

**Universidad de Costa Rica - Sistema de Estudios de Posgrado  
Caja Costarricense de Seguro Social - CENDEISSS  
Unidad de Posgrado en Psicología Clínica**

**“Aportes al análisis de la validez  
y de la confiabilidad del  
Inventario de Depresión para Niños de Kovacs,  
como herramienta de tamizaje para la evaluación  
de los indicadores de riesgo de depresión,  
en una muestra de niños  
costarricenses, escolarizados,  
de edades comprendidas entre los 7 y 12 años,  
de población no clínica”**

**Proyecto de Investigación para optar por el grado  
de Especialista en Psicología Clínica**

**Residente:  
Fedra Solís Durán**

**Profesor asociado al proyecto de investigación:  
Dr. Domingo Campos Ramírez**

**2009**

## Tabla de Contenidos

I Introducción	1
II Marco teórico	8
A. Perspectivas Teóricas en Psicopatología Infantil	9
B. La Depresión Infantil	13
B.1. Concepto y características clínicas	13
B.2. Etiología de la depresión infantil	16
B.3. Factores de riesgo para la depresión infantil	21
C. Autoestima y autoconcepto en los Niños	22
C.1. Definiciones	22
C.2. Características del autoconcepto y autoestima deteriorados	24
D. El Ambiente Familiar	25
D.1. La vía de influencia del sistema familiar en el desarrollo psicológico de los niños	27
E. Evaluación Psicológica de los Niños	31
E.1. La evaluación de la depresión infantil	31
E.2. Evaluación del autoconcepto y la autoestima	34
E.3. Evaluación del ambiente familiar	35
F. El Inventario de Depresión para Niños (IDN)	36
F.1. Investigaciones Internacionales con el IDN	39
F.2. El IDN en Costa Rica	49
III Planteamiento del Problema	52
Objetivo general	53
Objetivos específicos	53
IV Metodología	54
A. Tipo de estudio	54
B. Participantes	54
C. Instrumentos	56
C.1. Cuestionario de Depresión Infantil (IDN)	56
C.2. Subescala de Felicidad y Satisfacción de la Escala de Evaluación de Autoconcepto para Niños de Piers-Harris	59
C.3. Cuestionario de Eventos Vitales	61
C.4. Estructura y Clima Familiar	64
C.4.1 Estructura y Clima Familiar: Condición socioeconómica	69
V Procedimiento	70
VI Resultados	71
A. Diferencias por sexo	71
B. Diferencias por Eventos Vitales	72
C. Diferencias por Afectividad y Emociones asociadas a Eventos Vitales	78
D. Diferencias por Estructura y Clima Familiar	85
E. Análisis Correlacional entre las Dimensiones Psicosociales	87
VI Discusión	94
VII Bibliografía	102
VIII Anexos	107

## Índice de Figuras y Cuadros

### Figuras

Figura 1 Modelo de vulnerabilidad-estrés	12
Figura 2 Definición de autoconcepto	23
Figura 3 Definición de autoestima	23
Figura 4 Estructura factorial de la muestra infantil del estudio de Craighead et al, 1998	42
Figura 5 Estructura factorial de la muestra adolescente del estudio de Craighead et al, 1998	42

### Cuadros

Cuadro 1 Criterios diagnósticos de la depresión en la niñez según Weinberg et al, 1973.	14
Cuadro 2 Características de la depresión pediátrica según la edad	15
Cuadro 3 Dimensiones y características del autoconcepto y de la autoestima deteriorados	25
Cuadro 4 Estructura factorial del estudio de Weiss et al (1991)	45
Cuadro 5 Estructura factorial de Lutz (1992)	50
Cuadro 6 Distribución de los participantes según sexo	55
Cuadro 7 Distribución de los sujetos según edad	55
Cuadro 8 Distribución de los niños por grados escolares	56
Cuadro 9 Distribución de los participantes por tipo de centro educativo	56
Cuadro 10 Estructura Factorial del IDN en la presente investigación	57
Cuadro 11 Pesos factoriales de los ítems de cada subescala	58
Cuadro 12 Coeficientes de consistencia interna para la Escala Total y cada Subescala	59
Cuadro 13 Datos psicométricos de Subescala Felicidad y Satisfacción	60
Cuadro 14 Frecuencia de los eventos-fuente examinados por el Cuestionario EV	62
Cuadro 15 Índice de Eventos Múltiples	63
Cuadro 16 Frecuencia de los sentimientos reportados por los niños como asociados a los eventos-fuente	63
Cuadro 17 Frecuencia de preocupación asociada a los eventos-fuente	64

Cuadro 18 Frecuencias de la intensidad de la preocupación asociada a los eventos-fuente	64
Cuadro 19 Frecuencias de la Estructura familiar	65
Cuadro 20 Frecuencias del rol de provisión económica	65
Cuadro 21 Frecuencias de tipo de castigo	66
Cuadro 22 Frecuencia semanal de los castigos	66
Cuadro 23 Número de discusiones entre adultos	67
Cuadro 24 Datos psicométricos de las variables Naturaleza del vínculo con la madre, Naturaleza del vínculo con el padre y Afecto percibido como proveniente de la familia	67
Cuadro 25 Frecuencias de la Naturaleza del vínculo con la madre	68
Cuadro 26 Frecuencias de la Naturaleza del vínculo con el padre	68
Cuadro 27 Frecuencias del Afecto percibido como proveniente de la familia	68
Cuadro 28 Bienes encuestados en el Cuestionario AF	69
Cuadro 29 Índice socioeconómico	69
Cuadro 30 Análisis comparativo por contraste de medias de las variables de Sexo, Edad, Escala Total y Subescalas del IDN, Subescala de Felicidad y Satisfacción, Índice de Eventos Múltiples e Índice Socioeconómico	71
Cuadro 31 Te fuiste a vivir a otro barrio o provincia	72
Cuadro 32 Murió una persona que vos querías mucho	73
Cuadro 33 En la escuela, otros niños se burlaban de vos o te pegaban	74
Cuadro 34 Los adultos de tu familia discutieron mucho	74
Cuadro 35 Algún adulto intentó hacerte daño	75
Cuadro 36 Te ha costado mucho ganar notas altas en los exámenes	76
Cuadro 37 En tu familia tuvieron muchos problemas económicos	77
Cuadro 38 ¿Cómo te sentiste cuando ocurrieron esos acontecimientos? ENOJADO	78
Cuadro 39 ¿Cómo te sentiste cuando ocurrieron esos acontecimientos? TRISTE	79
Cuadro 40 ¿Cómo te sentiste cuando ocurrieron esos acontecimientos? ABURRIDO	79

Cuadro 41 ¿Cómo te sentiste cuando ocurrieron esos acontecimientos? SOLO	80
Cuadro 42 ¿Cómo te sentiste cuando ocurrieron esos acontecimientos? NERVIOSO	81
Cuadro 43 ¿Cómo te sentiste cuando ocurrieron esos acontecimientos? AVERGONZADO	82
Cuadro 44 Análisis comparativo por contraste de medias de las variables de la Presencia de Preocupación Actual por los eventos vitales experimentados, la Escala Total y Subescalas del IDN, y la Subescala de Felicidad y Satisfacción	83
Cuadro 45 Análisis comparativo por contraste de medias de las variables de la Intensidad de la Preocupación Actual por los eventos vitales experimentados, la Escala Total y Subescalas del IDN, y la Subescala de Felicidad y Satisfacción	84
Cuadro 46 Análisis comparativo por contraste de medias de la Escala Total y Subescalas del IDN, la Subescala de Felicidad y Satisfacción, y la variable de la Estructura Familiar referente a la convivencia del niño con su padre	85
Cuadro 47 Análisis comparativo por contraste de medias de la Escala Total y Subescalas del IDN, la Subescala de Felicidad y Satisfacción, y la variable de la Estructura Familiar referente a la convivencia del niño con su madre	86
Cuadro 48 Análisis comparativo por contraste de medias de la Escala Total y Subescalas del IDN, la Subescala de Felicidad y Satisfacción, y la variable del Clima Familiar referente a dificultades económicas	87
Cuadro 49 Coeficientes de correlación entre las variables de la edad, Índice Socioeconómico, Índice de Eventos Múltiples, Escala Total del IDN, cada subescala del IDN, y la Subescala de Felicidad y Satisfacción de Piers-Harris.	88
Cuadro 50 Coeficientes de correlación para la Escala Total y subescalas del IDN, la Subescala de Felicidad y Satisfacción de Piers-Harris, Número semanal de castigos, Número de discusiones adultas, Naturaleza del vínculo con los padres, y Afecto percibido	91

## I INTRODUCCIÓN

Los trastornos depresivos constituyen uno de los desórdenes psiquiátricos de mayor prevalencia en el mundo; de manera que según la OMS (2004) la depresión afecta aproximadamente a 340 millones de personas alrededor del planeta, con proyecciones que señalan que para el año 2020 específicamente la depresión unipolar se convertirá en la segunda enfermedad de importancia a nivel mundial.

En cuanto a la depresión infantil, la postura teórica inicial en psicología y psiquiatría, en confluencia con la creencia popular, planteaba la imposibilidad de referirse a la existencia de cuadros depresivos en los niños\*. Esta posición respaldaba enfáticamente el mito de la “infancia feliz”, puntualizando que la tristeza, las preocupaciones y los sentimientos de culpa que podría experimentar un niño únicamente serían de naturaleza leve y efímera, en tanto durante dicha etapa de la vida se carece de responsabilidades y problemas relevantes (Méndez et al, 2002).

Ciertamente, la depresión infantil ha sido tema de debate en el ámbito de la psicopatología, enfrentando una fuerte batalla para ser reconocida no sólo como entidad nosológica propiamente dicha, sino como experiencia real en numerosos niños. En este contexto, pueden encontrarse perspectivas contrapuestas, inclusive dentro de un mismo enfoque teórico, resultando representativo el sistema psicoanalítico, como parte del cual algunos autores han concebido que las condiciones psicológicas necesarias para desarrollar este cuadro clínico no se han alcanzado en la niñez, como es el caso de Rie (1966, citado por Méndez et al, 2002) quien defendió que la pérdida de autoestima, el autoreproche y la autoinculpción que caracterizan a la depresión, requiere que las instancias psíquicas del Superyó y del Yo estén conformadas, lo cual no se logra sino hasta la adolescencia. Mientras por otra parte, de modo fundamental, autores como René Spitz y Melanie Klein difundieron conceptos como “depresión anaclítica” y “fase depresiva”, respectivamente, que subrayan la probabilidad de que los niños y aún los infantes, puedan vivenciar sentimientos o síndromes depresivos, con significativas consecuencias para su desarrollo mental posterior.

En el proceso de reconocimiento de su existencia, la depresión infantil cuenta asimismo con el aporte de la noción de “depresión enmascarada”, que surge a partir de las observaciones de diversos estudiosos que detectaron que detrás de algunos problemas de aparición en la niñez y en la adolescencia, como las dificultades de rendimiento académico, la hiperactividad, el comportamiento oposicionista y agresivo, los síndromes ansiosos, entre otros, se encontraban alteraciones del estado de ánimo, con forma de irritabilidad y sentimientos de disforia. Este descubrimiento llevó a hipotetizar que la depresión infantil podía mantenerse latente, con manifestaciones conductuales y somáticas equivalentes (Lutz, 1992).

---

\* En el presente documento se utiliza el término “niño” o “niños” como referente genérico a hombres y mujeres.

Un mayor cuestionamiento a los planteamientos originales que descartaban la entidad clínica de la depresión prepuberal, condujo progresivamente al desarrollo de múltiples investigaciones y al incremento de la alerta en los profesionales de la salud respecto a la posibilidad de hallar indicadores de sintomatología depresiva en los niños; aumentando simultáneamente la preocupación por la influencia de este padecimiento tanto sobre el funcionamiento social, emocional, escolar y físico actual del niño, como sobre su crecimiento y la resolución de las tareas evolutivas de la edad. De tal modo, en 1975, el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos, promulgó la existencia de la depresión pediátrica; y en 1980, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) concedió formalmente la categoría diagnóstica a la depresión infantil, incorporándola en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III).

Méndez et al (2002), consignan que la concesión de entidad nosológica que recibió la depresión infantil ha promovido la producción de estudios referentes a la misma en las últimas dos décadas. Parte de estos estudios corresponde a análisis de tipo epidemiológico, cuyos resultados cimientan aún más la relevancia del tema.

En este sentido, es menester anotar que los estudios actuales señalan una prevalencia del 1 a 2% para los desórdenes depresivos en la niñez; cifras que sufren un incremento del 3 al 8% durante la adolescencia (Zalsman et al, 2006; Kennard et al, 2006; Méndez et al, 2002; Kamphaus y Frick, 2000), y que alcanzan una prevalencia a lo largo de la vida estimada en 20%, al término de la adolescencia.

En coherencia con los números anteriormente citados, los hallazgos provistos por la investigación sobre depresión pediátrica, informan que la prevalencia del trastorno se incrementa con la edad; descubriéndose también un aumento del número de niños y adolescentes que son diagnosticados con desórdenes de esta naturaleza; además de que se registra un alarmante descenso en la edad de inicio de la sintomatología (Ma et al, 2005; Méndez et al, 2002).

En seguimiento, Ma et al (2005) concuerdan en que la depresión en niños y adolescentes representa un problema creciente. En los Estados Unidos, donde los autores realizaron su estudio, se registra que aproximadamente de un 2 a un 8% de la población juvenil en control ambulatorio, entre los 7 y 17 años de edad, muestran sintomatología depresiva significativa. Los resultados reportados evidencian asimismo que el número de consultas anuales en las cuales los niños y adolescentes fueron diagnosticados como portadores de algún tipo de desorden depresivo se elevó de 1.44 millones en el bienio 1995-1996 a 3.22 millones en el bienio 2001-2002; habiéndose recopilado indicadores de modificaciones en las categorías nosológicas predominantes, con menos casos de trastorno depresivo mayor comparado con otros diagnósticos. Así, aumentaron los niños y adolescentes que fueron identificados como portadores de un trastorno depresivo no especificado (de 693,084 mil a 1.64 millones) o de un trastorno distímico (de 304.632 mil a 851.663 mil); mientras el trastorno depresivo mayor subió sus cifras sólo modestamente en contraste con años anteriores (de 392.160 mil a 649.969 mil).

En cuanto a Costa Rica, al momento de la presente investigación, el Centro de Desarrollo Social, instancia perteneciente a la Caja Costarricense de Seguro Social, reporta que para nuestro país no se dispone de datos que especifiquen la prevalencia nacional de la depresión en la etapa prepuberal; de modo que las instituciones hospitalarias estatales elaboran estadísticas generales de las atenciones efectuadas en periodos delimitados, sin puntualizar los diagnósticos asignados por grupos etáreos. Para este proyecto de investigación, solamente se tuvo acceso a las cifras documentadas en el Anuario Estadístico 2006 del Hospital Nacional Psiquiátrico, que de manera panorámica comunica que las consultas en Psiquiatría Infantil alcanzaron los 3 566 casos a lo largo de ese año, abarcando la franja de edad de los 0 a los 12 años en consulta ambulatoria, sin análisis por categorías psicopatológicas. Esta situación es corroborada por la Organización Panamericana de la Salud (2004), que señala que en Costa Rica no se cuenta con estudios actualizados, de cobertura nacional, sobre la prevalencia de alteraciones de la salud mental de los niños.

De cualquier modo, el conjunto de las estadísticas descritas a nivel mundial lleva a interrogarse acerca de los factores, individuales o contextuales, de diversa índole, que están vulnerabilizando a la población prepuberal a experimentar síntomas depresivos. En este sentido, es importante no dejar de tomar en cuenta que es factible que esa elevación en la cantidad de niños diagnosticados de depresión sea causada precisamente por la aceptación oficial de la existencia de este cuadro en la niñez; de igual modo que la aparición de cada vez más herramientas de detección (como tests psicométricos, cuestionarios y entrevistas estandarizadas), podría incidir en que se recaben más datos alusivos a esta categoría diagnóstica en los niños; de forma que históricamente siempre haya existido un monto importante de población pediátrica deprimida, no detectada.

Ahora bien, el aumento de investigaciones que enfatizan la alta incidencia de depresión infantil, que promueven la comprensión de su etiología y que plantean alternativas de tratamiento; en combinación con la preponderancia que organismos internacionales, como la OMS, le atribuyen a las estadísticas sobre la presencia creciente de la depresión a nivel mundial, para todos los grupos etáreos; conducen a hipotetizar que en efecto se observa en la actualidad un acrecentamiento de la patología depresiva en la población general, y de interés particular para este proyecto de investigación, en la población infantil.

Esto lleva a su vez a cuestionamientos respecto a las características del momento histórico que se enfrenta, como determinante de factores individuales y ambientales, cuya influencia podría estar asociada a la elevación de síntomas depresivos en los niños. Sin embargo, para arribar a posibles conclusiones de índole causal o de predisposición, en primer término es requisito disponer de instrumentos válidos y confiables que permitan obtener indicadores diagnósticos de la presencia de un cuadro depresivo en un niño; para a partir de ahí indagar a profundidad acerca de las variables claves involucradas en el origen de la psicopatología, tanto con fines terapéuticos como científicos. La identificación de estas variables tiene valor por cuanto podrían favorecer la prevención temprana o el agravamiento de los síntomas depresivos en los niños.



Es necesario considerar además que, a pesar de haberse logrado un mayor reconocimiento de la presencia de estos trastornos en las primeras etapas de la vida, aún persiste un importante porcentaje de casos subdiagnosticados que sesga las estadísticas. Este margen de subdiagnósticos podría ser explicado en parte por la dificultad de discriminar entre depresión y otras psicopatologías de inicio en la niñez, como lo son los trastornos ansiosos y los trastornos de conducta; o bien por la elevada probabilidad de que los síntomas depresivos se acompañen de otros desórdenes, en la denominada comorbilidad, encubriéndose mutuamente.

En todo caso, las consecuencias del cuadro depresivo, no reconocido, sobre el niño persisten; a lo que se aúna que la falta de detección obstaculiza el acceso a un tratamiento adecuado y a la recuperación. Esto es alarmante si se considera que la depresión es uno de los factores de riesgo de mayor peso en lo que respecta a la conducta suicida y que la sintomatología depresiva se acompaña de alteraciones en el funcionamiento del niño, tanto en el ámbito social como académico, asociándose a su vez con otros trastornos como el consumo de sustancias, sin obviar el malestar subjetivo que experimenta el niño, minando su calidad de vida e incidiendo negativamente en la resolución de las tareas psicosociales de su etapa evolutiva (Ma et al, 2005).

Lo anterior enfatiza nuevamente el valor del diagnóstico preciso, en términos preventivos; ámbito al que se enfoca la presente investigación, que se plantea colaborar con la validación para Costa Rica de uno de los instrumentos psicométricos más ampliamente utilizados a nivel mundial para la detección de síntomas depresivos en la niñez: el Inventario de Depresión para Niños (IDN), construido por Kovacs en 1977. Se aúna igualmente el propósito de recabar información referente a los factores, individuales y ambientales, que parecen estar asociados a los cuadros depresivos de nuestros niños.

Cabe mencionar en este punto que en nuestro país, la investigación realizada que se ha enfocado concretamente en la depresión pediátrica es escasa; fundamentalmente se descubren los aportes de López (2003), de Arias y Astúa (2002), de Alvarado y Saborío (1998), de Barrantes (1992), y de Lutz (1992). De estos, las dos primeras investigaciones se dirigen a elaborar intervenciones psicoterapéuticas con niños preescolares o de primeros años de escolarización; mientras por su parte Alvarado y Saborío abordan la asociación entre la depresión infantil y la violencia doméstica, también en menores de edad preescolar; y Barrantes, con una muestra de 50 niños entre los 6 y 13 años, escolarizados, analizó la correlación entre la separación conyugal y la depresión de los hijos en esa etapa evolutiva.

En seguimiento, la investigación orientada a la validación o fabricación de pruebas psicológicas para la población infantil costarricense, y específicamente para la problemática de la depresión, se encuentra todavía más limitada. En la revisión efectuada sobre estudios de adaptación, validación o estandarización de tests, cuestionarios, escalas o entrevistas diagnósticas para la depresión en los niños de nuestro país, destaca el trabajo investigativo de Grettel Lutz, de 1992, quien llevó a cabo la adaptación del IDN para niños de 8 a 13 años, escolarizados, del área metropolitana de San José. Adaptación a partir de la cual se realizó este proyecto.

En definitiva, el acceso a instrumentos de evaluación psicológica validados y adaptados a las características de los niños costarricenses, favorecería a nivel clínico la realización de diagnósticos más certeros y consecuentemente de acciones preventivas e interventivas más efectivas. De igual modo que en un plano de ciencia básica, dichas herramientas diagnósticas podría facilitar la implementación de investigaciones que ahonden en aspectos concretos de la depresión infantil en nuestro medio, tales como tasas de prevalencia, o bien la relación de este cuadro psicopatológico con otros trastornos, con condiciones socioeconómicas específicas, con variables neurobiológicas, con factores de género, etc.

La comprensión y abordaje de la depresión infantil es fundamental si se consideran los efectos generalizados que la patología tiene en la vida del niño, en la medida que la sintomatología implica una serie de déficits cognitivos, emocionales y sociales que generan malestar subjetivo y sufrimiento psíquico.

Los niños con depresión enfrentan dificultades para aprender nuevas estrategias de afrontamiento a los acontecimientos; desarrollan sentimientos de ineficacia, autodesprecio e indefensión que se traducen en una autoestima y un autoconcepto notoriamente lesionados; disminuyen su desempeño escolar y con ello una de las principales fuentes de retroalimentación a su valía personal; experimentan problemas para la interacción social, con sus coetáneos y con figuras de autoridad, vivenciando dolorosos estados de soledad, retraimiento y por ende la pérdida de más refuerzo positivo social. En la depresión la alteración ataca de forma central el mundo afectivo del niño, exponiéndolo a estados de tristeza, pesimismo, hipersensibilidad, culpa, malhumor e irritabilidad; perturbando además las áreas del funcionamiento biológico, suscitando síntomas somáticos, trastornos del sueño y cambios en la alimentación, que sumados a sensaciones de fatiga y falta de energía exacerban la disfunción y malestar del menor (Méndez et al, 2002; López, 2003).

En estrecha conexión con lo anterior, Coy et al (2005) subrayan que los trastornos depresivos limitan de modo significativo la calidad de vida de quienes los presentan, con consecuencias que inciden también en el contexto sociofamiliar del individuo; y por ende la urgencia de una intervención terapéutica apropiada es evidente. Asimismo, Vázquez, Muñoz y Becoña (2000) señalan que la carencia de un diagnóstico y/o de un tratamiento apropiados aumentan la probabilidad de que el trastorno se cronifique, potenciando con ello las recaídas y por ende el sufrimiento de los personas.

Los efectos de la depresión de inicio en la niñez y en la adolescencia, fueron examinados por Dunn y Goodyer (2006), quienes diseñaron un estudio longitudinal con 193 jóvenes entre los 8 y 17 años. De esta muestra, 120 participantes eran referidos por sintomatología depresiva, conformando el grupo experimental; 35 constituyeron la muestra comunitaria, y 38 fueron reclutados para integrar el grupo control (libre de síntomas). Tras ocho, cinco y nueve años de seguimiento para cada grupo, respectivamente; el análisis de los resultados con 113 de los participantes originales (ahora adultos), permitió a los autores concluir que el trastorno afectivo estuvo presente en más de la mitad de aquellos a quienes se les

diagnosticó con depresión en la etapa pediátrica, tanto en la población clínica como en la comunitaria.

En continuidad, Dunn y Goodyer reportan que para un 40% de estos jóvenes la depresión fue recurrente con periodos significativos de remisión; agregados a un 18% que permanecieron persistentemente deprimidos hasta la adultez; e interesantemente, las mujeres manifestaron mayor tendencia a un patrón remisión-recurrencia, en tanto los varones mostraron más propensión a la persistencia. Los investigadores registraron igualmente un contraste relevante en lo que respecta a ideación e intentos suicidas entre los 3 grupos, de manera que 33% de los clínicos y 12% de la muestra comunitaria manifestaron ideas o intentos de autoeliminación, mientras que de los individuos del grupo control únicamente una persona experimentó ideación suicida, sin actuación concomitante.

Estos hallazgos son respaldados por Kennard et al (2006), que exponen que la depresión en los niños y adolescentes con frecuencia posee un curso crónico, con tasas de reincidencia que oscilan entre 34% y 75% en los cinco años que siguen al primer episodio.

Los expertos coinciden en que experimentar un trastorno depresivo en la niñez o en la adolescencia aumenta la vulnerabilidad a sufrir desórdenes afectivos en la etapa adulta, ya sea por recurrencia o por el mantenimiento de la sintomatología básica; con claras repercusiones para el funcionamiento psicosocial de la persona; por lo tanto, minimizar las consecuencias de la depresión en la niñez y en la edad adulta requiere la detección y tratamiento tempranos.

Zalsman et al (2006), enlistan como posibles secuelas futuras ligadas a la depresión infantil: los problemas de conducta serios, los trastornos de personalidad, la ingesta abusiva de sustancias (abarcando tabaco, alcohol y drogas ilícitas), el comportamiento suicida, la obesidad, las dificultades interpersonales, y el pobre logro académico y laboral. Estos efectos conllevan altos costos no solamente a nivel personal, sino familiar y macrosocial, en el área económica, laboral y de salud pública.

Del mismo modo, Kennard et al (2006) aportan que en lo relativo a la recuperación y recurrencia de la depresión en la etapa pediátrica, aunque más del 90% de los niños y adolescentes remiten de un episodio depresivo mayor en el curso de uno o dos años; las tasas de recaída oscilan entre 34 y 50%, por lo general dentro de los 6 a 12 meses que siguen al abandono del tratamiento asignado para la fase aguda de los síntomas. Entre los factores de riesgo para la recurrencia, estos teóricos destacan:

- comorbilidad
- tipo de diagnóstico específico (por ejemplo depresión mayor o distimia)
- severidad del cuadro
- antecedentes personales y familiares de episodios depresivos
- edad de aparición
- presencia de ideación o conducta suicida
- existencia de síntomas residuales

- disfunción marcada en diversas áreas de la cotidianeidad
- rasgos psicóticos en el cuadro
- carencia de soporte psicosocial
- exposición a estrés ambiental (en concreto, discordia familiar)

Para los propósitos del presente proyecto de investigación, es importante rescatar en especial el papel que tienen en la depresión: *la autoestima* (considerada uno de los síntomas residuales más frecuentes junto con el desempeño escolar disminuido, la irritabilidad, la fatiga y la anhedonia; Kennard et al, 2006); y *los factores ambientales*. Esto es, en cuanto se ha descubierto una asociación significativa entre los déficits de autoestima, el denominado autoconcepto, y la patología depresiva (Bermúdez, 2004); así como se ha establecido el impacto del ambiente familiar y las funciones parentales sobre la salud emocional y comportamiento positivo de los niños (Pachter et al, 2006).

Este proyecto se ha planteado la hipótesis de la existencia de una correlación relevante entre los constructos antes anotados y la experiencia depresiva en la población prepuberal costarricense; considerando que la comprobación empírica de esta interacción de variables representa un aporte valioso al identificar factores de vulnerabilidad, que podrían ser empleados como indicadores de riesgo por numerosos profesionales que se relacionan constantemente con niños, favoreciéndose de ese modo la prevención temprana y por tanto la salud integral de los menores.

Entonces, con la finalidad de promover un diagnóstico de la patología depresiva, preciso y más ajustado a la realidad de nuestro país, se llevó a cabo un estudio cuantitativo, de tipo correlacional que permitiera dar un aporte a la validación para Costa Rica del Inventario de Depresión para Niños (IDN) de Kovacs; así como detectar la relación existente entre los cuadros depresivos en la niñez y los constructos de la autoestima, el autoconcepto, los eventos vitales y el ambiente familiar; desde la perspectiva y autoreporte del niño. Se evaluó fundamentalmente una muestra de niños entre los 7 y 12 años de edad, escolarizados, provenientes de población no clínica o comunitaria; siendo ésta la principal diferencia con la investigación de Lutz (1992), que fue efectuada con población clínica como grupo experimental. Seguidamente, se desarrollará el marco teórico de referencia, se detallará la metodología, y se reportarán los resultados con su análisis respectivo.

## II MARCO TEÓRICO

El presente proyecto de investigación tiene el propósito de indagar respecto a una de las entidades psicopatológicas de creciente incidencia en la población infantil a nivel mundial, ésta es: la depresión; cuyo cuadro clínico ha demostrado tener un alto potencial para generar consecuencias adversas significativas en el funcionamiento y bienestar psicosocial del individuo que la experimenta.

Cuando se trata de niños, la preocupación que ello provoca se exagera, en cuanto la sintomatología depresiva incide negativamente sobre áreas fundamentales de su desarrollo, tales como la respuesta afectiva, que se tiñe de tristeza y desdicha, culpa, irritabilidad y pesimismo; el autoconcepto y la autoestima, que se negativizan; la productividad cognitiva, que decrece y refuerza con ello un sentimiento de inutilidad; y la interacción social, que disminuye y con frecuencia se carga de reproche, produciendo estados de soledad (Tisher, 2007).

En síntesis, la depresión emerge como una experiencia que puede dañar núcleos básicos del sí mismo del niño, considerando que éste se encuentra en proceso de formación de su seguridad básica, del repertorio de estrategias de afrontamiento a la vida, de su sistema de valores, de su sentimiento de autoeficacia, del patrón de relación interpersonal, y de consolidación de aptitudes cognitivas, entre otras, que definirán su identidad posterior. Cabe preguntarse entonces, qué ocurre cuando no se diagnostica eficazmente la presencia de síntomas depresivos en el niño, y por tanto no se interviene acertadamente; más aún cuando la literatura enfatiza que el riesgo de recurrencia para la depresión infantil, de niños entre 8 y 13 años, alcanzan el 40% dentro de los dos años siguientes al primer episodio, y el 72% dentro de los cinco años posteriores a ese episodio índice (Zalsman et al, 2006).

Resulta primordial dirigir esfuerzos investigativos que produzcan conocimiento acerca de factores de vulnerabilidad sobre los cuales sea posible actuar terapéuticamente de modo preventivo; y que además promuevan la construcción de instrumentos válidos y confiables que coadyuven en las etapas diagnósticas.

El marco teórico que se desarrolla a continuación presenta los elementos conceptuales claves sobre la depresión prepuberal, y sus interconexiones con los constructos del autoconcepto y la autoestima, aunados al papel del ambiente familiar como factor de vulnerabilidad o amortiguador para la sintomatología depresiva en los niños. En primera instancia, cabe hacer una breve referencia a la etiología general de los trastornos psicológicos en la niñez, con objeto de establecer una base sobre la cual comprender esta entidad psicopatológica.

## A. Perspectivas Teóricas en Psicopatología Infantil

De acuerdo con Sattler y Hoge (2006), la psicopatología infantil se desarrolla por la interacción y el efecto acumulativo de múltiples factores, tanto de tipo genético y biológico, como de categoría ambiental, agregados a las características individuales de los niños; veamos sucintamente cada uno de ellos.

Los factores correspondientes a la **programación genético-biológica**, en primer lugar, se constituyen en una fuente de vulnerabilidad en la medida que pueden dificultar al niño la adquisición de estrategias de afrontamiento al estrés y de las habilidades necesarias para ajustarse y/o superar las adversidades de la vida (Sattler y Hoge, 2006). Entre estos factores se destacan:



- ✿ los componentes del temperamento que determinan la conducta, cuya base se ha asociado a una actividad bioquímica específica; por ejemplo, el comportamiento evitativo y la inhibición ante estímulos aversivos se ha ligado a la acción serotoninérgica del sistema septohipocámpico y de los núcleos de rafe (Cervilla et al, 2000);
- ✿ la ingesta materna de sustancias y alcohol durante la gestación, que puede resultar en deficiencias cognitivas, desórdenes de conducta y retrasos en numerosas áreas de desarrollo;
- ✿ y los desórdenes genético-hereditarios.

Con respecto a la influencia de los **factores ambientales**, se acentúa la función del contexto familiar, entendido éste como el medio fundamental en el cual el niño construye su concepto personal, un patrón de relaciones con otros y expectativas acerca del futuro; de modo que experiencias tales como la negligencia de los cuidados básicos, la carencia de retroalimentación afectiva, la exposición a violencia, la psicopatología parental y los niveles elevados de estrés, entre otros, pueden igualmente aumentar la susceptibilidad de los niños al desarrollo de conflictos psicológicos.

Sattler y Hoge (2006) refieren que algunas de las conductas parentales que tienen el potencial de incidir negativamente en la adaptación socioemocional, cognitiva y comportamental de los hijos son:



- ✿ El maltrato infantil, que incluye la agresión física, sexual, psicológica y por negligencia. Estas condiciones exacerbaban el riesgo del niño de manifestar conductas delictivas; de sufrir trastornos mentales (como SEPT, depresión y suicidio); de enfrentar dificultades escolares y, en un futuro, laborales; viéndose asimismo más expuesto a experimentar problemáticas sociales, como por ejemplo prostitución, alcoholismo y consumo de otras drogas.
- ✿ El manejo parental inefectivo de los problemas de conducta y límites disciplinarios de los hijos.
- ✿ El fracaso de los padres o cuidadores en proveer apoyo emocional y protección, y la dificultad para captar las necesidades afectivas del niño.
- ✿ El déficit en habilidades de comunicación padres-hijos.

Ahora bien, más allá de la disfunción familiar o parental, existen muchos otros factores ambientales que pueden complicar el desarrollo psicológico del niño, ya que actúan como eventos estresantes que desafían la aptitud adaptativa del mismo. Entre estas variables se encuentran (Sattler y Hoge, 2006):



- ✿ los cambios de residencia y escuela,
- ✿ el fracaso escolar,
- ✿ la exposición a violencia comunitaria,
- ✿ el nacimiento de un hermano,
- ✿ el rechazo por parte de los coetáneos,
- ✿ la exposición a “bullying” o matonismo y el acoso sexual,
- ✿ la muerte de un ser querido o amistad,
- ✿ el divorcio de los padres,
- ✿ la inestabilidad económica del sistema familiar,
- ✿ el enfrentamiento de un desastre natural,
- ✿ la exposición a drogas y alcohol.

Sin embargo, en este punto es importante analizar el hecho de que no todo niño o adolescente que ha vivido situaciones traumatogénicas, como las descritas, llega a experimentar conflictos emocionales o despliega una psicopatología propiamente dicha en los años posteriores o en su adultez; este fenómeno tiene que ver con otro de los factores envueltos en la etiología de los trastornos psicológicos infantiles: las denominadas diferencias individuales.

Los **factores individuales** abarcan las características y habilidades personales, la disponibilidad beneficiosa de apoyo emocional y social de otras personas (adultos o coetáneos alternativos), y la posibilidad de recibir intervención terapéutica familiar y/o individual; pero en especial poseen una estrecha conexión con la capacidad del individuo para superar los acontecimientos estresantes y ajustarse positivamente. En este sentido se ha elaborado el término de *resiliencia*, de reconocida difusión en la actualidad, siendo entendida precisamente en su dimensión personal, como la función yoica de generar respuestas flexibles que permiten resistir, reparar o compensar las consecuencias de la adversidad (Kim-Cohen, 2007).

Prada (2005) expone que entre las características personales que se asocian a la aptitud resiliente, se encuentran: la capacidad de introspección, la independencia emocional, las habilidades sociales, la iniciativa, el humor, la creatividad, la moralidad y una fuerte autoestima. Es necesario aclarar que si bien al examinar la aptitud resiliente de un individuo se valoran estas características personales, el concepto de resiliencia exige la participación de variables ambientales.

En efecto, la resiliencia no constituye una capacidad innata, sino que en su formación se destaca el rol esencial que ejerce la existencia de un contexto sociocultural estable y apoyante, o al menos de un adulto significativo en el caso de los niños. En otras palabras, el individuo construye su resiliencia por la interacción constante con su ambiente sociofamiliar,

el cual potencializa la consistencia de su autoestima, le enseña a ser creativo y a buscar soluciones alternativas a los problemas, a manejar la frustración, y en general a ajustarse a las vicisitudes de la vida. Además, no es posible determinar que un joven o adulto es resiliente, hasta que esta cualidad es puesta a prueba por algún evento hostil.

Se observa por lo tanto que existe una marcada interdependencia entre todos los factores envueltos en la etiología de los problemas psicológicos de los niños; siendo que las características individuales que protegen o vulnerabilizan al individuo al desarrollo de una psicopatología son producto de la influencia ambiental o una herencia de la biología, y cuyo efecto concreto en una persona específica lo define como un factor protector o como un factor de riesgo.

La conceptualización de la psicopatología infantil descrita hasta ahora es coherente con la perspectiva del **Modelo Vulnerabilidad-Estrés**, propuesto por Zubin y Spring en 1977, el cual establece que un cuadro psicopatológico es resultado de *la interacción* entre la vulnerabilidad del individuo y las exigencias (estrés) que una determinada situación impone a sus mecanismos de afrontamiento; de manera que cuando estos son sobrecargados, se tornan ineficaces, disparándose una crisis en el funcionamiento psicológico adaptativo habitual de la persona. Por tanto, para comprender un cuadro psicopatológico particular, como la depresión, este modelo requiere considerar dos dimensiones: el grado de vulnerabilidad personal VERSUS las condiciones situacionales generadoras de estrés (Öhman y otros, en Caballo, 1995); explicación perfectamente aplicable al caso de los niños.

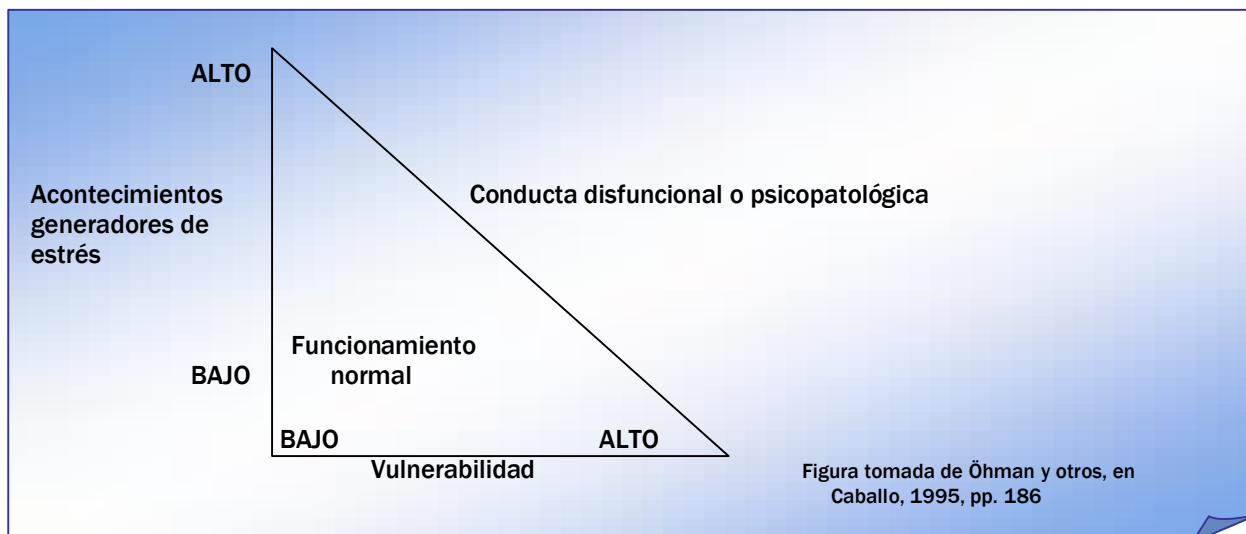
Cabe anotar que la vulnerabilidad es la dimensión de este modelo que se halla en la persona, es individual (cada uno tiene un grado distintivo de vulnerabilidad), es multifactorial y al menos parte de estos factores se construyen o moldean a partir de las experiencias vitales, por influjo del contexto familiar y social en que ha tocado vivir. En seguimiento, se puede subrayar que existen grados y tipos de vulnerabilidad, que son una conjunción de la variedad de factores que la conforman, cuya naturaleza varía de una persona a otra; así que la especificidad de los síntomas psicopatológicos que muestre un niño dependerá de su vulnerabilidad individual.

Es factible agregar que para determinar si un factor dado es indicador de vulnerabilidad, éste debe ser un atributo ESTABLE del individuo, o sea, es una característica que distingue de manera *relativamente* permanente a la persona y que la fragiliza o predispone a la sobrecarga ante ciertos eventos ambientales; por lo cual es fundamental indagar el funcionamiento prémorbido, los periodos de remisión y los episodios activos del trastorno en concreto para revisar la presencia de este factor de vulnerabilidad.

Desde el modelo de Zubin y Spring, la interacción vulnerabilidad-estrés que sienta las bases de los cuadros psicopatológicos, se representa en la figura 1; la cual ilustra como los individuos pueden desarrollar y ser portadores de niveles de vulnerabilidad altos, medios o bajos; y verse o no expuestos igualmente a exigencias ambientales de intensidad variada; y de la dinámica entre ambas dimensiones surge la psicopatología.



**Figura 1**  
Modelo de vulnerabilidad-estrés



Se denota entonces como un niño altamente vulnerable podría experimentar un problema psicológico, como la depresión, a consecuencia de un estrés bajo; mientras que otro niño poco vulnerable solamente vivenciaría un cuadro de este tipo ante un evento sumamente estresante.

Esta teoría cobra un acusado valor al enfatizar el interjuego individuo-ambiente en el desarrollo de los trastornos mentales y del comportamiento; lo que permite empezar a establecer las relaciones entre los conceptos centrales de este proyecto de investigación, ya que se puede visualizar la correlación entre las características del ambiente familiar, los eventos vitales, el tipo de concepto personal y autoestima que posee el niño, y la instauración de síntomas depresivos, de distinta intensidad y calidad.

Sattler y Hoge (2006) indican que los niños que crecen en circunstancias familiares adversas pueden sufrir un deterioro significativo de su autoestima y autoconcepto, elaborando un marco cognitivo de referencia en que se conciben a sí mismos como incompetentes, rechazables y poco valiosos; formándose igualmente un criterio de las otras personas y de los vínculos interpersonales como hostiles, dolorosos y fuente de desaprobación. Esta imagen personal y del mundo social a menudo obstruye, a su vez, el desarrollo de las estrategias requeridas para la adaptación, comentadas en párrafos anteriores como *resiliencia*; comprometiéndose no únicamente el bienestar integral actual del menor sino su futuro adulto. Para estos autores: “Bajo tales condiciones, los niños están en riesgo de depresión y de otras formas de trastornos de conducta” (pp. 19).

Por otra parte, cuando el joven dispone de vínculos paterno-filiales estables y armoniosos, de una red cohesiva de coetáneos, de seguridad económica, de apoyo de parte de maestros y otros adultos significativos, de un sistema religioso-espiritual de referencia, de acceso a servicios de salud y garantías sociales, entre otras condiciones; su probabilidad de afrontar con éxito los problemas de la vida se verá incrementada.

El papel de los eventos vitales ha cobrado tal relevancia que la investigación básica reciente, con animales y humanos, ha corroborado que las experiencias pueden alterar algunos rasgos genéticamente recibidos, en lo que se conoce como “plasticidad del desarrollo”. De esta forma, las situaciones ambientales a las que se ve expuesto el niño o el adolescente determinarán si los genes hipotéticamente asociados a una dada conducta o trastorno, por ejemplo la agresión o la depresión, se activan y se expresan (Sattler y Hoge, 2006).

## **B. La Depresión Infantil**

### **B.1. CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS**

La definición y descripción clínica de los trastornos depresivos en la etapa prepuberal ha generado controversia debido a que para muchos autores la depresión infantil comporta características análogas al cuadro clínico adulto, concibiéndosele como una extensión de éste, sólo divergente en algunos criterios, entre ellos: la posibilidad de que el humor depresivo sea sustituido por un estado de ánimo irritable; la dificultad del menor para ganar el peso esperado para su etapa de crecimiento; y la prolongación de la sintomatología durante un año (en vez de dos años) para los casos específicos de distimia. Esta es la perspectiva que promulga por ejemplo la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), mediante el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su cuarta edición.

Esta postura contrasta con la asumida por muchos otros estudiosos, para quienes la depresión asume rasgos distintivos en estricta dependencia de la etapa evolutiva específica. De acuerdo con Méndez et al (2002), este es el punto de vista más aceptado en la actualidad, esto es, que la depresión pediátrica y la adulta son semejantes, aunque la edad *modula* las características y consecuencias negativas que el trastorno provoca.

De igual modo, la comprensión de esta entidad diagnóstica requiere distinguir entre: la depresión como trastorno, como síndrome, como subsíndrome o como manifestación de un estado transitorio que refleja un proceso normal de altos y bajos de la niñez (y adolescencia); en otras palabras es importante no patologizar todo indicio de ánimo entristecido de un niño.

Así, Zalsman et al (2006) describen que los desórdenes depresivos en la niñez se caracterizan por un núcleo persistente de tristeza, al que se agrega anhedonia, aburrimiento e irritabilidad; conformando un conjunto de síntomas que provocan una disminución del nivel de funcionalidad del niño y una falta de responsividad a acciones que normalmente conllevarían alivio del malestar, por ejemplo realizar actividades placenteras, o recibir atención e interactuar con personas significativas. En continuidad, la principal diferencia

entre la depresión como enfermedad y un cuadro acompañado de tristeza no patológico, radica según los autores en:

- ⊗ la disfunción que genere en diversos ámbitos de desempeño;
- ⊗ la intensidad y duración de la sintomatología;
- ⊗ la ausencia de respuesta del ánimo depresivo y otros síntomas a distintas medidas;
- ⊗ y el cambio que este estado signifique respecto a la conducta previa del niño.

A nivel teórico, se encuentran los aportes de varios autores que han elaborado criterios operativos para diagnosticar específicamente la depresión en la niñez, tomando como punto de partida no sólo la sintomatología del cuadro sino también los aspectos esenciales de la dinámica depresiva. Uno de estos aportes, muy reconocido, corresponde a Weinberg et al (1973, citado por Méndez, 2002; Cuevas y Teva, 2004), cuyos criterios se resumen en el cuadro 1 y resultan bastante descriptivos de lo que conlleva la vivencia depresiva de un niño.

**Cuadro 1**  
Criterios diagnósticos de la depresión en la niñez según Weinberg et al (1973)

<b>Síntoma</b>	<b>Características que incluye...</b>
<b>Estado de ánimo disfórico</b> (síntoma principal)	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Expresiones o muestras de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y pesimismo.</li> <li>⊗ Cambios en el estado anímico, malhumor.</li> <li>⊗ Irritabilidad, enojo fácil.</li> <li>⊗ Hipersensibilidad, llanto fácil.</li> <li>⊗ Negativismo, difícil de complacer.</li> </ul>
<b>Ideación autodespreciativa</b> (síntoma principal)	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Sentimientos de inutilidad, incapacidad, fealdad, culpabilidad.</li> <li>⊗ Ideas de persecución.</li> <li>⊗ Deseos de muerte.</li> <li>⊗ Deseos de huir, de escapar del hogar.</li> <li>⊗ Tentativas de suicidio.</li> </ul>
<b>Conducta agresiva o agitación</b> (síntoma secundario)	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Dificultad en las relaciones interpersonales.</li> <li>⊗ Fácilmente riñe, discute o pelea.</li> <li>⊗ Disminuido respeto a la autoridad.</li> <li>⊗ Beligerancia, hostilidad, agitación.</li> <li>⊗ Disputas excesivas o ira súbita.</li> </ul>
<b>Alteraciones del sueño</b> (síntoma secundario)	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Insomnio inicial.</li> <li>⊗ Sueño inquieto.</li> <li>⊗ Insomnio tardío.</li> <li>⊗ Dificultad para despertar por la mañana.</li> </ul>
<b>Cambios en el rendimiento escolar</b> (síntoma secundario)	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Quejas frecuentes de los maestros por comportamiento ensimismado, pobre concentración y escasa memoria.</li> <li>⊗ Disminución del esfuerzo habitual en las tareas escolares.</li> <li>⊗ Pérdida del interés habitual por actividades extraescolares.</li> </ul>

<b>Síntoma</b>	<b>Características que incluye...</b>
<b>Socialización disminuida</b> (síntoma secundario)	⊗ Decrece la participación grupal. ⊗ Retraimiento social. ⊗ Sociabilidad disminuida (menor simpatía) ⊗ Pérdida de los intereses sociales habituales.
<b>Cambio de actitud hacia la escuela</b> (síntoma secundario)	⊗ Pérdida del placer en las actividades escolares. ⊗ Negativa o rechazo a asistir a la escuela.
<b>Quejas somáticas</b> (síntoma secundario)	⊗ Cefalalgias no migrañosas. ⊗ Algias abdominales. ⊗ Mialgias. ⊗ Otras preocupaciones somáticas.
<b>Pérdida de la energía habitual</b> (síntoma secundario)	⊗ Pérdida del interés por actividades antes placenteras. ⊗ Disminución de la energía, fatiga física y/o mental.
<b>Cambios en el apetito y/o en el peso habituales</b> (síntoma secundario)	

Tomado de Méndez et al (2002)

En cuanto a la caracterización de la depresión desde un punto de vista desarrollista, Sattler y Hoge (2006) y Cuevas y Teva (2004), reportan diferencias según la edad del joven, mismas que se compilan en el cuadro 2.

**Cuadro 2**  
Características de la depresión pediátrica según la edad

<b>Etapa</b>	<b>Características</b>
<b>Infantes y niños preescolares</b>	Los niños pueden experimentar síntomas depresivos que incluyen alteraciones del sueño, conducta de aferramiento a los adultos acrecentada o bien actitud de rechazo hacia el contacto de los padres o cuidadores, comportamiento agresivo, llanto permanente o fácil, tristeza o decaimiento, aprehensión, estupor, retraso en el desarrollo psicomotor, pérdida del apetito y negativa a alimentarse, apatía hacia el juego.
<b>Niños en edad escolar</b>	Además de la sintomatología anotada previamente para niños menores, entre los 6 y 12 años de edad la depresión puede manifestarse como pérdida de peso, rabietas temperamentales, deterioro del desempeño escolar, evitación o disputas frecuentes con el grupo de coetáneos, intensificación de la irritabilidad, discusiones con los adultos, excesiva autocrítica y desvalorización, conductas autodestructivas, desmotivación hacia actividades lúdicas y de cualquier tipo, ansiedad, dificultades de concentración e insomnio.
<b>Adolescentes</b>	Los adolescentes pueden vivenciar disminución del interés y de la capacidad para el placer, pobre autoestima, fatiga excesiva y pérdida de la energía, conducta agresiva, intolerancia a las rutinas, quejas somáticas, sentimientos de soledad, irritabilidad, fugas, robos, sentimientos de culpa y de poca valía personal, pérdida o ganancia de peso, sobreimplicación con mascotas (si las poseen), aislamiento e introversión, adquieren relevancia aspectos cognitivos como el desagrado por la imagen corporal y el pesimismo hacia el futuro, insomnio o hipersomnia y preocupación suicida.

Con respecto a la presentación clínica de la depresión infantil, diversos teóricos explican que en los niños deprimidos la comorbilidad es la regla más que la excepción (Sattler y Hoge, 2006; Zalsman et al, 2006); esto es especialmente cierto en la población que ya ha sido captada por los sistemas de atención en salud, en quienes el cuadro depresivo comparte el protagonismo en mayor frecuencia con los trastornos de conducta, los trastornos oposicionista-desafiantes, el spectrumm de los desórdenes de ansiedad, y el trastorno por déficit atencional con hiperactividad. En menor medida, el niño deprimido también ve aumentado su malestar con otros desórdenes, entre ellos: trastornos de la alimentación, ingesta de sustancias, y dificultades académicas. Cabe agregar, que la comorbilidad puede surgir porque alguno de los cuadros clínicos es precursor o consecuencia de la depresión, como es el caso de la ansiedad, que por lo general antecede a la patología depresiva.

## **B.2. ETIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN INFANTIL**

A partir del reconocimiento de la existencia de la depresión prepuberal y de su similitud con los trastornos depresivos de la adultez (de los que por lo demás con frecuencia es el antecedente), los estudiosos del tema han procurado explicar el origen de la depresión en la niñez aplicando las mismas teorías usadas para descifrar la génesis y mantenimiento de dicha patología en los adultos. Por tanto, las propuestas teóricas y los esfuerzos investigativos referentes a la etiología de la depresión infantil se clasifican en dos grandes grupos: psicológicos y biológicos.

### **B.2.1. TEORÍAS PSICOLÓGICAS**

Desde un enfoque psicológico destacan fundamentalmente cuatro teorías: el Modelo Socioambiental, el Modelo de la Indefensión Aprendida, el Modelo Cognitivo y el Modelo de Autocontrol, último que integra los elementos de los restantes planteamientos.

#### **① MODELO SOCIOAMBIENTAL**

Formulada con base en los postulados del condicionamiento operante, la hipótesis central del modelo socioambiental respecto al surgimiento de la depresión infantil radica en el papel del medio ambiente, el que proporciona un reforzamiento social inapropiado al niño. Los representantes de este modelo, que incluyen a Ferster (1973), Liberman y Raskin (1971), Costello (1972) y Lewinsohn (1974), exponen que los niños depresivos emiten conductas adaptativas en una tasa bastante baja, lo que constituye un déficit comportamental que reduce la probabilidad de recibir reforzamiento positivo e incrementa la posibilidad de obtener castigo; tómesese en cuenta por ejemplo el pobre repertorio de conductas socialmente habilidosas que los menores deprimidos externalizan. Asimismo, el niño con depresión muestra una alta tasa de comportamientos evitativos o inadecuados (un exceso conductual), típicos

de la patología que padecen, lo que limita aún más el acceso al refuerzo positivo (Cuevas y Teva, 2004).

Estas deficiencias o excesos en el comportamiento del niño, se deben, según la posición de Ferster, a:

1. un repertorio de autoobservación inadecuado en el cual el niño minimiza sus capacidades y maximiza sus dificultades, lo que lo lleva a manifestar conductas poco asertivas y por ende poco reforzadas;
2. procesos de retroalimentación ambiental con baja tasa de refuerzos, lo que somete el comportamiento del niño a extinción;
3. programas de refuerzo inadecuados que exigen una cantidad muy elevada de respuestas a cambio de un reforzador, lo que conduce a un prolongado periodo de inhibición conductual posterior al logro de dicho reforzador; y
4. modificaciones repentinas en el ambiente que retiran bruscamente fuentes significativas de reforzamiento, lo que debilita las conductas antes mantenidas por esas fuentes de retroalimentación.

Es interesante anotar que varias investigaciones han constatado la teoría socioambiental, este es el caso del estudio de Cole y Rehm (1986, citado por Méndez et al, 2002) que descubrió que los padres de niños deprimidos los reforzaban verbalmente en menor tasa que los progenitores de niños normales o con otros trastornos psicológicos distintos de la depresión. Igualmente, Shah y Morgan (1996, citado por Méndez et al, 2004) compararon niños con puntuaciones altas (19 ó más) y bajas (7 ó menos) en el CDI, encontrando que aquellos con más síntomas depresivos exhibían más dificultades de competencia social y por ende obtenían menor refuerzo positivo interpersonal.

## ② MODELO DE LA INDEFENSIÓN APRENDIDA

Este modelo fue elaborado originalmente por Seligman en 1975, con modificaciones agregadas por el autor en conjunto con Abramson y Teasdale, en 1978, para explicar la etiología y mantenimiento de la depresión; aplicable a los niños. Para los autores, la depresión es producto del aprendizaje de expectativas de incontabilidad respecto de los eventos externos, estas expectativas se adquieren cuando el individuo está expuesto a situaciones incontables que reducen la posibilidad de obtener refuerzo por el comportamiento, lo que interfiere a su vez en la motivación para aprender nuevas conductas adaptativas; originándose entonces los déficits característicos de los cuadros depresivos: motivacionales (baja en la emisión de conductas operantes y latencia aumentada de respuestas), cognitivos (dificultad para desarrollar nuevos comportamientos) y emocionales (sentimientos de indefensión y desesperanza).

Ahora bien, las expectativas de no control sobre los eventos de la vida (y los síntomas depresivos concomitantes) no se desarrollan en todas las personas que enfrentan situaciones incontables; por lo cual Seligman y sus colaboradores complementaron el modelo de la indefensión aprendida con la "Teoría de la Atribución", que permite

comprender las diferencias individuales en cuanto a la vulnerabilidad a este cuadro psicopatológico. Así, un niño con depresión presenta: **1.** expectativas de daño, según las que esperará que ocurra un evento aversivo o que no ocurra un evento deseado; **2.** expectativas de incontabilidad; y **3.** un estilo atribucional en que asigna sus fracasos a factores internos, globales y estables; y sus logros a variables externas, específicas e inestables (Méndez et al, 2002).

La teoría de la indefensión aprendida fue objeto de una segunda revisión, en la que se incluyó la perspectiva de la vulnerabilidad-estrés, que pasa a actuar como mediadora entre la percepción de los eventos adversos de la vida (estrés) y la depresión. Los autores red denominaron su propuesta como Teoría de la Desesperanza de la Depresión, según la cual el estilo atribucional funge como causa distal o predisponente para la sintomatología depresiva; y la desesperanza ocupa un puesto de causa proximal para este estado psicológico (Cuevas y Teva, 2004).

### ③ MODELO COGNITIVO

Respaldado por numerosos autores, entre ellos Beck, Rush, Show y Emery, el modelo cognitivo de la depresión subraya que el aspecto explicativo nuclear de los síntomas depresivos, son esquemas de pensamiento disfuncionales, producidas por estilos de procesamiento cognitivo erróneos y creencias centrales irracionales. Esta pauta de pensamiento disfuncional es producto de experiencias tempranas negativas, de manera que circunstancias similares en momentos posteriores de la vida, activan lo que Beck en particular llamó la Tríada Cognitiva de la Depresión. Este constructo abarca una visión negativizada de sí mismo, del mundo y del futuro, que origina los síntomas afectivos, motivacionales, cognitivos, motores y fisiológicos que componen el cuadro depresivo.

Los teóricos partidarios de este modelo, han identificado toda una serie de tipos de distorsiones en el procesamiento cognitivo de las personas depresivas, las cuales numerosas investigaciones (Asarnow y Bates, 1988; Battle, 1987; Kaslow, Rehm y Siegel, 1984; citadas por Méndez, 2002) han podido encontrar igualmente en los niños, por ejemplo: la Inferencia arbitraria, la Abstracción selectiva, la Sobregeneralización, la Magnificación y minimización, la Personalización, y el Pensamiento dicotómico o polarizado.

### ④ MODELO DEL AUTOCONTROL

En 1977, Rehm describió su teoría del Autocontrol para explicar distintos trastornos conductuales y psicopatológicos, en los que desde su perspectiva, tenían lugar déficits o errores en los procesos de: autoobservación, autoevaluación y autorreforzamiento, como componentes básicos de la capacidad de autorregulación o autocontrol.

Esta formulación orientada a la depresión infantil conlleva que los niños deprimidos cuando OBSERVAN su propia conducta, sus antecedentes y consecuentes, tienden a atender

selectivamente a los eventos negativos y a las consecuencias inmediatas alcanzadas, con lo que construyen una visión negativa y pesimista de su vida y de sí mismos. Posteriormente, cuando EVALÚAN su comportamiento autoobservado, aplican criterios de valoración poco realistas y muy extremos, realizando además atribuciones sesgadas (del tipo general, estable e interno para los resultados negativos), todo lo cual dispara un empobrecimiento de su autoestima. Finalmente, el autoexamen efectuado, conduce a estos niños a AUTOREFORZARSE positivamente pocas veces y a autocastigarse en alta frecuencia, originando tanto actitudes pasivas y carentes de iniciativa como hostilidad y desprecio autodirigidos.

Es palpable que el modelo de Rehm sintetiza elementos de las distintas teorías, y de acuerdo con Méndez et al (2002), existen datos que prueban que los niños y jóvenes con depresión padecen de un autocontrol deficiente y externan un pronunciado pesimismo.

### **B.2.2. TEORÍAS BIOLÓGICAS**

La investigación genética y neuroendocrina se ha enfocado en hallar marcadores biológicos similares a los descubiertos hasta la fecha para la depresión en población adulta que permitan explicar la aparición de sintomatología depresiva en los niños.

Las hipótesis que intentan corroborarse son básicamente: la hipótesis aminérgica (que vincula la depresión infantil con un déficit funcional de noradrenalina y de serotonina), y la hipótesis neuroendocrina (que asocia los síntomas depresivos a alteraciones endocrinas de los ejes que controlan la actividad tiroidea y la corticosuprarrenal, así como el funcionamiento de las hormonas sexuales y del crecimiento). Sin embargo, de acuerdo con Zalsman et al (2006), la comprensión de la neurobiología de la depresión pediátrica es todavía limitada, recopilándose resultados que fluctúan entre confirmar o descartar las semejanzas, en esta esfera, entre niños, adolescentes y adultos deprimidos.

Los autores mencionados publican que los estudios sobre los niveles de secreción de cortisol, que se han detectado típicamente elevados en adultos deprimidos, no manifiestan alteraciones en los niños diagnosticados con este trastorno afectivo; de manera análoga que el análisis del funcionamiento del eje Hipotalámico-pituitario-tiroideo y de la concentración de la hormona liberadora de corticotropina (CRH, por sus siglas en inglés) tampoco revelan anomalías al comparar niños deprimidos con niños-controles.

Por otra parte, se han recabado datos más claros respecto a la participación de la Hormona del Crecimiento en la depresión infantil, de forma que Zalsman et al detallan que las investigaciones que examinan los efectos de estimular esta hormona han hallado una respuesta debilitada o hiposecreción de la misma en los niños deprimidos, lo cual es similar a lo encontrado en la población adulta con esta psicopatología; hallazgo que podría recibir la categoría de marcador biológico para la ocurrencia de este trastorno en la niñez.



En lo concerniente a los estudios genéticos y de transmisión familiar de la depresión prepuberal, un meta-análisis llevado a cabo por Zalsman et al (2006) acerca de investigaciones que han evaluado los temas de la familia, la adopción, los estudios de gemelos y los síntomas depresivos, demostró un papel crucial de la herencia genética para la depresión mayor en un rango de 31 a 42%. Estos expertos subrayan que la descendencia de personas deprimidas tiene un riesgo acrecentado de desarrollar desórdenes psiquiátricos, incluyendo trastornos afectivos; de mismo modo que se ha observado que a menor edad de aparición de la depresión en los padres, aumenta la posibilidad de aparición de depresión en los hijos.

En concordancia con lo anterior, las investigaciones enfocadas en la comprensión de la sintomatología depresiva de instauración en la niñez, han puesto de manifiesto altas tasas de depresión y ansiedad en los familiares de primer grado de los niños que enfrentan esta patología; si bien es necesario agregar que los factores genéticos parecen tener un influjo mayor en la etapa adolescente, en tanto se registra una participación preponderante de variables ambientales estresógenas en el origen de la depresión en el periodo prepuberal, destacándose, entre otros, la presencia de conducta criminal y discordia en el sistema familiar de los niños.

En este sentido, Kim-Cohen (2007) refiere las conclusiones de Caspi et al (2002, 2003, 2005), quienes descubrieron una valiosa interacción ambiente-genética en lo relativo a la depresión. Estos autores ubicaron un polimorfismo funcional en el gen transportador de la serotonina 5-HTTLPR que ha logrado significativamente moderar la relación entre eventos vitales estresantes y la sintomatología depresiva.

Según la información recogida, los individuos con dos copias del alelo largo 5-HTTLPR tendrían menor riesgo de desarrollar síntomas de depresión y tendencia suicida ante condiciones de estrés, que aquellas personas que cargan una o dos copias del alelo corto y que se enfrentan a situaciones ambientales adversas. Dichos resultados han sido replicados en muestras de niños, adolescentes y adultos (Zalsman et al, 2006); y a ellos se suman los obtenidos por Kaufman et al (2004, citados por Zalsman et al, 2006) que reiteran la interdependencia ambiente-individuo en la etiología de la depresión. Kaufman y sus colaboradores indagaron la interacción entre maltrato infantil, el alelo corto del gen 5-HTTLPR, la depresión y la calidad-disponibilidad de apoyo social, esta última como factor moderador del riesgo a dicha sintomatología. Siendo que los niños maltratados y portadores del alelo corto, pero con significativo apoyo social percibido, mostraron una disminución sustancial de la posibilidad de sufrir un cuadro depresivo.

Por consiguiente, se corrobora el rol clave de la interacción entre factores contextuales y factores individuales en la formación de la sintomatología depresiva en la infancia; base teórica fundamental de este proyecto investigativo.

### B.3. FACTORES DE RIESGO PARA LA DEPRESIÓN INFANTIL

Los factores de riesgo registrados por las investigaciones como ligados a la aparición de la depresión en la niñez, tienen que ver primordialmente con variables ambientales, por lo común contextos familiares y sociales disfuncionales; lo que discrepa en parte con lo detectado acerca del comienzo de la depresión en la adolescencia que enfatiza un peso mayor en los componentes genéticos y en la herencia (Zalsman et al, 2006).

Claro está, al analizar la vulnerabilidad a la depresión en la población pediátrica es crucial no abandonar un enfoque interactivo que sopesa los factores médico-biológicos y los eventos estresantes; pero que considere un papel preponderante de una de ambas variables de acuerdo con la edad, lo que podría conducir a plantearse lineamientos diferenciales a nivel de comprensión, diagnóstico, abordaje y tratamiento.

En cuanto a los factores de riesgo para la aparición del trastorno en la niñez, Zalsman et al (2006) y Bhatia y Bhatia (2007), enlistan:



- ✿ los factores genético-médicos: que parecen cumplir un rol más sobresaliente en la adolescencia y que incluyen las enfermedades crónicas, los cambios hormonales durante la pubertad, el sexo (se registra una preponderancia de mujeres en las cifras de depresión pediátrica), la historia familiar (o parental) de depresión, la presencia de variantes genéticas específicas del transportador de serotonina, y el uso de ciertas medicaciones

- ✿ los factores cognitivos: referidos a conceptos negativos de sí mismos, del futuro y del mundo

- ✿ los factores sociofamiliares: para los que los estudios con gemelos han demostrado que el ambiente de crecimiento porta un influjo tan poderoso como la herencia biológica, abarcando el efecto tóxico de:



- la psicopatología parental, que modela distorsiones cognitivas, provee interacciones hostiles o pasivas, favorece la negligencia paterna de las funciones nutricias hacia los niños
- la conducta criminal y de abuso de sustancias de los padres
- la pobre cohesión familiar y discordia paterno-filial
- el maltrato infantil (que correlaciona más fuertemente con depresión en combinación con otros factores genético-familiares)
- pérdida de hermanos, padres u otros significativos (en especial si el niño posee historia familiar de trastornos del estado de ánimo)

Los autores puntualizan la influencia de otros posibles factores de riesgo, tales como una historia personal o diagnóstico previo en los niños de otra psicopatología, principalmente de trastornos de ansiedad, de trastornos de conducta, de problemas de aprendizaje, de un

desorden por déficit atencional, de tabaquismo y por supuesto de episodios anteriores de depresión.

Lo anterior ilustra con claridad, como los datos reportados por la investigación denuncian la existencia de un ligamen entre la depresión en los niños, el concepto que estos porten de sí mismos y toda una serie de posibilidades ambientales, en concreto familiares, que confluyen en la activación o vulnerabilidad del menor al sufrimiento que conllevan los síntomas depresivos. Es este ligamen el que el presente proyecto se plantea analizar como parte de sus hipótesis.

## **C. Autoestima y autoconcepto en los Niños**

La trascendencia de los constructos del autoconcepto y de la autoestima radica en la participación que ambos han demostrado tener como factores predisponentes o como factores consecuentes de múltiples trastornos psicológicos; es así que Bermúdez (2004) señala que el déficit de autoestima y el autoconcepto negativo se han asociado con consumo de drogas, abuso de alcohol, ansiedad, depresión, insomnio, trastornos de conducta, aislamiento social, rasgos de personalidad dependiente e inseguridad, entre muchos otros desórdenes emocionales. De ahí posiblemente que Coopersmith (1967, citado por Davis-Kean y Sandler, 2001) concluyera que un autoconcepto positivo y sano provee a las personas, de cualquier edad, de una herramienta para afrontar mejor el estrés y para alcanzar más logros en la vida; perspectiva que cobra una vigencia actual cuando se considera el papel de la resiliencia en la salud mental.

En complemento a lo anterior, Kennard et al (2006) subrayan la influencia de la autoestima y del autoconcepto en la psicopatología, al rescatar los resultados de investigaciones previas que han recopilado información referente a la autoestima empobrecida como uno de los principales síntomas residuales de los episodios depresivos en niños y adolescentes, en conjunción con el deterioro del rendimiento académico, la irritabilidad, la fatiga y la falta de placer; constituyéndose también en uno de los predictores de recaídas de más peso en lo que respecta a la sintomatología depresiva, aún cuando no se ha podido establecer una relación causal entre la autoestima deficitaria y dicha entidad diagnóstica.

De manera similar, Erkolahti et al (2003), subrayan que la autopercepción se erige como un predictor significativo de patología depresiva en poblaciones clínicas de adolescentes; y por ende, el cuestionamiento acerca de su papel en los síntomas depresivos en edades tempranas cobra validez, incluyéndose como uno de los focos de estudio del presente proyecto.

### **C.1. DEFINICIONES:**

Numerosos autores, como Bermúdez (2004) y Davis-Kean y Sandler (2001), coinciden en

que los términos “autoconcepto” y “autoestima” a menudo son empleados erróneamente como sinónimos; sin embargo, en realidad representan constructos distintos, que poseen una estrecha relación entre ellos, y que comparten una relevancia que los cataloga como elementos centrales del desarrollo socioemocional de los individuos (Kagen, Moore y Bredekamp, 1995; citados por Davis-Kean y Sandler, 2001).

Precisamente, concretar una definición de estos constructos ha sido complicado por la alta interdependencia que los une; estableciéndose como diferencia fundamental entre ambos: el carácter *descriptivo* del autoconcepto y el carácter *evaluativo* de la autoestima. Tomando como base los planteamientos de Bermúdez (2004), las figuras 2 y 3 contienen los elementos considerados básicos de una definición aproximada.

**Figura 2**  
Definición de autoconcepto

El **AUTOCONCEPTO** consiste en la **descripción** mental que una persona hace de sí misma en tres dimensiones: cognitiva, afectiva y comportamental; y en varias áreas de desenvolvimiento: familiar, relaciones sociales externas a la familia, apariencia física, escolar y/o laboral, y ética-moral. Esta descripción se forma por sumatoria de todas las experiencias acumuladas y la valoración o interpretación que la persona haya hecho de ellas.

En este plano es valioso consignar que Erkoalahti et al (2003) puntualizan que la autopercepción de los jóvenes entre los 8 y 16 años de edad incluye cinco ámbitos específicos de relevancia para ellos: la competencia académica, la aceptación social, la habilidad deportiva o física, la apariencia física y la conducta propiamente dicha.

**Figura 3**  
Definición de autoestima

La **AUTOESTIMA**, por su parte, es entendida como la actitud positiva o negativa que la persona tiene hacia sí misma, es decir, el **valor** que asigna a las diferentes representaciones que posee de sí misma; resultado de la **evaluación** que realiza al compararse con otros individuos.

En otras palabras, el autoconcepto hace alusión a aspectos más cognitivos o comprensivos, y la autoestima engloba los aspectos más valorativos de la imagen personal; siendo posible que un individuo porte una opinión y valoración fuerte de un área, mientras enfrenta insatisfacción respecto a otra esfera de su vida.

Además, cabe resaltar que ambos constructos están conectados intrínsecamente, en la medida que la evaluación (autoestimación) se basa en la descripción (autodefinición) del sí mismo; y frecuentemente discriminar entre definiciones puramente descriptivas de aquellas

que contienen elementos valorativos es difícil. Precisamente esto da una naturaleza particularmente compleja al examen clínico de estos constructos, lo que ha llevado por lo general a aplicarlos como variables intercambiables.

Ahora bien, como lo enfatizan Davis-Kean y Sandler (2001), un elemento clave a tomar en cuenta al estudiar la autoestima y autoconcepto de la población pediátrica, es la edad y las características concretas que ésta significa en cuanto al desarrollo del lenguaje y de la capacidad cognitiva.

En efecto, se ha cuestionado por un lado la aptitud del niño para comprender el concepto del “Sí mismo” y por consiguiente para autoobservarse, autodescribirse y calificarse; y por otro lado se ha puesto en duda la habilidad infantil para expresar verbalmente sus pensamientos al respecto. Esta interrogante guarda el potencial de incidir notablemente en los resultados que pueden ser extraídos de las evaluaciones científicas que pretenden medir dichos constructos o su correlación con determinadas psicopatologías o condiciones.

En este sentido, existen diversas posiciones acerca del periodo evolutivo en que los niños son capaces, cognitiva y lingüísticamente, para hacer inferencias sobre sí mismos (Davis-Kean y Sandler, 2001). Algunos investigadores (Harter, 1983, citado por Davis-Kean y Sandler, 2001) opinan que hasta los 8 años de edad los niños no poseen el grado de desarrollo necesario para entender las ideas abstractas usadas típicamente en las valoraciones del autoconcepto; por ejemplo la pregunta: ¿quién eres?. Mientras que otros expertos han denotado que los pequeños, de periodo preescolar, tienen la habilidad para discutir respecto a ellos mismos; claro está con empleo de conceptos *explícitos* y una descripción *categorial* de su persona por uso de adjetivos *concretos*. Bates (1990, citada por Davis-Kean y Sandler, 2001) postula que los niños integran el concepto de “self” y las formas gramaticales y vocabulario requerido para describirse, entre los 3 y 4 años, lo que no implica que entiendan todos los matices de la estructura identitaria.




En lo que tiene que ver con el nivel de desarrollo del lenguaje, se suscita un panorama análogo; en el cual algunos autores postulan que es necesario recurrir a instrumentos de comunicación no verbal (como títeres, por ejemplo) para evaluar el autoconcepto de los niños; en tanto otros investigadores defienden que se puede recopilar información confiable cuando se efectúan preguntas simples y directas a los niños. En todo caso, es fundamental recalcar que el desarrollo cognitivo y lingüístico de los menores es una variable a integrar al diseñar estudios que pretendan indagar aspectos relativos al concepto personal de la población infantil.

## **C.2. CARACTERÍSTICAS DEL AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA DETERIORADOS:**

En este apartado es menester retomar la propuesta de Bermúdez (2004), quien describe que los déficits en el autoconcepto y en la autoestima se van a manifestar con rasgos distintos

en tres dimensiones: hacia sí mismos, hacia otras personas, y hacia la interpretación de la realidad, tal como se detalla en el cuadro 3.

**Cuadro 3**  
Dimensiones y características del autoconcepto y de la autoestima deteriorados

<p><b>Hacia sí mismos</b></p> 	<p>En la primera dimensión, los niños con una autoestima y autoconcepto empobrecidos externalan una actitud perfeccionista, con expectativas exageradamente altas sobre sus actos y pensamientos, evaluándose continuamente en sentido negativo, a partir del contraste de un concepto de sí mismos ideal contra el autoconcepto real.</p> <p>Ciertamente en estos niños predomina un estilo procesamiento de información dicotómico, que los expone a la frustración y tristeza de no acceder al éxito total que anhelan, sino a lo que ante sus ojos consiste en un fracaso completo. Esta particularidad cognitiva y emocional genera un grado constante de inseguridad personal, indecisión, e insatisfacción en el niño; que lo vulnerabiliza a la depresión y a otras patologías, por ejemplo, los cuadros ansiosos.</p>
<p><b>Hacia otras personas</b></p> 	<p>En cuanto a la esfera interpersonal, la autora relata que los niños con pobre autopercepción carecen de habilidades sociales que les permitan desarrollar vínculos placenteros, y que retroalimenten su concepto y valía personal. De hecho se forma un círculo vicioso en que las dificultades para hacer amigos, la carencia de aptitudes de liderazgo e iniciativa, y el miedo a hablar en público (por un fuerte sentido del ridículo y temor a la desaprobación) refuerzan una evaluación negativa de sí mismos como aburridos e ineficaces; que a su vez los aleja de la conducta asertiva que les permitiría ser aceptados, reconocidos e integrarse al grupo de pares.</p>
<p><b>Interpretación de la realidad</b></p> 	<p>En la tercera dimensión, Bermúdez afirma que estos niños aprenden a interpretar los acontecimientos de manera distorsionada, focalizándose en lo negativo y descalificando la experiencia positiva, generalizando los resultados insatisfactorios de una situación a cualquier evento próximo, construyendo múltiples “deberías” y pensamientos imperativos que los ligan fuertemente al perfeccionismo, magnificando sus errores y minimizando sus logros, entre otros.</p>

## **D. El Ambiente Familiar**

El modelo de Vulnerabilidad-Estrés que cimienta este proyecto de investigación, enfoca la psicopatología de manera integral, esto es, plantea que los problemas psicológicos son

producto de la interacción y efecto acumulativo de múltiples factores, individuales y ambientales. Como lo denotan Kamphaus y Frick (2000), uno de los hallazgos más importantes de la investigación en este ámbito reside en que el funcionamiento social, emocional y conductual de los niños y adolescentes está influenciado en gran medida por las situaciones estresantes que experimentan en su ambiente; por lo cual la evaluación en psicología y psiquiatría no puede verse limitada al individuo sino que requiere extenderse a los contextos de desenvolvimiento del mismo.

Ciertamente, son numerosos los factores que ejercen influjo sobre el desarrollo del niño; Pachter et al (2006) exponen que existen tres grandes niveles: factores de nivel individual, factores de nivel familiar y factores de nivel comunitario.

Para estos autores, los factores individuales abarcan variables tales como:

- ✿ el temperamento,
- ✿ la genética,
- ✿ el momento evolutivo,
- ✿ la salud física y
- ✿ otros elementos biológicos.

Los factores familiares que pueden afectar el desarrollo del niño incluyen:

- ✿ los roles y estructura de la familia;
- ✿ las creencias, objetivos y prácticas de crianza o parentalización;
- ✿ el estado de la salud física y mental de los padres; y
- ✿ las condiciones socioeconómicas del hogar.

Por último, los factores macrosociales o comunitarios engloban:

- ✿ las características del vecindario en que habita el niño,
- ✿ la influencia del grupo de pares,
- ✿ el tipo de escuelas disponibles,
- ✿ los servicios de salud a que se tiene acceso, y
- ✿ las oportunidades económicas.

Pachter et al (2006) acentúan que cada una de las variables anotadas anteriormente ha demostrado, mediante la investigación, tener efectos directos o indirectos en distintas áreas del desarrollo el niño, entre éstas: los problemas de conducta, el desempeño académico y la salud emocional; no obstante se ha dado especial énfasis a la función del sistema familiar, por cuanto los estudios desde distintas perspectivas teóricas han señalado que los factores familiares son esenciales en la conformación de la personalidad y de la psicopatología.

Precisamente, los autores mencionados llevaron a cabo un análisis de los datos proporcionados por la Encuesta Nacional Longitudinal de Juventud de los Estados Unidos, efectuada a partir de 1979 y con repeticiones anuales hasta 1994. Esta encuesta utilizó una muestra de 884 familias caucásicas, 538 familias afroamericanas y 404 familias hispanas que tenían niños entre los 6 y 9 años al comienzo de la misma. El objetivo del análisis de

Pachter et al era dilucidar la existencia de diferencias étnicas *en la influencia* de los patrones de parentalización, depresión materna, tipo de vecindario y nivel de pobreza *sobre* los problemas de conducta de los niños; con resultados que remarcaron la importancia del ambiente familiar y de las prácticas parentales sobre la salud emocional y conductual de los menores, de forma que estos factores parecen actuar como mediadores o moduladores del impacto de otras variables contextuales, con algunas diferencias de acuerdo al grupo étnico.

Así por ejemplo, los autores reportan que se registró un influjo directo de la depresión materna en la aparición de desórdenes del comportamiento en los niños de las tres etnias involucradas; sin embargo, se recabó evidencia de que las prácticas de crianza parental mostraron un efecto moderador o mediador distinto dependiendo del grupo racial; detectándose un efecto modulador mayor en las familias afroamericanas, para quienes la distribución de responsabilidades concernientes al cuidado de los niños tiende a involucrar a miembros de la familia extensa, de manera que los pequeños cuentan con múltiples fuentes de afecto y límites que pueden mitigar los fallos y carencias que acompañan a una madre deprimida.

Por lo tanto, es menester considerar que factores tan relevantes como los estilos de crianza aplicados por los padres y el ambiente familiar se ven determinados también por normas y valores culturalmente establecidos, el status socioeconómico y otros aspectos netamente materiales, por ejemplo el grado de pobreza al que está expuesto un niño.

En respaldo a lo anterior, Blanchard et al (2006) publican los resultados de su investigación, basada en una muestra pediátrica de 102 353 niños y adolescentes entre los 0 y 17 años, evaluados durante la National Survey of Children's Health, de los Estados Unidos, para el año 2003. El objetivo del estudio de Blanchard et al consistía en descubrir correlaciones entre los problemas emocionales, conductuales o del desarrollo de los niños; el funcionamiento familiar, y la participación comunitaria de los menores.

Los autores revelan que los niños diagnosticados con alguno de los problemas citados, pertenecían predominantemente a familias uniparentales y de pobres ingresos económicos; a lo que se sumaba que estos jóvenes experimentaban un menor grado de involucramiento en las actividades comunitarias, de tipo social o deportivo. En estrecha relación con esto, Law et al (2004, citado por Blanchard et al, 2006) anota que se ha observado que variables demográficas como el género, los bajos ingresos monetarios, los hogares uniparentales, y el menor grado académico de los progenitores, predice el nivel de participación de los niños en la comunidad.

#### **D. 1. LA VÍA DE INFLUENCIA DEL SISTEMA FAMILIAR EN EL DESARROLLO PSICOLÓGICO DE LOS NIÑOS:**

Kagan (1999) planteó tres vías principales a través de las cuales los padres influyen el desarrollo psicológico de sus hijos: la interacción directa, la identificación y la transmisión de lo que el autor denomina "historias familiares". El primer mecanismo tiene que ver con la



aplicación de límites disciplinarios y con el interés, la comunicación y la retroalimentación que se brinde a las actividades cotidianas del niño, guardando un mayor efecto en el desarrollo cognitivo, ético-moral y de los rasgos de carácter. Los restantes dos mecanismos, según el autor, actúan a través del proceso de modelaje y aprendizaje vicario, en tanto el niño emula aquellos patrones o características parentales (o de otros miembros de la familia, incluso de generaciones anteriores) que admira o que le son asignados. Estas dos vías cobran su influencia predominantemente en la formación de la seguridad y confianza del niño, y en sus expectativas de éxito o fracaso futuro.

En este punto es interesante consignar las conclusiones de Mardomingo et al (2005), que hacen referencia en particular a la influencia de la salud mental de los padres sobre el estado emocional y comportamental de los hijos. Para estos teóricos, la enfermedad psiquiátrica y/o las características de personalidad parental tienen una repercusión no sólo genética sino ambiental, en la medida que guardan el potencial de generar cambios negativos en la calidad de la interacción entre los miembros del sistema familiar, que inciden en las pautas de crianza y educación que los padres eligen, y que influyen en el sistema de valores y en la percepción del sentido de vida que portan los progenitores; todo lo cual afecta el proceso de crecimiento psicosocial de los niños. A ello se suma el efecto del tipo de familia, esto es, las consecuencias diferentes que enfrentará el menor dependiendo de si su núcleo familiar permanece intacto, es uniparental, o se distingue porque la estructura y distribución de papeles padres-hijos ha desaparecido.

En el caso específico de los trastornos afectivos, Mardomingo y sus colaboradores señalan que la depresión de los padres actúa sobre los hijos al instaurar una percepción pesimista y desesperanzada que abarca la vida en general y por ende negativiza la visión que el padre o madre tiene del niño o del adolescente, con lo que esto implica para la calidad de la interrelación paterno-filial.

En efecto, el cuadro depresivo disminuye la capacidad de respuesta de los progenitores ante las vicisitudes de la crianza y educación de los hijos, acrecentándose la posibilidad de que el vínculo se torne punitivo, de que los padres no expresen afecto ni aprobación y que por el contrario suban las tasas de castigo y descalificación que dirigen a sus niños. Se menoscaba también la sensibilidad de los padres a las necesidades de su progenie, y se incrementan los conflictos de pareja (a nivel conyugal y como subsistema parental).

Para los autores, la desarmonía de la relación paterno-filial y el déficit en las funciones nutricias y socializadoras que produce la depresión de los padres, puede causar en los niños una pobre imagen personal, sentimientos de culpa, dificultades de adaptación y problemas en las relaciones interpersonales, y sentimientos de ambivalencia ante el progenitor enfermo.

Entonces, si el rol de los padres y en general del sistema familiar, es tan radical en la promoción de salud o psicopatología de los niños; ¿qué ocurre con las familias en la época actual, que no parecen lograr instituirse en factores mediadores eficaces o en moduladores

de la multitud de variables que se combina para activar un trastorno psicológico, como la depresión?

Algunos investigadores concluyen que el contexto macrosocial de las últimas décadas ha actuado en detrimento de la efectividad de las funciones familiares de nutrición emocional y socialización, e indirectamente ha afectado la salud psíquica de los niños.

Dentro de esta perspectiva, se destacan Roustit et al (2007), que cuestionan que los cambios recientes en la estructura de las familias está asociado a un incremento en los problemas de ajuste psicosocial de los adolescentes, grupo etéreo en que se focalizó su estudio; no obstante, sus resultados permiten inquirir el efecto de *estas modificaciones* sociales sobre los niños, al considerar que la población prepuberal, por su etapa evolutiva, depende más ampliamente del sistema familiar, tanto para su sobrevivencia biológica como para la construcción de su autoconcepto, para la adquisición de estrategias de afrontamiento, para la estimulación de su potencial cognitivo y para la consolidación de un repertorio conductual ajustado al entorno sociocultural.

Se ha encontrado que los niños y adolescentes de familias que han sufrido el divorcio de los padres tienen mayor probabilidad de experimentar efectos negativos sobre su rendimiento escolar, su ajuste psicosocial, su comportamiento, sus habilidades sociales y la calidad de los vínculos con sus padres; en comparación con menores que conservan su núcleo familiar intacto. De modo que, los teóricos que apoyan la asociación entre ruptura familiar y consecuencias adversas en los niños, se sustentan en dos perspectivas:



1. la perspectiva llamada “del estrés familiar”, que explica que la separación conyugal y las complicaciones económicas que ésta conlleva, generan distrés en los padres, lo que compromete la calidad de su rol parental;
2. la perspectiva denominada “de inversión”, que justifica el bienestar del niño o adolescente disminuye por el cambio en la solvencia económica y material que trae consigo el divorcio.

A partir de este marco de comprensión, Roustit y sus colaboradores (2007), trabajaron con una muestra de 2 346 adolescentes canadienses entre los 13 y 16 años, con quienes corroboraron que la ruptura familiar y las características del funcionamiento familiar estaban correlacionadas significativamente con 4 indicadores de desajuste psicosocial, eran éstos: abuso de sustancias, consumo de alcohol, desórdenes externalizantes (entendidos como trastornos de conducta y actitudes oposicionistas) y desórdenes internalizantes (definidos como síntomas depresivos, ansiosos, agresividad reactiva, e intentos suicidas, entre otros).

En su estudio, los investigadores conceptualizaron el constructo de “ruptura familiar” como situaciones de divorcio, de separación conyugal, de fallecimiento de alguno de los padres, o de ausencia de uno de los progenitores por dada razón; mientras la variable del “funcionamiento familiar” fue operacionalizada como compuesta por: condiciones de apoyo-


emocional parental, violencia conyugal y/o la presencia de distrés psicológico en los progenitores. El análisis de los datos arrojó que:





- ⊗ la ruptura familiar parece tener un influjo más intenso sobre los trastornos de externalización y las conductas adictivas en los adolescentes
- ⊗ el tipo de funcionamiento familiar, despliega un papel de moderador o mediador más relevante (cuando la familia experimenta su rompimiento) para los trastornos de internalización
- ⊗ pertenecer a una familia uniparental está ligado a un menor nivel de apoyo emocional, paterno o materno, así como a distrés psicológico en los progenitores
- ⊗ los conflictos conyugales afectan la eficacia de las prácticas parentales, y con ello el ajuste emocional de los menores
- ⊗ atestiguar violencia entre los padres se correlaciona fuertemente con la presencia de trastornos de internalización en los hijos


Los cambios socioculturales y de la estructura y dinámica familiar, y la influencia desfavorable que esto realiza sobre el desarrollo del niño, son también subrayados por Ginsburg (2007), quien describe como factores claves en la actualidad los siguientes:



 Las familias se caracterizan más a menudo por ser uniparentales, con dos padres que trabajan fuera del hogar, y/o con menor participación de miembros de otras generaciones que asuman las tareas de cuidado de los niños. Esto conduce a una disminuida disponibilidad de supervisión y guía adulta para los menores a lo largo del día, e impulsa a la búsqueda de agencias ajenas al sistema familiar que se encarguen de los niños o a actividades académico-culturales que ocupen el tiempo posterior al horario escolar, evitando que los pequeños deban ser dejados en absoluta carencia de monitoreo parental.

 La Promoción sociocultural y económica de creencias de que la parentalidad exitosa exige preparar al hijo para un futuro altamente competitivo, equiparando esa preparación únicamente a la formación escolástica y aptitudinal; lo que incide en que el tiempo que resta posterior a la escolarización formal, los niños y los padres se enfoquen en la consecución de un concepto de aprovechamiento del tiempo que deja mínimo o nulo espacio al intercambio socioemocional paterno-filial, a la actividad física y al juego libres. De tal manera, los menores se ven restringidos respecto a las experiencias que realmente les permiten consolidar: un sentimiento de seguridad básico y de autoeficacia, un sistema de estrategias para el manejo del estrés, habilidades de empatía y de intercambio social, y otras capacidades (no academicistas) que constituyen la resiliencia.

 La expansión de la tecnología a cada ámbito de la vida humana, incluyendo el entretenimiento de los niños, ha provocado una actitud pasiva en los mismos y ha empobrecido el aprendizaje de un repertorio sano y adaptativo de habilidades sociales.

 La inseguridad social, con la exacerbación en los índices de violencia, ha reducido el espacio geográfico en que los niños pueden interactuar con otras personas y aprender de este intercambio.

De manera interesante, Ginsburg (2007) explica cómo esta reducción del tiempo-esfuerzo familiar y social orientado al crecimiento emocional de los niños, se ve representado en el notorio descenso del tiempo de juego libre o desestructurado que los niños han venido experimentando en años recientes; de nuevo a causa de un estilo de vida apresurado, individualista y materialista; y de la carencia de compañeros y espacio para realizar la actividad lúdica.

El investigador acota que el juego estimula la creatividad, promueve destrezas cognitivas y físicas, enseña habilidades sociales, entrena en la toma de decisiones y resolución de problemas, y cuando se desarrolla en díada padres-hijos, favorece el fortalecimiento del vínculo afectivo. Claro está, se debe reconocer que la estimulación cultural y académica es esencial para el desarrollo de los niños; pero para algunos de estos un patrón de vida centrado en ella puede tornarse en fuente de estrés y de ansiedad, y al coartar la adquisición de habilidades individuales y afectar la calidad de la parentalidad que los padres proveen, exagera la vulnerabilidad a numerosas patologías, en particular la depresión.

## **E. Evaluación Psicológica de los Niños**

### **E.1. LA EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN INFANTIL**

La evaluación psicológica se refiere a la actividad diseñada para promover el proceso de recopilar información, construir hipótesis y elaborar razonamientos explicativos sobre las características conductuales, emocionales y sociales de una persona; ello puede llevarse a cabo mediante entrevistas, pruebas estandarizadas de diversa índole, la observación directa, la revisión de expedientes, evaluaciones previas y otras fuentes de datos (Sattler y Hoge, 2006).

Según Cuevas y Teva (2004), la evaluación clínica de niños tiene como requisito prestar atención no sólo a las características multidimensionales y multicausales del cuadro psicopatológico o constructo que se pretende medir, sino también a las características del individuo en examen, en otras palabras, debe ajustarse al momento evolutivo. El objetivo es comprender al niño portador del trastorno o déficit, formular estrategias eficaces de tratamiento y responder a las necesidades específicas del menor, (o patología cuando se haga referencia a valoraciones con fines de investigación).

En el caso de la depresión pediátrica, se suman una serie de dificultades en el proceso evaluativo de esta entidad diagnóstica, las que requieren ser tomadas en cuenta al diseñar una investigación o elaborar un psicodiagnóstico:



- ✿ Este cuadro psicopatológico posee dimensiones cognitivas y afectivas de fuerte relevancia diagnóstica, con la posibilidad de que el niño no logre reconocerlas en sí mismo, o en todo caso verbalizarlas, a raíz de su etapa evolutiva.
- ✿ Las características de los desórdenes depresivos infantiles reclaman el uso de fuentes de información alternas al niño, como los padres, docentes, y otros; quienes se ha comprobado difieren en sus reportes, tanto al compararlos con la autopercepción del menor como con la descripción que cada informante ofrece; ya que cada uno pone el acento en variables distintas del trastorno y del niño. En este sentido, Cole y Martin (2006) recabaron datos que denotan que los niños tienden a auto-reportar las características situacionales de la depresión, es decir, su estado anímico actual y circunstancias inmediatas; en discrepancia con el enfoque más caracterológico de los progenitores y adultos, que subrayan una imagen más estable, general y externa (conducta observable) del niño.
- ✿ Existe una marcada variabilidad en los planteamientos teóricos que cimientan las explicaciones etiológicas y los criterios diagnósticos utilizados para detectar y evaluar al niño deprimido y/o con problemas de autoestima/autoconcepto, lo que obstaculiza la comparabilidad de los resultados de las investigaciones, con el potencial de ocasionar falsos positivos y negativos en el dictamen y tratamiento de depresión infantil.
- ✿ De especial influencia en nuestro país, está el hecho de la extremadamente limitada cantidad de pruebas psicológicas adaptadas o validadas con muestras costarricenses, lo que incorpora elementos que igualmente pueden sesgar los resultados de las evaluaciones.

En todo caso, las técnicas de evaluación disponibles en la actualidad para el trabajo con niños que experimentan depresión, son las siguientes (Cuevas y Teba, 2004; Méndez, 2002):



- ✍ **Entrevista:** con el niño, los padres y maestros; de diversos niveles de estructuración y especificidad.
- ✍ **Observación directa y autoobservación:** se fundamenta en el hecho de que parte de los síntomas depresivos en los niños toman la forma de conductas manifiestas, por lo que es factible realizar observaciones de los mismos por parte de personas distintas y por parte del niño; por ejemplo, puede generarse información relativa a la actividad motora, social y alimentaria del pequeño. Esta estrategia evaluativa exige el entrenamiento de las personas que efectuarán la

observación, con el objeto de recabar datos objetivos y válidos, lo que implica más tiempo y costos económicos.

✍ **Autoregistros:** se recurre a esta técnica primordialmente en la fase de tratamiento propiamente dicha, en la medida que facilita la valoración de los cambios provocados por la intervención.

✍ **Procedimientos psicofisiológicos y bioquímicos:** generalmente esta clase de evaluación es complementaria con otras técnicas, siendo con frecuencia utilizada en la investigación de los factores biológicos que se sospecha implicados en la etiología de la depresión. En el caso de los niños, principalmente se busca determinar el papel de la hormona de crecimiento y se han usado registros electrofisiológicos para examinar el patrón de sueño y sus trastornos.

✍ **Autoinformes:** también llamados cuestionarios, inventarios y escalas, constituyen instrumentos que evalúan fundamentalmente la *presencia y gravedad* de los síntomas depresivos, y que aunque funcionan como fuentes de información valiosa (con la ventaja única de proveer de datos sobre aspectos no observables por otros, como los pensamientos), son sólo una parte del proceso más amplio de diagnóstico, integrándose con otros métodos.

Dada su relevancia para el presente proyecto investigativo, cabe detallar que el empleo válido de los autoinformes requiere supervisar que el grado de complejidad del mismo coincida con el nivel de desarrollo cognitivo, la habilidad lectora y la aptitud lingüística del niño; razón por la cual la mayoría de cuestionarios, inventarios o escalas son construidos para ser utilizados en la valoración de poblaciones mayores de 8 años; de forma que si es necesario aplicarlo a una población de menor edad se recomienda leer los ítems a los pequeños, evitando así respuestas erróneas debidas a restricciones cognitivas o lectoras, que alteren el resultado del instrumento.

En la actualidad es factible encontrar numerosos auto-informes cuyo propósito es evaluar la depresión infantil, entre los más comunes están: el Inventario de Depresión para Niños (IDN) de Kovacs, 1979, que es la más usada y foco de esta investigación; la Escala de Depresión de Niños (CDS) de Tisher y Lang, 1987; la Escala de Autoevaluación de Depresión (DSRS) de Birlson, 1981; la Escala de Depresión Infantil de Reynolds (RCDS) de Reynolds, 1989; y la Escala de Sintomatología Depresiva para el Maestro (ESDM) de Doménech, Montreal y Ezpeleta, 1985.

Cuevas y Teva (2004) recomiendan que la evaluación de la sintomatología depresiva en los niños mediante inventarios, debe complementarse con otros auto-informes que valoren los constructos que se ha descubierto que están correlacionados con dicho cuadro clínico, tales como el autoconcepto, las habilidades sociales, las distorsiones cognitivas y estilos atribucionales, y el grado de desesperanza, último que ha mostrado ser un correlato consistente de los síntomas depresivos en los niños.

Entre los auto-informes disponibles para examinar estos constructos pueden mencionarse: el Inventario de Autoestima de Coopersmith (SEI) de Coopersmith, 1981; la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) de Rosenberg, 1965; la Escala de Autoconcepto para Niños de Piers-Harris (PHCSCS) de Piers y Harris, 1984; la Escala de Desesperanza para Niños (HSC) de Kazdin, Rodgers y Colbus, 1986; el Cuestionario de Estilo Atribucional para Niños (CASQ) de Seligman et al, 1984; el Cuestionario de Sesgos Cognitivos para Niños (CBQ-C) de Haley, Fine, Marriage, Moretti y Freeman, 1985; y la Escala de Locus de Control para Niños (I-ESC) de Nowicki y Strickland, 1973.

Kamphaus y Frick (2000), añan que un elemento esencial en la evaluación de la depresión infantil son los efectos del problema sobre el funcionamiento del menor en los distintos ambientes en que típicamente se desenvuelve; de ahí la urgencia de incluir instrumentos que exploren este ámbito. Basta recordar que uno de los criterios para demarcar la presencia de un cuadro de carácter patológico o de una manifestación normal en el crecimiento, es el cambio radical que se genere en la conducta del niño y el grado de disfunción que le provoque.

## **E.2. EVALUACIÓN DEL AUTOCONCEPTO Y LA AUTOESTIMA**

En este apartado, cabe anotar que tanto las *dificultades* como los *tipos* de técnicas utilizadas para valorar el autoconcepto y la autoestima de los niños son análogas a aquellas que se enfrentan y con las que se cuenta al evaluar la depresión. Sin embargo, Davis-Kean y Sandler (2001), destacan algunos elementos específicos del examen de estos constructos.

- ✿ En primer lugar, los autores subrayan que la confiabilidad de la medición de la autoestima y el autoconcepto aumenta con la EDAD de los niños; y que la confiabilidad interna del instrumento se incrementa simultáneamente que se incrementan el número de ítems en el mismo, en estrecha correlación con la edad de la población, es decir, a menos edad se recomienda más cantidad de ítems.
- ✿ El cuestionamiento del carácter evolutivo de estos dos constructos multidimensionales se plantea en las investigaciones como un elemento significativo que puede generar problemas, en cuanto el nivel de desarrollo cognitivo, del lenguaje y por ende la edad del niño parecen incidir en la capacidad para autoevaluarse; si bien persiste una carencia de claridad acerca de si los niños, específicamente los más pequeños, tienen dificultades respondiendo preguntas relativas al Sí Mismo por razones evolutivas (no tienen esta noción desarrollada) o por motivos lingüísticos (no entienden el lenguaje).
- ✿ El uso de cuestionarios favorece también la fiabilidad de los datos obtenidos, en comparación con la que proporcionan métodos que incluyen imágenes u otros dispositivos.

- ✿ La confiabilidad de la medida de autoestima y autoconcepto en niños también parece influenciada por el lugar en que se realiza la evaluación, detectándose una elevación de la confiabilidad cuando los instrumentos se responden en los planteles escolares.
- ✿ Por último, Davis-Kean y Sandler (2001) concluyeron de su estudio que las evaluaciones de estos dos constructos debe abarcar la multidimensionalidad de los mismos.

### E.3. EVALUACIÓN DEL AMBIENTE FAMILIAR

De acuerdo con Espinosa (1995), no se ha alcanzado un consenso en lo que corresponde a la metodología específica para evaluar el ambiente familiar, distintos autores dan énfasis a diferentes aspectos, y en realidad cada investigador o profesional confrontado con la necesidad de valorar un contexto familiar, diseña una estrategia que responda a las particularidades del caso y que sea coherente con su perspectiva teórica. Ante este panorama, el autor sugiere efectuar una evaluación global mediante técnicas diversas, para detectar los posibles problemas y entonces seleccionar métodos más específicos que se guíen por las hipótesis que la información inicial recopilada permite elaborar.

De manera sucinta, las técnicas para la evaluación del ambiente familiar, siguiendo a Espinosa (1995) son:



- ✿ Observación directa.
- ✿ Técnicas objetivas para examinar factores físicos, incluye los sonómetros y los termómetros, por ejemplo.
- ✿ Auto-informes y entrevistas
- ✿ Técnicas proyectivas
- ✿ Instrumentos de evaluación en contextos familiares: entre los más empleados se enlistan la Observación del Hogar para la Medición del Ambiente (HOME) de Cadwell y Bradley, 1984; y la Escala de Ambiente Social familiar (FES), de Moos y Moos, 1981.

Ahora bien, en referencia a las áreas a evaluar, Fernández-Ballesteros (1987, citado por Espinosa, 1995) propone cinco categorías de variables importantes en el contexto familiar: **1.** las variables físicas (localización geográfica de la vivienda, clima, espacio, ruido, contaminación, aspectos estéticos, menaje del hogar, etc.); **2.** las variables organizativas (normas explícitas o implícitas); **3.** las variables sociodemográficas (características de los miembros); **4.** las variables psicosociales (naturaleza de las relaciones interpersonales entre los miembros, el clima familiar percibido); y **5.** las variables conductuales (la actividad motora, cognitiva o fisiológica de los miembros).

En continuidad con lo anterior, Kamphaus y Frick (2000) denotan que una evaluación del contexto familiar involucra un estudio exhaustivo de:



- ✿ Los estilos y prácticas parentales.
- ✿ Los niveles de discordia marital y divorcio.
- ✿ El grado de ajuste psicosocial de los padres

Asimismo, numerosos investigadores (Gottfried y Gottfried, 1984; Plomin y DeFries, 1985; Plomin, DeFries y Fulkner, 1988; citados por Espinosa, 1995) consignan que una evaluación completa del ambiente familiar del niño en estudio, requiere indagar acerca de: el nivel educativo, inteligencia y personalidad de los padres (que como se ha señalado en otros puntos de este trabajo tienen influjo radical sobre las funciones de parentalidad); el estatus socioeconómico del núcleo (reflejada en la ocupación, educación, ingresos monetarios u estado marital de los progenitores); y lo que titulan “el estatus familiar”, entendido como el tipo de familia.

Es menester aclarar que para Espinosa, el tipo de familia hace referencia a cuatro clases de sistemas familiares según su composición de miembros y naturaleza del lazo entre ellos (sanguíneo o afectivo). Son éstos: las **familias adoptivas** que incluyen padres e hijos adoptivos sin hijos biológicos; las **familias mixtas** que abarcan padres e hijos adoptivos más hijos biológicos; las **familias normativas** que representan a padres e hijos biológicos; y las **familias artificiales** que igual que los hogares sustitutos están conformadas por adultos que ejercen el rol de padre y madre sin ninguna relación marital, formal o informal, entre sí.

La relevancia del análisis del ambiente familiar está contenida en el hecho de que la influencia ambiental, en interacción con la genética, es el elemento primordial en el desarrollo del niño; siendo específicamente el ambiente familiar el que tiene mayor incidencia en esta etapa del ciclo vital, declinando en importancia conforme el individuo crece. Espinosa (1995) resalta que en las mediciones del contexto familiar es fundamental incorporar aquellas que no sólo valúan el “ambiente familiar compartido” (las variables ambientales que hace que los miembros de una familia sean similares entre sí) sino también del “ambiente familiar no compartido” (variables ambientales que marca las diferencias entre los miembros del núcleo), que en el caso de los niños implicaría medir cómo éstos experimentan subjetivamente el contexto familiar en que viven y sus reacciones a ello; de central valor en cuanto a la comprensión de la depresión y de otros cuadros psicopatológicos en el periodo pediátrico.

## **F. El Inventario de Depresión para Niños (IDN)**

El Inventario de Depresión para Niños, es un cuestionario de auto-informe elaborado por María Kovacs, en co-autoría con Aaron Beck para su primera versión de 1977. La investigadora buscó construir un instrumento que evaluara la depresión en los niños y que se basara en la teoría cognitiva de Beck sobre la etiología de ese trastorno. De hecho, Kovacs parte del Beck Depression Inventory (BDI) para crear el IDN, en tanto desde la perspectiva de

la autora existe alta similitud de sintomatología entre los cuadros depresivos de la población infantil y la adulta (Gándara y Carrasco, 2004).

Parte de la motivación de Kovacs para la construcción del IDN, provino del marcado valor clínico que ésta le atribuye a los cuestionarios de auto-informe, al considerarlos útiles como herramientas descriptivas de los aspectos principales e intensidad de los trastornos, y como instrumentos eficaces para la evaluación de los resultados de los tratamientos aplicados, contando asimismo con facilidad de administración, calificación y gran economía de recursos (Lutz, 1992).

De esta manera, Kovacs llevó a cabo una adaptación de la escala adulta del BDI, para lo cual primeramente eliminó el ítem de contenido sexual, e incorporó elementos coherentes con las áreas de funcionamiento infantil, son éstas: el entorno escolar, las relaciones interpersonales con el grupo de coetáneos, y el rendimiento académico. Posteriormente la autora añadió ítems referentes a problemas de conducta, y continuó efectuando diversas modificaciones en las numerosas versiones experimentales que precedieron a la publicación de la primera versión oficial en 1992. Para esta última versión, se destaca que Kovacs obtuvo una consistencia interna, para una muestra normal, de  $r = .86$ .

El IDN está constituido actualmente por 27 ítems que miden síntomas cognitivos, afectivos y conductuales de la depresión en niños y adolescentes entre los 7 a 17 años; y desde su construcción original, la autora lo diseñó para discriminar el *grado o intensidad* de la sintomatología depresiva experimentada por el niño. Precisamente, cada ítem contiene tres afirmaciones graduadas en orden de severidad, que el niño puntúa de cero a dos seleccionando la opción que mejor describa el estado personal en el área interrogada durante las últimas dos semanas; con un puntaje total posible que oscila de 0 a 54.

Se cuenta con tres versiones del IDN, la versión final de 27 ítems de autoreporte; la versión para padres o CDI-P (por sus siglas en inglés, consistente en los 27 ítems originales con cambios en la redacción de manera que los progenitores responden describiendo a sus hijos) y la versión abreviada CDI-S reducida a 10 ítems (Cole y Martin, 2005). Cabe decir que en nuestro país no se dispone de ejemplares de las dos últimas versiones.

La estandarización de la prueba para los Estados Unidos se llevó a cabo con una muestra de 1 266 estudiantes de centros educativos públicos de la Florida, 592 varones y 674 mujeres, con edades entre los 7 y 17 años para 1980; de esta población un 77% eran euroamericanos, mientras el 23% restante lo conformaron afroamericanos, nativos americanos e hispanos (Sattler y Hoge, 2006). En este proceso de estandarización, Kovacs agregó 134 niños deprimidos vistos clínicamente *a lo largo* de un periodo de nueve años. Los análisis de consistencia interna del IDN para dicha muestra arrojaron coeficientes de  $.71$  a  $.89$  y coeficientes test-retest que oscilaron de  $.74$  a  $.83$  con un intervalo de 2-3 semanas, para las cinco subescalas obtenidas: Ánimo negativo, Dificultades interpersonales, Autoestima negativa, Ineficacia y Anhedonia.

Más recientemente, en su adaptación española, el IDN se aplicó a una muestra de 7 759 niños y adolescentes entre los 7 y 15 años de edad; de estos, 3 723 (48%) eran mujeres y 4 031 (52%) eran varones; obteniéndose un alfa de Cronbach de .80 para la escala total, así como de .75 y de .66 para los dos factores resultantes del análisis efectuado por Gándara y Carrasco (2004). En este sentido, cabe anotar que los autores desarrollaron un análisis factorial exploratorio, utilizando el método de extracción de componentes principales y la rotación oblicua Promax.

A partir de este estudio, Gándara y Carrasco concluyen que el instrumento proporciona información sobre el nivel de depresión total del niño y sobre dos escalas específicas: Disforia y Autoestima negativa; cuya baremación se lleva a cabo en puntuaciones percentilares, típicas, z y T para tres rangos de edad: 7-8, 9-10 y 11-15 años. En congruencia con los planteamientos de Kovacs, los autores señalan que la patología o normalidad del puntaje obtenido por el niño está en función del punto de corte que define la sensibilidad y especificidad de la prueba, siendo el más utilizado a nivel internacional, el sugerido por Kovacs y el establecido en esta adaptación: el de 19 puntos, correspondiente a un valor centil de 90, indicativo de la presencia de sintomatología depresiva; reservándose el percentil 96 para un grado severo de síntomas.

En continuidad, cabe consignar que para Kovacs (1992, citada por Timbremont, Braet y Dreessen, 2004) es recomendable hacer una modificación en el puntaje de corte dependiendo de las características de la población en que se hace uso del IDN, de forma que con propósito de minimizar los falsos negativos, la autora sugiere colocar el corte en 13 puntos cuando se trabaja con jóvenes de muestras clínicas; y para reducir la posibilidad de falsos positivos en muestras no-clínicas, ubicar el puntaje de corte en 19.

Ahora bien, una investigación más reciente de Matthey y Pretovski (2002) ha reportado hallazgos relevantes respecto a la eficacia de los puntos de corte del IDN propuestos por Kovacs; lo que pone en debate la utilidad de la escala como instrumento de tamizaje. En efecto, Matthey y Pretovski cuestionan: la presencia de fallos en los procedimientos estadísticos utilizados para fijar el porcentaje base de depresión en la muestra de estandarización, el uso de este porcentaje base como el criterio contra el cual es calculado el puntaje de corte, y por ende el valor de los puntajes de corte que emergen de este proceso; además los autores consideran que la disminuida validez discriminante que el IDN ha demostrado desde su construcción guarda relación con este fallo.

Ciertamente, Matthey y Pretovski (2002) llevaron a cabo una revisión de los análisis estadísticos efectuados por Kovacs al elaborar los puntos de corte del IDN. Los autores explican que los porcentajes base, entendidos como la prevalencia de una condición en la población en estudio, son calculados examinando muestras representativas de dicha población; de modo que aunque la muestra de 1 400 niños que Kovacs utilizó cumple con esos criterios, los 134 niños *deprimidos* que participaron en el estudio *no formaron parte* del procedimiento original de muestreo, sino que constituyeron una colección de casos vistos clínicamente a lo largo de 9 años. Matthey y Pretovski denotan que la autora ejecutó la evaluación de los criterios diagnósticos para sintomatología depresiva solamente en estos

134 menores, no en la muestra total de 1400 niños y por ende el porcentaje base de depresión para estos 1400 niños es desconocido y no correspondería al 9.57% determinado en los datos psicométricos del estudio original (que pertenece solamente a los 134 niños identificados como deprimidos).

En seguimiento con lo anterior, Matthey y Pretovski resaltan que Kovacs reportó haber calculado los puntajes de corte a partir de los porcentajes base encontrados, lo cual es un método inusual y débil para determinar este tipo de puntaje; sin obviar que de acuerdo a lo descrito en el párrafo previo esos porcentajes base constituyen un punto de partida potencialmente sesgado para elaborar dichos análisis. De forma que, si en una población no clínica se aplicara el puntaje de corte de 19 sugerido por Kovacs para detectar a los niños que posiblemente porten síntomas depresivos, se perdería un 85.8% de los menores realmente deprimidos; mientras que en una población clínica, el puntaje de corte de 13 pasaría por alto un 59.7% de niños deprimidos.

En concreto, los autores destacan que por su debilidad, numerosos constructores de tests no utilizan ya el método empleado por Kovacs para delimitar los puntajes de corte de sus pruebas, aplicando en su lugar el método denominado ROC ("Receiver-Operating Characteristics"), que permite hallar un balance entre registrar verdaderos positivos y minimizar falsos negativos, ofreciendo además los datos de especificidad, sensibilidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo y porcentaje de clasificación errónea; siendo necesario por lo tanto hacer uso del IDN con cautela como herramienta de tamizaje y llevar a cabo más estudios que valoren las propiedades psicométricas del inventario.

En este sentido, Sorensen et al (2005) y Gándara y Carrasco (2004) opinan que el IDN es una herramienta de *tamizaje o rastreo* de niños y adolescentes que experimentan *síntomas depresivos*; por lo que la detección de un puntaje elevado amerita *profundizar* la evaluación del menor, así como repetir el test en los siguientes 8 a 15 días para corroborar si los síntomas persisten, esto tomando en consideración que los niños tienden a reportar sus estados emocionales actuales, más que factores caracterológicos o estables.

De acuerdo con Erkolanti et al (2003) el IDN es un cuestionario eficiente, fácil de administrar y calificar; a la fecha representa el auto-informe más utilizado a nivel investigativo y clínico, con repetidos estudios que respaldan su validez y confiabilidad. Sin embargo ha recibido algunas críticas, entre ellas, la gradación de los ítems se ha cuestionado como de difícil comprensión para los niños menores de 8 años; y se le cuestiona una reducida especificidad, al menos en su versión española, asociada a que no integra un margen suficientemente amplio de conductas externalizantes, lo que le dificulta discriminar entre la depresión y otros trastornos (Gándara y Carrasco, 2004).

## **F.1. INVESTIGACIONES INTERNACIONALES CON EL IDN**

El IDN ha sido tomado como instrumento de medición de la depresión pediátrica en multitud de investigaciones, de igual manera que el cuestionario ha constituido en sí mismo

objeto de estudio con la finalidad de determinar sus cualidades psicométricas, o de elaborar adaptaciones a diversas latitudes. Cabe revisar a continuación algunos de los reportes relativos a la validez, confiabilidad y análisis factorial del Inventario de Depresión para Niños\*.

► Cabe iniciar con Timbremont, Braet y Dreessen (2004), quienes examinaron la utilidad del IDN en la predicción diagnóstica de un trastorno depresivo en una muestra de 80 niños y adolescentes entre los 8 y 18 años, utilizando como criterio externo la Entrevista Clínica Estructurada (SCID) del DSM-IV en su versión infantil (KID-SCID). Los autores aplicaron una regresión logística que indicó que el puntaje total del IDN era predictivo de un cuadro depresivo, aumentando su poder para clasificar correctamente a los jóvenes deprimidos versus los no deprimidos conforme las edades de los mismos aumentaban, lo que según los investigadores señalaba validez discriminante en el test.

En este sentido, Timbremont, Braet y Dreessen acotan que en su investigación, el IDN mostró asimismo validez discriminante en cuanto permitió separar a los trastornos depresivos de otros desórdenes, básicamente aquellos de tipo ansioso y de conducta disruptiva. No obstante, los autores alertan que los datos recabados deben interpretarse con precaución dado el reducido tamaño de las muestras tomados para su análisis, ya que los niños diagnosticados como *casos puros* portadores de trastornos ansiosos, depresivos o de conducta fueron escasos, teniendo la mayoría de sujetos una condición comórbida.

Es valioso apuntar que muchos teóricos han expuesto que los auto-informes de niños y adolescentes no son suficientemente sensibles en la diferenciación de las variadas clases de trastornos de internalización; debido posiblemente a limitaciones propias de la etapa evolutiva, esto es, a una aptitud no completamente desarrollada aún para hacer introspección y reconocer distintos matices dentro de la afectividad negativa. Esto ha conducido a algunos expertos a plantear la probabilidad de que el IDN evalúe afectividad negativa en general más que depresión. En concordancia, se suma que Lonigan, Hooe, David y Kistner (1999, citados por Timbremont, Braet y Dreessen, 2004) hallaron que la capacidad discriminativa del IDN estaba influida por la edad, de forma que hasta los 11 años era más difícil para la prueba distinguir entre ansiedad y depresión.

► En conexión con lo anterior, en el 2001, Stark y Laurent llevaron a cabo un estudio con una población no clínica de 750 niños estadounidenses; estudiantes de cuarto, quinto, sexto y séptimo grados; con edades entre los 10 y 13 años; con el objetivo de efectuar un análisis factorial exploratorio conjunto de los ítems del IDN y del RCMAS (Escala de Ansiedad manifiesta en Niños-Revisada), en tanto ambos instrumentos han manifestado una alta correlación en numerosas investigaciones (Ollendick et al, 1991; Crowley y Emerson, 1996; Cole et al, 1997; citados por Stark y Laurent, 2001), lo que cuestiona su validez discriminante.

---

\* Es menester consignar que en cuanto al análisis factorial del IDN, la literatura ha registrado desde un mínimo de dos factores, hasta ocho factores, dependiendo de las características de la muestra y otros criterios utilizados; siendo que la mayoría de investigadores aceptan la estructura factorial propuesta por Kovacs en 1992, compuesta por cinco factores, si bien se han hallado discrepancias en los cinco factores descubiertos por diversos estudiosos.

De tal manera, los autores indagaron las estructuras factoriales resultantes con el fin de identificar los ítems que medían únicamente depresión y ansiedad, y de determinar la magnitud en que los ítems se superponían, hipotetizando que dicha superposición podía deberse a que estos instrumentos evaluaban elementos comunes del constructo de la afectividad negativa. Para ello se condujo una factorización de ejes principales (PAF, por sus siglas en inglés) con rotación oblicua, sometiendo la matriz obtenida al procedimiento de transformación de Schmid-Leiman, que los autores consideran la técnica más recomendada para examinar características de ítems dentro de un análisis factorial.

De acuerdo con Stark y Laurent (2001), la información recabada constató una correlación sobresaliente entre el IDN y la RCMAS para la muestra en estudio, que correspondiente a .72 es coincidente con reportes de investigaciones previas; subrayándose además la presencia de una significativa superposición de ítems y de un notorio componente de afectividad negativa a lo largo de ambos instrumentos.

Con base en estos descubrimientos, los autores procedieron a eliminar los ítems superpuestos y de bajo peso factorial, lo que les facilitó la identificación de un factor único de depresión formado por nueve ítems del IDN original (cuyo contenido refleja fundamentalmente una visión negativa de sí mismo), y un factor único de ansiedad integrado por siete ítems del RCMAS (cuyo contenido representa preocupación y ansiedad). Stark y Laurent (2001) desarrollaron así también una validación preliminar de las dos escalas abreviadas, obteniendo coeficientes de consistencia interna aceptables (.78 para el IDN y .77 para el RCMAS).

Los hallazgos descritos acentúan lo expuesto por otros expertos acerca de la necesidad de revisar la validez discriminante del IDN, en concreto en cuanto a la capacidad del inventario de Kovacs para distinguir los síntomas depresivos de otros indicadores psicopatológicos, en particular aquellos vinculados a la afectividad negativa; planteándose nuevamente la inquietud de que no todos los ítems de la prueba evalúan depresión, y dado el impacto que este cuadro posee en términos de sufrimiento, cronicidad y costos socioeconómicos, el refinamiento del IDN constituye un valioso aporte.



En cuanto a la estructura factorial del IDN, temática de particular preeminencia para el presente proyecto, sobresale el estudio de Craighead et al, en 1998, que ejecutaron una investigación con 1 777 niños y 924 adolescentes estadounidenses, de población no clínica, con el objetivo de realizar el análisis factorial del cuestionario. La muestra estuvo compuesta por 1 251 varones y 1 450 mujeres, con escolaridad entre tercer y noveno grado, y con edades comprendidas entre los 8 y 17 años; quienes fueron evaluados mediante el IDN a lo largo de un periodo de tres años.

A partir de los datos recabados, Craighead y sus colaboradores optaron por llevar a cabo un análisis de factores separado para los niños (delimitados entre 8 a 12 años) y otro para los adolescentes (13 a 17 años), basados en la experiencia reportada por investigaciones previas que señalaban discrepancias significativas en la estructura factorial del IDN según el

grupo etéreo. Dicho análisis fue desarrollado por medio del denominado “análisis factorial de probabilidad máxima”, siendo que los factores obtenidos de esta manera fueron posteriormente sometidos a una rotación oblicua (promax), para tomar en cuenta la posibilidad de factores correlacionados.

Finalmente, se encontraron cinco factores estables y replicables de primer orden para la muestra infantil, que explican el 30% de la varianza total en los datos del IDN para los niños, y seis factores para la muestra adolescente, que en este caso explican el 34% de la varianza total.

Los cinco factores de la **muestra infantil** hallados por Craighead et al (1998) y los ítems con alto peso ( $> .30$ ) en cada uno se observan en la figura 4.

**Figura 4**

Estructura factorial de la muestra infantil del estudio de Craighead et al (1998)

- 👉 **Factor 1:** Externalización: abarca los ítems de conducta disruptiva, desobediencia, agresión y autoreproches.
- 👉 **Factor 2:** Disforia: incluye ítems referentes a afectividad negativa del tipo de tristeza, ataques de llantos, irritabilidad y sentimientos de soledad.
- 👉 **Factor 3:** Auto-desaprobación: engloba los ítems que reflejan un estilo cognitivo auto-despreciativo, odio hacia sí mismo, imagen corporal negativa y sentimientos de no ser amado.
- 👉 **Factor 4:** Problemas escolares: integra ítems que describen distintas dificultades académicas, pobre autoestima y trastornos del sueño.
- 👉 **Factor 5:** Problemas sociales: se refiere a los ítems que aluden a conductas de aislamiento social, falta de amistades, agresión, anhedonia y desagrado por la escuela.

Los factores de la **muestra adolescente** reúne los cinco mismos ítems del grupo prepuberal, únicamente que con preponderancia distinta, más un sexto factor exclusivo de este grupo, tal como se presentan en la figura 5.

**Figura 5**

Estructura factorial de la muestra adolescente del estudio de Craighead et al (1998)

- 👉 Factor 1: Disforia
- 👉 Factor 2: Problemas sociales
- 👉 Factor 3: Externalización
- 👉 Factor 4: Auto-desaprobación
- 👉 Factor 5: Problemas escolares
- 👉 Factor 6: Desregulación biológica: que incluye los ítems de alteraciones del sueño, pérdida del apetito y fatiga.

Los autores concluyen que los datos arrojados por sus análisis revelan que a diferencia de los adolescentes, los niños deprimidos *no* parecen experimentar una sintomatología somática, la cual emerge solamente conforme se arriba a la fase postpuberal; descubriéndose además una diferencia de género según la cual las mujeres adolescentes puntúan más alto en este sexto factor en comparación a los varones adolescentes.

Asimismo, en la muestra infantil, los varones lograron puntuaciones más elevadas en los factores de Externalización, Problemas escolares y Problemas sociales; mientras las mujeres recibieron puntuaciones mayores para Disforia y Auto-desaprobación. Interesantemente, para el grupo infantil, los componentes depresivos asociados al factor de Auto-desprecio incrementaron con la edad, y aquellos ligados a Problemas escolares más bien disminuyeron con la edad.

Los autores recogieron igualmente dos factores de segundo orden para ambos grupos etáreos, que señalan 2 grandes dimensiones en la depresión pediátrica: internalización y externalización; detectándose en general una intercorrelación entre los dos factores de segundo orden de .637 en la parte de la muestra compuesta por los niños; y una intercorrelación de .545 para la muestra adolescente.

Específicamente, en el IDN de la población infantil los factores de primer orden con alto peso en Internalización incluyeron: *disforia* (.89), *auto-desaprobación* (.78) y *problemas sociales* (.48); en tanto que los llamados *problemas escolares* (.97) y *externalización* (.55) lograron alto peso para Externalización como factor de segundo orden.

En el caso de la muestra adolescente, Craighead et al comunican haber conseguido resultados similares, con pesos altos para el factor de Internalización en: Disforia (.92), Auto-desaprobación (.89), Problemas sociales (.79), Desregulación biológica (.65), y Externalización (.44). Registrándose pesos altos en el factor de Externalización para: Problemas escolares (.99) y Externalización (.39).

Se destaca que a excepción del factor que resume síntomas de corte biológico, hallado solamente en la muestra adolescente; la estructura factorial de primer orden y de segundo orden del IDN es bastante semejante para los niños y los adolescentes.

Ahora bien, Craighead et al (1998) realizan un cuestionamiento importante, relativo a la estructura factorial de segundo orden del IDN, por cuanto desde su punto de vista, la depresión infantil y adulta se distinguen por tener un núcleo de síntomas de tipo internalizado, de forma que la dimensión de externalización no refleja realmente componentes depresivos sino de otros trastornos comórbidos, alertando sobre la incidencia de ello no sólo en el diagnóstico sino sobre la validez del puntaje total de la prueba. Es así que los autores explican que un alto puntaje total podría deberse más a variables externalizantes que a variables internalizantes, lo que no estrictamente sugeriría que el niño esté deprimido. En este contexto, los expertos sopesan que cuando el IDN se desarrolló, como versión infantil del BDI, se mantuvo fiel al punto de vista teórico vigente en la época, esto es: que en los menores con depresión mayor las conductas externalizantes



enmascaraban el síndrome, o bien que dichas conductas eran un aspecto inherente de los síndromes depresivos en esta etapa evolutiva.

Craighead et al denuncian que en las últimas décadas, se ha corroborado que la depresión en niños y adultos consta de un mismo núcleo de síntomas internalizantes, de forma que la población pediátrica que experimenta depresión cae en dos grupos: los que enfrentan una depresión pura y los que portan además de la depresión algún síndrome comórbido. Por lo tanto, para los autores, la inclusión de dos grandes factores de segundo orden en el IDN exige analizar los resultados en dos subescalas (externalización e internalización) más que como una puntuación total; e inclusive el puntaje de la dimensión internalizante requiere ser interpretada con precaución e información adicional, porque el IDN podría medir sintomatología de otras patologías cuya manifestación es internalizante también, por ejemplo, la ansiedad.

En otras palabras, los autores critican y alertan sobre la dificultad del instrumento para discriminar entre la depresión y otros trastornos en los niños. A lo que se añade que, de los 27 ítems que forman el test, sólo el 30-34% dan cuenta de los factores identificados, lo que apunta a que el IDN incluye ítems innecesarios.

► Los resultados del estudio de Craighead et al (1998) coinciden de manera bastante notable con aquellos de una investigación clásica previa, realizada por Bahr Weiss et al (1991), quienes igualmente evaluaron las posibles discrepancias en la estructura factorial del IDN según la etapa evolutiva; siendo que la principal diferencia en el diseño de ambos estudios radicó en que Weiss y sus colaboradores utilizaron una muestra *clínica* de niños y adolescentes. Concretamente, dicha muestra estuvo integrada por 515 niños entre los 8 y 12 años, y 515 adolescentes entre los 13 y 16 años, todos en control en instituciones de salud mental de diversos Estados de los Estados Unidos.

Los datos publicados por Weiss y su equipo comunican que en lo que corresponde a la consistencia interna del IDN, los coeficientes alfa de Cronbach fueron elevados para ambos grupos: .86 para los niños y .88 para los adolescentes. Mientras que en cuanto al análisis factorial, los dos grupos etáreos produjeron cinco factores de primer orden, de moderada-alta similitud; detectando de la misma manera un factor de segundo orden para los dos grupos, cuyos ítems cargaron distinto para los niños y para los adolescentes, con más peso sobre los ítems de tipo externalizante para los primeros e internalizante (vegetativo) para los segundos.

De manera pormenorizada, el cuadro 4 desglosa los factores y el peso respectivo en el factor de segundo orden en cada grupo hallados por los autores.

**Cuadro 4**  
Estructura factorial del estudio de Weiss et al (1991)

<b>Niños</b>	<b>Adolescentes</b>
1. <b>Afecto negativo</b> (tristeza y sentimientos de soledad), <b>con quejas somáticas</b> (.47)	1. <b>Afecto negativo</b> (tristeza, sentimientos de soledad e irritabilidad) (.77)
2. <b>Problemas externalizantes</b> (conducta agresiva y oposicionista) y <b>Autoimagen negativa</b> (sentimientos de culpa y autoreproche) (.63)	2. <b>Autoimagen negativa</b> (.69)
3. <b>Problemas escolares</b> (.52)	3. <b>Aislamiento social y anhedonia</b> (.69)
4. <b>Sentimientos de no ser amado</b> (por sí mismo y por otros) (.78)	4. <b>Problemas externalizantes</b> (autopercepción de ser desobediente y oposicionista) (.23)
5. <b>Afecto negativo</b> (irritabilidad, alteraciones del sueño) (.53)	5. <b>Problemas escolares</b> (.36)

Weiss y sus colaboradores concluyeron además que mientras hubo seis ítems del IDN relativamente no involucrados en el puntaje total de depresión en la muestra infantil, hubo solamente un ítem en esta condición para la muestra adolescente; lo que en general indica que si bien se registró una equivalencia general a través de los grupos de edad en cuanto al grado en que los ítems individuales del instrumento estuvieron implicados en los puntajes de depresión; parece que la depresión tal como es medida por el IDN es de alguna manera menos compleja sintomáticamente para los niños, es decir, menos ítems participan en el patrón factorial. Esta diferencia merece ser tomada en cuenta al realizar comparaciones entre grupos de etapas evolutivas distintas, ya que pueden verse involucrados ítems que poseen poca incidencia en el puntaje de depresión para un grupo etáreo o para otro.



En otras investigaciones, en el año 2005, Cole y Martin publicaron un artículo en que comunican sus hallazgos referentes a la estructura longitudinal del IDN, habiendo efectuado el estudio con el fin de indagar si la prueba valoraba la dimensión más situacional (estado) o la dimensión más estables (rasgo) de la depresión infantil; considerando también la relación de esto con el tipo de informante, se tratara de los padres, de los niños o de adolescentes como respondientes al cuestionario.

Los autores determinaron que cuando el niño contesta al IDN, el instrumento es más sensible a captar los aspectos situacionales y actuales del estado de afectivo del informante; mientras que cuando el IDN es completado por adolescentes o por los padres (describiendo

a sus hijos), el cuestionario refleja predominantemente los aspectos estables o caracterológicos ligados a la depresión.

Estos descubrimientos impulsaron a los investigadores a proponer que el IDN puede evaluar una dimensión estable y una dimensión inestable para la depresión; y que el grado en que el test manifiesta estas 2 dimensiones depende del nivel de desarrollo del individuo que lo contesta. En otras palabras, Cole y Martin hipotetizan que el predominio de la dimensión situacional en las respuestas de los niños puede reflejar: 1. que éstos tienden a enfocarse en sus circunstancias más inmediatas, y/o 2. que el carácter más inestable de la depresión en la niñez podría tener que ver con mayor capacidad de resiliencia en los pequeños. Ahora, el dominio de la dimensión estable en los adolescentes que responden al IDN, podría igualmente deberse a: 1. los cambios que conlleva el desarrollo neuropsicológico en esta fase evolutiva, que les permite acceder a conceptualizaciones complejas y generales del Sí mismo; y/o 2. la depresión por sí se torna más estable en la adolescencia.

Por último, la inclinación de los padres a presentar una imagen más estable de la condición afectiva de sus hijos mediante el IDN, es asociado por los autores a que existe un desconocimiento de estos respecto de los estados internos de los niños; propensión parental que también parece explicable perfectamente por medio de la “tendencia atribucional” de los seres humanos (concepto de Nisbett y Jones, 1972), que relata cómo las personas se inclinan a atribuir las acciones de los demás a rasgos estables y sus propias acciones a las circunstancias.

En todo caso, los resultados referidos comunican que los niños y los adultos difieren en sus reportes psicológicos, elemento de suma importancia a tener presente en el presente proyecto investigativo, asignándosele más confiabilidad a los informes de los niños en lo que a depresión se refiere (Lutz, 1992), en tanto este tipo de trastorno implica sentimientos y pensamientos de los que únicamente los niños pueden dar cuenta.

► La investigación referida anteriormente, guarda similitud con los resultados del estudio de Cole et al (2000), quienes encontraron que los reportes sobre aspectos psicopatológicos que emiten padres y niños difieren al centrarse en focos distintos; heterogeneidad que se puso de manifiesto en la estructura factorial de los IDN completados por padres o hijos.

Los autores evaluaron dos cohortes de niños de sexto grado, estudiantes de escuelas públicas, y sus padres. La primera cohorte fue examinada en 1993 y la segunda cohorte en 1996, cada una con dos evaluaciones anuales (en otoño y en primavera), y las comparaciones de ambas cohortes utilizando análisis de *t* tests para las variables continuas y de chi cuadrado para las variables categóricas demostraron que no existían diferencias significativas en ninguna característica demográfica (sexo, etnia, tamaño de la familia, nivel educativo de los padres, ingresos económicos del hogar). Los autores explican que el análisis factorial del auto-informe del niño y del reporte paterno de la sintomatología depresiva del menor reveló tres factores, en cada replicación efectuada.

En cuanto a los niños, su desenvolvimiento en la escala mostró una estructura factorial compuesta por:



1. un factor de autoestima social: que representaba soledad percibida, pobre auto-imagen y anhedonia
2. un factor de conducta oposicionista o disruptiva: que reflejaba conducta agresiva, carente motivación, culpa y mala conducta
3. un factor de disforia: que expresaba tristeza, irritabilidad y autodesprecio

Los coeficientes de congruencia para estos factores a través del tiempo fueron de .73, .73 y .66 respectivamente ( $p < .001$ ), lo que sugería que la estructura factorial era relativamente estable y replicable.

Por su parte, los padres construyeron con sus respuestas una estructura factorial que abarcaba:



1. un factor de autoestima social
2. factor de desempeño académico-conducta disruptiva
3. un factor de disforia-tristeza

Que de igual manera alcanzaron coeficientes de congruencia consigo mismos (.70, .78 y .73), a lo largo del tiempo, que manifestaban un nivel relativamente alto de estabilidad en la estructura factorial.

Para Cole y sus colaboradores, los factores de autoestima social y de disforia-tristeza descritos por los niños se corresponden en algún grado con sus contrapartes en la versión parental; pero los índices de congruencia entre el IDN infantil y el IDN parental estuvieron bajo el corte recomendado de .90, por lo que a pesar de su denominación homóloga su congruencia no es alta en realidad. En cuanto al factor de Conducta oposicionista o disruptiva del niño y su contraparte en la versión de los padres, estos también representan fenómenos disímiles, porque el factor del IDN de los niños se corresponde con comportamientos disruptivos y agresivos, en cambio el factor del IDN parental comunica primariamente los efectos de la depresión sobre la motivación y desempeño académico, y sólo secundariamente refleja los efectos del cuadro psicopatológico con la conducta problemática.

Se reitera entonces que los informes provenientes de los niños y de los padres manifiestan una baja correlación cuando se trata de evaluar los síntomas depresivos; esto no necesariamente implica que padres o niños constituyan pobres informantes, sino que cada uno expone una perspectiva distinta de un mismo fenómeno. Este fenómeno, llamado depresión en esta oportunidad, demuestra poseer una naturaleza multifactorial, por lo que la integración de los datos proporcionados por distintas fuentes al respecto puede generar una visión más completa y útil, en términos de comprensión y de diseño de tratamientos.

▶ Por otra parte, Sorensen et al (2005) efectuaron un estudio para examinar la validez y confiabilidad de la versión danesa del IDN en una muestra clínica de 149 niños, entre los 8 y 13 años de edad, y sus padres. Específicamente, los autores llevaron a cabo un diagnóstico previo a la aplicación del IDN, mediante el “Esquema para Niños de Desórdenes afectivos y Esquizofrenia-Versión Presente y Longitudinal (K-SADS-PL, por sus siglas en inglés), consistente en una entrevista semiestructurada diseñada para ser efectuada tanto a los padres como a los menores. A partir de esta entrevista, los autores asignaron la muestra de 149 niños a tres grupos: el “grupo depresivo” (con diagnóstico claro o probable de trastorno depresivo mayor), el “grupo en remisión” (con diagnóstico claro o probable de trastorno depresivo mayor en remisión parcial) y el “grupo no depresivo” (sin diagnóstico de un episodio depresivo mayor en los últimos dos meses).

Los investigadores comprobaron propiedades psicométricas significativas para el IDN, con una consistencia interna de .86 en el  $\alpha$  de Cronbach. Así también, detectaron que la habilidad del inventario de Kovacs para clasificar a los niños correctamente como portadores o no de depresión por contraste con el K-SADS-PL, fue moderada; con puntajes promedio del IDN en los tres grupos diagnósticos de: 18.7 en el grupo depresivo, 11.7 en el grupo en remisión, y 10.5 para el grupo no depresivo.

Sorensen et al subrayan que aunque el IDN posee valor de tamizaje, el hecho de que en su estudio algunos ítems puntuaron más alto en niños no deprimidos que en los pequeños que enfrentaban depresión, y a pesar de que este dato no es suficientemente significativo a nivel estadístico, sugiere que una revisión del inventario podría incrementar la eficiencia del mismo.

▶ En cuanto a la confiabilidad del IDN, también se encuentra el estudio de Davanzo et al (2004), diseñado específicamente con la finalidad de evaluar la confiabilidad de la traducción al español del inventario, denominada por los autores CDI-LA (por sus siglas en inglés), para su uso como herramienta de tamizaje en un primer nivel de atención en salud. Davanzo y sus colaboradores seleccionaron una muestra de 205 estudiantes hispanos de 8 a 15 años de edad, 106 mujeres y 99 varones; y emplearon los puntajes de corte y los cinco factores definidos por Kovacs en su estudio original.

Los resultados obtenidos apuntan a una significativa consistencia interna, similar a la referida por estudios con población de habla inglesa, que reportada por los autores por grupos de edad, se mostró como sigue: en el grupo de 8 a 10 años = .82 a .69; en el grupo de 11 a 12 años = .81 a .71; y en el grupo de 13 a 15 años = .88 a .81. Davanzo et al exponen que las estimaciones de confiabilidad por sexo exhibieron datos análogos y se observó una tendencia a incrementar la consistencia interna con la edad.

Interesantemente, considerando lo anotado en párrafos previos de este documento acerca del posible error en los puntajes de corte establecidos por Kovacs para el IDN, Davanzo et al (2004) comunican que casi la totalidad de los participantes que puntuaron por encima de 19 en el IDN (16 de 19 mujeres y cinco de siete varones), fueron sometidos a una entrevista

psiquiátrica, determinándose la presencia en ellos de un probable diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor. Esto reitera el debate sobre la validez, confiabilidad y utilidad clínica del Inventario de Depresión para Niños; claro está, los autores acentúan la importancia de recurrir al IDN como parte de un tamizaje psicológico, recomendando una segunda administración del mismo cuando el niño externa indicadores de depresión y una entrevista diagnóstica cuando el menor persiste en manifestar puntajes significativos en esta segunda aplicación.

▶ Para cerrar esta revisión de los antecedentes investigativos del IDN a nivel internacional, es valioso aludir a los datos publicados por Erkolahti et al (2003) que hacen referencia a la relación estrecha, aunque aún no de categoría causal, entre la depresión medida mediante el IDN y la autoestima empobrecida, evaluada a través de otro inventario denominado Offer Self-Image Questionnaire (OSIQ), con una muestra de adolescentes cuya edad promedio rondó los 14.5 años. Los investigadores comentan resultados que indican que a mayor elevación del puntaje de los adolescentes en el OSIQ (indicativo de una autoimagen positiva), menores fueron las puntuaciones en el IDN. Se agrega que las escalas del OSIQ que valoran los elementos relativos al tono emocional y a las relaciones interpersonales fueron los que alcanzaron una correlación más significativa con los síntomas depresivos; de manera que los autores concluyen que en general ambos instrumentos miden fenómenos interconectados.

## **F.2. EL IDN EN COSTA RICA**

Respecto a las investigaciones realizadas en nuestro país que involucran el uso del IDN, se encontraron los estudios de López (2003) y Arias y Astúa (2002), correspondientes ambos a trabajos de tesis enfocados en la construcción de programas de intervención terapéutica para la depresión infantil; los cuales hicieron uso del IDN como uno de los instrumentos de la fase de evaluación.

Por otro lado, en cuanto a las investigaciones dirigidas a evaluar propiamente las características psicométricas de la prueba en población costarricense, debe subrayarse el estudio efectuado por Grettel Lutz, en 1992, con el objetivo general de adaptar el IDN a Costa Rica; proporcionando además datos relevantes en cuanto a la confiabilidad y validez del test, e indagando la capacidad del mismo para discriminar entre depresión y otros trastornos de conducta.

La muestra de la investigación de Lutz consistió en 160 niños entre los 8 y 13 años, residentes en el Área Metropolitana de San José, distribuidos en cuatro grupos de 40 menores cada uno: un grupo experimental correspondiente a los niños diagnosticados como portadores de depresión, y tres grupos control compuestos por niños diagnosticados de trastornos de conducta, de trastornos por somatización y por niños normales.

Los hallazgos obtenidos por la autora señalan primeramente que no se registraron diferencias significativas en los resultados en el IDN, de la población en estudio, con respecto a las variables de edad y de género. Asimismo, Lutz refiere que de acuerdo a sus análisis, el instrumento en su adaptación a Costa Rica, cuenta con sólidas propiedades psicométricas, de modo que a nivel de la confiabilidad, el IDN mostró una aceptable consistencia interna al alcanzar un coeficiente alfa de Cronbach de .85, cuyo cálculo incluyó los 27 ítems del inventario.

Por otra parte, la autora comunica que en lo correspondiente al análisis factorial, éste fue efectuado mediante rotación oblicua de los componentes principales, seguida de un scree test de Catell, encontrándose que la estructura de tres factores alcanzaba una clara significación conceptual, de manera que cada ítem cargaba alto solamente en un factor. Estos tres factores, sus ítems respectivos y denominación por parte de la investigadora, se detallan en el cuadro 5.



**Cuadro 5**  
Estructura factorial de Lutz (1992)

Factor 1	Depresión	2, 4, 5, 7, 9, 10, 13, 16, 18, 21, 24
Factor 2	Entusiasmo	1, 3, 6, 8, 12, 15, 17, 19 (con cargas negativas)
Factor 3	Dificultades interpersonales	11, 14, 20, 22, 23, 25, 26, 27

Lutz expone que el primer factor explicó el 22% de la variancia, el segundo factor el 8.4% y el tercer factor el 6.6%; para un total de 37%; porcentaje que parece coincidente con lo reportado por los estudios internacionales acerca de que solamente una parte de los ítems del IDN captan y reflejan la sintomatología experimentada por el niño deprimido. Los coeficientes alfa de cada factor fueron .75 para depresión y entusiasmo, y .74 para dificultades interpersonales.

En continuidad con lo anterior, el examen de la validez discriminante del test, realizada con los ítems y con los puntajes factoriales obtenidos, corroboró nuevamente lo encontrado en otras latitudes, esto es, que el IDN denota capacidad para separar la población que presenta sintomatología depresiva de aquella libre de síntomas; sin embargo entre los grupos psicopatológicos del estudio de Lutz (depresión, trastornos de conducta y trastornos por somatización) este auto-informe no logró una diferenciación marcada, aunque la autora anota que se observó una leve tendencia de los sujetos depresivos a puntuar más alto que los otros dos trastornos. En efecto, Lutz detalla que solamente se observó una función discriminante canónica significativa, precisamente la que determinaba la diferencia entre el grupo normal y los 3 grupos restantes. En este sentido, la autora coincide con Kovacs al subrayar que la fortaleza del IDN se halla en la capacidad para determinar el grado de severidad del cuadro depresivo del niño, no habiéndose construido con propósitos de diagnóstico diferencial.

Es importante anotar, que Lutz concluyó que los niños deprimidos de la muestra de su investigación, alcanzaron un puntaje total promedio de 14.10, con una desviación estándar 7.98; en tanto los niños normales externaron un promedio de 4.18 y una desviación estándar de 1.50; lo que refleja la discrepancia notoria que el IDN detectó entre la población sintomática y la no sintomática.

Asimismo, Lutz rescata que su estudio permitió definir un conjunto de ítems que actúan como los “más críticos” respecto a su peso en los cuadros depresivos; estos ítems críticos se obtuvieron mediante un análisis discriminante para el total de ítems y las condiciones de normalidad depurada, depresión severa, trastornos de somatización y trastornos de conducta; siendo que la autora propone la posibilidad de que estos constituyan una “subescala” que auxilie al clínico en el diagnóstico. Son estos, seis ítems de carga alta en el factor 1 (4, 7, 9, 10, 13, 24), dos en el factor 2 (1,15) y cuatro de carga significativa en el factor 3 (20, 23, 25, 26).

La autora sugiere la realización de futuras investigaciones que repliquen los hallazgos, de particular relevancia para la validez de concepto, que ella considera es el aspecto “polémico” del test; reconociendo que el IDN es una herramienta prometedora como medida de auto-reporte, al poseer las características de ser “comprensible” para los niños, capaz de registrar síntomas depresivos, breve, de fácil aplicación, y útil para fines investigativos, clínicos y educativos.

El presente proyecto de investigación se propone contribuir al proceso de validación del Inventario de Depresión para Niños de Kovacs para la población costarricense, para ello se toma como base la adaptación efectuada por Lutz (1992) para nuestro país, en la medida que los resultados obtenidos por dicha investigación arrojaron datos que demuestran la confiabilidad de las modificaciones realizadas a la prueba para su aplicación a nuestro medio, simultáneamente que las edades de los sujetos participantes en la adaptación concuerdan con el rango de edad de la población en este proyecto.



### III PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El reconocimiento de la existencia de los síntomas depresivos en la niñez ha llevado a un incremento sustancial en el número de investigaciones a nivel mundial dirigidas a delimitar y explicar las características específicas de la depresión infantil, los factores etiológicos involucrados, y las estrategias de intervención más eficaces.

Los datos de prevalencia para la depresión prepuberal, que alcanza aproximadamente entre el 1 al 2% de la población de este grupo etáreo, en la actualidad; y el mayor entendimiento de las consecuencias adversas tan significativas que este cuadro diagnóstico conlleva para el niño que lo experimenta, aunado a las altas tasas de recurrencia y recaída del mismo; ha generado un estado de alarma en los profesionales de ciencias de la salud con respecto a la necesidad de desarrollar estrategias de detección temprana que permitan prevenir el trastorno o su agravamiento, aplicando medidas terapéuticas acertadas y a tiempo.

Un requisito para llevar a cabo dicho proceso interventivo es contar con métodos diagnósticos precisos, que en el caso de los niños y adolescentes, exige asimismo que los procedimientos e instrumentos a aplicar se cimienten en un enfoque evolutivo o desarrollista, es decir que integren la influencia específica que la edad y la etapa de crecimiento imprime al individuo. La utilidad de dichos instrumentos diagnósticos depende también de sus criterios de validez y confiabilidad, y de disponer de estudios que sustenten su empleo con la población específica, esto es, que hayan sido sometidos a análisis de adaptación, validación y estandarización.

En Costa Rica, la carencia de investigaciones orientadas a adaptar, validar y estandarizar pruebas psicológicas es marcada; condición que se extiende al ámbito concreto de los instrumentos de evaluación en psicopatología infantil, y por ende a la problemática de la depresión en la niñez; con reducido conocimiento también, actualizado y sistematizado, respecto a las características de este trastorno en la población pediátrica del país.

De acuerdo con Saborío (2005), una parte fundamental de la utilidad de una prueba psicológica radica en la estandarización de la misma a la población a que se pretende aplicar; de modo que: "La base sobre la cual puntajes individuales en las pruebas tienen significado se asocia directamente con la similitud entre el individuo que se está evaluando y la muestra de estandarización de la prueba". De tal forma que lo que se pretende lograr mediante un proceso de estandarización, es determinar la distribución de calificaciones brutas en el grupo definido como "norma", transformando estas puntuaciones brutas en calificaciones normalizadas.

Es así que, el interés por el bienestar integral de los niños; la convicción de que tanto la conformación de los cuadros de patología mental como la construcción de un Sí mismo fuerte y resiliente tiene lugar primordialmente en los años de la niñez; y con el propósito de aportar un esfuerzo que contrarreste la ausencia de estudios específicos para nuestro

contexto, referentes tanto a la caracterización de la depresión infantil como a la provisión de instrumentos diagnósticos válidos y confiables, es que se planteó el presente proyecto de investigación, cuyo problema a resolver consiste en determinar: ¿cuáles son los parámetros de validez y de confiabilidad del Inventario de Depresión para Niños (IDN), como herramienta de tamizaje, para la detección de indicadores de riesgo de depresión en niños costarricenses, entre los 7 a los 12 años de edad, de población escolarizada, no clínica?. Con el interés asimismo de averiguar si, en la muestra de población en estudio, los indicadores de riesgo de depresión medidos por el IDN constituyen un rasgo cuantitativo con una distribución normal.

En continuidad, los objetivos que este proyecto investigativo plantea son:

#### **OBJETIVO GENERAL:**

- Contribuir a los estudios de validez, de confiabilidad, y a la distribución de puntuaciones normalizadas del IDN mediante un reanálisis en una muestra de niños costarricenses entre los 7 y 12 años, escolarizados y de población no clínica.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Aportar nuevos análisis de validez y confiabilidad del IDN, como herramienta de tamizaje para la evaluación de los indicadores de riesgo de depresión, en niños costarricenses, escolarizados, de edades comprendidas entre los 7 y 12 años.
- Determinar si la depresión infantil, como estado o como rasgo, posee en la muestra de población en estudio características de continuidad, de forma que los niños cuyos resultados se alejan más de dos desviaciones estándar del promedio muestral en el IDN presentan indicadores de riesgo de depresión.
- Establecer la correlación existente entre el constructo de la depresión infantil con los constructos del autoconcepto y autoestima.
- Establecer la correlación existente entre el constructo de la depresión infantil y las características del ambiente familiar percibidas por el niño.
- Determinar la correlación existente entre el constructo de la depresión infantil y los eventos vitales adversos experimentados por el niño en los últimos 6 meses.

#### **OBJETIVO EXTERNO:**

- Analizar la capacidad de los niños de la muestra para auto-reportar, haciendo uso de instrumentos de papel y lápiz, sus sentimientos y pensamientos respecto de sí mismos, del ambiente familiar y de los eventos vitales enfrentados en los últimos meses; y a partir de los resultados obtenidos examinar la validez de los cuestionarios de auto-informe en la población pre-puberal.

## IV METODOLOGÍA

### A. TIPO DE ESTUDIO

La investigación realizada y sus objetivos se ajustan a lo que Hernández Sampieri et al (2003) describen como un estudio correlacional, consistente en la evaluación de la relación existente entre dos o más conceptos o variables; incorporando elementos también de un estudio descriptivo, cuyo propósito, según estos autores, es especificar las características y perfiles de grupos, comunidades o fenómenos sometidos a análisis.

Concretamente, se desarrolló un estudio cuantitativo, de tipo correlacional que permitiera medir, por medio de técnicas estadísticas:

- 1 Los parámetros de validez y confiabilidad del IDN para la población específica en análisis, conformada por niños entre los 7 y 12 años, escolarizados, de muestra no clínica.
- 2 Las características de continuidad de los indicadores de riesgo de estados o rasgos de depresión infantil medida por el IDN, y la distribución de las puntuaciones normalizadas para la muestra, lo que incluye las medias y las desviaciones estándar para los niños con indicadores de riesgo de depresión y para los niños dentro del rango normal.
- 3 El grado de relación que se establece, en la población foco de investigación, entre los indicadores que sugieren riesgo de depresión y las siguientes variables: autoconcepto y autoestima, ambiente familiar percibido por el niño, y eventos vitales adversos.

La utilidad de emplear este tipo de estudio es que produce información de carácter predictivo, que es coherente con el enfoque teórico que enmarca este proyecto, que pretende generar conocimiento y recursos técnicos que promuevan la prevención de la psicopatología en los niños, mediante el diagnóstico preciso y temprano, en este caso particular, de los rasgos o estados depresivos. Con el valor agregado de que permite explicar y por ende favorecer un avance en el entendimiento de un problema psicológico tan relevante en la actualidad, como la depresión infantil, en nuestros niños.

### B. PARTICIPANTES

El presente proyecto de investigación tomó como participantes a niños de ambos sexos, con edades entre los 7 y 12 años, provenientes de cuatro centros educativos localizados en la provincia de Heredia. De estas escuelas, tres son de carácter público y una corresponde al ámbito privado; y su selección, así como la de los niños específicos que se constituyeron en sujetos de investigación, se realizó mediante un muestreo a conveniencia.

De esta manera, posterior a contactar a los Directores y a los docentes de estas escuelas y una vez obtenida su autorización y anuencia de colaborar con el estudio, fueron enviadas 2 300 fórmulas de Consentimiento Informado para la investigación\* a los padres de familia o encargados de aquellos niños cuyo nivel escolar los ubicaba entre segundo y sexto grado. De ellos, 183 padres o encargados dieron su aprobación para incluir a los menores en la muestra de la población del proyecto, con quienes se efectuó la aplicación de los instrumentos, como se describirá en el apartado de procedimientos de este documento.

La distribución de los participantes válidos de la muestra según **sexo** se observa en el cuadro 6.

**Cuadro 6**  
Distribución de los participantes según sexo

<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Niños	78	44.6
Niñas	97	55.4
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100.0</b>

En cuanto a la distribución de los sujetos según **edad**, los análisis de frecuencias respectivos arrojaron los datos que se detallan en el cuadro 7, con una media de 9.84 años y una desviación estándar (D.E.) de 1.50 para la muestra total; una media de edad de 9.79 (D.E. 1.515) para los varones y una media de edad de 9.90 (D.E. 1.489) para las mujeres:

**Cuadro 7**  
Distribución de los sujetos según edad

<b>Edad</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
7	7	3.9
8	34	19.1
9	36	20.2
10	41	23.0
11	24	13.5
12	36	20.2
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100.0</b>

Con respecto a la distribución de los niños por **grados escolares**, se presenta a continuación, en el cuadro 8, la información referente a esta variable.

---

\* Se adjunta en los anexos.

**Cuadro 8**  
Distribución de los niños por **grados escolares**

<b>Grado escolar</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
2	47	26.4
3	32	18.0
4	44	24.7
5	17	9.6
6	38	21.3
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100.0</b>

Por último, el cuadro 9 expone la distribución de la muestra por **tipo de centro educativo**, esto es, si la escuela es pública o privada.

**Cuadro 9**  
Distribución de los participantes por tipo de centro educativo

<b>Tipo de escuela</b>	<b>N</b>	<b>% válido</b>
Pública	162	91.0
Privada	16	9.0
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100.0</b>

En resumen, la información contenida en los cuadros anteriores denota que la muestra estuvo conformada por porcentajes muy similares de niños por grupos de edad, con excepción del rango de los 7 y de los 11 años, compuestos por un número menor de participantes, con un 3.9% y un 13.5% respectivamente. Asimismo, en lo que tiene que ver con la variable de grado escolar, se observa que el quinto grado es el que cuenta con una proporción menor de niños, con un 9.6%; y en referencia a la distribución por tipo de escuela, se denota que la muestra de estudio estuvo constituida por una mayoría de niños que cursan educación en institución pública, para un 91%. Cabe consignar que las diferencias en la distribución para estas variables no alcanzaron significación estadística.

## **C. INSTRUMENTOS**

### **C.1. Cuestionario de Depresión Infantil (IDN)**

En el presente proyecto investigativo hizo uso de la adaptación del IDN efectuada por Lutz (1992) para una muestra no clínica de niños y niñas escolarizadas costarricense, por lo tanto

para medir la variable correspondiente a los *indicadores de riesgo de depresión infantil*, se empleó dicha adaptación, que aporta un puntaje total formado por la sumatoria de los 27 ítems del inventario siguiendo las instrucciones de puntuación original; y puntuaciones específicas, para las subescalas resultantes del análisis factorial, tres en el caso de Kovacs-Lutz (Depresión, Entusiasmo -con cargas negativas- y Dificultades en las relaciones interpersonales).

En nuestra muestra, con propósito de evaluar la validez de constructo del IDN, a los datos obtenidos se aplicó un análisis exploratorio de factores, utilizando el método de extracción de análisis de componentes principales y la rotación por Normalización Varimax. Este procedimiento estableció tres factores con cargas positivas para los 27 ítems constitutivos del inventario, cuyos ítems componentes y nombre se detalla en el cuadro 10.

**Cuadro 10**  
Estructura Factorial del IDN en la presente investigación

<b>Factor</b>	<b>Nombre</b>	<b>Ítems</b>
<b>Factor 1</b>	<b>Dificultades en las Relaciones Interpersonales</b>	once ítems componentes: 2, 4, 10, 11, 13, 18, 21, 22, 24, 26, 27
<b>Factor 2</b>	<b>Disforia</b>	siete ítems componentes: 1, 5, 6, 8, 12, 17, 20
<b>Factor 3</b>	<b>Problemas de Autoestima</b>	nueve ítems componentes: 3, 7, 9, 14, 15, 16, 19, 23, 25

En nuestro caso, el factor de mayor peso, en otras palabras el que se muestra más asociado a los indicadores de riesgo de depresión, es el concerniente a los conflictos en las relaciones interpersonales; seguido por el factor representativo del estado de ánimo disfórico, y por último el factor pertinente a los problemas con la autoestima; que en conjunto explican un 32.534% del total de la varianza del IDN.

Los pesos factoriales de los ítems que integran cada subescala y el porcentaje de varianza explicada por cada factor se muestran en el cuadro 11.

**Cuadro 11**  
Pesos factoriales de los ítems de cada subescala

Número de ítem*	Factores		
	1 Subescala de Relaciones Interpersonales	2 Subescala de Disforia	3 Subescala de Autoestima
13	.617		
27	.555		
10	.551		
11	.538		
2	.512		
21	.493		
4	.493		
24	.489		
26	.437		
18	.418		
22	.388		
1		.716	
8		.617	
17		.563	
5		.521	
12		.475	
6		.455	
20		.413	
7			.646
15			.564
14			.495
3			.488
16			.449
23			.418
19			.354
9			.349
25			.226
<b>% de Varianza explicada</b>	<b>12.253</b>	<b>10.532</b>	<b>9.749</b>
<b>Autovalores</b>	<b>5.014</b>	<b>2.077</b>	<b>1.694</b>

\* El enunciado correspondiente a cada ítem puede consultarse en el protocolo del IDN en los anexos.

En continuidad con lo anterior, como procedimiento para el cálculo de confiabilidad se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados. El coeficiente de consistencia interna para la escala total y cada una de las subescalas del IDN se muestra en el cuadro 12, que sigue.

**Cuadro 12**  
Coeficientes de consistencia interna para la Escala Total y cada Subescala

	IDN Escala total	Subescala de Relaciones Interpersonales	Subescala de Disforia	Subescala de Autoestima
N Válidos	154	167	171	167
Cronbach	.820	.738	.697	.649
Número de ítems	27	11	7	9
Media	10.08	4.33	1.95	3.95
Desviación estándar	6.206	3.294	2.080	2.682
Mínimo	0	0	0	0
Máximo	35	16	12	17
Rango	35	16	12	17

Por consiguiente, el procesamiento de los datos con objeto de examinar las propiedades psicométricas del IDN, concluye la presencia de cuatro variables para efectos del análisis de resultados: un puntaje para la escala total, un puntaje para la Subescala de Dificultades en las Relaciones Interpersonales, un puntaje para la Subescala de Disforia y un puntaje para la Subescala de Problemas de Autoestima.

## **C.2. Subescala de Felicidad y Satisfacción de la Escala de Evaluación de Autoconcepto para Niños de Piers-Harris**

Operacionalmente, el autoconcepto fue medido mediante la subescala de "*Felicidad y Satisfacción*" de la Escala de Evaluación de Autoconcepto para Niños de Piers-Harris, inventario que se destaca en la literatura como uno de los autoinformes de uso más amplio a nivel mundial, en la evaluación de este constructo en la población pediátrica entre los 8 y 18 años.

La Escala de Piers-Harris, construida por Ellen Piers y Dale Harris originalmente en 1969, fue revisada en 1984 y está compuesta por seis subescalas a las que los autores nombraron: Ajuste Conductual, Estatus intelectual y escolar, Apariencia y atributos físicos, Ausencia de Ansiedad, Popularidad, Felicidad y Satisfacción; reuniendo un total de 80 ítems, un



coeficiente de confiabilidad test-retest de 0.42 a 0.96, y una consistencia interna de .88 a .93 (Lozada et al, 2005). Al presente, los autores publicaron una segunda edición del instrumento, reducido a 60 ítems, si bien formada por las mismas seis subescalas, a las que se agregaron dos escalas de validez.

En 1992, la escala fue objeto de un estudio de adaptación y normalización para Chile por M.E. Gorostegui. La versión adaptada esta dirigida a niños en edad escolar correspondiente a tercero, cuarto, quinto y sexto grados de educación primaria, y ha sido utilizada en múltiples investigaciones en dicho país (Gorostegui y Dörr, 2005).

En Costa Rica, la adaptación chilena de la Escala de Piers-Harris cuenta con el antecedente de haber sido validada para nuestro país por el Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad de Costa Rica, y haber sido aplicada en estudios previos por la Dra. Isabel Vega, experta de este instituto, versión que se empleó en este proyecto. Asimismo en el territorio nacional, en las últimas dos décadas, esta escala cuenta con el precedente de Sánchez (1991), quien desarrolló una investigación con 14 jóvenes, entre los 10 y 19 años, y sus madres, dirigido a determinar el grado de correlación entre el concepto personal materno y el concepto personal de los hijos.

En el presente proyecto de investigación, con fines de llevar a cabo un análisis de validez concurrente, se seleccionó la subescala Felicidad y Satisfacción, que concretamente está compuesta por 11 ítems que se refieren a sentimientos de felicidad y de satisfacción con la vida. Esta selección respondió también a efectos de tamaño del instrumento y a su respectiva conveniencia para las características de la población en estudio, creándose un puntaje total para dicha subescala.

En el cuadro 13 se detallan los datos psicométricos obtenidos para la Subescala Felicidad y Satisfacción en la muestra de niños de nuestro estudio:

**Cuadro 13**  
Datos psicométricos de Subescala Felicidad y Satisfacción

		<b>Subescala de Felicidad y Satisfacción de Piers- Harris</b>
<b>N</b>	Válidos	163
	Cronbach	.687
<b>Número de ítems</b>		11
<b>Media</b>		9.50
<b>Desviación estándar</b>		1.776
<b>Mínimo</b>		4
<b>Máximo</b>		11
<b>Rango</b>		7

En el cuadro previo se advierte que la herramienta utilizada para valorar el autoconcepto logró un nivel significativo de confiabilidad, lo que legitima su utilización posterior en el análisis de validez concurrente del IDN.

### **C.3. Cuestionario de Eventos Vitales**

Desde un enfoque Vulnerabilidad-Estrés, en esta investigación los eventos vitales adversos se conceptualizaron como situaciones emergentes en la vida de los niños, que dentro de los 6 meses previos a la evaluación, se asociaron con un incremento del riesgo de generar afectividad de tipo negativo\* y estados de preocupación.

Operacionalmente, esta variable se evaluó por medio de un cuestionario breve de autoreporte, elaborado específicamente para dicho objetivo, denominado “Cuestionario EV” (se adjunta en los anexos), en el que se presentó a los sujetos un listado de 14 eventos, fuente de probable afectividad negativa y preocupación para la etapa evolutiva, solicitándoles marcar aquel o aquellos acontecimientos que les habían ocurrido en los últimos meses.

Este listado de eventos-fuente indagó diversidad de ámbitos del funcionamiento de los niños, incluyendo: el sistema familiar y social extenso, el grupo de coetáneos, el rendimiento escolar, la salud física, la pérdida de miembros significativos de la familia o entorno social (lo que implica a las mascotas), la condición económica, y una serie de cambios de la actividad y ambiente habitual de los niños, por ejemplo, traslados de residencia o de centro educativo.

De manera que, con la finalidad de practicar una serie de correlaciones entre el constructo de los *eventos vitales* y los indicadores de riesgo de depresión infantil examinados por el IDN, en el cuadro 14 se describen las frecuencias de los 14 eventos-fuente del Cuestionario EV, dispuestos por su frecuencia absoluta positiva en intensidad descendente para la muestra total.

---

\* La afectividad negativa puede ser entendida como una variedad de sentimientos que incluye enojo, tristeza, soledad, temor, culpa, ansiedad, entre otros (Stark y Laurent, 2001).

**Cuadro 14**  
Frecuencia de los eventos-fuente examinados por el Cuestionario EV

Variable Evento-fuente	Sí		No	
	Frecuencia Absoluta	%	Frecuencia Absoluta	%
• Te ha costado mucho ganar notas altas en los exámenes	106	59.9	71	40.1
• Vos te enfermaste mucho	78	44.1	99	55.9
• Uno de tus papás se enfermó	60	33.9	117	66.1
• Murió una persona que vos querías mucho	55	31.1	122	68.9
• En la escuela, otros niños se burlaban de vos o te pegaban	52	29.5	124	70.5
• Tu mascota se perdió, se enfermó o murió	52	29.4	125	70.6
• Los adultos de tu familia discutieron mucho	44	24.9	133	75.1
• Una persona que vos quieres mucho se marchó lejos	34	19.2	143	80.8
• En tu familia tuvieron muchos problemas económicos	30	16.9	147	83.1
• Tus papás se separaron	19	10.7	158	89.3
• Te cambiaron de escuela	19	10.7	158	89.3
• Nació un hermanito o hermanita	14	7.9	163	92.1
• Te fuiste a vivir a otro barrio o provincia	13	7.3	164	92.7
• Algún adulto intentó hacerte daño	5	2.8	172	97.2

Puede observarse que los eventos vitales potencialmente fuente de afectividad negativa y preocupación que experimentaron más a menudo los niños de nuestra muestra, según su autoreporte, apuntan en primer lugar a la variable de las dificultades en el área del rendimiento y competencia académica (59.9%); seguida por el padecimiento de enfermedades, ya fuera en la propia persona (44.1%) o en una figura parental (33.9%), y por las variables referentes a la pérdida de seres significativos (personas o mascotas, para un 31.1% y 29.4% respectivamente), a la exposición a maltrato verbal o físico por iguales (29.5%), y a la exposición a discordia familiar (24.9%).

Por otra parte, cabe reportar en este informe que para el Cuestionario EV se construyó asimismo un “Índice de Eventos Múltiples” que notifica, para *cada* sujeto, sobre la sumatoria de los acontecimientos fuente de potencial afectividad negativa y preocupación, en los

últimos meses. Para la muestra total se obtuvieron las frecuencias que se anotan en el cuadro 15.

**Cuadro 15**  
Índice de Eventos Múltiples

<b>N Válidos</b>	176
<b>Media</b>	3.30
<b>Desviación estándar</b>	2.118
<b>Mínimo</b>	0
<b>Máximo</b>	11
<b>Rango</b>	11

De igual manera, se investigó acerca de algunos de los sentimientos que los niños de la muestra experimentaron en conexión con los eventos-fuente listados. Las frecuencias derivadas para cada sentimiento interrogado se resumen en el cuadro 16, presentado a continuación, ordenados por su frecuencia absoluta positiva en intensidad descendente.

**Cuadro 16**  
Frecuencia de los sentimientos reportados por los niños  
como asociados a los eventos-fuente

<b>Sentimiento</b>	<b>Sí</b>		<b>No</b>	
	Frecuencia Absoluta	%	Frecuencia Absoluta	%
Triste	105	59.3	72	40.7
Feliz	81	45.8	96	54.2
Nervioso	68	38.4	109	61.6
Aburrido	54	30.5	123	69.5
Solo	46	26.0	131	74.0
Avergonzado	29	16.4	148	83.6
Enojado	25	14.1	152	85.9
Total de sentimientos encuestados	7			

De lo anterior, se distingue que el sentimiento que la mayoría de niños comunica haber vivenciado más frecuentemente en asociación con los eventos vitales enfrentados es la tristeza, para un 59.3%; de la misma forma que resalta que un 45.8% señaló haber sentido felicidad ante los acontecimientos, lo que conduce a la hipótesis explicativa de que esta parte de la población en estudio factiblemente le atribuyó un significado positivo a ciertos eventos, tales como el nacimiento de un hermano, al traslado de vecindario y/o de escuela.

Finalmente, mediante el uso del Cuestionario EV se exploró el estado actual del sujeto respecto del (los) evento-fuente (s), en términos de la presencia de preocupación y la intensidad de la misma. Los resultados del análisis de frecuencias para la muestra total de niños se compilan en los cuadros 17 y 18.

**Cuadro 17**

Frecuencia de preocupación asociada a los eventos-fuente

	<b>Sí</b>		<b>No</b>	
	Frecuencia Absoluta	%	Frecuencia Absoluta	%
<b>¿Todavía te preocupas por esos acontecimientos?</b>	97	56.4	75	43.6

**Cuadro 18**

Frecuencias de la intensidad de la preocupación asociada a los eventos-fuente

<b>¿Cuánto te preocupan esos acontecimientos?</b>	Frecuencia	
	Absoluta	%
Mucho	63	47.4
Poco	70	52.6

De ambos cuadros, se advierte que aunque con una leve diferencia, la mayoría de los niños (56.4%) comunica que mantienen un estado de preocupación en cuanto al o los eventos-fuente experimentados en meses anteriores; ya sea con un grado ligero (52.6%) o fuerte (47.4%) de preocupación.

#### **C.4. Estructura y Clima Familiar**

En este proyecto, en sentido operacional, la estructura y clima familiar se evaluó desde la perspectiva de los niños, a través de un cuestionario de autoreporte construido por la investigadora para dicho propósito, denominado "Cuestionario AF". En este cuestionario se propuso a los sujetos una serie de preguntas, con respuestas de opción múltiple o dicotómica, en las que se les solicitó marcar con una equis la o las casillas que describieran mejor a su familia.

Por medio de este instrumento interesó principalmente recopilar información sobre la estructura familiar (que en esencia apunta con quién vive el niño), los encargados y el tipo de método disciplinario aplicado, la identidad de las figuras comisionadas del tiempo libre

del menor, la naturaleza de la relación del niño con los miembros de su sistema familiar, y la construcción de un Índice Socioeconómico; con el propósito general de efectuar análisis de correlación entre estas variables, los indicadores de riesgo de depresión y el autoconcepto de la población en estudio.

El cuadro 19, que se despliega a continuación, contiene las frecuencias referentes a la estructura familiar de los niños de la muestra total, en el cual se subraya que casi la totalidad de los participantes convive con su madre, a quien se suman los hermanos y el padre como otros miembros frecuentes del sistema familiar. En otras palabras, el mayor porcentaje de niños informa una composición familiar tradicional.

**Cuadro 19**  
Frecuencias de la Estructura familiar

¿Quiénes viven con vos en tu casa?	Sí		No	
	Frecuencia Absoluta	%	Frecuencia Absoluta	%
Mamá	170	96.0	40	22.7
Hermanos o hermanas	144	81.4	33	18.6
Papá	136	77.3	7	4.0
Abuelos	40	22.6	137	77.4
Tíos o tías	20	11.3	157	88.7
Sobrinos	10	5.6	167	94.4
Otras personas	8	4.5	169	95.5
Padrastro o madrastra	5	2.8	172	97.2
Padres adoptivos	1	0.6	176	99.4

Asimismo, se examinaron los estadísticos de la variable que describe cuál de las figuras parentales asume el rol de proveedor económico en el sistema familiar, los datos se anotan seguidamente en el cuadro 20, siendo valioso prestar atención a que si bien la marcada mayoría de los niños reporta poseer una composición familiar tradicional, ambos progenitores asumen el rol de provisión económica en porcentajes altos:

**Cuadro 20**  
Frecuencias del rol de provisión económica

¿En tu familia quienes trabajan para ganar dinero?	Sí		No	
	Frecuencia Absoluta	%	Frecuencia Absoluta	%
Papá	148	84.1	28	15.9
Mamá	116	65.9	60	34.1

En cuanto a la disciplina, se exploró acerca de los principales métodos de aplicación de la misma: el castigo físico y el regaño verbal, con predominio del segundo método, como se representa en el cuadro 21.

**Cuadro 21**  
Frecuencias de tipo de castigo

¿Cómo te castigan en tu familia?	Sí		No	
	Frecuencia Absoluta	%	Frecuencia Absoluta	%
Te regañan	128	72.3	49	27.7
Te pegan	36	20.3	141	79.7

Igualmente, se sondeó la frecuencia semanal de los castigos, independientemente de su naturaleza, hallando los datos que integran el cuadro 22.

**Cuadro 22**  
Frecuencia semanal de los castigos

	¿Cuántas veces a la semana te castigan?
N Válidos	174
Media	.95
Desviación estándar	1.152
Mínimo	0
Máximo	4
Rango	4

Por otra parte, consideramos relevante realizar un análisis del clima familiar, específicamente del número de discusiones que se desarrollan, desde la perspectiva del niño, entre los adultos que viven con él. Los hallazgos para la totalidad de la muestra se compilan en el cuadro 23, desplegado a continuación.

**Cuadro 23**  
Número de discusiones entre adultos

		<b>¿Cuántas veces discuten los adultos que viven con vos?</b>
N	Válidos	169
	Media	.85
	Desviación estándar	.732
	Mínimo	0
	Máximo	3
	Rango	3

Otras variables evaluadas tienen que ver con la calificación que el niño lleva a cabo respecto de la naturaleza de la relación con sus padres y del grado en que su familia como un todo lo valora.

En cuanto a la naturaleza del vínculo con sus padres, se ofrecieron 3 opciones de respuesta que permitieran al menor calificar, desde su punto de vista, cómo se lleva con cada uno de sus progenitores. Estas opciones son: *“Muy bien”*, *“Más o menos, discutimos muchas veces”*, y *“Mal, discutimos casi todos los días”*. Presentándole, asimismo, tres opciones de respuesta para valorar el afecto percibido como proveniente de la familia, son éstas: *“Mucho”*, *“Poco”*, y *“Casi nada”*. Obsérvese los cuadros 24, 25, 26 y 27 para conocer los datos encontrados para la muestra total.

**Cuadro 24**

Datos psicométricos de las variables Naturaleza del vínculo con la madre, Naturaleza del vínculo con el padre y Afecto percibido como proveniente de la familia

		<b>¿Cómo te llevas con tu mamá?</b>	<b>¿Cómo te llevas con tu papá?</b>	<b>¿Cuánto sentís que te quiere tu familia?</b>
N	Válidos	174	168	176
	Media	.19	.20	1.85
	Desviación estándar	.435	.459	.429
	Mínimo	0	0	0
	Máximo	2	2	2
	Rango	2	2	2



**Cuadro 25**  
Frecuencias de la Naturaleza del vínculo con la madre

<b>¿Cómo te llevas con tu mamá?</b>		<b>Frecuencia absoluta</b>	<b>Porcentaje %</b>
	Muy bien	144	82.8
	Más o menos, discutimos muchas veces	27	15.5
	Mal, discutimos casi todos los días	3	1.7
Válidos	Total	174	100.0

**Cuadro 26**  
Frecuencias de la Naturaleza del vínculo con el padre

<b>¿Cómo te llevas con tu papá?</b>		<b>Frecuencia absoluta</b>	<b>Porcentaje %</b>
	Muy bien	138	82.1
	Más o menos, discutimos muchas veces	26	15.5
	Mal, discutimos casi todos los días	4	2.4
Válidos	Total	168	100.0

**Cuadro 27**  
Frecuencias del Afecto percibido como proveniente de la familia

<b>¿Cuánto sentís que te quiere tu familia?</b>		<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Porcentaje %</b>
	Casi nada	5	2.8
	Poco	16	9.1
	Mucho	155	88.1
Válidos	Total	176	100.0

En síntesis, se advierte que el mayor porcentaje de niños de la muestra de este proyecto opinan que su vínculo con los progenitores es muy bueno, sin diferencias en la valoración de

la relación con el padre (82.1%) o con la madre (82.8%). Se aúna que la mayoría de los sujetos (88.1%) también comunican sentirse objeto de afecto suficiente por parte de su familia.

#### **C.4.1 Estructura y Clima Familiar: Condición socioeconómica**

A partir de la información aportada por el Cuestionario AF, específicamente con base en aquella correspondiente a los bienes que los niños reportan tener en su casa, se creó un Índice Socioeconómico que permite analizar la variable del estatus o condición socioeconómica, en este caso por medio del uso de la media y la desviación de la muestra total. En dicho cuestionario, se solicitó a los niños marcar con una equis la casilla o casillas correspondientes a los bienes presentes en su hogar, de entre 10 opciones posibles. En el cuadro 28, se listan los 10 bienes encuestados, y en el cuadro 29 se exponen los datos psicométricos respectivos al Índice socioeconómico.

**Cuadro 28**

Bienes encuestados en el Cuestionario AF

---

¿Cuáles de las siguientes cosas tiene tu familia?

---

Celular  
 Internet  
 Televisión por cable  
 Lavadora  
 Tanque de agua caliente  
 DVD o VHS  
 Play station o nintendo  
 Carro  
 Motocicleta  
 Recibe el periódico diariamente

---

**Cuadro 29**

Índice socioeconómico

N	Válidos	177
Media		5.85
Desviación estándar		2.396
Mínimo		0
Máximo		10
Rango		10

Como se observa, si bien el promedio de la población en investigación alcanza el 5.85 (con una D.E. de 2.396) en el Índice Socioeconómico dentro de un rango de 0 a 10, se detectan casos que refieren condiciones extremas.

## V PROCEDIMIENTO

El trabajo de campo del proyecto de investigación efectuado, dio comienzo con la fase de solicitud de la colaboración de los centros educativos seleccionados, tramitando la autorización respectiva ante los Directores y personal docente. Una vez realizado este contacto y obtenida la venia a participar en el estudio, se enviaron un total de 2 300 fórmulas de Consentimiento Informado a los padres de familia o a los encargados de aquellos niños que cursaban entre segundo y sexto grado. De esos 2 300 documentos, 183 padres o encargados respondieron afirmativamente respecto de la inclusión de los menores en la muestra de la población del proyecto.

La aplicación del IDN, de la Subescala de Evaluación de Autoconcepto de Piers-Harris, y de los Cuestionarios EV y AF, a los niños se efectuó en horario lectivo, por lo cual los participantes en el estudio fueron retirados del aula regular y reunidos en un recinto, donde un asistente de investigación del Instituto de Investigaciones Psicológicas, los supervisó en la realización de las escalas y cuestionarios.

Todos los instrumentos se administraron de manera grupal, en los meses de septiembre y octubre de 2008, y en cada caso el asistente, estudiante de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Costa Rica, previamente entrenado, leyó en voz alta con los niños las instrucciones e ítems de los cuestionarios.

Concluida la etapa de campo de la investigación, los datos fueron digitados en el Programa SPSS para Windows, versión 15; posteriormente se depuraron las bases de datos y se efectuaron los análisis descriptivos que se reportan en el próximo apartado de este informe.

## VI RESULTADOS

A partir del análisis de los resultados obtenidos respecto de las propiedades psicométricas del Inventario de Depresión para Niños (IDN), y sus correlaciones con los datos reportados por la Subescala de Felicidad y Satisfacción de Piers-Harris, por el Cuestionario EV, y por el Cuestionario AF, se puede señalar lo siguiente respecto de la muestra de niños de nuestra investigación.

### A. Diferencias por sexo:

Con el propósito de determinar la presencia de diferencias significativas por sexo para cada puntaje, es decir, tanto para la Escala Total del IDN y sus subescalas, como para cada variable medida, se realizó un análisis comparativo por contraste de medias mediante la prueba t-student. Se observaron los resultados que se desglosan en el cuadro 30.

**Cuadro 30**

Análisis comparativo por contraste de medias de las variables de Sexo, Edad, Escala Total y Subescalas del IDN, Subescala de Felicidad y Satisfacción, Índice de Eventos Múltiples e Índice Socioeconómico

SEXO	Grupo	N	Media	D.E.	t	gl	Sig.
Edad	Niños	78	9.79	1.515	-.447	173	.655
	Niñas	97	9.90	1.489			
Escala total IDN	Niños	70	10.54	5.848	.726	149	.469
	Niñas	81	9.80	6.581			
Subescala de Relaciones Interpersonales	Niños	74	4.72	3.382	1.231	162	.220
	Niñas	90	4.08	3.240			
Subescala de Disforia	Niños	76	1.76	1.861	-.913	166	.362
	Niñas	92	2.05	2.206			
Subescala de Autoestima	Niños	75	4.11	2.464	.415	162	.678
	Niñas	89	3.93	2.840			
Subescala de Felicidad y Satisfacción Piers-Harris	Niños	68	9.47	1.661	-.254	158	.800
	Niñas	92	9.54	1.883			
Índice de eventos múltiples	Niños	76	3.47	2.138	1.368	171	.173
	Niñas	97	3.05	1.911			
Índice socioeconómico	Niños	77	6.32	2.279	2.014	172	.046*
	Niñas	97	5.61	2.370			

Significación \* p<0.05 \*\*p<0.01

Como se desprende del cuadro, no se registraron diferencias significativas por sexo, esto es, los niños y las niñas respondieron y puntuaron de manera análoga en el IDN (como escala total y en las tres subescalas componentes), en la Subescala de Felicidad y Satisfacción que valora el autoconcepto, y en el Índice de Eventos Múltiples. Tampoco se encontró una diferencia significativa por sexo en la variable de la edad. Sin embargo, se detectó una divergencia significativa en cuanto a las medias obtenidas por ambos grupos en el Índice Socioeconómico, según lo cual los niños tienden a reportar una condición socioeconómica superior a las niñas; hallazgo para el que no se posee una hipótesis explicativa y que ameritaría investigación posterior.

## B. Diferencias por Eventos Vitales:

Se contrastaron las medias de cada uno de los 14 eventos vitales o eventos-fuente de afectividad negativa y preocupación enlistados en el Cuestionario EV, con las medias del IDN (total y subescalas), y la media de la Subescala de Felicidad y Satisfacción. Ello se realizó con la finalidad de examinar la presencia de discrepancias significativas en los puntajes obtenidos por los niños en dichos instrumentos y el reporte de eventos vitales. Los resultados de la prueba t-student para aquellas variables que mostraron diferencias significativas se detallan en los cuadros 31 a 37.

**Cuadro 31**  
**Te fuiste a vivir a otro barrio o provincia**

	Respuesta	N	Media	D.E.	t	gl	Sig.
Escala total IDN	No	143	9.73	6.046			
	Si	11	14.55	6.832	-2.521	152	.013*
Subescala de Relaciones Interpersonales	No	154	4.16	3.212			
	Si	12	6.58	3.753	-2.484	164	.014*
Subescala de Disforia	No	159	1.94	2.119			
	Si	11	2.09	1.578	-.236	168	.814
Subescala de Autoestima	No	154	3.82	2.580			
	Si	13	5.46	3.455	-2.136	165	.034*
Escala de Felicidad y Satisfacción Piers-Harris	No	151	9.54	1.739			
	Si	12	8.92	2.193	1.178	161	.241

Significación \* p<0.05 \*\*p<0.01

Se observa en el cuadro 31 que a pesar de que, en la muestra en estudio, es un número reducido de niños los que comunicaron haber experimentado un traslado de residencia en

los últimos meses, el contraste de medias permite determinar que éstos tienden a puntuar más en la Escala total del IDN, y a referir más problemas en las relaciones interpersonales y en la autoestima; sin que ello parezca incidir significativamente en los niveles de felicidad del menor ni en el estado de ánimo.

**Cuadro 32**  
**Murió una persona que vos querías mucho**

	Respuesta	N	Media	D.E.	t	gl	Sig.
Escala total IDN	No	106	9.50	6.367			
	Si	48	11.35	5.692	-1.728	152	.086
Subescala de Relaciones Interpersonales	No	113	4.14	3.346			
	Si	53	4.75	3.198	-1.116	164	.266
Subescala de Disforia	No	116	1.72	1.918			
	Si	54	2.43	2.352	-2.063	168	.041*
Subescala de Autoestima	No	117	3.78	2.633			
	Si	50	4.36	2.776	-1.288	165	.200
Escala de Felicidad y Satisfacción Piers-Harris	No	114	9.57	1.760			
	Si	49	9.33	1.819	.802	161	.424

Significación \*  $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.01$

La información del cuadro 32 resalta que la pérdida por fallecimiento de una persona afectivamente importante en la vida de los niños cobra una influencia relevante en el estado de ánimo de éstos; el cual puede tornarse disfórico, es decir, irritable, inconforme, hipersensible, y con cambios de humor, entre otras características.

**Cuadro 33**  
**En la escuela, otros niños se burlaban de vos o te pegaban**

	Respuesta	N	Media	D.E.	t	gl	Sig.
Escala total IDN	No	107	8.62	5.633			
	Si	47	13.40	6.223	-4.702	152	.000***
Subescala de Relaciones Interpersonales	No	118	3.81	3.038			
	Si	48	5.62	3.594	-3.299	164	.001**
Subescala de Disforia	No	118	1.43	1.561			
	Si	51	3.14	2.631	-4.312	65.717	.000***
Subescala de Autoestima	No	115	3.55	2.524			
	Si	51	4.86	2.850	-2.974	164	.003**
Escala de Felicidad y Satisfacción Piers-Harris	No	117	9.75	1.591			
	Si	46	8.85	2.054	2.998	161	.003**

Significación \*p<0.05 \*\*p<0.01 \*\*\*p<0.001

Los datos resumidos en el cuadro 33 puntualizan que aquellos niños que anotan haber estado expuestos a maltrato por parte de coetáneos, de manera significativa, también anotan más dificultades en las relaciones interpersonales, estados de ánimo disfóricos, y problemas en el autoconcepto. Este evento-fuente igualmente parece ejercer un influjo significativo sobre el puntaje total alcanzado por el niño en el IDN.

**Cuadro 34**  
**Los adultos de tu familia discutieron mucho**

	Respuesta	N	Media	D.E.	t	gl	Sig.
Escala total IDN	No	114	9.39	6.128			
	Si	40	12.02	6.087	-2.340	152	.021*
Subescala de Relaciones Interpersonales	No	123	4.19	3.371			
	Si	43	4.77	3.093	-.992	164	.323
Subescala de Disforia	No	127	1.72	1.976			
	Si	43	2.63	2.268	-2.516	168	.013*
Subescala de Autoestima	No	125	3.63	2.666			
	Si	42	4.90	2.526	-2.712	165	.007**
Escala de Felicidad y Satisfacción Piers-Harris	No	123	9.57	1.802			
	Si	40	9.28	1.694	.910	161	.364

Significación \* p<0.05 \*\*p<0.01

De lo expuesto en el cuadro 34, se concluye que los niños de la muestra que han atestiguado discusiones frecuentes entre los miembros adultos de su sistema familiar, incrementan los indicadores de estado anímico disfórico y de autoestima empobrecida, tal

como son evaluados por las escalas del IDN. Se agrega que la presencia de este evento-fuente en la vida del niño aumenta además la puntuación en la Escala total del instrumento.

**Cuadro 35**  
**Algún adulto intentó hacerte daño**

	Respuesta	N	Media	D.E.	t	gl	Sig.
Escala total IDN	No	149	10.09	6.257			
	Si	5	9.60	4.930	.175	152	.862
Subescala de Relaciones Interpersonales	No	161	4.42	3.314			
	Si	5	1.60	.894	5.908	8.101	.000***
Subescala de Disforia	No	165	1.88	2.037			
	Si	5	4.00	2.828	-2.262	168	.025*
Subescala de Autoestima	No	162	3.95	2.656			
	Si	5	4.00	3.808	-.040	165	.968
Escala de Felicidad y Satisfacción Piers-Harris	No	158	9.51	1.791			
	Si	5	9.20	1.304	.379	161	.705

Significación \*  $p < 0.05$  \*\* $p < 0.01$  \*\*\* $p < 0.001$

Los estadísticos referentes a este evento-fuente denuncian que, si bien la frecuencia de niños que corroboró haberlo afrontado en los últimos meses es reducida (5 participantes), su presencia es significativa para los puntajes de las subescalas de disforia y de dificultades en las relaciones interpersonales del IDN.



**Cuadro 36**  
**Te ha costado mucho ganar notas altas en los exámenes**

	Respuesta	N	Media	D.E.	t	gl	Sig.
Escala total IDN	No	61	8.15	5.409			
	Si	93	11.34	6.394	-3.220	152	.002**
Subescala de Relaciones Interpersonales	No	66	3.38	2.996			
	Si	100	4.97	3.356	-3.118	164	.002**
Subescala de Disforia	No	67	1.40	1.457			
	Si	103	2.30	2.347	-3.077	167.698	.002**
Subescala de Autoestima	No	69	3.25	2.239			
	Si	98	4.45	2.861	-3.043	163.113	.003**
Escala de Felicidad y Satisfacción Piers-Harris	No	65	9.98	1.576			
	Si	98	9.17	1.833	2.921	161	.004**

Significación \*  $p < 0.05$  \*\* $p < 0.01$

Con respecto a la información compilada en el cuadro 36, destaca que el porcentaje de niños de la muestra que han enfrentado dificultades de rendimiento académico, notifican asimismo mayores problemas en la esfera interpersonal, estados de ánimo disfóricos, y problemas con su autoconcepto y sentimiento de felicidad. De forma sobresaliente también, la prueba t-student revela que cuando los niños reportan como positivo este evento-fuente, se ve influenciada su puntuación total del IDN.

**Cuadro 37**  
**En tu familia tuvieron muchos problemas económicos**

	Respuesta	N	Media	D.E.	t	gl	Sig.
Escala total IDN	No	127	9.83	6.061			
	Si	27	11.26	6.848	-1.090	152	.278
Subescala de Relaciones Interpersonales	No	137	4.31	3.256			
	Si	29	4.45	3.572	-.199	164	.843
Subescala de Disforia	No	140	1.84	2.059			
	Si	30	2.47	2.161	-1.510	168	.133
Subescala de Autoestima	No	139	3.86	2.668			
	Si	28	4.39	2.753	-.953	165	.342
Escala de Felicidad y Satisfacción Piers-Harris	No	136	9.68	1.645			
	Si	27	8.56	2.118	2.615	32.510	.013*

Significación \*  $p < 0.05$  \*\* $p < 0.01$

En el cuadro 37 se observa que la existencia de problemas en la condición económica del sistema familiar de los participantes, toma relevancia en los puntajes totales de la Subescala de Piers-Harris, lo que alude a la incidencia de esta variable en el autoconcepto y en el grado de satisfacción y felicidad general de los menores.

En síntesis, los eventos vitales fuente de afectividad negativa y preocupación que mostraron una mayor asociación con los puntajes del IDN, sus subescalas y la Subescala de Felicidad y satisfacción, corresponden al maltrato físico y verbal por parte de los coetáneos y a las dificultades de rendimiento académico.

Por último, es importante subrayar que la discrepancia significativa que establece la presencia de los eventos-fuente descritos en este apartado, sobre las puntuaciones de los niños en el IDN total, las subescalas del mismo, y en la Subescala Felicidad y Satisfacción de Piers-Harris, no implica estrictamente que el niño porte indicadores elevados de un estado depresivo. Esto se corrobora al contrastar las medias correspondientes obtenidas por los grupos en riesgo con los valores de la muestra total (M 10.08, D.E. 6.206). Desde nuestra perspectiva, los eventos-fuente identificados como significativos pueden considerarse como factores de mayor riesgo asociados a estados o rasgos depresivos. Situación homóloga se desarrolla en lo que tiene que ver con el puntaje total de la Subescala de Felicidad y Satisfacción de Piers-Harris.

## C. Diferencias por Afectividad y Emociones asociadas a Eventos Vitales:

En estrecha conexión con los análisis de resultados descritos en los apartados precedentes, se compararon las medias del IDN y de la Subescala de Felicidad y Satisfacción de Piers-Harris, con las medias pertenecientes a las variables de la afectividad provocada por los eventos vitales, de la presencia actual de preocupación por esos eventos y de la intensidad de dicha preocupación. La aplicación de la prueba t-student arrojó, para cada variable, los datos que se muestran en los cuadros 38 a 45.

### C.1. ¿Cómo te sentiste cuando ocurrieron esos acontecimientos?

**Cuadro 38**  
**ENOJADO**

	Respuesta	N	Media	D.E.	t	gl	Sig.
Escala total IDN	No	130	9.55	5.852			
	Si	24	12.96	7.339	-2.518	152	.013*
Subescala de Relaciones Interpersonales	No	141	4.09	3.247			
	Si	25	5.72	3.336	-2.301	164	.023*
Subescala de Disforia	No	145	1.72	1.698			
	Si	25	3.28	3.336	-2.292	26.185	.030*
Subescala de Autoestima	No	143	3.87	2.665			
	Si	24	4.46	2.782	-.999	165	.319
Escala de Felicidad y Satisfacción Piers-Harris	No	142	9.52	1.765			
	Si	21	9.33	1.880	.451	161	.652

Significación \* p<0.05 \*\*p<0.01

Se revela en el cuadro 38 que la experimentación de sentimientos de enojo por parte del niño ante el o los eventos fuente vividos, determina discrepancias significativas en la Escala total del IDN y en las subescalas de Dificultades en las Relaciones interpersonales y de Disforia de este instrumento. No se hallan diferencias en el autoconcepto por presencia del enojo.

**Cuadro 39**  
**TRISTE**

	Respuesta	N	Media	D.E.	t	gl	Sig.
Escala total IDN	No	64	9.28	4.809			
	Si	90	10.64	7.005	-1.432	151.843	.154
Subescala de Relaciones Interpersonales	No	68	4.18	3.066			
	Si	98	4.45	3.467	-.522	164	.603
Subescala de Disforia	No	69	1.77	1.637			
	Si	101	2.07	2.342	-.925	168	.356
Subescala de Autoestima	No	68	3.32	2.091			
	Si	99	4.38	2.954	-2.716	164.834	.007**
Escala de Felicidad y Satisfacción Piers-Harris	No	65	9.54	1.437			
	Si	98	9.47	1.975	.258	159.570	.797

Significación \*  $p < 0.05$  \*\* $p < 0.01$

En cuanto a los sentimientos de tristeza que la mayoría de los niños de la muestra externó en reacción a los eventos vitales, los estadísticos llevados a cabo indican que se establece una diferencia significativa de medias con respecto de la Subescala de Autoestima del IDN.

**Cuadro 40**  
**ABURRIDO**

	Respuesta	N	Media	D.E.	t	gl	Sig.
Escala total IDN	No	104	9.17	5.448			
	Si	50	11.96	7.248	-2.411	76.548	.018*
Subescala de Relaciones Interpersonales	No	115	4.01	3.056			
	Si	51	5.08	3.725	-1.942	164	.054
Subescala de Disforia	No	116	1.76	1.985			
	Si	54	2.35	2.250	-1.660	92.761	.100
Subescala de Autoestima	No	114	3.53	2.243			
	Si	53	4.87	3.282	-2.698	75.397	.009**
Escala de Felicidad y Satisfacción Piers-Harris	No	113	9.72	1.639			
	Si	50	9.00	1.979	2.412	161	.017*

Significación \*  $p < 0.05$  \*\* $p < 0.01$

Como se denota en la información presentada en el cuadro 40, los sentimientos de aburrimiento determinan una divergencia significativa en el puntaje total obtenido por los

niños en el IDN; detectándose de la misma forma que estos niños refieren una tendencia a sufrir más dificultades en las relaciones interpersonales, así como problemas en su autoestima y en su autoconcepto.

**Cuadro 41**  
**SOLO**

	Respuesta	N	Media	D.E.	t	gl	Sig.
Escala total IDN	No	117	9.38	5.823			
	Si	37	12.27	6.923	-2.507	152	.013*
Subescala de Relaciones Interpersonales	No	123	4.13	3.274			
	Si	43	4.93	3.348	-1.371	164	.172
Subescala de Disforia	No	127	1.56	1.641			
	Si	43	3.09	2.759	-3.446	52.416	.001***
Subescala de Autoestima	No	125	3.60	2.482			
	Si	42	5.00	2.996	-2.730	61.021	.008**
Escala de Felicidad y Satisfacción Piers-Harris	No	117	9.79	1.536			
	Si	46	8.76	2.121	2.986	64.414	.004**

Significación \*  $p < 0.05$  \*\* $p < 0.01$  \*\*\* $p < 0.001$

En el cuadro 41 se destaca que el sentimiento de soledad entabla una diferencia estadísticamente significativa con la Escala total del IDN, y más concretamente, se muestra asociado a un mayor reporte de estados de ánimo disfóricos, de empobrecimiento de la autoestima, y de problemas con el sentido de felicidad del niño. Así también, se observa que la ausencia de una diferencia significativa entre el sentimiento de soledad y la Subescala de Dificultades en las Relaciones Interpersonales del IDN, podría explicarse mediante la hipótesis de que la soledad que se reporta tiene una connotación emocional más que física, en otras palabras, que el niño se siente solo a pesar de disponer de personas a su alrededor.

**Cuadro 42**  
**NERVIOSO**

	Respuesta	N	Media	D.E.	t	gl	Sig.
Escala total IDN	No	95	9.28	6.424			
	Si	59	11.36	5.659	-2.034	152	.044*
Subescala de Relaciones Interpersonales	No	104	4.13	3.436			
	Si	62	4.68	3.061	-1.025	164	.307
Subescala de Disforia	No	104	1.74	1.838			
	Si	66	2.27	2.402	-1.537	112.476	.127
Subescala de Autoestima	No	102	3.41	2.656			
	Si	65	4.80	2.514	-3.362	165	.001***
Escala de Felicidad y Satisfacción Piers-Harris	No	99	9.75	1.625			
	Si	64	9.11	1.936	2.269	161	.025*

Significación \*  $p < 0.05$  \*\* $p < 0.01$  \*\*\* $p < 0.001$

Tal como se ilustra en el cuadro 42, la prueba t-student encontró que el sentimiento de nerviosismo con el que una parte de los niños de la muestra reaccionaron ante los eventos vitales vividos en los últimos meses, posee una divergencia significativa con la Escala total del IDN; a lo cual se aúna que los niños que reportaron dicha emoción anotaron más problemas de autoestima y autoconcepto.

**Cuadro 43**  
**AVERGONZADO**

	Respuesta	N	Media	D.E.	t	gl	Sig.
Escala total IDN	No	128	9.42	5.697			
	Si	26	13.31	7.604	-2.985	152	.003**
Subescala de Relaciones Interpersonales	No	139	4.06	3.170			
	Si	27	5.74	3.665	-2.450	164	.015*
Subescala de Disforia	No	141	1.83	1.859			
	Si	29	2.52	2.923	-1.217	32.808	.232
Subescala de Autoestima	No	139	3.67	2.363			
	Si	28	5.36	3.633	-2.360	31.753	.025*
Escala de Felicidad y Satisfacción Piers-Harris	No	138	9.65	1.655			
	Si	25	8.64	2.177	2.672	161	.008**

Significación \* p<0.05 \*\*p<0.01

Se denota en el cuadro 43 que el sentimiento de vergüenza que los eventos vitales generaron en un porcentaje de los niños de la muestra, despliegan una influencia no solamente sobre el puntaje de la Escala total del IDN, sino que se asocian a probables conflictos en el área de las relaciones interpersonales y a problemas con la autoestima y el autoconcepto de los menores.

En síntesis, de la información compilada en los cuadros anteriores, se puede identificar que los mejores indicadores semánticos de los indicadores de riesgo a estados depresivos son: "solo", "aburrido" y "avergonzado".

**C. 2. ¿Todavía te preocupas por esos acontecimientos?**

**Cuadro 44**

Análisis comparativo por contraste de medias de las variables de la Presencia de Preocupación Actual por los eventos vitales experimentados, la Escala Total y Subescalas del IDN, y la Subescala de Felicidad y Satisfacción

	Respuesta	N	Media	D.E.	t	gl	Sig.
Escala total IDN	No	64	8.09	4.608			
	Si	88	11.55	6.868	-3.705	149.128	.000***
Subescala de Relaciones Interpersonales	No	72	3.42	2.631			
	Si	92	5.07	3.616	-3.377	161.211	.001**
Subescala de Disforia	No	69	1.67	2.020			
	Si	96	2.15	2.137	-1.453	163	.148
Subescala de Autoestima	No	69	3.20	2.193			
	Si	93	4.44	2.887	-2.980	160	.003**
Escala de Felicidad y Satisfacción Piers-Harris	No	71	9.97	1.383			
	Si	88	9.18	1.897	3.033	155.512	.003**

Significación \*  $p < 0.05$  \*\* $p < 0.01$  \*\*\* $p < 0.001$

En lo que corresponde a la existencia de preocupaciones actuales ligadas a los eventos vitales sufridos por los niños en los meses recientes, cabe notar que los datos resumidos en el cuadro 44 señalan que efectivamente esas preocupaciones demuestran diferencias significativas con la Escala Total del IDN, con los problemas en la interacción social, y con los problemas con la autoestima y con el sentimiento de felicidad y satisfacción general de esos niños.



### C.3. ¿Cuánto te preocupan esos acontecimientos?

**Cuadro 45**

Análisis comparativo por contraste de medias de las variables de la Intensidad de la Preocupación Actual por los eventos vitales experimentados, la Escala Total y Subescalas del IDN, y la Subescala de Felicidad y Satisfacción

	Intensidad	N	Media	D.E.	t	gl	Sig.
Escala total IDN	Poco	65	9.80	6.305	-1.178	118	.241
	Mucho	55	11.22	6.876			
Subescala de Relaciones Interpersonales	Poco	67	4.45	3.535	-.016	124	.987
	Mucho	59	4.46	3.441			
Subescala de Disforia	Poco	70	1.96	2.287	-.900	130	.370
	Mucho	62	2.31	2.155			
Subescala de Autoestima	Poco	68	3.65	2.698	-2.081	124	.039*
	Mucho	58	4.67	2.825			
Escala de Felicidad y Satisfacción Piers-Harris	Poco	61	9.43	1.812	.541	120	.589
	Mucho	61	9.25	1.868			

Significación \* p<0.05 \*\*p<0.01

Como se observa en el cuadro 45, los análisis estadísticos realizados para examinar el contraste de medias entre el IDN, la Subescala de Felicidad y Satisfacción de Piers-Harris, y la intensidad de la preocupación reportada por los niños para los eventos vitales, encontraron que únicamente la autoestima tal como es evaluada por la Subescala del IDN exhibe una divergencia significativa con la magnitud de la preocupación.

En síntesis, es fundamental acentuar que los sentimientos que hallaron diferencias significativas con el IDN y con la Subescala de Felicidad y Satisfacción de Piers-Harris, se agrupan bajo el constructo de afectividad negativa; siendo que la reacción de felicidad evaluada no alcanzó dicha significación (.335 y .612. para el IDN y la Piers-Harris respectivamente, con  $p < 0.05$ ). De igual modo, es menester apuntar que la experimentación por parte del niño de dichos sentimientos no determina que éste se encuentre atravesando un estado depresivo, como se puede constatar al revisar las medias y las D.E. respectivas; sin embargo su presencia permite plantear que estos sentimientos constituyen indicadores de riesgo que podrían asociarse a estados o rasgos depresivos futuros.

## D. Diferencias por Estructura y Clima Familiar:

Para evaluar la existencia de diferencias determinadas por las variables de la estructura y clima familiar sobre los puntajes de la Escala total del IDN y sus subescalas, y sobre el puntaje total de la Subescala de Felicidad y Satisfacción de Piers-Harris, se efectuó un análisis comparativo por contraste de medias mediante la prueba t-student.

Se eligieron las variables de la estructura y clima familiar consideradas más importantes por la investigadora, cuyos resultados se desglosan a continuación, en los cuadros 46, 47 y 48.

**Cuadro 46**

Análisis comparativo por contraste de medias de la Escala Total y Subescalas del IDN, la Subescala de Felicidad y Satisfacción, y la variable de la Estructura Familiar referente a la convivencia del niño con su padre

	¿Quiénes viven con vos en tu casa? <b>Padre</b>	N	Media	D.E.	t	gl	Sig.
Escala total IDN	No	35	9.94	6.068	-.083	151	.934
	Si	118	10.04	6.243			
Subescala de Relaciones Interpersonales	No	37	4.54	3.305	.499	163	.619
	Si	128	4.23	3.286			
Subescala de Disforia	No	38	1.92	2.283	-.046	167	.963
	Si	131	1.94	2.033			
Subescala de Autoestima	No	39	3.64	2.487	-.809	164	.420
	Si	127	4.04	2.750			
Escala de Felicidad y Satisfacción Piers-Harris	No	36	9.53	1.844	.012	160	.990
	Si	126	9.52	1.724			

Significación \* p<0.05 \*\*p<0.01

**Cuadro 47**

Análisis comparativo por contraste de medias de la Escala Total y Subescalas del IDN, la Subescala de Felicidad y Satisfacción, y la variable de la Estructura Familiar referente a la convivencia del niño con su madre

	¿Quiénes viven con vos en tu casa? <b>Madre</b>	N	Media	D.E.	t	gl	Sig.
Escala total IDN	No	6	14.33	7.367	1.724	152	.087
	Si	148	9.91	6.122			
Subescala de Relaciones Interpersonales	No	6	5.83	4.262	1.131	164	.260
	Si	160	4.28	3.264			
Subescala de Disforia	No	7	3.71	2.752	2.320	168	.022*
	Si	163	1.87	2.028			
Subescala de Autoestima	No	7	5.00	2.646	1.057	165	.292
	Si	160	3.91	2.682			
Escala de Felicidad y Satisfacción Piers-Harris	No	6	8.50	1.871	-1.406	161	.162
	Si	157	9.54	1.767			

Significación \*  $p < 0.05$  \*\* $p < 0.01$

De los datos contenidos en los cuadros anteriores, se deriva que básicamente la ausencia de la madre obtiene una discrepancia significativa sobre la Subescala de Disforia del IDN, lo que parece implicar que a falta de convivir con la progenitora los niños de la muestra exteriorizan estados de ánimo caracterizados por la irritabilidad, los cambios de humor, la disconformidad e hipersensibilidad. Se destaca que la proporción de niños de la población en estudio que reportan no vivir con la madre es notoriamente reducido (N=6). Por otra parte, la convivencia con el padre no evidenció discrepancias significativas con los instrumentos aplicados.

Cuadro 48

Análisis comparativo por contraste de medias de la Escala Total y Subescalas del IDN, la Subescala de Felicidad y Satisfacción, y la variable del Clima Familiar referente a dificultades económicas

	¿En tu casa, a veces hace falta dinero para comprar comida, pagar los recibos y comprar otras cosas que necesitan?	N	Media	D.E.	t	gl	Sig.
Escala total IDN	No	99	9.90	5.643			
	Si	52	10.37	7.284	-.435	149	.664
Subescala de Relaciones Interpersonales	No	107	4.21	3.000			
	Si	56	4.61	3.855	-.663	90.666	.509
Subescala de Disforia	No	108	1.84	2.001			
	Si	58	2.16	2.293	-.911	164	.363
Subescala de Autoestima	No	108	3.96	2.399			
	Si	55	3.84	3.219	.283	161	.778
Escala de Felicidad y Satisfacción Piers-Harris	No	105	9.70	1.681			
	Si	55	9.11	1.931	2.021	158	.045*

Significación \*  $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.01$

De los resultados consignados en el cuadro 48, llama la atención que la existencia de dificultades socioeconómicas en el hogar del niño se asoció a indicadores de problemas con el autoconcepto, tal como fue medido por la Subescala de Piers-Harris; concretamente cabría enfatizar la influencia de la condición socioeconómica familiar en el nivel de felicidad y satisfacción del menor.

## VI. 5. Análisis Correlacional entre las Dimensiones Psicosociales:

La puesta a prueba de las hipótesis que motivaron este proyecto de investigación, requirió de la aplicación de un análisis de correlaciones, para lo que se utilizó el método bivariado de Pearson, obteniendo los coeficientes de correlación entre las variables de la edad, Índice Socioeconómico, Índice de Eventos Múltiples, Escala Total del IDN, cada subescala del IDN, y la Subescala de Felicidad y Satisfacción de Piers-Harris, que se reportan en el cuadro 49.

Cuadro 49

Coeficientes de correlación entre las variables de la edad, Índice Socioeconómico, Índice de Eventos Múltiples, Escala Total del IDN, cada subescala del IDN, y la Subescala de Felicidad y Satisfacción de Piers-Harris.

		Edad	Índice Socio-económico	Índice de eventos múltiples	Escala total IDN	Escala de Felicidad y Satisfacción Piers-Harris	Subescala de Relaciones Interpersonales	Subescala de Disforia	Subescala de Autoestima
Edad	r		.186*	-.297**	-.101	.086	-.033	-.077	-.108
	Sig.		.013	.000	.211	.276	.676	.314	.166
	N		177	176	154	163	167	171	167
Índice socioeconómico	r			.013	-.067	.173*	-.132	-.107	.116
	Sig.			.865	.409	.028	.089	.165	.136
	N			176	154	163	166	170	167
Índice de eventos múltiples	r				.289**	-.204**	.178*	.263**	.269**
	Sig.				.000	.009	.021	.001	.000
	N				154	163	166	169	166
Escala total IDN	r					-.721**	.849**	.656**	.791**
	Sig.					.000	.000	.000	.000
	N					141	154	154	154
Escala de Felicidad y Satisfacción Piers-Harris	r						-.577**	-.456**	-.597**
	Sig.						.000	.000	.000
	N						153	156	153
Subescala de Relaciones Interpersonales	r							.386**	.473**
	Sig.							.000	.000
	N							161	158
Subescala de Disforia	r								.350**
	Sig.								.000
	N								162
Subescala de Autoestima	r								1
	Sig.								
	N								167

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05

\*\*.. La correlación es significativa al nivel 0,01

En cuanto a las correlaciones reunidas en el cuadro 49, cabe enfatizar fundamentalmente en aquellas que alcanzaron significación, analizando las interesantes interacciones que exponen entre las variables de este proyecto investigativo.

Para empezar, en lo que referente a la **EDAD**, puede observarse una correlación significativa positiva de la edad del niño con el Índice Socioeconómico ( $r=.186^*$ ,  $p<.05$ ) lo que implica que a mayor edad del niño mejoran las condiciones socioeconómicas del hogar. También se denota una correlación significativa, en este caso negativa ( $r=-.297^{**}$ ,  $p<.01$ ) entre la edad y el Índice de Eventos Múltiples, por lo cual a mayor edad, los niños parecen reportar menos eventos generadores de afectividad negativa y preocupación.

Con respecto al **ÍNDICE SOCIOECONÓMICO**, básicamente se detectó una correlación significativa de valencia positiva ( $r=.173^*$ ,  $p<.05$ ) con el puntaje total creado para la Subescala de Felicidad y Satisfacción de Piers-Harris; lo que señala que a mejores condiciones socioeconómicas en el hogar, los niños tienden a referir un mayor sentimiento de felicidad y un autoconcepto positivo.

Por su parte, el **ÍNDICE DE EVENTOS MÚLTIPLES** manifestó correlaciones significativas de signo positivo con el puntaje en la Escala Total del IDN ( $r=.289^{**}$ ,  $p<.01$ ) y con sus 3 subescalas componentes: Dificultades en las Relaciones Interpersonales ( $r=.178^*$ ,  $p<.05$ ), Disforia ( $r=.263^{**}$ ,  $p<.01$ ) y Problemas con la Autoestima ( $r=.269^{**}$ ,  $p<.01$ ). En otras palabras, el análisis bivariado de Pearson evidencia que cuando los niños enfrentan un mayor número de eventos generadores de afecto negativo y de preocupación, tienden asimismo a incrementar sus puntuaciones en el IDN, comunicando en sus respuestas que experimentan más dificultades en las relaciones interpersonales, un estado de ánimo más disfórico, y más problemas con su autoestima. En Índice de Eventos Múltiples también mostró una correlación, si bien negativa, con la Subescala de Felicidad y Satisfacción ( $r=-.204^{**}$ ,  $p<.01$ ), lo que denuncia que ante una mayor exposición a eventos vitales adversos, los niños disminuyen su nivel de felicidad y potencialmente de su autoconcepto.

En que tiene que ver con a las correlaciones registradas para la **ESCALA TOTAL DEL IDN**, los análisis estadísticos realizados descubrieron primeramente la existencia de correlaciones positivas significativas del instrumento con sus tres subescalas, lo que fortalece la validez de constructo del IDN. A lo anterior se suma, la presencia de una interacción significativa alta, de valencia negativa, entre el puntaje total del IDN y el puntaje total de la Subescala de Felicidad y Satisfacción ( $r=-.721^{**}$ ,  $p<.01$ ); lo que advierte que cuando el niño alcanza puntuaciones más elevadas en el IDN, manifestará un menor sentimiento de felicidad y un empobrecimiento de su autoconcepto; o viceversa. Estos datos son de relevancia sustancial en la medida que constituyen un aporte a la validez concurrente del Inventario de Depresión para Niños.

En lo que corresponde a la **SUBESCALA DE FELICIDAD Y SATISFACCIÓN DE PIERS-HARRIS**, además de las correlaciones ya reportadas en los párrafos previos, se registró una interacción negativa moderada, con cada una de las subescalas del IDN (Dificultades en las Relaciones Interpersonales  $r=-.577^{**}$ ,  $p<.01$ ; Disforia  $r=-.456^{**}$ ,  $p<.01$ ; y Problemas con la Autoestima  $r=-.597^{**}$ ,  $p<.01$ ); de modo que de acuerdo con los datos del análisis bivariado de

Pearson, cuando los niños externalan mayores niveles de felicidad y un autoconcepto positivo, sus puntajes en las subescalas del IDN disminuyen.

Por último, es valioso resaltar que las 3 **SUBESCALAS del IDN** alcanzaron correlaciones positivas de significación entre sí.

De la misma manera, se llevó a cabo un análisis correlacional que examinara las interacciones establecidas entre el IDN (como Escala Total y sus subescalas), la Subescala de Felicidad y Satisfacción de Piers-Harris, y algunas de las variables principales pertenecientes al ámbito de la Estructura y Clima Familiar. Los resultados se observan en el cuadro 50.

Cuadro 50

Coeficientes de correlación para la Escala Total y subescalas del IDN, la Subescala de Felicidad y Satisfacción de Piers-Harris, Número semanal de castigos, Número de discusiones adultas, Naturaleza del vínculo con los padres, y Afecto percibido.

		Escala total IDN	Escala de Felicidad y Satisfacción Piers-Harris	Subescala de Relaciones Interpersonales	Subescala de Disforia	Subescala de Autoestima	¿Cuántas veces a la semana te castigan?	¿Cuántas veces discuten los adultos que viven con vos?	¿Cómo te llevas con tu mamá?	¿Cómo te llevas con tu papá?	¿Cuánto sentís que te quiere tu familia?
Escala total IDN	r		-.721**	.849**	.656**	.791**	.210**	.189*	.408**	.440**	-.404**
	Sig. (bil)		.000	.000	.000	.000	.009	.022	.000	.000	.000
	N		141	154	154	154	153	147	151	146	153
Escala de Felicidad y Satisfacción Piers-Harris	r			-.577**	-.456**	-.597**	-.125	-.260**	-.278**	-.340**	.311**
	Sig. (bil)			.000	.000	.000	.115	.001	.000	.000	.000
	N			153	156	153	160	155	160	154	162
Subescala de Relaciones Interpersonales	r				.386**	.473**	.130	.170*	.319**	.321**	-.335**
	Sig. (bil)				.000	.000	.095	.033	.000	.000	.000
	N				161	158	165	158	163	158	165
Subescala de Disforia	r					.350**	.061	.101	.255**	.320**	-.288**
	Sig. (bil)					.000	.431	.201	.001	.000	.000
	N					162	167	163	167	161	169
Subescala de Autoestima	r						.316**	.115	.252**	.373**	-.320**
	Sig. (bil)						.000	.148	.001	.000	.000
	N						164	159	164	158	166
¿Cuántas veces a la semana te castigan?	r de Pearson							.120	.120	.159*	-.106
	Sig. (bil)							.124	.118	.042	.164
	N							166	171	165	173
¿Cuántas veces discuten los adultos que viven con vos?	r de Pearson								.170*	.141	.005
	Sig. (bil)								.028	.075	.946
	N								166	160	168
¿Cómo te llevas con tu mamá?	r de Pearson									.423**	-.413**
	Sig. (bil)									.000	.000
	N									167	173
¿Cómo te llevas con tu papá?	r de Pearson										-.330**
	Sig. (bil)										.000
	N										168

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05 \*\*. La correlación es significativa al nivel 0,01



En primer lugar, se destaca que la **ESCALA TOTAL DEL IDN** correlacionó de manera significativa y positivamente con la frecuencia del castigo que recibe el niño en su familia ( $r=.210^{**}$ ,  $p<.01$ ); con la frecuencia de las discusiones que éste atestigüa entre adultos ( $r=.189^{*}$ ,  $p<.05$ ); y con la naturaleza del vínculo con su padre ( $r=.440^{**}$ ,  $p<.01$ ) y con su madre ( $r=.408^{**}$ ,  $p<.01$ ), tal como dicho vínculo es valorado por el niño. Además, el IDN correlacionó negativa y significativamente con el afecto percibido por el niño de parte de su familia ( $r=-.404^{**}$ ,  $p<.01$ ). En otras palabras, cuanto menos amado se sienta el niño por su sistema familiar, cuanto más problemas experimente en la interacción con sus padres, cuanto más castigo reciba y más discusiones atestigüe entre los adultos con quienes convive, más probabilidades de que el niño logre una puntuación elevada en el IDN.

Con referencia a la **SUBESCALA DE FELICIDAD Y SATISFACCIÓN** de Piers-Harris, se observa una interesante correlación negativa con las variables correspondientes a la frecuencia de discusiones entre adultos ( $r=-.260^{**}$ ,  $p<.01$ ), a la naturaleza del vínculo con el padre ( $r=-.340^{**}$ ,  $p<.01$ ), y con la madre ( $r=-.278^{**}$ ,  $p<.01$ ); mientras que se establece una correlación de valencia positiva con el afecto percibido por el niño como proveniente de su familia ( $r=.311^{**}$ ,  $p<.01$ ). Esto parece determinar que a mayor exposición a discusiones adultas y a mayores problemas en la relación padres-hijos, los niños tienden a puntuar más bajo en la Subescala de Piers-Harris empleada; siendo también que a mayor sentimiento de ser amado por su núcleo familiar, el niño propende a manifestar mayor sentimiento de felicidad y un autoconcepto más fortalecido.

El análisis correlacional de cada subescala del IDN, arrojó los siguientes datos. Con respecto a la **SUBESCALA DE DIFICULTADES EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES**, se encontraron correlaciones positivas significantes con la frecuencia de discusiones entre los adultos con que convive el niño ( $r=.170^{*}$ ,  $p<.05$ ), así como con los conflictos que percibe el niño en la relación con la madre ( $r=.319^{**}$ ,  $p<.01$ ) y con el padre ( $r=.321^{**}$ ,  $p<.01$ ); mientras que se encontró una correlación significativa de valencia negativa con el afecto que el niño percibe que su sistema familiar le provee ( $r=-.335^{**}$ ,  $p<.01$ ). Por tanto, a mayor exposición a disputas entre adultos, a más problemas en la interacción del niño con sus padres y a más sentimiento de no ser amado lo suficiente por su familia; se reportarán más dificultades en el plano interpersonal general.

En relación con la **SUBESCALA DE DISFORIA**, el método bivariado de Pearson halló que esta subescala interactúa significativa y positivamente con la naturaleza del vínculo que el niño considera tener con su madre ( $r=.255^{**}$ ,  $p<.01$ ) y con su padre ( $r=.320^{**}$ ,  $p<.01$ ); es decir, que a más problemas con los padres, el niño refiere más indicadores de ánimo disfórico. En tanto, esta subescala muestra una interacción significativa y negativa con el afecto que el niño percibe por parte de su familia ( $r=-.288^{**}$ ,  $p<.01$ ), lo que denota que entre menos amado se sienta el niño a lo interno de su sistema familiar, más emociones de características disfóricas experimentará.

En lo que tiene que ver con la **SUBESCALA DE AUTOESTIMA**, se puede observar que ésta entabla una correlación positiva significativa con la frecuencia de castigos que el niño recibe

( $r=.316^{**}$ ,  $p<.01$ ), y con la naturaleza de la relación que el menor opina poseer con su madre ( $r=.252^{**}$ ,  $p<.01$ ) y con su padre ( $r=.373^{**}$ ,  $p<.01$ ); mientras que se observa una correlación de valencia negativa con el afecto que el niño percibe le proporciona su familia ( $r=-.320^{**}$ ,  $p<.01$ ). Lo anterior señala que la autoestima empobrecida del niño reflejada en el IDN parece estar asociada al número de castigos del que éste es receptor, a la existencia de problemas en los vínculos con sus progenitores, y a la percepción infantil de no ser lo suficientemente amado por sus familiares.

De modo interesante, fue posible registrar otras correlaciones entre las variables de la Estructura y Clima familiar analizadas. En este sentido, se acentúa primeramente que la **FRECUENCIA DE CASTIGOS** recibidos estableció una correlación positiva significativa con el tipo de vínculo que los niños reportan tener con su padre ( $r=.159^*$ ,  $p<.05$ ); lo que permite plantear la hipótesis explicativa de que la figura paterna parece asumir el rol disciplinario en la familia.

Así también, se recopiló información referente a la correlación positiva significativa ( $r=.170^*$ ,  $p<.05$ ) que se manifiesta entre la **FRECUENCIA DE DISCUSIONES ENTRE ADULTOS** en el hogar y los problemas en la relación con la madre; lo que indica que a mayor exposición a disputas adultas, los niños enfrentan más conflictos en la relación con su figura materna.

Finalmente, el análisis correlacional aportó datos que permiten observar la interacción positiva ( $r=.423^{**}$ ,  $p<.01$ ) que se desarrolla entre la **NATURALEZA DEL VÍNCULO DEL NIÑO CON LA MADRE** y la naturaleza del vínculo con el padre; esto es: que la presencia de problemas en la relación madre-hijo se asocia a problemas en la relación padre-hijo. Observándose igualmente una interacción significativa, en este caso de signo negativo, entre la naturaleza del vínculo del niño con la madre y el afecto percibido ( $r=-.413^{**}$ ,  $p<.01$ ), lo que puede interpretarse como la incidencia de los conflictos con la madre sobre el sentimiento del niño de ser amado por su familia, información que a su vez permite comprobar el peso que la figura materna cobra como fuente de suministro afectivo en el hogar.

Resta solamente anotar la correlación positiva significativa detectada entre la **NATURALEZA DEL VÍNCULO CON EL PADRE** y la naturaleza del vínculo con la madre ( $r=.423^{**}$ ,  $p<.01$ ) que reitera lo expuesto en el párrafo anterior. Se aúna que la presencia de problemas en la interacción del niño con el padre se asocia negativa y significativamente a la percepción del menor de no ser lo suficientemente amado por su familia ( $r=-.330^{**}$ ,  $p<.01$ ), lo que coincide con la importancia de la figura paterna como proveedora de afecto en la vida de los niños.

En síntesis, los resultados obtenidos del análisis correlacional de las variables descritas previamente señalan que los indicadores asociados a más riesgo de estados depresivos son, en orden de importancia: un autoconcepto negativizado, problemas en el vínculo del niño con la figura materna y con la figura paterna, y la percepción del niño de no ser recibir suficiente afecto. Variables que correlacionan alta-moderadamente con los puntajes en la Escala Total y las Subescalas del IDN.

## VII DISCUSIÓN

La influencia que los estados depresivos pueden ejercer en el sentimiento de felicidad, en el concepto personal, y en el funcionamiento sociofamiliar y académico de un niño, es innegable y ha sido reconocida por multiplicidad de investigaciones y expertos, en las últimas décadas; incrementándose simultáneamente la preocupación respecto de las alarmantes cifras de prevalencia y cronicidad que parecen caracterizar, en la actualidad, a la manifestación pediátrica de la depresión.

De ahí que a lo largo de los años, en la búsqueda de una mayor comprensión de este cuadro psicopatológico, la perspectiva vulnerabilidad-estrés y el punto de vista desarrollista han sido tomados como marcos de referencia fundamentales en el estudio, explicación y prevención de lo que se considera particular y predisponente de la depresión en la niñez. Es así que se habla de numerosos factores de riesgo y de factores de protección, de tipo individual o de tipo ambiental, que interactúan en la etiología de la depresión infantil.

Resulta claro que una intervención eficaz, en términos de prognosis, tanto del establecimiento del cuadro depresivo como de su cronificación, requiere de la detección temprana de los factores de riesgo o indicadores que, en la población infantil, se correlacionan significativamente con el probable desarrollo de un estado depresivo. Esto permitiría colaborar con los pequeños en la protección de su salud mental, sentido de felicidad y calidad de vida.

En este contexto, se formuló y se llevó a cabo este proyecto de investigación, cuyo objetivo general se centró en analizar los parámetros de validez y confiabilidad del Inventario de Depresión para Niños (IDN), que es considerado el cuestionario de autoreporte más utilizado a nivel mundial para evaluar la depresión en edades pediátricas, y por ende se representa como una herramienta potencialmente útil para ser empleada con población costarricense. Se agregó, que este instrumento, construido originalmente por María Kovacs en 1977, basada en los planteamientos de la teoría cognitiva de A. Beck para la depresión; fue adaptado para Costa Rica en 1992 por Grettel Lutz, versión esta última que constituye un avance importante en la validación del IDN y que fue retomada para la realización de nuestro estudio.

En congruencia con lo expuesto anteriormente, los objetivos de este proyecto investigativo se elaboraron con el propósito tanto de recopilar información sobre la validez y confiabilidad del IDN, como de recabar datos acerca de posibles factores o indicadores de riesgo de los estados depresivos, específicamente para la población de niños costarricenses. Para lo cual, posterior a revisar la literatura internacional, se planteó indagar sobre posibles indicadores de riesgo ligados a las características del autoconcepto del niño, a la dinámica interpersonal y condiciones socioeconómicas del sistema familiar, al ambiente social-académico, y a la presencia de eventos adversos en los meses recientes de la vida del menor.

Se obtuvieron interesantes resultados que corroboraron las hipótesis propuestas en las fases iniciales de la investigación; de igual modo que se recogió información que ofrece luz al entendimiento de los estados depresivos en la niñez.

Para empezar, cabe decir que los análisis estadísticos se aplicaron a una muestra de 178 niños, con edades comprendidas entre los 7 y 12 años, escolarizados, de población no clínica o comunitaria, cuyos centros educativos fueron elegidos mediante un muestreo a conveniencia. Esta muestra resultó de la depuración de los datos reportados por la muestra original de 183 niños.

De este modo, las pruebas estadísticas utilizadas señalan que en nuestra investigación, el IDN manifiesta sólidos parámetros de confiabilidad, de validez de constructo y de validez concurrente, lo que viene a reforzar los hallazgos de Kovacs-Lutz (1992) para Costa Rica, y de otros investigadores a nivel internacional, en cuanto a que el IDN representa una herramienta de tamizaje confiable y válida para la depresión, en la población infantil.

Ciertamente los coeficientes alfa de Cronbach para la Escala Total del IDN son similares en nuestro estudio, en Kovacs-Lutz (1992) y en Kovacs (1992); de igual manera que específicamente se reprodujo la estructura factorial de Kovacs-Lutz (1992) que señala la existencia de 3 factores de significación conceptual que reúnen los 27 ítems de la prueba, y que permiten definir la presencia de 3 subescalas componentes del instrumento.

Sin embargo, en contraste con Kovacs-Lutz, se detectaron leves diferencias respecto de los ítems constitutivos de cada factor y de la valencia de carga de los mismos; así como también se detectó una divergencia en cuanto a la Media y la Desviación estándar correspondiente al grupo de normales de Lutz y a los niños de nuestra población\*. Lo último puede observarse en los siguientes cuadros.

<b>IDN Escala total</b>	<b>Solis (2008)</b>	<b>Kovacs-Lutz (1992)</b>
<b>Cronbach</b>	.820	.85
<b>Número de ítems</b>	27	27
<b>Media para la N normal</b>	10.08	4.18
<b>D.E.</b>	6.206	1.50
<b>Factores</b>	1 Dificultades en Relaciones Interpersonales 2 Disforia 3 Problemas con la autoestima	1 Depresión 2 Entusiasmo (con cargas negativas) 3 Dificultades en las Relaciones Interpersonales

\* No se dispone de datos referentes a la M y D.E. de cada subescala en el estudio de Lutz.

	<b>Solis (2008)</b>	<b>Kovacs-Lutz (1992)</b>
<b>Cronbach de Subescalas del IDN</b>	Relaciones interpersonales ( = .738) Disforia ( =.697) Autoestima ( =.649)	No se dispone de datos.

Es evidente que la población foco de investigación varía en ambos estudios, siendo que Kovacs-Lutz incluye niños normales y niños diagnosticados de depresión, de trastornos somatomorfos y de trastornos de conducta; mientras nuestro estudio se enfoca en poblaciones no clínicas; observándose que el tamaño de la muestra de niños normales también es distinto (40 Lutz, 178 en este proyecto). A esto se suma la separación de 16 años entre el trabajo de campo de una y otra investigación, lo que interesantemente podría guardar relación con el cambio en el orden de los 3 factores por su peso en la Escala total.

En efecto, la preponderancia observada en nuestra investigación, de las dificultades en el ámbito interpersonal como factor de mayor peso en el cuadro depresivo de los pre-púberes, parece evidenciar que en la actualidad los niños se semejan a los adolescentes en cuanto al papel central que juega el entorno social, externo a la familia, en la dinámica psíquica de su etapa evolutiva, en la construcción de su autoconcepto y por ende en la vulnerabilidad a desarrollar estados depresivos.

En este punto, es asimismo valioso anotar que en similitud porcentual con la investigación de Kovacs-Lutz y otras publicaciones internacionales, nuestro estudio encontró que la sumatoria de los ítems explican solamente un 32.5% del total de la varianza del IDN, lo que nuevamente acentúa que el inventario podría ser objeto de una revisión que determine aquellos ítems que realmente representan el constructo a medir, reduciéndose el tamaño del instrumento y depurándose su sensibilidad y especificidad; tal como lo proponen Stark y Laurent (2001), Craighead et al (1998) y la misma Lutz (1992), entre otros.

Cabe consignar que, se considera que la estructura factorial encontrada por nosotros, concuerda en términos generales con la propuesta por Kovacs (1992) y con la de otros investigadores a nivel internacional, en tanto todos los estudios han hallado agrupaciones factoriales referentes a los problemas de interacción social, de autoestima y el estado de ánimo disfórico o entristecido como parte básica del IDN.

Ahora bien, desde la perspectiva de este proyecto investigativo, los parámetros de validez y confiabilidad obtenidos son sólidos para la *tipificación por grupos*, y para el empleo del IDN como un *instrumento de tamizaje*, para muestras no clínicas, que se integre con otras técnicas psicodiagnósticas, en la búsqueda de *indicadores de riesgo de depresión* en los niños. Sin embargo, el uso individual y clínico del inventario requeriría de más análisis y mayores índices de validez y confiabilidad.

En continuidad con lo anotado previamente, se verificó que los indicadores de estados depresivos en los niños, tal como son valorados por el IDN, representan un rasgo cuantitativo con una distribución normal, habiéndonos sido posible delimitar las Medias y Desviaciones Estándar para la totalidad de la muestra en estudio, tanto para la Escala completa del IDN, como para cada una de sus subescalas, y para la Subescala de Felicidad y Satisfacción de Piers-Harris, usada para examinar el autoconcepto.

A este respecto, siguiendo a Matthey y Petrovski (2002), nosotros diferimos en establecer puntajes de corte para determinar la presencia o no de un cuadro depresivo, cuyo potencial de obtener falsos positivos y falsos negativos es elevada. Por el contrario, opinamos que provee mayores parámetros de validez y confiabilidad, la fijación de las Medias para la población no clínica de niños entre los 7 y 12 años, y a partir de ahí considerar que un puntaje cuya media se aleje una D.E. del promedio, amerita de una exploración profunda que corrobore la existencia en el niño de indicadores de riesgo de un estado depresivo.

Por otra parte, dentro de los hallazgos de este proyecto de investigación, también se recabaron datos que constatan las hipótesis propuestas inicialmente y que permiten abordar los objetivos más específicos. Dichos objetivos se refieren a la existencia de correlaciones significativas entre los indicadores de riesgo de estados depresivos y la presencia en la vida del niño de eventos generadores de afectividad negativa y preocupación, de un autoconcepto negativizado y de condiciones familiares adversas.

De tal manera, primeramente se observó una correlación significativa positiva entre el Índice de Eventos Múltiples, construido para fines de esta investigación, y las puntuaciones obtenidas por el niño en la escala Total del IDN, y en cada una de las tres subescalas del instrumento. Esto comprueba la hipótesis de que a mayor número de eventos generadores de afecto negativo y de preocupación, los niños entre los 7 y 12 años de edad son propensos a experimentar más dificultades en las relaciones interpersonales, un estado de ánimo más disfórico, y más problemas con su autoestima. Estos es, la presencia de eventos vitales adversos constituye un indicador de riesgo de que el niño que los afronta podría manifestar en un futuro sentimientos y conductas depresivas.

En este sentido es fundamental aclarar que, los análisis efectuados evidenciaron que, a pesar de que los niños de la muestra reportaron discrepancias significativas entre las medias de las variables examinadas, el examen de las medias y desviaciones estándar del IDN no marcan la diferencia requerida de una D.E. para considerar que el menor cursa deprimido; de ahí que opinamos que los estadísticos recabados informan de *indicadores o factores de riesgo* para la depresión infantil.

El Índice de Eventos Múltiples también mostró una correlación significativa, en esta oportunidad de signo negativo, con la Subescala de Felicidad y Satisfacción de la Escala de Autoconcepto de Piers-Harris; lo que aporta conocimiento acerca del impacto que los eventos vitales adversos poseen sobre el nivel de felicidad y el autoconcepto del niño. Desde nuestro punto de vista, esta correlación denuncia la urgencia de que el niño disponga de un

ambiente sociofamiliar afectivo y apoyante que funcione como un moderador de dicho impacto.

En relación con lo anterior, fue posible definir la naturaleza de aquellos eventos vitales que pusieron de manifiesto una influencia más notoria sobre el estado de ánimo, la calidad de los vínculos interpersonales, la autoestima y el sentimiento de felicidad de los niños de la muestra; de forma que: el traslado de residencia, el fallecimiento de una persona querida, la exposición a discusiones entre adultos a lo interno del sistema familiar, la experimentación de maltrato por parte de una figura adulta, y los problemas económicos del hogar, se enlistaron entre los eventos más generadores de afectividad negativa y preocupaciones.

No obstante, es necesario resaltar que la exposición a maltrato físico o verbal por parte de los coetáneos (coincidente con el constructo actual de "bullying"), y las dificultades académicas, surgieron como los dos acontecimientos adversos que incidieron de modo sustancial en el autoconcepto y en los puntajes del IDN de los niños participantes en la investigación.

Respecto a ello, siguiendo a Herman et al (2008) y a Ginsburg (2007), es factible hipotetizar que los cambios socioculturales en la estructura y dinámica familiar, y en las expectativas socioeconómicas de lo que se define como exitoso, que está estrictamente ligado a la competitividad académica y a la popularidad social, han generado una influencia desfavorable en el desarrollo socioemocional del niño. Es así que, al carecer de un ambiente familiar que module posibles percepciones distorsionadas, los menores son vulnerables a establecer una asociación entre las dificultades escolares y sociales que enfrentan, con cogniciones negativas personales de ineficacia; lo que conduce a retomar las teorías, basadas en la evidencia, que estipulan el nexo estrecho que une al pensamiento depresógeno con el sentido de autoeficacia de la persona.

Asimismo, los análisis efectuados arrojaron información referente a los tipos específicos de afectividad negativa que parecen asociarse con mayor significación a la existencia de eventos adversos; encontrándose que los indicadores semánticos que se muestran más relacionados con dichos acontecimientos, son aquellos que expresan sentimientos de aburrimiento, de soledad, de tristeza, de enojo, de nerviosismo y de vergüenza.

Concretamente, la soledad, el aburrimiento y la vergüenza se revelaron como los afectos más coligados con los problemas de autoestima, con la infelicidad, y con índices mayores en la escala completa del IDN; lo que permite sopesar la posibilidad de estos sentimientos sean los más representativos de la afectividad negativa que caracteriza a la depresión en los niños; que como sabemos no se limita a manifestarse como tristeza. Ahora bien, se puede añadir que la tristeza, el nerviosismo (o ansiedad) y el enojo exhibieron también un ligamen, aunque menos generalizado, con el IDN y la Subescala de Felicidad y Satisfacción.

Otra de nuestras hipótesis sometidas a comprobación, tiene que ver con la correlación existente ente los indicadores de riesgo de depresión en los niños y las características del ambiente familiar tal como son percibidas por estos. Al respecto, se detectó una interacción

significativa y positiva entre: Escala Total del IDN y la frecuencia de las discusiones adultas que el niño atestigua, la frecuencia de los castigos que recibe, y la naturaleza del vínculo con ambos padres; de modo que dada esa correlación: a más problemas en la interacción con su padres, a más castigo y a más discusiones entre los adultos con quienes convive; el niño manifiesta más probabilidades de alcanzar una puntuación elevada en el IDN.

La interacción descrita se observa también, pero en sentido negativo, para la Subescala de Felicidad y Satisfacción de Piers-Harris; siendo que a mayor exposición a discusiones adultas y a mayores problemas en la relación padres-hijos, los niños externan menores índices de felicidad y un autoconcepto potencialmente más deteriorado. Es fundamental agregar que, igualmente, se descubrió una correlación significativa entre el afecto que el niño percibe le es suministrado por su familia y los indicadores de depresión y de autoconcepto empobrecido que recopilan el IDN y la Subescala de Piers-Harris.

Se confirma entonces que la presencia en la vida de los niños de las condiciones del clima familiar arriba mencionadas, nuevamente podrían tomarse como factores o indicadores de riesgo a sufrir estados depresivos. Resulta determinante recalcar que el hecho de no sentirse lo suficientemente amado, de poseer conflictos en las relaciones con sus figuras parentales y de presenciar discordia familiar; no solamente parece ejercer un efecto sobre la autoestima, la felicidad, y el estado de ánimo del niño, sino que acarrea consecuencias potencialmente nocivas en su funcionamiento social. Como se anotó, el sentido de competencia social se destaca como uno de los ámbitos de mayor peso, en la actualidad, sobre la afectividad positiva o negativa que experimente un niño, y por consiguiente la afectación de esta área incrementaría la vulnerabilidad del menor a estados de corte depresivo.

En cuanto al ambiente familiar, resta destacar el significativo efecto bilateral, de valencia positiva, encontrado entre la condición socioeconómica del hogar y el puntaje total de la Subescala de Felicidad y Satisfacción de Piers-Harris. Esto parece denunciar que los niños de las generaciones actuales tienden estar más conscientes y a dar mayor preponderancia a la solvencia económica y posición social; de forma que refieren un sentimiento más marcado de felicidad y un autoconcepto positivo cuando cuentan con mejores condiciones socioeconómicas en su familia; o viceversa. Asimismo, podría hipotetizarse que los cambios a nivel macroestructural que la sociedad y la familia han sufrido, en términos de sistema de valores y metas, inciden entonces en el grado de satisfacción y en el autoconcepto que los pequeños desarrollan.

En síntesis, los estadísticos aplicados a los datos ofrecidos por los niños que conformaron la muestra en estudio, apuntan a una confirmación de la hipótesis que proponía la existencia de un nivel de covarianza significativo entre: [los indicadores de riesgo de depresión medidos por el IDN](#), y la presencia de un autoconcepto y una autoestima deteriorados, de eventos vitales adversos, y de un ambiente familiar percibido por el niño como insuficiente en el suministro afectivo y caracterizado por discusiones.

Dadas las correlaciones halladas, desde nuestra perspectiva, es posible teóricamente colocar, a la estructura y clima familiar y al autoconcepto (positivo) en el papel de factores



moderadores (de riesgo o de protección) ante la existencia de eventos vitales fuente de afectividad negativa y preocupación, y consecuentemente del riesgo de depresión. Si bien la comprobación estricta de esta interacción de variables exige el desarrollo de más investigación de tipo prospectivo.

Antes de concluir, un aspecto interesante que amerita discutir en este informe, corresponde al efecto del sexo, de la edad y del grado escolar en parámetros de validez y fiabilidad, y en las correlaciones estudiadas. De manera que cabe consignar que no se registró sesgo por sexo, edad o nivel escolar.

Específicamente con respecto a la primera de estas variables y al IDN, los datos descritos coinciden con la teoría, que refiere que la incidencia de los desórdenes depresivos denotan diferencias por sexo únicamente después de la pubertad, etapa evolutiva en la que las mujeres alcanzan porcentajes más elevados que los varones (Craighead, 1998). Esto, resulta congruente con Kovacs-Lutz (1992), que para nuestro país no descubrió la existencia de una divergencia por sexo en los resultados de su estudio; y concuerda también con la literatura internacional, en la que Weiss et al (1991) comunican que la divergencia significativa por sexo en los puntajes del IDN se manifiesta en los grupos de adolescentes, pero no en los grupos de niños.

Por supuesto que se han publicado estudios que encuentran diferencias significativas por sexo, por ejemplo, Gándara y Carrasco (2004) para la adaptación española del inventario. Estos autores exponen que a partir de los 10 años, se marca una mayor propensión de las niñas a obtener puntuaciones más elevadas en el IDN total y en sus dos subescalas. Pero estas discrepancias no se registran en el presente proyecto investigativo.

Por tanto, concluimos que los resultados de la presente investigación, han aportado mayor solidez al Inventario de Depresión Infantil de Kovacs, en la adaptación realizada por Kovacs-Lutz para nuestro país, la cual se tomó de base para este estudio.

En efecto, el IDN mostró parámetros de confiabilidad sobresalientes para un cuestionario de autoreporte y de tamizaje, en su aplicación grupal. Se aúna una significativa validez de constructo y validez concurrente, en la medida que se detectó una estructura factorial clara y firme, que reproduce la descubierta por Kovacs-Lutz (1992) y es coincidente con aquella de Kovacs (1992); y se estableció una correlación de fuerte significancia, en dirección negativa, entre la Escala total del IDN y el puntaje total de la Subescala de Felicidad y Satisfacción de la Escala de Autoconcepto de Piers-Harris (que demostró además una respetable confiabilidad en nuestra muestra).

De modo similar, opinamos que es valioso anotar como un aporte de esta investigación, la elaboración de los dos índices que denominamos Índice de Eventos Múltiples e Índice Socioeconómico, cuyas Medias y D.E. para la muestra, pueden ser útiles en la búsqueda de factores de riesgo para los estados depresivos en la niñez.

Se corroboró, en primer lugar, un nivel de correlación significativo entre: 1. las características del autoconcepto y autoestima del niño, del ambiente familiar, y el número de eventos vitales adversos y 2. la presencia de indicadores de riesgo de depresión del niño, lo que parece asignar, de manera no absoluta claro está, un valor predictivo de las variables descritas para los estados depresivos en la población pediátrica. Datos cuyo valor tiene que ver con que, desde una perspectiva vulnerabilidad-estrés y con el interés de promover la salud mental de los niños, poseer indicadores es clave en la prevención de cualquier psicopatología, en este caso, la depresión.

Además, la determinación de índices de validez y confiabilidad satisfactorios para el IDN, evidencia la capacidad de los niños de la muestra para reportar sus sentimientos y pensamientos respecto de sí mismos, del ambiente familiar y de los eventos vitales enfrentados en los últimos meses, haciendo uso de instrumentos de papel y lápiz; lo cual señala igualmente la utilidad y validez de los cuestionarios de auto-informe en la población infantil.

Para terminar este informe de investigación, es necesario rescatar que la extensión de la muestra y sus características concretas, dícese de población escolarizada (entre segundo y sexto grado de escuela primaria), de zona urbana, de edades entre los 7 y 12 años, y seleccionada por muestreo a conveniencia; constituyen limitaciones a la generalización de los resultados obtenidos a poblaciones distintas.

Igualmente, el uso de dos cuestionarios contruidos para fines de esta investigación, que a pesar de que su elaboración se basó en el análisis de la teoría y de otros instrumentos internacionales acerca de la estructura y clima familiar y los eventos adversos; no disponen de parámetros de confiabilidad y validez establecidos, también amerita ser considerado como una limitación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. APA. (1995) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV. MASSON, S.A. 4ta edición.
2. Arias, H. y Astúa, L.C. (2002). Guía facilitadora para la Intervención Terapéutica desde el Modelo Cognitivo-Conductual-Emocional de la Depresión en Niños de 5 a 8 años según Beck y Ellis. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología, Universidad de Costa Rica, San José.
3. Barrantes, F. (1992). Incidencia de Síntomas Depresivos en Niños de Padres Separados. Trabajo Final de Graduación para obtener el título de Especialista en Psiquiatría. UCR/SEP/CENDEISS. San José.
4. Bermúdez, M.P. (2004). Evaluación y tratamiento del déficit de autoestima. En: Bermúdez, M. y Bermúdez, A. Manual de Psicología Clínica Infantil: Técnicas de evaluación y Tratamiento. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid.
5. Bhatia, S. y Bhatia, S. Childhood and adolescent Depression. American Family Physician. January 1, 2007, Vol. 75, No 1.
6. Blanchard, L.T. et al. Emocional, developmental, and behavioral health of american children and their familias: a report from the 2003 National Survey of Children´s Health. Pediatrics Volume 117, Number 6, June 2006
7. Caballo, V. (1995). Manual de Psicopatología y Trastornos Psiquiátricos. Siglo Veintiuno Editores.
8. Cervilla, J. y García-Rivera, C. (2000). Fundamentos biológicos en psiquiatría. MASSON. Barcelona.
9. Cole, D.A. et al. Structural Differences in Parents and Chile reports of Children´s symptoms of depression and anxiety. Psychological Assessment, 2000, Volume 12, Number2, 174-185.
10. Cole, D.A. y Martin, N.C. The longitudinal Structure of the Children´s Depression Inventory: testing a latent trait-state model. Psychological Assessment, 2005, Volume 17, Number 2, 144-155.
11. Coy, Jurado y Otros, Tratamiento psicofisiológico y conductual del trastorno de ansiedad. Salud Mental, Vol. 28, No 1, febrero 2005.
12. Craighead et al. Factor Análisis of the Children´s Depression Inventory in a Community Sample. Psychological Assessment, 1998, Volume 10, Number 2, 156-165.

13. Cuevas, M.C. y Teva, I. (2004). Evaluación y tratamiento de la depresión infantil. En: Bermúdez, M. y Bermúdez, A. Manual de Psicología Clínica Infantil: Técnicas de evaluación y Tratamiento. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid.
14. Davanzo, P. et al. Spanish translation and reliability testing of the Child Depression Inventory. Child Psychiatry and Human Development, Vol. 35(1), Fall 2004.
15. Davis-Kean, P.E. y Sandler, H.M. A Meta-Analysis of Measures of Self-Esteem for Young Children: A framework for future measures. Child Development, May/June 2001, Volume 72, Number 3, pages 887-906.
16. Dunn, V. y Goodyer, I.M. Longitudinal investigation into childhood- and adolescence-onset depression: psychiatric outcome in early adulthood. British Journal of Psychiatry (2006), 188, 216-222.
17. Erkolahti, R. et al. Self-image and depressive symptoms among adolescents in a non-clinical sample. NORD JOURNAL PSYCHIATRY, Volume 57, No 6, 2003.
18. Espinosa, M. La evaluación del ambiente familiar. En: Silva Moreno, F. (1995). Evaluación Psicológica en niños y adolescentes. Editorial Síntesis, S.A. Madrid.
19. Gándara, V. y Carrasco, M.A. (2004). CDI Inventario de Depresión Infantil María Kovacs. Adaptación Española. TEA Ediciones S.A: Madrid.
20. Garaigordobil, M. et al. Psychopathological symptoms, behavioral problems, and self-concept/self-esteem: A study of adolescents aged 14 to 17 years old. Annuary of Clinical and Health Psychology, 1 (2005), 53-63.
21. Ginsburg, K.R. The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bonds. Pediatrics Volume 119, Number 1, January 2007
22. Gorostegui, M.E. y Dörr, A. Género y Autoconcepto: Un Análisis Comparativo de las Diferencias por Sexo en una Muestra de Niños de Educación General Básica (EGB) (1992-2003). Universidad de Chile. PSYKHE 2005, Vol. 14, Nº 1, 151 - 163
23. Herman, K. et al. Low academic competence in first grade as a risk factor for depressive cognitions and symptoms in Middle school. Journal of Counseling Psychology 2008, Vol.55, No.3, 400-410.
24. Hernández Sampieri, R. et al. (2003). Metodología de la Investigación. McGraw-Hill. Tercera edición. México.
25. Hospital Nacional Psiquiátrico. Anuario Estadístico 2006. Costa Rica.

- 26.** Kagan, J. The role of parents in children's psychological development. Pediatrics Volume 104, Number 1, July 1999.
- 27.** Kampaus, R.W. y Frick, P.J. (2000). Evaluación de la Personalidad y la Conducta del Niño y del Adolescente. Editorial El Manual Moderno. México.
- 28.** Kennard, B.D. et al. Relapse and recurrence in Pediatric Depression. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 15 (2006), 1057-1079.
- 29.** Kim-Cohen, J. Resilience and developmental Psychopathology. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 16 (2007) 271-283.
- 30.** López, M. (2003). Elaboración y aplicación de un Programa de alfabetización emocional para el Tratamiento de la depresión en cuatro niños y niñas de 4 y 5 años de la zona de Alajuela. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología, Universidad de Costa Rica, San José.
- 31.** Lozada, T. et al. (2005). Comprensión del autoconcepto que tienen los niños que presentan fracaso escolar en matemáticas: un estudio de casos. Proyecto de Grado, Pontificia Universidad Javeriana. Colombia. Accesada en: [www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/psicologia/tesis22.pdf](http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/psicologia/tesis22.pdf)
- 32.** Lutz, G. (1992). Adaptación del Inventario de Depresión para niños en escolares del cuarto, quinto y sexto grado pertenecientes al Área Metropolitana de San José. Tesis para optar por el grado de Magíster Sciential, Universidad de Costa Rica, San José.
- 33.** Ma, J. et al. Depression treatment during outpatients visits by U.S. children and adolescents. Journal of Adolescent Health 37 (2005) 434-442
- 34.** Mardomingo, M.J. et al. Trastornos psiquiátricos de los padres y psicopatología en los hijos. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil Número 4/2005 Octubre-Diciembre.
- 35.** Matthey, S. y Petrovski, P. The Children's Depression Inventory: Error in cutoff scores for screening purposes. Psychological Assessment. 2002, Vol. 14, No.2, 146-149.
- 36.** Méndez, F.X. et al. Características Clínicas y Tratamiento de la depresión en la infancia y adolescencia. En: Caballo, V. E. y Simón, M.A. Manual de Psicología Clínica infantil y del adolescente. (2002). Ediciones Pirámide. Madrid.
- 37.** Organización Panamericana de la Salud. Ministerio de Salud. (2004). Situación Actual de la Salud Mental en Costa Rica. San José, Costa Rica.
- 38.** Pachter, L.M. et al. Do Parenting and the Home Environment, Maternal Depression, Neighborhood, and Chronic Poverty affect Child Behavioral Problems differently in Different Racial-ethnic Groups? Pediatrics Volume 117, Number4, April 2006.

- 39.** Prada, E. (2005). Psicología positiva y emociones positivas. En: [www.psicologia-positiva.com/Psicologiapos.pdf](http://www.psicologia-positiva.com/Psicologiapos.pdf)
- 40.** Roustit, C. et al. Family breakup and adolescents' Psychosocial maladjustment: public health implications of family disruptions. Pediatrics Volume 120, Number 4, October 2007
- 41.** Saborío Valverde, C. Estrategias de evaluación psicológica en el ámbito forense. Medicina Legal de Costa Rica Volumen 22 Número1 Heredia marzo 2005.
- 42.** Sánchez, R. (1991). Autoconcepto de las madres en relación con el autoconcepto de los hijos. Investigación presentada para optar por la Especialidad en Psicología Clínica. UCR/SEP/CENDEISS. San José.
- 43.** Sattler, J.M. y Hoge, R.D. (2006). Assessment of Children: behavioural, social and clinical foundations. Jerome M. Sattler, Publisher, Inc. San Diego. 5<sup>th</sup> Edition.
- 44.** Sorensen, M.J. et al. Children's Depresión Inventory and classification of mayor depressive disorder. Validity and reliability of the Danish version. European Child Adolescent Psychiatry (2005) Volume 14, Number 6, 328-334.
- 45.** Stark, K. y Laurent, J. Joint Factor Analysis of the Children's Depression Inventory and the Revised Children's Manifest Anxiety Scale. Journal of Clinical Child Psychology, 2001, Vol.30, No.4, 552-567.
- 46.** Timbremont, B., Braet, C. y Dreessen, L. Assessing Depression in Youth: relation between the Children's Depression Inventory and a Structured interview. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. 2004, Volume 33, Number 1, 149-157.
- 47.** Tirapu Ustárróz, J. et al. Propuesta de un modelo dimensional para los trastornos de personalidad. Actas españolas de Psiquiatría; 2005, 33(4).
- 48.** Tisher, M. The Children's Depression Scale in Family Therapy: Hearing the hurt. ANZJFT Volume 28 Number 3 2007 pp.130-137
- 49.** Vázquez, Muñoz y Becoña. ¿Qué tratamientos son eficaces para tratar la depresión: psicológicos, médicos o combinados?. Psicología Conductual, Vol. 8, No 3, 2000, pp. 561-591.
- 50.** Weiss, B. et al. Developmental Differences in the Factor Structure of the Children's Depression Inventory. Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1991, Volume 3, Number 1, 38-45.
- 51.** WHO. (2004). Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas. OMS Datos publicados en Catálogos de la Biblioteca. Ginebra.

- 52.** Zalsman, G. et al. Depressive Disorders in Childhood and adolescence: An overview. Epidemiology, Clinical Manifestation and Risk factors. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 15 (2006), 827-841.
  
- 53.** Zalsman, G. et al. Neurobiology of depression in children and adolescents. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 15 (2006), 843-868.

# ANEXOS



Sistema de Estudios de Posgrado-Universidad de Costa Rica  
Especialidad en Psicología Clínica

## FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para permitir que su hijo o hija participe en el proyecto de investigación:

Aportes al estudio de la validez y la confiabilidad del Inventario de Depresión Infantil en niños y niñas costarricenses entre 8 y 12 años de edad

Nombre de la Investigadora principal a cargo del Proyecto: Licda. Fedra Solís D.

Nombre del Profesor Asociado: Dr. Domingo Campos Ramírez

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

**A. PROPÓSITO DEL PROYECTO:** El propósito principal de este estudio es poner a prueba una versión costarricense del Inventario de Depresión Infantil, originalmente desarrollado por la Dra. Kovacs, en un grupo de niños y niñas costarricenses con edades entre los 8 y 12 años, asistentes a centros educativos públicos y privados del sistema nacional de educación.

Este inventario es un cuestionario ampliamente utilizado, a nivel mundial, para evaluar la presencia de síntomas depresivos en niños y adolescentes, así como para determinar la gravedad de dichos síntomas; por lo que es un instrumento muy útil como parte del proceso diagnóstico de la depresión en menores, para orientar a los profesionales de la salud sobre la necesidad de profundizar en la valoración del niño o adolescente que se sospecha está deprimido y para proporcionar el tratamiento especializado cuando es necesario.

Ahora bien, es importante que las pruebas y los cuestionarios que se empleen para examinar este tipo de rasgos y/o situaciones posean validez y confiabilidad. La validez significa que la prueba o cuestionario está realmente diseñado para medir depresión, de manera que cuando sus resultados indican que el niño no está deprimido, verdaderamente no lo está. Confiabilidad significa que el instrumento da los mismos resultados ante sujetos con los mismos rasgos, pero además que sirve para caracterizar las diferencias entre los sujetos con puntajes altos y bajos, es decir que sirve para captar las diferencias en la intensidad del rasgo.

Para lograr lo anterior es indispensable, sin embargo, determinar como se comporta el instrumento en la población infantil en general; en términos técnicos, esto último significa que es importante establecer como funciona el instrumento en una muestra no clínicamente diagnosticada con depresión. Además, se deben medir otros aspectos o la presencia de otras situaciones que nos permitan determinar con claridad cuando la presencia de un puntaje alto tiene correlatos vitales que puedan explicar su presencia.

Su hijo o hija ha sido seleccionado al azar y es elegible para participar en esta investigación porque tiene entre 8 y 12 años de edad, asiste a una institución escolar, sabe leer y escribir, y hasta el momento no ha sido diagnosticado de depresión por un médico, psiquiatra o psicólogo.

**B. ¿QUÉ SE HARÁ?** Si usted acepta que su hijo o hija forme parte de este estudio, él o ella será reunido en un aula junto con otros niños de la escuela que también participen. En el aula, estará presente un funcionario del centro educativo y un asistente de investigación, capacitado en este tipo de tareas. Este (a) asistente les aplicará a los niños: el CDI y otros cuestionarios breves que evalúan autoestima y concepto personal, eventos estresantes y características generales del ambiente familiar.

En el aula, los cuestionarios serán leídos en voz alta por el (la) asistente al mismo tiempo que su hijo o hija los lee en silencio; y se le pedirá que conteste a cada pregunta marcando con un lápiz la respuesta que mejor describe sus ideas y sus sentimientos.

Los cuestionarios son anónimos, es decir, su hijo o hija **no** deberá anotar su nombre en ellos, por lo que la confidencialidad se mantendrá en todo momento, y se respetará la intimidad de su hijo (a) y de su familia. El propósito del estudio es conocer más sobre la utilidad del CDI y sobre las características grupales de la depresión en los niños costarricenses en general que en términos de diagnóstico individual; por lo que la información que su hijo proporcione será analizada como parte de la muestra total y no en forma personal o individual.

La administración grupal de los cuestionarios a los niños tendrá una duración aproximada entre los 40 y 50 minutos, durante una única sesión.

**C. RIESGOS:** El riesgo de participar en un estudio de esta naturaleza es muy reducido:

1. El niño o niña podría sentirse cansado o bien aburrirse durante la aplicación de los cuestionarios, en dado caso se le dará un descanso breve, o se decidirá si se le continúan administrando los cuestionarios de modo individual en otra oportunidad.

2. El hecho de contestar preguntas que tienen que ver con la depresión, la autoestima, las situaciones de su vida que le provocan tensión y la familia, podría hacer que el niño o niña se sienta ansioso o preocupado. Durante la aplicación de los cuestionarios el asistente estará alerta en todo momento para interrumpir la administración si detecta que esto ocurre y que esos sentimientos afectan el bienestar del menor.

**D. BENEFICIOS:** Como resultado de la participación de su hijo o hija en este estudio, no se obtendrá ningún beneficio directo, sin embargo, es posible que los investigadores aprendan más acerca de la validez y confiabilidad del CDI y sobre las características de la depresión en niños costarricenses entre los 8 y 12 años de edad; y este conocimiento podría beneficiar a otros niños en el futuro.

**E.** Si antes de dar su autorización para este estudio usted desea hablar con la Licda. Fedra Solís Durán o con el Dr. Domingo Campos sobre la investigación, puede usted llamarlos al teléfono 22075636, en el Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad de Costa Rica, en el horario de 8 am a 5 pm, de lunes a viernes. Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

**F.** La participación de su hijo o hija en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión tenga consecuencia adversa alguna.

**G.** La participación de su hijo o hija en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de una manera anónima.

**H.** No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

### CONSENTIMIENTO

He leído, o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a que mi hijo o hija participe como sujeto de investigación en este estudio.

-----  
Nombre, cédula y firma del padre, madre o encargado legal del niño

Fecha:

# CUESTIONARIO AF-SSE

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



"En este cuestionario te pido que respondas a unas preguntas sobre vos y tu familia. Tus respuestas son confidenciales, lo que quiere decir que nadie más se va a enterar de lo que vos contestas, por eso te pido que seas muy sincero o sincera. Sólo tienes que marcar con una equis "X", en la casilla que describa mejor a tu familia y a vos. Puedes marcar más de una casilla". ¿Listo?

**1. ¿Quiénes viven con vos en tu casa?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Papá                | <input type="checkbox"/> Padrastro o madrastra |
| <input type="checkbox"/> Mamá                | <input type="checkbox"/> Sobrinos              |
| <input type="checkbox"/> Hermanos o hermanas | <input type="checkbox"/> Padres adoptivos      |
| <input type="checkbox"/> Abuelos             | <input type="checkbox"/> Otras personas        |
| <input type="checkbox"/> Tíos o tías         |  |

**2. ¿En tu familia quiénes trabajan para ganar dinero?**

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Papá                  | <input type="checkbox"/> Tú          |
| <input type="checkbox"/> Mamá                  | <input type="checkbox"/> Abuelos     |
| <input type="checkbox"/> Padrastro o madrastra | <input type="checkbox"/> Tíos o tías |
| <input type="checkbox"/> Hermanos mayores      |                                      |

**3. ¿Cuando vos estás en la casa, quién te cuida o te ayuda cuando lo necesitas?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Papá                  | <input type="checkbox"/> Tíos o tías        |
| <input type="checkbox"/> Mamá                  | <input type="checkbox"/> Empleada doméstica |
| <input type="checkbox"/> Padrastro o madrastra | <input type="checkbox"/> Vecinos            |
| <input type="checkbox"/> Hermanos              | <input type="checkbox"/> Nadie              |
| <input type="checkbox"/> Abuelos               |   |

**4. ¿Quién se encarga de regañarte o castigarte cuando desobedeces o te portas mal?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Papá                  | <input type="checkbox"/> Tíos o tías                     |
| <input type="checkbox"/> Mamá                  | <input type="checkbox"/> Abuelos                         |
| <input type="checkbox"/> Padrastro o madrastra | <input type="checkbox"/> Empleada doméstica              |
| <input type="checkbox"/> Hermanos mayores      | <input type="checkbox"/> Nadie, yo hago lo que yo quiero |

**5. ¿Cómo te castigan en tu familia?**

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> No te dejan ver televisión                    | <input type="checkbox"/> Te pegan   |
| <input type="checkbox"/> No te dejan salir a divertirse                | <input type="checkbox"/> Te regañan |
| <input type="checkbox"/> No te dejan jugar o hacer cosas que te gustan |                                     |

**Pasa la página ➡**

**6. ¿Cuántas veces a la semana te castigan?**

- 1 vez  
 2 veces  
 3 veces
  Más veces  
 Ninguna

**7. Cuando estás en tu casa, puedes jugar con:**

- Papá  
 Mamá  
 Hermanos o hermanas
  Amigos que te visitan  
 Juegas solo o sola

**8. Cuando tienes un problema con cuál persona adulta prefería hablar:**

- Papá  
 Mamá  
 Padrastro o madrastra  
 Alguno de tus hermanos mayores  
 Alguno de tus tíos o tías
  Abuelos  
 Alguno de tus maestros  
 Un vecino que te agrada  
 No hablás con nadie

**9. ¿Cuántas veces discuten los adultos que viven con vos?**

- Siempre  
 Muchas veces
  A veces  
 Nunca discuten

**10. De las siguientes actividades, cuáles hacen juntos los miembros de tu familia?**

- Comer (el desayuno, el almuerzo o la cena)  
 Paseos  
 Limpieza de la casa  
 Celebraciones de cumpleaños
  Ver televisión  
 Estudiar  
 No hacemos nada juntos

**11. En tu casa, a veces hace falta dinero para comprar comida, pagar los recibos y comprar otras cosas que necesitan?**

- Sí
  No

**12. ¿Qué te corresponde a vos hacer en tu casa?**

- Lavar los platos  
 Secar los platos  
 Barrer la casa  
 Ayudar a cocinar  
 Sacar la basura  
 Tender las camas
  Limpiar las ventanas  
 Sacudir los muebles  
 Barrer el patio  
 Aplanchar  
 Otra cosa  
 Nada

**Pasa la página ➡**

13. **¿Cómo te llevas con tu mamá?**

- Muy bien  
 Más o menos, discutimos muchas veces  
 Mal, discutimos casi todos los días

14. **¿Cómo te llevas con tu papá?**

- Muy bien  
 Más o menos, discutimos muchas veces  
 Mal, discutimos casi todos los días

15. **Si tienes padrastro o madrastra, dime: ¿Cómo te llevas con él o ella?**

- Muy bien  
 Más o menos, discutimos muchas veces  
 Mal, discutimos casi todos los días

16. **¿Cuánto sentís que te quiere tu familia?**

- Mucho  Un poco  Casi Nada

17. **¿Tu mamá (o tu madrastra) tiene tiempo para hablar y para hacer algo divertido con vos?**

- Sí  No

18. **¿Tu papá (o tu padrastro) tiene tiempo para hablar y para hacer algo divertido con vos?**

- Sí  No

19. **¿Cuáles de las siguientes cosas tiene tu familia?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Celular                 | <input type="checkbox"/> DVD o VHS                       |
| <input type="checkbox"/> Internet                | <input type="checkbox"/> Play station o nintendo         |
| <input type="checkbox"/> Televisión por cable    | <input type="checkbox"/> Carro                           |
| <input type="checkbox"/> Lavadora                | <input type="checkbox"/> Motocicleta                     |
| <input type="checkbox"/> Tanque de agua caliente | <input type="checkbox"/> Recibe el periódico diariamente |

20. **¿Quiénes son las personas más felices de tu familia?**

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Papá                  | <input type="checkbox"/> Tú          |
| <input type="checkbox"/> Mamá                  | <input type="checkbox"/> Empleada    |
| <input type="checkbox"/> Padrastro o madrastra | <input type="checkbox"/> Abuelos     |
| <input type="checkbox"/> Tus hermanos          | <input type="checkbox"/> Tíos o tías |
| <input type="checkbox"/> Tus hermanas          | <input type="checkbox"/> Nadie       |

¡Gracias por tu ayuda!

Fecha: / / Grado: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Sexo: Varón \_\_\_ Mujer \_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_



# CDI

## INSTRUCCIONES

A veces los niños tienen diferentes sentimientos e ideas. Te voy a leer un grupo de oraciones y quiero que escojás la que mejor te describa durante las dos últimas semanas. Aquí no hay respuestas correctas o incorrectas. Sólo tenés que escoger la que mejor describa la forma en que te ha sentido últimamente.

**Veamos un ejemplo:**

- Leés libros todo el tiempo
- Leés libros de vez en cuando
- Nunca leés libros

**PASA A LA PÁGINA SIGUIENTE**

# CDI

Decime cuál de las oraciones te describe mejor.  
Recordá escoger las oraciones que describen tus sentimientos e ideas de las dos últimas semanas.

1

- De vez en cuando estás triste
- Muchas veces estás triste

7

- Odiás como sos
- No te gusta como sos
- Te gusta como sos

2

- Nada te sale bien
- No estás seguro de que las cosas te saldrán bien
- Las cosas te saldrán bien

8

- Todas las cosas malas son tu culpa
- Muchas cosas malas son tu culpa
- Algunas cosas malas son tu culpa

3

- Hacés bien la mayoría de las cosas
- Hacés mal muchas cosas
- Todo lo hacés mal

9

- No pensás en matarte
- Pensás en matarte pero no creés que lo harías
- Algunas veces has pensado seriamente en matarte

4

- Te divertís con muchas cosas
- Te divertís con algunas cosas
- Nada es divertido

10

- Las cosas te molestan todo el tiempo
- Las cosas te molestan muchas veces
- Las cosas te molestan de vez en cuando

5

- Todo el tiempo te sentís mal
- Muchas veces te sentís mal

11

- Te gusta estar con las personas
- Muchas veces no te gusta estar con las personas
- No te gusta estar con las personas

6

- De vez en cuando pensás acerca de cosas malas que te pasan
- Te preocupás por las cosas malas que te sucederán
- Estas seguro de que te sucede-

12

- Todos los días tenés ganas de llorar
- Muchos días tenés ganas de llorar
- De vez en cuando tenés ganas de llorar

18

- La mayoría de los días no tenés ganas de comer
- Algunos días no te sentís con ganas de comer
- Comes muy bien

13

- No sabés lo que querés hacer
- Te es difícil saber lo que querés hacer
- Fácilmente sabés lo que querés hacer

19

- No te preocupas por los dolores de tu cuerpo
- Muchas veces te preocupas por los dolores
- Todo el tiempo te preocupas por los dolores de tu cuerpo

14

- Te ves bien
- Hay algunas cosas de tu apariencia que no te gustan
- Sos feo

20

- No te sentís solo
- Muchas veces te sentís solo
- Te sentís solo todo el tiempo

15

- Todo el tiempo tenés que obligarte a hacer el trabajo de la escuela
- Muchas veces tenés que obligarte a hacer el trabajo de la escuela
- Hacer el trabajo de la escuela no es un problema para vos

21

- Nunca te divertís en la escuela
- De vez en cuando te divertís en la escuela
- Muchas veces te divertís en la escuela

**Recuerda describe como has estado en las últimas dos semanas**

16

- Todas las noches tenés problemas para dormir
- Muchas noches tenés problemas para dormir
- Dormís muy bien

22

- Tenés muchos amigos
- Tenés algunos amigos, pero quisieras tener más
- No tenés ningún amigo

17

- De vez en cuando estas cansado
- Muchos días estas cansado
- 

**No te detengas continúa en la página siguiente**



23

- Tu trabajo de la escuela va bien
- En la escuela no te va tan bien como antes
- Te va muy mal en asignaturas en

24

- Nunca podrás hacer las cosas tan bien como las hacen otros niños
- Si querés, podés hacer las cosas tan bien como los otros niños
- Hacés las cosas tan bien como lo hacen los otros niños

25

- Casi siempre hacés lo que te dicen
- A veces hacés lo que te dicen
- Nunca hacés lo que te dicen

26

- Realmente nadie te quiere
- No estás seguro si alguien te quiere
- Estás seguro de que alguien te quiere

27

- Te llevás bien con las personas
- Muchas veces tenés peleas con las personas
- Todo el tiempo tenés proble-

**Fin  
de la  
prueba**