafica 13 se observa que en el grupo uno el 20% reporta haber estado en tratamiento psicológico, en el grupo dos no reporta datos de haber estado en tratamiento, y en el grupo tres el 30% dice haber estado en tratamiento psicológico.

También se obtuvieron datos acerca de enfermedades o hospitalización que ha tenido el niño, lo cual se observa en la grafica 14: en el grupo uno el 10% ha tenido una enfermedad prolongada (sin especificar el tiempo) y el 10% ha estado hospitalizado. En el grupo dos y tres no se reportaron datos, debido quizá a que esto no se ha presentado.

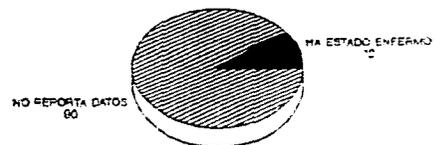
Por último se puede ver en la grafica 15 el número de horas que duerme el niño: en el grupo uno y dos el 60% de los niños duerme aproximadamente 9 horas, en el tercer grupo el 70% duerme 9 horas.

ENFERMEDAD DE LOS PADRES

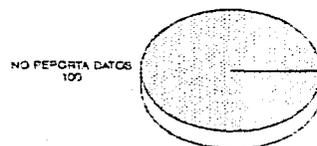
GRUPO 1



GRUPO 3



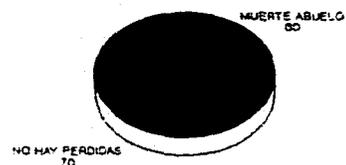
GRUPO 2



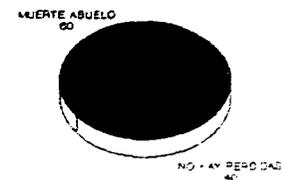
GRAFICA II

PERDIDAS IMPORTANTES

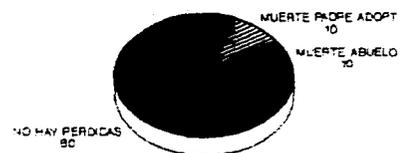
GRUPO 1



GRUPO 3



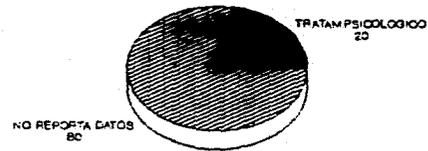
GRUPO 2



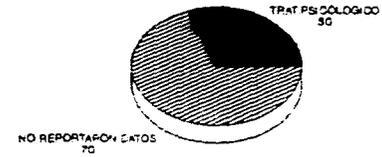
GRAFICA 12

TRATAMIENTO PSICOLOGICO

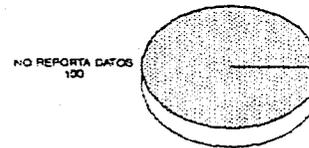
GRUPO 1



GRUPO 3



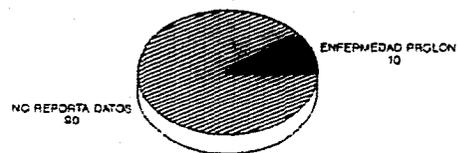
GRUPO 2



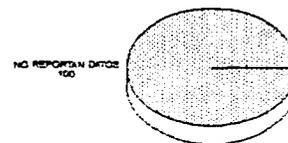
GRAFICA 13

ENFERMEDADES DE LOS NIÑOS

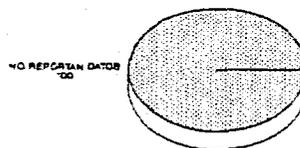
GRUPO 1



GRUPO 3



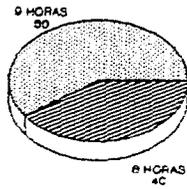
GRUPO 2



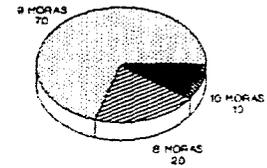
GRAFICA 14

HORAS QUE DUERMEN

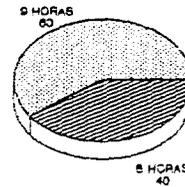
GRUPO 1



GRUPO 3



GRUPO 2



GRAFICA 15

**PRESENTACION Y ANALISIS DE DATOS
DE LOS INSTRUMENTOS WISC-R-M Y CDS**

A continuación se presentan los resultados de los instrumentos que se llevo de acuerdo a las siguiente variables: tipo de escuela, edad y sexo.

	No Deprimidos		DEPRESION				Total	
			Moderada		Severa			
	F	%	F	%	F	%	F	%
SEXO								
Masculino	32	57.14	9	47.37	11	44.00	52	52.00
Femenino	24	42.86	10	52.63	14	56.00	48	48.00
EDAD								
6-10	27	48.21	9	47.37	14	56.00	50	50.00
11-12	29	51.79	10	52.63	11	44.00	50	50.00
	No Deprimidos		DEPRESION Moderada		Severa		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
C.I TOTAL								
Media	103.25		99.21		98.32		101.25	
S	26.78		32.30		28.54		28.12	
DEPRESION								
Media	112.34		151.26		170.60		134.30	
S	18.44		3.38		11.60		29.74	

**TABLA 2 CARACTERISTICAS GENERALES DE LA
MUESTRA POR NIVEL DE DEPRESION**

En la Tabla 2 se observa el analisis que se realizó en los tres grupos: No Deprimidos, Depresión moderada y severa, de acuerdo a las variables edad y sexo. No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ellos, sin embargo, se encontraron más sujetos (56%) de sexo femenino de 8 a 10 años con depresion severa. Por otra parte los sujetos de sexo masculino de 11-12 años obtuvieron los puntajes más altos (52.63) en el grupo de depresion moderada. En el mismo cuadro se observa el nivel de rendimiento intelectual en los tres grupos divididos por el grado de depresión. El C.I. más alto (103.25) correspondió al grupo no deprimido, el promedio en el grupo de depresion moderada fué de (99.21) y para el tercer grupo fué (98.32) en estos dos grupos no se encontro diferencia significativa en el C.I. y el tipo de depresion.

De acuerdo con estos resultados, se observa que los niños que presentaron un puntaje alto en la escala de depresión severa obtuvieron un C.I. menor y los niños que obtuvieron un puntaje alto en la escala de no deprimidos su C.I. fué más alto.

	Hombres (n = 52)		Mujeres (n = 48)		T
	Media	D.E.	Media	D.E.	
Animo Alegría	15.92	5.00	17.12	4.56	-1.25
Respuesta Afectiva	18.48	5.78	20.22	6.05	-1.48
Problemas Sociales	19.80	6.08	22.00	6.83	-1.70
Autoestima	21.36	6.34	22.50	5.75	-.93
Preocupación por la Muerte	19.92	5.73	19.22	5.65	.61
Sentimientos de Culpabilidad	23.51	5.49	24.04	5.96	-.46
Depresivos Varios	28.84	5.17	29.89	7.18	-.83
Positivos Varios	21.53	4.53	23.10	4.98	-1.65
Total Positivo	38.32	9.83	40.22	8.13	-1.05
Total Depresivo	130.94	27.21	137.93	32.14	-1.18

* p < 0.05
 ** p < 0.01
 *** p < 0.001

TABLA 3 COMPARACION DE LOS SUBTEST DEL TEST CDS POR SEXO.

En la Tabla 3 se muestra el análisis de los puntajes obtenidos por los niños en las subescalas del CDS, con el objetivo de ver si existían diferencias significativas dependiendo del sexo. En esta Tabla se puede observar que las niñas puntúan ligeramente más altas en todas las escalas, respecto de los niños. Pero ningún dato resulte estadísticamente significativo.

Las escalas que más sobresalieron en las niñas fueron: Total Depresivo (137.93), Depresivos Varios (29.89) y Sentimientos de Culpabilidad (24.81).

Así también la escala Animo Alegría obtuvo menor puntuación en ambos

	8 - 10 (n = 50)		11 - 12 (n = 50)		T
	Media	D.E.	Media	D.E.	
Animo Alegría	16.65	5.83	16.63	3.63	.02
Respuesta Afectiva	20.47	5.89	18.25	5.69	1.83
Problemas Sociales	21.84	7.39	19.61	5.71	1.61
Autoestima	22.22	6.46	21.21	5.68	.80
Preocupación por la Muerte	19.88	5.78	18.74	5.36	.98
Sentimientos de Culpabilidad	24.81	6.21	22.76	4.92	1.75
Depresivos Varios	30.47	6.14	28.53	5.97	1.53
Positivos Varios	22.65	5.21	21.76	4.12	.91
Total Positivo	39.31	9.09	39.36	9.07	-.02
Total Depresivo	139.00	30.89	128.74	28.21	1.66

* p < 0.05
 ** p < 0.01
 *** p < 0.001

TABLA 4 COMPARACION DE LOS SURTEST DE DEPRESION
 POR GRUPOS DE EDAD.

En la Tabla 4 se realizó un análisis de los puntajes obtenidos por los niños, en cada una de las escalas que integran el instrumento de depresión según su edad. Los niños de 8-10 años de edad obtuvieron puntajes superiores en todas las escalas en comparación con los niños de 11-12 años, aunque las diferencias no fueron significativas. La escala que obtuvo mayor puntaje, en los niños de 8-10 años fue Total Depresivo. (139.00). Así también sobresalieron en las escalas Depresivos Varios (30.47) y Sentimientos de Culpabilidad (24.81). Por otro lado los niños de 11-12 años obtuvieron puntajes altos en las mismas escalas: Total Depresivo (128.74), Depresivos varios (28.53) y Sentimientos de culpa (22.76). Pero en menor puntuación, en comparación con los niños de menor edad. La escala que obtuvo menor puntuación en ambos grupos fue Animo Alegría.

	Pública (n = 40)		Particular (n = 60)		T
	Media	D.E.	Media	D.E.	
Animo Alegría	17.22	4.40	16.01	5.04	1.23
Respuesta Afectiva	20.80	6.24	18.33	5.58	2.06*
Problemas Sociales	22.47	4.66	19.78	7.34	2.24*
Autoestima	23.42	5.79	20.90	6.07	2.07*
Preocupación por la Muerte	20.87	5.83	18.73	5.44	1.87
Sentimientos de Culpabilidad	24.40	5.56	23.35	5.79	.90
Depresivos Varios	30.12	5.92	28.83	6.39	1.02
Positivos Varios	22.40	4.27	22.21	5.14	.19
Total Positivo	39.62	6.77	38.98	10.36	.35
Total Depresivo	141.90	28.01	129.23	30.00	2.12*

* p < 0.05

TABLA 5 COMPARACION DE LOS SUBTEST DE DEPRESION POR TIPO DE ESCUELA

En la Tabla 5 se pueden observar los puntajes obtenidos en las escalas del instrumento de depresión, de acuerdo al tipo de escuela. En la escuela pública los puntajes para todas las escalas se encontraron más elevadas.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en varias escala, ya que los niños que asisten a escuela pública obtuvieron puntajes más altos en las siguientes: Respuesta afectiva (20.80), Problemas Sociales (22.47), Autoestima (23.42) y Total Depresivo (141.90), respecto de los niños que asisten a escuela privada, quienes obtuvieron puntajes menores en las mismas escalas. Por esta razón, entre otras, se decidió hacer un análisis separado de los niños de las escuelas públicas y privadas.

	ESCUELA		Total
	Pública	Particular	
C.I TOTAL			
Media	95.20	110.53	101.25
S	15.68	11.02	26.12
DEPRESION			
Media	141.90	129.23	134.30
S	28.01	30.00	29.74

TABLA 6 COMPARACION DEL C.I. TOTAL Y PUNTAJE TOTAL DE DEPRESION POR TIPO DE ESCUELA

En la Tabla 6 se observa la división que se realizó de la muestra de acuerdo con el tipo de escuela a la que asistían los niños: pública y particular.

Se obtuvieron las medias correspondientes al nivel de depresión y al C.I. total.

El promedio de depresión obtenido por los niños, fue de 141.90 en la escuela pública y de 129.23 en la escuela particular con un diferencia de $t=17.67$. Estos dos puntajes corresponde a un diagnóstico de depresión moderada.

Respecto al C.I. en la escuela pública la media fue de 95.20 y la media de la escuela particular de 110.53, lo que corresponde a un rendimiento intelectual promedio o normal para los niños de ambas escuelas.

Debido a esta diferencia significativa $t=15.33$ en el C.I. en estos dos grupos se hizo evidente la necesidad de un nuevo análisis, que separa a las escuelas: particular y privada.

	No Deprimido (n = 51)		Depresión Moderada (n = 6)		Depresión Severa (n = 13)		F
	Media	D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.	
Escuelas Públicas							
C.I. Verbal	96.60	25.70	97.84	17.67	85.75	21.76	1.21
C.I. Ejecución	99.20	8.88	92.30	19.17	98.00	9.05	1.05
C.I. Total	97.53	15.79	96.11	17.35	91.25	14.05	.55
Escuelas Privadas							
C.I. Verbal	103.46	13.74	106.50	26.30	105.46	11.68	.16
C.I. Ejecución	113.82	9.19	106.33	21.71	113.53	10.36	1.21
C.I. Total	109.73	10.63	115.16	14.86	110.92	10.75	.63

**TABLA 7 COMPARACION DE LAS ESCALAS DEL WISC-RM
POR NIVEL DE DEPRESION Y TIPO DE ESCUELA.**

En la Tabla 7 se realizó una comparación de los resultados de las escalas del WISC-RM por tipo de escuela y nivel de depresión. En este no se observaron diferencias estadísticamente significativas, sin embargo se vieron diferencias importantes. El C.I. total más alto (115.16) lo obtuvieron los niños que asisten a escuela privada del grupo Depresión moderada, el C.I. total menor (91.25) fué para los niños que asisten a escuela pública del grupo de Depresión severa. El C.I. verbal más alto (106.50) se encontró en el grupo de niños que asisten a escuela privada, del grupo Depresión moderada, mientras el puntaje menor fué para los niños de escuela pública del grupo de Depresión severa. El C.I. de ejecución más alto (113.82) lo obtuvieron los niños que asisten a escuela privada del grupo no deprimido y también de depresión severa, mientras que el puntaje más bajo (92.30) se encontró en los niños que asisten a escuela pública del grupo de Depresión moderada.

COMPARACION DE LOS SUBTEST DEL WISC R-K
POR NIVEL DE DEPRESION

	No Deprimidos (n = 56)		Depresión Moderada (n = 19)		Depresión Severa (n = 25)		P	Diferencias significativas
	Media	D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.		
Información	9.60	3.81	10.78	3.64	9.48	3.95	.79	
Semejanzas	12.30	2.45	11.84	3.43	11.12	3.45	1.01	
Aritmética	9.19	2.93	9.36	2.98	8.16	3.23	1.21	
Vocabulario	9.76	3.60	9.63	4.11	8.64	3.38	.84	
Comprensión	10.55	3.36	9.89	3.81	9.52	3.38	.84	
Retención de Dígitos	11.60	3.88	11.84	3.57	10.44	3.74	1.60	
Figuras Incompletas	11.55	2.94	10.84	4.29	11.36	3.40	.32	
Ordenamiento de Figuras	11.39	2.22	10.26	3.10	11.08	2.73	1.40	
Diseño con Cubos	10.98	2.37	9.78	3.35	10.84	2.77	1.43	
Composición de Objetos	10.57	2.97	9.15	3.07	11.52	3.09	3.29*	NS vs DS NS vs DS
Clavas	12.85	2.97	11.26	4.14	10.20	3.41	5.91**	NS vs DS
Laberintos	10.57	2.56	11.31	3.01	11.52	2.83	1.26	
C.I. Verbal	101.62	17.02	100.57	20.43	96.00	19.65	.82	
C.I. Ejecución	109.91	11.15	96.73	20.51	106.45	14.41	6.60*	NS vs DS
C.I. Total	106.46	13.24	102.15	18.56	101.48	15.78	1.21	

ND = No Deprimidos, DM = Depresión Moderada, DS = Depresión Severa.

* p < 0.05

** p < 0.01

En la Tabla 8 se puede observar el análisis de los resultados en los subtests del WISC-RM por tipo de depresión sin tomar en cuenta el tipo de escuela.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el C.I. de ejecución, ya que los niños no deprimidos obtuvieron la puntuación más alta (109.91) mientras los niños con depresión moderada puntuaron bajo (96.73) en esta escala.

Así también en el subtest, Claves los niños no deprimidos obtuvieron la puntuación más alta (12.85) y los niños con depresión severa obtuvieron los más bajos puntajes (10.20) en esta misma subescala.

En el subtest Composición de Objetos, los niños con depresión severa obtuvieron los puntajes más altos (11.52) y los niños con depresión moderada, obtuvieron menor puntaje (9.15).

Así también se observaron diferencias importantes, aunque no significativas, en los siguientes subtests:

Diseño con cubos, en este subtest la puntuación más alta (10.98) fue para el grupo de niños no deprimido y la puntuación más baja (9.78) fue para el grupo depresión moderada.

En el subtest Ordenamiento de de figuras la puntuación más alta (11.39) correspondió al grupo no deprimido y la más baja (9.78) se encontró en los niños con depresión moderada.

Así en el subtest de Aritmética los niños con depresión moderada fueron los que obtuvieron la puntuación más alta (9.36) y los niños con depresión severa obtuvieron los puntajes más bajos (8.16).

En el resto de las escala las puntuaciones se comportaron en forma uniforme, por lo que no se observaron diferencias importantes.

	DEPRESION	
	Problemas Sociales	Depresivos Varios
WISC		
Aritmética	-.0115	.0569
Retención de Dígitos	-.0788	.0897
Claves	-.3582***	-.1700

*** $p < 0.001$

TABLA 9 RELACION ENTRE LOS SUBTEST DEL WISC-RM Y LA PRUEBA DE DEPRESION CDS.

En la Tabla 9 se observa el análisis de los resultados de tres de los subtest del WISC-RM comparados con dos de las escalas del test CDS. Los subtest del WISC-RM seleccionados fueron Aritmética, Retención de Dígitos y Claves, debido a que son subtest que están relacionados con los procesos de atención y concentración y se quería ver si existía correlación con las escalas Problemas Sociales y Depresivos Varios de el instrumento de depresión CDS.

De acuerdo con los resultados obtenidos se puede observar que los niños que obtuvieron una mayor puntuación en Problemas sociales obtuvieron menor puntuación en el subtest Claves de el WISC-RM. En las otras escalas del CDS comparadas con los subtest del WISC-RM no se observaron correlaciones estadísticamente significativas.

RESULTADOS COLATERALES

A continuación se presentan datos, considerados importantes, que nos permiten conocer los resultados de las comparaciones de los subtest del WISC-RM y escala de depresión, por tipo de escuela.

	Pública (n = 40)		Particular (n = 60)		T
	Media	D.E.	Media	D.E.	
Información	8.77	4.33	10.48	3.28	-2.12*
Semejanzas	10.45	3.74	12.90	2.89	-3.68***
Aritmética	8.55	3.13	9.25	2.94	-1.13
Vocabulario	8.87	3.89	9.85	3.45	-1.31
Comprensión	8.47	3.76	11.30	2.71	-4.09
Retención de Dígitos	10.27	3.52	12.08	3.82	-2.39*
Figuras Incompletas	9.50	3.25	12.61	2.75	-5.15***
Ordenamiento de Figuras	9.85	2.58	11.93	2.17	-4.34***
Diseño con Cubos	9.45	2.72	11.56	2.33	-4.15***
Composición de Objetos	8.92	2.85	11.61	2.78	-4.69***
Claves	10.37	3.12	12.90	3.37	-3.77***
Laberintos	12.00	3.07	10.25	2.23	3.30***
C.I. Verbal	93.75	21.44	104.20	14.69	.2.69**
C.I. Ejecución	96.60	13.18	113.01	11.14	-6.70***
C.I. Total	95.20	15.65	110.53	11.02	-5.37***

- * p < 0.05
- ** p < 0.01
- *** p < 0.001

TABLA 10 COMPARACION DE LOS SUBTEST DEL TEST WISC-RM POR TIPO DE ESCUELA

En la Tabla 10 se puede observar el análisis que se realizó del test WISC-RM por tipo de escuela. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas, estas se observaron en la Escala de Ejecución, en la que los puntajes fueron más elevados en la escuela particular (113.01) respecto de la escuela pública (96.60). Por lo tanto, las diferencias las encontramos en los subtest de esta escala, especialmente en: Figuras Incompletas (12.61), Composición de Objetos (8.92), Diseño con cubos (11.56) Ordenamiento de Figuras (11.93) y Claves (12.90). En todos ellos, los niños que asisten a escuela particular obtuvieron los puntajes más elevados en comparación con los niños que asisten a escuela pública.

En la Escala Verbal también se encontraron diferencias significativas. Los niños que asisten a escuela particular puntuaron con calificaciones más altas en el subtest Comprensión (11.30)

respecto a los niños que asisten a escuela pública (8.47), en el subtest Similitudes los niños de escuela particular obtuvieron puntajes más altos (12.50) respecto de los que asisten a escuela pública (10.45).

El subtest Retención de Dígitos también lo observamos con puntuaciones más altas (12.08) respecto de la escuela pública (10.27), y por último el subtest de Información en el que también obtuvieron un puntaje mayor los niños que asisten a escuela particular (10.48) respecto de los que asisten a escuela pública (8.77).

En la Tabla 11 se realizó el análisis de los subtest del WISC-RM por tipo de escuela y sexo de los sujetos.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los C.I., sin embargo sí se observó que el C.I. total más alto lo obtuvieron los niños que asisten a escuelas privadas (114.63) y el C.I. más bajo fué para los niños que asisten a escuela pública (95.18).

El C.I. verbal más alto se encontró en niños que asisten a escuela privada (104.7) y el más bajo lo obtuvieron las niñas que acuden a escuela pública (93.44). Aquí la diferencia fué por sexo y tipo de escuela.

En el C.I. de ejecución el puntaje que sobresalio fué en los niños que acuden a escuela privada (113.50) y el menor puntaje correspondió a los niños que asisten a escuela pública (95.90).

En los subtests se observaron diferencias estadísticamente significativas en el subtest Diseño con cubos.

En la Tabla 12, se muestra el análisis que se realizó de los subtest del test WISC RM de acuerdo al tipo de escuela y a la edad de los niños; aquí se encontraron diferencias significativas, por tipo de escuela en el subtest de vocabulario; los niños que asisten a escuela privada obtuvieron puntajes más altos (11.30) a diferencia de los niños de la misma edad que asisten a escuela pública quienes obtuvieron puntajes bajos (8.52) en este mismo subtest.

En el subtest, Retención de Dígitos se encontraron diferencias significativas por edad; en los niños que asisten a escuela pública, ya que se observa, que los niños de 8-10 años obtuvieron puntajes más altos (11.94) en relación con los niños de 11-12 años (9.22). Aquí las diferencias encontradas fueron por edad, más que por tipo de escuela.

También se encontraron diferencias importantes, aunque no significativas, en el subtest de Información, los niños de 11-12 años que asisten a escuela privada obtuvieron mayores puntajes (11.03) a diferencia de los niños de la misma edad que asisten a escuela pública, quienes obtuvieron menores puntajes (8.54).

En el subtest Retención de Dígitos se encontraron diferencias por edad de los niños que asisten a escuelas públicas, se puede ver que los niños de 8-10 años obtuvieron puntajes más altos (11.94) en relación con los niños de 11-12 años.

En la escala de ejecución, se encontraron diferencias importantes en el subtest Composición de objetos, los niños de 8-10 años que asisten a escuelas privadas obtuvieron puntajes más altos (11.84) respecto de

COMPARACION DE LOS SUBTESTS DE DEPRESION
POR SEXO

	ESCUELAS PUBLICAS				ESCUELAS PRIVADAS				
	Hombres (n = 22)		Mujeres (n = 18)		Hombres (n = 30)		Mujeres (n = 30)		
	Media	D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.	
									T
Animo Alegria	16.59	4.96	18.00	3.59	15.43	5.06	16.60	5.04	- .89
Respuesta Afectiva	20.09	6.27	21.66	6.27	17.30	5.20	19.36	5.85	-1.45
Problemas Sociales	22.18	4.83	22.83	4.56	18.06	6.38	21.50	7.93	-1.85
Autoestima	23.45	6.21	23.38	5.40	19.83	6.08	21.96	5.98	-1.37
Preocupación por la Muerte	20.86	5.88	20.88	5.95	19.23	5.61	18.23	5.31	.71
Sentimientos de Culpabilidad	24.81	5.95	23.88	5.17	22.56	5.02	24.13	6.47	-1.05
Depresivos Varios	29.90	5.38	30.38	6.67	28.06	4.95	29.60	7.57	-.93
Positivos Varios	21.22	4.74	23.83	3.18	21.75	4.44	22.66	5.80	-.67
Total Positivo	37.81	7.82	41.83	4.47	38.70	11.19	39.26	9.64	-.21
Total Depresivo	140.86	26.88	143.16	30.07	123.66	25.48	134.20	33.42	-1.45

* P < 0.05

COMPARACION DE LOS SUBTESTS DEL WISC R-M
POR GRUPOS DE EDAD

	ESUELAS PUBLICAS			ESUELAS PRIVADAS			T	D.E.	T
	8 - 10 (n = 17)	11 - 12 (n = 22)	11 - 12 (n = 27)	8 - 10 (n = 32)	11 - 12 (n = 27)	11 - 12 (n = 27)			
	Media	D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.	T
Información	9.11	4.18	8.54	4.62	9.90	2.95	11.03	3.58	-1.33
Semejanzas	10.35	3.96	10.63	3.69	13.18	2.87	12.70	2.90	.64
Aritmética	8.82	2.72	8.45	3.50	9.18	2.57	9.18	3.36	.00
Vocabulario	8.52	3.16	9.22	4.48	11.31	2.90	8.11	3.35	3.93***
Comprensión	7.47	3.44	9.36	3.91	11.56	2.75	10.92	2.70	.89
Retención de Digitos	11.94	3.57	9.22	2.92	12.34	2.65	11.81	4.95	.50
Figuras Incompletas	9.29	3.85	9.59	2.87	12.12	2.74	13.18	2.74	-1.48
Ordenamiento de Figuras	9.94	2.86	9.90	2.40	12.06	1.72	11.70	2.64	.51
Diseño con Cubos	9.70	2.75	9.22	2.81	11.81	2.44	11.40	2.15	.67
Composición de Objetos	9.47	2.74	8.54	3.00	11.84	2.79	11.18	2.69	.92
Claves	10.76	3.32	10.22	3.00	13.15	3.49	12.81	3.15	.59
Laberintos	12.82	3.18	11.45	2.95	10.46	2.25	10.00	2.27	.79
C.I. Verbal	92.76	17.82	95.18	24.47	107.40	10.81	100.07	17.80	1.87
C.I. Ejecución	98.11	11.61	95.68	14.69	114.12	9.63	111.77	12.95	.80
C.I. Total	94.94	13.99	95.90	17.30	112.25	9.09	108.40	12.98	1.29

*** p < 0.001

Los niños de 11-12 años que asisten a escuelas públicas quienes obtuvieron puntajes bajos (8.54).

En el subtest claves, los niños de 8-10 años que asisten a escuela privada obtuvieron puntajes altos (13.15) respecto a los niños de 11-12 que asisten a escuela pública (10.22). Aquí las diferencias se observaron en la edad de los niños y el tipo de escuela.

En la Tabla 13, se realizó el análisis de los subtest de la escala de depresión, según el tipo de escuela y la edad de los niños de nuestra muestra. Aquí encontramos que los puntajes obtenidos por los niños de 8-10 años que asisten a escuela pública sobresalieron respecto a los otros grupos de edad. Las escalas que obtuvieron mayores puntajes, en este grupo fueron: Depresivos Varios (30.94), Sentimientos de Culpa (26.11), Autoestima (25.82) y Problemas Sociales (24.41). En estas mismas escalas los puntajes más bajos se observaron en los niños de 11-12 años que asisten a escuela privada: Depresivos Varios (28.00), Problemas Sociales (18.77).

En la escala Sentimientos de Culpa se encontró el puntaje más bajo (22.59) en los niños de 11-12 años, que asisten a escuela pública, así también la escala de Autoestima el puntaje más bajo se encontró fue en los niños de 8-10 años que asisten a escuela privada (20.31).

En esta tabla se observan diferencias por edad en los niños que asisten a escuela pública y fue en las escalas Sentimientos de Culpa, ya que los niños de 8-10 obtuvieron un puntaje de 26.11 y los de 11-12 años puntuaron 22.59. En la escala Autoestima los niños de 8-10 años puntuaron 25.82, mientras que los de 11-12 años tuvieron 21.59 y por último para la escala Problemas Sociales los niños de 8-10 años obtuvieron puntajes de 24.41 y los niños de 11-12 años puntuaron 21.13.

En la Tabla 14 se realizó el análisis de los puntajes obtenidos en el test CBS, respecto al tipo de escuela y sexo de los sujetos.

En primer lugar mencionaremos las dos escalas totales: La escala total positivo que alude a la ausencia de alegría, diversión y felicidad en la vida de un niño. Por lo que un puntaje más alto en Total Depresivo en relación a Total Positivo indicaría presencia de depresión. En este cuadro se observa que los puntajes más altos correspondieron a Total Depresivo, indicando presencia de depresión. En el grupo en que se encontró más elevado el puntaje fue en las niñas de escuela pública.

En este grupo las escalas que sobresalieron fueron: Depresivos Varios (30.38), y Sentimientos de culpa (23.88).

Los niños, que asisten a escuela pública obtuvieron puntajes más altos en estas mismas escalas en comparación con los niños que asisten a escuela particular.

Cabe mencionar que el grupo de niños que asisten a escuela privada fueron quienes obtuvieron los puntajes más bajos en relación con los otros grupos.

COMPARACION DE LOS SUBTESTS DEL WISC R-M
POR NIVEL DE DEPRESION
ESUELAS PUBLICAS

	No Deprimidos (n = 15)		Depresión Moderada (n = 13)		Depresión Severa (n = 12)		F
	Media	D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.	
Información	7.93	4.55	10.30	3.96	8.16	4.34	1.22
Semejanzas	10.40	3.99	11.38	3.57	9.50	3.65	.78
Aritmética	9.33	2.91	8.69	2.95	7.91	3.50	1.28
Vocabulario	10.26	4.13	8.92	3.63	7.08	3.36	2.39
Comprensión	9.06	4.43	8.84	3.28	7.33	3.36	.79
Retención de Digitos	9.66	3.53	11.38	3.81	9.83	3.15	.96
Figuras Incompletas	9.60	2.58	9.46	4.37	9.41	2.87	.01
Ordenamiento de Figuras	10.46	2.47	9.07	2.69	9.91	2.60	1.01
Diseño con Cubos	9.46	2.09	8.52	3.37	10.00	2.76	.47
Composición de Objetos	8.40	2.66	8.30	3.11	10.25	2.56	1.93
Claves	11.20	2.85	9.84	3.69	9.91	2.81	.82
Laberintos	11.33	2.91	11.84	3.33	13.00	2.95	1.00
C.I. Verbal	96.60	25.70	97.84	17.67	85.75	21.76	1.21
C.I. Ejecución	99.20	8.88	92.30	19.17	98.00	9.05	1.05
C.I. Total	97.53	15.79	96.11	17.35	91.25	14.05	.55

N = No Deprimidos, DM = Depresión Moderada, DI = Depresión Intensa.

* p < 0.05

**COMPARACION DE LOS SUBTESTS DEL WISC R-M
POR NIVEL DE DEPRESION
ESCUELAS PUBLICAS**

	No Deprimidos (n = 15)		Depresión Moderada (n = 13)		Depresión Severa (n = 12)		F
	Media	D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.	
Información	7.93	4.55	10.30	3.96	8.16	4.34	1.22
Semejanzas	10.40	3.99	11.38	3.57	9.50	3.65	.78
Aritmética	9.33	2.91	8.69	2.95	7.91	3.50	1.28
Vocabulario	10.26	4.13	8.92	3.63	7.08	3.36	2.39
Comprensión	9.06	4.43	8.84	3.28	7.33	3.36	.79
Retención de Digitos	9.66	3.53	11.38	3.81	9.83	3.15	.96
Figuras Incompletas	9.60	2.58	9.46	4.37	9.41	2.87	.01
Ordenamiento de Figuras	10.46	2.47	9.07	2.69	9.91	2.60	1.01
Diseño con Cubos	9.46	2.09	8.52	3.37	10.00	2.76	.47
Composición de Objetos	8.40	2.66	8.30	3.11	10.25	2.56	1.93
Claves	11.20	2.85	9.84	3.69	9.91	2.81	.82
Laberintos	11.33	2.91	11.84	3.33	13.00	2.95	1.00
C.I. Verbal	96.60	25.70	97.84	17.67	85.75	21.76	1.21
C.I. Ejecución	99.20	8.88	92.30	19.17	98.00	9.05	1.05
C.I. Total	97.53	15.79	96.11	17.35	91.25	14.05	.55

N = No Deprimidos, DM = Depresión Moderada, DI = Depresión Intensa.
P < 0.05

COMPARACION DE LOS SUBTESTS DEL WISC R-M
POR NIVEL DE DEPRESION
ESCUELAS PRIVADAS

	No Deprimidos (n = 41)		Depresión Moderada (n = 6)		Depresión Severa (n = 13)		F	Diferencias significat.
	Media	D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.		
Información	10.21	3.35	11.83	2.85	10.69	3.30	.65	
Semejanzas	13.00	3.01	12.83	3.18	12.61	2.56	.08	
Aritmética	9.14	2.97	10.83	2.71	8.84	2.93	1.01	
Vocabulario	9.58	3.42	11.16	4.99	10.07	2.81	.57	
Comprensión	11.09	2.74	12.16	4.16	11.53	1.80	.46	
Retención de Dígitos	12.31	3.79	12.83	3.06	11.00	4.26	.70	
Figuras Incompletas	12.26	2.75	13.83	2.22	13.15	2.88	1.17	
Ordenamiento de Figuras	11.73	2.06	12.83	2.40	12.15	2.47	.74	
Diseño con Cubos	11.53	2.23	11.66	2.65	11.61	2.66	.01	
Composición de Objetos	11.36	2.69	11.00	2.19	12.69	3.17	1.30	
Claves	13.46	2.81	14.33	3.55	10.46	3.99	5.13**	N, DM > DI
Laberintos	10.29	2.40	10.16	2.94	10.15	1.95	.02	
C.I. Verbal	103.46	13.74	106.50	26.30	105.46	11.68	.16	
C.I. Ejecución	113.82	9.19	106.33	21.71	113.53	10.36	1.21	
C.I. Total	109.73	10.63	115.16	14.86	110.92	10.75	.63	

N = No Deprimidos, DM = Depresión Moderada, DI = Depresión Intensa.

** p < 0.01

En la Tabla 15 se realizó la comparación de los subtest del WISC-RM en los tres grupos de depresión de los niños que asisten a escuela pública.

Aquí no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, pero sí se observaron datos importantes.

En el subtest de vocabulario los niños del grupo no deprimidos obtuvieron los puntajes más altos (10.26) y los niños con depresión severa, obtuvieron los menores puntajes (7.08).

En el subtest: Composición de objetos, los niños con depresión severa puntuaron bajo (8.30).

En el subtest de Aritmética las puntuaciones más altas (9.33) fueron para el grupo de niños no deprimidos, mientras que los puntajes más bajos (7.91) fueron para el grupo de depresión severa.

En la Tabla 16 se observa la comparación de los subtest WISC-RM en los tres grupos de niños con depresión que asiste a escuela privada.

En el subtest claves se observa que los niños con depresión moderada obtuvieron puntajes altos (14.33) en relación con los niños de el grupo de depresión severa quienes puntuaron bajo (10.46), encontrándose la única diferencia estadísticamente significativa.

En el resto de los subtests se encontraron diferencias aunque no estadísticamente significativas. Las más relevantes se observaron en: Composición de objetos, en este subtest las puntuaciones altas (12.69) fueron para el grupo de depresión severa y las más bajas (11.00) en el grupo de depresión moderada.

En figuras incompletas el grupo que obtuvo las puntuaciones más altas (13.83) fué el de los niños con depresión moderada, en comparación con los niños del grupo no deprimidos, quienes obtuvieron las menores puntuaciones (12.26).

De la escala verbal, en el subtest de aritmética se encontraron diferencias en las puntuaciones de los niños con depresión moderada, quienes obtuvieron puntuaciones altas (12.16) en relación con los niños con depresión severa quienes obtuvieron menores puntuaciones (8.84), en el mismo subtest.

DISCUSION DE RESULTADOS

Los datos presentados anteriormente nos muestran resultados interesantes que nos llevan a aceptar algunas de las hipótesis planteadas y a rechazar otras.

Primero mencionaremos algunos datos importantes respecto a la población en que se aplicaron los instrumentos:

Es de llamar la atención que de la muestra en la que se llevo a cabo la investigación; (100 alumnos que asisten tanto a escuela primaria oficial y particular) solo 56 de ellos fueron diagnosticados (con el CDS) como no deprimidos. De los sujetos restantes, 19 de ellos obtuvieron puntajes que los ubican en la categoría de depresión moderada y 25 con depresión severa, una cifra asombrosamente alta para una población normal. Esto aparentemente se relaciona con lo planteado por Fromer E. quien dice que la depresión en la infancia conforma el 20% de las patologías. Otra opción es que el diagnóstico de depresión fué solo determinado por la escala CDS y esto como lo menciona Kaslow y cols.(1984) no es del todo apropiado, ya que no debe hacerse un diagnóstico con base en un solo instrumento.

De los datos relevantes obtenidos en los tres grupos por medio del cuestionario socioeconómico, se pueden mencionar que en el grupo de no depresión y de depresión severa, los porcentajes más altos de escolaridad en el padre fueron semejantes; Licenciatura y postgrado, más no así el tipo de ocupación que tienen, ya que en el grupo de depresión intensa, un alto porcentaje se dedica a otras actividades

no relacionadas con su profesión, lo que indicaría la posibilidad de frustración en los padres de esos niños.

Respecto a la escolaridad de la madre, el nivel académico más alto fue en el grupo no deprimido, pero el tipo de actividad que desarrollan fue en el hogar, similar en los tres grupos.

Por otra parte, en el grupo de depresión severa fue donde se registró el porcentaje más alto de divorcios (20%) y por tanto existe un mayor número de niños que viven con la madre (10.8%) y un (9.2%) con la madre y los abuelos, por lo que se puede creer que las situaciones asociadas con el divorcio podrían ser un factor importante en la depresión de los sujetos, ya que implica una separación de una figura primordial, y de acuerdo a lo revisado en el marco teórico (Spitz 1946, Klein 1946 y Bowlby 1960), ésta puede ser una causa para la depresión en los niños.

Se encontró también que en el grupo de depresión severa se reportó, en relación con los otros dos grupos de niños, un mayor número de muertes de personas significativas, para éstos niños, lo cual aunado a los divorcios mencionados anteriormente, podrían ser factores de depresión.

Respecto al número de hermanos, en el grupo de no deprimidos predominó el ser hijo único o con un hermano, mientras en el grupo de depresión intensa, la mayoría de niños tenía más de dos hermanos, lo que nos llevaría a hipotetizar que los niños de este grupo no reciben la misma calidad de atención por parte de sus padres como en el grupo uno.

Se trató de encontrar una relación entre los problemas académicos y la depresión en el niño. De acuerdo con el porcentaje de reprobación

en los tres grupos, se observó un porcentaje mayor de niños (75%) que han reprobado, en el grupo de no depresión y depresión moderada, mientras que el menor porcentaje de niños (15%) que han reprobado, fué en el grupo de depresión severa.

Esto parece estar de acuerdo con las investigaciones de Brumbach y Staton (1983) quienes concluyeron que la depresión afecta al problema de aprendizaje y no al revés. Cabe mencionar que las dificultades académicas no se relacionan necesariamente con la reprobación ni con problemas de aprendizaje. Es importante mencionar que en nuestra muestra no se reportaron problemas de aprendizaje.

Por otra parte, parece que la depresión tiene más relación con los problemas de conducta, ya que en el grupo con depresión severa fué donde se reportaron más problemas de este tipo.

En el grupo de depresión severa, más de la mitad de los niños presenta distracción, así como sensibilidad, rebeldía y flojera.

En el grupo de depresión moderada se reportó un menor porcentaje de este tipo de problemas y en el grupo sin depresión, más de la mitad no reportaron problemas de conducta y solo un 10% reportaron problemas de distracción y desesperanza.

Dentro de la clasificación de Cytryn y Mc Knew (citado por Calderón 1987) las alteraciones emocionales, tales como hiperactividad conductas agresivas, flojera y rebeldía, pertenecerían a lo que ellos mencionan como Depresión Enmascarada.

El dato previamente mencionado es congruente con lo estudiado por Brumbach, Jakob y Weinber (1980) en una población de niños deprimidos respecto a los factores de personalidad por ellos encontrados: sensibilidad, preocupación y propensión a la culpa.

Así también, parece estar de acuerdo con las investigaciones de Jacobson, Lahey y Strauss (1983) quienes relacionaron significativamente los puntajes altos en el CDI con los reportes del maestro sobre problemas de conducta tales como inatención-pasividad, hiperactividad y sociabilidad.

Respecto al tipo de depresión que presenta nuestra muestra, de acuerdo a los aspectos que mide el CDS, los niños que asisten a escuela pública que conformaron los grupos de depresión severa y depresión moderada, obtuvieron altas las escalas Depresivos Varios, Sentimientos de Culpa, y Problemas Sociales.

Esto indica que los niños manifestaron preocupaciones variadas que no se pueden ubicar en otra subescala, tales como; 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 y retraso motor, dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad en el niño. Así también se observaron más estas características en los niños de 8-10 años, y específicamente en las niñas.

La 1ª hipótesis de trabajo planteada fue: H1 I: Es posible encontrar un perfil característico en el WISC-RM de los niños que obtuvieron puntajes altos en la subescala total de depresión en el CDS.

Se encontró un perfil característico en los niños del grupo de depresión severa.

La media de los puntajes que obtuvieron, en el CDS, los niños que conformaron el grupo de depresión severa fué de 170.60.

En los puntajes de las escalas del WISC-RM, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el E.I. total entre

Los tres grupos de depresión, sin embargo, en el grupo de depresión severa se observó el puntaje más bajo en el C.I. total (96.22). Por otra parte, en este mismo grupo (depresión severa) se encontraron diferencias estadísticamente significativamente en el C.I. verbal (95.00) y el C.I. de ejecución (106.45) en donde esta última escala, fué más alta.

Este resultado no concuerda con las investigaciones de Brumbach (1985), quien encontró un déficit de 15 puntos en la escala de ejecución respecto de la escala verbal, en un grupo de niños deprimidos.

Por otra parte, se encontró un resultado inesperado y difícil de interpretar y fué el hecho de que el puntaje de los subtes de la escala de ejecución, en el grupo de depresión severa, se encontró disminuido en relación con los otros dos grupos.

El subtest Claves fue estadísticamente menor (10.20) en el grupo de depresión severa respecto al grupo de no depresión (12.35) y el puntaje del subtest Composición de objetos, en el grupo de depresión severa fué el más alto (11.52) respecto al grupo de depresión moderada (9.15).

Estos resultados implican un perfil característico de este grupo de niños que conformaron el grupo de depresión severa, por tanto se acepta la hipótesis de investigación.

2ª. hipótesis de investigación dice: Los niños que obtengan puntajes altos en la subescala Total Depresivo en el CDS en comparación con los que obtengan puntajes bajos, presentarán el factor de distractibilidad descrito por Kaufman (1979).

Este autor menciona que el factor de inteligencia verbal se incrementa cuando existe una base de configuración en los subtestes: Aritmética, Retención de Dígitos y Claves.

El grupo de depresión severa obtuvo puntajes bajos en los subtestes Aritmética (8.16), Retención de Dígitos (10.44) y Claves (10.70), en relación con el grupo de depresión moderada que obtuvo los siguientes puntajes; Aritmética (9.36), Retención de Dígitos (11.84) y Claves (11.26) y el grupo de no depresión, obtuvo en las mismas escalas los puntajes siguientes; Aritmética (9.19), Retención de Dígitos (11.60) y Claves (12.85). Aún cuando no existieron diferencias estadísticamente significativas, el grupo de depresión severa fué quien obtuvo los puntajes más bajos en estos subtestes, en relación con los puntajes obtenidos por los otros dos grupos, por lo que se acepta la hipótesis de investigación.

Se plantearon hipótesis estadísticas;

la primera fué: Ho. 1: No existen diferencias significativas entre la escala de ejecución y la escala verbal del WISC-RM en los tres grupos de niños que obtuvieron puntajes altos, medios y bajos, en la escala total depresiva en el CNS.

El C.I. Total más alto fué para el grupo no deprimido (103.25) y el menor para el grupo de Depresión Intensa (98.32).

El C.I. de ejecución se encontró alto (109.96) en el grupo no deprimido y disminuido en el grupo de depresión moderada (96.73) y en el de depresión severa (106.45), en ese orden.

El C.I. Verbal más alto (101.62) se encontró en el grupo de no depresión y el más bajo se observó en el grupo de depresión severa (96.00).

Se observaron diferencias estadísticamente significativa en la escala de ejecución entre el grupo no deprimido y el grupo de depresión moderada, siendo el primer grupo quien obtuvo la puntuación más alta (109.91) y el otro grupo fue quien obtuvo el menor puntaje (95.73). Así también se vieron otras diferencias, aunque no estadísticamente significativas, específicamente en el grupo de depresión severa, ya que la escala de ejecución fue más alta que la escala verbal.

Esta diferencia entre la escala de ejecución y verbal en el grupo de depresión severa fue mayor que en los otros dos grupos, lo cual nos lleva a suponer que la depresión afecta el C.I. total y la escala verbal más que la escala de ejecución, esto no concuerda con la investigación de Cohen y Cols. (1982), ya que ellos encontraron que la depresión se encuentra asociada con la realización deficiente de las escalas motoras en el WAIS. Se puede decir que en los adultos la depresión si afecta la realización de las escalas motoras, sin embargo en niños esto parece no suceder.

Por lo anterior se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, ya que si se observaron diferencias importantes en los puntajes de las escalas en los tres grupos de niños, así como diferencias entre las escalas en el grupo de depresión severa.

Aún cuando la escala de ejecución puntuó más alto en el grupo de depresión severa, los subtests Claves y Retención de Dígitos sin embargo, el subtest: Composición de Objetos puntuó más alto en este mismo grupo.

Ho. 2 No existen correlaciones significativas entre las subescalas PS (problema sociales) y D.V. (problemas depresivos varios) del CDS con

Las escalas de Aptitud Verbal y Escala de Lectura del WISC-III.

Se encontró una correlación estadística entre el subtest Claves y las escalas Verbales. Se relacionó con estas escalas con el subtest Claves, no encontrándose una correlación significativa con las escalas Aritmética y Retención de Dígitos. Esto podría indicar que los niños con las características que implican el tipo de depresión de las escalas Depresivos Varios y Problemas Sociales (en el CDS), la realización de el subtest Claves, está disminuida, dicho subtest mide memoria a corto plazo, recuerdo visual, habilidades simbólicas y asociativas y capacidad inductiva.

Sin embargo el tipo de depresión mencionado anteriormente no afectó de manera significativa la realización de los subtests Aritmética y Retención de Dígitos, por lo que se cree que un trastorno depresivo afecta las habilidades antes mencionadas más que la atención o la concentración.

El subtest Claves implica una tarea más compleja ya que es un proceso cognitivo-motor a diferencia de Aritmética y Retención de Dígitos.

Raslow, Tannenbaum y col. (1983) estudiaron la relación existente en el tiempo de realización de las subpruebas de Diseño con Cubos y Aritmética en niños deprimidos, encontrando un mayor tiempo en la realización de estas subpruebas.

Así también Raslow, Rehn y Siegel (1983) estudiaron el tiempo de realización de las subescalas Diseño con Cubos, Claves y Retención de Dígitos en el WISC-R en niños deprimidos y concluyeron que la depresión disminuye la ejecución en tareas cognitivas complejas.

nes en la muestra femenina. En la presente investigación no se consideró el tiempo de realización como variable a investigar.

Se esperaba que estas escalas se verían más afectadas por un trastorno depresivo sin embargo no sucedió así.

Por lo anterior se acepta parcialmente la hipótesis alternativa y se rechaza la hipótesis nula.

La siguiente hipótesis que se planteó dice:

H0. 3 No existen diferencias significativas en los puntajes de las escalas del CDS dependiendo del sexo de los sujetos.

La hipótesis nula fue aceptada y se rechazó la hipótesis alternativa ya que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en las escalas del CDS.

Esto concuerda con los resultados obtenidos en la investigación de Stevenson D.T. y cols. (1984) quienes investigaron entre otros datos, la diferencia en cuanto a sexo en los grupos deprimidos y no deprimidos, no encontrando diferencias significativas.

Sin embargo, aunque estas diferencias no fueron significativas, sí se observó que las niñas puntuaron más alto en todas las escalas del CDS, en relación con los niños.

Se trató de ver también si la edad de los sujetos era una variable importante en la existencia de la depresión, por lo que también se planteó la siguiente hipótesis:

H0. 4 No existen diferencias significativas en el puntaje de las subescalas del test CDS dependiendo de la edad de los sujetos.

Se acepta la hipótesis nula y se rechaza la alternativa ya que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en el CDS, en los dos grupos de edades.

Se rechazó con los niños de E.I. con depresión moderada y con depresión intensa en todas las escuelas. Especialmente en los subtest de Memoria y Sentimientos de Culpa, sin que esas diferencias fueran significativas.

H0.2: No existen diferencias significativas en las subescalas: Aritmética, Diseño con cubos, Claves y Retención de Dígitos del WISC-RM, en los tres grupos de niños.

Se rechaza parcialmente la hipótesis alternativa y se acepta la nula, ya que solamente se observaron diferencias estadísticamente significativas en el subtest Claves. El grupo de los niños con depresión intensa obtuvieron puntuaciones más bajas con respecto al grupo de depresión moderada y de depresión intensa.

El subtest de Claves mide el factor distracción, por lo que una puntuación baja, en el grupo con depresión intensa parecería indicar que existe una relación entre depresión y distracción, dificultades en la coordinación visomotora y memoria a corto plazo.

Esto es congruente con las investigaciones de; Savlor, Finch y Cole, (1983) quienes explican que los niños deprimidos, con lo regular, muestran el trastorno de inatención; Ellos dicen que la asociación entre las medidas de depresión del CDI y el desempeño de tareas conductivas puede deberse a la inatención y que esta afecta al desarrollo intelectual de los grupos más.

Los subtest Aritmética, Diseño con cubos y Retención de Dígitos no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de niños. Sin embargo si se observaron algunas diferencias importantes en el grupo de depresión intensa, ya que obtuvieron

con el control de los errores, en relación con los otros dos grupos.

En el subtest de Aritmética se observó que los niños con depresión moderada y no deprimidos obtuvieron mejor puntuación, con una diferencia mínima entre esos dos grupos. Los niños con depresión intensa obtuvieron una puntuación más baja, lo que parece indicar que en este último grupo existen problemas de concentración, ansiedad, dificultad para realizar trabajos bajo presión escolar.

Retención de Dígitos: el puntaje más bajo fue para el grupo de depresión moderada y el grupo sin depresión.

En el subtest Diseño con Cubos el grupo sin depresión y depresión intensa, obtuvo puntuaciones más altas.

Nota.- No existen diferencias significativas en el C.I. de los sujetos de acuerdo con el tipo de escuela a la que asisten.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el C.I. total de los niños que asisten a escuela particular (110.03) y en el C.I. total de los niños que asisten a escuela pública (95.20) siendo este último el puntaje más bajo. Respecto al C.I. de ejecución y C.I. verbal, se encontraron también puntajes bajos en los niños de escuela pública. Por lo anterior se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

La diferencia estadísticamente significativa en los C.I. de los niños, dependiendo del tipo de escuela a la que asisten, nos lleva a replantear el análisis, por tipo de escuela (escuela particular y privada), encontrándose datos importantes que pueden dar origen a posibles hipótesis y nuevas investigaciones.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES

La presente investigación tuvo como principal propósito encontrar, si existe una relación entre la depresión infantil y la inteligencia.

Si parece existir una relación entre la depresión infantil y la inteligencia va que como se vio en el capítulo anterior, los datos obtenidos parecen afirmar que, a mayor depresión, menor C.I. total.

En primer lugar, cuando se planteó esta investigación en una población "normal" se pretendía también saber la existencia de la depresión infantil; realmente fue sorprendente el número tan elevado de niños que cumplían con el criterio de diagnóstico de depresión severa. Esto plantea la necesidad de realizar investigaciones acerca de esta problemática, en diversas poblaciones de niños.

Al realizar el análisis de las características socioambientales para identificar las posibles causas de la depresión, se observó un número mayor de pérdidas de figuras importantes: esto debido a divorcio entre los padres, o muerte de alguno de ellos, así como la muerte de un abuelo o abuela. También se vio que no existen problemas de aprendizaje relacionados con la depresión, pero sí problemas de conducta tales como: rebeldía, flojera y distracción, lo cual concuerda con las características de la clasificación de depresión enmascarada que mencionaron Cetry y Mc Knew (1977).

Dentro de las limitantes importantes del presente estudio, fue la utilización de un solo instrumento (CDS) para el diagnóstico de la

debe ser el resultado de los factores de la cultura normal. Por lo que se quiere hacer algunos estudios e investigaciones la utilización de entrevistas individuales a los niños y a los padres de estos, que nos puedan aportar datos importantes de la historia de desarrollo, reportes de profesores y directivos de las escuelas. También se quiere estudiar la depresión infantil con otro tipo de poblaciones.

Por otra parte al tratar de ver la abstracción que tenía la depresión en la realización de una prueba de inteligencia WISC-RN, se observó el menor C.I. en el grupo de depresión severa, en este mismo la diferencia entre las dos escalas. llama la atención, ya que de acuerdo a resultados de investigaciones anteriores, en adultos, se esperaba que la escala de ejecución se encontrara disminuida, lo cual no sucedió en el presente estudio, así la escala verbal fue baja. Esto parece indicar que la depresión en los adultos afecta en mayor grado la conducta motora, lo cual no sucede en los niños.

Sin embargo al realizar un análisis por subtes se encontró que la depresión infantil afecta específicamente la prueba Claves, que está relacionada con memoria a corto plazo recuerdo visual, habilidades simbólicas y asociativas y capacidad imitativa. Esta prueba implica una tarea cognitivo-motora a diferencia de Análisis y Selección de Dígitos, por lo que se cree que un trastorno depresivo en niños afecta las habilidades antes mencionadas y tareas cognitivas complejas más que simples, así también tendría que ver más con inatención que con concentración.

Se observó en el grupo de Depresión Severa la existencia del factor de distracción mencionado por Kaufman (1979), ya que en este grupo los subtest que conforman este factor, resultaron con puntajes bajos, a diferencia de los otros dos grupos.

Otro resultado importante fue la correlación positiva que se encontró entre las escalas Problemas Sociales, Depresivos Varios del CDS y el subtest Claves, lo cual indicaría que a mayor depresión de este tipo, menor rendimiento en esta subprueba, y mayor impacto en las habilidades comprendidas en este subtest.

Por último la depresión no tiene relación con el de sexo de los sujetos ni con su edad, sin embargo, en nuestra muestra, al parecer estuvo más relacionada con factores socioeconómicos, ya que el trastorno depresivo se manifestó con más frecuencia en los niños que acuden a escuela oficial, por lo que se sugiere se lleven a cabo investigaciones acerca de la depresión en diversos estratos socio-económicos.

Los resultados del presente estudio son de suma importancia ya que nos muestra la necesidad de detectar oportunamente los niños que presentan depresión y brindarles la atención necesaria.

Por lo anterior que se sugiere hacer un seguimiento de los niños que presentan depresión severa y determinar en que más afecta este trastorno, ya que se vio también que la depresión estaba relacionada con algunas escalas sociales y que quizá esto podría generar conductas antisociales.

BIBLIOGRAFIA

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

- Ajuriaguerra J., Manual de Psiquiatría Infantil. 4a. ed.. Ed. Masson, Barcelona-Méx., 1983, pags. 659-669.
- Ajuriaguerra J., Marcelli D., Psicopatología del niño. 2a. Ed. Masson, Barcelona, 1997, pag. 26-32.
- Alan, S., Pfeffer, W. C., (1986) Suicidal Status, Depression and Intellectual Functioning in Preadolescent Psychiatric Inpatients Comprehensive Psychiatry, Vol 27, No. 4, 372-380.
- Arietti, S., Remporad, J., Severe and Mild Depression (The Psychotherapeutic Approach), Ed. Basic Book, New York U.S.A. 1978, pags. 89-105 y 213-219.
- Rodiford, Ch., Eisenstaldt, T., Comparison of Learned Helpless Cognitions and Behavior in Children., Journal of Clinical Child Psychology, 1988, jun-vol. 17(2) 152-158.
- Bowlby J., (1960) Separation Anxiety, The International Journal of Psycho-Analysis, Vol. XLI, part 2-3, 89-113
- Bowlby J., Grief and Mourning in Infancy and Early Childhood The Psychoanalytic Study of the Child, International Universities Press, New York Inst., 1960 pags. 9-51
- Brumbach, R.A., and Staton, R.d., 1983, Learning disability and children depression, American Journal of Orthopsychiatry Vol.53 pag. 264-281
- Brumbach, R.A., Jackoway, M.K. Weinberg, W.A., 1980 Relationship of Intelligence to Childhood depression in children referred to and educational diagnostic center. Perceptual and Motor Skills,

- Journal of Orthopsychiatry, Vol. 50 pag.11-17
- Bruhach, R.A. 1985 Wechler Performance I.O. Deficit in Depressed Children. Perceptual and Motor Skills, Vol.61 pag. 331-335.
 - Calderón N. G., Depresión. México, D.F., Edit. Trillas 2a. reimp. 1987.
 - Cohen, R.M., Weingartner, H., Smallberg, S.A. Fickar, D., and Murphy, D.L., 1982 Effort and Cognition in Depression. Archives of General Psychiatry, 39 pag. 593-597
 - Colbert, P., Newman, B., Ney, P., and Young J., 1982, Learning Disabilities as a symptom of Depression in Children. Journal of Learning disabilities, Vol. 15, pag. 333-336.
 - Conner C.K., 1976, Classification and Treatment of Childhood and Depression and Depressive Equivalent, Depression, N.Y., Gallant y Simpson (eds). pags. 181-204.
 - Cytryn, L., y Mc. Knew, D. J. 1972 Proposed Classification of Childhood Depression, American Journal of Psychiatry.
 - Freud A. (London) Discussion of. Dr. Rowly's Papers, The Psychoanalytic Study of the Child, Vol.XV 1960, International Universities Press, New York, pag.53-61
 - Glasser A.J., Zimmerman I.L., Interpretación Clínica de la escala de Inteligencia Weschler para niños, Ediciones TEA, Madrid, 1977.
 - Gomez, P.M., Padilla, E. R., Roll, S., Manual del WISC-RM Ed. Manual Moderno, México, 1984
 - Harmut R., Poznaski O., Merrick W., (1989) Depression and Learning Disabilities in Children: A Test of an Hypotesis. Journal of Learning Disabilities, Vol. 22, No. 4, 230-233
 - Jacobson, R.H., Lahey, B.B. and Stratuss, C.C., 1983, Correlates of Depressed Mood in Normal Children., Journal of Abnormal

Child Psychology, Vol. 12 pag.605-620

- Esquivel, F., Heredia, C., Lucio, E., Psicodiagnóstico Clínico del niño, Ed. Manual Moderno, México, D.F., 1974
- Kashani, J., Cantwell, D.P., Shekim W.O., and Reid J.C., 1982 Major Depressive Disorder in Children Admitted to and Inpatient Community Mental Health Center, American Journal of Psychiatry, 139, pag. 671-672.
- Kaufman A., Psicometría Razorada con el WISC-R, Ed. El Manual Moderno, 1982 México.
- Kaslow, N.J., Tanenbaum, R.L., Abramson, L.Y., Peterson, C., and Seligman, M.E.P; 1983, Problem-solving deficits and depressive symptoms among Children, Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 11 pag. 497-502.
- Kaslow, N.J., Rehm, L.P. (1984) y Siegel, A.W., 1984 Social cognitive correlates of depression in children. Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 12, pag.605-620.
- Kovacs, M. y Beck, A.T., An Empirical-Clinical Approach Toward a definition of Childhood Depression, Depression in Childhood, Ed. Raven Press, N.Y. 1972.
- Luzuriaga I., La inteligencia contra sí misma, Ed. Psique, 4a. ed., Buenos Aires, 1987.
- Mahler, M., Estudios I Psicosis Infantiles y Otros Trabajos, 1a. Reimpresión Ed. Paidós, Buenos Aires, 1990
- Mayer, N. E., Dych, D., Cognitive appraisal and attributional correlates of depressive symptoms in children. Journal of Clinical

- Child Psychology, 1988, 325-336.
- Mc Gee R., Anderson J., Williams S. y Silva P., (1986) Cognitive Correlates of Depressive Symptoms in 11 Year Old Children: Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 14, No. 4, 517-524.
 - Meyer N., Dyck D., Petrinack R., (1989) Cognitive Appraisal and Attributional Correlates of Depressive Symptoms in Children. Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 17, No. 5, 325-336.
 - Patterson G. R., Depression and Aggression in Family Interaction, L. E. A. Hill Ed., New Jersey 1990.
 - Paykel, E. S., Psicopatología de los trastornos afectivos, Edit. Piramide S.A. Madrid, España, 1985.- Rappaport D., Test de Diagnóstico Psicológico. Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina, 1976.
 - Saylor, C.F., Finch, A.J., Spirito A., and Bennett B., 1984 The Children's Depression Inventory: A systematic evaluation of psychometric properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 52 pag. 955-967
 - Sattler, M.J., Evaluación de la Inteligencia Infantil y Habilidades Especiales, 2a. ed., Ed. Manual Moderno, México D.F., 1992
 - Belligman, M.E.P., Maier S., Solomon, R.L., 1971 Unpredictable y Uncontrollable aversive events, aversive Conditioning and Learning New York: Academic Press, pag. 347-400.
 - Segal H., Introducción a la obra de Melanie Klein, Ed. Paidós, México D.F., 2a. edición, 1985, págs. 71-85.-
 - Seisdedos N., Manual CDS, Cuestionario de Depresión para Niños, Adaptación Española 3a. ed., Ed. Tea, Madrid 1990

- Schafer R., The Clinical Application of Psychological Tests
International University Press Inc., New York, 1948.
- Sroufe A. S., (1986) Appraisal: Bowlby's Contribution to Psychoanalytic Theory and Developmental Psychology; Attachment; Separation; Loss. Journal Child Psychol. Vol. 27, No. 6, 841-849.
 - Schur M., Discussion of Dr. John Bowlby's Paper, The Psychoanalytic Study of the child, Vol. XV 1960, International Universities Press, Inc., New York, pag. 63-83
 - Stenberg, J.R., Inteligencia humana II, 1a ed. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1987
 - Stevenson D.T., Romney D.M., Depression in Learning Disabled Children, Journal of Learning Disabilities, Vol.17 Num.10, Dic.1984 pags. 579-582
 - Spitz R. El Primer Año de Vida, Ed. F.C.E., México D.F., 1969.
 - Spitz R. Discussion of Dr. Bowlby's Paper (Denver), The Psychoanalytic Study of the Child, Vol. XV 1960 New York, International Universities Press, pag. 85-93
 - Trad V. P. Depresión Psíquica en Neonatos y Lactantes, Ed. Limusa, México D.F., 1992 1a. Edición.
 - Valdés M., DSM-III-R Manual Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales, Ed. Masson, Barcelona, 1988.
 - Winnicott D. Escritos de Pediatría y Psicoanálisis, Ed.LAIA, Barcelona, 1981, pags.357-377.
 - Wolman S., Depressive Disorders, Ed. Wiley Interscience, U.S.A., 1990.

ANEXOS

APENDICE J

ESTIMADO PADRE DE FAMILIA:

Se solicita su colaboración para contestar los datos que a continuación se solicitan, los cuales serán utilizados para una investigación sobre la depresión en los niños que se lleva a cabo en la Universidad de las Américas A.C.
Cabe mencionar que los datos serán manejados en forma confidencial.

DATOS GENERALES:

NOMBRE DEL NIÑO _____	GRADO ESCOLAR _____
EDAD _____	EDAD _____
NOMBRE DEL PADRE _____	OCUPACION _____
ESCOLARIDAD _____	EDAD _____
NOMBRE DE LA MADRE _____	OCUPACION _____
ESCOLARIDAD _____	

Después de leer las siguientes preguntas, subraye la opción correcta y/o conteste en el espacio correspondiente:

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES:

CASADOS	DIVORCIADOS	VIUDO(A)
UNION LIBRE	SEGUNDAS NUZCIAS	

EL NIÑO VIVE CON:

PADRE	MADRE	PADRES Y ABUELOS
ALGUNO DE LOS PADRES Y ABUELOS	OTRO _____	

CUANTOS HIJOS TIENEN: _____
 ¿QUE LUGAR OCUPA EL NIÑO EN RELACION CON SUS HERMANOS? _____
 ¿ALGUNO DE LOS PADRES TIENE O HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD CRONICA O QUE HAYA AMERITADO HOSPITALIZACION? _____ ¿CUAL? _____
 ¿POR CUANTO TIEMPO? _____
 ¿EL NIÑO HA REPETIDO ALGUN AÑO ESCOLAR? _____
 SI NO ¿CUAL? _____
 ¿EL NIÑO HA TENIDO BAJA EN SU RENDIMIENTO ACADEMICO? _____
 SI NO _____
 ¿HACE CUANTO TIEMPO Y EN QUE CIRCUNSTANCIA? _____

¿EL NIÑO PRESENTA ALGUN PROBLEMA DE CONDUCTA, TAL COMO: FALTA DE ATENCIÓN EN CLASE? AGRESIVIDAD A SUS COMPAÑEROS O MAESTROS, DISTRACTIBILIDAD, HIPERACTIVIDAD (MUCHA ACTIVIDAD)?

¿EL NIÑO HA TENIDO ALGUNA PERDIDA IMPORTANTE? (MUERTE DE UN ABUELO, ALGUNO DE SUS PADRES, HERMANO O DE UN AMIGO),

¿EL NIÑO HA ESTADO O ESTA EN TRATAMIENTO PSICOLÓGICO?
SI NO CUANTO TIEMPO?

¿EL NIÑO HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD POR LO QUE HAYA TENIDO QUE ESTAR EN EL HOSPITAL POR MUCHO TIEMPO?

SI NO ¿HACE CUANTO TIEMPO?

¿EL NIÑO CON FRECUENCIA TIENE ACCIDENTES O SE AUTOABREDE?

SI NO

ESPECIFIQUE

¿CUANTAS HORAS DUERME SU HIJO DIARIAMENTE?

SI DESEA HACER ALGUN COMENTARIO ACERCA DE ALGUN COMPORTAMIENTO DE SU HIJO QUE LE PREOCUPE; FAVOR DE ESPECIFICAR:

GRACIAS POR SU COOPERACION

PSIC. SILVIA SOTO S.

N.º 122

ANEXO 2
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...	o	o	o	o	o
2...	o	o	o	o	o
3...	o	o	o	o	o
4...	o	o	o	o	o
5...	o	o	o	o	o
6...	o	o	o	o	o
7...	o	o	o	o	o
8...	o	o	o	o	o

	++	+	+/-	-	--
33...	o	o	o	o	o
34...	o	o	o	o	o
35...	o	o	o	o	o
36...	o	o	o	o	o
37...	o	o	o	o	o
38...	o	o	o	o	o
39...	o	o	o	o	o
40...	o	o	o	o	o

	++	+	+/-	-	--
9...	o	o	o	o	o
10...	o	o	o	o	o
11...	o	o	o	o	o
12...	o	o	o	o	o
13...	o	o	o	o	o
14...	o	o	o	o	o
15...	o	o	o	o	o
16...	o	o	o	o	o

	++	+	+/-	-	--
41...	o	o	o	o	o
42...	o	o	o	o	o
43...	o	o	o	o	o
44...	o	o	o	o	o
45...	o	o	o	o	o
46...	o	o	o	o	o
47...	o	o	o	o	o
48...	o	o	o	o	o

	++	+	+/-	-	--
17...	o	o	o	o	o
18...	o	o	o	o	o
19...	o	o	o	o	o
20...	o	o	o	o	o
21...	o	o	o	o	o
22...	o	o	o	o	o
23...	o	o	o	o	o
24...	o	o	o	o	o

	++	+	+/-	-	--
49...	o	o	o	o	o
50...	o	o	o	o	o
51...	o	o	o	o	o
52...	o	o	o	o	o
53...	o	o	o	o	o
54...	o	o	o	o	o
55...	o	o	o	o	o
56...	o	o	o	o	o

	++	+	+/-	-	--
25...	o	o	o	o	o
26...	o	o	o	o	o
27...	o	o	o	o	o
28...	o	o	o	o	o
29...	o	o	o	o	o
30...	o	o	o	o	o
31...	o	o	o	o	o
32...	o	o	o	o	o

	++	+	+/-	-	--
57...	o	o	o	o	o
58...	o	o	o	o	o
59...	o	o	o	o	o
60...	o	o	o	o	o
61...	o	o	o	o	o
62...	o	o	o	o	o
63...	o	o	o	o	o
64...	o	o	o	o	o
65...	o	o	o	o	o
66...	o	o	o	o	o

PD
AA
RA
PS
AE
PM
SC
DV
PV
TP
TD



Copyright © 1982, by TEA Ediciones, S. A. - Adaptación con permiso de A. C. E. R., Victoria (Australia) - Copyright © 1978 - Prohibida la reproducción total o parcial - Edita TEA Ediciones, S. A. - Frey Bernardino de Sahagún, 24. Madrid-18 - Imprime: Agence Campaña; Degano, 15 dyto. Madrid 2 - Depósito legal: M. - 5313-1982

+ +
Muy
de acuerdo

+
De
acuerdo

+/-
No estoy
seguro

-
En
desacuerdo

- -
Muy en
desacuerdo

Me siento alegre la mayor parte
del tiempo.

1

AA

Muchas veces me siento desgra-
ciado en el colegio

2

BA

A menudo pienso que nadie se pre-
ocupa por mí.

3

PS

A menudo creo que valgo poco.

4

AE

Me despierto a menudo durante la noche.

5

PM

Pienso muchas veces que dejo en mal lugar a mi madre/padre.

6

SC

Creo que se sufre mucho en la vida.

7

DV

Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago.

8

PV

Siempre creo que el día siguiente será mejor.

9

AA

A veces me gustaría estar ya muerto.

10

RA

Me siento solo muchas veces.

11

PS

Frecuentemente estoy descontento conmigo mismo.

12

AE

Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco.

13

PM

A veces creo que mi madre padre hace o dice cosas que me hacen pensar que he hecho algo terrible.

14

SC

Me pongo triste cuando alguien se enfada conmigo.

15

DV

Muchas veces mi madre padre me hace sentir que las cosas que hago son muy buenas.

16

PV

Siempre estoy deseando hacer muchas cosas cuando estoy en el colegio.

17

AA

Estando en el colegio, muchas veces me dan ganas de llorar.

18

RA

A menudo soy incapaz de mostrar lo desgraciado que me siento por dentro.

19

PS

Odio la forma de mi aspecto o de mi comportamiento.

20

AE

La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada.

21

PM

A veces temo que lo que hago pueda molestar o enfadar a mi madre padre.

22

SC

Cuando me enfado mucho casi siempre termino llorando.

23

DV

En mi familia todos nos divertimos mucho juntos.

24

PV

Me divierto con las cosas que hago.

Frecuentemente me siento desgraciado triste/desdichado.

25

AA

26

RA

Muchas veces me siento solo y como perdido en el colegio.

A menudo me odio a mi mismo.

27

PS

28

AE

Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas.

Frecuentemente pienso que merezco ser castigado.

29

PM

30

SC

A menudo me siento desgraciado por causa de mis tareas escolares.

Cuando alguien se enfada conmigo, yo me enfado con él.

31

DV

32

PV

Casi siempre lo paso bien en el colegio.

A veces pienso que no vale la pena vivir esta vida.

33

AA

34

RA

La mayoría del tiempo creo que
nadie me comprende

35

PS

A menudo me avergüenzo de mí
mismo.

36

AE

Muchas veces me siento muerto
por dentro.

37

PM

A veces estoy preocupado porque
no amo a mi madre/padre como de-
biera.

38

SC

A menudo la salud de mi madre me
preocupa/Inquieta.

39

DV

Creo que mi madre/padre está muy
orgullosa de mí.

40

PV

Soy una persona muy feliz.

41

AA

Cuando estoy fuera de casa me
siento muy desdichado.

42

RA

Nadie sabe lo desgraciado que me
siento por dentro.

43

PS

A veces me pregunto si en el fondo
soy una persona muy mala.

44

AE

Estando en el colegio me siento cansado casi todo el tiempo.

45

PM

Creo que los demás me quieren, aunque no lo merezco.

46

SC

A veces sueño que tengo un accidente o me muero.

47

DV

Pienso que no es nada malo enfadarse.

48

PV

Creo que tengo buena presencia y soy atractivo.

49

AA

Algunas veces no sé por qué me dan ganas de llorar.

50

RA

A menudo pienso que no soy de utilidad para nadie.

51

PS

Cuando fallo en el colegio pienso que no valgo para nada.

52

AE

A menudo imagino que me hago heridas o que me muero.

53

PM

A veces creo que hago cosas que ponen enfermo a mi madre/padre.

54

SC

Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero.

55

DV

Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche.

56

PV

Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer.

57

AA

Creo que mi vida es desgraciada.

58

RA

Cuando estoy fuera de casa me siento como vacío.

59

PS

La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser.

60

AE

A veces me siento mal porque no amo y escucho a mi madre/padre como se merece.

61

SC

Pienso a menudo que no voy a llegar a ninguna parte.

62

DV

Tengo muchos amigos.

63

PV

Utilizo mi tiempo haciendo con mi padre cosas muy interesantes.

64

PV

Hay mucha gente que se preocupa bastante por mí.

65

PV

A veces creo que dentro de mí hay dos personas que me empujan en distintas direcciones.

66

DV

MP

36-4

WISC-RM

Escala de Inteligencia Revisada
Estandarizada en México, D.F.

Protocolo

ANEXO 3



NOMBRE _____

EDAD 11 años SEXO F

DIRECCION _____

NOMBRE DEL PADRE
O TUTOR _____

ESCUELA Escuela Primaria de la zona 5

GRADO 5º B

LUGAR DE APLICACION _____

APLICO 4 de mayo de 1973

REFERIDO POR _____

PERFIL WISC-R														
ESCALA VERBAL						ESCALA DE EJECUCION								
Puntuación normalizada	Información	Similitudes	Aritmética	Vocabulario	Comprensión	Resistencia de dígitos	Puntuación normalizada	Figuras incompletas	Ordenación de dibujos	Diseños con cubos	Composición de objetos	Claves	Laberintos	Puntuación normalizada
19	19	.	.	.	.	.	.	19
18	18	.	.	.	.	.	.	18
17	17	.	.	.	.	.	.	17
16	16	.	.	.	.	.	.	16
15	15	.	.	.	.	.	.	15
14	14	.	.	.	.	.	.	14
13	13	.	.	.	.	.	.	13
12	12	.	.	.	.	.	.	12
11	11	.	.	.	.	.	.	11
10	10	.	.	.	.	.	.	10
9	9	.	.	.	.	.	.	9
8	8	.	.	.	.	.	.	8
7	7	.	.	.	.	.	.	7
6	6	.	.	.	.	.	.	6
5	5	.	.	.	.	.	.	5
4	4	.	.	.	.	.	.	4
3	3	.	.	.	.	.	.	3
2	2	.	.	.	.	.	.	2
1	1	.	.	.	.	.	.	1

	Año	Mes	Día
Fecha de aplic.	73	5	16
Fecha de naci.	62	sept	12
Edad	11 años 5 mes		

	Puntuación natural	Puntuación normal
ESCALA VERBAL		
Información	11	9
Similitudes	7	7
Aritmética	10	5
Vocabulario	11	5
Comprensión	15	2
(Retención de Dígitos)	(4)	(3)
S u m a	40	
ESCALA DE EJECUCION		
Figs. Incompletas	14	8
Ordenación de Dib.	17	6
Diseños con Cubos	7	7
Compos. de Objetos	16	7
Claves	45	18
(Laberintos)	(20)	(7)
S u m a	45	

	Puntuación normal	CI
Escala Verbal	7.6	86
Escala de Ejecución	4.5	82
Escala Total	12.5	84

* Puntaje si es necesario.

OBSERVACIONES

Abuso del material (15%)