

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

**“DIFERENCIAS DE GENERO EN NIÑOS DEPRIMIDOS ENTRE 6 Y 12  
AÑOS”**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE “ESPECIALIZACION EN  
PSIQUIATRIA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA”**

**PRESENTA EL ALUMNO ( A )**

**JESUS JACQUELINE ZUÑIGA SOLANA**

**TUTOR TEORICO**

**DR. FERNANDO LOPEZ M.**

**TUTOR METODOLOGICO**

**DRA. DIANA MOLINA V.  
AÑO 2004**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**A DIOS.**

“SOLO TU SABES PORQUE ME PUSISTE AQUÍ”

**A ITZY**

NENA, HAS SIDO UN LIBRO ABIERTO Y TE AMO

**A MIGUELITO**

ADEMÁS DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO QUE TE QUEDO SUPER, ERES MI PUNTO DE APOYO PARA TRANSENDER

**A MIS PADRES Y HERMANOS**

**A MIS MAESTROS**

NOS TRASMITIERON EL AMOR, EL INTERES, LA DEDICACIÓN, CON EL EJEMPLO. GRACIAS

**A MI GRUPO DE PAIDO**

“SOBREVIVIMOS”

**A DORI**

DE NO HABER ESTADO CERCA EL CAMINO HUBIERA SIDO MAS DIFICIL

## CONTENIDO

No.	Nombre	Página
1	Marco teórico	3
2	Planteamiento del problema	6
3	Justificación	6
4	Objetivo General	7
5	Objetivos específicos	7
6	Hipótesis	7
7	Población muestra	7
8	Tipo de estudio	8
9	Material y Métodos	8
10	Grupo muestra	8
11	Operacionalización de variables	9
12	Instrumentos de medición	10
13	Estadística	11
14	Consideraciones éticas	11
15	Resultados	12
16	Discusión	15
17	Conclusiones	19
18	Bibliografía	20
19	Anexos.	22

## MARCO TEORICO

El niño existe como unidad bio-psico-social en crecimiento y desarrollo; por su falta de madurez física y mental es más vulnerable a las agresiones que lo afectan; a menor edad, mayor riesgo de alteraciones negativas que pueden dar lugar a secuelas físicas y psicológicas difíciles de revertir. Los problemas que afectan a la sociedad influyen en forma primordial en la niñez; ésta es idealmente la etapa más rica y hermosa del ser humano, pero también es receptáculo directo de las carencias económicas, afectivas, culturales, sociales y otras más. Ya desde antes de nacer el ser humano se enfrenta a condiciones desfavorables; por ejemplo, el hijo de un embarazo no deseado, el de una madre adolescente, madre soltera, el de una alcohólica y/o drogadicta, el de una enferma o desnutrida y después, el que nace prematuro, el que nace en presidio, el niño huérfano, el abandonado, el discapacitado, el maltratado, el que padece enfermedades crónicas o malignas, el que vive en carne propia la violencia y muchas otras condiciones adversas que padece a lo largo de las diferentes edades pediátricas desde el nacimiento hasta el término del crecimiento y desarrollo, que en promedio se logra a los 18 años. ( 1 )

Entre niños y adolescentes, los desórdenes depresivos confieren un riesgo creciente para la enfermedad y las dificultades interpersonales y psicosociales que persisten de largo después de que se resuelva el episodio depresivo; en adolescentes hay también un riesgo creciente para el abuso de sustancias y problemas conductuales suicidas desafortunadamente, estos desórdenes son a menudo desconocidos por las familias y los médicos. Las muestras de desórdenes depresivos en la gente joven se ven a menudo como las oscilaciones normales del humor típicos de una etapa de desarrollo particular. Además, los profesionales del cuidado médico pueden ser renuentes "a etiquetar prematuramente" a una persona joven con un diagnóstico mental de la enfermedad. Con todo el diagnóstico temprano y el tratamiento de desórdenes depresivos son críticos para el desarrollo emocional, social, y del comportamiento sano.(2)

Un número epidemiológico establece que hasta 2,5 por ciento de los niños y hasta 8,3 por ciento de los adolescentes en Estados Unidos sufren depresión. Se ha encontrado que el inicio temprano de la depresión a menudo persiste, tiende a repetirse, y continua con la edad, e indica que la depresión en la juventud puede también predecir la severidad de la enfermedad en adulto. La depresión en gente joven a menudo concurre con los otros desórdenes mentales, lo más comúnmente asociado es ansiedad, el comportamiento quebrantador, o desórdenes del abuso de sustancias, y con enfermedades físicas, tales como suicidio, diabetes. La depresión en niños y adolescentes se asocia a un riesgo creciente de conductas suicidas en pacientes en riesgo; si la depresión es acompañada por el desordenes de la conducta y alcohol o alguna otra sustancia, se encuentra a el suicidio como la tercera causa principal de la muerte. Es importante para que los doctores y los padres tomen todas las amenazas del suicidio seriamente.(2)

Boris Birmaher y colaboradores encontraron que el rango de prevalencia en estudios a población abierta para el trastorno depresivo en niños es del 0.4 – 8.3%. En la

segunda mitad de este siglo, se ha observado un incremento en el riesgo de presentar depresión leve a moderada. Los síntomas de la depresión en los niños difieren del adulto, en función del nivel de desarrollo, en preescolares es frecuente la irritabilidad, los “berrinches”, las alteraciones de otros patrones de sueño y o apetito, y la desobediencia patológica; en escolares, los síntomas de ansiedad de separación, fobias, quejas somáticas, disminución del aprovechamiento escolar y problemas de conducta ( agresividad, destructividad, desobediencia, reto a la autoridad); en adolescentes patrones estacionales, menstruales, disforia, deterioro social y escolar, mayor índice de comorbilidad y recurrencias, más intentos de suicidio de elevada letalidad, síntomas melancólicos y psicóticos. La comorbilidad en la depresión del adolescente es la regla más que la excepción ( rango de 40 – 100%), lo que incrementa la duración de los periodos depresivos, el riesgo de suicidio, aumenta recaídas y recurrencias y ensombrece el pronóstico. Por orden de frecuencia, las patologías comórbidas son: distimia, trastornos de ansiedad, trastornos externalizados ( disocial, déficit de atención y desafiante oposicionista) y abuso de sustancias, que incluye al alcohol. El curso natural del episodio depresivo no complicado es de una duración de 7 – 9 meses, con una remisión del 90% a los dos años, recurrencia de 40% y 70% a los dos y cinco años, respectivamente. En adolescentes, 20 a 40% de los deprimidos ciclan a manía, con o sin medicamentos. (3)

Es importante que los clínicos se hagan éstas preguntas: ¿Humor triste o irritable persistente? ¿La pérdida de interés en actividades gozó una vez? ¿Cambio significativo en apetito o peso corporal? ¿Dificultad para dormir? ¿Agitación o retraso psicomotor? ¿Pérdida de energía? ¿Sensaciones de culpabilidad inadecuada? ¿Se concentrarse con dificultad? ¿Quejas físicas tales como dolores de cabeza, dolores del músculo, no específicos frecuentes? ¿Ausencias frecuentes de la escuela o bajo rendimiento de las prestaciones en escuela? ¿Charla de esfuerzos de funcionar lejos del hogar? ¿Arrebatos de gritos, quejas, irritabilidad inexplicada?, ¿Carencia de interés en jugar con los amigos? ¿Abuso del alcohol o de la sustancia? ¿Aislamiento social, comunicación pobre? ¿Miedo de la muerte? ¿Sensibilidad extrema al rechazamiento o a la falta? ¿Irritabilidad, cólera, u hostilidad creciente? ¿Comportamiento imprudente? (2)

René Spitz describe la angustia de separación entre el sexto y octavo mes, como el momento normal del desarrollo en que el bebé se angustia por que no se encuentra en presencia de sus padres. Melanie Klein habla de una posición depresiva donde el niño es capaz de reconocer el objeto total y no parcial, en esta etapa la madre es la fuente de lo bueno y lo malo. Margaret Malher admite en la etapa de separación individuación cambios en la psicodinamia del niño lo que produce una reacción depresiva. Winnicot habla de la posición depresiva en el momento del destete que se presenta en la segunda mitad del primer año. (2 ‘).

Existen factores genéticos asociados a la depresión que explican al menos el 50% de la varianza en su transmisión; los factores ambientales incluyen los familiares, aprendizaje de pautas depresivas, conflictos, falta de afecto, negligencia o abuso), psicopatología en los padres, pérdidas importantes, contemplar suicidios. Los

marcadores biológicos incluyen la hormona del crecimiento que se considera un marcador de estado aunque inespecífico de psicopatología en general, en algunos estudios aumento de secreción de PRL en niñas y de ACTH en niños. Los estudios de supresión a dexametasona tampoco son contundentes. Por último, se ha demostrado algunos cambios en la latencia al sueño REM y su duración, pero su constancia también es dudosa. ( 3 )

Los factores de riesgo en niñez: muchachos y muchachas aparecen estar en riesgo similar para los desórdenes depresivos; pero durante adolescencia, las muchachas son dos veces más probables para desarrollar depresión. Los que desarrollan la depresión más importante es más probable tener antecedentes familiares del desorden, a menudo un padre con depresión experimentada en una edad temprana. Otros factores de riesgo incluyen: Tensión, tabaquismo, una pérdida de un padre o figura significativa, desintegración de una relación romántica, desórdenes de la atención, de la conducta o el aprendizaje, enfermedades crónicas, tales como diabetes ,abuso o negligencia, etc. (2)

La intervención psicosocial en el tratamiento agudo de la depresión mayor ha sido poco investigada en estudios psicoterapéuticos controlados; sin embargo, la terapia de corte cognoscitivo conductual, la psicoterapia de apoyo no directivo y la terapia familiar conductual sistémica han demostrado un índice de respuesta del 70%. Los factores de mal pronóstico para este tipo de tratamientos incluyen: severidad del cuadro depresivo, comorbilidad con trastornos de ansiedad, pobre apoyo familiar-social, psicopatología parental, conflictos familiares, bajo nivel socioeconómico y exposición a eventos vitales estresantes.

En cuánto a intervención psicofarmacológica, estudios abiertos en niños y adolescentes han demostrado 60-80% de respuesta a antidepresivos tricíclicos (imipramina); pero en los estudios doble ciego la eficacia es igual a la del placebo. Los factores posiblemente asociados incluyen: un alto índice de respuesta a placebo, falta de madurez del sistema noradrenérgico ( madura primero el serotoninérgico), un mejor metabolismo hepático, cambios hormonales, síntomas atípicos y depresión bipolar. Existe un estudio doble ciego en adolescentes que ha demostrado 56% de respuesta a fluoxetina contra 33% del placebo. La utilidad de los niveles plasmáticos de antidepresivos está limitada a evaluar toxicidad y apego al tratamiento. Para el tratamiento de la depresión refractaria se recomienda la adicción de litio y, en depresiones muy graves de adolescentes, la TEC. La elevada recurrencia del trastorno depresivo obliga a un tratamiento de mantenimiento (psicoterapéutico y o psicofarmacológico), pero no existen datos concluyentes acerca de la duración. Una parte importante para tratar de prevenir las recurrencias consiste en educar al paciente, familiares, maestros y comunidad acerca de los síntomas tempranos de un episodio depresivo. El mejor tratamiento debe incluir ambas modalidades de intervención. ( 4 )

Kovacs, Obrosky y Sherrill reportaron en marzo del 2003 que, las muchachas, tenían índices más altos de los desórdenes el comer como comorbilidad e índices más bajos de los desórdenes externalizados y de abuso de sustancias que los

muchachos. Que los períodos de alto riesgo para las condiciones del comorbilidad también se diferenciaron por el sexo. Los desórdenes de comorbilidad eran generalmente contemporáneos con la depresión entre muchachas pero no entre muchachos, y los patrones del comorbilidad fueron influenciados por la edad en el inicio de la depresión. Las muchachas con depresión de inicio temprano estaban en un riesgo más bajo para los desórdenes no afectivos; los muchachos evidenciaron el patrón opuesto y estaban en riesgo particularmente alto para los desórdenes del uso de sustancias. También había diferencias del sexo en patrones de desarrollo del síntoma. (5)

Los síntomas depresivos fueron correlacionados más fuertemente con la tensión escolar relacionada con los muchachos; mientras que la correlación entre los molestias del diario y los síntomas depresivos era más alta para las muchachas.(6)

La implicación en la coerción de la familia durante niñez y la adolescencia aumentó en los muchachos y en las muchachas el riesgo para el comportamiento antisocial en adolescencia y de las muchachas para comportamiento depresivo.(7)

Kistner, David CF y White encontraron una interacción significativa entre las diferencias de sexo y la pertenencia étnica para padecer síntomas depresivos. Los muchachos americanos africanos divulgaron más síntomas depresivos que los Euro-Americanos,, mientras que las muchachas americanas y Euro-Americanas africanas divulgaron los niveles comparables de síntomas depresivos. Las diferencias del sexo en síntomas depresivos diferenciaron por pertenencia étnica. Los muchachos eran más presionados que muchachas en el grupo americano africano; mientras que las muchachas eran más presionadas que muchachos en el grupo Euro-Americano. (8)



## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Entre niños y adolescentes, los desórdenes depresivos se asocian con dificultades en la interacción interpersonal y psicosocial; dichas dificultades persisten aún después de que se resuelva el episodio depresivo; en adolescentes hay también un riesgo creciente para el abuso de sustancias y problemas conductuales suicidas desafortunadamente, estos desórdenes son a menudo desconocidos por las familias y los médicos.

Entre los agentes etiológicos descritos para la presencia de episodios depresivos se han reportado factores biológicos ( aminas biógenas, regulación neuroquímica, neuroendocrina, trastornos del sueño, kindling, ritmos circadianos, regulación neuroinmunológica, neuroimagen, etc. ), genéticos ( realizados en estudios con familias, con adoptados, con gemelos, y cromosómicos ) y los factores psicosociales.

## **JUSTIFICACIÓN**

A pesar de que los trastornos depresivos constituyen una de las entidades psicopatológicas con mayor prevalencia detectada en niños en psiquiatría infantil y de la adolescencia y de los múltiples reportes en la literatura que contemplan la influencia etiopatogénica de factores tanto genéticos, como ambientales y psicológicos, pocos son los estudios de género que plasman el tipo de manifestaciones clínicas entre los niños.

## **OBJETIVOS GENERALES.**

Describir la sintomatología presentada en escolares con trastorno depresivo.

Comparar diferencias genéricas en la presentación de sintomatología depresiva en niños escolares deprimidos en comparación con niñas escolares deprimidas.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

Comparar diferencias genéricas en la presentación de sintomatología depresiva internalizada en niños escolares deprimidos en comparación con niñas escolares deprimidas.

Comparar diferencias genéricas en la presentación de sintomatología depresiva externalizada en niños escolares deprimidos en comparación con niñas escolares deprimidas.

Identificar la sintomatología asociada a la depresión infantil escolar con predominio de síntomas internalizados.

Identificar la sintomatología asociada a la depresión infantil escolar con predominio de síntomas externalizados.

## **HIPÓTESIS.**

Se espera encontrar diferencias de género en la presentación de sintomatología depresiva en niños escolares deprimidos. Hipotetizando que los hombres reportarán mayores índices de sintomatología externalizada y las mujeres presentarán mayores índices para sintomatología de tipo internalizada.

## **POBLACION MUESTRA:**

20 niños y 20 niñas deprimidas, de edades entre 6 y 12 años valorados en el servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.

**TIPO DE ESTUDIO.**

Se trata de un estudio descriptivo, clínico, prospectivo, transversal y comparativo.

## **MATERIAL Y METODOS.**

El estudio será realizado por una residente de 2 año de psiquiatría infantil y de la adolescencia, en el periodo comprendido entre los meses de septiembre a octubre del 2004.

Los niños, serán entrevistados en un consultorio del Servicio de Urgencias del Hospital Psiquiátrico infantil Dr. Juan N. Navarro, así cómo a los pacientes de primera vez del servicio de emociones; previa realización de Historia clínica y establecimiento de diagnóstico presuncional de trastorno depresivo por el residente encargado del turno.

La residente encargada de la investigación aplicará en una sola entrevista, el ESE ( entrevista semiestructurada para escolares para la detección de trastorno depresivo. Posteriormente le entregará la escala autoaplicable para padres de CBCL para detectar sintomatología internalizada o externalizada así cómo psicopatología asociada a la depresión infantil.

Entrevista semiestructurada para escolares ( ESE ). Instrumento que comprende de 11 diferentes áreas, la primera incluye la parte general de los datos demográficos del paciente, así como información familiar y escolar básica. La segunda consta del motivo de consulta y la descripción del padecimiento actual. A partir de la tercera y hasta la décima se agrupan las preguntas según los criterios del DSM IV para cada padecimiento ( Del cuán nosotros sólo ocupamos el que atañe a el establecimiento del diagnóstico de depresión y de distimia ), y el área once incluye un apartado de interrogatorio acerca del abuso, y / o maltrato físico o sexual. ( 9 )

La escala de CBCL arroja 4 tipos diferentes de gráficas, cómo resultados y finalmente un resumen el cual analiza los mismos. La primer gráfica habla sobre la competencia en cuanto a actividad, social y escolar ( la cuál a su vez es analizada por grupo de edad y sexo ). La escala se divide en un T Score que va de 20 a 65 puntos, calificando cómo normalidad de 35 a 65 puntos, borderline de 30 a 35 y clínicos de 20 a 30 puntos. Finalmente hace una sola escala dónde agrupa las tres categorías y los califica de la misma manera.

La siguiente gráfica es la que califica síndromes (Depresión ansiosa, depresión reservada, quejas somáticas, problemas sociales, problemas del pensamiento, problemas de atención, conductas normadas, conductas agresivas ). El T Score, ahora puntea entre 50 y 100. Normal se califica entre 50 a 65 puntos, borderline de 65 a 70 y clínico de 70 a 100. En esta escala subagrupan a depresión ansiosa, depresión reservada y quejas somáticas cómo problemas internalizados y a conductas normadas y conductas agresivas cómo externalizadas.

La tercer gráfica valora el total de problemas dividiéndolos en externalizados e internalizados. Punteando normalidad entre 50 a 60 puntos, borderline de 60 a 65 y clínico de 65 y más.

La cuarta gráfica valora reagrupa la sintomatología de acuerdo a los criterios del DSM IV en problemas afectivos, problemas ansiosos, problemas somáticos, problemas de déficit de atención y de hiperactividad, problemas oposicionistas y desafiantes y finalmente problemas de conducta. Punteando con normalidad aquéllos entre 50 a 65 puntos, borderline de 65 a 70, y clínicos de 70 y más. ( 10 )

## **.GRUPO MUESTRA:**

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN.**

Pacientes de ambos sexos, entre 6 y 12 años, que sepan leer y escribir, con diagnóstico clínico de depresión leve o moderada, trastorno depresivo recurrente leve o moderado o trastorno distímico de acuerdo con los criterios del DSM IV, que acudan por primera vez a solicitar consulta al Hospital Infantil Dr. Juan N. Navarro, quienes no sean portadores de alguna otra enfermedad orgánica, ni médica, ni estén en tratamiento antidepressivo, clínicamente con inteligencia normal y que sus papás acepten participar en forma voluntaria el estudio.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.**

Pacientes que presenten diagnóstico presuncional daño neurológico o problemas cognitivos que impidan la comprensión o limiten la capacidad para responder los instrumentos aplicados.

### **VARIABLE DEPENDIENTE.**

Depresión.

### **VARIABLES INDEPENDIENTES.**

Subescalas del CBCL por síndromes ( Depresión ansiosa, depresión reservada, quejas somáticas, problemas sociales, problemas del pensamiento, problemas de atención, conductas normadas, conductas agresivas ), el total de padecimientos internalizados, el total de externalizados y las subescalas del CBCL por criterios del DSM – IV ( Problemas afectivos, problemas ansiosos, problemas somáticos, problemas por déficit de atención y de hiperactividad, problemas oposicionista y desafiante y problemas de conducta.

### **OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.**

#### **DEPRESIÓN.**

Los síntomas de tipo depresivo se evaluarán mediante la escala para niños escolares ESE.

Tipo de variable : Cualitativa.

Escala: nominal.

#### **DEPRESIÓN ANSIOSA.**

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala: nominal.

DEPRESIÓN RESERVADA.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala: Nominal.

QUEJAS SOMÁTICAS.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala: Nominal.

PROBLEMAS SOCIALES.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala: Nominal.

PROBLEMAS DEL PENSAMIENTO.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala: Nominal.

PROBLEMAS DE ATENCION.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala: Nominal.

CONDUCTA DESAFIANTE.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala. Nominal.

CONDUCTA AGRESIVA.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala: Nominal.

TOTAL DEL PROBLEMAS INTERNALIZADOS

Tipo de variable: Cuantitativa

Escala: Nominal

TOTAL DE PROBLEMAS EXTERNALIZADOS

Tipo de variable: Cuantitativa

Escala: Nominal.

PROBLEMAS AFECTIVOS

Tipo de variable: Cualitativa

Escala: Nominal

PROBLEMAS ANSIOSOS

Tipo de variable: Cualitativa

Escala: Nominal

PROBLEMAS SOMÁTICOS

Tipo de variable: Cualitativa  
Escala: Nominal

#### PROBLEMAS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Tipo de variable: Cualitativa  
Escala: Nominal

#### PROBLEMAS OPOSICIONISTAS Y DESAFIANTES

Tipo de variable: Cualitativa  
Escala: Nominal

#### PROBLEMAS DE CONDUCTA

Tipo de variable: Cualitativa  
Escala: Nominal.

#### **INSTRUMENTOS DE MEDICION.**

Cuestionario semiestructurado para escolares ( ESE ) y CBCL ( versión autoaplicable para padres en niños de 6 a 18 años ).

#### **ESTADÍSTICA.**

Se realizarán medidas de tendencia central y dispersión, obtención de frecuencias,  $X^2$ , para la comparación de variables nominales, análisis bivariado.

#### **CONSIDERACIONES ETICAS.**

El estudio no conlleva riesgos para la salud física o emocional de los sujetos participantes.

## **RESULTADOS**

### **Gráficas 1 y 2 ( Medias de factores del CBCL y concentrados de problemas internalizados y externalizados ).**

La gráfica N. 1 nos muestra los resultados de las medias estadísticas de los diferentes factores en que se dividen los resultados del CBCL y las compara por sexos.

Analizando dicha gráfica es evidente notar que ambos sexos puntuaron por arriba de 70 ( categoría clínica ) en el factor ansioso – depresivo, lo que era esperado dado que la población muestreada tenía el diagnóstico de depresión. En niños también se encontró en categoría clínica a la depresión reservada y síntomas somáticos y en niñas ambos síndromes se encontraron borderline ( puntuación entre 65 y 70 ) .

Resumiendo, los hombres alcanzan el rango de patología en el bloque de síndromes internalizados en comparación con las mujeres.

Mientras que las mujeres sólo puntuaron en rango clínico ( por arriba de 70 ) con ansiedad – depresión, los hombres lo hicieron con la misma, depresión reservada y síntomas somáticos, así como en conductas agresivas.

En mujeres, todos los demás síndromes, resultaron puntuando por arriba de 65 y por debajo de 70 ( borderline ), lo que habla de una importante susceptibilidad para hacerse clínicos dichos síndromes, en cuánto la niña se encuentre vulnerable. Sólo se encontraron fuera de rangos anormales problemas del pensamiento y de la atención.

En niños es interesante puntualizar que los síndromes que no resultaron dentro de la categoría clínica, fueron borderline; no se encontró factores que puntuaran por debajo del 65 y por tanto fuesen sanos.

En la gráfica 2, se esquematizan las medias estadísticas del concentrado de problemas de internalización y de externalización dividiéndolas por sexo. En cuanto a problemas externalizados, encontramos a el sexo femenino en 72 que ya es considerado un rango clínico y el sexo masculino en 73.5. Los problemas externalizados son más importantes en varones también los cuáles puntúan en 70 y las mujeres en 68. Recordando que en esta gráfica en especial la puntuación se dá clínica a partir de los 63 puntos.

### **Tablas 1 a la 8 Escalas del CBCL divididas por factores**

La tabla N. 1 valora el factor de la escala del CBCL - ansioso – depresivo -. En la que se encontró que la proporción de niños y niñas que padecen de síndrome ansioso-depresivo es la misma (50%), el 35% y el 30% de niños y niñas respectivamente están dentro de la clasificación “border-line” y solamente del 15 al



20% de los casos estudiados se clasificaron como normal, prácticamente no hay diferencias significativas estadísticas.

Con relación al factor aislado-deprimido ( que valora la tabla 2 ), se observan diferencias entre niños y niñas. Se encontró que el 60% de los niños padecen este factor ( según lo referido por los padres, - 12 niños ) y en las niñas el 35% ( 7 niñas ). Al realizar el análisis de estas proporciones en Epi-info, se observa 3.43 veces más riesgo en los niños comparados con las niñas, sin embargo la  $\chi^2 = 2.54$  da una P muy cercana a la significancia estadística (P = 0.11), Intervalos de confianza al 95%(IC95%) = 0.6 a 21).

La tabla 3, valora el factor de quejas somáticas. Prácticamente no existen diferencias entre niños y niñas ya que el 42.5% de los casos estudiados fueron clasificados dentro del rango clínico, y los que resultaron sanos fue el 37.5 % ( 15 niños ).

Los problemas sociales valorados en la tabla 4 se observaron con mayor frecuencia en las niñas que en los niños, sin embargo no se encontró significancia estadística (P = 0.94). Al analizar el grupo clasificado como borderline las proporciones son mayores en los niños que en las niñas y al compararse estos grupos por sexo existe 10.5 veces más riesgo de presentar problemas sociales en los niños que en las niñas y se encontró una P = 0.032 la cuál es estadísticamente significativa.

En la Tabla 5 se valora el factor de problemas del pensamiento y los divide por sexo. En ambos casos, la mitad de los casos resultaron normales, por lo que no se encontró diferencia estadística significativa.

En los casos clasificados clínicamente con el factor de problemas de atención ( tabla 6 ) se encontró que existe 0.26 mayor riesgo en los niños comparados con las niñas sin embargo no es estadísticamente significativo  $\chi^2 = 0.12$  con una P = 0.73. Al analizar el grupo de borderline se observó 9 veces mas riesgo en el sexo masculino ( 6 pacientes ) comparado con el femenino ( una paciente ) con una  $\chi^2 = 4.18$  con una P = 0.04 significativamente estadístico.

En la valoración del factor conducta desafiante ( tabla 7 ) las niñas tuvieron un mayor porcentaje 50%, los niños 45%, sin embargo esta diferencia no es estadísticamente significativa  $\chi^2 = 1.16$  con una P = 0.28, al valorar el grupo borderline el 20% de las niñas y el 10% de los niños se clasificaron en este grupo, existe 3 veces más riesgo en las niñas comparados con los niños pero no hay significancia estadística  $\chi^2 = 3$  con una P = 0.2.

La tabla 8 nos muestra la proporción de niños clasificados con el factor de conducta agresiva encontrando un 65% en los niños y 45% en las niñas. Esta diferencia hace que exista 2 veces más riesgo de puntar clínico dicho factor en los niños comparado con las niñas pero no hay significancia estadística  $\chi^2 = 0.76$  con una P = 0.38 tampoco fue significativo la diferencia en el grupo borderline  $\chi^2 = 0.40$  con una P = 0.52.

### **Tablas 9 y 10. Concentrado de problemas internalizados y externalizados.**

Al analizar los problemas de internalización ( el concentrado. Tabla 9 ) el 95% de los niños y el 85% de las niñas fueron clasificados dentro de este grupo, esta diferencia da como resultado mayor riesgo en los niños pero no es estadísticamente significativa. Es interesante puntualizar que 3 niñas puntuaron en normalidad a pesar de tener el diagnóstico previo de depresión y sólo un niño puntuó en el rubro borderline.

Tabla 10 ( Concentrado de problemas de externalización ) Dado que una de las celdas de la clasificación del factor problemas de externalización resulto en 0 , se sumaron los pacientes que puntuaron con borderline masculinos a la clasificación clínica; lo que dio como resultado encontrar 4.75 veces mas riesgo en los niños de padecer problemas externalizados que a las niñas, sin embargo no se encontró significancia estadística (  $X^2 = 2.01$  con una  $P = 0.16.$ )

### **Tablas 11 a la 16, división del CBCL, de acuerdo a los criterios del DSM.**

La tabla 11 nos muestra el factor, problemas afectivos, comparándolos por sexo de acuerdo a los criterios del DSM . Se encontró que en el 80% de los niños y el 70% de las niñas fueron clasificados con problemas afectivos, esto da como resultado mayor riesgo en los niños sin embargo no hay significancia estadística.

Los problemas de ansiedad son más frecuentes en los niños que en las niñas ( tabla 12 ) ya que el 60% de los niños y el 55% de las niñas fueron clasificadas con este factor y un 5% de los niños y 35% de las niñas fueron clasificadas como normales estas diferencias fueron estadísticamente significativas, dando como resultado 7.64 veces más riesgo de ser clasificado clínicamente en los niños comparadas con las niñas  $X^2 = 3.71$   $P = 0.53$  y 24 veces más riesgo de ser clasificado como borderline en los niños comparado con las niñas  $X^2 = 6.82$  con una  $P = 0.009$ .

La tabla 13 nos describe el factor quejas somáticas y muestra que el 45% de los niños y el 25% de las niñas se clasificaron con problemas somáticos, sin embargo no se observó significancia estadística de esta diferencia aunque existe 2.4 veces más riesgo en los niños de padecerlo avalado por una  $X^2 = 1.5$  con una  $P = 0.22$ .

Tanto en las niñas como en los niños se observó el mismo porcentaje de casos clasificados con déficit de atención (20%), a pesar de que menos niños fueron normales no existe significancia estadística. ( tabla 14 )

En la tabla 15 se observó el mismo porcentaje de casos con síndrome de problemas desafiantes en niños y niñas (5%), prácticamente no hubo diferencias estadísticas significativas.

Con relación al síndrome de problemas de conducta ( tabla 16 ) hubo mayor porcentaje en las niñas (5%) que en los niños (30%) esta diferencia da como

resultado 1,5 veces más riesgo en las niñas comparadas con los niños, sin embargo no hubo significancia estadística,  $\chi^2 = 0.28$  una  $P = 0.6$ .

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente estudio demuestran que sólo tres factores clínicos del CBCL obtuvieron relevancia significativa estadística, para diferenciar género en niños deprimidos entre 6 y 12 años. Estos tres factores encontrados en nuestro estudio de alguna manera ya habían sido reportados en diferente tipo de literaturas. Los demás resultados mostraron diferencias de género interesantes aunque no llegaron a tener son importantes aunque no llegaron a tener significancia estadística.

En cuanto al *factor problemas sociales*, se encontró que existen 10.5 veces más riesgo de tener problemas sociales en los niños deprimidos que en las niñas (  $P = 0.032$  ). Situación que ya describía Birmaher ( 3 ) refiriéndose a el estilo cognitivo negativo característico de los niños deprimidos, ya que ellos muestran mayores distorsiones cognitivas, menos atributos físicos y sociales, mayor expresión de su malestar, más tendencia a atribuir sus resultados negativos a causas externas no controlables por ellos, muchos déficits sociales y pobre autoestima.

Recordemos que el rol de género que ya se formó previamente en los niños ( 3 ó 4 años ) entre muchas otras cosas, determina la forma de expresar el estado afectivo en los niños. A la mujer desde pequeña se le permite expresar su tristeza, su falta de ánimo y su desgano, de hecho, dicha sintomatología provoca atención por parte de sus pares y de los adultos. Por lo contrario, si el niño expresa dicha sintomatología es definido cómo "débil , mariquita, vulnerable " . Y está propenso a críticas más severas. La sociedad en general acepta más que el sexo masculino provoque problemas sociales y está preparada para manejarlos. Dejando cómo una forma de expresión en el niño de su afecto, a dichos problemas. Berger ( 14 ), encontró en sus estudios epidemiológicos para detectar problemas sociales en poblaciones no clínicas un 16 a 22 % del padecimiento en niños en edad escolar, porcentaje que se incrementaba en población clínica, notando que dicho padecimiento es más prevalente en los niños que en niñas sobre todo antes de la pubertad ( población escolar ).

El factor *problemas de atención* demuestra 9 veces mas riesgo de padecerlos en el sexo masculino comparado con el femenino con una  $P = 0.04$ . Dato que avala lo dicho por Cantwel ( 1996 ), cuando encontró que dichos problemas son más frecuentes en hombres 4 a 1 en población sana y se incrementa hasta en 9 a 1 en población clínica ( 11 ). Así cómo otros autores han hablado de la comorbilidad de los problemas cognitivos ( atención ) con la depresión (12).

Birmaher ( 3 ) refería que la depresión ha sido asociada a baja autoestima, alta autocrítica y distorsiones cognitivas significativas y a la sensación de pérdida de control sobre los eventos negativos. Sin embargo los mecanismos mediante los

cuales los niños y adolescentes desarrollan estilos negativos de cognición no están definidos, se sugiere que ciertos factores como el perfeccionismo, el aislamiento, el enojo y experimentar los eventos estresantes como incontrolables, juegan un papel importante.

Cómo ya se había mencionado a el varón no se le permite la expresión libre de su afecto. Se siente mal, pero no puede demostrarlo cómo lo siente por lo tanto, se enoja; toda su atención interna se centra en su problema y descuida la externa. Se convierte en un problema mayor al analizar que nuestra población estudiada es la escolar y que es en esta área de trabajo donde más fácilmente se detectan los problemas de atención, los cuáles viven los adultos responsables cómo desesperantes, poco manejables, y que nunca asociarán con un problema afectivo de base, hasta que decidan referir a los niños a atención especializada y se detecte dicho problema.

De acuerdo a la teoría del desarrollo cognoscitivo del género, los niños reconocen su género después de que han desarrollado un concepto del mismo. Una vez de que consistentemente se conciben a ellos mismos como hombres o mujeres los niños a menudo organizan su mundo en base al género. Lo que procede de la siguiente manera: una niña se da cuenta de que es una niña, quiere hacer cosas de niñas y hacer cosas de niñas es recompensante. Habiendo adquirido la habilidad para categorizar, los niños entonces se dirigen consistentemente a estas categorías de conductas. ( 16 ) Y al menos en la expresión afectiva estas conductas ponen en desventaja a el sexo masculino.

Buitelaar y Van Engeland refieren que los problemas de atención en relación al sexo que la variación es desde 1.6 a 1 a 7 a 1 predominando en varones ( promedio 2.4 a 1 ). (13)

Cuando se analizan *los factores ansiosos* de acuerdo a los criterios del DSM se encuentra que hay 7.64 veces más riesgo de ser clasificado clínicamente como ansiosos a los niños que a las niñas ( $P = 0.53$ ) y 24 veces puntúan en el rango borderline los hombres que las mujeres ( $P = 0.009$ .) Ya Birmaher ( 3 ) señalaba que la comorbilidad más importante con trastorno depresivo mayor era con trastorno de ansiedad, pero el mismo autor no hace referencia a diferencias de acuerdo a el sexo.

Nosotros pensamos que las niñas tienen factores protectores para enfermedad mental en general, que van desde dismorfismo anatómico y bioquímico (18) ( condiciona diferencias en la conducta de hombres y mujeres, en la forma en que se alimentan, juegan – los niños los juegos son más toscos, entrando en contacto con el otro -, en el nivel de actividad, en la agresividad que despliegan. En ciertos tipos de aprendizaje, en la resolución de problemas, en la secreción de neurotransmisores, en los ritmos circadianos, en las conducta sexual y reproductiva ), psicológicos y sociales ( el rol de género femenino trae consigo variados y muy convenientes tipos de expresión emocional, así cómo de aceptación de la misma sin tabúes. Además de que la mujer por naturaleza siempre busca ser protegida, escuchada y aceptada y en la mayor parte de los casos lo logra ).

Ambos sexos puntuaron por arriba de 70 en el factor *ansioso – depresivo*, lo que era esperado dado que la población muestreada tenía el diagnóstico de depresión. En niños también se encontró en rango clínico la depresión reservada y síntomas somáticos y en niñas ambos síndromes se encontraron borderline. Por lo que resumiendo los hombres alcanzan el rango de patología en el bloque de síndromes internalizados en comparación con las mujeres. Dicho en su artículo por Casat ( 15 ) que la depresión es más común en niños que en niñas en edad escolar.

Por otra parte, Mientras que las mujeres sólo puntuaron en rango clínico con ansiedad – depresión, los hombres lo hicieron con la misma, depresión reservada y síntomas somáticos, así como en conductas agresivas.

En mujeres, todos los demás factores, resultaron puntuando en el rango borderline, lo que habla de una importante susceptibilidad para hacerse clínicos dichos factores, en cuánto la niña se encuentre vulnerable. Sólo se encontraron fuera de rangos anormales problemas del pensamiento y de la atención.

En niños es interesante observar los factores que no fueron clínicos, puntuaron en el rango borderline, lo que los pone totalmente en riesgo para padecer cualquier factor en un momento dado.

Tanto los *problemas internalizados* ( pacientes diagnosticados previamente con depresión ), cómo los problemas externalizados son más importantes en el sexo masculino y les ocasionan más conflictos. Lo que avala nuestra hipótesis, y la de otros autores como Birmaher en el 96 quien mencionaba que las patologías comórbidas más frecuentes con la depresión son: distimia, trastornos de ansiedad, trastornos externalizados ( disocial, déficit de atención y desafiante oposicionista) y abuso de sustancias, que incluye al alcohol ( 3)

En el factor *depresión reservada* se encontró una P muy cercana a la significancia estadística ( $P = 0.11$ ), para el sexo masculino, lo que nuevamente hace más vulnerables a los chicos de chico sexo. Lo que nos traduce que muy probablemente los síntomas afectivos en el varón tienen que llegar a ser muy importantes para dar sintomatología que haga pensar a un adulto que algo está pasando con él, y que necesita ayuda especializada. Situación que ocurre hasta que la depresión se une comórbidamente a otra enfermedad mental más desgastante, tanto para el que la padece, cómo para la gente que tiene a su alrededor.

En *Problemas somáticos* según el DSM existe 2.4 veces más riesgo en los niños ( $P = 0.22$ ), comparados con las niñas de padecer dichos problemas. Allen y col. ( 1991 ) reportó las diferencias cerebrales en la comisura anterior a favor de las mujeres, ya que en ellas es de mayor tamaño que en los hombres. Pudiendo ser otra razón de que en ellas ambos hemisferios trabajen en colaboración, en el lenguaje y en el control de las emociones ( 17 )

La *conducta desafiante* en las niñas se presenta 3 veces más frecuentemente que en los niños. Recordemos que a las niñas la sociedad en general, le permite una abierta expresión de su sintomatología. La niña tiende más a tratar de impresionar; el niño actúa y esto le genera más problemas de agresión y sociales por lo que no necesita desafiar a la autoridad. Nuestro siguiente factor habla de que la *conducta agresiva* se encontró 2 veces más en los niños comparado con las niñas.

Al analizar los *problemas externalizados*, se encuentra 4.75 veces más riesgo en los niños de padecerlos comparados con las niñas.

En *problemas de conducta* por sexo, se encontró 1,5 veces más riesgo en las niñas comparadas con los niños.

## **CONCLUSIONES.**

El sexo masculino deprimido presentó un porcentaje más alto en problemas externalizados en comparación a las niñas ( presentándose como más importante los problemas de agresión).

Las niñas deprimidas tienden a dar más problemas de conducta y problemas de desafío en comparación con los niños deprimidos.

Los niños deprimidos presentan más problemas sociales, de atención, ansiosos y somáticos que las niñas.

El sexo masculino es más vulnerable para padecer enfermedad mental en general comparado con el femenino.

## BIBLIOGRAFIA.

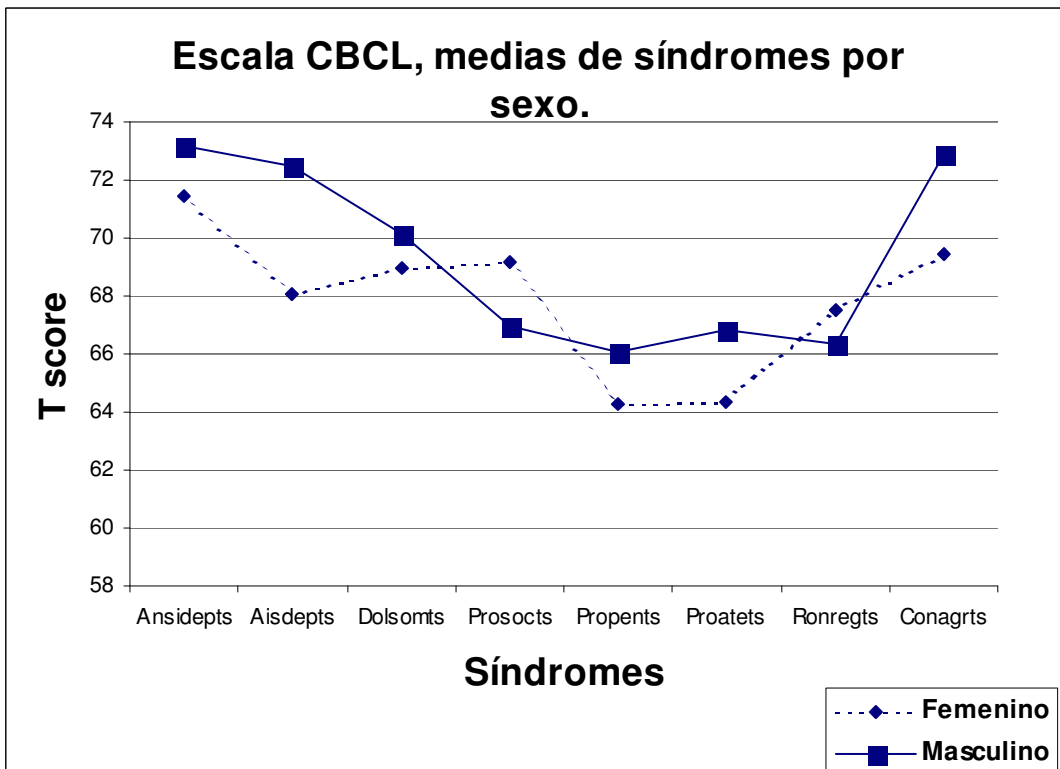
1. MENDIZÁBAL J. Sección bibliográfica: Paidopsiquiatría. Rev. Méd. Del Hospital General Vol. 62, Núm 1 Ene-Mar 1999 pp 60 –69.
2. Depression in Children and Adolescents. NIH Publication No. 00-4744 Printed September 2000.
- 2'. YUNES R. Depresión en niños y adolescentes. Interpsiquis. 2003.
3. BIRMAHER B. Childhood and adolescent depression. Part I. A review of the past 10 years. J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996; 35: 1427-1439.
4. BIRMAHER B. Childhood and adolescent depression. Part II. A review of the past 10 years. J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996; 35: 1575-1583.
5. KOVACS M. Developmental changes in the phenomenology of depression in girls compared to boys from childhood onward. J Affect Disord. 2003 Mar; 74(1):33-48.
6. SUND A. Psychosocial correlates of depressive symptoms among 12-14 year old Norwegian adolescents. J. Child Psychol Psychiatry. 2003 May;44(4):588-97.
7. COMPTON K. The contribution of parents and siblings to antisocial and depressive behavior in adolescents: a double jeopardy coercion model. Dev Psychopathol. 2003 Winter;15(1):163-82.
8. KISTNER J. Ethnic and sex differences in children's depressive symptoms: mediating effects of perceived and actual competence. J Clin Child Adolesc Psychol. 2003 Sep;32(3):341-50.
9. "Diseño y confiabilidad temporal de la entrevista semiestructurada para escolares" ( ESE ), versión padres. Tesis para obtener el diploma de la especialidad en Psiquiatría infantil y de la adolescencia. Dra. Inés Nogales Imaca.
10. Manual for the assessment data manager program (ADM) CBCL, YSR, TRF, YASR, YABCL, SCICA, CBCL/2-3. CBCL/11/2-.5&CTRF. January 2002.
11. CANTWEK D. Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996; 35: 978-987.



12. MENDIZABAL J. Paidopsiquiatría. Revista Médica del Hospital General Vol. 62, Núm 1. Ene – Mar 1999 pp 60-69.
13. Buittelaal J. Prediction of clinical response to methylphenidate in children with attention déficit hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1994,34:1025-32.
14. BERGER M. Personality development and temperament. In Temperamental Differences in Infants and Young Children, R Porter, G M Collins, editors, p 176. Pitmann, London, 1982.
15. CASAT C D. The DST in children and adolescents with major depressive disorder. Am J. Psychiatry 146:505,1989.
16. ANGST J. Do the diagnostic criteria determine the sex ratio in depression? J Affect Disord 1984;7:189-198.
17. ALLEN L. Sexual dimorphism of the anterior commissure and massa intermedia of the human brain. Journal of Comparative Neurology 1991; 312(1):97-104
18. BEAR D. Quantitative analysis of cerebral asimeties. Arch Neurol 1986;43:598-603.

**ANEXOS.**

**Gráfica 1.**



Gráfica 2.

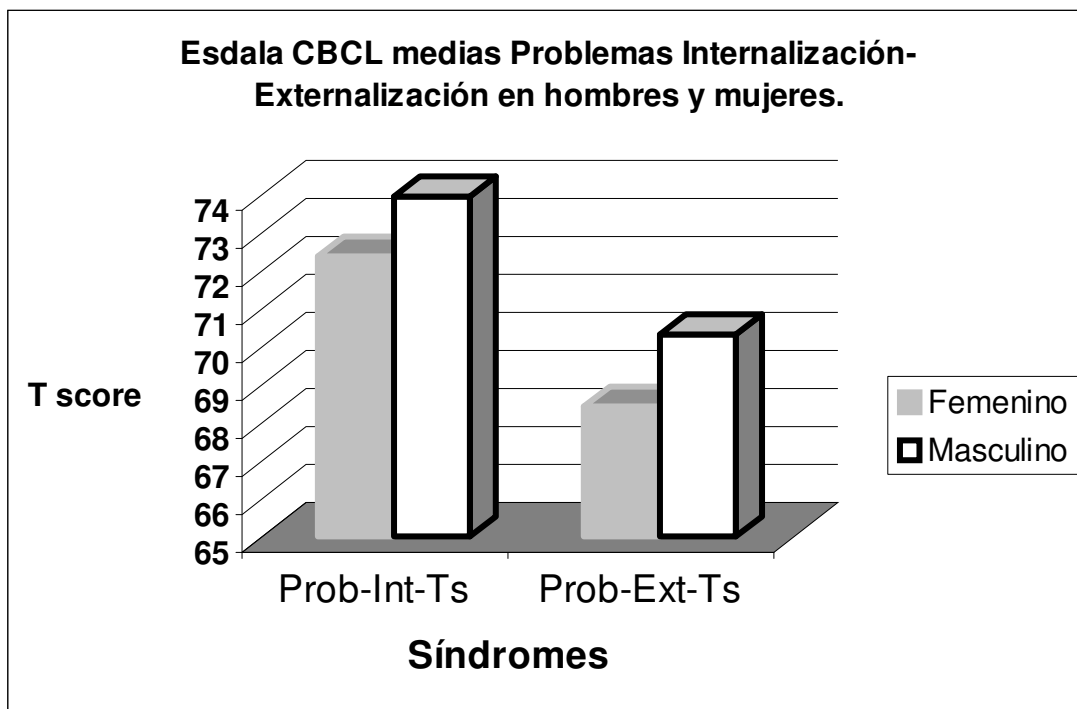


Tabla 1

Escala CBCL, síndrome Ansioso-Deprimido por sexo		
Ansioso	Sexo	Total

<b>Deprimido</b>	<b>Femenino</b>	<b>Masculino</b>	
<b>Normal</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>7</b>
<b>Border</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>13</b>
<b>Clínico</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>20</b>
<b>T o t a l</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>40</b>

Tabla 2.

<b>Escala CBCL, síndrome Aislado-Deprimido por sexo</b>			
<b>Aislado Deprimido</b>	<b>S e x o</b>		<b>T o t a l</b>
	<b>Femenino</b>	<b>Masculino</b>	
<b>Normal</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>12</b>
<b>Border</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>9</b>
<b>Clínico</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>19</b>
<b>T o t a l</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>40</b>

Tabla 3

<b>Escala CBCL, síndrome quejas somáticas por sexo</b>			
<b>Dolencias Somáticas</b>	<b>S e x o</b>		<b>T o t a l</b>
	<b>Femenino</b>	<b>Masculino</b>	
<b>Normal</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>15</b>
<b>Border</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>8</b>
<b>Clínico</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>17</b>
<b>T o t a l</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>40</b>

Tabla 4

<b>Escala CBCL, síndrome Problemas sociales por sexo</b>			
<b>Problemas Sociales</b>	<b>S e x o</b>		<b>T o t a l</b>
	<b>Femenino</b>	<b>Masculino</b>	
<b>Normal</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>15</b>
<b>Border</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
<b>Clínico</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>17</b>
<b>T o t a l</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>40</b>

Tabla 5.

<b>Escala CBCL, síndrome problemas de pensamiento por sexo</b>			
--	--	--	--

Problemas de pensamiento	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Normal	10	10	20
Border	4	1	5
Clínico	6	9	16
Total	20	20	40

Tabla 6.

Escala CBCL, síndrome Problemas de atención por sexo			
Problemas de atención	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Normal	12	8	20
Border	1	6	7
Clínico	7	6	13
Total	20	20	40

Tabla 7

Escala CBCL, síndrome Conducta desafiante por sexo			
Conducta rompe-reglas	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Normal	6	9	15
Border	4	2	6
Clínico	10	9	19
Total	20	20	40

Tabla 8

Escala CBCL, síndrome Conducta Agresiva por sexo			
Conducta agresiva	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Normal	5	4	9
Border	7	3	10
Clínico	8	13	21
Total	20	20	40

Tabla 9

<b>Escala CBCL, síndrome Problemas internalizados por sexo</b>			
<b>Problemas internalizados</b>	<b>S e x o</b>		<b>T o t a l</b>
	<b>Femenino</b>	<b>Masculino</b>	
<b>Normal</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>3</b>
<b>Border</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Clínico</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>36</b>
<b>T o t a l</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>40</b>

Tabla 10

<b>Escala CBCL, síndrome problemas externalizados por sexo</b>			
<b>Problemas externalizados</b>	<b>S e x o</b>		<b>T o t a l</b>
	<b>Femenino</b>	<b>Masculino</b>	
<b>Normal</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>5</b>
<b>Border</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
<b>Clínico</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>32</b>
<b>T o t a l</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>40</b>

Tabla 11

<b>Escala CBCL, síndrome Problemas afectivos por sexo</b>			
<b>Problemas afectivos</b>	<b>S e x o</b>		<b>T o t a l</b>
	<b>Femenino</b>	<b>Masculino</b>	
<b>Normal</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>5</b>
<b>Border</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>5</b>
<b>Clínico</b>	<b>14</b>	<b>16</b>	<b>30</b>
<b>T o t a l</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>40</b>

Tabla 12

<b>Escala CBCL, síndrome Problemas de ansiedad por sexo</b>			
<b>Problemas de ansiedad</b>	<b>S e x o</b>		<b>T o t a l</b>
	<b>Femenino</b>	<b>Masculino</b>	
<b>Normal</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>8</b>
<b>Border</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>9</b>
<b>Clínico</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>23</b>
<b>T o t a l</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>40</b>

Tabla 13

<b>Escala CBCL, síndrome Problemas somáticos por sexo</b>			
<b>Problemas somáticos</b>	<b>S e x o</b>		<b>T o t a l</b>
	<b>Femenino</b>	<b>Masculino</b>	
<b>Normal</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>21</b>
<b>Border</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>5</b>
<b>Clínico</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>14</b>
<b>T o t a l</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>40</b>

Tabla 14

<b>Escala CBCL, síndrome Déficit de atención por sexo</b>			
<b>Déficit de atención</b>	<b>S e x o</b>		<b>T o t a l</b>
	<b>Femenino</b>	<b>Masculino</b>	
<b>Normal</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>17</b>
<b>Border</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>15</b>
<b>Clínico</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>8</b>
<b>T o t a l</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>40</b>

**Tabla 15**

<b>Escala CBCL, síndrome Problemas desafiantes por sexo</b>			
<b>Problemas desafiantes</b>	<b>S e x o</b>		<b>T o t a l</b>
	<b>Femenino</b>	<b>Masculino</b>	
<b>Normal</b>	6	5	11
<b>Border</b>	5	6	11
<b>Clínico</b>	9	9	18
<b>T o t a l</b>	20	20	40

**Tabla 16**

<b>Escala CBCL, síndrome Problemas de conducta por sexo</b>			
<b>Problemas de conducta</b>	<b>S e x o</b>		<b>T o t a l</b>
	<b>Femenino</b>	<b>Masculino</b>	
<b>Normal</b>	7	7	14
<b>Border</b>	4	7	11
<b>Clínico</b>	9	6	15
<b>T o t a l</b>	20	20	40