

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN EN LA POBLACIÓN
ESCOLARIZADA ENTRE 8 Y 14 AÑOS DE EDAD DEL MUNICIPIO DE PASTO

SANDRA LUCIA PAZ SAAVEDRA

CAMILO ESCOBAR NARANJO

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
SAN JUAN DE PASTO

2005

TABLA DE CONTENIDOS	Pág.
TABLA DE CONTENIDOS	1
LISTA DE TABLAS	10
LISTA DE FIGURAS	16
INTRODUCCION	21
TEMA	22
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
Formulación del problema	26
Sistematización del problema	26
JUSTIFICACIÓN	28
OBJETIVOS	31
Objetivo general	31
Objetivos específicos	31
MARCO TEÓRICO	32
Desarrollo evolutivo de los 6 a los14 años	32
Niñez intermedia	32
Desarrollo cognitivo	32
Desarrollo emocional	35
Desarrollo social	36
La adolescencia temprana	39
Desarrollo cognitivo	39
Desarrollo físico	40
Desarrollo emocional	41

Desarrollo social	42
Psicopatología Infantil	43
Consideraciones epidemiológicas	44
Diferencias asociadas a la edad	44
Estatus socioeconómico	44
Diferencias asociadas al género	45
Cuestiones básicas de la psicopatología infantil	45
Psicopatología/normalidad	45
Funcionamiento adaptativo	46
Continuidades y discontinuidades evolutivas	46
Vías de desarrollo	47
Riesgo y resistencia	48
Influencias contextuales	50
La comorbilidad	50
Ansiedad en la infancia y adolescencia temprana	51
Síntomas de la ansiedad	52
Síntomas subjetivo cognitivos	53
Síntomas fisiológicos	53
Síntomas motores o conductuales	53
Perspectiva evolutiva	54
Epidemiología	55
Etiología	57
Teorías Biológicas	57

Teorías conductuales	59
Teorías cognitivas	61
Factores de Riesgo	63
Rasgos de Personalidad	63
Psicopatología paterna	63
Ambiente familiar	64
Problemas Médicos	65
Nivel Socioeconómico	65
Género	65
Relación entre factores	66
Pronóstico	67
Depresión en la infancia y adolescencia temprana	68
Síntomas de la depresión infantil	69
Perspectiva evolutiva	71
Epidemiología	73
Teorías etiológicas	75
Modelo socio-ambiental	75
Modelo de la indefensión aprendida	77
Modelo cognitivo	78
Modelo de autocontrol	79
Factores de riesgo	80
Pronóstico	82
Comorbilidad entre Ansiedad y Depresión Infantil	83

Definición y Descripción	83
Síntomas Clínicos	85
Epidemiología	85
Modelos de Comorbilidad	87
Modelo unitario	87
Modelo dualista.	88
Modelo ansioso-depresivo	89
METODOLOGÍA	92
Tipo de Estudio	92
Diseño	93
Población y muestra	93
Hipótesis	97
Variables de estudio	98
Variables de observación	98
Ansiedad	98
Depresión	99
Variables demográficas	100
Edad	100
Estrato socio - económico	100
Nivel de escolaridad	100
Composición familiar	100
Número de hermanos	100
Posición que el sujeto ocupa entre los hermanos	100

Técnicas e instrumentos de recolección de información	101
Escala de Depresión Infantil (CDS)	101
Descripción general	101
Descripción por Subescalas	102
Características psicométricas	102
Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS-R)	104
Descripción general	104
Descripción por Subescalas	105
Características psicométricas	105
Procedimiento	107
Fase 0: Planteamiento del problema	107
Fase 1: Revisión teórica	108
Fase 2: Caracterización metodológica	108
Fase 3: Adaptación, validación y estandarización de pruebas	108
Fase 4: Descripción epidemiológica	109
Fase 5: Informe final	109
Estrategias de análisis de datos	111
RESULTADOS	112
Adaptación de las pruebas CDS y CMAS para la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del municipio de Pasto	112
Caracterización psicométrica de las pruebas CDS y CMAS	128
Validación de los ítems	128
Confiabilidad de las escalas	140

Validez de Criterio	142
Estandarización de las pruebas	148
Instrucciones para la aplicación	148
Corrección y obtención de las puntuaciones	150
Muestra general de tipificación	150
Normas interpretativas	151
Descripción poblacional	162
Prevalencia de ansiedad en población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del Municipio de Pasto	162
Prevalencia de ansiedad leve	163
Prevalencia de ansiedad clínica	166
Prevalencia de ansiedad leve y clínica según el estrato	169
Prevalencia de ansiedad leve y clínica según la procedencia urbano-rural	170
Prevalencia de ansiedad leve y clínica según la escolaridad	171
Ansiedad leve y clínica según la persona con quién viva teniendo en cuenta rangos de edad.	179
Ansiedad leve y clínica según estado civil de la persona con la cuál vive el niño	181
Ansiedad clínica en niños que viven sólo con la mamá	181
Ansiedad clínica en niños que viven sólo con el papá.	182
Ansiedad clínica en niños que viven con el papá y la mamá	183
Ansiedad clínica en niños que viven con otra persona diferente al	184

papá y/o la mamá.

Ansiedad clínica en niños de 8 a 14 años de edad según el número de hermanos. 184

Ansiedad clínica según la posición que el sujeto ocupa entre sus hermanos. 185

Ansiedad leve y clínica según la comuna en la cual vive el niño 186

Mayor índice de ansiedad clínica según las diferentes variables 187

Análisis de síntomas de la ansiedad

Descripción de síntomas de ansiedad clínica según las diferentes subescalas 188

Correlación entre subescalas CMAS 193

Prevalencia de depresión en población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del municipio de Pasto 194

Prevalencia de depresión leve 196

Prevalencia de depresión clínica 198

Prevalencia de depresión leve y clínica según el estrato 201

Prevalencia de depresión leve y clínica según la procedencia 202

Prevalencia de depresión leve y clínica según la escolaridad 203

Depresión leve y clínica según la persona con quién viva teniendo en cuenta rangos de edad. 210

Depresión clínica según estado civil de la persona con la cuál vive el niño 212

Depresión clínica en niños de 8 a 14 años de edad según el 215

número de hermanos.

Depresión clínica según la posición que el sujeto ocupa entre sus hermanos. 216

Depresión leve y clínica según la comuna en la cual vive el niño 217

Mayor prevalencia de depresión clínica según las diferentes variables 218

Análisis de síntomas de la depresión 219

Correlación entre subescalas CDS 234

Comorbilidad Ansiedad - Depresión en población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del municipio de Pasto 236

Comorbilidad a nivel general 236

Comorbilidad Ansiedad - Depresión según edad y género 236

Comorbilidad ansiedad depresión por estrato 237

Comorbilidad ansiedad depresión según procedencia 238

Comorbilidad ansiedad depresión según escolaridad 238

Comorbilidad ansiedad depresión según la persona con la cual vive el sujeto 239

Comorbilidad ansiedad depresión según el estado civil de la persona con la cual vive el niño 239

Comorbilidad ansiedad depresión según el número de hermanos 240

Comorbilidad ansiedad depresión según la posición que el niño ocupa entre sus hermanos 241

Comorbilidad ansiedad depresión según la comuna a la cual 241

pertenecen

Mayor índice de comorbilidad según las diferentes variables	242
Comorbilidad entre subescalas CDS y CMAS	243
DISCUSION Y CONCLUSIONES	245
RECOMENDACIONES	261
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	264
ANEXOS	276

LISTA DE TABLAS	Pág.
Tabla 1. Proyecciones de la población entre 5 y 14 años de edad del municipio de Pasto para el año 2004	94
Tabla 2 . Estratificación de muestra de la población entre 8 y 14 años de edad del municipio de Pasto según rango de edad y sector	95
Tabla 3. Estratificación de muestra de la población urbana entre 8 y 14 años de edad del municipio de Pasto según edad y género	95
Tabla 4. Estratificación de muestra de la población urbana entre 5 y 14 años de edad del municipio de Pasto según edad, género y comuna	96
Tabla 5. Estratificación de muestra de la población urbana entre 8 y 14 años de edad del municipio de Pasto según comuna y estrato	96
Tabla 6. Variables operacionalizadas para Ansiedad	98
Tabla 7. Variables operacionalizadas para Depresión	99
Tabla 8. Caracterización en cuanto a estructura de la escala CDS	101
Tabla 9. Caracterización en cuanto a estructura de la escala CMAS-R	104
Tabla 10. Índice de comprensión de los ítems por parte de los niños que conformaron la prueba piloto prueba CDS	115
Tabla 11. Índice de comprensión de los ítems por parte de los niños que conformaron la prueba piloto prueba CMAS	120
Tabla 12. Contenido final del cuestionario de la escala CDS tras revisión de jueces y aplicación piloto	123
Tabla 13. Contenido final del cuestionario de la escala CMAS tras	125

revisión de jueces y aplicación piloto	
Tabla 14. Escalas y cambios prueba CDS	128
Tabla 15. Correlación ítem-prueba para niños entre 8 y 14 años. Prueba CDS	129
Tabla 16. Comparación de correlaciones ítem prueba para los rangos de edad entre 8 y 14 años, 8 y 9 años y 10 a 14 años de la Escala CDS	131
Tabla 17. Cuestionario final e índice correlación ítem-prueba para niños de 8 y 9 años de edad. Escala CDS	134
Tabla 18. Cuestionario final e índice correlación ítem-prueba para niños de 10 a 14 años de edad. Escala CDS	135
Tabla 19. Cuestionario final e índice correlación ítem-prueba para niños de 8 a 14 años de edad. Escala CMAS	137
Tabla 20. Correlación ítem - prueba para las subescalas definitivas CDS 8y9 años	139
Tabla 21. Correlación ítem - prueba para las subescalas definitivas CDS 10 a 14 años	140
Tabla 22. Correlación de Pearson corregida para las aplicaciones de validez concurrente de la prueba CDS para niños de 8 y 9 años	143
Tabla 23. Pearson corregida para las aplicaciones de validez concurrente de la prueba CDS para niños de 10 a 14 años	144
Tabla 24. Análisis prueba t para las aplicaciones de validez concurrente de las pruebas CDS para los dos rangos de edad	146
Tabla 25. Pearson corregida para las aplicaciones de validez	147

concurrente de la prueba CMAS para niños entre 8 y 14 años

Tabla 26. Baremo Femenino 8 y 9 años	152
Tabla 27. Baremo Masculino 8-9 Años	153
Tabla 28. Baremo Femenino 10-14 años	154
Tabla 29. Baremo Masculino 10-14 años	155
Tabla 30. Baremo Urbano CMAS	156
Tabla 31. Baremo Rural CMAS	157
Tabla 32. Baremo mixto subescala de Mentira	158
Tabla 33. Baremo mixto CDS 8 y 9 años	159
Tabla 34. Baremo Femenino 10-14 años	160
Tabla 35. Baremo Masculino 10 y 14 años	161
Tabla 36. Grado esperado para edad específica.	171
Tabla 37. Variables con mayor índice de ansiedad clínica para edades de 8 y 9 años	187
Tabla 38. Variables con mayor índice de ansiedad clínica para edades entre 10 y 14 años	188
Tabla 39. Índices de correlación entre las diferentes subescalas y el total de la CMAS	189
Tabla 40. Índices de correlación de la subescala ansiedad fisiológica con el total de la prueba CMAS	190
Tabla 41. Índices de correlación de la subescala inquietud/hipersensibilidad con el total de la prueba CMAS	191
Tabla 42. Índices de correlación de subescala preocupaciones sociales	193

con el total de la prueba CMAS

Tabla No. 43. Correlación entre subescalas CMAS para edades de 8 y 9 años 194

Tabla No. 44. Correlación entre subescalas CMAS para edades de 10 a 14 años 194

Tabla 45. Variables con mayor índice de depresión clínica para edades de 8 y 9 años 218

Tabla 46. Variables con mayor índice de depresión clínica para edades entre 10 y 14 años 219

Tabla 47. Índices de correlación entre las diferentes subescalas y el total de las escalas CDS 8 y 9 y CDS 10 a 14 221

Tabla No. 48. Índices de correlación de la subescala síntomas anímicos con el total de la prueba CDS 222

Tabla No. 49. Índices de correlación de la subescala motivacional cognitivo con el total de la prueba CDS 8 y 9 223

Tabla No. 50. Índices de correlación de la subescala autoestima con el total de la prueba CDS 8 y 9 224

Tabla No. 51. Índices de correlación de la subescala interpersonal con el total de la prueba CDS 8 y 9 226

Tabla No. 52. Índices de correlación de la subescala positiva con el total de la prueba CDS 8 y 9 227

Tabla No. 53. Índices de correlación de la subescala síntomas anímicos con el total de la prueba CDS 10 a 14 228

Tabla No. 54. Índices de correlación de la subescala síntomas anímicos con el total de la prueba CDS 10 a 14	230
Tabla No. 55. Índices de correlación de la subescala autoestima con el total de la prueba CDS 10 a 14	231
Tabla No. 56. Índices de correlación de la subescala interpersonal con el total de la prueba CDS 10 a 14	232
Tabla No. 57. Índices de correlación de la subescala positiva con el total de la prueba CDS 10 a 14	233
Tabla No. 58. Índices de correlación entre subescalas CDS 8y9	235
Tabla No. 59. Índices de correlación entre subescalas CDS 8y9	235
Tabla No. 60. Comorbilidad Ansiedad – depresión según edad y género	237
Tabla No. 61. Comorbilidad Ansiedad – depresión según estrato	237
Tabla No. 62. Comorbilidad Ansiedad – depresión según procedencia	238
Tabla No. 63. Comorbilidad Ansiedad – depresión según escolaridad	238
Tabla No. 64. Comorbilidad Ansiedad – depresión según la persona con la cual vive el sujeto	239
Tabla No. 65. Comorbilidad Ansiedad – depresión según el estado civil de la persona con la cuál vive el niño	240
Tabla No. 65. Comorbilidad Ansiedad – depresión según el número de hermanos	240
Tabla No. 67. Comorbilidad Ansiedad – depresión según la posición que el niño ocupa entre sus hermanos	241
Tabla No. 68. Comorbilidad Ansiedad – depresión según la comuna a la	241

cual pertenecen

Tabla 69. Variables con mayor índice de comorbilidad ansiedad – 242
depresión

Tabla No. 70. Índices de correlación entre subescalas de ansiedad y 244
depresión

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Relación entre factores de riesgo para el desarrollo de ansiedad infantil.	67
Figura 2. Esquema de investigación.	110
Figura 3. Prevalencia de ansiedad en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del Municipio de Pasto.	163
Figura 4. Prevalencia ansiedad leve en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del Municipio de Pasto según el rango de edad.	164
Figura 5. Ansiedad leve en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del Municipio de Pasto según el género y el rango de edad.	165
Figura 6. Ansiedad leve en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del Municipio de Pasto según la edad y el género.	166
Figura 7. Ansiedad clínica en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del Municipio de Pasto según rangos de edad.	167
Figura 8. Ansiedad clínica en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del Municipio de Pasto según el género y el rango de edad.	168
Figura 9. Ansiedad clínica en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del Municipio de Pasto según la edad y el género.	169
Figura 10. Ansiedad leve y clínica en la población escolarizada de 8 a 14 años de edad del municipio de Pasto según el estrato	170

Figura 11. Ansiedad leve y clínica en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del municipio de Pasto según la procedencia rural o urbana.	171
Figura No. 12 Ansiedad leve y clínica en niños de 8 años teniendo en cuenta su grado de escolaridad	173
Figura No. 13 Ansiedad leve y clínica en niños de 9 años teniendo en cuenta su grado de escolaridad	174
Figura No. 14 Ansiedad leve y clínica en niños de 10 años teniendo en cuenta su grado de escolaridad.	175
Figura No. 15 Ansiedad leve y clínica en niños de 11 años teniendo en cuenta su grado de escolaridad	176
Figura No. 16 Ansiedad leve y clínica en niños de 12 años teniendo en cuenta su grado de escolaridad	177
Figura No. 17 Ansiedad leve y clínica en niños de 13 años teniendo en cuenta su grado de escolaridad	178
Figura No. 18 Ansiedad leve y clínica en niños de 14 años teniendo en cuenta su grado de escolaridad	179
Figura 19. Ansiedad leve y clínica en edades de 8 y 9 años según la persona con quién viva.	180
Figura 20. Ansiedad leve y clínica en edades de 10 a 14 años según la persona con quién viva.	181
Figura No. 21 Ansiedad clínica en niños de 8 a 14 años que viven solo	182

con la mamá	
Figura No. 22 Ansiedad clínica en niños de 8 a 14 años que viven solo con el papá	183
Figura No.23 Ansiedad clínica en niños de 8 a 14 años que viven con papá y mamá	184
Figura No. 24 Ansiedad clínica en niños de 8 a 14 años según el número de hermanos	185
Figura No. 25 Ansiedad clínica en niños de 8 a 14 años según la posición que el sujeto ocupa entre sus hermanos	186
Figura No. 26 Ansiedad leve y clínica en niños de 8 a 14 años según la comuna en la cual viven los niños	187
Figura No. 27 Descripción de síntomas de ansiedad según subescalas CMAS	189
Figura 28. Prevalencia de depresión en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del Municipio de Pasto.	195
Figura 29. Prevalencia depresión leve en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del Municipio de Pasto según el rango de edad.	196
Figura 30. Depresión leve en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del Municipio de Pasto según el género.	197
Figura 31. Depresión leve en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del Municipio de Pasto según la edad y el género.	198
Figura 32. Depresión clínica en la población escolarizada entre 8 y 14	199

años de edad del Municipio de Pasto según rangos de edad.

Figura 33. Depresión clínica en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del Municipio de Pasto según el género y el rango de edad. 200

Figura 34. Depresión clínica en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del Municipio de Pasto según la edad y el género. 201

Figura 35. Depresión leve y clínica en la población escolarizada de 8 a 14 años de edad del municipio de Pasto según el estrato 202

Figura 36. Depresión leve y clínica en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del municipio de Pasto según la procedencia rural o urbana. 203

Figura No. 37 Depresión leve y clínica en niños de 8 años teniendo en cuenta su grado de escolaridad 204

Figura No. 38. Depresión leve y clínica en niños de 9 años teniendo en cuenta su grado de escolaridad 205

Figura No. 39 Depresión leve y clínica en niños de 10 años teniendo en cuenta su grado de escolaridad. 206

Figura No. 40 Depresión leve y clínica en niños de 11 años teniendo en cuenta su grado de escolaridad 207

Figura No. 41 Depresión leve y clínica en niños de 12 años teniendo en cuenta su grado de escolaridad 208

Figura No. 42 Depresión leve y clínica en niños de 13 años teniendo en cuenta su grado de escolaridad 209

Figura No. 43 Depresión leve y clínica en niños de 14 años teniendo en cuenta su grado de escolaridad	210
Figura No 44. Depresión leve y clínica en edades de 8 y 9 años según la persona con quién viva.	211
Figura 45. Depresión leve y clínica en edades de 10 a 14 años según la persona con quién viva.	212
Figura 46. Depresión clínica en edades de 8 a 14 años de edad según el estado civil de la mamá.	213
Figura 47. Depresión clínica en edades de 8 a 14 años de edad según el estado civil del papá.	214
Figura 48. Depresión clínica en edades de 8 a 14 años de edad según el estado civil del papá y la mamá.	215
Figura 49. Depresión clínica en edades de 8 a 14 años de edad según el número de hermanos.	216
Figura 50. Depresión clínica en edades de 8 a 14 años de edad según la posición que el sujeto ocupa entre sus hermanos.	217
Figura 51. Depresión clínica en edades de 8 a 14 años de edad según la comuna en la cual vive el sujeto.	218
Figura 52. Frecuencia de síntomas de la depresión para los dos rangos de edad según subescalas CDS	220

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN EN LA POBLACIÓN ESCOLARIZADA ENTRE 8 Y 14 AÑOS DE EDAD DEL MUNICIPIO DE PASTO

El presente estudio describe la ansiedad y depresión y su relación en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad en el municipio de Pasto, mediante una investigación no experimental de tipo descriptivo correlacional. Para el cumplimiento de los objetivos planteados, en primer lugar se adaptó, validó y estandarizó el Cuestionario de Ansiedad Manifiesta en Niños revisada (CMAS-R) y el Cuestionario de Depresión Infantil (CDS), con los cuales se midieron las variables abordadas en la investigación, y en segundo lugar, se realizó la caracterización de la población en términos de sintomatología, prevalencia y comorbilidad de ansiedad y depresión.

Abstract

The present study describes the anxiety and depression and its relation in the school population between the ages of 8 and 14 years old in the city of Pasto, through a nonexperimental research, of a descriptive – correlational type.

In order to archive the established objectives, first of all we adapted, validated an standardized the manifest anxiety questionnaire in children reviewed (CMAS – R) and the infantile depression questionnaire (CDS) with which we could measure the variables on the research, and finally we could work on the characterization of the population in terms of symptomatology, prevalence and commorbidity of anxiety and depression.

TEMA

Ansiedad y depresión en niñez intermedia y adolescencia temprana.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante la última década, se ha puesto cada vez más de manifiesto que la psicopatología infantil representa una preocupación social importante y de frecuente ocurrencia (Marsh y Graham., 2001). Evidencia reciente compilada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que para el año 2020, los trastornos neuropsiquiátricos en niños serán proporcionales al 50% de la población infantil en general, e internacionalmente, serán una de las cinco causas más comunes de morbilidad, mortalidad e incapacidad en los niños, resaltando como los de mayor frecuencia los trastornos emocionales (National Institute of mental Health [NIMH], 1999).

En Colombia, buena parte de la población se encuentra en riesgo de ver comprometida su salud mental; la probabilidad de sufrir algún tipo de alteración psicológica, se ve multiplicada adquiriendo un carácter exponencial en el caso de la población infantil (Política Nacional de Salud Mental, Resolución número 02358 de 1998 del Ministerio de Salud). En Pasto, de las personas atendidas en la práctica profesional de psicología de la Universidad de Nariño durante el periodo comprendido entre junio de 2003 y abril de 2004, el 29.18% corresponden a beneficiarios entre 6 y 15 años de edad, representando el porcentaje más alto entre los diferentes grupos de edad. (Programa de psicología, 2004).

De acuerdo con la información anterior, el problema que se aborda en esta investigación es de gran relevancia para la región si se tiene en cuenta que no

existen estudios académicos ni información estadística al respecto; su importancia se aprecia más al observar que además, no se cuenta con instrumentos de medición psicológica que permitan contar con criterios de medición que faciliten a los psicólogos tener un punto de referencia común. El objetivo fundamental del estudio estuvo encaminado al análisis y disertación sobre la ansiedad y depresión y la posible relación entre éstas, consideradas como las manifestaciones psicopatológicas más comunes, en la población entre 8 y 14 años de edad del municipio de Pasto. Los aspectos teóricos y empíricos que respaldan la importancia del tema, provienen de varias fuentes.

En primer lugar, se encuentra la elevada incidencia de éste tipo de síntomas y de su comorbilidad. En Colombia, Tamayo y Zuluaga (1998), en un estudio realizado con niños y adolescentes pertenecientes a una población clínica, hallaron que el diagnóstico más frecuente fue de trastornos emocionales con 34% y 64% respectivamente. En cuanto a la depresión, el NIMH (2001), reveló que el 3% de niños y 8% de adolescentes de la población general sufrieron de este tipo de psicopatología; Stavrakaki, Caplan-Williams, Walker, Roberts y Kotsopoulos (1991), en estudios realizados en Estados Unidos, encontraron que el 3% de niños y el 8% de adolescentes la padecían y en Canadá el 10% de niños tenían síntomas de depresión; finalmente, Ollendick y Yule (1990, citados en Albano, Chorpita y Barlow, 1995), informaron tasas de prevalencia del 9.5% en niños estadounidenses y el 10% en niños británicos. Con respecto a la ansiedad, según el NIMH (2001), ésta es considerada como la manifestación psicopatológica más común estando presente en más del 13% de niños y adolescentes de la población general; Stavrakaki y cols. (1991),

encontraron que en Canadá el 25% de niños la padecían y, por otra parte, Kazan y cols. (1988, citado por Rodríguez y Martínez, 2001), informaron que el 21% de la población entre 8 y 17 años de edad habían reportado síntomas consistentes con ansiedad.

Teniendo en cuenta la comorbilidad, se ha encontrado que la coexistencia de síntomas depresivos y de ansiedad, además de que es mucho más frecuente que la ocurrencia de cada uno por separado con una prevalencia del 41.4% (Centro de Investigaciones Médicas en Ansiedad [IMA], sin dato), constituyen el quinto diagnóstico más frecuente en atención primaria (Macías y Del Teso, 1998), siendo de mayor relevancia en poblaciones infantiles con una prevalencia de más del 33.3% (Kashani y Orvaschel, 1988; McGee, Fehan, Williams, Partridge, Silva, y Kelly, 1990), finalmente, Mc Gee y cols (1990) estudiaron sujetos con edades entre los 5 y 18 años, encontrando que quienes tenían un diagnóstico básico de depresión mayor recibieron también un diagnóstico concurrente de trastorno de ansiedad.

En segundo lugar, el NIMH (2001), ha encontrado evidencia de que la aparición temprana de ansiedad y/o depresión con frecuencia es recurrente e incrementa la probabilidad de desarrollar incapacidad severa durante la vida adulta; además, aunque la naturaleza y gravedad de estos problemas pueda cambiar, pueden tener un impacto negativo duradero sobre la adaptación familiar, laboral y social posterior del niño ya que, según Ayuso (1997), cuanto más temprana sea la edad de inicio de éstos trastornos, mayor será el nivel de alteración emocional, abuso de alcohol e intentos de suicidio. Por otra parte, el hecho de que un individuo tenga más de un diagnóstico en un momento dado

posee diferentes implicaciones relacionadas tanto con el origen, curso y pronóstico del trastorno como en su impacto social (Sandín, Belloch y Ramos 1995; Ayuso, 1997; Albano y cols, 1995) pues se ha encontrado, que la presencia de comorbilidad disminuye la efectividad de los tratamientos tanto farmacológicos como psicoterapéuticos (Cascardo, 2002), lo que deriva en sintomatología depresiva más severa, un alto riesgo para desarrollar formas más graves de trastornos emocionales, mayor incidencia de conductas desadaptativas y un significativo incremento del riesgo suicida (Bouissa, 2004).

En tercer lugar, los recientes cambios y condiciones sociales pueden hacer que los niños padezcan un riesgo cada vez mayor tanto para el desarrollo de estas psicopatologías, como para la manifestación de problemas más graves en edades más tempranas (Black y Krishnakumar, 1998, citado en Mash y Graham, 2001). Estos cambios y condiciones sociales incluyen el bajo nivel socioeconómico, separación de los padres, el madresolterismo, la falta de hogar, problemas de adaptación en la familia, experiencias adversas en la infancia, pautas de crianza o estilo educativo y las condiciones asociadas a la utilización de sustancias psicoactivas en el desarrollo de niños y adolescentes (National Commission of Children, 1991). Es importante destacar, que un gran número de niños en todo el mundo padece algún tipo de maltrato y la exposición al mismo se encuentra altamente asociada con la aparición de estas manifestaciones psicopatológicas (Wekerle y Wolfe, 1996, citado en Marsh y Graham, 2001). En Colombia los indicadores de maltrato al menor reportados por los familiares, presentaron unas tasas de prevalencia del 12.1% para

maltrato físico; 21.4% para maltrato verbal; y 2.6% para abuso sexual (Política Nacional de Salud Mental, Resolución No. 02358 de 1998 del Min. de Salud).

Por último, las consecuencias a largo plazo de la presencia de ansiedad, depresión, y en especial, de su comorbilidad en la población infantil, son enormes tanto en términos de sufrimiento humano como del impacto económico que generan, ya que las exigencias de recursos de la comunidad se hacen cada vez mayores, la pérdida en productividad se incrementa y la necesidad de intervenciones continuas y a largo plazo se hacen cada vez más evidentes y costosas (Marsh y Graham, 2001).

Formulación del problema

¿Cómo se manifiesta la ansiedad y la depresión y cual es su posible relación en la población escolarizada entre 8 y 14 años del municipio de Pasto?

Sistematización del problema

¿Cuáles son las características psicométricas de las pruebas, Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños revisada (CMAS-R) y Escala de Depresión en Niños (CDS) que sirvan como instrumentos de medición óptimos para la población de referencia?

¿Cuáles son los parámetros normales de ansiedad y depresión en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del municipio de Pasto?

¿Cuál es la sintomatología ansiosa y depresiva en la población de referencia?

¿Cuál es la prevalencia de ansiedad y depresión en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del municipio de Pasto?

¿Existe comorbilidad entre síntomas de ansiedad y depresión en la población de estudio?

JUSTIFICACIÓN

La sociedad ha comenzado a reconocer la íntima relación que existe entre desarrollo psicosocial y salud en general; esa interdependencia es igualmente válida para la salud mental y, en especial, para la población infantil, ya que ésta se encuentra en una situación de mayor vulnerabilidad; en efecto, cuanto mejor ésta logre preservar o recuperar su salud mental, tanto mejor podrá encontrar soluciones exitosas en el futuro o, como mínimo, evitar aquellas conductas que añaden nuevas dificultades; es por eso que se hace necesario adoptar diferentes estrategias que garanticen en niños y preadolescentes calidad en la atención y regulen las actividades de prevención, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales (Política Nacional de Salud Mental, Resolución número 02358 de 1998 del Ministerio de Salud).

Teniendo en cuenta la relevancia del problema, se plantea el siguiente estudio cuyo objetivo fundamental estuvo encaminado a describir la ansiedad y depresión y su posible relación en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad en el municipio de Pasto. Esta investigación se centra en estas dos manifestaciones psicopatológicas, debido a que son consideradas como las de mayor frecuencia y las que poseen un mayor impacto psicológico para este tipo de población y, con respecto a la posible relación existente, se ha demostrado que la existencia de comorbilidad entre estos dos atributos, es mucho más común que la de cada uno por separado (Sandín y cols, 1995 y Marsh y Graham, 2001). Además, es importante destacar que en Pasto no se cuenta con estudios académicos ni información estadística al respecto, así como tampoco existen pruebas estandarizadas, que brinden información y datos

válidos y confiables para hacer posible afirmaciones y deducciones precisas que reflejen el impacto de dichas manifestaciones psicopatológicas en nuestra región. Por tanto, es importante tener en cuenta que el abordaje investigativo de estos atributos, servirá para sentar un precedente importante en la investigación de los determinantes de la psicopatología infantil y la identificación de factores asociados en nuestra región.

Por otra parte, la descripción de la ansiedad y la depresión y su posible relación, es un tema que tiene importantes implicaciones; en primer lugar para la terapia, puesto que ayudará en el futuro desarrollo empírico de protocolos de tratamiento prescriptivos y eficaces y además la estructuración de programas preventivos para el rango de desórdenes de ansiedad y depresión en esta población; en segundo lugar colaborará con la comprensión teórica tanto de la naturaleza, desarrollo y curso de los trastornos, como de la futura comprensión de los factores de riesgo asociados (Marsh y Graham, 2001) y por último, desde el punto de vista investigativo, se podrá, por un lado, conocer en mayor medida el comportamiento de éstas manifestaciones clínicas, su impacto sobre la población y la relación que existe entre ellas, a través del estudio de variables relevantes como edad, género, estrato socioeconómico, composición familiar y población urbana y rural; y por otro, puede sugerir ideas, recomendaciones e hipótesis a futuros estudios relacionados con el tema.

Además, es importante destacar la utilidad metodológica con la que este estudio podría colaborar con la práctica clínica y a futuras investigaciones relacionadas con la ansiedad y depresión, ya que, con el fin de optimizar la evaluación, los instrumentos CDS y CMAS-R serán adaptados, validados y

estandarizados con la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del municipio de Pasto, ofreciendo así un nuevo instrumento para recolectar y analizar datos válidos y confiables, ya que los resultados proceden de la comparación directa con personas pertenecientes a esta región, mejorando así la eficacia del proceso de evaluación y diagnóstico de estas dos manifestaciones psicopatológicas, lo que derivaría tanto en la reducción de las características desadaptativas como en el impacto económico y las exigencias de recursos de la comunidad (Marsh y Graham, 2001).

Finalmente, se puede decir que este estudio para el municipio de Pasto posee una gran relevancia social. Por un lado, aporta evidencia empírica para la vigilancia epidemiológica y el control de trastornos mentales, específicamente de los trastornos emocionales y la comorbilidad (Resolución No 02358, Política de Salud Mental, Ministerio de Salud, Colombia). Por otro lado, las acciones que se emprenden a través de este estudio se encuentran enmarcadas en el concepto de salud mental que, como lo define la OMS (sin dato), “consiste en la capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente promoviendo el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso de las potencialidades psicológicas, ya sea cognoscitiva, afectiva, o relacionales; así mismo como el logro de metas individuales y/o colectivas” lo que acrecentaría en un futuro el número de personas que alcancen un desarrollo humano sostenible (OMS, sin dato).

OBJETIVOS

Objetivo general

Describir la ansiedad y depresión y su posible relación en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad en el municipio de Pasto.

Objetivos específicos

Adaptar y caracterizar psicométricamente la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños revisada (CMAS-R) y la Escala de Depresión en Niños (CDS) como instrumentos de medición, de ansiedad y depresión respectivamente, en la población de referencia

Inferir parámetros normales de ansiedad y depresión en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del municipio de Pasto

Obtener evidencia de síntomas de ansiedad y depresión en la población de referencia.

Identificar la prevalencia de ansiedad y depresión en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del municipio de Pasto.

Determinar comorbilidad entre síntomas de ansiedad y depresión en la población de estudio.

MARCO TEÓRICO

Desarrollo evolutivo de los 6 a los 14 años

Niñez intermedia

La niñez intermedia o edad escolar es el período comprendido entre los 6 y los 11 años aproximadamente. Durante este tiempo, las diferencias individuales se tornan más evidentes y las competencias y aptitudes que desarrolla el niño afectan su desarrollo psicosocial. La escuela se convierte en la experiencia fundamental para el niño y, aunque los padres continúan siendo importantes, el grupo de pares es más influyente que antes (Papalia, Wendkos y Duskin, 2003).

Desarrollo cognitivo

A partir de los 7 años se produce un cambio cualitativo, a veces muy marcado, que va desde un pensamiento prelógico a uno lógico, donde el niño es capaz de razonar frente a diversas situaciones (Morales de Casas, 1997, Berndt, 1997)..

Los estudios del desarrollo cognitivo de Piaget (1973), describen que aproximadamente a esta edad se inicia la etapa de las operaciones concretas. Durante este período, los niños pueden percibir la realidad de forma objetiva utilizando las reflexiones mentales para solucionar problemas concretos, además, el pensamiento es lógico ya que pueden tener en cuenta diferentes aspectos de una situación; sin embargo, aún están limitados a pensar acerca de las situaciones reales en el aquí y el ahora. Por otra parte, el niño podrá fijar su atención para obtener información, descubrir y conocer el mundo que le rodea; la relación que establece con su entorno y el grado de madurez alcanzado, le

permiten ampliación del sentido de sí mismo como entidad separada, como ser activo y pensante con relación al otro.

Pensamiento lógico: Piaget (1973), menciona específicamente las clasificaciones, las seriaciones, las correspondencias término a término, las correspondencias simples o seriales, las operaciones multiplicativas o matrices, los grupos aditivos y multiplicativos de los números enteros y fraccionarios; además los niños en esta etapa, , comprenden los conceptos de tiempo y espacio, distinguen la fantasía de la realidad y clasifican objetos o los agrupan en categorías similares.

Se constituye una lógica de “operaciones concretas” que se refiere a objeto pero no a proposiciones y que aún no presenta disociación completa entre la forma y el contenido. Las operaciones de esta lógica no abarcan aún sino una parte de la lógica de clases y una parte de la lógica de relaciones.

Por otra parte, según Erikson (1982, citado por Morales de Casas, 1997 y por Papalia, Wendkos y Duskin, 2001), un determinante fundamental de la autoestima es la visión que tienen los niños de su capacidad para el trabajo productivo; la etapa que vive el escolar durante este período es la laboriosidad frente a la inferioridad, porque durante los años escolares el primer problema del desarrollo es el concepto que el niño o niña tiene de sí mismo. Según Erickson, el niño o niña debe dominar las habilidades sociales y técnicas necesarias para progresar en la escuela, por tanto es cauteloso, cuidadoso, perfeccionista, competitivo, responsable e independiente. Esta tarea es

importante de lograr para que el niño adquiriera seguridad y la visión de sí mismo como alguien capaz de dominar las habilidades y realizar las tareas.

En esta etapa aparece en el niño el deseo de realizar actividades en grupo y comienza a desarrollar el sentido de una visión del trabajo, se entrega a la adquisición de nuevas capacidades y tareas incrementando su productividad; lo más importante para el o ella es destacarse dentro de su grupo de amigos, ser popular y hacerse notar (Morales de Casas, 1997)

El escolar puede caer en un sentimiento de inferioridad e inadecuación: (a) a partir de las experiencias negativas provenientes de los primeros 6 años de vida como rechazo, falta de afecto, maltrato, etc., ya que, estas experiencias son almacenadas en la memoria de los niños como imágenes, afectos y representaciones mentales, lo cual repercutirá en el comportamiento de estos, quienes se sentirán inferiores en comparación con sus compañeros de escuela y, por tanto, habrá un decremento en la interacción con el ambiente; y, (b), si la adquisición de capacidades y destrezas es deficiente, lo que lo lleva a la poca o nula estimulación de parte de su medio social y/o familiar (Medellín y Tascon, 1995).

Los grupos en esta etapa se caracterizan por ser heterogéneos en relación a la edad; se reúnen por afinidad, y separados por sexos; tienen normas claras e inquebrantables y generalmente están conformados fuera de la familia. El niño que adquiere habilidades para pertenecer a determinado grupo se ejercita en normas y adquiere sentido de pertenencia; además, los niños socialmente hábiles, suelen atribuir el fracaso a factores externos y, si inicialmente no tienen

éxito, perseveran ensayando nuevas estrategias hasta encontrar una que de resultado (Morales de Casas 1997; Berndt, 1997).

Por otra parte, si los niños son socialmente reservados pueden preocuparse demasiado por su desempeño en las situaciones sociales y atribuir el rechazo a causas internas, por lo que se consideran incapaces de cambiar repitiendo estrategias infructuosas en lugar de intentar nuevos métodos para obtener aprobación, dando lugar así a un patrón de indefensión. (Erdley y cols.,1997, citados por Papalia, Wendkos y Duskin, 2001).

Desarrollo del lenguaje. Las habilidades lingüísticas en esta etapa mejoran notablemente, los niños pueden entender e interpretar mejor las comunicaciones y al mismo tiempo hacerse entender; además, desarrollan una mejor comprensión de cómo se organizan y se forman frases y oraciones, su vocabulario es más amplio y logran captar mensajes incompletos, contradictorios o ambiguos. El desarrollo de esta habilidad cognoscitiva está muy influenciada por la convivencia en la familia y en el colegio. (Papalia, Wendkos y Duskin, 2001).

Desarrollo emocional

A medida que crecen, los niños son más conscientes de sus propios sentimientos y de las demás personas. Pueden controlar mejor su expresión emocional en las situaciones sociales y responder a la ansiedad emocional de otros; además, aprenden a controlar sus emociones negativas, descubren lo qué les producen enfado, miedo o tristeza y cómo otras personas reaccionan ante esto, por lo tanto aprenden a modificar su comportamiento. Asimilan la

diferencia entre sentir una emoción y expresarla (Rotemberg y Eisenberg, 1997, citados por Papalia, Wendkos y Duskin, 2001).

En la niñez intermedia, la empatía aumenta y los niños propenden más al comportamiento prosocial, dando como resultado una adaptación positiva; actúan de forma correcta en situaciones sociales, controlan relativamente las emociones negativas y afrontan de manera constructiva los problemas. (Morales de Casas 1997). La razones más comunes por las cuales los niños pueden contener su emoción son evitar el ridículo o el rechazo y no disgustar a otra persona, ya que, durante esta etapa son más concientes de las reglas sociales respecto a exteriorizar la emoción, sin embargo, las niñas están más dispuestas que los niños a manifestar tristeza o dolor y tienden más a esperar respaldo emocional (Ibañez, Sin dato).

Desarrollo social

Los escolares pasan menos tiempo con sus padres y son menos cercanos a ellos que antes, sin embargo, las relaciones con éstos siguen siendo importantes ya que, proporcionan al niño la protección y la seguridad en los contextos dentro de los cuales surgen las habilidades sociales básicas (Hartup, 1989, citado por Wicks-Nelson y Allen, 1997 y Berndt, 1997). Entre las influencias más significativas del entorno familiar sobre el desarrollo del niño se encuentran las siguientes:

En primer lugar, la niñez intermedia es la etapa transicional de la corregulación, en la cual el control del comportamiento es ejercida por los padres mediante una supervisión general y por los niños con una autorregulación continua, lo cual reduce la necesidad de supervisión constante

ya que puede confiarse en que el niño seguirá las reglas aun cuando sus padres no estén presentes. Durante esta etapa los niños aprenden las reglas y estándares del comportamiento a través de la forma como se resuelven los conflictos familiares, también descubren las clases de asuntos que vale la pena discutir y las estrategias que pueden resultar efectivas (Papalia, Wendkos y Duskin, 2001; Berndt, 1997)

En segundo lugar, es necesario tener en cuenta los recursos económicos con los que cuenta la familia, ya que su déficit conduce a la angustia psicológica del adulto que afecta la crianza de sus hijos y, a su vez, que generan en ellos, problemas emocionales, académicos y comportamentales. Así mismo, los padres pueden experimentar ansiedad, depresión o irritabilidad; tornarse menos afectuosos o disciplinar a sus hijos de manera no contingente, dura o arbitraria; por su parte, los niños además de presentar los mismos problemas que sus padres, suelen manifestar dificultades para relacionarse, carecer de confianza en si mismos e involucrarse en actos antisociales (Taboada, Ezpeleta, Ascaso y De la osa, 1998; Barbarín y Richter, 2001).

En tercer lugar, se encuentran los cambios objetivos en la vida familiar como el divorcio, la muerte de un progenitor y las presiones psicológicas y de tiempo que afrontan los padres solteros a la eventual necesidad de adaptarse a un nuevo hogar o matrimonio; estas situaciones, sumadas a las respuestas emocionales que los progenitores dan a las mismas son consideradas como fuentes generadoras de estrés en el niño ya que lo que más puede afectarlos es la forma como estas tensiones influyen en el funcionamiento cotidiano de la

familia ocasionando cambios en los papeles, las relaciones y las practicas de crianza (Cobo, 1992)

Por último, entre las influencias familiares que actúan sobre el desarrollo del niño, se encuentra el orden que ocupa entre los hermanos, ya que si es hijo(a) único(a), entonces encuentra difícil adaptarse a la vida en grupo y deshacerse del concepto de ser el centro de atención, lo cual generará problemas importantes en su interacción social (Medellín y Tascon, 1995)

Por otra parte, las relaciones con el grupo de pares, proporcionan al niño, la oportunidad de aprender habilidades específicas que podrían no encontrarse en otras relaciones sociales, ya que, se siente motivado para progresar, logra un sentido de pertenencia y desarrolla las habilidades necesarias para la sociabilidad, el liderazgo, la comunicación, la cooperación y la adquisición de papeles y reglas. Además, le brinda seguridad emocional y le permite ajustar sus necesidades y deseos a los de los demás (Berndt, 1997).

Contrariamente a lo anterior, el rechazo por parte de los iguales produce en el niño problemas de retraimiento y aislamiento social, lo que acrecienta el riesgo de tener problemas de adaptación en el futuro, ya que pueden presentar síntomas de ansiedad y depresión con unos índices más altos de lo esperado. Por otro lado, el grupo de pares también puede producir efectos negativos ya que, para formar parte de tales grupos, se espera que el niño acepte sus valores y normas de comportamiento incluso aunque estos sean indeseables. (Medellín y Tascón, 1995)

La adolescencia temprana

La adolescencia temprana, que va de los 11 a los 14 años de edad, es la etapa de la transición de la niñez a la adolescencia y le ofrece al niño oportunidades de crecimiento, no solo en lo físico, sino también en las competencias sociales y cognitivas, la autonomía, la autoestima y la intimidad. (Papalia, Wendkos y Duskin, 2001).

Desarrollo cognitivo

Los preadolescentes empiezan a cuestionar las reglas de la familia y la escuela, perciben las cosas como buenas o malas, correctas o incorrectas. Es durante esta etapa cuando están empezando a imaginar posibilidades, a reconocer las consecuencias de sus acciones y a anticipar lo que otros están pensando, lo que da indicios del inicio de la etapa de operaciones formales de Piaget (1973). Es así, como los individuos piensan más allá del presente y adquieren la capacidad de producir pensamiento abstracto, algunos podrían preocuparse excesivamente de su rendimiento en la escuela, su apariencia, su desarrollo físico y su popularidad, de la posibilidad de que uno de sus padres fallezca, de ser hostigados en la escuela, de no tener amigos, de las drogas y el alcohol, del hambre y pobreza en el país, fracaso en obtener empleo, el divorcio de sus padres y la muerte. (Papalia, Wendkos y Duskin, 2001).

Los cambios cognoscitivos permiten que los adolescentes puedan aprender material más avanzado en la escuela. Se sienten más ansiosos por adquirir y aplicar conocimientos nuevos y por considerar una variedad de ideas y opciones. Estos cambios mentales también se aplican a su vida emocional. Por ejemplo, dentro de la familia, la capacidad de razonar puede cambiar la forma

en que el adolescente habla y actúa frente a sus padres; puede anticipar las reacciones de sus padres ante lo que expresa o hace y prepara una respuesta o una explicación de antemano. (U.S. Department of Education, sin dato)

Adicionalmente estos cambios mentales hacen que los adolescentes consideren quienes son y quiénes quieren llegar a ser, a este proceso se le denomina "formación de identidad" (Erikson, 1982, citado por Morales de Casas, 1997). La mayoría de los adolescentes exploran una variedad de identidades. Adoptan "fases" que a un padre le parece que cambian constantemente. De hecho los adolescentes que no atraviesan este período de exploración están más expuestos a problemas psicológicos, especialmente la depresión, cuando lleguen a ser adultos. (Medellín y Tascón 1995; Morales de Casas, 1997)

Desarrollo físico

La forma exacta en que los preadolescentes se desarrollan en estos años es influenciada por varios factores como la genética, las familias, los amigos, el entorno, los valores y otras fuerzas sociales. Los primeros años de la adolescencia traen consigo nuevas preocupaciones sobre la auto-imagen y su apariencia física; tienden a creer que son el centro de atención, por lo que son demasiado conscientes de sí mismos. La rapidez del crecimiento físico y el desarrollo pueden influenciar otros aspectos de la vida del adolescente (Siegel, 2002).

Los adolescentes que se desarrollan demasiado temprano o tarde tienen sus preocupaciones particulares. Los que se desarrollan muy tarde, especialmente los niños, se sienten menos capaces, más tímidos, rechazados y dominados,

más dependientes, agresivos, inseguros o deprimidos; tienen más conflictos con los padres y las dificultades en la escuela, tienen menos habilidades sociales para enfrentar retos y piensan menos en sí mismos. Los que se desarrollan muy temprano, especialmente las niñas, pueden sentirse presionados por entrar en situaciones adultas antes de estar preparadas emocional o mentalmente para enfrentarlas, además de correr el riesgo de tener problemas de salud mental incluida la depresión y la ansiedad, los trastornos alimentarios y los intentos de suicidio (Graber y cols., 1997 citado por Papalia, Wendkos y Duskin, 2001)

Los efectos de los cambios físicos durante la pubertad, combinados con las formas en que los amigos, los compañeros, las familias y la sociedad en general responden a estos cambios, pueden tener efectos a largo plazo sobre un adolescente. No importa cómo se desarrollen, muchos adolescentes tienen una perspectiva distorsionada sobre sí mismos y necesitan que se les asegure que las diferencias en la rapidez de su desarrollo son normales (Ibañez, Sin dato).

Desarrollo emocional

Esta es una edad llena de cambios rápidos en su estado emocional, tienden a ser temperamentales y a tener una gran necesidad por la privacidad; las emociones del preadolescente a veces parecen exageradas y sus acciones inconsistentes. Es normal que cambien repentinamente de estado emocional, entre la felicidad y la tristeza, entre interesarse en aprender y establecer objetivos exigentes y no creer en su capacidad para conseguir el éxito. (Morales de Casas, 1997)

Además de los cambios emocionales que ellos sienten, los adolescentes exploran varias formas de expresar sus emociones, repentinamente cambian de expresar el afecto muy impetuosamente a la indiferencia y alejamiento total. Es importante recordar que estos son cambios a las formas en que ellos expresan sus sentimientos, y no cambios a los sentimientos en sí por sus amigos, sus padres y otros familiares. Sin embargo, señas de cambios emocionales excesivos o por períodos de tristeza de larga duración, pueden indicar problemas emocionales severos. (U.S. Department of Education, sin dato).

Desarrollo social

El preadolescente quiere aclarar quien es y cual es su papel en la sociedad, cuales son las demandas sociales sobre lo que debe saber y hacer, además, el desarrollar sus intereses y enfrentarse a nuevas experiencias le plantea oportunidades de evaluación real de su propio desempeño con respecto a individuos de la misma edad y recibir de estos y de los adultos aprobación o censura. (Medellín y Tascón, 1995).

El individuo busca apoyo en sus contemporáneos que también se encuentran en estado de cambio y necesidad de aprobación; por otro lado las presiones culturales del mundo actual y la duda de las creencias que tenía como ciertas incrementan su tensión. Si el joven no está seguro de su identidad siente miedo de relacionarse con otros y puede caer en aislamiento que lo lleva a encerrarse en si mismo, aumentado su susceptibilidad a la critica a la depresión y a somatizar sus quejas. (Adolescencia temprana, sin dato)

Al realizar actividades con sus pares los preadolescentes reafirman las habilidades necesarias para la sociabilidad y la intimidad, para el liderazgo y la

comunicación, la cooperación y la aceptación de papeles y se sienten motivados para alcanzar un sentido de identidad. Además, les permite realizar juicios independientes, decidir cuales de los valores aceptados previamente deben conservar y cuales descartar, obtener una dimensión más realista de sus capacidades y un sentido más claro de autoeficiencia, adquieren habilidades de negociación de conflictos y el control de las conductas de agresión (Wicks-Nelson y Allen, 1997).

Por otra parte, las buenas relaciones entre iguales pueden ayudar a asegurar el desarrollo de la competencia social frente a factores adversos, lo que cumple una función preventiva y reduce la probabilidad de que se produzcan trastornos. Al respecto, se ha encontrado que los problemas presentados por los preadolescentes con su grupo de pares, constituyen una de las principales dificultades en el caso de los sujetos a quienes se les remite a centros de salud mental. (Wicks-Nelson y Allen 1997; Morales de Casas, 1997). En el informe estadístico de prácticas presentado por el Programa de Psicología de la Universidad de Nariño (2004), dentro de los problemas psicosociales encontrados, se presentan como los de mayor frecuencia los relativos al grupo primario de apoyo y al ambiente social con una prevalencia de un 68.84%.

Psicopatología Infantil

El término psicopatología o fracaso adaptativo se ha utilizado de varias maneras: para describir la desviación de un niño de las normas apropiadas a su edad, una exageración de tendencias evolutivas normales, una interferencia en el progreso evolutivo normal o un fracaso en conseguir una función o un mecanismo evolutivo específicos, es decir, la desadaptación representa una

pausa, una regresión o una desviación en el desarrollo (Garber, 1984; Loeber, 1991; Marsh y Graham, 2001).

Garber (1984) ha subrayado la importancia de cuatro parámetros para determinar si un comportamiento es desviado, en relación a aspectos evolutivos propios de una etapa determinada: (a) la intensidad o magnitud del comportamiento: si es excesiva o deficiente; (b) la frecuencia: cuantas veces ocurre o deja de ocurrir determinada conducta; (c) la duración: si las dificultades son transitorias y remiten de forma espontánea o, si persisten a lo largo del tiempo; y (d) el número de síntomas diferentes y su configuración. La intensidad, frecuencia y duración del comportamiento del niño tienen que ser evaluadas con respecto a lo que se considera la norma para una edad determinada.

Consideraciones epidemiológicas

Diferencias asociadas a la edad

Aunque no existe un patrón definido sobre diferencias generadas por la edad, existen dos tendencias de acuerdo a la población con la que se realiza la medición, una, con poblaciones no clínicas en donde se muestra un declive general de problemas psicopatológicos con la edad y otra, con poblaciones clínicas en donde éstos aumentan (Achenbach, Howell, Quay y Conners, 1991).

Estatus socioeconómico

Marsh y Graham (2001), señalan que hasta un 20 % de los niños que crecen entre la pobreza experimenta algún tipo de deterioro en su funcionamiento social, conductual y académico. El impacto del estatus socioeconómico en los niños se deriva del hecho de que es una variable compleja que incluye muchas

fuentes potenciales de influencia negativa como son una escasa educación maternal, un bajo nivel de empleo en la madre, un status de padre/madre soltero/a, recursos limitados, una alimentación escasa y la exposición a la violencia dentro y fuera de casa. (Marsh y Graham, 2001; Barbarín y Richter 2001.)

Diferencias asociadas al género

Kecnan y Shaw (1997, citados por Marsh y Graham, 2001), indican que los efectos del género son esenciales para comprender la expresión y el curso de la mayoría de las formas de psicopatología infantil. Al respecto, algunos autores señalan que los niños manifiestan más dificultades durante la primera y mediana infancia, especialmente con respecto a los trastornos de comportamiento perturbador, y que las dificultades de las niñas pueden aumentar durante la adolescencia con mayores tasas de ocurrencia para el estado de ánimo dísfórico y mayor riesgo de condiciones comórbidas como la ansiedad y depresión. (Achenbach y cols, 1991; Marsh y Graham, 2001).

Cuestiones básicas de la psicopatología infantil

Psicopatología/normalidad

Las manifestaciones psicopatológicas en la infancia y adolescencia se consideran habitualmente como desviaciones que implican una disminución del funcionamiento adaptativo, una desviación estadística, malestar o incapacidad inesperados y/o deterioro biológico. (Marsh y Graham, 2001). De esta forma, el estado de un niño es considerado como un trastorno sólo si: (a) provoca un deterioro o una privación de beneficios al niño, teniendo en cuenta las normas

sociales, y (b) es consecuencia del fallo de algún mecanismo interno para realizar una función natural (Richters y Cicchetti, 1993).

Funcionamiento adaptativo

Otra de las cuestiones básicas en la psicopatología infantil son los procesos de desarrollo adaptativos ya que, en primer lugar, cualquier juicio sobre la desviación o atipicidad necesita de la comprensión del funcionamiento normativo de desarrollo tanto, con respecto a la actuación del niño relativa a iguales de mismo sexo y misma edad, como con respecto a la propia línea base de desarrollo del niño; y, en segundo lugar, ya que es probable que los niños con manifestaciones psicopatológicas muestren deterioros en otras áreas del funcionamiento adaptativo. Por otra parte, muchos comportamientos infantiles que no son clasificados como desviados en un momento determinado, pueden, sin embargo, representar expresiones menos extremas de un trastorno existente o, expresiones tempranas de una patología (Marsh y Graham, 2001; Concepto de psicopatología, sin dato; Ibáñez, sin dato).

Continuidades y discontinuidades evolutivas

La continuidad o discontinuidad entre las psicopatologías infantil y adulta es muy específica al trastorno, oscilando entre los que se presentan con características relativamente diferentes tanto en la infancia como en la adolescencia y que raramente se mantienen en la edad adulta, hasta los que presentan condiciones crónicas que persisten a lo largo del desarrollo (Marsh y Graham, 2001; Ibáñez, Sin dato).

Los problemas tempranos, pueden estar relacionados con la psicopatología adulta de diferentes maneras: (a) gracias al el desarrollo de un trastorno

durante la infancia o la niñez que persista a lo largo del tiempo; (b) gracias a experiencias que alteren el estatus físico del niño (por ejemplo, desnutrición, plasticidad neuronal) que, a su vez, influyen sobre el funcionamiento posterior; y (c) por la adquisición de patrones tempranos de respuesta que pueden ser adaptativos a las circunstancias y el desarrollo actual del niño, pero que, cuando las circunstancias cambien y surjan nuevos retos evolutivos, podrían resultar en una desadaptación posterior (Marsh y Graham, 2001; Ibañez, Sin dato).

Vías de desarrollo

Relacionado con las continuidades evolutivas se encuentra el concepto de vías de desarrollo, estas no son observables directamente, sino que son metáforas que se infieren a partir de evaluaciones continuas de niños a lo largo del tiempo. Según Loeber (1991), una vía "define la secuencia y la ocasión de las continuidades y transformaciones del comportamiento y resume las relaciones probabilísticas entre conductas sucesivas" (p. 98). Al referirse a vías de desarrollo, deben considerarse los siguientes aspectos: primero, vías diferentes pueden conducir a manifestaciones similares de psicopatología, situación denominada equifinalidad, y segundo, vías iniciales similares puedan dar como resultado formas desadaptativas diferentes, o multifinalidad, dependiendo de las características contextuales en el que tienen lugar (Loeber, 1991).

La descripción de vías del desarrollo tiene muchas ventajas para la investigación de la etiología y las consecuencias de los trastornos infantiles y pueden sugerir también estrategias de intervención. Según Loeber (1991),

estas ventajas son "intentos de captar las manifestaciones cambiantes y el fenotipo variable de un determinado trastorno a lo largo del tiempo" (p. 99).

Este apartado se definirá claramente con respecto a la ansiedad y depresión infantil en los capítulos correspondientes.

Riesgo y resistencia

El concepto de resistencia, se refiere normalmente a niños que en primer lugar tratan de evitar resultados negativos y/o logran resultados positivos a pesar de encontrarse en una situación de riesgo importante para el desarrollo de psicopatología; en segundo lugar que manifiestan competencia de forma mantenida bajo estrés y, en tercer lugar que muestran recuperación del trauma. La resistencia no debe ser tomada como un atributo universal o fijo del niño puesto que un sujeto en particular puede ser resistente en relación a estímulos estresantes específicos y ser vulnerable a otros, además la resistencia puede variar a lo largo del tiempo y a través de diferentes contextos. (Marsh y Graham, 2001).

Dentro del niño, los factores de protección que se han identificado incluyen: un fácil temperamento que hace que el niño sea atractivo y agradable para los demás, estrategias tempranas de afrontamiento que combinen la autonomía con la búsqueda de ayuda cuando la necesite, la elevada inteligencia y los logros académicos, la comunicación eficaz y las habilidades de solución de problemas, la autoestima positiva y la elevada autoeficacia. (Marsh y Graham, 2001; concepto de psicopatología, sin dato; Ibáñez, Sin dato).

A nivel familiar, los factores de protección incluyen: la oportunidad de establecer una estrecha relación con, al menos, una persona que comprenda

las necesidades del niño, la educación positiva, la disponibilidad de recursos, un talento o afición que sea valorado por los adultos o los iguales, y creencias religiosas de la familia que proporcionen estabilidad durante épocas de sufrimiento o adversidad. A nivel de la comunidad, estos factores incluyen, relaciones extrafamiliares agradables con vecinos, iguales o mayores, un ambiente escolar eficaz con profesores que desempeñen modelos y sean fuentes de apoyo, y el disponer de oportunidades en las transiciones principales de la vida. (Marsh y Graham, 2001; Ibañez, Sin dato).

El riesgo se define normalmente en términos de características del niño que se conoce están asociadas a resultados negativos, esta definición incluye también la exposición a condiciones ambientales extremas o desventajosas como la pobreza o el abuso. Teniendo en cuenta lo anterior los niños que están predispuestos a desarrollar psicopatología y que muestran susceptibilidad a condiciones de desarrollo negativas bajo circunstancias de alto riesgo, se denominan "vulnerables". (Marsh y Graham, 2001; concepto de psicopatología, sin dato; psicopatología infantil, sin dato)

Los factores comunes de riesgo que se han encontrado que afectan de manera adversa al niño incluyen tanto situaciones estresantes agudas como la adversidad crónica, así como acontecimientos tales como la pobreza, déficit graves en los cuidados recibidos, la psicopatología de los padres, la muerte de un familiar, desastres en la comunidad, no tener un lecho, la descomposición de la familia y el estrés perinatal. (Concepto de psicopatología, sin dato; Ibañez, Sin dato).

Influencias contextuales

Existen tres conjuntos de influencias contextuales: el primero de ellos es el niño como contexto, que es la idea de que existen características, predisposiciones y rasgos únicos del niño que influyen sobre el curso del desarrollo; en segundo lugar el niño del contexto, que es la idea de que el niño procede de unos antecedentes con influencias de la familia, de los iguales, del aula, de los profesores, de la escuela, de la comunidad y de la cultura que están interrelacionadas, y por último el niño en el contexto, que es la concepción de que el niño es un organismo rápidamente cambiante y que la información obtenida en un momento dado o en un determinado contexto podría variar notablemente de la obtenida en otros momentos o en otras situaciones. (Messick, 1983, citado en Ibañez, Sin dato).

La comorbilidad

Un tema que tiene importantes implicaciones para la teoría y la investigación a la hora de definir y clasificar la psicopatología infantil es el de la comorbilidad, esta se refiere a la manifestación de dos o más trastornos cuya ocurrencia al mismo tiempo es mayor de la que se esperaría típicamente por azar. Se ha informado que la comorbilidad llega a alcanzar el 50 por 100 en muestras de la población e incluso mayores porcentajes en muestras clínicas. (Marsh y Graham, 2001; psicopatología infantil, sin dato). Es posible que en cada trastorno se encuentren predisposiciones generales hacia el mismo y otros trastornos, pero la forma como se expresa este es contingente con una multitud de condiciones ambientales e interacciones persona-ambiente (Lilienfeld, Walkman e Israel, 1994).

Ansiedad en la infancia y adolescencia temprana

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2001) define a la ansiedad como la anticipación aprensiva de un futuro peligro o adversidad acompañada por un sentimiento de disforia o síntomas somáticos de tensión, siendo el foco del peligro anticipado interno o externo. Por otra parte, para diversos autores, la ansiedad es ante todo una respuesta adaptativa que tiene como fin la preparación del organismo para satisfacer las demandas del medio. La ansiedad inmediata o a corto plazo es denominada la respuesta de lucha-huida ya que todos sus efectos están dirigidos a combatir el peligro o escapar del mismo (Beck, 1985; Boisier, 2001; Macías y Del Teso, 1998; Papalia y cols., 2003; Sandín y cols., 1995).

Para Beck (1985), el propósito de la ansiedad es proteger al organismo preparándolo para la acción inmediata ya que funciona como una señal de alarma ante la presencia de estímulos potencialmente nocivos para la homeostasis del individuo, el cual hace una evaluación subjetiva de la situación estímulo y actúa de acuerdo a los recursos que considere tener. Sin esta activación de alarma no sería posible asumir de manera exitosa los cambios de conducta necesarios para enfrentar la situación estímulo y recuperar el equilibrio. Vista de esta manera la ansiedad en el niño es un componente de la progresión de desarrollo normal de la dependencia a la autonomía a través de la exposición repetida a las nuevas e inexperimentadas situaciones, gracias a las cuales, se vuelven “experimentados” en el ciclo de excitación ansiosa (Barlow y Cols. 1995). En conclusión, el mecanismo de la ansiedad funciona de forma ajustada cuando se produce una adecuación entre estímulos y respuesta

mejorando así el rendimiento y la adaptación al medio social, o académico (Albano y cols, 1995; Cano y Vindel, sin dato; Mardomingo, 2001; Sandín y cols., 1995).

Sin embargo, en algunas ocasiones, la ansiedad se convierte en un problema de salud impidiendo el bienestar e interfiriendo notablemente en las actividades sociales o intelectuales, viviéndose como una experiencia desagradable o una emoción negativa especialmente cuando alcanza una elevada intensidad que se refleja en fuertes cambios somáticos, cognitivos y conductuales (Albano y cols, 1995). La ansiedad patológica a nivel general puede distinguirse de la normal, en primer lugar cuando la respuesta se desencadena ante estímulos o situaciones objetivamente irrelevantes, y en segundo lugar si se produce una persistencia en el tiempo de la respuesta de manera innecesaria y una elevada intensidad y duración de los síntomas y en el niño, cuando además de lo anterior, los síntomas persisten más allá de la etapa en la cual se consideran parte del desarrollo evolutivo (Albano y cols, 1995; Cano y Vindel, sin dato; Mardomingo, 2001; Sandín y cols., 1995).

Síntomas de la ansiedad

La ansiedad no es un fenómeno unitario, se manifiesta de manera similar a otras emociones, conjugando tres sistemas de respuesta o dimensiones (Sandín y cols, 1995).

Síntomas subjetivo cognitivos

Según Cano y Vindel (Sin dato) estos síntomas son preocupación, dificultad para decidir, miedo o aprensión, pensamientos negativos sobre autoeficacia y con la actuación ante el grupo, temor a la pérdida del control y dificultades para pensar, estudiar, o concentrarse. Estas manifestaciones tienen que ver con la experiencia interna del niño, e incluyen un espectro de variables relacionadas con la percepción y evaluación subjetiva de los estímulos y estados asociados con la ansiedad, tienen la función de percibir y evaluar los estímulos y/o las manifestaciones ansiosas para su valoración y consecuente búsqueda de respuesta

Síntomas fisiológicos

La ansiedad se acompaña de cambios y activación fisiológica que pueden afectar prácticamente a todos los órganos y sistemas, desde el sistema cardiovascular al respiratorio, digestivo, piel, endocrino y neurovegetativo además, pueden experimentarse tanto a nivel externo: sudoración, dilatación pupilar, temblor, tensión muscular, palidez facial, entre otros; internos: aceleración de frecuencia cardíaca y respiratoria, disminución del flujo sanguíneo periférico, de la salivación, molestias gástricas y parcialmente voluntarios: palpitaciones, temblor, vómitos, desmayos, entre otros (Cano y Vindel, sin dato y Mardomingo 2001).

Síntomas motores o conductuales

Estos síntomas incluyen los cambios observables de conducta como: (a) la expresión facial, intranquilidad motora o movimientos repetitivos, dificultad para hablar e Inhibición motriz y, (b) las respuestas de evitación y escape de la

situación generadora de ansiedad, (Cano y Vindel, sin dato; Mardomingo, 2001; Sandín y Cols, 1995).

Estos tres tipos de alteraciones se perciben simultáneamente de forma desagradable y ayudan a conformar el estado subjetivo de ansiedad, además, mantienen un carácter invariable entre trastornos ya que no se diferencian entre sí por las manifestaciones o respuestas de ansiedad, sino por las áreas situacionales en las que los sujetos experimentan los síntomas (Sandín y cols., 1995, Gutiérrez, 2004).

Perspectiva evolutiva

Las manifestaciones clínicas de la ansiedad en los niños varían en función de la edad y del desarrollo cognoscitivo y emocional. En el niño preescolar, la inquietud motriz, los trastornos del sueño, la pérdida del apetito y el llanto inmotivado. Durante la etapa escolar, a medida que se desarrolla el lenguaje y la capacidad para expresar emociones y sentimientos, a los síntomas anteriores se añaden la angustia, los miedos y temores, las dificultades de atención y concentración, los problemas de memoria y la lentitud del pensamiento, lo que interfiere en el progreso académico y, en menor medida, en las relaciones con los compañeros y la familia (Albano y cols. 1995; Mardomingo 2001; Reynolds y Richmond, 1978).

Durante la adolescencia además de los síntomas anteriores que persisten en menor medida, se encuentran principalmente, preocupación exagerada, en primer lugar por su desempeño, con sentimientos de despersonalización y desrealización, y en segundo lugar en las relaciones sociales, con respecto a su

apariencia y la aceptación por parte de su grupo de pares (Albano y cols. 1995; Mardomingo, 2001; Reynolds y Richmond, 1978; Siegel, 2002).

Epidemiología

La ansiedad es la forma más común de psicopatología a nivel mundial, esto ha sido comprobado en diversos estudios donde se revela la magnitud de dicha manifestación psicopatológica. Según estadísticas obtenidas por el National Comorbidity Survey (1994, citado en el centro de investigaciones médicas en ansiedad. IMA), la prevalencia de los Trastornos de Ansiedad en conjunto para este año fue de una por cada cuatro personas encuestadas con un 24.9%. En las consultas de atención primaria estas manifestaciones psicopatológicas se presentan con tan elevada frecuencia, que se afirma que no existe enfermedad, en que la ansiedad no esté presente con mayor o menor intensidad. La prevalencia encontrada al respecto, corresponde a un 25% (Macías y cols., 2001). En Colombia, Según la OMS (Sin dato) la prevalencia total de ansiedad en la población adulta alcanzó el 9.6% y en la ciudad de Pasto, según datos proporcionados por las Estadísticas de Practica profesional entre los años 2003 y 2004 los trastornos de ansiedad alcanzaron el 21.7%, ocupando el segundo lugar en cuanto a la presentación de psicopatología después de la depresión (Programa de psicología, 2004).

Al igual que en los adultos los desórdenes de ansiedad son los problemas de salud mental más comunes que ocurren en la infancia y en la adolescencia y constituyen la razón principal por la que se remiten a los servicios de salud mental (Albano y Cols., 1995). En líneas generales las tasas de prevalencia de estas manifestaciones en los niños oscilan entre el 9 y el 21% (Mardomingo,

2001). De acuerdo a Kashani y cols (1981, citado en Albano y cols, 1995) el 21% de la población, entre 8 y 17 años de edad, ha reportado síntomas consistentes con ansiedad; según el NIMH (1999), en Estados Unidos, más del 13% de niños y adolescentes experimentaron síntomas o un desorden de ansiedad en 1 año; En un estudio canadiense Stavrakaki y cols. (1991) identificaron que el 25% de los niños presentaban manifestaciones de ansiedad; en una muestra australiana Boyd, Konstanski, Gullone, Ollendick y Shek (2000), identificaron que el 13.2% de adolescentes presentaban síntomas de ansiedad. En Colombia las cifras de manifestaciones de ansiedad en la población infantil alcanzaron el 9.4% de la población (Política Nacional de Salud Mental, Resolución número 02358 de 1998 del Ministerio de Salud) y en la ciudad de San Juan de Pasto no se cuentan con estadísticas al respecto, ya que no se discrimina por separado las tasas de psicopatología por grupos de edad si no que se combinan las datos de la población infantil y adulta. (Programa de psicología, 2004).

Con relación a la distribución por género, vale destacar que los trastornos de ansiedad son más frecuentes en mujeres, revelando una distribución significativa de prevalencia del doble que para los hombres. En un estudio clínico (384 casos) llevado a cabo en Centro IMA en el año 2003 se corroboró dicha tendencia al constatar que un 71 % de mujeres eran afectadas por trastornos de ansiedad frente a un 29 % de hombres. Kashani y cols (1989) informaron que los diagnósticos de trastornos de ansiedad eran significativamente mas prevalentes entre niñas de 8, 12 y 17 años de edad con un 28.6% que entre los niños de igual edad con un 13.3%. En Colombia,

Tamayo y Zuluaga (1997), encontraron que los trastornos emocionales fueron diagnosticados con más frecuencia en mujeres alcanzando un 57%.

Etiología

Teorías Biológicas

Tanto en la investigación como en la práctica clínica existe un gran interés por estudiar la relación entre el desarrollo de trastornos de ansiedad y las características de personalidad en la población adulta y más recientemente en la población infantil.

Una de estas investigaciones fue la realizada por Richman, 1996, basados en la conceptualización de las dos dimensiones de la personalidad de Eysenck. En esta teoría se plantea “un espacio de personalidad” definido por dos dimensiones: el Neuroticismo que refleja la actividad del sistema nervioso autónomo, y la Extraversión que refleja una mayor sensibilidad a los estímulos que provienen del exterior; una combinación de alto neuroticismo y baja extraversión contribuiría al desarrollo de respuestas excesivamente condicionadas, ciertos rasgos de personalidad y, en algunos casos, psicopatología. Los resultados de este estudio mostraron que los niños con trastornos de ansiedad eran significativamente más neuróticos y menos extravertidos que los del grupo control.

Por otra parte, de Gray (1982), sugiere que las dos dimensiones dichas por Eysenck deben reflejar la actividad de dos sistemas que orientan el comportamiento: *la activación y la inhibición comportamental*. La dimensión que se denomina *ansiedad-rasgo*, refleja la inhibición comportamental y se asocia con una mayor condicionabilidad a los estímulos aversivos; la dimensión que se

define como *impulsividad*, refleja la activación comportamental y está asociada con una mayor condicionabilidad a estímulos gratificantes. En una investigación realizada por este autor, se encontró que el grupo de niños con trastornos de ansiedad obtuvo puntuaciones significativamente más altas en la dimensión ansiedad-rasgo, estos resultados se atribuyeron a la actividad excesiva del sistema de inhibición comportamental y consecuentemente, a una mayor condicionabilidad a estímulos aversivos provocadores de miedo.

Teniendo en cuenta la inhibición comportamental descrita por Gray, Kagan (1987 citado por) propuso que los niños comportamentalmente inhibidos tienen un umbral bajo de excitación, especialmente ante acontecimientos desconocidos, por lo cual reaccionan con ciertos comportamientos particulares como la activación del sistema nervioso simpático ante un estrés moderado. Al respecto, Albano y cols. (1995), afirman que la presencia de este rasgo temperamental, observable desde una edad muy temprana, pone al niño en riesgo de padecer múltiples trastornos de ansiedad. En un estudio longitudinal, se hizo seguimiento a dos grupos de niños de 21 o de 31 meses de edad que fueron clasificados como inhibidos y desinhibidos cuando eran expuestos a ambientes, personas y objetos desconocidos. Se encontró que estas diferencias comportamentales se mantuvieron desde la infancia hasta las evaluaciones posteriores, a la edad de 4.5 y 7,5 años (Kagan y cols, 1989, citado en Albano y cols 1995).

Toda esta evidencia empírica sugiere la existencia de una personalidad ansiosa en los niños inhibidos que permanece constante durante el desarrollo y que puede predisponer a la generación de un trastorno de ansiedad. Sin

embargo, a pesar de que la inhibición comportamental es una manifestación temprana de una predisposición familiar a los trastornos de ansiedad, no siempre implica psicopatología, puesto que muchos niños con esta característica no llegan a presentar trastornos posteriores (Kagan 1989, citado en Albano y cols, 1995).

Teorías conductuales

Una de las teorías del modelo conductual es que los trastornos del comportamiento están generados por algún tipo de condicionamiento y aprendizaje desadaptativo en forma de respuestas emocionales condicionadas que se mantienen a lo largo del tiempo (Wolpe, 1958. citado en Galletero, sin dato; Gutiérrez, 2004; Saldaña sin dato;). Según esta premisa, la ansiedad patológica es el resultado de un proceso condicionado que se instaura tras una perturbación emocional ante un peligro real o después de una exposición repetida a una situación en la que se produzca alteración emocional, dichas respuestas quedan condicionadas con algunas señales contextuales que, en el futuro, serán suficientes para producir una respuesta emocional resistente a la extinción, además, ésta puede generalizarse a nuevos estímulos semejantes a los que se encontraban en la situación traumática (Gutiérrez, 2004).

Por otra parte, Mowrer (1960, citado en Galletero y cols, sin dato) propuso un modelo explicativo de la ansiedad según el cual su aprendizaje, además producirse a través de procesos de condicionamiento clásico y generalización de respuestas, es mantenida de forma operante mediante las conductas de escape y evitación. Al enfrentarse ante determinados estímulos del entorno, que adquieren carácter de amenaza a través del condicionamiento clásico, la

evitación o el escape adquieren la propiedad reforzante de reducir la activación fisiológica, es así como la persona invierte cada vez más tiempo en estas conductas gracias a sus efectos reductores de la activación fisiológica excesiva y desagradable.

Eysenk (sin dato, citado por Galletero y cols, sin dato; Gutiérrez, 2004; Mendez y Macia, 1994) propone la teoría de la incubación según la cual las respuestas de ansiedad se adquieren y mantienen a través del condicionamiento de tipo B en el que la respuesta condicionada (R_c) de ansiedad tiene propiedades motivacionales suscitando un aumento de ésta en condiciones en que generalmente se suscitara la extinción, es decir en ausencia del estímulo incondicionado. La incubación de la ansiedad surge cuando hay estímulos condicionados (E_c) cortos, estímulos incondicionados (E_i) intensos y ciertas características de personalidad como el neuroticismo y la introversión, además, se mantiene mediante las presentación alternada de confrontaciones esporádicas y breves, y la puesta en marcha de repertorios de escape o evitación

Otro modelo explicativo de la ansiedad es el formulado por Bandura (sin dato, citado en Galletero y cols; Gutiérrez 2004; Mendez y Macia, 1994; Saldaña, sin dato) el cual propone que el aprendizaje de ansiedad podría lograrse no solo a través de la experiencia o información directa de acontecimientos traumáticos, sino a través del aprendizaje observacional de las personas significativas al entorno. Según este modelo, la ansiedad se condiciona por un estímulo ambiental concreto por medio del cual se aprende o imita las respuestas ansiosas de los demás. Bandura, postula la existencia de

tres posibles vías para la adquisición de reacciones de ansiedad: (a) La experiencia directa con acontecimientos aversivos o traumáticos, (b) la observación de otra persona viviendo la situación aversiva o comportándose atemorizadamente y (c) la recepción de información en torno a situaciones de miedo.

Teorías cognitivas

Los modelos cognitivos conciben la ansiedad como fruto de una serie de sesgos cognitivos o tendencias en la interpretación de la situación; cuando esta tendencia o sesgo es muy exagerada o errónea tiende a producir reacciones de ansiedad muy intensas que pueden llegar a ser patológicas. Desde este enfoque se pueden resaltar las teorías de Tous y la de Beck (Gutiérrez, 2004; Quijano y Cano, 1999).

Tous (1986, citado por Gutiérrez, 2004; Quijano y Cano, 1999) elaboró un modelo de ansiedad, basado en el procesamiento de información, que señala la necesidad de diferenciar la ansiedad patológica de aquella que no lo es. La ansiedad normal constituye un mecanismo adaptativo para el individuo pues prioriza los procesos de percepción sobre los de respuesta ante situaciones que pueden suponer novedad o peligro y permite la selección de una respuesta no impulsiva sino adecuada a la complejidad de la situación; por otra parte, la ansiedad patológica consiste, en un funcionamiento exagerado de este mecanismo, que genera una inhibición desproporcionada de la respuesta ante situaciones en las que no es necesario tal grado de inhibición.

En cuanto a Beck (1976, citado por Gutiérrez, 2004; Quijano y Cano, 1999), éste sostiene que la ansiedad es resultado de una estructura cognitiva

disfuncional que genera un sesgo en el procesamiento de información, por medio de éste sesgo se presta atención a unos aspectos amenazadores del entorno mas que a otros y al respecto, Vargas y Polaino, (citados en Taboada y cols, 1998) las señales de peligro, real o posible son amplificadas de manera que ocupan la mayor parte de la conciencia. Por otra parte, varios autores sugieren que la atención de los niños ansiosos puede orientarse, al igual que en los adultos, hacia estímulos emocionalmente amenazantes ya que los desórdenes de ansiedad están asociados con sesgos relacionados con la amenaza en tareas de procesamiento atencional (Vasey Daleiden, Williams y Brown, 1995; Dagleish y cols., 2003).

Por otra parte, Beck afirma que los cuadros de ansiedad aparecen gracias a la interacción entre esquemas inadaptativos y formas específicas de estrés ambiental; así, las personas con vulnerabilidad para el desarrollo de estos trastornos desencadenan este estado al disponer, por una parte de una serie de esquemas relativos a la amenaza, sobre todo en torno a la aceptación la competencia y el control; y por otra parte, al encontrarse ante situaciones ansiógenas en donde esté implícita una evaluación social o un potencial rechazo de los otros y posibles críticas por la asunción de responsabilidades o una pérdida del control ejercido sobre el ambiente (Gutiérrez, 2004; Quijano y Cano 1999).

Factores de Riesgo

Rasgos de Personalidad

Diversos estudios sobre el temperamento demuestran una asociación entre ciertos rasgos conductuales, en particular la inhibición conductual, y los trastornos de ansiedad en la infancia (Basic Behavioral Science Task Force, 1996; Bernstein, y cols 1996; Biederman, y cols, 1993; Hirshfeld y cols., 1992; Jalenques y Coudert, 1993; Rosembaum y cols., 1991; Rosembaum y cols, 1992. citados en Albano y cols, 1995; Gutierrez, 2004; Taboada y cols, 1998)). La presencia de rasgos temperamentales que se observan desde muy corta edad como inquietud, intranquilidad y nerviosismo; alteraciones en el patrón de ingesta y una tendencia a la inhibición, ponen al niño en riesgo de padecer múltiples trastornos de ansiedad y, por otra parte, un niño con estas características puede provocar respuestas negativas o de rechazo por parte de sus padres, influyendo notablemente en el estilo educativo que tendrán con él, y de los que lo rodean. (Werner, 1993;Taboada y cols., 1998).

Psicopatología paterna

La presencia de ansiedad y de otras psicopatologías como alcoholismo y somatización en los padres son consideradas como un importante factor de riesgo para el desarrollo de ansiedad en el niño (Gotlib y Avison, 1993; Kashani y cols, 1990;. Taboada y cols., 1998). Sin embargo queda todavía por aclarar si el mecanismo de transmisión es de origen genético, ambiental o una combinación de los dos, de hecho Gotlib y Avison (1993), sostienen que si bien la psicopatología de los padres pone al niño ante un riesgo genético, es evidente que también lo coloca ante múltiples condiciones de riesgo ambiental

como discordia familiar, indisponibilidad emocional, inestabilidad de la vida familiar, baja calidad parental, alta exposición al estrés, etc.

Ambiente familiar

Los resultados de trabajos que han estudiado esta relación muestran poca consistencia. Así por ejemplo, Fendrich, y cols (1990) no encontraron asociación alguna entre ansiedad en el niño y problemas maritales; Dadds y Powell (1991, citado en Taboada y cols, 1998) demostraron una asociación entre discordia parental y ansiedad en los niños pero no en las niñas; Vargas y Polaino, citados en Taboada y cols, 1998 (1990) hallaron que esta asociación sólo existía cuando se trataba de niños que además de ansiedad, presentaban el diagnóstico de depresión, convirtiéndose así en un factor de riesgo para desarrollar problemas de comorbilidad.

Pautas de crianza o estilo educativo

Con respecto al estilo educativo, una excesiva sobreprotección o elevado control por parte de los padres, aumenta la probabilidad de desarrollar trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia (Bowen y cols, 1995, citado en Taboada y cols, 1998; Richman, 1996). Sin embargo, Bowen y cols., (1995) ha encontrado que este efecto tan sólo ocurre para las niñas ya que en los niños esta asociación parece ser inversa actuando como un factor protector para el desarrollo de trastornos de ansiedad, en especial, cuando se trata de niños inhibidos conductualmente (Bowen y cols., 1995). Por otra parte, actitudes y conductas de la madre como poca comprensión y confianza Vargas y Polaino, (citados en Taboada y cols, 1998), escasas muestras de afecto, poco interés en

ayudarle y animarle, etc., podrían favorecer el desarrollo de ansiedad en el niño (Vargas y Polaino, citados en Taboada y cols, 1998).

Problemas Médicos

En un estudio longitudinal de 776 niños y adolescentes en el que exploraron la presencia de múltiples factores de riesgo de psicopatología internalizante, entre ellos los problemas de embarazo y la historia de salud del niño, encontraron que de los dos trastornos de ansiedad estudiados, los problemas de embarazo predecían significativamente el trastorno de ansiedad excesiva, pero no el trastorno de ansiedad de separación. (Vélez y cols 1989, Citado en Messer y Beidel, 1995 y Taboada y cols, 1998).

Nivel Socioeconómico

El nivel socioeconómico bajo también se ha relacionado con la presencia de síntomas y trastornos de ansiedad. Taboada y cols., (1998) y Duncan y cols.,(1994, citados en Barbarín y Richter), afirman que al parecer este factor tiene una acción indirecta ya que un nivel socioeconómico bajo facilitaría la aparición de determinados problemas de embarazo, parto o en el desarrollo evolutivo por la falta de conocimiento y/o pautas de crianza inadecuadas; por otra parte, Barbarín y Richter, (2001) afirman que los niños de estratos socioeconómicos bajos, reportan con elevada frecuencia síntomas característicos de ansiedad y depresión.

Género

Con excepción del Trastorno obsesivo compulsivo y posiblemente, de la ansiedad social, las mujeres tienen el doble de riesgo para adquirir trastornos de ansiedad que los hombres. Varios factores pueden aumentar este riesgo en

las mujeres, incluyendo factores hormonales, presiones culturales, y menos restricciones para comentar la ansiedad con su grupo de apoyo y servicios de salud. (Messer y Beidel, 1995; Taboada y cols, 1998).

Relación entre factores

Taboada y cols (1998) afirman que son muchas las conexiones que pueden existir entre los distintos factores de riesgo, a través de su mapa de interacciones se puede observar como cada factor aparece asociado con otros influenciándose mutuamente. Por ejemplo, el temperamento de un niño, caracterizado por una elevada actividad general, baja ritmicidad biológica e inhibición conductual, refleja una vulnerabilidad biológica para los trastornos de ansiedad que podría venir dada por los antecedentes familiares de psicopatología, la presencia de trastornos emocionales en los padres y por la presencia de problemas evolutivos tempranos. A su vez, estos rasgos temperamentales interactúan con el ambiente que rodea al niño generando respuestas negativas en los demás (padres, compañeros) lo que contribuye en el mantenimiento y aumento de esas características no deseables ya presentes en el niño. Finalmente, Si a lo anterior se agrega la presencia de acontecimientos vitales estresantes, la situación se agrava más , posiblemente modificando la intensidad de las conexiones mencionadas y/o potenciando otras.

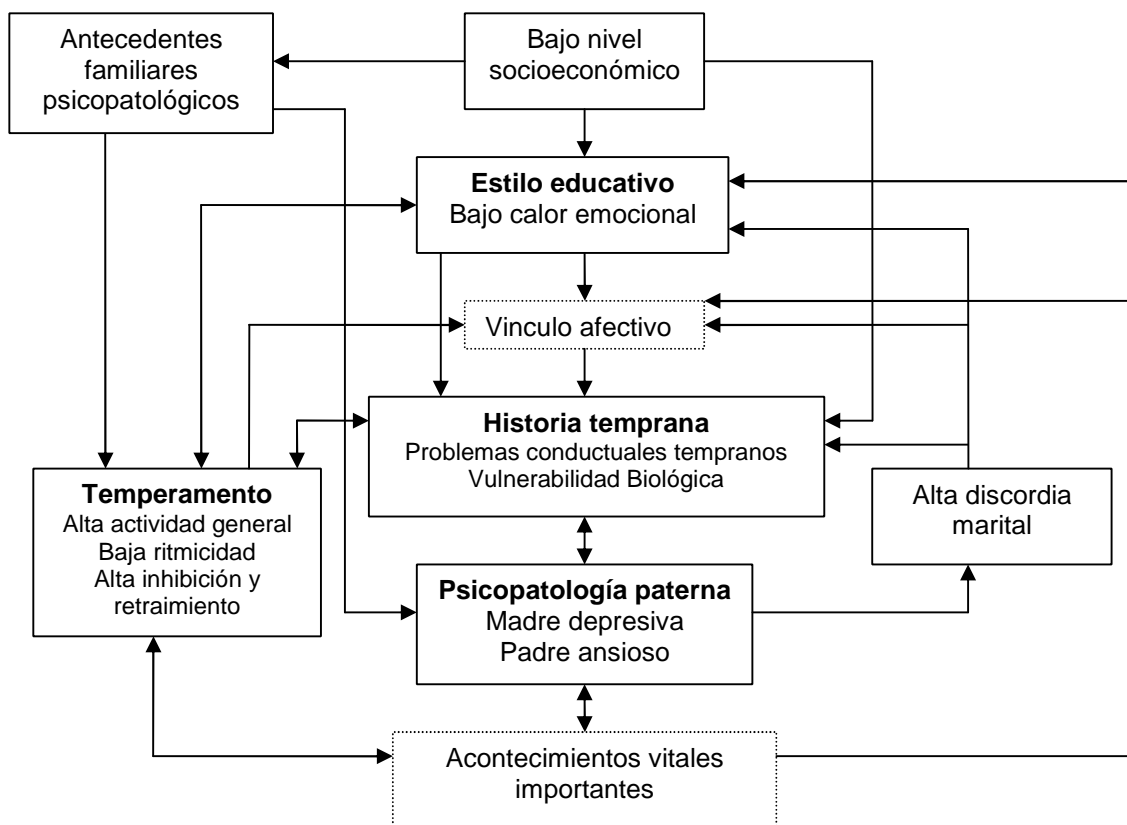


Figura 1. Relación entre factores de riesgo para el desarrollo de ansiedad infantil. Tomado de Taboada y cols (1998) Trastornos por ansiedad en la infancia y adolescencia: factores de riesgo.

Pronóstico (vías de desarrollo)

En relación con las cifras relativas al curso de los síntomas de ansiedad, los datos sugieren que estos tienen una estabilidad limitada a lo largo del tiempo, que el curso suele ser crónico y fluctuante y que a menudo, empeora durante épocas de estrés (Albano y cols., 1995). Por otra parte, el DSM-IV-TR indica que muchos individuos con un trastorno de ansiedad informaron que se habían sentido ansiosos y nerviosos toda su vida y más del 50% que el comienzo de las manifestaciones de ansiedad se produjo en la infancia o la adolescencia. Tamayo y Zuluaga (1997) en un estudio realizado en Colombia encontraron que

los trastornos emocionales en escolares y adolescentes incrementan su frecuencia a medida que avanza la edad (Tamayo y Zuluaga, 1997).

Depresión en la infancia y adolescencia temprana

En términos generales, la depresión es considerada como un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profundos. A diferencia de la tristeza normal, o la del duelo, que sigue a la pérdida de un ser querido, la depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique y además grave y persistente. Puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes, incluidas las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el auto castigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer, incapacidad para concentrarse o tomar decisiones, energía decaída, sentimientos de inutilidad, culpa y desesperación, desprecio de uno mismo, disminución del interés sexual, ideas recurrentes de suicidio, muerte y ataques de llanto (Maza y cols., sin dato). Produce gran deterioro funcional, lo que conlleva a largas incapacidades. No es secundario a otro trastorno (Velásquez, sin dato).

Actualmente, los trastornos depresivos, se reconocen como uno de los principales trastornos psiquiátricos y un problema de salud mental en niños y adolescentes (Royo, 2004). Sin embargo, la depresión durante estas etapas del desarrollo ha sido cuestionada durante muchos años ya que la creencia popular y ciertos planteamientos teóricos confluyeron en el rechazo de este trastorno antes de la pubertad (Del Barrio, 1997). La American Psychiatric Association (APA, 2000) reconoce formalmente la existencia de depresión en la infancia en la tercera edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos

mentales, precisando, que los síntomas esenciales del episodio depresivo mayor son similares en niños, adolescentes y adultos.

Los trastornos depresivos que comienzan en los años de la infancia y la adolescencia, se caracterizan por tasas familiares más altas de trastornos afectivos afectiva que cuando comienzan en edades más tardías; por unas tasas altas de enfermedades asociadas en especial trastornos de la conducta, ansiedad y déficit de atención; por un curso crónico recidivante de la enfermedad con un deterioro a corto y largo plazo de la funcionalidad social e interpersonal y por unas tasas aumentadas de abuso de sustancias y alto riesgo de suicidio consumado (Royo, 2004).

Por otra parte, se ha sugerido que es importante distinguir la depresión infantil como síntoma, síndrome y trastorno. Como *síntoma*, que es la forma más frecuente de aparición en la infancia y en la adolescencia, exclusivamente tristeza, pérdida de interés o placer, falta de capacidad de respuesta y condiciones similares; como *síndrome o cuadro general*, además de los síntomas anteriores, hay problemas somáticos, cognitivos y de conducta y; como *trastorno*, tiene todas las características de un síndrome, pero éstas están presentes de forma persistente, y se observa en el niño o adolescente un deterioro social. Además, en el trastorno se supone que se sabe más sobre el historial familiar característico. (Wicks-Nelson y Allen 1997).

Síntomas de la depresión infantil

Según diferentes autores, la depresión infantil se define como un problema psicológico complejo cuyas características principales son, tristeza, irritabilidad, anhedonia, llanto fácil, falta del sentido del humor, sentimiento de no ser

querido, baja autoestima, aislamiento social, cambios de apetito, falta de capacidad para concentrarse, enlentecimiento o agitación psicomotora, trastornos del sueño, fatiga o pérdida de energía sobre todo matinal, disforia e ideación suicida (Del barrio, 1997; Yunes y Braier, 2002; Méndez, Olivares y Ros, 2001). Además, quejas frecuentes de enfermedades físicas como dolor de cabeza o de estómago, deterioro en los estudios y ausencias frecuentes de la escuela, problemas para relacionarse acrecentados, hablar de o tratar de escaparse de la casa, ataques de rabia u hostilidad persistente y alta sensibilidad al fracaso y al rechazo. El trastorno repercute negativamente a nivel personal, familiar, escolar y social (Hernández, 2000). La naturaleza de las respuestas problema y de las áreas afectadas varía con la edad. En la infancia predominan los sistemas psicofisiológicos y motores y, con el paso de los años, adquiere relevancia el sistema cognitivo y aparecen dificultades en nuevos ámbitos como el sexual o el legal (Méndez, Olivares y Ros, 2001).

Según Tisher y Lang (1981), las diferentes características aludidas en los trabajos sobre la sintomatología de la depresión en la infancia podrían resumirse en: (a) Respuesta afectiva: sentimientos de tristeza / desgracia y llantos; (b) autoconcepto negativo: sentimientos de inadecuación, poca autoestima, inutilidad, desamparo, desesperanza y falta de cariño; (c) disminución de la productividad mental y de los impulsos: aburrimiento, alejamiento, falta de energía, descontento, poca capacidad para el placer y para aceptar la ayuda o el confort, así como retraso motorico; (d) preocupaciones: por la muerte, la enfermedad, el yo o los otros, así como pensamientos suicidas

y sentimientos de pérdida (real o imaginaria) y (e) problemas de agresión: irritabilidad y explosiones de mal humor.

Perspectiva evolutiva

Es necesario tener en cuenta que el cuadro clínico de la depresión infantil puede variar considerablemente; según la edad el niño manifestará distintas sintomatologías acordes con su nivel de desarrollo psicoevolutivo (Royo, 2004; Yunes y Braier, 2002).

Durante los años preescolares los niños generalmente presentan más síntomas de ansiedad, quejas somáticas, alucinaciones auditivas, rabietas y problemas de conducta (Royo 2004); además, llanto inmotivado, irritabilidad, retraso psicomotor y afectivo, fobia escolar, encopresis, enuresis, enlentecimiento motor y abulia (Yunes y Braier, 2002) Hasta los seis o siete años el niño no llega al pensamiento operacional, sus formas de adaptación son básicamente egocéntricas, y es posible, encontrar una mayor incidencia de fantasías depresivas en estos niños (Monedero, 1992).

Conforme el nivel de desarrollo cognitivo va progresando, los niños en etapa escolar pueden ser capaces de mostrar componentes cognitivos de su humor disfórico y baja autoestima, así como sentimientos de culpa y de infelicidad (Royo, 2004); los síntomas durante esta etapa se pueden describir de la siguiente manera: quejas somáticas, agitación psicomotriz y ansiedad no reactivas a nada en concreto, agresividad, apatía, disforia, anhedonia, falta de concentración, bajo rendimiento escolar, trastornos de conducta en la escuela y en la relación con sus pares, fobia escolar, trastornos de la eliminación, trastornos del sueño, astenia, abulia, adinamia, irritabilidad, no alcanzan el peso

para su edad cronológica, falta o aumento del apetito, hipersexualidad, indecisión, ideas o conductas obsesivas, ideas recurrentes de muerte y preguntas angustiadas acerca del más allá.(Yunes y Braier, 2002 ; Fañanás, sin dato).

En cuanto a los adolescentes, éstos suelen manifestar más problemas de apetito y del sueño, delirios, ideación o intentos autolíticos, así como mayor repercusión funcional en su vida social y familiar que los niños (Royo, 2004). Entre los síntomas que se encuentran durante esta etapa se encuentran: Conducta negativista, desafiante y/o antisocial, agresividad, robos, consumo de drogas, deseos de irse de la casa, sentimientos de no ser aceptado, malhumor, irritabilidad, no cooperar con la familia, tendencia a recluirse en la habitación, desinterés por el aseo personal, retraimiento social con hipersensibilidad, especial respuesta al rechazo en relaciones amorosas y trastornos del estado de ánimo (Yunes y Braier, 2002). Además tienden a presentar menos síntomas neurovegetativos y quizás una mayor irritabilidad que los adultos con depresión mayor (Royo, 2004).

Finalmente, es importante recalcar que los niños y adolescentes son especialmente vulnerables a la depresión debido a que sus habilidades para resolver problemas, sus habilidades de autorregulación y su capacidad para afrontar situaciones de tensión pueden estar limitadas. Hay niños y adolescentes que pueden tener que hacer frente a una serie de circunstancias que provoquen una gran tensión, considerando que éstas van más allá de su control; además, estos niños pueden tener una comprensión limitada para darse

cuenta de que las situaciones indeseables pueden y suelen cambiar. (Wicks-Nelson y Allen, 1997)

Epidemiología

Diferentes estudios indican que aproximadamente uno de cada cuatro niños o adolescentes de la población general experimentan un trastorno depresivo en algún momento de su niñez o adolescencia (Wicks-Nelson y Allen, 1997). Sin embargo, es necesario tener en cuenta que la incidencia de depresión incrementa con la edad (Cobo, 1992; Méndez, Olivares y Ros, 2001), durante la adolescencia, aumenta progresivamente hasta alcanzar índices próximos a los de la vida adulta (Méndez, Olivares y Ros, 2001) además, los resultados varían según el instrumento de evaluación aplicado y la comunidad donde se aplica como por ejemplo, la escuela o el hogar (Yunes y Braier, 2002).

La etapa escolar es el período en que se han descrito el mayor número de depresiones en la infancia. Monedero (1990) en su libro “Estudios de Psicopatología Evolutiva”, cita los siguientes autores: Kashani y cols. (1981) quienes encontraron que el 7% de 100 niños admitidos en un servicio de pediatría, cumplían los criterios de depresión, Lefkowitz y Tesing, (1981) quienes mostraron que el 5.2% de una muestra de 3.020 escolares de 3° a 5° grados, podían ser diagnosticados de depresión; Polaino y Domenéch (1988) quienes realizaron un estudio epidemiológico de la depresión en una muestra de 6.432 escolares ente 9 y 11 años de edad e informaron resultados del 8,2% del total con trastornos depresivos. Por otra parte, el NIMH (1999), reveló que el 3% de niños y 8% de adolescentes de la población general sufrieron de este tipo de psicopatología; Stavrakaki y Cols (1991), en estudios realizados en

Estados Unidos, encontraron que el 3% de niños y el 8% de adolescentes la padecían y en Canadá el 10% de niños tenían síntomas de depresión; finalmente, Ollendick y Yule (1990), informaron tasas de prevalencia del 9.5% en niños estadounidenses y el 10% en niños británicos.

Teniendo en cuenta el género, el DSM-IV-TR indica que el trastorno depresivo mayor antes de la pubertad afecta por igual a ambos sexos, pero en la adolescencia es dos veces más frecuente en mujeres que en varones (APA, 2000). Sin embargo, aunque normalmente no suele hallarse ninguna diferencia de género en niños con edades comprendidas entre seis y doce años (Wicks-Nelson y Allen, 1997), algunos autores han encontrado mayor proporción de depresión prepuberal en los niños que en las niñas (Costello y cols, 1988; Chen, Rubin y Li, 1995 citados por Méndez, Olivares y Ros, 2001; Anderson, 1989 citado por Wicks-Nelson y Allen 1997). En un estudio realizado por Lefkowitz y Tesing (1981, citado por Monedero, 1990) se encontró que por debajo de los ocho años y medio la incidencia de depresión era mayor en niños 6,98% que en niñas 4,76%. En los rangos que sobrepasan los doce años de edad, la sintomatología depresiva es mas alta en las niñas que en los niños, al respecto, Del Barrio (1997), señala que el sexo femenino se ha asociado sistemáticamente al incremento de la probabilidad de desarrollar depresión, lo que indica que las mujeres se encuentran en un riesgo más alto de adquirir este tipo de trastorno antes de la pubertad (Yunes y Braier, 2002).

Con respecto al medio social, Hernández (2000), sostiene que la depresión se encuentra con más frecuencia en los niños de clase baja y media que en los de clase alta. Desde el punto de vista clínico, se afirma que la psicopatología

infantil, en general es más grave y de peor pronóstico en medios familiares en los cuales existe un bajo nivel cultural, asociado con un predominio del empleo de conductas toscas y bruscas de comunicación entre la pareja y con los hijos, en lugar de la comunicación verbal para resolver los conflictos (Cobo, 1992).

Teorías etiológicas

En la actualidad, la mayoría de los autores sostienen que la depresión infantil es un trastorno similar al de los adultos, por lo que se han puesto a prueba con niños y adolescentes las explicaciones originariamente propuestas para explicar la génesis y mantenimiento del problema en la edad adulta (Méndez, Olivares y Ros, 2001).

Modelo socio-ambiental

Destaca la importancia del medio en el origen de la depresión infantil. Para Ferster (1973, citado por Méndez, Olivares y Ros, 2001; Heiby García 1994 y García y Rodríguez, 1997), las conductas que caracterizan la depresión se distinguen cuantitativa, y no cualitativamente, de los comportamientos considerados no deprimidos o normales. Los niños con depresión se enrabietan, lloran o se quejan con mayor frecuencia, intensidad o duración que los que no están deprimidos. Por el contrario, los parámetros de las conductas adaptativas como jugar, relacionarse con amigos o estudiar, están por debajo de lo esperado para su grupo de edad. La diferencia no es sólo topográfica sino también funcional, un adolescente puede andar despacio por la calle porque esta disfrutando de un agradable paseo (conducta normal) o porque le cuesta un terrible esfuerzo caminar (conducta deprimida).

En la depresión se constata un exceso de conductas para escapar de, o evitar, la estimulación aversiva y un déficit de comportamientos instrumentales para obtener refuerzo positivo. Estas alteraciones conductuales se producen por:

1. *Repertorios de observación anómalos.* El niño con depresión infravalora sus aptitudes y sobrestima sus defectos. Estas pautas conducen a un comportamiento que es reforzado muy pocas veces.

2. *Procesos de retroalimentación perniciosos.* La baja tasa de refuerzo origina un debilitamiento de la conducta que, a su vez disminuye la probabilidad de obtener reforzadores y así sucesivamente.

3. *Programas de refuerzo inadecuados.* Si la consecución de un reforzador exige una elevada cantidad de respuestas, la obtención del mismo va seguida de un prolongado período de inhibición conductual,

4. *Cambios repentinos en el medio.* La pérdida brusca de fuentes de refuerzo y de estímulos discriminativos relevantes propicia la aparición de conductas depresivas.

Costello (1972, citado por Méndez, Olivares y Ros, 2001 y García y Rodríguez, 1997), frente a la pérdida de refuerzos destaca la pérdida de eficacia de los reforzadores disponibles que se traduce en la pérdida de interés general (apetito, deseo sexual, etc.) que caracteriza a la depresión. Existen dos causas principales de este fenómeno: a) Cambios biofísicos y neurofisiológicos y b) Rupturas de cadenas conductuales: La eficacia de los reforzadores o de los estímulos incondicionados se potencia cuando estos van precedidos por estímulos discriminativos o por estímulos condicionados. Esta sucesión de

elementos forma una cadena conductual cuya ruptura produce una pérdida de dicha eficacia.

Para Lewinsohn (1974, citado por García y Rodríguez, 1997), la causa principal de la depresión es la baja tasa de refuerzo positivo contingente con la respuesta, que se explica por una o varias de estas razones: (a) Los potenciales eventos reforzantes para el niño son escasos, poco intensos y/o variados; (b) La disponibilidad de refuerzos en el medio es escasa; y (c) Las habilidades del niño, especialmente las sociales, para obtener refuerzos del medio son deficitarias.

Cuando se dan estas condiciones, aparecen las respuestas depresivas *como* disforia, fatiga y otros síntomas somáticos, o pasividad. El bajo nivel de refuerzo positivo explica la poca actividad del niño con depresión, cuya conducta adaptativa esta sometida a un programa de extinción.

Modelo de la indefensión aprendida

Según Seligman (1979, citado por García y Rodríguez 1997; Méndez, Olivares y Ros 2001) las personas deprimidas han aprendido que los efectos que siguen a sus conductas son incontrolables. Es entonces como la secuencia que genera indefensión aprendida es la siguiente:

1. El niño está expuesto a situaciones incontrolables, o sea, cuando la probabilidad de obtener refuerzo si emite una respuesta operante es igual a la probabilidad de obtener refuerzo si no emite dicha respuesta operante.

2. Las experiencias de incontrolabilidad producen expectativas de incontrolabilidad, es decir, el niño predice que no tiene control sobre la situación, interfiriendo en aprendizajes adaptativos posteriores.

3. Las expectativas de incontrolabilidad originan los déficits característicos de la depresión: (a) *Motivacionales*. Disminución de la tasa de respuestas operantes y aumento de la latencia de respuestas operantes, (b) *Cognitivos*. Dificultad para aprender nuevas respuestas reforzadas. Y (c) *Emocionales*, Sentimientos de indefensión y desesperanza.

Sin embargo, no todos los sujetos expuestos a situaciones incontrolables y con expectativas de incontrolabilidad desarrollan depresión, por lo que Abreamson, Séligman y Teasdale (1978, citado por Méndez, Olivares y Ros 2001) reformularon el modelo original recurriendo a la teoría de las atribuciones, que permite explicar las diferencias individuales. Según estos autores, el individuo con depresión presenta, por un lado expectativas de daño, es decir, espera que ocurra un evento aversivo o que no ocurra un evento deseado, y expectativas de incontrolabilidad es decir, espera que ninguna respuesta de su repertorio cambie la probabilidad de un evento, y por otro, un estilo atribucional predominante de modo que atribuye sus fracasos a factores internos, globales y estables y sus éxitos a factores externos, específicos e inestables.

Modelo cognitivo

Beck (2001) centra la explicación de la depresión en las distorsiones cognitivas y en las interpretaciones que el sujeto hace de los acontecimientos. Coloca la triada cognitiva como base de la depresión, según ésta, los individuos depresivos tienden a formar pensamientos negativos sobre ellos mismos y sus capacidades, sobre el mundo circundante y sus experiencias en él y sobre el futuro. Como mediadores internos de la depresión, habla de esquemas cognitivos, que proporcionan la base para seleccionar, diferenciar y codificar

errónea o distorsionadamente, los estímulos aferentes. La actuación de estos esquemas, hace que aparezca la tríada cognitiva lo que causa los síntomas de la depresión y se refleja en los errores de pensamiento: inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobregeneralización, maximización y minimización, personalización, pensamiento dicotómico; en los fallos en el procesamiento de información y en la evaluación de toda actuación en términos de déficit y fracaso.

Modelo de autocontrol

El postulado fundamental de esta teoría es que la depresión se debe a fallos en el proceso de autocontrol (Rehm, 1991. Citado por Méndez, Olivares y Ros 2001 y Heiby y García, 1994).

Las fases del proceso de autocontrol son: (a) *Autoobservación*: Los jóvenes con depresión, cuando observan su propia conducta, sus antecedentes y sus consecuencias tienden a atender selectivamente a los eventos negativos y las consecuencias inmediatas prestando menos atención o ignorando los eventos positivos y las consecuencias demoradas lo que da como resultado una visión negativa y pesimista de la vida. (b) *Autoevaluación*: Los jóvenes establecen criterios de valoración poco realistas y efectúan atribuciones incorrectas, considerando que los éxitos se deben a causas externas, específicas e inestables y los fracasos a causas internas, globales y estables que redundan en una baja autoestima, (c) *Auto administración de consecuencias*: son proclives a reforzarse pocas veces y a castigarse con frecuencia.

Factores de riesgo

Existen diversos factores de riesgo que facilitan la producción de la depresión. Entre los más destacados en esta patología se encuentran:

1. El entorno familiar en el que se desenvuelve el niño como: (a) malas relaciones con sus padres lo que ocasiona en él baja autoestima, baja tolerancia a la frustración y estrategias inadecuadas de resolución de problemas (Hernández, 2000); (b) relaciones familiares caracterizadas por la existencia de conflictos, maltrato, rechazo y problemas de comunicación con pobre expresión de afecto positivo en donde el niño vive con mucha tensión (Royo, 2004); (c) familias muy centradas en los afectos, en donde con frecuencia hay escasos contactos sociales o familiares (d) familias muy rígidas y exigentes que mantienen un gran control sobre sus miembros, impidiéndoles cualquier discrepancia con el modelo establecido; (e) padres impresionables e inseguros y sobreprotectores (Cobo, 1992); (f) dado que la depresión aparece con prevalencias elevadas entre los miembros de algunas familias y lo hace, además, a lo largo de generaciones, se asume que los hijos de padres afectados por formas graves de depresión son individuos de alto riesgo para estos trastornos; sin embargo, y a pesar de las investigaciones desarrolladas, se desconoce de qué manera estos factores, independiente o conjuntamente, influyen en la transmisión de la depresión de padres a hijos y qué mecanismos genéticos sustentan dicha vulnerabilidad (Fañanás, sin dato); (g) separación de los padres cuando ello no redunde en una disminución de la tensión, sino que, por el contrario aumenta y (h) El puesto que el sujeto ocupa entre los hermanos.

En muchas investigaciones aparece la posición intermedia como la más vulnerable a desarrollar trastornos de tipo emocional (Hernández, 2000).

2. Un alto riesgo de sufrir depresión se encuentra en los niños que han experimentado una pérdida importante tanto de seres queridos como de cosas o situaciones esenciales para ellos (Hernández, 2000; Royo, 2004); además, pérdida directa de la seguridad por respaldo social en relación a personas individuales y rechazo y expulsión de grupos y pérdida de la exo-estima en ambientes académicos, en círculo de amistades y en el seno de la familia, como por ejemplo el niño que es rotulado como malo, peleador, flojo, etc. (Hernández, 2000).

3. En cuanto a la escuela, se sabe que niños con desórdenes de la atención, del aprendizaje o de la conducta corren mayor riesgo de sufrir depresión. La localización precoz de cualquier deficiencia de aprendizaje en un niño y su pronta solución es imprescindible para lograr una situación de progreso normal y aceptable eliminando así la posibilidad de aparición de trastornos afectivos. Muchos autores han relacionado la depresión infantil con el rendimiento escolar, unas veces considerándolo como causa y otras como efecto de la depresión; en efecto, un niño deprimido puede descender su ejecución en la escuela, pero también, puede comenzar sus síntomas depresivos por un fracaso académico (Hernández, 2000).

4. Los fracasos personales en la vida de los niños y adolescentes y en especial la situación de fracaso escolar crónico (sobre todo, en niños que antes fueron buenos estudiantes, incluso excelentes) y los fracasos o rupturas sentimentales en los jóvenes. (Cobo, 1992).

5. Indicadores de vulnerabilidad en el niño, sea como rasgos de carácter o como manifestaciones más recientes, Entre éstos indicadores se encuentran: sensibilidad exacerbada, fuerte apego, hacia personas, cosas o animales; intensa timidez, Inclínación exagerada a hacerse cargo de los problemas de los demás, tendencia a ser hiper-responsables y dificultades de adaptación a situaciones nuevas.(Cobo, 1992).

6. Factores neuroendocrinos: pubertad, por hormonas sexuales sobre todo en las niñas (Cyranovski, 2000); aumento de la secreción de esteroides adrenales, hormonas tiroideas, hormona de crecimiento, (Ryan y cols, 1994).

7. Pautas culturales y de desarrollo diferentes entre varones y mujeres (Yunes y Braier, 2002).

Pronóstico (vías del desarrollo)

Los trastornos depresivos pueden afectar al desarrollo social, emocional y cognitivo, así como a la calidad del vínculo que se establece entre el niño y sus padres; confieren, además, un mayor riesgo para las conductas suicidas y de abuso de sustancias, y repercuten en el funcionamiento sociofamiliar y académico del niño (Royo, 2004).

Según Monedero (1990), las depresiones infantiles son mejor diagnosticadas, lo que permite conocer mejor la evolución de estos niños. Nissen (1972, citado por Monedero, 1990), estudió 96 niños diagnosticados de depresión. Los porcentajes de los que evolucionaron más o menos bien fueron: buena 22%, aceptable 36%, mediana 16% y mala 32%. Signos de mal pronóstico fueron la introversión, disforia, sueños diurnos, disminución del rendimiento escolar, intentos de suicidio y la tristeza vital. Signos de buen

pronóstico fueron la timidez, la sobreadaptación, la pobreza de afectos y la inseguridad. Por otra parte, hubo tres casos de suicidio, nueve que evolucionaron a formas de esquizofrenia cinco de las cuales con llamativos cambios de humor, y 19 que experimentaron fuertes cambios de estado de ánimo. Este autor concluye que el pronóstico de depresión infantil es poco favorable por el alto porcentaje de enfermedades psiquiátricas y psicósomáticas, la incidencia de ingresos en clínicas e instituciones, así como la presencia de otros síntomas; además afirma, que existe suficiente evidencia de que los niños y adolescentes que presentaron depresión durante esta etapa, aumentan el riesgo de mortalidad así como también evolucionan a diferentes manifestaciones de trastornos depresivos durante la vida adulta.

Comorbilidad entre Ansiedad y Depresión Infantil

Definición y Descripción

La comorbilidad se define como la aparición conjunta de dos o más manifestaciones psicopatológicas diferentes en la misma persona y en un período definido de tiempo. (Sandín, 1995; Ayuso, 1997; Lilienfeld, 1994). Este fenómeno es reportado como de mayor frecuencia entre los trastornos depresivos y de ansiedad, ya que muchos pacientes con trastornos de ansiedad muestran síntomas de depresión y viceversa (Sandín, 1995; Ayuso, 1997).

Por otra parte, el hecho de que un individuo tenga un diagnóstico de ansiedad y depresión conjuntamente en un momento dado, posee diferentes implicaciones:

1. En relación con el origen, curso y pronóstico del trastorno, Ayuso (1997), afirma que los individuos con comorbilidad de ansiedad y depresión reportan una mayor gravedad en cuanto a la presentación de síntomas y trastornos y

una peor respuesta al tratamiento. Según los datos de Strauss y cols (1988, citado por Angst 1990), los niños y adolescentes con ansiedad y depresión comórbida comparados con sujetos que mostraban sólo depresión informaron de más sentimientos de culpa, agitación, hipersomnia y síntomas de trastornos de alimentación. Por otra parte, entre la población con trastornos emocionales comórbidos existe mayor tendencia a la cronicidad, como lo sugiere Kovacs (1989, citado en Ayuso 1997; Sandín, 1995; Angst, 1990) quien estudiando a un grupo de niños que presentaban depresión mayor, encontró que el 41% de estos presentaba un trastorno de ansiedad asociado y que además persistía en el tiempo después de que la depresión había cedido. Por último, Albano y cols (1995), afirman que éste tipo de población representa un alto riesgo para desarrollar formas más severas de trastornos afectivos o de ansiedad cuando es expuesta a algún suceso vital importante

2. Teniendo en cuenta el impacto social que este tipo de comorbilidad genera, Judd (1994), ha documentado, que la comorbilidad depresión-ansiedad incrementa extraordinariamente la utilización de los servicios médicos (no psiquiátricos), pasando de una tasa de 36%, correspondiente a la depresión pura, al 49% cuando se asocia un trastorno de ansiedad y al 69% cuando hay dos o más trastornos de ansiedad, y, por otra parte, diferentes autores caracterizan a los individuos con comorbilidad de ansiedad y depresión como una población con mayor deterioro psicosocial. (Sandín, 1995; Ayuso, 1997; Albano y cols., 1995).

3. Finalmente, habría que agregar a las manifestaciones anteriores, la mayor incidencia de conductas desadaptativas que se manifiestan en dicha población,

como el alcoholismo, abuso de sustancias y el significativo incremento del riesgo de suicidio en este tipo de pacientes (Weissman, 1989; Angst, 1990).

Síntomas Clínicos

Desde la perspectiva clínica existen presencia de síntomas comunes a la manifestación clínica de ansiedad y depresión, como alteraciones del sueño, del apetito, quejas cardiopulmonares y gastrointestinales inespecíficas, dificultad de concentración, irritabilidad, fatiga persistente y falta de energía. El diagnóstico de comorbilidad entre ambos trastornos, debe basarse en la presencia o ausencia de los síntomas básicos de la depresión, especialmente tristeza, anhedonia, ideación suicida y culpabilidad. (Ayuso, 1997)

Epidemiología

Los trastornos emocionales constituyen las alteraciones psíquicas más comunes en la población general. Según Goldberg (1992, citado en Sandín, 1995), del 14 al 18 % de la población general padece depresión y/o ansiedad clínicamente significativas, aunque sólo el 7 al 9% acuden a consultar a los médicos de atención primaria. Ayuso (1997), sugiere que la ansiedad y la depresión pocas veces se dan como entidades puras ya que muchos de los pacientes que acuden a recibir tratamiento en los servicios de medicina general o en las consultas psiquiátricas muestran una mezcla de síntomas ansiosos y depresivos de diversa intensidad.

Por otra parte, varios autores han demostrado que la coexistencia de trastornos afectivos y de ansiedad es mucho más frecuente que la ocurrencia de cada uno por separado, la secuencia temporal muestra que los trastornos de

ansiedad suelen preceder a los afectivos en el 60% de los casos (Sandín, 1995; Caballo y Simon, 2001; Bouissa, 2004).

En edades infantiles y adolescentes son aún más importantes los solapamientos de síntomas y síndromes de ansiedad y depresión, con tasas informadas de comorbilidad de más del 33.3% (Sandín, 1995). Al respecto, Mc Gee y cols (1990), estudiaron sujetos con edades entre los 5 y 18 años de edad, y encontraron que quienes tenían un diagnóstico básico de depresión mayor recibieron conjuntamente un diagnóstico de trastorno de ansiedad. Por otra parte, Mitchel y cols, (1988, citado por Albano, 1995) encontraron que de 50 adolescentes con edades comprendidas entre 13 y 17 años, diagnosticados con depresión mayor, el 86 % tenía un diagnóstico de ansiedad concurrente.

Los estudios comunitarios y de asistencia primaria han señalado la elevada prevalencia de pacientes con síntomas subclínicos de ansiedad y depresión que, sin reunir los criterios para un diagnóstico de ansiedad o depresión, poseen sin embargo elevados niveles de malestar y sufrimiento. La OMS (citado por Ayuso, 1997), indica así mismo, que esta categoría de diagnóstico, al corresponder a cuadros con síntomas relativamente leves de ansiedad y depresión, es frecuente en medicina primaria, y más aún entre la población no clínica, es decir personas que no demandan cuidados terapéuticos.

Los estudios sobre comorbilidad pertenecen a datos epidemiológicos y clínicos, los primeros generan mejores estimaciones, ya que se basan en estudios de poblaciones, los segundos están sesgados por tratarse de muestras obtenidas a partir de contextos clínicos diversos, reflejando tasas de comorbilidad significativamente mayores, lo cual puede deberse que las

muestras clínicas, contendrían un número desproporcionado de niños que manifiestan condiciones comórbidas. Este fenómeno ocurre porque la probabilidad de ser enviado a los servicios de salud mental es mayor para un niño con una condición comórbida que para otro con un solo trastorno. (Ayuso, 1997; Sandín y cols 1995; Albano y cols, 1995; Caballo y Simon, 2001).

Esto, no obstante, no implica que ambos conceptos se confundan. Ansiedad y depresión comparten aspectos comunes, pero también poseen fenómenos específicos. La diferenciación entre ambos constructos o dimensiones es necesaria para aportar información importante para el conocimiento psicopatológico y para el tratamiento de los trastornos de ansiedad y depresivos. (Ayuso, 1997; Sandín y cols 1995; Albano y cols, 1995; Caballo y Simon, 2001).

Modelos de Comorbilidad

Modelo unitario

Propone que los estados de ansiedad y los síndromes depresivos son variantes del mismo trastorno y difieren cuantitativamente, este modelo sugiere que la ansiedad y la depresión pueden considerarse como dos estadios sintomáticos del trastorno afectivo, variando a lo largo del tiempo los síntomas ansiosos y depresivos, de forma que el diagnóstico depende del momento a lo largo del curso de la enfermedad en el que se hace la valoración. (Kendell, 1974).

Otros apoyos en favor de esta hipótesis unitaria proceden de los datos epidemiológicos que constatan la alta prevalencia de síntomas depresivos entre los pacientes con ansiedad y los estudios que reportan favorable respuesta de

los pacientes ansiosos al tratamiento antidepresivo. Este modelo sugiere que la ansiedad puede ser un factor etiológico de la depresión. Así, la depresión parece estar con frecuencia precedida de períodos prodrómicos de ansiedad persistente. Finalmente, las escalas conductuales de la depresión y de la ansiedad contienen factores comunes de ambos trastornos emocionales, encontrándose en numerosos estudios una alta correlación entre ansiedad y depresión, evaluadas mediante estos instrumentos psicométricos. (Ayuso, 1997)

Modelo dualista.

Algunos autores apoyan el punto de vista de que la ansiedad y la depresión son entidades independientes y distintas (Roth, Gurney, Garside y Kerr 1972; Gurney y cols., 1972, citado en Sandín y cols, 1995; Schapira, Roth, Kerr y Gurney, 1972) que han comparado los datos biográficos, clínicos y pronósticos de los pacientes con estados de ansiedad frente a los pacientes con enfermedad depresiva, demostrando que estos dos trastornos son independientes y no simples variantes clínicas de un trastorno afectivo.

Así, se ha podido constatar que los pacientes ansiosos reportan con más frecuencia ansiedad social y desajuste que los pacientes deprimidos, son más sensibles a los comentarios críticos y sufren con más frecuencia de la ansiedad causada por el estrés cotidiano. Los rasgos de dependencia e inmadurez son más comunes en el grupo ansioso, se ha encontrado, así mismo, puntuaciones más elevadas de neuroticismo y puntuaciones inferiores de extraversión en el grupo de pacientes con ansiedad patológica en comparación con el grupo depresivo. La edad de comienzo es más precoz en los estados de ansiedad que

en la enfermedad depresiva y la duración de la enfermedad es significativamente más corta entre los componentes del grupo depresivo.

Otra evidencia adicional a favor de la separación de estos trastornos procede de los estudios familiares. Weissman, Leckman, Merikangas, Gammon y Prusoff, (1984) mediante un amplio estudio familiar llega a la conclusión de que el trastorno de pánico, la forma más dramática de los estados de ansiedad, y la depresión mayor se transmiten de forma específica e independiente.

Modelo ansioso-depresivo.

Esta hipótesis propone la existencia de una mezcla de los dos síndromes, fenomenológicamente diferente tanto de la ansiedad primaria como de la depresión primaria. Existe considerable evidencia, que sugiere que puede existir un síndrome depresivo ansioso característico, separado de otros síndromes depresivos y diferenciado de acuerdo a la fenomenología y a la respuesta al tratamiento (Ayuso, 1997). Una de estas teorías es la del modelo tripartito.

Modelo tripartito. El modelo tripartito de la emoción propuesto por Clark y Watson (1991) sobre las interrelaciones entre la ansiedad y la depresión, esta constituido por tres elementos, denominados afecto negativo (AN) o distress afectivo general, no específico, hiperactivación fisiológica (HF), y anhedonia o disminución del afecto positivo (AP). Clark y Watson sugieren que la presencia de niveles elevados de afecto negativo es un indicador común de los trastornos de ansiedad y depresivos, es decir que el primer componente es común en la ansiedad y en la depresión; el segundo (hiperactivación) es específico de la ansiedad; finalmente, el bajo afecto positivo o anhedonia (apatía, pérdida de

entusiasmo, pérdida de interés, etc.) sería específico de la depresión. El modelo tripartito ha sido corroborado posteriormente con soporte empírico en muestras de población adulta e infantil (Chorpita, 2002)

El modelo tripartito de Clark y Watson se basa en el concepto de afecto positivo y afecto negativo como dos dimensiones de la afectividad independientes, este explica el solapamiento de síntomas ansioso-depresivos ya que la intercorrelación entre las sintomatologías ansiosa y depresiva simplemente refleja el hecho de que la ansiedad y la depresión comparten muchos síntomas de malestar emocional o distress, más que indicar un solapamiento de diagnóstico (Clark y Watson, 1991 Pg. 331).

Por otra parte, si bien el modelo explica la similaridad entre ansiedad y depresión en base al afecto negativo, explica su distintividad sobre la base del afecto positivo, este explica que lo que caracteriza y diferencia a los pacientes depresivos de los pacientes con ansiedad es precisamente el bajo afecto positivo y la indefensión, que aunque se trata también de un componente común, tienden a ser más propias de la depresión. (Clark y Watson, 1991). En esta medida el diagnóstico de un trastorno de ansiedad vendría caracterizado por una predominancia de los factores de “hiperactivación fisiológica” e “incertidumbre o distress”. El diagnóstico de un trastorno depresivo, en cambio, estaría dominado por los factores de “bajo afecto positivo” y “desesperanza”. Finalmente, el diagnóstico de un síndrome comórbido de ansiedad-depresión se asociaría a la presencia de los síntomas vinculados al “alto afecto negativo” y a la “indefensión” (Clark y Watson, 1991).

Además de brindar una explicación sobre los factores en común y las diferencias entre ansiedad y depresión, el modelo tiene un número de aplicaciones importantes con respecto a la psicopatología. Primero la evidencia sugiere que el Afecto negativo y el afecto positivo son heredados, convirtiéndose en factores de riesgo estables a lo largo del tiempo (Clark y cols, 1994, Chorpita, 2002), así estas variables pueden jugar un papel importante en el desarrollo de los desordenes de ansiedad y depresión. Segundo, el modelo permite incrementar el conocimiento de la comorbilidad entre los desordenes afectivos, ofreciendo las bases teóricas para la alta ocurrencia de ansiedad y depresión en niños como en adultos. Tercero, incrementa el conocimiento sobre las dimensiones centrales del afecto y la activación en los trastornos de ansiedad y depresión ofreciendo la posibilidad de clasificar con mayor eficacia estas manifestaciones patológicas. (Ayuso, 1997).

METODOLOGÍA

Tipo de Estudio

La presente investigación es de tipo deductivo ya que es una modalidad de investigación que parte de premisas o leyes de aplicación universal, para llegar a conclusiones particulares (Repiso, 2004). En este caso, se parte de las teorías establecidas sobre ansiedad y depresión infantil tomadas como una "hipótesis" de donde partir, para llegar a conclusiones particulares en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del municipio de Pasto.

Por otra parte, teniendo en cuenta la clasificación hecha por Hernández, Fernández y Baptista (1998), podemos decir que se trató de un estudio descriptivo correlacional ya que describe los atributos de una población y la relación entre ellos, que en la presente investigación corresponde a la relación entre dos atributos psicológicos: la ansiedad y la depresión, en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del municipio de Pasto.

Por consiguiente, es un estudio no experimental pues se realiza sin manipular deliberadamente variables ni asignar sujetos a grupos (Kerlinger, 1988) y se basa en la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. Dentro de la categoría de estudios no experimentales clínicos–epidemiológicos, la presente investigación se ubica entre los estudios transversales según la clasificación de Pita Fernández (2001), ya que este tipo de estudios, denominados también de prevalencia, estudian simultáneamente la exposición y la sintomatología patológica en una población definida en un momento determinado, utilizando la información del individuo como datos relacionados a toda la población, describiendo así las

manifestaciones psicopatológicas de ansiedad y depresión infantil, en relación a variables de interés, que en el presente caso son: la edad, género, estrato socioeconómico, composición familiar y número de hermanos. De esta manera se busca establecer relaciones entre datos demográficos y ansiedad y depresión.

Diseño

Se recurre a un diseño de tipo transeccional pues su centro de análisis se enfatizó en la recolección de datos en un momento único y su propósito fue el de describir variables y analizar la interrelación en un momento dado (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

Población y muestra

La población estuvo conformada por menores escolarizados entre 8 y 14 años de edad del municipio de Pasto. Para la determinación del tamaño de muestra se tuvo en cuenta los datos poblacionales disponibles en las últimas proyecciones realizadas por la Dirección Municipal de Seguridad Social en Salud ya que este rango de edad es el más adecuado para los propósitos de la investigación. La proyección de la población infantil delimitada para esta investigación se presenta en la Tabla 1.

Para establecer el tamaño de la muestra se trabajó con el programa Sample Size Calculator, basado en la fórmula de muestreo para poblaciones finitas, esta fue calculada con un margen de error del 5% y confianza del 95%, estimándose que la muestra representativa de la población escolarizada, entre 8 y 14 años en la ciudad de Pasto estará conformada por 383 niños y preadolescentes.

Tabla 1

Proyecciones de la población entre 5 y 14 años de edad del municipio de Pasto para el año 2004

Grupo de edad	Hombres	Mujeres	Zona Urbana	Zona Rural	Total
8 - 9	9.523	9.219	16.775	1.967	18.742
10 - 14	22.586	21.830	39.548	4.668	44.416
Total	46.395	44.878	81.490	9.619	91.273

Nota: Los datos de la Tabla provienen de los Indicadores de Salud del Municipio de Pasto 2001 – 2004 por la Dirección Municipal de Seguridad Social en Salud.

El muestreo es de tipo aleatorio estratificado por variables de género (Masculino y femenino) y zona (rural y urbana), así mismo como por los diferentes grupos de edad, que fluctúan entre los 8 y los 14 años. La muestra urbana se estratificó teniendo en cuenta las variables estrato y comuna. La distribución de la muestra según las variables de estratificación se encuentra en las Tablas 2 a 5.

La muestra fue seleccionada de las escuelas y colegios de las 13 comunas existentes en la ciudad y los corregimientos que forman parte del municipio de Pasto teniendo en cuenta edad y genero. Se realizó de esta forma para asegurar un mayor nivel de confianza, asegurando que toda la población del Municipio tenga adecuada representación en la muestra.

Tabla 2

Estratificación de muestra de la población entre 8 y 14 años de edad del municipio de Pasto según rango de edad y sector

Genero	Edad	Sector	Total submuestra
Masculino	8-9	Urbano	53
Femenino	8-9	Urbano	51
Masculino	8-9	Rural	6
Femenino	8-9	Rural	6
Masculino	10 – 14	Urbano	123
Femenino	10 – 14	Urbano	114
Masculino	10 – 14	Rural	15
Femenino	10 – 14	Rural	15
Total			383

Tabla 3

Estratificación de muestra de la población urbana entre 8 y 14 años de edad del municipio de Pasto según edad y género

Edades	Masculino	Femenino	Total
8	26	25	51
9	27	26	53
Subtotales	53	51	104
10	31	16	47
11	26	25	51
12	26	26	52
13	19	22	41
14	21	25	46
Subtotales	123	114	237

Tabla 4

Estratificación de muestra de la población urbana entre 5 y 14 años de edad del municipio de Pasto según edad, género y comuna

Comuna	Niños 8-9	Niños 10-14	%	Muestra 8-9		Total	Muestra 10-14		Total	Muestra total
				F	M		F	M		
1	462	1208	2,94	2	1	3	3	4	7	10
2	1320	3452	8,42	3	6	9	11	9	20	29
3	1944	5085	12,4	8	5	13	15	15	30	43
4	1856	4850	11,84	4	8	12	12	16	28	40
5	2118	5540	13,52	8	6	14	17	15	32	46
6	3394	8872	21,66	12	10	22	25	27	52	74
7	618	1617	3,94	2	2	4	3	6	9	13
8	920	2406	5,87	4	2	6	7	7	14	20
9	717	1875	4,57	2	3	5	4	7	11	16
10	1060	2772	6,76	2	5	7	9	7	16	23
11	472	1234	3	2	2	4	4	2	6	10
12	784	2052	5	2	3	5	4	8	12	17
	15665	40963	100	51	53	104	114	123	237	341

Tabla 5

Estratificación de muestra de la población urbana entre 8 y 14 años de edad del municipio de Pasto según comuna y estrato

Comuna	Estrato	% estrato	Niños 8-9	Niños 10 -14	Total
1	2	14	1	1	2
	3	86	2	6	8
2	2	5,5	1	1	2
	3	89	7	18	25
	4	5,5	1	1	2

Comuna	Estrato	% estrato	Niños 8-9	Niños 10-14	Total
3	1	15	2	5	7
	2	70	9	21	30
	3	15	2	4	6
4	1	9	1	3	4
	2	65	8	18	26
	3	26	3	7	10
5	1	11	2	4	6
	2	72	10	23	33
	3	17	2	5	7
6	1	33	7	17	24
	2	44	10	23	33
	3	17	4	9	13
	4	6	1	3	4
7	2	5	1	0	1
	3	21	1	2	3
	4	74	2	7	9
8	1	5	0	1	1
	2	21	1	3	4
	3	32	2	4	6
	4	42	3	6	9
9	1	6	0	1	1
	2	12	1	1	2
	3	35	2	4	6
	4	29	1	3	4
	5	18	1	2	3
10	1	23	2	4	6
	2	77	5	12	17
11	2	22	1	2	3
	3	78	2	5	7
12	1	53	3	6	9
	3	47	2	6	8
			104	237	341

Hipótesis

Existe ansiedad y depresión en la población entre 5 y 14 años del municipio de Pasto

Existe relación entre ansiedad y depresión en la población escolarizada entre 5 y 14 años en el municipio de Pasto.

Variables de estudio

Variables de observación

Ansiedad

Atributo definido conceptualmente en el marco teórico y operacionalizado en cuatro variables de acuerdo con el concepto de psicopatología de Garber (1984) citado en el apartado psicopatología infantil, según el cual el comportamiento desviado se evidencia a través de cuatro aspectos: a) intensidad de comportamiento, b) frecuencia, c) duración, y, d) número y configuración de síntomas. En la operacionalización se recurrió a tres de estas características. Se omitió la duración, ya que la prueba no arroja información al respecto. Se toma una variable adicional relacionada con el nivel general de ansiedad. Las variables se presentan en la Tabla 6.

Tabla 6.

Variables operacionalizadas para Ansiedad

Variable	Operacionalización	Tipo de variable	Tipo de escala
Frecuencia	Número de síntomas de ansiedad. Expresión en términos absolutos y relativos	Continua	Ordinal
Diversidad de síntomas	Número de síntomas de ansiedad subjetivo-cognitivos, fisiológicos, motores	Continua	Ordinal
Configuración de síntomas	Tipo de manifestación predominante	Categorica	Nominal

Variable	Operacionalización	Tipo de variable	Tipo de escala
Intensidad de los síntomas	Intensidad de las manifestaciones (criterio estadístico)	Categoría	Nominal
Nivel general de ansiedad	Puntaje total que arroja la prueba	Continua	Ordinal

Depresión

Para la operacionalización de la variable depresión se recurrió al mismo criterio que para ansiedad. La operacionalización se presenta en la Tabla 7.

Tabla 7.

Variables operacionalizadas para Depresión

Variable	Operacionalización	Tipo de variable	Tipo de escala
Frecuencia	Número de síntomas de depresión. Expresión en términos absolutos y relativos	Continua	Ordinal
Diversidad de síntomas	Número de síntomas de depresión	Continua	Ordinal
Configuración de síntomas	Tipo de manifestación predominante	Categoría	Nominal
Intensidad de los síntomas	Intensidad de las manifestaciones (criterio estadístico)	Categoría	Nominal
Nivel general de ansiedad	Puntaje total que arroja la prueba	Continua	Ordinal

VARIABLES DEMOGRÁFICAS

Edad

Variable de tipo continuo medida en una escala de razón que se refiere al tiempo de vida del niño expresado en años y meses, que en el presente estudio fluctuará entre los 8 y 14 años.

Estrato socio - económico

Variable de tipo categórico medida en una escala ordinal utilizada para definir el contexto social, cultural y económico en el que se desenvuelve el sujeto, en este caso se tomarán en cuenta los estratos existentes en el municipio de Pasto.

Nivel de escolaridad

Variable de tipo continuo medida a través de una escala ordinal que expresa el nivel educativo o el grado en el cual se encuentran los niños y adolescentes.

Composición familiar

Variable discreta medida a través de una escala nominal que indica la ausencia o presencia de un atributo, en este caso si los padres viven juntos o no.

Número de hermanos

Variable continua medida a través de una escala ordinal que indica el número de hermanos que tiene el sujeto.

Posición que el sujeto ocupa entre los hermanos

Variable continua medida a través de una escala ordinal que indica la posición relativa que el individuo ocupa entre los hermanos.

Técnicas e instrumentos de recolección de información

Escala de Depresión Infantil (CDS)

Descripción general

Tabla 8

Caracterización en cuanto a estructura de la escala CDS

Atributo	Depresión
Enfoque	Diferencias individuales
Uso	Investigación y Diagnóstico
Forma	Pregunta cerrada
	Ejecución típica
Valoración	Poder
Aplicación	Colectiva, papel y lápiz
Población objetivo	Individuos

La Escala de CDS es una prueba estructurada cuyo objetivo se centra en realizar una evaluación global y específica de la depresión infantil. El Cuestionario contiene 66 elementos, 48 de tipo depresivo y 18 de tipo positivo. Estos dos conjuntos se mantienen separados y permiten dos subescalas generales independientes: Total Depresivo y Total Positivo (TD y TP). Dentro de cada una de estas dos dimensiones, se agruparon sus elementos por el contenido de los mismos en varias subescalas, todas estas son utilizadas para especificar e interpretar una determinada puntuación total depresiva o positiva, debido a la variedad de manifestaciones de depresión en la infancia y adolescencia (Tisher y lang, sin dato).

Descripción por Subescalas

Subescalas total depresivo. RA, Respuesta afectiva (ocho elementos), alude al estado de humor de los sentimientos del sujeto; PS, Problemas sociales (ocho elementos), se refiere a las dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad del niño; AJE, Autoestima (ocho elementos), se relaciona con los sentimientos, conceptos y actitudes del niño en relación con su propia estima y valor; PM, Preocupación por la muerte/salud (siete elementos), alude a los sueños y fantasías del niño en relación con su enfermedad y muerte; SC, Sentimiento de culpabilidad (ocho elementos), se refiere a la auto-punición del niño; DV, Depresivos varios (nueve elementos), incluye aquellas cuestiones de tipo depresivo que no pudieron agruparse para formar una entidad (Tisher y lang, sin dato).

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

Características psicométricas

Confiabilidad. En las muestras originales se ha observado una buena consistencia interna, obteniendo un coeficiente alfa de Cronbach de 0,96, los índices encontrados en las subescalas Total depresivo y Total Positivo fueron, de 0,91 y 0,69, respectivamente, lo cual permite concluir que el CDS presenta un buen nivel de homogeneidad o consistencia interna. Los datos en cuanto a la

consistencia en el tiempo revelan que la escala posee un buen nivel de estabilidad con una correlación test-retest de 0,74 (Tisher y lang, sin dato).

Validez. Se han llevado a cabo análisis de validez de contenido utilizando el juicio de siete psiquiatras infantiles, y como criterio la discriminación de una muestra de niños con depresión, en donde se ha comprobado, la precisión, valor y capacidad discriminativa del CDS para medir la depresión en los niños (Tisher y lang, sin dato).

En términos de validez de constructo se emplearon grupos experimental, control y clínico, mencionados anteriormente, para examinar si las diferencias podían apuntar a la presencia del constructo evaluado, los resultados muestran que en todas las escalas y subescalas se observaron diferencias significativas que apuntaban en la dirección esperada. Así mismo se realizó un estudio de relaciones con el Cuestionario de Personalidad CPQ de Cattell y capacidad discriminativa con un criterio de "infelicidad", Así, se ha mostrado que el perfil de personalidad del sujeto con estos problemas es muy consistente con los aspectos indicados en la literatura como propios de la depresión en los niños; las escalas C y J del CPQ apuntan al área de la respuesta afectiva, Q₃ a una autoconcepción negativa, F y H a un autoaislamiento y retraso motor, y D y Q₄ a las dificultades con la agresión. En cuanto a las dimensiones superiores de la personalidad (ansiedad, extraversión y neuroticismo), los índices encontrados vienen a mostrar que, aunque el CDS mide un fenómeno relativamente independiente, está bastante relacionado con los factores generales de la personalidad. Estas cifras apuntan hacia una dirección positiva, del CDS como instrumento de medición de la depresión infantil (Tisher y lang, sin dato).

Además, como en la mayoría de los casos se disponía del CDS contestado por un adulto significativo para el niño se analizaban las diferencias y similitudes y todos los resultados añaden nueva evidencia de la fiabilidad y validez del instrumento, catalogándolo así como óptimo para la evaluación de la depresión infantil (Tisher y lang, sin dato).

Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS-R)

Descripción general

Tabla 9

Caracterización en cuanto a estructura de la escala CMAS-R

Atributo	Ansiedad
Enfoque	Diferencias individuales
Uso	Investigación y Diagnostico
Forma	Pregunta cerrada
	Ejecución típica
Valoración	Poder
Aplicación	Colectiva, papel y lápiz
Población objetivo	Individuos

El Cuestionario (CMAS-R) es un instrumento de autoinforme que consta de 37 reactivos, diseñado para valorar el nivel y naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes de 6 a 19 años de edad; brinda cuatro puntuaciones de subescalas, además de la puntuación de Ansiedad total, a) Ansiedad fisiológica, b) Inquietud / hipersensibilidad, c) Preocupaciones sociales /concentración, y d) de Mentira (Reynolds y Richmond, 1978).

Descripción por Subescalas

Ansiedad fisiológica, que hace referencia a la expresión de manifestaciones físicas que típicamente se experimentan durante la ansiedad; Inquietud/hipersensibilidad, esta escala indica la hipersensibilidad que los sujetos manifiestan hacia las presiones ambientales; Preocupaciones sociales/concentración que expresa la preocupación acerca de la autocomparación con otras personas, esta escala además muestra las dificultades en la concentración y la subescala de Mentira que revela la precisión de la escala total.

Características psicométricas

Confiabilidad. Para la puntuación de Ansiedad total, se obtuvo un estimado de consistencia interna, mediante la fórmula de Kuder-Richardson (KR20) de .83 con la muestra de desarrollo de la prueba con 329 niños. Una muestra de validación cruzada de 67 niños escolarizados y proporcionó un estimado de confiabilidad similar de .85. Ambos son muy semejantes a los estimados de confiabilidad sobre los que informa la CMAS original en una variedad de estudios, en la mayor parte de los estudios, el coeficiente para la puntuación de Ansiedad total iguala o excede .80, el valor recomendado por Willson y Reynolds que debe utilizarse en la toma de decisiones. Estos valores revelan una buena homogeneidad teniendo en cuenta la brevedad de la escala y la naturaleza de la ansiedad (Reynolds y Richmond, 1978).

Para las subescalas de ansiedad, los informes en relación a la confiabilidad son menos amplios pero continúan proporcionando testimonio considerable sobre esta. Los estimados de confiabilidad en población de Estados Unidos de

la CMAS-R se encuentran de manera consistente en los .60 y .70, considerando la brevedad de estas subescalas, se consideran adecuadas y confiables para emplearse. Las confiabilidades informadas por numerosos estudios son consistentes con otros estudios de la confiabilidad de la CMAS-R, añadiéndose de manera significativa a la evidencia que apoya la confiabilidad del instrumento (Reynolds y Richmond, 1978).

Se ha realizado mucho menos investigación en relación con la confiabilidad test-retest de la CMAS-R. Hasta ahora, se dispone de datos sólo para la puntuación de Ansiedad total y la subescala de Mentira. Reynolds (1981) informó sobre un coeficiente de confiabilidad test-retest de .68 para la puntuación de Ansiedad total de 534 niños en escuela primaria a quienes se aplicó la prueba 9 meses después, los resultados para la calificación de Ansiedad total otorgan evidencia razonable de estabilidad de rasgos generales de ansiedad a lo largo de este periodo. Estos resultados se toman para apoyar la estabilidad temporal de la CMAS-R y su uso en la evaluación de la ansiedad crónica en niños (Reynolds y Richmond, 1978).

En un estudio posterior con una muestra de 99 niños nigerianos, Pela y Reynolds (1984) encontraron coeficientes de confiabilidad de .97 para hombres y .98 para mujeres, generando .98 para el grupo combinado en la calificación de ansiedad total, evidenciando un fuerte apoyo de la estabilidad a corto plazo de la calificación de ansiedad total (Reynolds y Richmond, 1978).

Validez. Los resultados presentados por Reynolds, examinando la validez concurrente de la escala bajo circunstancias de aplicación con otras medidas aceptadas de ansiedad estado y rasgo, son buenos y son consistentes con los

resultados de otros estudios que han mostrado amplias correlaciones entre la CMAS-R y la escala STAIC Rasgo. De esta manera se obtuvo: ninguna correlación entre la CMAS-R y la medida STAIC de ansiedad Estado, una amplia correlación entre la CMAS-R y la STAIC de ansiedad Rasgo .65 para niños y .67 para niñas, y una correlación pequeña pero positiva y significativa de manera consistente entre la CMAS-R y las observaciones de conducta de los maestros (Reynolds y Richmond, 1978).

De la misma manera las correlaciones entre los síntomas de ansiedad referidos por el niño y los problemas de conducta observados por el maestro, aunque pequeñas, también constituyen evidencia de apoyo para la validez de la escala, La confiabilidad y validez de la CMAS-R como una medida de ansiedad crónica en niños parece bien establecida por la bibliografía existente. Pocas escalas de ansiedad para niños, con la excepción del STAIC, tienen tanta confiabilidad y evidencia de validez disponible para su consideración (Reynolds y Richmond, 1978).

Procedimiento

Con el fin de hacer una presentación clara del procedimiento, en la Figura 2 se presenta el esquema general de la investigación. A continuación se hace una descripción de las fases en las que se ha dividido.

Fase 0. Planteamiento del problema

Esta fase correspondía al acuerdo en el equipo investigador de la problemática a abordar, los objetivos y la justificación.

Fase 1. Revisión teórica

La revisión teórica estuvo encaminada hacia los siguientes temas: (a) desarrollo psicosocial en la niñez intermedia y preadolescencia; (b) definición, cuestiones básicas y epidemiología sobre psicopatología infantil; (c) definición, síntomas, epidemiología, etiología y factores de riesgo de ansiedad y depresión infantil; (d) definición y descripción, síntomas, epidemiología y modelos de comorbilidad y (e) teoría que sustenta las escalas CMAS-R y CDS y revisión de sus características psicométricas.

Fase 2. Caracterización metodológica

De acuerdo con el planteamiento del problema y la revisión teórica realizados, se realizó la caracterización metodológica del estudio, en términos de tipo de investigación, diseño, población, instrumentos y procedimiento.

Fase 3. Adaptación, validación y estandarización de pruebas

Puesto que en la región no se cuenta con instrumentos adecuados técnicamente para la población, realizó la adaptación, validación y estandarización de los instrumentos CMAS-R Y CDA para medir ansiedad y depresión, respectivamente.

En un primer momento se realizó el proceso de adaptación del lenguaje y formato de las pruebas con el fin de que reúna condiciones de claridad y pertinencia para la población y se recurrió al juicio de expertos como parte del proceso de validación.

Posteriormente se hizo la aplicación piloto de las pruebas a 30 niños que no hicieron parte de la muestra posteriormente; con estos datos se realizaron los ajustes necesarios en lenguaje y formato.

Se continuó con la aplicación a la muestra objetivo de las pruebas ensambladas técnicamente. Junto con la aplicación de las pruebas a los niños se recogieron datos demográficos con ellos, como colegio, grado, barrio en el que viven, comuna, y composición familiar.

Con los datos recogidos se hicieron las estimaciones para caracterizar psicométricamente las pruebas, es decir, obtener indicadores de confiabilidad (consistencia interna), validez (análisis discriminante) y se construirán los baremos para la población.

Fase 4. Descripción epidemiológica

Con la información recogida a través de los instrumentos, se realizó la inferencia de parámetros poblacionales para estimación de niveles normales de ansiedad y depresión en la población objetivo. Se caracterizó la población en términos de prevalencia y síntomas de ansiedad y depresión y de la comorbilidad existente entre las dos características.

Fase 5. Informe final

Una vez realizada la estandarización de las escalas CMAS-R y CDS, la descripción epidemiológica de los síntomas de ansiedad y depresión y de haber establecido la relación empírica entre estas dos características psicológicas en la población entre 8 y 14 años de edad del municipio de Pasto, se contrastaron los datos con las hipótesis establecidas y con la revisión teórica realizada. Se plantearon las conclusiones del estudio y se elaboró el informe final de la investigación el cual posee las cualidades adecuadas para el contexto científico de la psicología, y a la vez tiene las fortalezas necesarias que lo adecúan como documento de consulta para los estudiantes de psicología de pregrado.

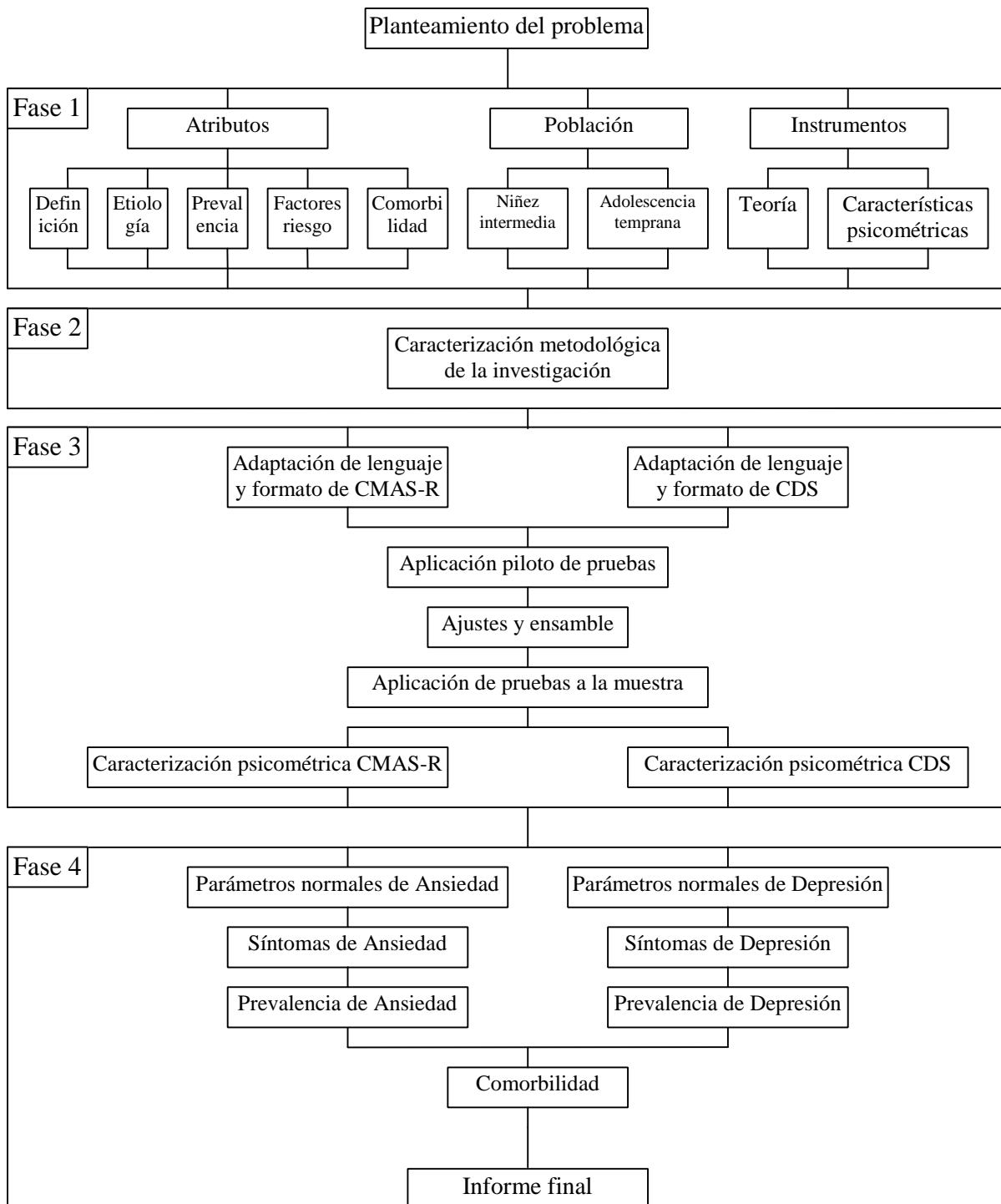


Figura 2. Esquema de la investigación

Estrategias de análisis de datos

Para las estimaciones estadísticas realizadas, se recurrió a los programas Stat Graphics y Microsoft Excel según las posibilidades que cada uno ofrecía ante los datos recolectados.

Como estrategia para cumplir los objetivos se recurrió a estadística descriptiva e inferencial utilizando medidas de tendencia central y de dispersión para descripciones poblacionales. Para estimar la validez, se recurrió al índice de correlación producto – momento de Pearson; para obtener indicadores de confiabilidad se recurrió a índices de consistencia interna como confiabilidad por mitades y el coeficiente alfa de cronbach.

Para la estimación de prevalencia se recurre nuevamente a la estadística descriptiva y, finalmente, para establecer comorbilidad entre niveles de ansiedad y depresión, se recurrió al coeficiente de correlación de Pearson ya que se trata de dos variables continuas.

RESULTADOS

Adaptación de las pruebas CDS y CMAS para la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del municipio de Pasto

Validación por parte de jueces

Para llevar a cabo este procedimiento, primero se revisó la estructura en cuanto a lenguaje y redacción de los ítems y al formato de presentación de las escalas originales, para posteriormente adaptarlos para que sean comprendidos por la población de estudio. Posteriormente se realizó la validación de los ajustes por intermedio de jueces; este proceso fue revisado por 11 expertos en el tema con el fin de que los ítems reúnan las condiciones de claridad y pertinencia para la población. Este grupo estuvo conformado por: cuatro profesores del Departamento de Psicología de la Universidad de Nariño, tres psicólogos profesionales, tres psicólogos practicantes en colegios de la ciudad y un psicólogo practicante del Centro de Investigación y Asesoría en Psicología de la Universidad de Nariño (SINAPSIS).

A cada uno de los jueces se les hizo llegar, previa conversación con cada uno de ellos, el formato de calificación de los ítems. El formato incluye dos partes separadas. En la primera se presentaron los ítems originales y los modificados, ésta se basó en dos criterios fundamentales: (a) aceptación del ajuste: congruencia del cambio realizado con el significado del ítem y adecuación del lenguaje utilizado para que sea comprensible por la población teniendo en cuenta sus características socioculturales, (b) observaciones: donde el juez debería realizar las anotaciones o sugerencias sobre los aspectos que se deberían mejorar y la forma de hacerlo; y en la segunda parte se

presentaron los ítems a los cuales no se les realizó modificación alguna con una casilla correspondiente a la aceptación del ítem original y otra en la que deberían anotar las sugerencias correspondientes en el caso de que consideraran que el ítem si necesitaba adaptación.

Los anexos C y D contienen el índice de acuerdo entre jueces con respecto a la modificación de los ítems de cada una de las escalas. En la casilla ítem original, se presentan los ítems originales de las escalas en su respectivo orden; en la casilla ítem modificado, se encuentran las modificaciones hechas (bien sea de redacción o de lenguaje); en la casilla %AA (aceptación del ajuste), está el porcentaje de jueces que aceptó la modificación o el ítem original sin ningún tipo de sugerencia; en la casilla observaciones encontramos las recomendaciones hechas por el grupo de expertos y por último, en la casilla decisión se encuentra la determinación en cuanto a dejar el ítem original, o la modificación realizada por nosotros teniendo en cuenta el porcentaje de aceptación, o aceptar la observación realizada por los jueces según se determine conveniente.

Debido a consideraciones acerca de la pertinencia de algunos ítems para los niños en la región, se eliminaron dos ítems de la escala CDS (“A veces me gustaría estar ya muerto” y “A veces creo que dentro de mí hay dos personas que me empujan en distintas direcciones”). Con excepción de lo anterior, a partir de la apreciación de los jueces y a criterio del equipo investigador, se concluyó que las escalas podían ser aplicadas a la población objeto de estudio con los ajustes correspondientes.

Prueba piloto

Una vez realizados los cambios de redacción y lenguaje teniendo en cuenta las sugerencias anteriores, se procedió a la aplicación de la prueba piloto con el fin de conocer, por una parte el comportamiento de los ítems en términos de comprensividad, y por otra las sugerencias que ellos pudieran dar al respecto y realizar así los ajustes finales en lenguaje, instrucciones de aplicación y formato de hoja de respuestas. La prueba piloto se aplicó a 17 niños y 13 niñas escolarizados entre 8 y 14 años de edad del municipio de Pasto y que no hicieron parte de la muestra objeto de estudio. El formato de aplicación contó con 64 elementos para la CDS y 37 para la CMAS.

A continuación se presentan las tablas 10 y 11 que contienen los datos de las observaciones realizadas por los niños a los cuales se les aplicó la prueba piloto. En la casilla “Ítem” se muestran los ítems tal y como se utilizaron en la aplicación, éstos se encuentran con la modificaciones realizadas de acuerdo a las sugerencias de los jueces; en la casilla “Comp.ítem” se encuentra el porcentaje de niños que comprendieron perfectamente el ítem; en la casilla “Observaciones” se presentan las sugerencias realizadas por ellos y en la casilla “ítem final” se encuentran los ítems definitivos para la aplicación a la muestra con los ajustes que se hicieron teniendo en cuenta las recomendaciones hechas por el grupo piloto.

Tabla 10

Índice de comprensión de los ítems por parte de los niños que conformaron la prueba piloto prueba CDS

Ítem	Comp. Ítem	Observaciones	Ítem final
1. Me siento alegre la mayor parte del tiempo.	100%	Colocar la palabra "Contento".	Me siento contento la mayor parte del tiempo
2. Muchas veces me siento triste en el colegio.	100%	Ninguna	Muchas veces me siento triste en el colegio
3. Muchas veces pienso que nadie se preocupa por mí.		Ya se evalúa en el ítem 64.	Eliminado
4. Muchas veces creo que valgo poco.	100%		Muchas veces creo que valgo poco
5. Me despierto varias veces durante la noche.		Ya se evalúa en el ítem 55	Eliminado
6. Pienso muchas veces que hago quedar mal a mis padres.	100%		Pienso muchas veces que hago quedar mal a mis padres
7. Creo que se sufre mucho en la vida.		Ya se evalúa en los ítems 25 y 40.	Eliminado
8. Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago.	100%	Ninguna	Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago
9. Siempre creo que el día de mañana será mejor.	100%	Ninguna	Siempre creo que el día de mañana será mejor.
10. Me siento solo muchas veces.	100%	Ninguna	Me siento solo muchas veces
11. Muchas veces me siento mal conmigo mismo.	100%	Ninguna	Muchas veces me siento mal conmigo mismo
12. Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco.	100%	Ninguna	Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco
13. A veces creo que mis		Ya se evalúa en el ítem	Eliminado

Ítem	Comp. Ítem	Observaciones	Ítem final
padres hacen o dicen cosas que me hacen pensar que hago las cosas mal.		15.	
14. Me siento triste cuando alguien se enoja conmigo.	100%	Ninguna	Me siento triste cuando alguien se enoja conmigo
15. Muchas veces mis padres me hacen sentir que hago las cosas bien.	100%	Ninguna	Muchas veces mis padres me hacen sentir que hago las cosas bien
16. Siempre quiero hacer muchas cosas cuando estoy en el colegio.	100%	Ninguna	Siempre quiero hacer muchas cosas cuando estoy en el colegio
17. En el colegio muchas veces me dan ganas de llorar.	100%	Ninguna	En el colegio muchas veces me dan ganas de llorar
18. Muchas veces no puedo mostrar lo triste que me siento por dentro.	100%	Ninguna	Muchas veces no puedo mostrar lo triste que me siento por dentro
19. Me desagrada mi apariencia física o lo que hago.	46.6%	-Me agrada... -No se entiende por el sentido negativo	Me agrada mi apariencia física y lo que hago
20. La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada.	100%	Ninguna	La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada
21. A veces me da miedo que lo que hago pueda enojar a mis padres.	100%	Ninguna	A veces me da miedo que lo que hago pueda enojar a mis padres
22. Cuando me enojo mucho casi siempre termino llorando.	100%	Ninguna	Cuando me enojo mucho casi siempre termino llorando
23. En mi familia nos divertimos mucho juntos.	100%	Ninguna	En mi familia nos divertimos mucho juntos
24. Me divierto con las cosas que hago.	100%	Ninguna	Me divierto con las cosas que hago

Ítem	Comp. Ítem	Observaciones	Ítem final
25. Frecuentemente me siento triste.	100%	Ninguna	Frecuentemente me siento triste
26. Muchas veces me siento solo y como perdido en el colegio.	100%	Ninguna	Muchas veces me siento solo y como perdido en el colegio
27. Muchas veces me siento mal conmigo mismo.	100%	Ninguna	Muchas veces me siento mal conmigo mismo
28. Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas.	100%	Ninguna	Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas.
29. Muchas veces pienso que merezco ser castigado.	100%	Ninguna	Muchas veces pienso que merezco ser castigado
30. Muchas veces me siento triste debido a mis tareas del colegio.	100%	Ninguna	Muchas veces me siento triste debido a mis tareas del colegio
31. Cuando alguien se enoja conmigo, yo me enoja con el.	100%	Ninguna	Cuando alguien se enoja conmigo, yo me enoja con el
32. Casi siempre la paso bien en el colegio.	100%	Ninguna	Casi siempre la paso bien en el colegio
33. A veces pienso que no vale la pena vivir.	100%	Ninguna	A veces pienso que no vale la pena vivir
34. La mayor parte del tiempo creo que nadie me comprende.	100%	Ninguna	La mayor parte del tiempo creo que nadie me comprende
35. A veces siento vergüenza de mi mismo.	100%	Ninguna	A veces siento vergüenza de mi mismo
36. Muchas veces me siento sin ganas de hacer las cosas.		Ya se evalúa en el ítem 20	Eliminado
37. A veces me preocupo porque siento que no amo lo suficiente a mis padres.	40%	De difícil comprensión. Muy enredado.	A veces me preocupo porque amo muy poco a mis padres

Ítem	Comp. Ítem	Observaciones	Ítem final
38. Muchas veces me preocupa la salud de mis padres.	100%	Ninguna	Muchas veces me preocupa la salud de mis padres
39. Creo que mis padres están orgullosos de mí.	100%	Ninguna	Creo que mis padres están muy orgullosos de mi
40. Soy una persona muy feliz.	100%	Ninguna	Soy una persona muy feliz
41. Cuando estoy fuera de casa me siento muy triste.	100%	Ninguna	Cuando estoy fuera de casa me siento muy triste
42. Nadie sabe lo triste que me siento por dentro.	100%	Ninguna	Nadie sabe lo triste que me siento por dentro
43. A veces creo que soy una persona muy mala.	100%	Ninguna	A veces creo que soy una persona muy mala
44. Cuando estoy en el colegio, me siento cansado la mayor parte del tiempo.	100%	Ninguna	Cuando estoy en el colegio, me siento cansado la mayor parte del tiempo
45. Creo no merezco que los demás requieran.	100%	Ninguna	Creo que no merezco que los demás me quieran
46. A veces sueño que tengo un accidente o que me muero.	100%	Ninguna	A veces sueño que tengo un accidente o que me muero
47. Pienso que no es malo enojarse.	23%	No se entiende por el sentido negativo.	Pienso que es bueno enojarse
48. Creo que soy atractivo.		Ya se evalúa en el ítem 19	Eliminado
49. Algunas me dan ganas de llorar sin saber por qué.	100%	Ninguna	A veces me dan ganas de llorar, sin saber porque
50. A veces pienso que soy un inútil.	26%	No se entiende por el sentido negativo.	A veces pienso que soy útil para los demás
51. Cuando me va mal en el colegio pienso que no valgo nada	100%	Ninguna.	Cuando me va mal en el colegio pienso que no valgo nada
52. A menudo me imagino	100%	Ninguna	A veces me imagino que

Ítem	Comp. Ítem	Observaciones	Ítem final
que me hago heridas o que me muero.			me hago heridas o que me muero
53. A veces creo que hago cosas que enferman a mis padres.	100%	Ninguna	A veces creo que hago cosas que enferman a mis padres
54. Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero.	100%	Ninguna	Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero
55. Duermo bien y no me despierto durante la noche.	100%	Es suficiente con decir que duerme bien.	Duermo bien durante toda la noche
56. Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer.	100%	Ninguna	Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer
57. Creo que mi vida es triste.	100%	Ya se evalúa en los ítems 25 y 40	Eliminado
58. Cuando estoy fuera de casa me siento solo.	100%	Ninguna	Cuando estoy fuera de casa me siento solo
59. Muchas veces creo que no soy tan bueno como quiero ser.	100%	Ninguna	Mucha veces creo que no soy tan bueno como quisiera ser
60. A veces me siento mal porque no escucho a mis padres como se merecen.	100%	Ninguna	A veces me siento mal porque no escucho a mis padres como se merecen
61. Muchas veces pienso que no voy a ser alguien importante.	100%	...en la vida	Pienso que voy a ser alguien importante en la vida
62. Tengo muchos amigos.	100%	Ninguna	Tengo muchos amigos
63. Utilizo mi tiempo haciendo cosas muy interesantes con mis padres.		Ya se evalúa en el ítem 23. Los niños consideran que significa lo mismo.	Eliminado
64. Hay mucha gente que	100%	Ninguna	Hay mucha gente que se

Ítem	Comp. Ítem	Observaciones	Ítem final
se preocupa bastante por mí.			preocupa bastante por mi

Tabla 11

Índice de comprensión de los ítems por parte de los niños que conformaron la prueba piloto prueba CMAS

Ítem	Comp. I	Observaciones	Ítem modificado
1. Me cuesta trabajo decidir lo que quiero hacer.	100%	Ninguna	Me cuesta trabajo decidir lo que quiero hacer
2. Me pongo nervioso cuando las cosas no me salen como quiero.	100%	Ninguna	Me pongo nervioso cuando las cosas no me salen como quiero
3. Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí.	43%	Muy difícil de entender	Parece que las cosas son más difíciles para mi que para los demás
4. Todas las personas que conozco me caen bien.	100%	Ninguna	Todas las personas que conozco me caen bien
5. Muchas veces siento que me falta el aire.	100%	Ninguna	Muchas veces siento que me falta el aire
6. Casi todo el tiempo estoy preocupado.	100%	Ninguna	Casi todo el tiempo estoy preocupado
7. Tengo miedo de muchas cosas.	100%	Ninguna	Tengo miedo de muchas cosas
8. Siempre soy amable.	100%	Ya se evalúa en el ítem 20.	Eliminado
9. Me enojo fácilmente.	100%	Ninguna	Me enojo fácilmente
10. Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir.	100%	Ninguna	Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir

Ítem	Comp. I	Observaciones	Ítem modificado
11. Siento que a los demás no les gusta cómo hago las cosas.	100%	Ninguna	Siento que a los demás no les gusta cómo hago las cosas
12. Siempre me porto bien.	100%	Ninguna	siempre me porto bien
13. Se me hace difícil dormir en las noches.	100%	Ninguna	Se me hace difícil dormir en las noches
14. Me preocupa lo que la gente piense de mí	100%	Ninguna	Me preocupa lo que la gente piensa de mi
15. Me siento solo aunque esté con otras personas.	100%	Ninguna	Me siento solo aunque esté con otras personas
16. Siempre soy bueno.	100%	Ninguna	Siempre soy bueno
17. Muchas veces siento ganas de vomitar.	100%	La palabra "Vomitarse" genera reacciones de risa que distraen la atención.	Muchas veces siento asco o náuseas
18. Siento rabia o tristeza fácilmente.	100%	Ninguna	Siento rabia o tristeza fácilmente
19. Me sudan las manos.	100%	Ninguna	Me sudan las manos
20. Siempre soy muy amable con los demás.	100%	Ninguna	Siempre soy muy mable con los demás.
21. Me siento cansado buena parte del tiempo.	63%	Muy complicada la redacción.	Me canso mucho
22. Me preocupa lo que pasará en el futuro.	100%	Ninguna	Me preocupa lo que pasara en el futuro
23. Los demás son más felices que yo.	100%	Otros niños...	Otros niños son más felices que yo
24. Siempre digo la verdad.	100%	Ninguna	Siempre digo la verdad
25. Muchas veces tengo pesadillas.	100%	Ninguna	Muchas veces tengo pesadillas
26. Me siento muy mal cuando se enojan	100%	Ninguna	Me siento muy mal cuando se enojan conmigo

Ítem	Comp. I	Observaciones	Ítem modificado
conmigo.			
27. Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal.	100%	Ninguna	Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal
28. Nunca me enojo.	100%	Ninguna	Nunca me enojo
29. Algunas veces me despierto asustado.	100%	Ninguna	Algunas veces me despierto asustado
30. Me siento preocupado cuando me voy a dormir.	100%	Ninguna	Me siento preocupado cuando me voy a dormir
31. Me es difícil concentrarme en las tareas del colegio.	66%	Me cuesta trabajo concentrarme...	Me cuesta trabajo concentrarme en las tareas del colegio
32. Nunca digo cosas que no se deben.	100%	Ninguna	Nunca digo cosas que no se deben
33. Me muevo mucho en mi asiento.	100%	...cuando estoy sentado	Me muevo mucho cuando estoy sentado
34. Soy muy nervioso.	100%	Ninguna	Soy muy nervioso
35. Muchas personas están en mi contra.	100%	Ninguna	Siento que muchas personas están en mi contra
36. Nunca digo mentiras.	100%	Ya se evalúa en el ítem 24	Eliminado
37. Muchas veces me preocupa que algo malo me pase	100%	Ninguna	Muchas veces me preocupa que algo malo me pase

En general, los niños mostraron buena comprensión ante la mayoría de los ítems. Sin embargo hicieron las siguientes recomendaciones: (a) cambios en la redacción de los ítems 19, 37, 47, 50 para la escala CDS y 3 y 21 para la CMAS por considerarlos difíciles de comprender relación al lenguaje empleado (b) eliminar los ítems; 3, 5, 7, 13, 36, 48, 57, 63 para la escala CDS y 8 y 36 para la CMAS ya que en su criterio su contenido ya se evaluaba en otros ítems y

causaban tedio al responder pues consideraban que estaban respondiendo siempre lo mismo.

Teniendo en cuenta las instrucciones de aplicación se notó en los niños una comprensión adecuada por lo cual no se realizaron modificaciones al respecto.

En cuanto al formato de la hoja de respuesta, se encontró que el de la escala CDS era de difícil manejo y comprensión debido a sus múltiples opciones de respuesta, los niños que participaron a quienes se les aplicó la prueba piloto, sugirieron que las cinco opciones existentes (++Muy de acuerdo, +De acuerdo, +/-No estoy seguro, -En desacuerdo y --Muy en desacuerdo) fueran cambiadas a tres (Si, Si/no - que corresponde a la respuesta A veces - y No) por ser más fáciles de entender; con respecto a la escala CMAS, se encontró que a los niños les hacía falta la opción de respuesta "A veces" (el formato original sólo presentaba dos opciones de respuesta SI y NO), la cual se incluyó. En las tablas 12 y 13 se presentan los ítems incluidos en los cuestionarios aplicados.

Tabla 12

Contenido final del cuestionario de la escala CDS tras revisión de jueces y aplicación piloto

Ítem CDS
1. Me siento contento la mayor parte del tiempo
2. Muchas veces me siento triste en el colegio
3. Muchas veces creo que valgo poco
4. Pienso muchas veces que hago quedar mal a mis padres
5. Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago
6. Siempre creo que el día de mañana será mejor
7. Me siento solo muchas veces
8. Muchas veces me siento mal conmigo mismo
9. Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco
10. Me siento triste cuando alguien se enoja conmigo
11. Muchas veces mis padres me hacen sentir que hago las cosas bien

Ítem CDS

12. Siempre quiero hacer muchas cosas cuando estoy en el colegio
 13. En el colegio muchas veces me dan ganas de llorar
 14. Muchas veces no puedo mostrar lo triste que me siento por dentro
 15. Me agrada mi apariencia física y lo que hago
 16. La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada
 17. A veces me da miedo que lo que hago pueda enojar a mis padres
 18. Cuando me enojo mucho casi siempre termino llorando
 19. En mi familia nos divertimos mucho juntos
 20. Me divierto con las cosas que hago
 21. Frecuentemente me siento triste
 22. Muchas veces me siento solo y como perdido en el colegio
 23. Muchas veces me siento mal conmigo mismo
 24. Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas
 25. Muchas veces pienso que merezco ser castigado
 26. Muchas veces me siento triste debido a mis tareas del colegio
 27. Cuando alguien se enoja conmigo, yo me enojo con el
 28. Casi siempre la paso bien en el colegio
 29. A veces pienso que no vale la pena vivir
 30. La mayor parte del tiempo creo que nadie me comprende
 31. A veces siento vergüenza de mi mismo
 32. A veces me preocupo porque amo muy poco a mis padres
 33. Muchas veces me preocupa la salud de mis padres
 34. Creo que mis padres están muy orgullosos de mi
 35. Soy una persona muy feliz
 36. Cuando estoy fuera de casa me siento muy triste
 37. Nadie sabe lo triste que me siento por dentro
 38. A veces creo que soy una persona muy mala
 39. Cuando estoy en el colegio, me siento cansado la mayor parte del tiempo
 40. Creo que no merezco que los demás me quieran
 41. A veces sueño que tengo un accidente o me muero
 42. Pienso que es bueno enojarse
 43. A veces me dan ganas de llorar, sin saber porque
 44. A veces pienso que soy útil para los demás
 45. Cuando me va mal en el colegio pienso que no valgo nada
 46. A veces me imagino que me hago heridas o que me muero
 47. A veces creo que hago cosas que enferman a mis padres
 48. Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero
 49. Duermo bien durante toda la noche
 50. Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer
 51. Cuando estoy fuera de casa me siento solo
 52. Creo que no soy tan bueno como quisiera ser
 53. A veces me siento mal porque no escucho a mis padres como se merecen
 54. Pienso que voy a ser alguien importante en la vida
 55. Tengo muchos amigos
 56. Hay mucha gente que se preocupa bastante por mi
-

Tabla 13

Contenido final del cuestionario de la escala CMAS tras revisión de jueces y aplicación piloto

Ítem CMAS
1. Me cuesta trabajo decidir lo que quiero hacer
2. Me pongo nervioso cuando las cosas no me salen como quiero
3. Parece que las cosas son <i>más</i> difíciles para mi que para los demás
4. Todas las personas que conozco me caen bien
5. Muchas veces siento que me falta el aire
6. Casi todo el tiempo estoy preocupado
7. Tengo miedo de muchas cosas
8. Me enojo fácilmente
9. Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir
10. Siento que a los demás no les gusta cómo hago las cosas
11. Siempre me porto bien
12. Se me hace difícil dormir en las noches
13. Me preocupa lo que la gente piensa de mi
14. Me siento solo aunque esté con otras personas
15. Siempre soy bueno
16. Muchas veces siento asco o náuseas
17. Siento rabia o tristeza fácilmente
18. Me sudan las manos
19. Siempre soy amable con los demás
20. Me canso mucho
21. Me preocupa lo que pasara en el futuro
22. Otros niños son más felices que yo
23. Siempre digo la verdad
24. Muchas veces tengo pesadillas
25. Me siento muy mal cuando se enojan conmigo
26. Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal
27. Nunca me enojo
28. Algunas veces me despierto asustado
29. Me siento preocupado cuando me voy a dormir
30. Me cuesta trabajo concentrarme en las tareas del colegio
31. Nunca digo cosas que no se deben

32. Me muevo mucho cuando estoy sentado
 33. Soy muy nervioso
 34. Siento que muchas personas están en mi contra
 35. Muchas veces me preocupa que algo malo me pase
-

Aplicación de las escalas CDS y CMAS a la muestra objeto de estudio

Para efectos de la aplicación, se realizaron los cambios y ajustes finales a los ítems, las instrucciones de aplicación y las opciones de respuesta teniendo en cuenta las recomendaciones extractadas de la prueba piloto, con el fin de ensamblar el formato final de aplicación en el que además de los aspectos anteriores, también se tuvo en cuenta la recolección de los datos demográficos a los cuales se podía tener acceso.

La elección de los sujetos a participar en la aplicación se llevó a cabo de la siguiente manera: (a) se realizaron 13 listas diferentes; 12 para cada una de las comunas que conforman el sector urbano con los colegios pertenecientes a ellas, de las cuales eligió al azar un colegio por cada comuna en el cual se realizaría la aplicación; y una lista con los corregimientos que hacen parte del sector rural del municipio, de la cual se eligieron al azar tres corregimientos para realizar la aplicación en los colegios correspondientes. (b) para obtener la autorización de cada colegio, se presentó una carta ante la autoridad que en el momento representara a la institución, la cual debía firmar con el sello de autorizado, y junto con esta un acta de compromiso de parte de nosotros con la institución (ver anexos 5 y 6). Una vez realizado esto, en cada colegio se eligieron al azar los sujetos que participarían conforme a las características específicas de edad y género y a la disponibilidad de sujetos y espacios

facilitados por la institución; (c) se realizó la aplicación de las escalas teniendo en cuenta las normas de aplicación pertinentes; (d) después de lo anterior, se hizo una sistematización de los datos con el fin de continuar la aplicación hasta que quedara conformada la muestra con todos los aspectos de representatividad presentados en el apartado de metodología (tablas 2 y 3) (e) considerando que al finalizar la aplicación en los 12 colegios urbanos y los tres rurales aún no se contaba con los requerimientos de representatividad, se recurrió a la aplicación individual por fuera de instituciones educativas. El número total de participantes en la investigación fue de 519.

Calificación de las respuestas a los ítems de las escalas CDS y CMAS por parte de la muestra

Antes de realizar la calificación, se realizaron ajustes a las diferentes subescalas que se tienen en cuenta en la CDS ya que, al adaptar los ítems de la prueba, se encontró que en términos teóricos y de operatividad las escalas Animo alegría (AA) y Depresivos varios (DV) contenían ítems que podían ser incluidos en otras subescalas; estos cambios se pueden observar en la Tabla 14. Con respecto a la CMAS no se presentó ningún inconveniente al respecto. Teniendo en cuenta lo anterior se diseñó una plantilla de calificación para la CDS y una para la CMAS con el fin de agilizar el proceso de calificación

Tabla 14

Escalas y cambios prueba CDS

Animo alegría (AA)	Depresivos varios (DV)
Ítem 9, 25 y 57: se cambiaron a PV	Ítems 7 y 66: Eliminados
Ítem 1: sustituido por el Ítem 26.	Ítems 15, 23, 31, y 55: se cambiaron RA.
Ítem 17: sustituido por el ítem 45.	Ítems 39 y 47 se cambiaron a PM.
Ítem 33: sustituido por el ítem 2.	Ítem 62: se cambió a PV
Ítem 41: sustituido por el ítem 58.	
Item49 :sustituido por el ítem 20	

Sistematización de datos

Después de realizada la calificación a cada uno de los 519 cuestionarios, se procedió a la sistematización de los datos mediante el programa Microsoft Excel.

Caracterización psicométrica de las pruebas CDS y CMAS

Con los datos recogidos se hicieron las estimaciones para caracterizar psicométricamente las pruebas, es decir: (a)realizar la validación de los ítems por medio del análisis discriminante, (b)obtener indicadores de consistencia interna de las escalas (confiabilidad) y (c) adquirir evidencias de validez de criterio (validez concurrente).

Validación de los ítems

Este proceso se realizó a través del análisis discriminante, mediante la correlación producto momento de pearson para el análisis de reactivos. En primer lugar, se evaluó la capacidad discriminativa de los ítems

correspondientes a las dos escalas CDS y CMAS, por medio de la correlación producto momento r de Pearson corregido, que refleja el grado de dependencia lineal entre dos conjuntos de datos; y en segundo lugar se hizo el análisis correspondiente para las diferentes subescalas de las pruebas.

Teniendo en cuenta lo primero, para la escala CDS se dividieron los resultados en total positivo y total negativo considerándolos como dos dimensiones diferentes con un grupo de reactivos para cada una de ellas. El estimado de correlación se obtuvo al relacionar el puntaje que obtuvo el sujeto en el ítem con el puntaje total que obtuvo en la escala a la cual pertenecía el ítem. Los índices de correlación se presentan en la Tabla 15.

Tabla 15

Correlación ítem-prueba para niños entre 8 y 14 años. Prueba CDS

Ítem	Correlación Ítem prueba
1. Me siento contento la mayor parte del tiempo	0.23
2. Muchas veces me siento triste en el colegio	0.37
3. Muchas veces creo que valgo poco	0.48
4. Pienso muchas veces que hago quedar mal a mis padres	0.44
5. Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago	0.25
6. Siempre creo que el día de mañana será mejor	0.10
7. Me siento solo muchas veces	0.48
8. Muchas veces me siento mal conmigo mismo	0.44
9. Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco	0.38
10. Me siento triste cuando alguien se enoja conmigo	0.19
11. Muchas veces mis padres me hacen sentir que hago las cosas bien	0.24
12. Siempre quiero hacer muchas cosas cuando estoy en el colegio	0.07
13. En el colegio muchas veces me dan ganas de llorar	0.50
14. Muchas veces no puedo mostrar lo triste que me siento por dentro	0.37
15. Me agrada mi apariencia física y lo que hago	0.23
16. La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada	0.35
17. A veces me da miedo que lo que hago pueda enojar a mis	0.32

Ítem	Correlación Ítem prueba
padres	
18. Cuando me enojo mucho casi siempre termino llorando	0.32
19. En mi familia nos divertimos mucho juntos	0.25
20. Me divierto con las cosas que hago	0.17
21. Frecuentemente me siento triste	0.52
22. Muchas veces me siento solo y como perdido en el colegio	0.57
23. Muchas veces me siento mal conmigo mismo	0.48
24. Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas	0.18
25. Muchas veces pienso que merezco ser castigado	0.29
26. Muchas veces me siento triste debido a mis tareas del colegio	0.39
27. Cuando alguien se enoja conmigo, yo me enojo con el	0.16
28. Casi siempre la paso bien en el colegio	0.32
29. A veces pienso que no vale la pena vivir	0.48
30. La mayor parte del tiempo creo que nadie me comprende	0.49
31. A veces siento vergüenza de mi mismo	0.50
32. A veces me preocupo porque amo muy poco a mis padres	0.33
33. Muchas veces me preocupa la salud de mis padres	-0.05
34. Creo que mis padres están muy orgullosos de mi	0.34
35. Soy una persona muy feliz	0.36
36. Cuando estoy fuera de casa me siento muy triste	0.22
37. Nadie sabe lo triste que me siento por dentro	0.35
38. A veces creo que soy una persona muy mala	0.43
39. Cuando estoy en el colegio, me siento cansado la mayor parte del tiempo	0.38
40. Creo que no merezco que los demás me quieran	0.41
41. A veces sueño que tengo un accidente o me muero	0.34
42. Pienso que es bueno enojarse	0.18
43. A veces me dan ganas de llorar, sin saber porque	0.41
44. A veces pienso que soy útil para los demás	0.18
45. Cuando me va mal en el colegio pienso que no valgo nada	0.51
46. A veces me imagino que me hago heridas o que me muero	0.44
47. A veces creo que hago cosas que enferman a mis padres	0.49
48. Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero	0.38
49. Duermo bien durante toda la noche	0.28
50. Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer	0.32
51. Cuando estoy fuera de casa me siento solo	0.33
52. Creo que no soy tan bueno como quisiera ser	0.38
53. A veces me siento mal porque no escucho a mis padres como se merecen	0.22
54. Pienso que voy a ser alguien importante en la vida	0.30
55. Tengo muchos amigos	0.26
56. Hay mucha gente que se preocupa bastante por mi	0.32

Los ítems de la Escala CDS, en su mayoría, presentaron buena capacidad discriminativa (r superior a 0.30), a excepción de los ítems 1, 5, 6, 10, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 32, 36, 42, 44, 49, 53 y 55; los cuales presentaron coeficientes de correlación muy bajos, indicando débil discriminación del ítem hacia el total de la escala a la que pertenecían (total positivo y total negativo de la prueba) y hacia el constructo depresión.

Considerando que el número de ítems que se debían eliminar al tener en cuenta los datos anteriores era muy elevado, se realizó el mismo análisis dividiendo la escala en dos rangos de edad 8 y 9, y 10 a 14 años, para observar si así incrementaban los coeficientes de discriminación y evaluar la posibilidad de crear dos pruebas con ítems diferentes para cada rango de edad. Como se muestra en la Tabla 16.

Tabla 16

Comparación de correlaciones ítem prueba para los rangos de edad entre 8 y 14 años, 8 y 9 años y 10 a 14 años de la Escala CDS

Ítem	r_{ip} 8 a 14 años	r_{ip} 8 a 9 años	r_{ip} 10 a 14 años
1. Me siento contento la mayor parte del tiempo	0.23	0.19	0.31
57. Muchas veces me siento triste en el colegio	0.37	0.37	0.37
58. Muchas veces creo que valgo poco	0.48	0.51	0.45
59. Pienso muchas veces que hago quedar mal a mis padres	0.44	0.36	0.46
60. Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago	0.25	0.27	0.31
61. Siempre creo que el día de mañana será mejor	0.10	0.26	0.26
2. Me siento solo muchas veces	0.48	0.51	0.47
3. Muchas veces me siento mal conmigo mismo	0.44	0.47	0.43
4. Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco	0.38	0.39	0.36
5. Me siento triste cuando alguien se enoja conmigo	0.19	0.16	0.19
6. Muchas veces mis padres me hacen sentir que hago las cosas bien	0.24	0.29	0.29

Ítem	r_{ip} 8 a 14 años	r_{ip} 8 a 9 años	r_{ip} 10 a 14 años
7. Siempre quiero hacer muchas cosas cuando estoy en el colegio	0.07	-0.02	0.28
8. En el colegio muchas veces me dan ganas de llorar	0.50	0.56	0.47
9. Muchas veces no puedo mostrar lo triste que me siento por dentro	0.37	0.30	0.39
10. Me agrada mi apariencia física y lo que hago	0.23	0.28	0.30
11. La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada	0.35	0.47	0.29
12. A veces me da miedo que lo que hago pueda enojar a mis padres	0.32	0.22	0.33
13. Cuando me enojo mucho casi siempre termino llorando	0.32	0.44	0.30
14. En mi familia nos divertimos mucho juntos	0.25	0.07	0.38
15. Me divierto con las cosas que hago	0.17	0.28	0.31
16. Frecuentemente me siento triste	0.52	0.51	0.51
17. Muchas veces me siento solo y como perdido en el colegio	0.57	0.61	0.55
18. Muchas veces me siento mal conmigo mismo	0.48	0.47	0.47
19. Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas	0.18	0.17	0.17
20. Muchas veces pienso que merezco ser castigado	0.29	0.19	0.28
21. Muchas veces me siento triste debido a mis tareas del colegio	0.39	0.43	0.37
22. Cuando alguien se enoja conmigo, yo me enojo con él	0.16	0.36	0.18
23. Casi siempre la paso bien en el colegio	0.32	0.38	0.36
24. A veces pienso que no vale la pena vivir	0.48	0.44	0.49
25. La mayor parte del tiempo creo que nadie me comprende	0.49	0.32	0.55
26. A veces siento vergüenza de mi mismo	0.50	0.47	0.50
27. A veces me preocupo porque amo muy poco a mis padres	0.33	0.34	0.31
28. Muchas veces me preocupa la salud de mis padres	-0.05	-0.15	-0.02
29. Creo que mis padres están muy orgullosos de mí	0.34	0.33	0.45
30. Soy una persona muy feliz	0.36	0.34	0.45
31. Cuando estoy fuera de casa me siento muy triste	0.22	0.36	0.14
32. Nadie sabe lo triste que me siento por dentro	0.35	0.31	0.37
33. A veces creo que soy una persona muy mala	0.43	0.41	0.44
34. Cuando estoy en el colegio, me siento cansado la mayor parte del tiempo	0.38	0.46	0.34
35. Creo que no merezco que los demás me quieran	0.41	0.33	0.43
36. A veces sueño que tengo un accidente o me muero	0.34	0.33	0.34
37. Pienso que es bueno enojarse	0.18	0.40	0.11
38. A veces me dan ganas de llorar, sin saber porque	0.41	0.42	0.40
39. A veces pienso que soy útil para los demás	0.18	0.00	0.28
40. Cuando me va mal en el colegio pienso que no valgo nada	0.51	0.53	0.50
41. A veces me imagino que me hago heridas o que me	0.44	0.40	0.45

Ítem	r_{ip} 8 a 14 años	r_{ip} 8 a 9 años	r_{ip} 10 a 14 años
muero			
42. A veces creo que hago cosas que enferman a mis padres	0.49	0.52	0.47
43. Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero	0.38	0.43	0.38
44. Duermo bien durante toda la noche	0.28	0.18	0.34
45. Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer	0.32	0.29	0.37
46. Cuando estoy fuera de casa me siento solo	0.33	0.56	0.19
47. Creo que no soy tan bueno como quisiera ser	0.38	0.41	0.38
48. A veces me siento mal porque no escucho a mis padres como se merecen	0.22	0.21	0.17
49. Pienso que voy a ser alguien importante en la vida	0.30	0.27	0.36
50. Tengo muchos amigos	0.26	0.18	0.35
51. Hay mucha gente que se preocupa bastante por mi	0.32	0.26	0.39

Para los dos rangos de edad los ítems discriminaron en mejor medida que en la prueba con los dos rangos combinados, Una vez eliminados los ítems cuyo índice de correlación fue menor a 0,30 (1, 10, 12, 17, 19, 24, 25, 33, 44, 50 y 53 para las edades de 8 y 9 años y los 10,24,27,33,36,42,51 y 53 para 10 a 14 años), los ítems restantes presentaron mayor capacidad discriminativa (superior a 0.30), incluso ítems como: 5,6,15,19,20, 49,50,54, 55 y 56 para 8 y 9 años y 6, 11,12,16,25 y 44 para 10 a 14 que tenían niveles bajos de correlación ascendieron sus índices a niveles aceptables. En las tablas 17 y 18 se presenta la forma definitiva de la prueba CDS para niños de 8 y 9 años de edad y para niños entre 10 y 14 años de edad del municipio de Pasto en forma separada.

Tabla 17

Cuestionario final e índice correlación ítem-prueba para niños de 8 y 9 años de edad. Escala CDS

Ítem	Correlación i-p
I2 Muchas veces me siento triste en el colegio	0.37
I3 Muchas veces creo que valgo poco	0.48
I4 Pienso muchas veces que hago quedar mal a mis padres	0.45
I5 Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago	0.33
I6 Siempre creo que el día de mañana será mejor	0.32
I7 Me siento solo muchas veces	0.49
I8 Muchas veces me siento mal conmigo mismo	0.45
I9 Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco	0.44
I11 Muchas veces mis padres me hacen sentir que hago las cosas bien	0.39
I13 En el colegio muchas veces me dan ganas de llorar	0.57
I14 Muchas veces no puedo mostrar lo triste que me siento por dentro	0.32
I15 Me agrada mi apariencia física y lo que hago	0.31
I16 La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada	0.40
I18 Cuando me enoja mucho casi siempre termino llorando	0.40
I20 Me divierto con las cosas que hago	0.30
I21 Frecuentemente me siento triste	0.50
I22 Muchas veces me siento solo y como perdido en el colegio	0.55
I23 Muchas veces me odio a mi mismo	0.49
I26 Muchas veces me siento triste debido a mis tareas del colegio	0.47
I27 Cuando alguien se enoja conmigo, yo me enoja con el	0.35
I28 Casi siempre la paso bien en el colegio	0.47
I29 A veces pienso que no vale la pena vivir	0.44
I30 La mayor parte del tiempo creo que nadie me comprende	0.31
I31 A veces siento vergüenza de mi mismo	0.54
I32 A veces me preocupo porque amo muy poco a mis padres	0.33
I34 Creo que mis padres están muy orgullosos de mi	0.43
I35 Soy una persona muy feliz	0.45
I36 Cuando estoy fuera de casa me siento muy triste	0.31
I37 Nadie sabe lo triste que me siento por dentro	0.34
I38 A veces creo que soy una persona muy mala	0.43
I39 Cuando estoy en el colegio, me siento cansado la mayor parte del tiempo	0.42
I40 Creo que no merezco que los demás me quieran	0.33
I41 A veces sueño que tengo un accidente o me muero	0.40
I42 Pienso que es bueno enojarse	0.39
I43 A veces me dan ganas de llorar, sin saber porque	0.44
I45 Cuando me va mal en el colegio pienso que no valgo nada	0.52
I46 A veces me imagino que me hago heridas o que me muero	0.40
I47 A veces creo que hago cosas que enferman a mis padres	0.47

148 Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero	0.43
149 Duermo bien durante toda la noche	0.31
151 Cuando estoy fuera de casa me siento solo	0.50
152 Creo que no soy tan bueno como quisiera ser	0.42
154 Pienso que voy a ser alguien importante en la vida	0.40
156 Hay mucha gente que se preocupa bastante por mi	0.31

Tabla 18

Cuestionario final e índice correlación ítem-prueba para niños de 10 a 14 años de edad. Escala CDS

Ítem	Correlación i-p
11 Me siento contento la mayor parte del tiempo	0.37
12 Muchas veces me siento triste en el colegio	0.38
13 Muchas veces creo que valgo poco	0.42
14 Pienso muchas veces que hago quedar mal a mis padres	0.46
15 Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago	0.37
16 Siempre creo que el día de mañana será mejor	0,30
17 Me siento solo muchas veces	0.48
18 Muchas veces me siento mal conmigo mismo	0.45
19 Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco	0.33
111 Muchas veces mis padres me hacen sentir que hago las cosas bien	0.42
112 Siempre quiero hacer muchas cosas cuando estoy en el colegio	0.33
113 En el colegio muchas veces me dan ganas de llorar	0.49
114 Muchas veces no puedo mostrar lo triste que me siento por dentro	0.42
115 Me agrada mi apariencia física y lo que hago	0.42
116 La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada	0.35
117 A veces me da miedo que lo que hago pueda enojar a mis padres	0.36
118 Cuando me enojo mucho casi siempre termino llorando	0.33
119 En mi familia nos divertimos mucho juntos	0.51
120 Me divierto con las cosas que hago	0.42
121 Frecuentemente me siento triste	0.55
122 Muchas veces me siento solo y como perdido en el colegio	0.56
123 Muchas veces me siento mal conmigo mismo	0.49
125 Muchas veces pienso que merezco ser castigado	0.36
126 Muchas veces me siento triste debido a mis tareas del colegio	0.38
128 Casi siempre la paso bien en el colegio	0.46
129 A veces pienso que no vale la pena vivir	0.46
130 La mayor parte del tiempo creo que nadie me comprende	0.57
131 A veces siento vergüenza de mi mismo	0.53
132 A veces me preocupo porque amo muy poco a mis padres	0.33
134 Creo que mis padres están muy orgullosos de mi	0.49
135 Soy una persona muy feliz	0.55

Ítem	Correlación i-p
I37 Nadie sabe lo triste que me siento por dentro	0.42
I38 A veces creo que soy una persona muy mala	0.41
I39 Cuando estoy en el colegio, me siento cansado la mayor parte del tiempo	0.36
I40 Creo que no merezco que los demás me quieran	0.43
I41 A veces sueño que tengo un accidente o me muero	0.35
I43 A veces me dan ganas de llorar, sin saber porque	0.47
I44 A veces pienso que soy útil para los demás	0.31
I45 Cuando me va mal en el colegio pienso que no valgo nada	0.51
I46 A veces me imagino que me hago heridas o que me muero	0.46
I47 A veces creo que hago cosas que enferman a mis padres	0.48
I48 Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero	0.39
I49 Duermo bien durante toda la noche	0.38
I50 Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer	0.39
I52 Creo que no soy tan bueno como quisiera ser	0.35
I54 Pienso que voy a ser alguien importante en la vida	0.45
I55 Tengo muchos amigos	0.44
I56 Hay mucha gente que se preocupa bastante por mi	0.47

Para estimar la correlación de la escala CMAS no se tuvo en cuenta la subescala de mentira ya que no existe ningún tipo de correlación de ésta con las demás subescalas ni con el total de la prueba; sin embargo en el apartado de Estandarización y Baremos, se realizó la estimación de sus puntajes T y desviación estándar, para que puedan ser utilizados a futuro en la evaluación de un alto nivel de ansiedad o mentira al responder la prueba.

El estimado de correlación se obtuvo al relacionar el puntaje que obtuvo el sujeto en el ítem con el puntaje total que obtuvo en la prueba. Los resultados de los ítems se presentan en la Tabla 19.

Tabla 19

Cuestionario final e índice correlación ítem-prueba para niños de 8 a 14 años de edad. Escala CMAS

Ítem	Correlación i-p
I1 Me cuesta trabajo decidir lo que quiero hacer	0,35
I2 Me pongo nervioso cuando las cosas no me salen como quiero	0,43
I3 Parece que las cosas son <i>más</i> difíciles para mi que para los demás	0,42
I5 Muchas veces siento que me falta el aire	0,43
I6 Casi todo el tiempo estoy preocupado	0,53
I7 Tengo miedo de muchas cosas	0,45
I8 Me enojo fácilmente	0,35
I9 Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir	0,31
I10 Siento que a los demás no les gusta cómo hago las cosas	0,39
I12 Se me hace difícil dormir en las noches	0,39
I13 Me preocupa lo que la gente piensa de mi	0,41
I14 Me siento solo aunque esté con otras personas	0,50
I16 Muchas veces siento asco o náuseas	0,37
I17 Siento rabia o tristeza fácilmente	0,46
I18 Me sudan las manos	0,32
I20 Me canso mucho	0,47
I21 Me preocupa lo que pasara en el futuro	0,31
I22 Otros niños son más felices que yo	0,35
I24 Muchas veces tengo pesadillas	0,37
I25 Me siento muy mal cuando se enojan conmigo	0,38
I26 Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal	0,52
I28 Algunas veces me despierto asustado	0,45
I29 Me siento preocupado cuando me voy a dormir	0,41
I30 Me cuesta trabajo concentrarme en las tareas del colegio	0,37
I32 Me muevo mucho cuando estoy sentado	0,35
I33 Soy muy nervioso	0,41
I34 Siento que muchas personas están en mi contra	0,41
I35 Muchas veces me preocupa que algo malo me pase	0,37

Como se puede observar en la Tabla 21, todos los ítems de la CMAS presentaron índices de correlación superiores a 0.30 lo que permite inferir que si discriminan el atributo ansiedad por lo cual no hubo necesidad de eliminar ítems convirtiéndose esta Tabla en la forma definitiva de la prueba. A diferencia de la escala CDS, la variable edad no fue relevante, razón por la cual se decidió dejar solo una forma de prueba para la CMAS que abarca el rango de edad de la muestra (de 8 a 14 años).

Por otra parte, para analizar la validez discriminante de los ítems con respecto a las diferentes subescalas que componen las pruebas, se estimaron también las correlaciones ítem-prueba para cada una de ellas. Al analizar las subescalas originales de la escala CDS; respuesta afectiva, problemas sociales, autoestima, preocupación por la muerte, sentimientos de culpa, y escala positiva; se observó que, además de presentar correlaciones muy bajas, no existía relación teórica entre algunos ítems con la definición de las escalas a las cuales pertenecían. Teniendo en cuenta lo anterior, se decidió reagrupar a los ítems en nuevas subescalas, con base en los fundamentos teóricos de nuestro estudio, las cuales presentaron un coeficiente de correlación mucho más elevado y por consiguiente más confiable.

A la dimensión negativa corresponden 31 ítems para los dos rangos de edad divididos en cuatro subescalas: (a) La subescala *Síntomas Anímicos* que alude a las manifestaciones del estado de ánimo y los sentimientos del sujeto; (b) la subescala *Motivacional-cognitivo* que evalúa sentimientos autopunitivos y cogniciones relacionadas con la enfermedad y la muerte e inhibición cognitiva y conductual; (c) la subescala *Autoestima* que mide los sentimientos, conceptos y

actitudes del niño en relación a su propia estima y valor y (d) la subescala *Interpersonal* que evalúa las interacciones sociales, y los sentimientos de aislamiento y soledad del niño. A la dimensión positiva de la prueba corresponden 11 ítems para el rango de 8 y 9 años de edad y 17 para 10 a 14 años; esta dimensión evalúa la dificultad del sujeto para experimentar placer o diversión y se creó originalmente con el fin de disminuir la tendencia halo en las respuestas dadas por los sujetos. Las diferentes subescalas y los ítems que contienen pueden observarse en las tablas 20 y 21.

Con respecto a la CMAS, el análisis de correlación de los ítems en las tres diferentes subescalas originales: a) Ansiedad fisiológica, b) Inquietud/Hipersensibilidad, y c) Preocupaciones sociales; presentaron un buen nivel de confiabilidad, por lo tanto se decidió no realizar ninguna modificación al respecto.

Tabla 20

Correlación ítem - prueba para las subescalas definitivas CDS 8y9 años

Síntomas anímicos		Motivacional cognitivo		Autoestima		Interpersonal		Positiva	
Ítem	r_{ip}	Ítem	r_{ip}	Ítem	r_{ip}	Ítem	r_{ip}	Ítem	r_{ip}
13	0.50	4	0.44	3	0.43	2	0.40	5	0.33
18	0.41	9	0.36	8	0.54	7	0.41	6	0.32
21	0.47	16	0.43	23	0.46	14	0.34	11	0.39
29	0.33	26	0.38	31	0.50	22	0.46	15	0.31
43	0.34	27	0.37	38	0.39	30	0.29	20	0.28
		32	0.30	40	0.30	36	0.30	28	0.47
		39	0.42	45	0.48	37	0.30	34	0.43
		41	0.40	48	0.47	51	0.47	35	0.45
		42	0.34	52	0.42			49	0.31

Síntomas anímicos		Motivacional cognitivo		Autoestima		Interpersonal		Positiva	
Ítem	r_{ip}	Ítem	r_{ip}	Ítem	r_{ip}	Ítem	r_{ip}	Ítem	r_{ip}
		46	0.40					54	0.40
		47	0.41					56	0.29

Tabla 21

Correlación ítem - prueba para las subescalas definitivas CDS 10 a 14 años

Síntomas anímicos		Motivacional cognitivo		Autoestima		Interpersona l		Positiva	
Ítem	r_{ip}	Ítem	r_{ip}	Ítem	r_{ip}	Ítem	r_{ip}	Ítem	r_{ip}
13	0.49	4	0.37	3	0.35	2	0.39	1	0.37
18	0.43	9	0.35	8	0.42	7	0.49	5	0.37
21	0.40	16	0.36	23	0.48	14	0.41	6	0.26
29	0.31	26	0.40	25	0.36	17	0.32	11	0.42
43	0.52	32	0.30	31	0.49	22	0.51	12	0.33
		39	0.40	38	0.42	30	0.52	15	0.42
		41	0.35	40	0.43	37	0.45	19	0.51
		46	0.44	45	0.46			20	0.42
		47	0.43	48	0.36			28	0.46
				52	0.36			34	0.49
								35	0.55
								44	0.31
								49	0.38
								50	0.39
								54	0.45
								55	0.44
								56	0.47

Confiabilidad de las escalas

La confiabilidad de ambos instrumentos se estimó por medio de la evaluación de la consistencia interna, es decir el grado de precisión de las

puntuaciones obtenidas por los participantes del estudio al contestar la prueba, por medios de los siguientes métodos: a) Coeficiente Alpha de Cronbach, que expresa la fiabilidad o consistencia del test en función de la relación entre la longitud de la prueba y de la covarianza entre sus ítems; y b) confiabilidad por mitades, la cual expresa el nivel de consistencia por medio de la estabilidad de las medidas entre dos partes equivalentes de la prueba.

El nivel de confiabilidad para la prueba CDS para niños entre 8 y 9 años, en su conjunto presentó un alfa de Cronbach de 0.87 y una confiabilidad por mitades del 0.83, representando niveles adecuados de confiabilidad para pruebas de ejecución típica. Los niveles de consistencia interna para cada dimensión de la prueba fueron calculados, obteniéndose niveles aceptables para las cinco subescalas: Síntomas Anímicos (0.65), Motivacional Cognitivo (0.71), Autoestima (0.75), Interpersonal (0.69) y Positiva (0.72).

En el caso de la prueba CDS para niños entre 10 y 14 años, en su conjunto presentó un alfa de Cronbach de 0.84 y una confiabilidad por mitades del 0.82, representando niveles adecuados de confiabilidad para pruebas de ejecución típica. Los niveles de confiabilidad interna para cada dimensión de la prueba fueron calculados, obteniéndose niveles aceptables para las cinco subescalas: Síntomas Anímicos (0.68), Motivacional Cognitivo (0.71), Autoestima (0.75), Interpersonal (0.73) y Positiva (0.82).

El nivel de consistencia interna para la CMAS entre 8 y 14 años alcanza un alfa de Cronbach de 0.87 y una confiabilidad por mitades de 0.75 representando niveles adecuados de confiabilidad para pruebas de ejecución típica. Los niveles de confiabilidad interna para cada dimensión de la prueba fueron

calculados, obteniéndose niveles aceptables para las tres subescalas: Ansiedad Fisiológica (0.70), Inquietud/ Hipersensibilidad (0.75) y Preocupaciones sociales (0.71).

Validez de Criterio

Para la búsqueda de evidencia de validez se realizaron aplicaciones diferentes de las pruebas definitivas para niños con evidencia clínica de ansiedad y depresión y para niños que no tuvieran características psicopatológicas al respecto; luego, se analizó la relación de estas con una variable externa, en este caso el concepto clínico de la evaluación realizada a los mismos sujetos.

Para la CDS, se aplicó la prueba a 5 niños de 8 y 9 años de edad y 12 de 10 a 14 años quienes mediante una evaluación clínica mostraron síntomas evidentes de depresión clínica. De ellos el 60% de los niños de 8 y 9 años de edad y el 92% de los niños de 10 a 14 años, obtuvieron puntuaciones superiores a dos desviaciones estándar sobre la media (62 puntos) y el 40% de niños de 8 y 9 años de edad y el 8% de niños entre 10 y 14 obtuvieron puntajes superiores a 1 desviación estándar (48 puntos).

La prueba también fue aplicada a 5 niños de 8 y 9 años de edad y 13 niños de 10 a 14 años quienes luego de la evaluación clínica demostraron no tener síntomas evidentes de depresión clínica. De ellos el 100% de los niños de 8 y 9 años y el 85% de niños de 10 a 14 años, se ubican por debajo de una desviación estándar de la media obteniendo puntajes muy bajos en la escala; el 15 % de niños restante de 10 a 14 años de edad se ubicaron por debajo de dos desviaciones estándar de la media.

De las aplicaciones anteriores se estimaron índices de correlación ítem-prueba que demuestran el alto grado de validez que poseen las escalas CDS para los dos rangos de edad, lo que indica que la prueba sí mide el atributo ya que las puntuaciones altas son congruentes con la aparición de síntomas clínicos y las bajas con la ausencia de los mismos. Estos pueden observarse en las tablas 22 y 23.

Además de lo anterior, se realizó el análisis de diferencias de medias con la prueba *t student* de comparación de probabilidades, para evidenciar que existe una diferencia significativa ($p=0.039$) entre los sujetos evaluados con depresión clínica y los sujetos que no la presentan lo cual aporta evidencia que la prueba si discrimina depresión clínica entre niños de 8 y 9 años de edad y de 10 a 14 años. Como puede observarse en la Tabla 24.

Tabla 22

Correlación de Pearson corregida para las aplicaciones de validez concurrente de la prueba CDS para niños de 8 y 9 años

Ítem	r_{ip}
I2 Muchas veces me siento triste en el colegio	0.48
I3 Muchas veces creo que valgo poco	0.99
I4 Pienso muchas veces que hago quedar mal a mis padres	0.76
I5 Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago	0.75
I6 Siempre creo que el día de mañana será mejor	0.54
I7 Me siento solo muchas veces	0.79
I8 Muchas veces me siento mal conmigo mismo	0.89
I9 Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco	0.91
I11 Muchas veces mis padres me hacen sentir que hago las cosas bien	0.69
I13 En el colegio muchas veces me dan ganas de llorar	0.79
I14 Muchas veces no puedo mostrar lo triste que me siento por dentro	0.70
I15 Me agrada mi apariencia física y lo que hago	0.36
I16 La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada	0.87

Ítem	r_{ip}
I18 Cuando me enojo mucho casi siempre termino llorando	0.56
I20 Me divierto con las cosas que hago	0.54
I21 Frecuentemente me siento triste	0.95
I22 Muchas veces me siento solo y como perdido en el colegio	0.93
I23 Muchas veces me siento mal conmigo mismo	0.73
I26 Muchas veces me siento triste debido a mis tareas del colegio	0.58
I27 Cuando alguien se enoja conmigo, yo me enojo con el	0.77
I28 Casi siempre la paso bien en el colegio	0.64
I29 A veces pienso que no vale la pena vivir	0.80
I30 La mayor parte del tiempo creo que nadie me comprende	0.55
I31 A veces siento vergüenza de mi mismo	0.86
I32 A veces me preocupo porque amo muy poco a mis padres	0.95
I34 Creo que mis padres están muy orgullosos de mi	0.71
I35 Soy una persona muy feliz	0.51
I36 Cuando estoy fuera de casa me siento muy triste	0.57
I37 Nadie sabe lo triste que me siento por dentro	0.63
I38 A veces creo que soy una persona muy mala	0.41
I39 Cuando estoy en el colegio, me siento cansado la mayor parte del tiempo	0.89
I40 Creo que no merezco que los demás me quieran	0.93
I41 A veces sueño que tengo un accidente o me muero	0.74
I42 Pienso que es bueno enojarse	0.99
I43 A veces me dan ganas de llorar, sin saber porque	0.93
I45 Cuando me va mal en el colegio pienso que no valgo nada	0.95
I46 A veces me imagino que me hago heridas o que me muero	0.80
I47 A veces creo que hago cosas que enferman a mis padres	0.99
I48 Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero	0.96
I49 Duermo bien durante toda la noche	0.46
I51 Cuando estoy fuera de casa me siento solo	0.67
I52 Creo que no soy tan bueno como quisiera ser	0.93
I54 Pienso que voy a ser alguien importante en la vida	0.52
I56 Hay mucha gente que se preocupa bastante por mi	0.59

Tabla 23

Pearson corregida para las aplicaciones de validez concurrente de la prueba

CDS para niños de 10 a 14 años

Ítem	r_{ip}
I1 Me siento contento la mayor parte del tiempo	0.61
I2 Muchas veces me siento triste en el colegio	0.70
I3 Muchas veces creo que valgo poco	0.86
I4 Pienso muchas veces que hago quedar mal a mis padres	0.95
I5 Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago	0.44
I6 Siempre creo que el día de mañana será mejor	0.41
I7 Me siento solo muchas veces	0.91

I8 Muchas veces me siento mal conmigo mismo	0.97
I9 Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco	0.68
I11 Muchas veces mis padres me hacen sentir que hago las cosas bien	0.52
I12 Siempre quiero hacer muchas cosas cuando estoy en el colegio	0.35
I13 En el colegio muchas veces me dan ganas de llorar	0.95
I14 Muchas veces no puedo mostrar lo triste que me siento por dentro	0.74
I15 Me agrada mi apariencia física y lo que hago	0.54
I16 La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada	0.53
I17 A veces me da miedo que lo que hago pueda enojar a mis padres	0.86
I18 Cuando me enojo mucho casi siempre termino llorando	0.63
I19 En mi familia nos divertimos mucho juntos	0.52
I20 Me divierto con las cosas que hago	0.49
I21 Frecuentemente me siento triste	0.94
I22 Muchas veces me siento solo y como perdido en el colegio	0.95
I23 Muchas veces me siento mal conmigo mismo	0.82
I25 Muchas veces pienso que merezco ser castigado	0.71
I26 Muchas veces me siento triste debido a mis tareas del colegio	0.83
I28 Casi siempre la paso bien en el colegio	0.71
I29 A veces pienso que no vale la pena vivir	0.91
I30 La mayor parte del tiempo creo que nadie me comprende	0.96
I31 A veces siento vergüenza de mi mismo	0.81
I32 A veces me preocupo porque amo muy poco a mis padres	0.62
I34 Creo que mis padres están muy orgullosos de mi	0.74
I35 Soy una persona muy feliz	0.65
I37 Nadie sabe lo triste que me siento por dentro	0.88
I38 A veces creo que soy una persona muy mala	0.88
I39 Cuando estoy en el colegio, me siento cansado la mayor parte del tiempo	0.96
I40 Creo que no merezco que los demás me quieran	0.79
I41 A veces sueño que tengo un accidente o me muero	0.89
I43 A veces me dan ganas de llorar, sin saber porque	0.76
I44 A veces pienso que soy útil para los demás	0.48
I45 Cuando me va mal en el colegio pienso que no valgo nada	0.98
I46 A veces me imagino que me hago heridas o que me muero	0.92
I47 A veces creo que hago cosas que enferman a mis padres	0.92
I48 Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero	0.80
I49 Duermo bien durante toda la noche	0.62
I50 Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer	0.76
I52 Creo que no soy tan bueno como quisiera ser	0.90
I54 Pienso que voy a ser alguien importante en la vida	0.57
I55 Tengo muchos amigos	0.62
I56 Hay mucha gente que se preocupa bastante por mi	0.69

Tabla 24

Análisis prueba *t student* para las aplicaciones de validez concurrente de las pruebas CDS para los dos rangos de edad

	Media población con	Media Población sin	<i>p</i>
Rango de edad	indicios clínicos depresión	indicios clínicos depresión	
8-9	65	8	0.043*
10-14	70	7	0.032*

* Significativo al 0.05

Para la escala CMAS, se aplicó la prueba a siete niños entre 8 y 14 años de edad quienes mediante una evaluación clínica mostraron síntomas evidentes de ansiedad clínica. De ellos el 43%, obtuvieron puntuaciones superiores a dos desviaciones estándar sobre la media (52 puntos) y el 57% restante obtuvieron puntuaciones superiores a 1 desviación estándar (48 puntos).

La prueba también fue aplicada a nueve niños entre 8 y 14 años de edad quienes luego de la evaluación clínica demostraron no tener síntomas evidentes de ansiedad clínica. De ellos el 66%, se ubican por debajo de una desviación estándar de la media obteniendo puntajes muy bajos en la escala; el 34% de niños restante se ubicaron por debajo de dos desviaciones estándar de la media.

De las aplicaciones anteriores se estimaron índices de correlación ítem-prueba que demuestran el alto grado de validez que poseen la escala CMAS para el rango de edad entre los 8 y 14 años, lo que indica que la prueba sí mide el atributo ya que las puntuaciones altas son congruentes con la aparición de

síntomas clínicos y las bajas con la ausencia de los mismos. Los índices de los ítems se encuentran en la Tabla 25.

Además de lo anterior, se realizó el análisis con la prueba *t student* de comparación de probabilidades entre dos medias, para evidenciar que existe una diferencia significativa ($p=0.034$) entre los sujetos evaluados con depresión clínica y los sujetos que no la presentan lo cual corrobora que la prueba si discrimina depresión clínica entre niños de 8 y 9 años de edad y de 10 a 14 años.

Tabla 25

Pearson corregida para las aplicaciones de validez concurrente de la prueba

CMAS para niños entre 8 y 14 años

Ítem	r_{ip}
I1 Me cuesta trabajo decidir lo que quiero hacer	0.67
I2 Me pongo nervioso cuando las cosas no me salen como quiero	0.76
I3 Parece que las cosas son <i>más</i> difíciles para mi que para los demás	0.76
I5 Muchas veces siento que me falta el aire	0.87
I6 Casi todo el tiempo estoy preocupado	0.93
I7 Tengo miedo de muchas cosas	0.93
I8 Me enoja fácilmente	0.61
I9 Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir	0.77
I10 Siento que a los demás no les gusta cómo hago las cosas	0.94
I12 Se me hace difícil dormir en las noches	0.84
I13 Me preocupa lo que la gente piensa de mi	0.89
I14 Me siento solo aunque esté con otras personas	0.93
I16 Muchas veces siento asco o náuseas	0.64
I17 Siento rabia o tristeza fácilmente	0.75
I18 Me sudan las manos	0.92
I20 Me canso mucho	0.98

Ítem	r_{ip}
I21 Me preocupa lo que pasara en el futuro	0.77
I22 Otros niños son más felices que yo	0.85
I24 Muchas veces tengo pesadillas	0.69
I25 Me siento muy mal cuando se enojan conmigo	0.48
I26 Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal	0.93
I28 Algunas veces me despierto asustado	0.87
I29 Me siento preocupado cuando me voy a dormir	0.86
I30 Me cuesta trabajo concentrarme en las tareas del colegio	0.72
I32 Me muevo mucho cuando estoy sentado	0.93
I33 Soy muy nervioso	0.89
I34 Siento que muchas personas están en mi contra	0.62
I35 Muchas veces me preocupa que algo malo me pase	0.91

Estandarización de las pruebas

Instrucciones para la aplicación

Las escalas CDS y la CMAS fueron diseñadas de manera específica para aplicarse en forma grupal o individual a niños y preadolescentes entre 8 y 14 años de edad del municipio de Pasto, con un nivel de lectura mínimo aproximado a segundo grado de primaria; se recomienda la aplicación individual para niños pequeños al igual con niños con problemas de lectura u otras discapacidades. La prueba debe ser aplicada en un lugar cómodo, (silla y escritorio) silencioso y libre de distracciones.

Las instrucciones para el niño aparecen en la parte frontal del cuestionario, y mencionan: “Solo tu puedes decirnos como sientes y piensas respecto a ti mismo. Después de que leer cada oración pregúntate ¿así soy yo?, si es así, encierra en un círculo “SI”, si no es así marca “NO”, y si es a veces marca

“Si/No”. Para la aplicación en grupo, el examinador debe leer estas instrucciones en voz alta mientras los niños las leen en silencio. La labor de observación a los niños por parte del examinador asegurará que cada niño marque sólo una respuesta.

Una vez leídas las instrucciones, el examinador dirá el momento en el cual se debe comenzar a responder el cuestionario. Para la aplicación grupal así como para la aplicación individual a personas que no saben leer, a niños entre 8 y 9 años o a niños con cualquier problema de lectura significativo, el examinador debe leer cada reactivo en voz alta mientras el niño encierra en un círculo "Si" o "No" en respuesta a cada afirmación. En el caso de la aplicación individual a un niño mayor de 10 años será él mismo quien lea los ítems. Si alguien no entiende una palabra específica, ésta se le debe explicar de la manera más breve posible pero sin ejemplos, excepto como último recurso; esto se hace para asegurar que el niño está respondiendo en la medida de lo posible al contenido que pretende el reactivo.

De acuerdo a lo anterior, el examinador debe recordar que los niños son libres de interpretar los reactivos de las pruebas de acuerdo como ellos perciban que se amoldan a su situación particular, esto quiere decir que palabras como "muchas veces" están abiertas a que el niño las interprete; los examinadores tienen prohibido de manera expresa dar frecuencias específicas pero en lugar de eso deben instruir al niño para decidir si eso "parece frecuente". Se le debe decir a los niños que si no entienden alguna palabra de la prueba, pueden levantar la mano para que el aplicador se las explique.

Corrección y obtención de las puntuaciones

Cada ítem se puntúa en una escala de 2 a 0 puntos en la dirección del rasgo a medir, desde no(en desacuerdo), si/no(a veces), si (de acuerdo), para los ítems negativos de la CDS y en su totalidad para los ítems de la CMAS; y de 0 a 2 puntos, desde si, si/no y no para los ítems positivos de la escala CDS. Con esta inversión en los positivos de la CDS, se logra que todos los ítems apunten hacia el rasgo de la depresión. Al finalizar esta tarea, se suman los valores de todos los ítems para obtener la puntuación directa en ansiedad o depresión según corresponda.

Muestra general de tipificación

Una vez Identificadas las escalas CDS y CMAS como adecuadas para medir la depresión y la ansiedad respectivamente, se elaboraron las tablas normativas para la población infantil escolarizada entre 8 y 14 años de edad del municipio de Pasto, que permiten convertir las puntuaciones naturales en equivalentes percentiles y en puntuaciones T. La puntuación centil indica el porcentaje del grupo normativo al que un sujeto determinado es superior en la variable apreciada por el instrumento; y la puntuación T o escalar constituye una escala que permite observar la desviación de un sujeto en relación con la media o un grupo promedio de la población.

La muestra general de validación fue de 519 sujetos entre los 8 y 14 años de edad procedentes de colegios del municipio de Pasto, de los cuales se escogió una muestra de 383 que cumplían con los requisitos de representatividad en términos de urbano, rural, estrato, comuna, edad, y género.

Una vez se identificaron a las variables edad ($p=0.011$), género ($p=0.0003$) y sector urbano y rural ($p=0.007$) como significativas, según los resultados del estudio realizado por medio de la prueba *t student* para la escala CMAS; se elaboraron baremos específicos para cada una de éstas variables con el fin de colaborar a la hora de realizar un juicio clínico más ajustado a las características específicas de un determinado sujeto. En el caso de la prueba CDS 8 y 9, se elaboró un baremo mixto dado que no se encontraron diferencias significativas para ninguna de las variables; para la prueba CDS 10 a 14 se elaboró un baremo para la población según género teniendo en cuenta los resultados obtenidos a partir de la prueba *t student* ($p=0.002$).

Normas interpretativas.

Una vez obtenidas las puntuaciones directas se debe transformarlas en puntuaciones T o percentiles que se encuentran en los diferentes baremos ya establecidos. En cada columna se buscará la puntuación directa obtenida por el sujeto para ubicar en las columnas siguientes la puntuación típica y la puntuación centil correspondiente. Cuando una puntuación directa no aparezca indicada en la Tabla debe hacerse una extrapolación y asignarle un puntaje t o un centil comprendido entre los correspondientes a los valores expresados. Las normas de las pruebas CDS para los rangos de edad de 8 y 9 y 10 a 14 años, y las normas de la escala CMAS se encuentran desde la Tabla 26 hasta la 35.

Para determinar si el niño evaluado posee niveles altos de ansiedad o depresión, es necesario tener en cuenta los diferentes niveles establecidos para cada atributo y que se encuentran explicados en el apartado “descripción poblacional”.

NORMAS CMAS**BAREMOS ESPECIFICOS CMAS 8-9 AÑOS**

Tabla 26

Baremo Femenino 8 y 9 años

Puntaje Directo	Puntaje T	Percentil
14 o menor	27-28	1
15	29	2
16-20	30-35	3-6
21	36	7-8
22-23	37-38	9-13
24	39	14-15
25-26	40-41	16-19
27-28	42-43	20
29	44	21-27
30	46	28-31
31	47	32-33
32	48	34
33	49	35-38
34	50	39-41
35	51	42-52
36	52	53-61
37	53	62-63
38	54	64-70
39	56	71-77
40	57	78-81
41	58	82-84
42-43	59-60	85-87
44	61	88-91
45	62	92-93
46-53	63-71	94-96
54-55	72-73	97-98
56	74	99

Tabla 27

Baremo Masculino 8-9 Años

Puntaje Directo	Puntaje T	Percentiles
9 o menos	30	1
10	31	2-4
11	32	5-6
12	33	7
13-15	34-35	8-10
16	36	10
17	37	11
18	38	12-14
19-20	39-40	15
21	41	16
22	42	17
23-24	43-44	18
25-26	45	19-30
27	46	31
28	47	32-40
29	48	41-42
30	49	43-45
31	50	46-50
32	51	51-52
33	52	53
34	53	54-57
35	54	58-59
36-37	55	60-64
38	56	65-71
39	57	72-73
40	58	74-76
41	59	77-85
42	60	86-87
43	61	88
44	62	89-93
45	63	94
46	64	95-97
47	65	98
48-51	68	99

Tabla 28

Baremo Femenino 10-14 años

Puntaje Directo	Puntaje T	Percentil
2	23	1
3	24	1
4-6	25-26	2
7-9	27-29	2
10-11	30-31	3
13	33	4-5
14-15	34	6-7
16	35	8-9
17	36	10
18	37	11-12
19-20	38-39	13
21	40	14-16
22	41	17-18
23	42	19-21
24	43	22-23
25	44	24-26
26-27	45	27-31
28	46	32-37
29	47	38-41
30	48	42-44
31	49	45-48
32	50	49-51
33	51	52-53
34	52	54-57
35	53	58-62
36	54	63
37-38	55	64-69
39	56	70-72
40	57	73-76
41	58	76
42	59	77-80
43	60	81-82
44	61	83-86
45	62	87-88
46	63	89-92
47	64	93
48-49	65	94
50	66	95-96
51	67	97-98
52-53	68-69	99
54	70	99

Tabla 29

Baremo Masculino 10-14 años

Puntaje Directo	Puntaje T	Percentiles
1	23	1
2	24	1
3-5	25-27	1
6-7	28-29	1
8	30	2
9	31	3
10-11	32-33	4-5
12	34	6
13	35	7
14	36	8-9
15	37	10-12
16	38	13-15
17-18	39-40	16-17
19	41	18-21
20	42	22
21	43	23-28
22	44	29-31
23	45	32-36
24	46	37-39
25	47	40
26	48	41-44
27	49	45-49
28	50	50-54
29	51	55-58
30	52	59-60
31	53	61-63
32	54	64-66
33	55	67
34	56	68
35	57	69-73
36	58	74-79
37	59	80-85
38	60	86
39	61	87
40	62	88-90
41	63	91-92
42	64	93
43	65	94
44	66	95
45	67	96-97
46-49	68-71	98
50-51	72-73	99
52	74	99

Tabla 30

Baremo Urbano CMAS

Puntaje Total	Puntaje T	Percentiles
1	24	1
2-3	25	1
4	26	1
5-8	27-30	1
9	31	2
10-11	32	3-4
12	34	5
13-14	35	6-8
15	36	9-10
16	37	11-13
17	38	14
18	39	15
19	40	16-17
20	41	18
21	42	19-21
22	43	22-24
23	44	25-28
24-25	45	29-33
26	46	34-36
27	47	37-40
28	48	41-44
29	49	45-48
30	50	49-51
31	51	52-53
32	52	54-56
33	53	57-58
34	54	59-61
35-36	55	62-69
37	56	70-73
38	57	74-76
39	58	77-78
40	59	79-82
41	60	83-84
42	61	85-86
43	62	87
44	63	88-91
45	64	92
46-47	65	93-95
48-49	66-67	96
50-51	68-69	97
52-53	70-71	98
54	72	99
55	73	99
56 o mas	74	99

Tabla 31

Baremo Rural CMAS

Puntaje total	Puntaje T	Percentiles
21 o menos	30	1
22	31	2
23-25	32-36	3-4
26	37-38	5-6
27	39	7-8
28	40	9-18
29	41-42	19-23
30	43	24-28
31	44-45	29-35
32	46	36-37
33	47-48	38-40
34	49	41-45
35	50	46-54
36	51-52	55-59
37	53	60-67
38	54-55	68-69
39	56	70-76
40	57-58	77-81
41	59	82-84
42	60	85-86
43	61-62	87-91
44	63	92-96
45	64	97
46-48	65-67	98
49-50	68-72	99
51	73	99

Tabla 32

Baremo mixto subescala de Mentira

Puntaje total	Puntaje T
0	27
1	30
2	33
3	37
4	40
5	43
6	47
7	50
8	53
9	57
10	60
11	63
12	67
13	70
14	73

NORMAS CDS 8 -9 AÑOS

Tabla 33

Baremo mixto CDS 8 y 9 años

Puntaje directo	Puntaje T	Percentiles
5 o menos	29	1
6-10	30-33	2
11-12	34	3
13-14	35	4-7
15-16	36	8
17	37	9
18	38	10-13
19-20	39	14-16
21	40	17
22-23	41	18-23
24	42	24-27
25-26	43	28-30
27	44	31-33
28-29	45	34-35
30	46	36-37
31-32	47	38-40
33	48	41-43
34-35	49	44-48
36-38	50-51	49-55
39	52	56
40-42	53	57-64
43-44	55	65-70
45	56	71
46-47	57	72-76
48	58	77-80
49-50	59	81-83
51	60	84-85
52-53	61	86-88
54	62	89
55-56	63	90-91
57	64	92
58-59	65	93-94
60-63	66-68	95-96
64-65	69	97-98
66	70	99-100

NORMAS CDS 10 -14

Tabla 34

Baremo Femenino 10-14 años

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

Tabla 35

Baremo Masculino 10 y 14 años

Puntaje total	Puntaje T	Percentiles
2-4	30-31	1
5-8	32-34	2
9-11	35-36	3-4
12-13	37	5-9
14	38	10
15-16	39	11-14
17	40	15-16
18-19	41	17-21
20	42	22
21-22	43	23-29
23	44	30-31
24-25	45	32-39
26	46	40-42
27-28	47	43-44
29	48	45-46
30-31	49	47-53
32	50	54-55
33-34	51	56-61
35	52	62-65
36	53	66
37-38	54	67
39-40	55	68-71
41	56	72
42-43	57	73-74
44	58	75-77
45-46	59	78-81
47	60	82
48-49	61	83-87
50	62	88
51-53	63-64	89-90
54-55	65	91-92
57-58	67	93-95
59	68	96
60-64	69-71	97
65	72	98
66-67	73	99
68-69	74	99

Descripción poblacional

De la población estudiada, 116 sujetos fueron niños entre 8 y 9 años de edad (56 mujeres y 60 hombres); y 267 niños de 10 a 14 (130 mujeres y 137 hombres). Con base en esta división, y teniendo en cuenta cada una de las diferentes variables contenidas en nuestro estudio, se realizó el análisis sobre la prevalencia de ansiedad y depresión en niños escolarizados entre 8 y 14 años de edad en el municipio de Pasto, partiendo de un análisis general de los datos para luego complementar con uno específico según corresponda.

Prevalencia de ansiedad en población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del Municipio de Pasto

Para realizar la esquematización de los datos, se determinaron tres niveles de ansiedad en aquellas variables en las cuales se estimó relevante para su estudio: (a) *Nivel bajo o ansiedad normal*, que corresponde a los sujetos cuyas puntuaciones T se encuentran una desviación estándar o más por debajo de la media (menos de 39 puntos) y que, teniendo en cuenta sus respuestas a los ítems de la escala CMAS, se ajustan a la definición de ansiedad como una respuesta adaptativa que no representa un problema de salud para el individuo; (b) *Nivel medio o ansiedad leve*, que se refiere a los sujetos cuyas puntuaciones T se encuentran en el rango comprendido entre 40 y 59 puntos y que, teniendo en cuenta el análisis de sus respuestas a los ítems de la escala, estarían en riesgo de presentar formas severas de ansiedad clínica en el futuro por lo cuál se considera necesario continuar con una evaluación más exhaustiva del sujeto y (c) *Nivel alto o ansiedad clínica*, dentro del cual se encuentran los sujetos cuyas puntuaciones T se encuentran una desviación estándar o más por

encima de la media (60 o más puntos) y que, se ajustan a la definición de ansiedad como un trastorno psicopatológico.

En la Figura 3 podemos observar datos generales sobre la prevalencia de ansiedad en los niños escolarizados entre 8 y 14 años de edad del municipio de Pasto aquí encontramos que el 68% de los niños presentan ansiedad leve, el 17% tienen puntuaciones correspondientes al nivel bajo o ansiedad normal y finalmente que el 15 % se encuentran dentro del nivel alto o ansiedad clínica.

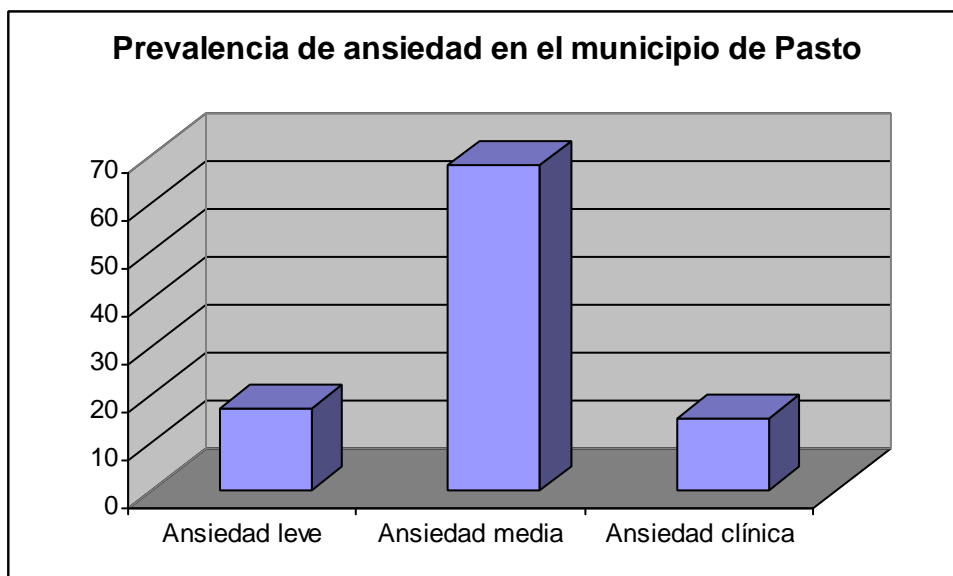


Figura 3. Prevalencia de ansiedad en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del Municipio de Pasto.

Prevalencia de ansiedad leve

Ansiedad leve según rangos de edad. Del total de la muestra, la mayor frecuencia de presentación de ansiedad leve se encontró en los niños de 8 y 9 años con un 74% seguido por un 66% correspondiente a los niños entre 10 y 14 años de edad tal y como se muestra en la Figura 4.

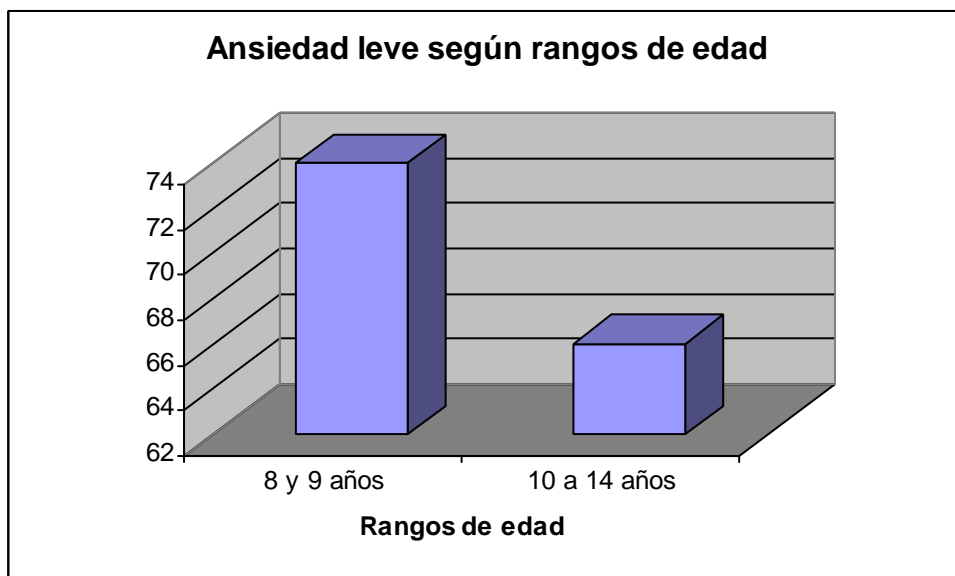


Figura 4. Prevalencia ansiedad leve en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del Municipio de Pasto según el rango de edad.

Ansiedad leve según el género. Teniendo en cuenta el género, se encontró una diferencia significativa en los dos rangos de edad. En los niños de 8 y 9 años éste tipo de ansiedad es más frecuente en las niñas con un 78% y menos frecuente en los niños con un 70% mientras que en las edades de 10 a 14, se encontró una mayor frecuencia en los niños con un 70% seguido por las niñas con un 63%. Esto lo podemos ver en la Figura 5.

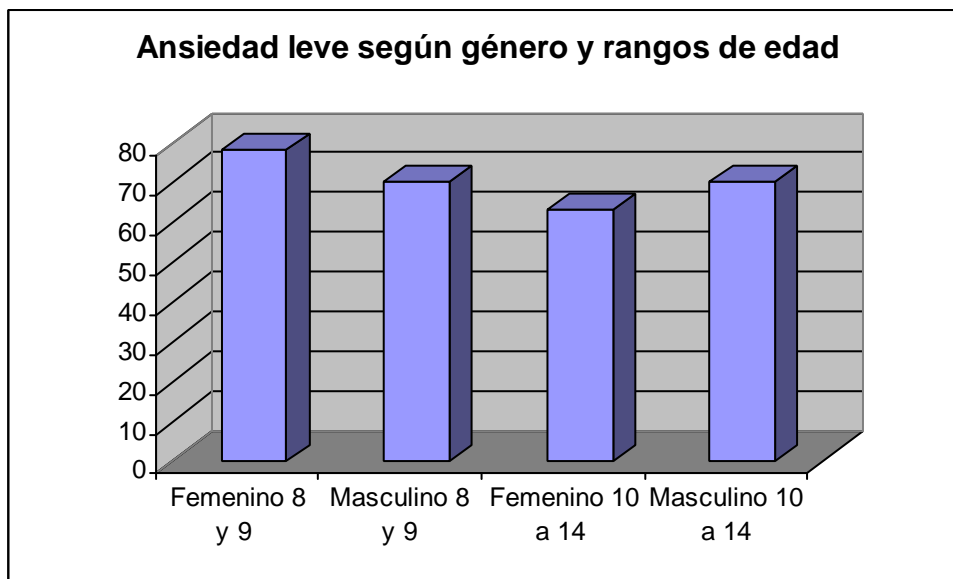


Figura 5. Ansiedad leve en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del Municipio de Pasto según el género y el rango de edad.

Ansiedad leve según edad y género. En la Figura 6 podemos ver un análisis detallado de la prevalencia de ansiedad leve teniendo en cuenta cada una de las edades y el género por separado. Es así, como la mayor frecuencia de este tipo de ansiedad se encuentra en las niñas de 9 años y en los niños de 13 con el 86% y el 84% respectivamente y la menor frecuencia en las niñas de 11 y en los niños de 13 años con el 53% y el 59% respectivamente. Por otra parte es importante observar como, a pesar de que en la Figura 5 en los sujetos con edades de 10 a 14 años se observa una mayor frecuencia de este nivel en los niños, haciendo el análisis detallado por edad, si bien se conserva esta tendencia, existe una excepción con los sujetos de 13 años de edad en donde la mayor presentación de ansiedad leve se da en las niñas con un 67%.

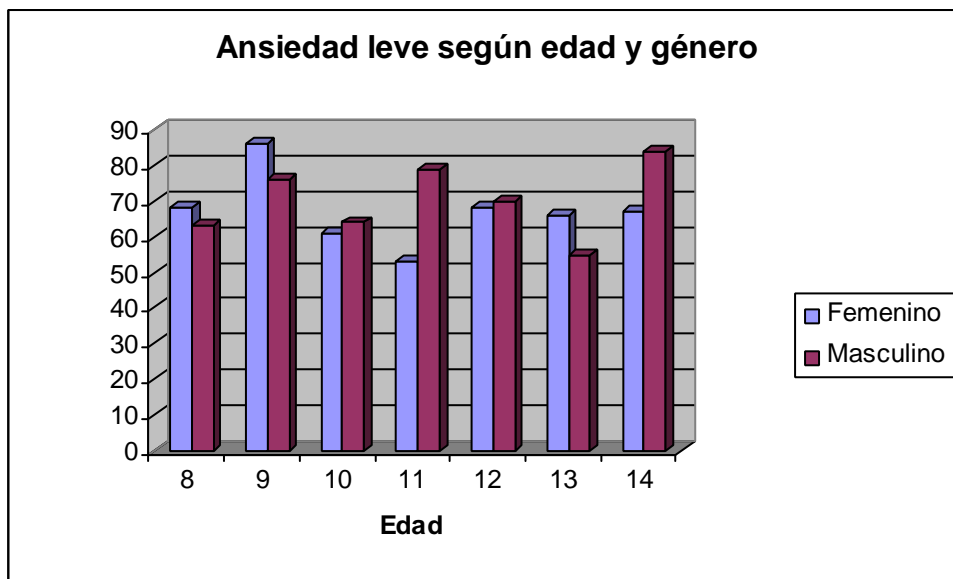


Figura 6. Ansiedad leve en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del Municipio de Pasto según la edad y el género.

Prevalencia de ansiedad clínica

Ansiedad clínica según rangos de edad. En general no se encontró una diferencia significativa entre el porcentaje de presentación de ansiedad clínica en niños de 8 y 9 años y niños de 10 a 14. Los porcentajes para cada rango fueron de 16% y 15% respectivamente, tal y como se muestra en la Figura 7 .

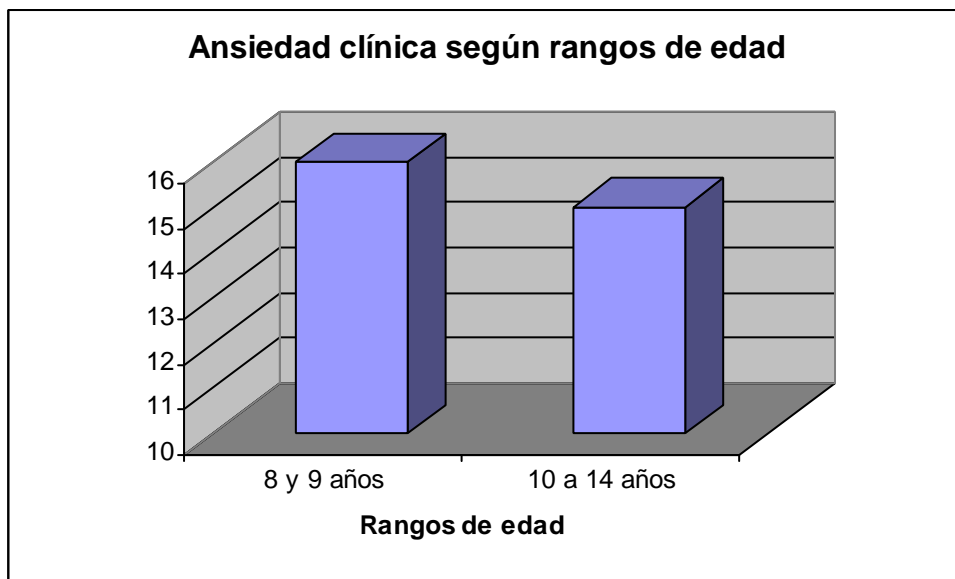


Figura 7. Ansiedad clínica en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del Municipio de Pasto según rangos de edad.

Ansiedad clínica según el género. Teniendo en cuenta el género, se encontró que en los sujetos de 8 y 9 años de edad la presentación de niveles altos de ansiedad se da por igual para niños y niñas con un 15 %; mientras que en las edades de 10 a 14 el porcentaje aumenta para las mujeres con un 23 % y disminuye para los hombres con un 8%. Esto puede apreciarse en la Figura 8.

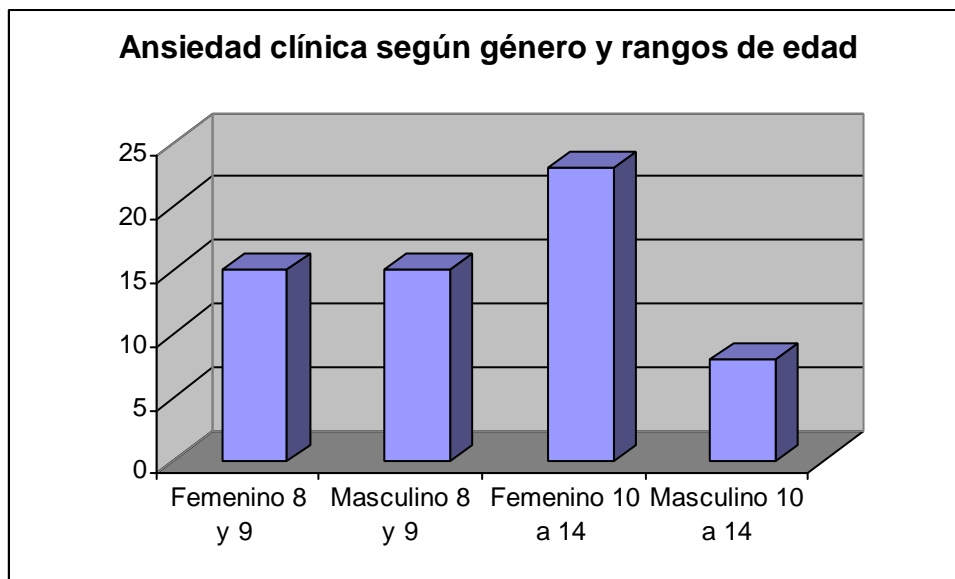


Figura 8. Ansiedad clínica en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del Municipio de Pasto según el género y el rango de edad.

Ansiedad clínica según edad y género. En la Figura 9 se encuentra un análisis detallado de la prevalencia de ansiedad clínica teniendo en cuenta cada una de las edades y el género por separado. Según estos datos, podemos ver que existe una gran diferencia en las niñas de 11 años de edad en donde se encuentra el nivel más alto de presentación de ansiedad clínica con un 38%; en seguida se encuentran las niñas de 8 años con una frecuencia de un 25% y los niños de 8 años con el 23%; la menor frecuencia se presenta en los niños de 14 años con el 4% y en los niños y niñas de 9 años con el 7% para ambos.

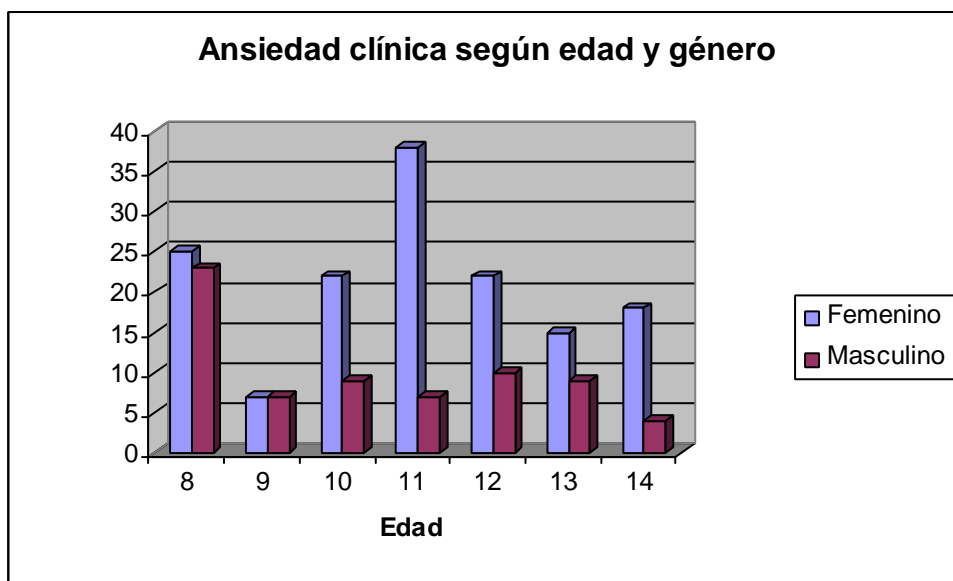


Figura 9. Ansiedad clínica en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del Municipio de Pasto según la edad y el género.

Prevalencia de ansiedad leve y clínica según el estrato

Con respecto al análisis realizado según el estrato al cual pertenecen los niños, se encontró que la ansiedad leve se presenta con mayor frecuencia en el estrato 2 con un 74%, seguido por los estratos 1 y 3 con el 62% para ambos y finalmente el 55% para el estrato 4. La mayor frecuencia de ansiedad clínica se presenta en el estrato uno con el 24 % existiendo una diferencia significativa con los estratos 2 y 3, en donde el índice de frecuencia corresponde al 14% para ambos, y con el estrato 4 que es en dónde se encuentra la menor presentación de este tipo de ansiedad con un 13%. Lo anterior nos indica que la población infantil perteneciente al estrato uno se encuentra con mayor vulnerabilidad a presentar este tipo de trastornos.

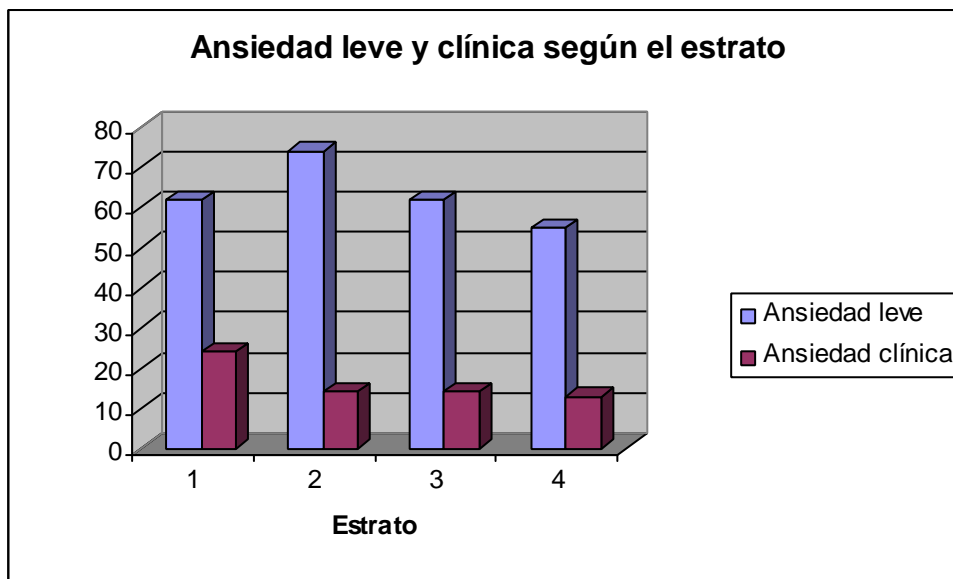


Figura 10. Ansiedad leve y clínica en la población escolarizada de 8 a 14 años de edad del municipio de Pasto según el estrato

Prevalencia de ansiedad leve y clínica según la procedencia urbano-rural

Con respecto al lugar de procedencia de los niños, existe una diferencia significativa con respecto a los tres niveles de ansiedad de los cuales hablamos en el presente estudio. El nivel bajo (ansiedad normal) se encuentra ausente en los niños de 8 a 14 años que viven en la parte rural del municipio, mientras que para quienes viven en el perímetro urbano se presenta con una frecuencia del 17%. Por otra parte el porcentaje más alto de ansiedad leve y clínica se presenta en la población infantil rural con el 83% y el 17% respectivamente, seguida por la población infantil urbana con una frecuencia de presentación del 67% para la ansiedad leve y el 16% para la ansiedad clínica. Lo anterior puede observarse en la Figura 11.

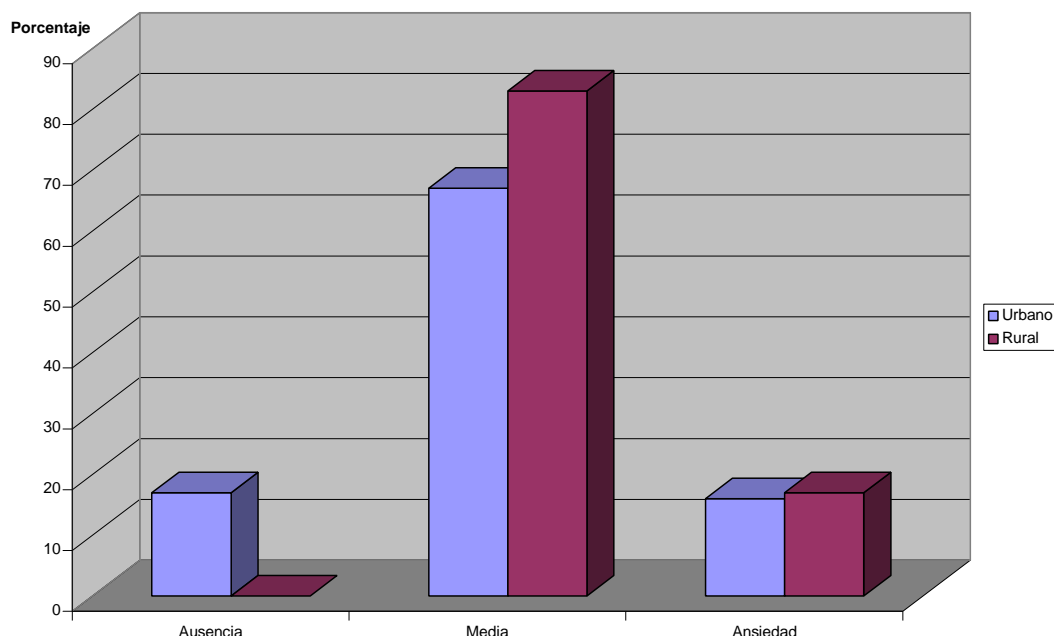


Figura 11. Ansiedad leve y clínica en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del municipio de Pasto según la procedencia rural o urbana.

Prevalencia de ansiedad leve y clínica según la escolaridad

Para hacer este análisis, se realizó una división en la que se encuentra el grado en el que se espera debe estar el sujeto a finales del año lectivo teniendo en cuenta su edad; esto se hizo debido a que la presentación de ansiedad leve y clínica varía de acuerdo a la edad y al grado en el que se encuentra el niño.

Tabla 36

Grado esperado para edad específica.

Edad	Grado
8	Tercero de básica primaria
9	Cuarto de básica primaria
10	Quinto de básica primaria
11	Sexto de básica secundaria

Edad	Grado
12	Séptimo de básica secundaria
13	Octavo de básica secundaria
14	Noveno de básica secundaria

A nivel general, se encontró que para la edad de 8 años, la probabilidad de presentar ansiedad clínica se incrementa a medida que el niño se encuentre en grados superiores al esperado; para las edades de 9, 10, 11 y 12 años dicha probabilidad aumenta en la medida en que el niño se encuentre en grados inferiores del que se espera para su edad y para los niños de 13 y 14 años existe mayor frecuencia de ansiedad clínica en los niños que se encuentran en el grado que se espera. A continuación se presentan un análisis detallado teniendo en cuenta la edad específica y el grado en el que se encuentran los niños.

Los datos la Figura 12 nos indican que en la edad de 8 años, la ansiedad leve, se presenta más en los niños que están en grado tercero con un 75% seguida de quienes se encuentran en grado primero o segundo con un 65% y finalmente por quienes están en cuarto o más con un 38%. La mayor frecuencia de presentación de ansiedad clínica se da en los niños que están en grado cuarto o más con un 50% seguidos por quienes se encuentran en primero o segundo con un 29% y finalmente por quienes están en tercero con un 13%.

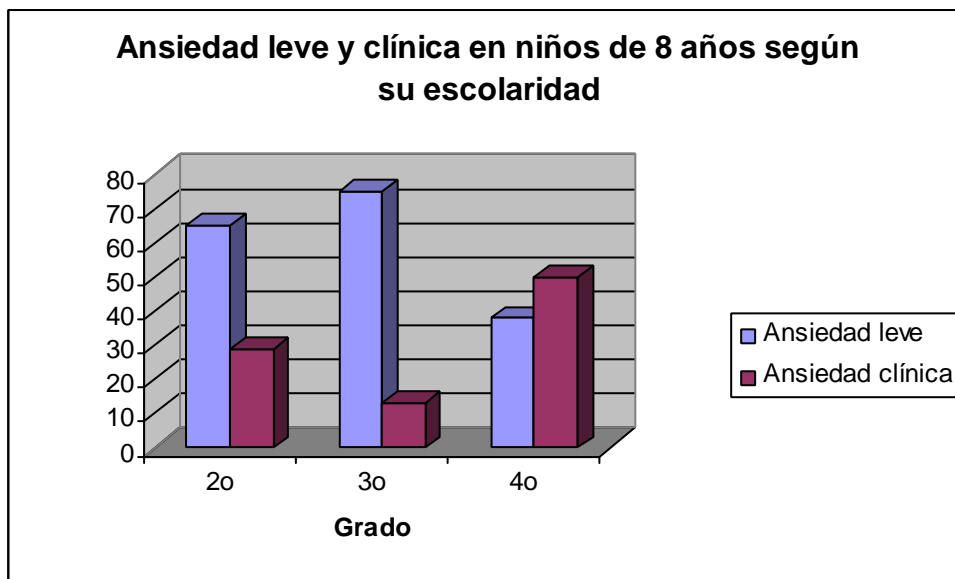


Figura 12 Ansidad leve y cl3nica en ni1os de 8 a1os teniendo en cuenta su grado de escolaridad

Para la edad de 9 a1os, la ansiedad leve se da con mayor frecuencia en los ni1os que est3n en grado cuarto con un 90% y con menor frecuencia en quienes se encuentran en grados quinto y segundo con un 60 y 67% respectivamente. En cuanto a la ansiedad cl3nica, 3sta se presenta con un mayor porcentaje para los ni1os que est3n en grado segundo con un 43% y se da una ausencia total para quienes se encuentran en grados cuarto y quinto. Estos datos se encuentran en la Figura 13.

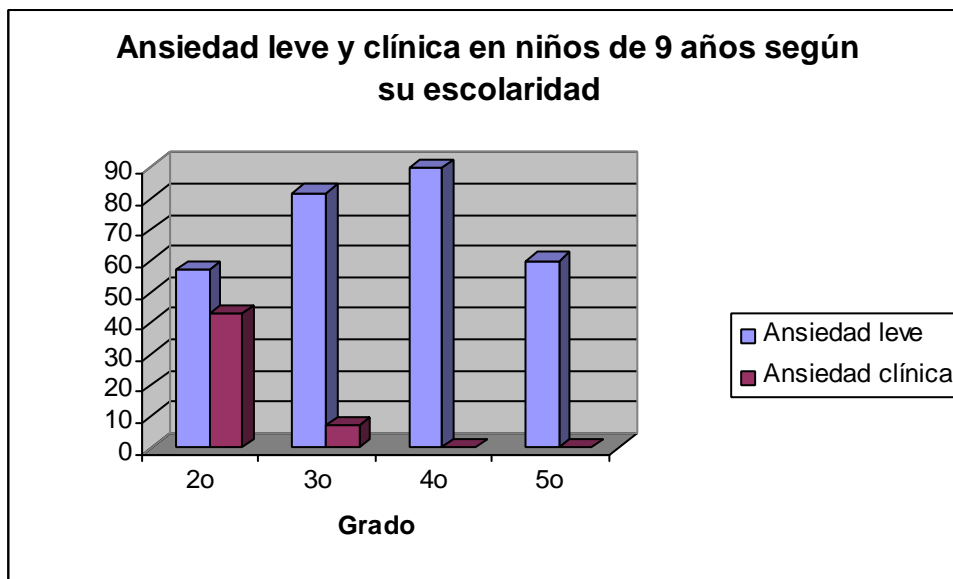


Figura 13 Ansiedad leve y clínica en niños de 9 años teniendo en cuenta su grado de escolaridad

En la Figura 14 se puede observar que la ansiedad leve, se presenta más en los niños de 10 años que están en grado tercero con un 80% y en menor cantidad en quienes se encuentran en grado cuarto con un 51%. Para esta misma edad, quienes se encuentran en grados tercero o cuarto tienen una mayor presentación de ansiedad clínica con un 20 y 25 % respectivamente; mientras que, en los niños que se encuentran en quinto o sexto grado, no se presentó ningún caso de este tipo de ansiedad.

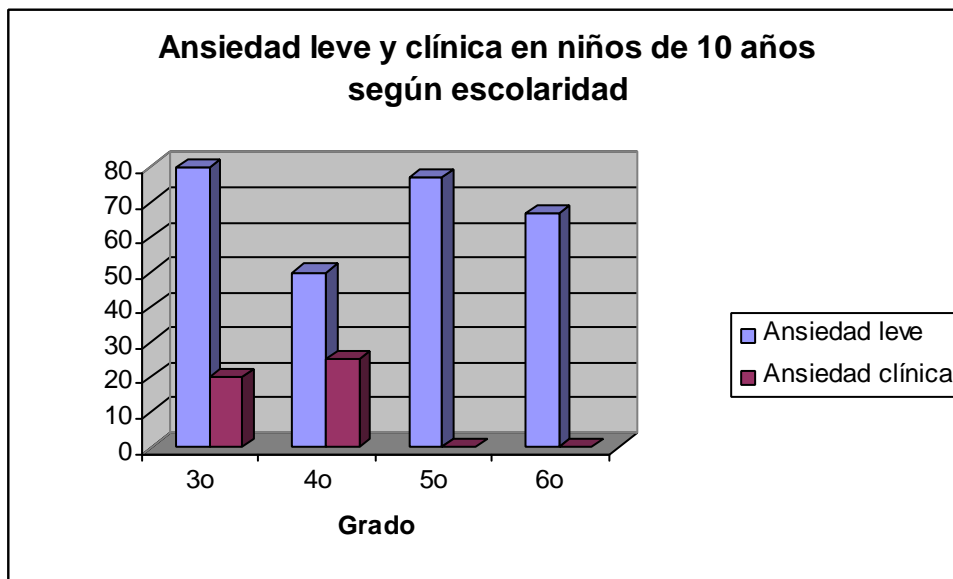


Figura 14 Ansidad leve y cl3nica en ni1os de 10 a1os teniendo en cuenta su grado de escolaridad.

Para los ni1os de 11 a1os, seg3n los datos de la Figura 15, la mayor presentaci3n de ansiedad leve se da en los ni1os que est3n en grado sexto con un 75% y existe una menor ocurrencia en quienes se encuentran en grado 4 con un 46%. Por otra parte, la ansiedad cl3nica se presenta m3s en quienes est3n en grado cuarto con un 46% y en menor cantidad en quienes se encuentran en grado sexto con un 12%.

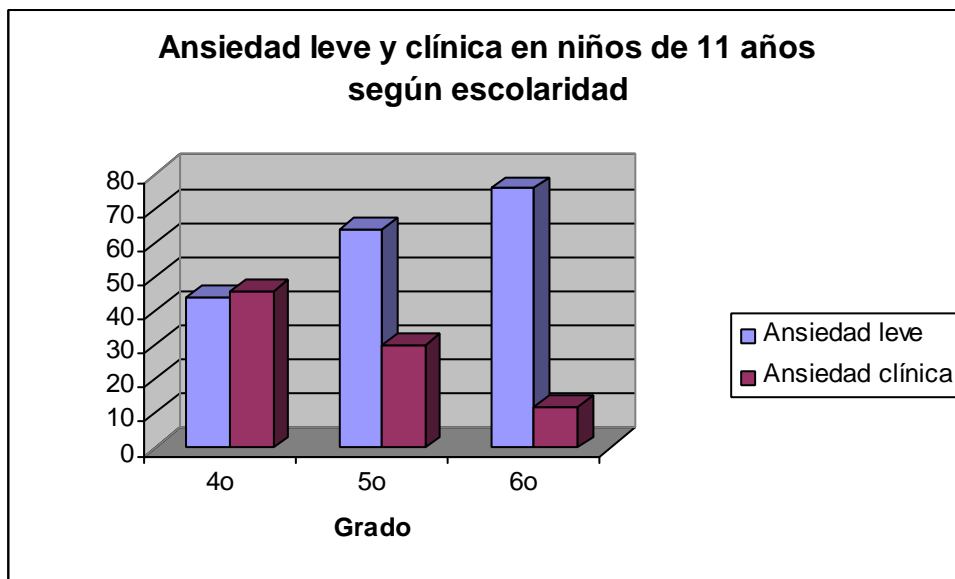


Figura 15 Ansiedad leve y clínica en niños de 11 años teniendo en cuenta su grado de escolaridad

Para los 12 años de edad, se encontró que quienes se están en grado séptimo tienen una mayor presentación de ansiedad leve con un 78% y en los niños que se encuentran en cuarto grado el porcentaje es menor con un 37%. En cuanto a la ansiedad clínica, ésta se presenta con mayor frecuencia en quienes están en grado cuarto con un 63% y es menor en quienes están en grado sexto con un 12% y existe una ausencia total de ansiedad clínica en quienes se encuentran en grado séptimo. Estos datos se pueden observar en la Figura 16

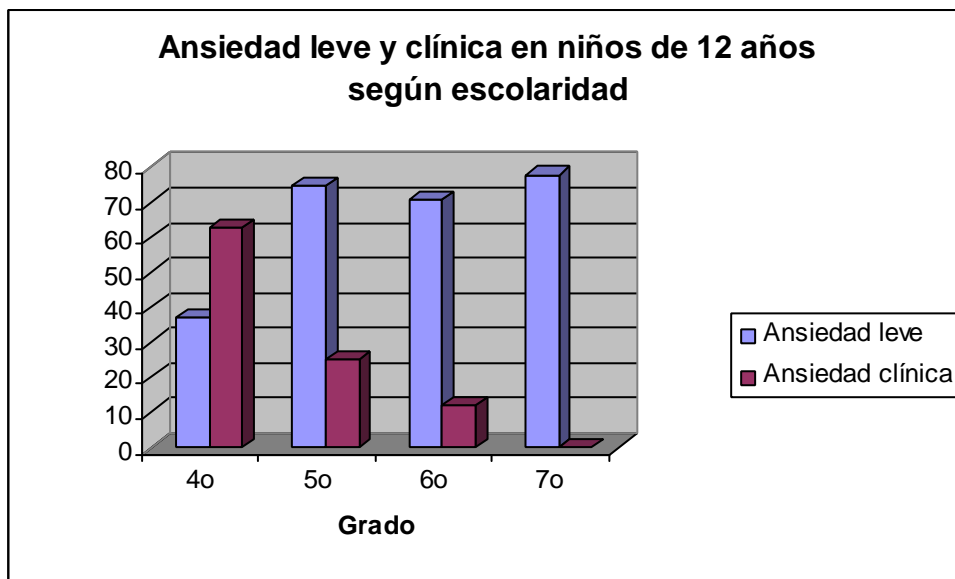


Figura 16 Ansiedad leve y clínica en niños de 12 años teniendo en cuenta su grado de escolaridad

Para la edad de 13 años, la mayor frecuencia de ansiedad leve, se da en los niños que están en grado séptimo con un 65% y la menor frecuencia en quienes se encuentran en grado octavo con un 50%. En cuanto a la ansiedad clínica, ésta se presenta más en los niños que están en grado octavo con un 31%, y menos en quienes están en séptimo con un 10% como se puede observar en la Figura 17.

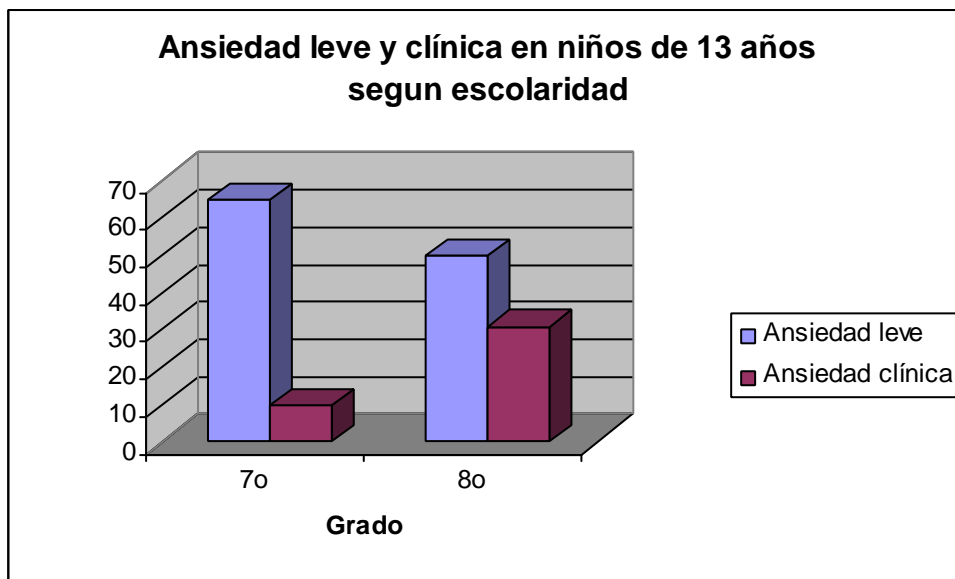


Figura 17 Ansiedad leve y clínica en niños de 13 años teniendo en cuenta su grado de escolaridad

La Figura 18 nos muestra que para la edad de 14 años, la mayor frecuencia de depresión leve, se da en los niños que están en grado séptimo con un 90% y la menor frecuencia en quienes se encuentran en grado noveno con un 61%. En cuanto a la depresión clínica, ésta se presenta más en los niños que están en grado noveno con un 56%, y menos en quienes están en octavo con un 8%.

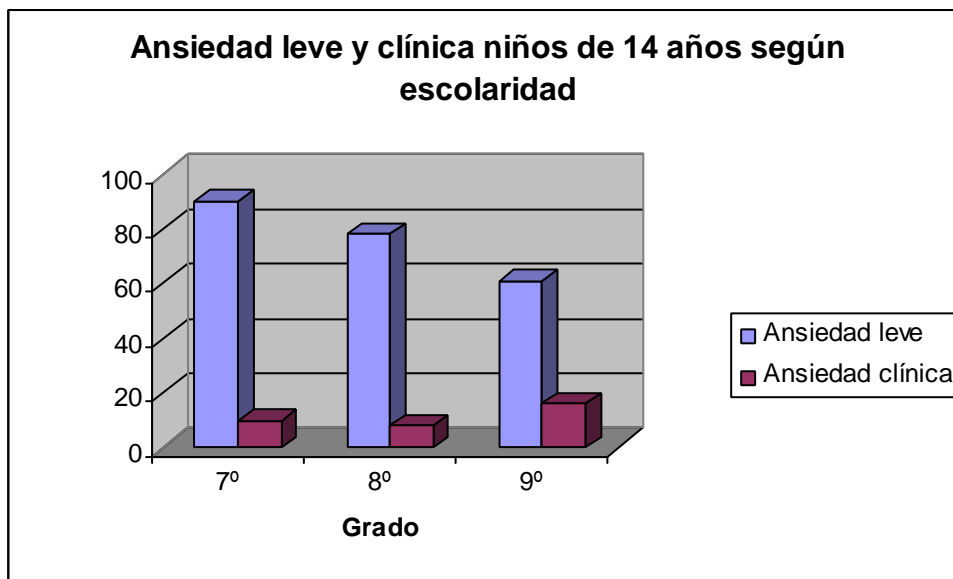


Figura 18 Ansiedad leve y clínica en niños de 14 años teniendo en cuenta su grado de escolaridad

Ansiedad leve y clínica según la persona con quién viva teniendo en cuenta rangos de edad.

Los datos de la Figura 19 nos indican que para las edades de 8 y 9 años, el porcentaje más alto de presentación de ansiedad clínica se dio en quienes vivían únicamente con la mamá con un 30%, y la menor frecuencia en quienes vivían con el papá y la mamá con un 10%. Contrario a lo anterior, la ansiedad leve se presenta con una frecuencia mayor en quienes vivían con el papá y la mamá con un 77%, y la menor presentación se da en quienes viven sólo con el papá con un 60%. Dentro de éste grupo, no se encontraron niños que vivieran con otra persona diferente al papá y/o a la mamá.

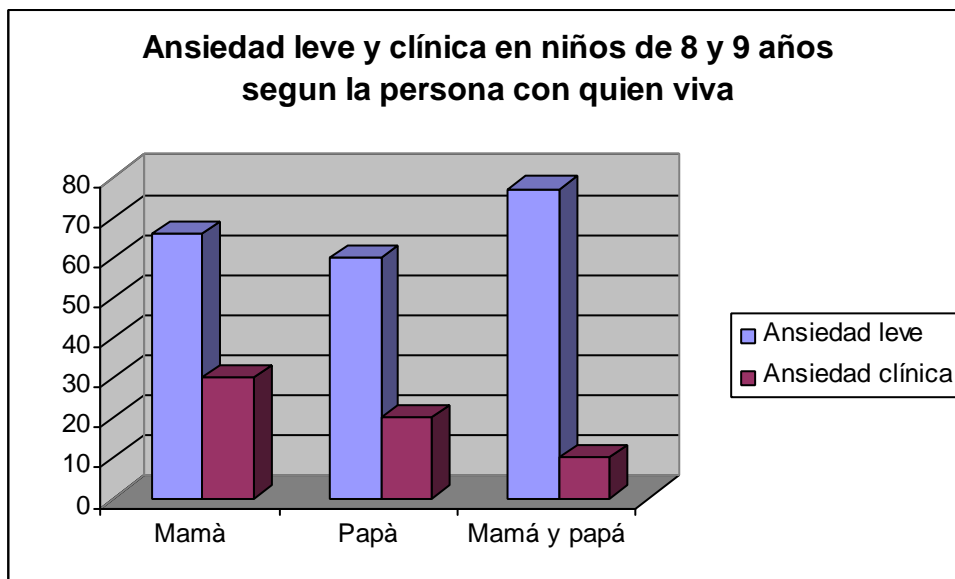


Figura 19. Ansiedad leve y clínica en edades de 8 y 9 años según la persona con quién viva.

Para las edades de 10 a 14 años, los porcentajes más altos de ansiedad clínica se encontraron en quienes vivían sólo con el papá o con otra persona diferente al papá y/o a la mamá con un 20% y la menor frecuencia se presentó en quienes vivían con el papá y la mamá con un 13%. La frecuencia de ansiedad leve es mayor en quienes viven con otra persona diferente al papá y/o a la mamá con un 73% y menor en quienes viven únicamente con el papá con un 52%. Estos datos se presentan en la Figura 20

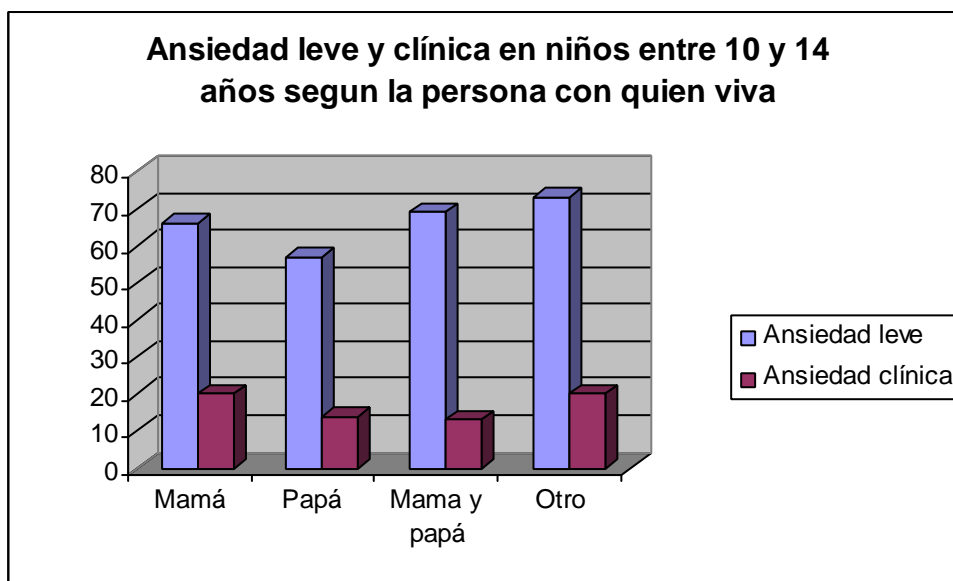


Figura 20. Ansidad leve y clnica en edades de 10 a 14 a1os segun la persona con quien viva.

Ansidad leve y clnica segun estado civil de la persona con la cual vive el ni1o

Teniendo en cuenta el estado civil de las personas con las cuales viven los ni1os, se hizo un an1lisis especfico para cada una de las categorías (mam1, pap1, mam1 y pap1, otro) y adem1s se dividi3 en los dos rangos de edad en aquellas en las cuales se encontraron diferencias. No se tuvo en cuenta los datos obtenidos para ansiedad leve ya que no existen diferencias significativas entre las variables que componen las diferentes categorías.

Ansidad clnica en ni1os que viven s3lo con la mam1. Los datos de la Figura 21 nos muestran que de los ni1os de 8 y 9 a1os que viven s3lo con la mam1 la mayor frecuencia de ansiedad clnica se presenta en quienes su mam1 es separada con un 44% seguido por quienes tienen madre soltera con un 25% y la menor presentaci3n en quienes es viuda con un 11%. En las

edades de 10 a 14, el mayor índice de ansiedad clínica se da en quienes sus mamás son viudas con un 22% seguido por los niños que viven sólo con su mamá y es separada con un 14%; en este grupo de edad no se encontró sujetos que vivieran con madre soltera y que presentaran ansiedad clínica.

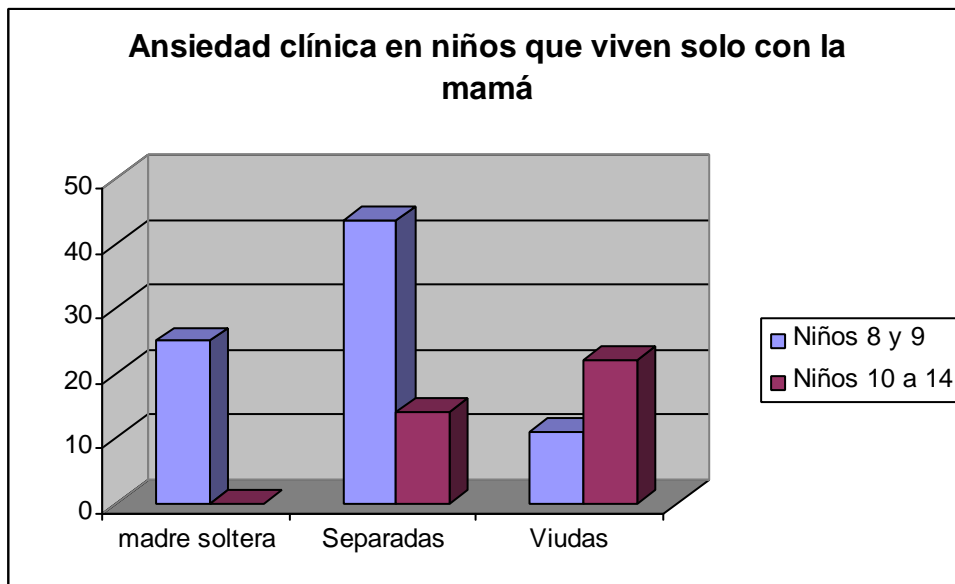


Figura 21 Ansiedad clínica en niños de 8 a 14 años que viven solo con la mamá

Ansiedad clínica en niños que viven sólo con el papá. Como nos indica la Figura 22, de los niños de 8 y 9 años que viven sólo con la papá, la mayor frecuencia de ansiedad clínica se encontró en quienes su papá es separado con un 25% y la menor presentación en quienes es viudo con un 11%. En las edades de 10 a 14 se el mayor índice de ansiedad clínica se da en quienes sus papás son viudos con un 65% seguido por los niños que viven sólo con su papá y es separado con un 10%.

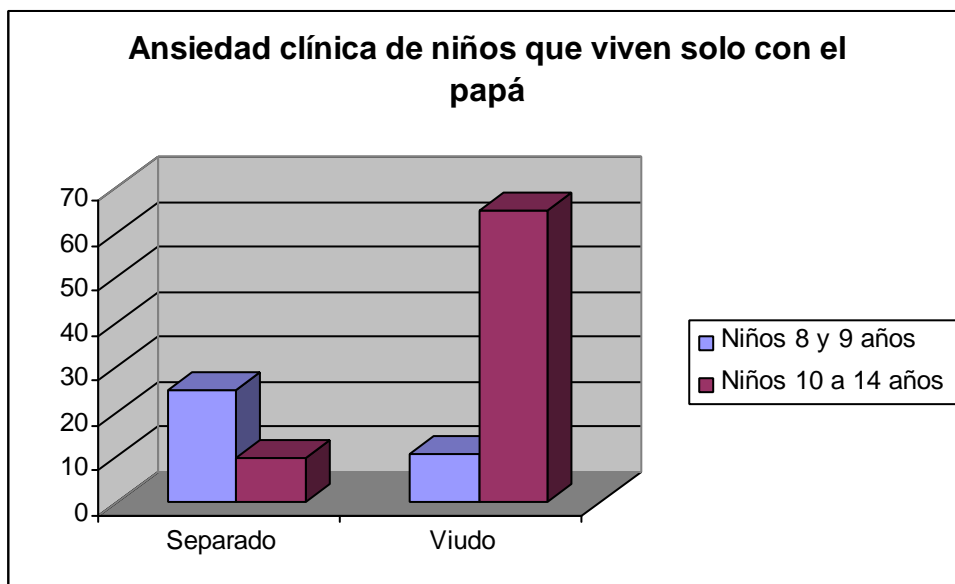


Figura 22 Ansiedad clínica en niños de 8 a 14 años que viven solo con el papá

Ansiedad clínica en niños que viven con el papá y la mamá. El mayor porcentaje de ansiedad clínica se encontró en los niños cuyos padres viven en unión libre con el 30% para edades de 8y 9 y el 20% para edades de 10 a 14 y la menor frecuencia, en los niños cuyos padres son casados con el 8% para 8 y 9 años y el 14% para niños de 10 a 14. Estos datos se presentan en la Figura

23

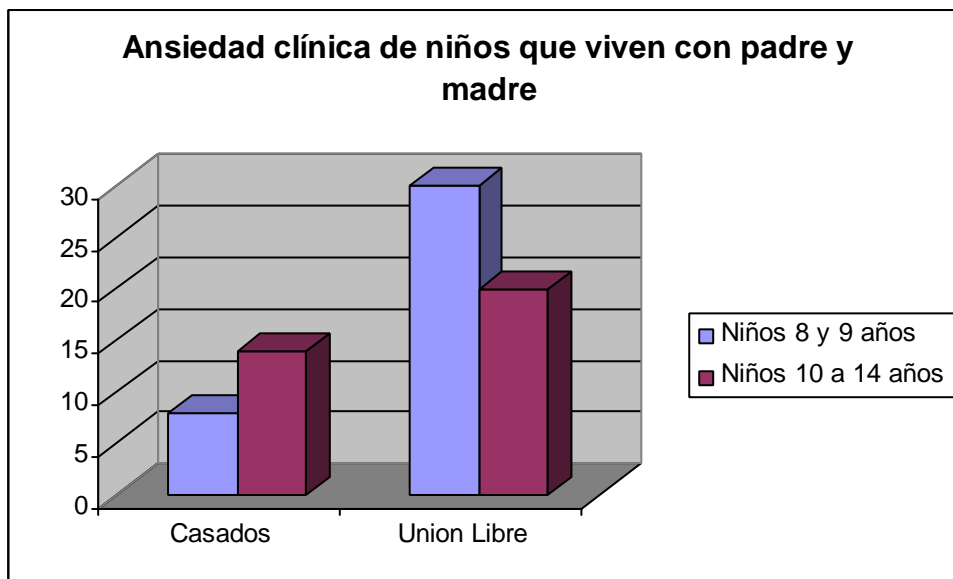


Figura 23 Ansiedad clínica en niños de 8 a 14 años que viven con papá y mamá

Ansiedad clínica en niños que viven con otra persona diferente al papá y/o la mamá. En los niños de 8 y 9 años de edad no se encontraron personas que vivieran con otra persona diferente al papá y/o la mamá y en las edades de 10 a 14 del total de niños que viven con otra persona diferente, el 20% presentan ansiedad clínica.

Ansiedad clínica en niños de 8 a 14 años de edad según el número de hermanos.

Estos datos se presentan en la Figura 24 en donde podemos ver una mayor frecuencia de presentación de ansiedad clínica en los sujetos que tienen 4 hermanos o más con un 26% seguida de quienes tienen 2 hermanos con un 19% y la menor frecuencia en quienes son hijos únicos o tienen 3 hermanos con un porcentaje del 9% para los dos.

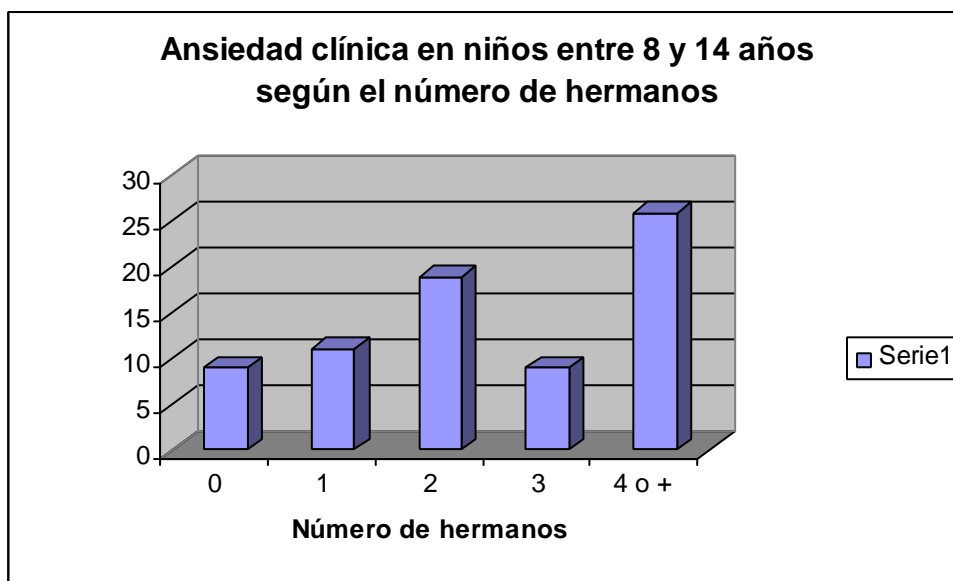


Figura 24 Ansiedad clínica en niños de 8 a 14 años según el número de hermanos

Para esta variable, no se realizó un análisis específico por edad ya que no existen diferencias significativas entre los dos rangos en cuanto al número de hermanos si no más bien a la posición que el sujeto ocupa entre ellos.

Ansiedad clínica según la posición que el sujeto ocupa entre sus hermanos.

Como se muestra en la Figura 25, para las edades de 8 y 9 años, la mayor frecuencia de ansiedad clínica se presenta en los niños que son los mayores entre sus hermanos con un 18%, seguida de quienes ocupan el lugar intermedio con un 15% y finalmente quienes son los menores con un 15%; para las edades de 10 a 14, el mayor índice de presentación se encuentra en quienes son hijos menores con un 19% seguido por quienes ocupan el lugar intermedio con un 18 % y el menor índice se presenta en quienes son hijos únicos con un 9%.

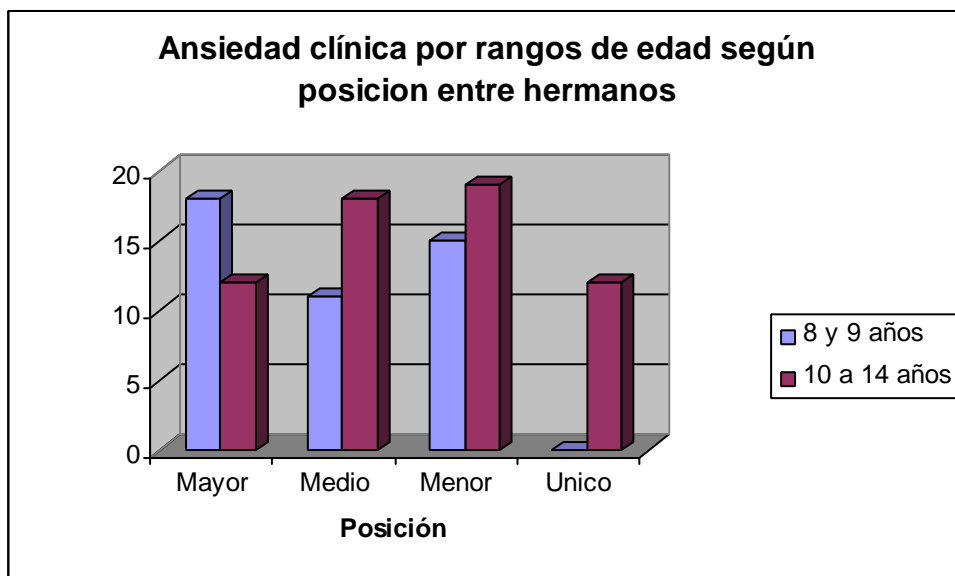


Figura 25 Ansiedad clínica en niños de 8 a 14 años según la posición que el sujeto ocupa entre sus hermanos

Ansiedad leve y clínica según la comuna en la cual vive el niño

De los niños escolarizados entre 8 y 14 años de edad del municipio de Pasto, los mayores índices de ansiedad se presentan en quienes viven en la comuna 5 con un 26% para ansiedad clínica y un 72% para ansiedad leve, convirtiendo a este tipo de población en la de mayor vulnerabilidad para la presentación de este tipo de trastornos; y la menor frecuencia de presentación de ansiedad clínica se da en quienes viven en la comuna cuatro con un 5% y de ansiedad leve en la comuna 12 con un 46%. Estos datos se pueden observar en la Figura 26

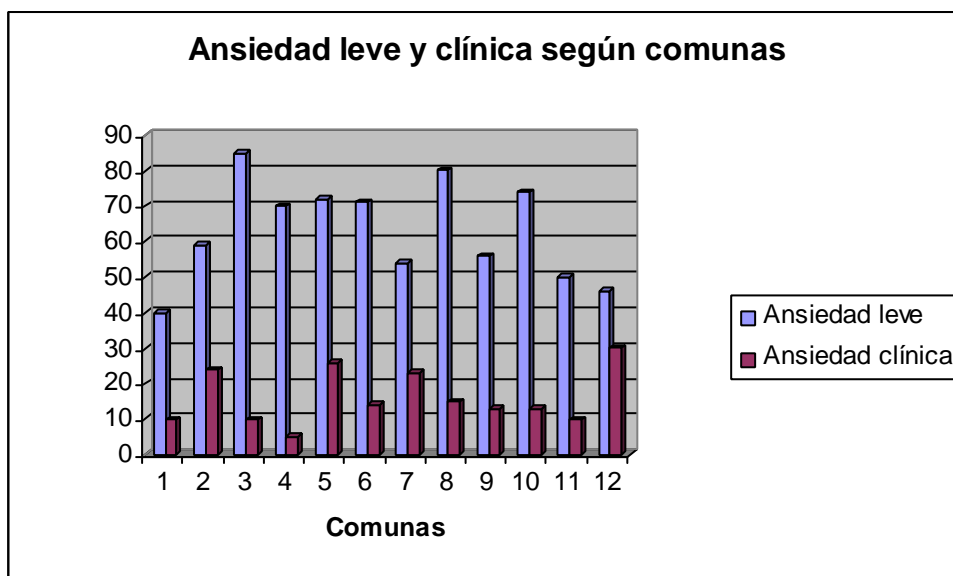


Figura 26 Ansiedad leve y clínica en niños de 8 a 14 años según la comuna en la cual viven los niños

Mayor índice de ansiedad clínica según las diferentes variables

En la Tabla 37 se presentan las variables en las cuales se encontraron los mayores índices de ansiedad clínica para las edades de 8 y 9 años y en la Tabla 38 para las edades de 10 a 14.

Tabla 37

Variables con mayor índice de ansiedad clínica para edades de 8 y 9 años

Variable	Mayor índice de ansiedad clínica	Porcent.
Género	femenino y masculino por igual	15%
Estrato	Uno	24%
Procedencia	Rural	17%
Grado de escolaridad	Superior para 8 años	50%
	Inferior para 9 años	43%
Persona con quien vive	Mamá	30%
Estado civil	Separado/a	32%
Número de hermanos	4 o más	26%
Posición entre los hermanos	Mayor	18%
Comuna	5	26%

Tabla 38

Variables con mayor índice de ansiedad clínica para edades entre 10 y 14 años

Variable	Mayor índice de ansiedad clínica	Porcent.
Género	femenino	23%
Estrato	Uno	24%
Procedencia	Rural	17%
Grado de escolaridad	Inferior para 10, 11 y 12 años	47%
	En el grado que se espera para 13 y 14 años.	33%
Persona con quien vive	Papá y otro por igual	20%
Estado civil	Viudo/a	52%
Número de hermanos	4 o más	26%
Posición entre los hermanos	Menor	19%
Comuna	5	26%

Análisis de síntomas**Descripción de síntomas de ansiedad clínica según las diferentes subescalas**

Con respecto a las diferentes subescalas que componen la prueba CMAS, en los niños de 8 y 9 años se encuentra una mayor prevalencia de síntomas físicos, con una frecuencia del 47% para la escala ansiedad fisiológica seguidos por los correspondientes a la escala de preocupaciones sociales con un 38% y finalmente los síntomas de inquietud/hipersensibilidad con un 16%. Para las edades de 10 a 14 existe una presentación más elevada de síntomas relacionados con la escala Preocupaciones sociales con un 40% en seguida se encuentran síntomas de ansiedad fisiológica con un 36% y con un menor porcentaje inquietud/hipersensibilidad con el 24%. Estos datos se presentan en la Figura 27.

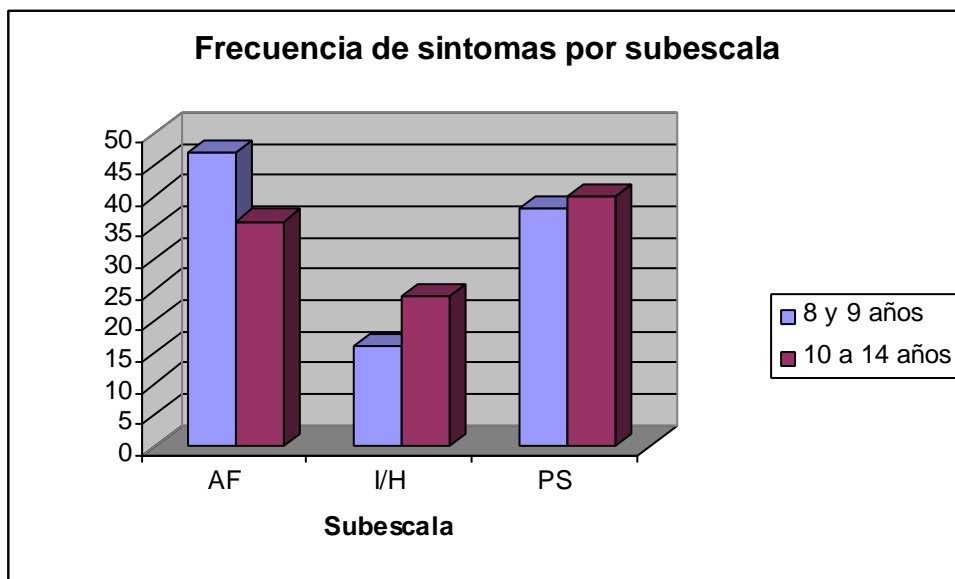


Figura 27 Descripción de síntomas de ansiedad según subescalas CMAS

Por otra parte, teniendo en cuenta los índices de correlación de pearson, en la Tabla 39 se puede observar que existe un mayor índice de asociación del total de la prueba con la subescala de ansiedad fisiológica, de lo cual podemos concluir que el mayor indicador de la ansiedad clínica infantil se encuentra en la presentación de los síntomas que conforman ésta escala.

Tabla 39

Índices de correlación entre las diferentes subescalas y el total de la CMAS

Subescalas	r. niños 8 y 9	r. niños 10 a 14
Ansiedad fisiológica	0.72	0.72
Inquietud/hipersensibilidad	0.63	0.64
Preocupaciones sociales	0.56	0.29

A continuación se presentan los índices de correlación existente entre los diferentes síntomas y cada una de las subescalas a los cuales pertenecen en los dos rangos de edad.

Correlación de subescala ansiedad fisiológica con el total de la prueba

CMAS. Para las niñas de 8 a 14 años de, los mayores indicadores de ansiedad fisiológica se encuentran en la presentación de conductas perturbadoras del sueño, seguidos por manifestaciones relacionadas con molestias gástricas y cardiovasculares y finalmente lo que hace referencia a la toma de decisiones y el estado de animo irritable. En el caso de los niños, para las edades de 8 y 9 años, ocupan el primer lugar las manifestaciones de activación simpática, en segundo lugar la presentación de estado de animo irritable y para finalizar manifestaciones relacionadas con el sueño, y en las edades entre 10 y 14 años son más importantes las manifestaciones relacionadas con el sueño, seguidas por manifestaciones de activación simpática y cardiovasculares. Estos datos se presentan en la Tabla 40

Tabla 40

Índices de correlación de la subescala ansiedad fisiológica con el total de la prueba CMAS

Ítem subescala	Pearson femenino		Pearson masculino	
	8-9	10-14	8-9	10-14
Me cuesta trabajo decidir lo que quiero hacer	0.35	0.21	0.10	-0.12
Muchas veces siento que me falta el aire	0.41	0.09	0.35	0.64
Me enoja fácilmente	0.39	0.30	0.43	0.29

Ítem subescala	Pearson femenino		Pearson masculino	
	8-9	10-14	8-9	10-14
Se me hace difícil dormir en las noches	0.25	0.62	0.30	0.90
Muchas veces siento asco o náuseas	0.47	0.48	0.41	0.62
Me sudan las manos	0.17	0.05	0.72	0.17
Me canso mucho	0.27	0.40	-	0.24
Muchas veces tengo pesadillas	0.74	0.26	0.41	0.60
Algunas veces me despierto asustado	0.75	0.51	0.26	0.73
Me muevo mucho cuando estoy sentado	-	0.29	0.71	0.56

Correlación de la subescala Inquietud/hipersensibilidad con el total de la prueba CMAS. En la Tabla 41 se observa que las manifestaciones de inquietud e hipersensibilidad más relacionadas con la ansiedad clínica para las edades de 8 y 9 años son los síntomas emocionales seguidos por las aprehensiones inespecíficas y para los sujetos entre 10 y 14 años son mayores las aprehensiones inespecíficas que los síntomas emocionales.

Tabla 41

Índices de correlación de la subescala inquietud/hipersensibilidad con el total de la prueba CMAS

Ítem subescala	Pearson femenino		Pearson masculino	
	8-9	10-14	8-9	10-14
Me pongo nervioso cuando las cosas no me salen como quiero	-	0.01	0.14	-0.15

Casi todo el tiempo estoy preocupado	0.30	0.42	0.31	0.36
Tengo miedo de muchas cosas	0.65	0.42	0.58	0.15
Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir	0.25	0.20	-	-
Me preocupa lo que la gente piensa de mi	0.50	0.40	0.50	0.53
Siento rabia o tristeza fácilmente	0.72	0.43	0.58	0.17
Me preocupa lo que pasara en el futuro	0.56	0.49	0.33	0.07
Me siento muy mal cuando se enojan conmigo	-	0.12	0.18	-
Me siento preocupado cuando me voy a dormir	0.43	0.50	0.41	0.38
Soy muy nervioso	-	0.47	0.42	0.58
Muchas veces me preocupa que algo malo me pase	-	0.16	0.47	0.07

Correlación de la subescala preocupaciones sociales con el total de la prueba CMAS. Como se puede observar en la Tabla 42, entre las preocupaciones sociales más relacionadas con la ansiedad, para las edades de 8 y 9 años en primer lugar se encuentran las distorsiones cognitivas referidas al contexto académico y en segundo lugar las distorsiones sobre situaciones sociales de comparación; las preocupaciones referidas a situaciones sociales de evaluación son más características de las niñas de 8 y 9 años y las sensaciones de soledad en los niños de la misma edad.

En los sujetos entre los 10 y 14 años se encuentra que son primarias las distorsiones sobre situaciones sociales de comparación para las niñas y de

sentimientos de soledad para los niños y las situaciones sociales de evaluación se encuentran en segundo lugar para ambos géneros.

Tabla 42

Índices de correlación de subescala preocupaciones sociales con el total de la prueba CMAS

Ítem subescala	Pearson femenino		Pearson masculino	
	8-9	10-14	8-9	10-14
Parece que las cosas son <i>más</i> difíciles para mi que para los demás	0.56	0.49	0.42	0.58
Siento que a los demás no les gusta cómo hago las cosas	0.36	0.48	0.01	0.55
Me siento solo aunque esté con otras personas	0.40	0.27	0.26	0.75
Otros niños son más felices que yo	0.26	0.49	0.37	0.31
Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal	-	0.37	-0.21	0.16
Me cuesta trabajo concentrarme en las tareas del colegio	0.85	0.43	0.75	-0.12
Siento que muchas personas están en mi contra	0.41	0.31	0.32	0.30

Correlación entre subescalas CMAS

Con respecto a la correlación existente entre las diferentes subescalas, la Tabla 43 nos indica que para la ansiedad clínica, existe mayor probabilidad de encontrar síntomas de ansiedad fisiológica relacionados con preocupaciones

sociales en niños de 8 y 9 años de edad y en los niños de 10 a 14, la mayor relación se encuentra entre las subescalas de ansiedad fisiológica y la de inquietud/hipersensibilidad como se indica en la Tabla 44.

Tabla 43

Correlación entre subescalas CMAS para edades de 8 y 9 años

Subescalas	Correlación
Ansiedad fisiológica – Inquietud/hipersensibilidad	0.04
Ansiedad fisiológica – preocupaciones sociales	0.36
Inquietud/hipersensibilidad– preocupaciones sociales	0.20

Tabla 44

Correlación entre subescalas CMAS para edades de 10 a 14 años

Subescalas	Correlación
Ansiedad fisiológica – Inquietud/hipersensibilidad	0.25
Ansiedad fisiológica – preocupaciones sociales	-0.21
Inquietud/hipersensibilidad– preocupaciones sociales	-0.13

Prevalencia de depresión en población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del municipio de Pasto

Para realizar la esquematización de los datos, como en el análisis de ansiedad, también se determinaron tres niveles de depresión en aquellas variables en las cuales se estimó relevante para su estudio: (a) *Nivel bajo o ausencia de depresión*, que corresponde a los sujetos cuyas puntuaciones T se encuentran una desviación estándar o más por debajo de la media (menos de 39 puntos) y que no presentan síntomas clínicos de depresión; (b) *Nivel medio o depresión leve*, que se refiere a los sujetos cuyas puntuaciones t se encuentran

en el rango comprendido entre 40 y 59 puntos y que, teniendo en cuenta el análisis de sus respuestas a los ítems de la escala, estarían en riesgo de presentar formas severas de depresión clínica en el futuro por lo cuál se considera necesario continuar con una evaluación más exhaustiva del sujeto y (c) *Nivel alto o depresión clínica*, dentro del cual se ubican los sujetos cuyas puntuaciones t se encuentran una desviación estándar o más por encima de la media (60 o más puntos) y que, se ajustan a la definición de depresión como un trastorno psicopatológico.

En la Figura 28 se puede observar datos generales sobre la prevalencia de depresión en los niños escolarizados entre 8 y 14 años de edad del municipio de Pasto; aquí encontramos que el 68% de los niños presentan síntomas de depresión leve, el 16% tienen puntuaciones correspondientes al nivel bajo o ausencia de depresión y con el mismo porcentaje depresión clínica.

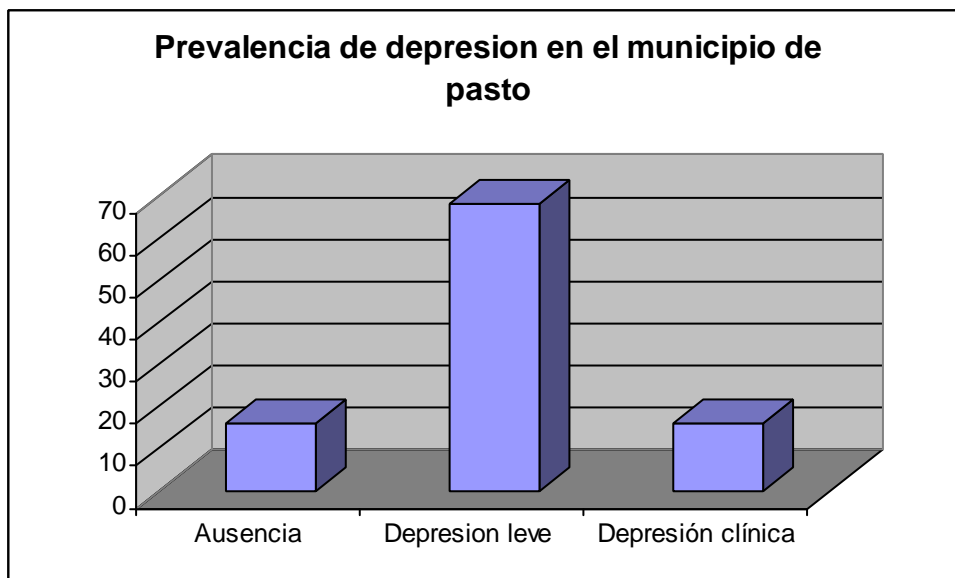


Figura 28. Prevalencia de depresión en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del Municipio de Pasto.

Prevalencia de depresión leve

Depresión leve según rangos de edad. Del total de la muestra, la mayor frecuencia de presentación de depresión leve se encontró en los niños entre 10 y 14 años con un 69% seguido por el 67% correspondiente a los niños de 8 y 9 años de edad tal y como se muestra en la Figura 29 .

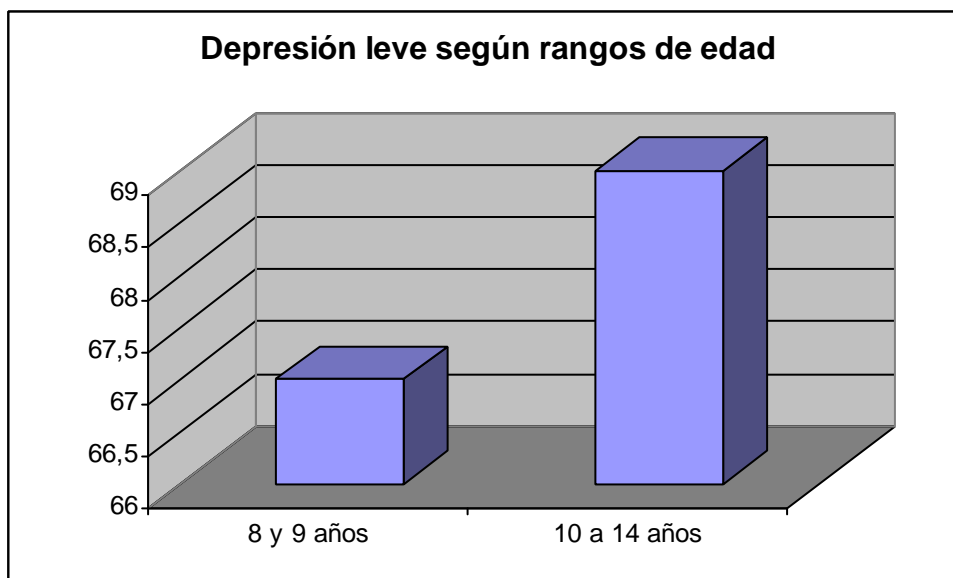


Figura 29. Prevalencia depresión leve en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del Municipio de Pasto según el rango de edad.

Ansiedad leve según el género. Teniendo en cuenta el género, se encontró una diferencia no muy significativa en los dos rangos de edad, tal como se muestra en la Figura No 30. En general en los niños entre 8 y 14 años éste nivel de depresión es más frecuente en las niñas con un 69% y menos frecuente en los niños con un 68%.

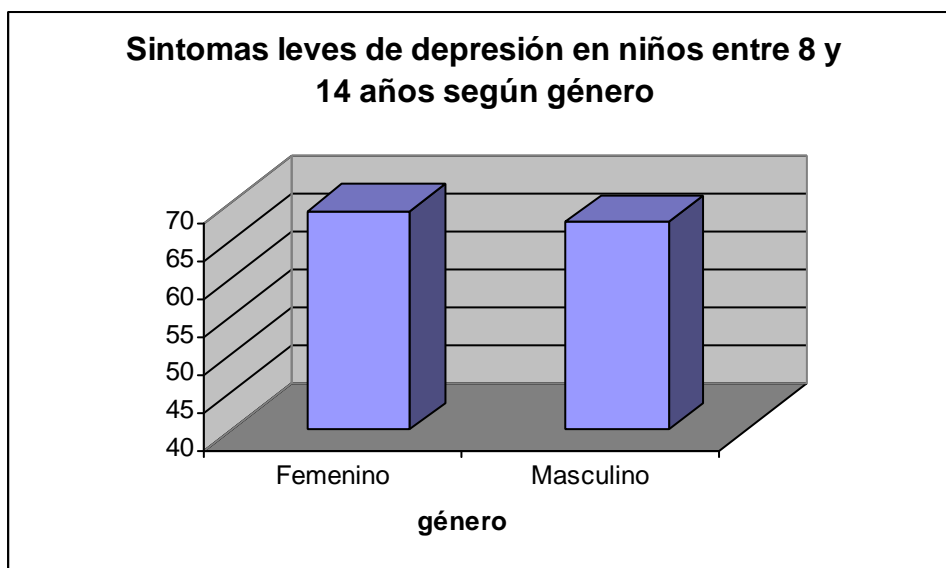


Figura 30. Depresión leve en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del Municipio de Pasto según el género.

Depresión leve según edad y género. En la Figura 31 podemos ver un análisis detallado de la prevalencia de depresión leve teniendo en cuenta cada una de las edades y el género por separado. Es así, como la mayor frecuencia de este tipo de depresión se encuentra en las niñas de 9 años y en los niños de 10 con el 88% y el 79% respectivamente y la menor frecuencia en las niñas de 8 y en los niños de 13 y 14 años con el 50% y el 59% respectivamente. Por otra parte es importante observar como, a pesar de que en la Figura 30 en los sujetos con edades de 8 a 14 años se observa una mayor frecuencia de este nivel en las niñas, haciendo el análisis detallado por edad, si bien se conserva esta tendencia, existe una excepción con los sujetos de 8 años de edad en donde la mayor presentación de depresión leve se da en los niños con un 63%.

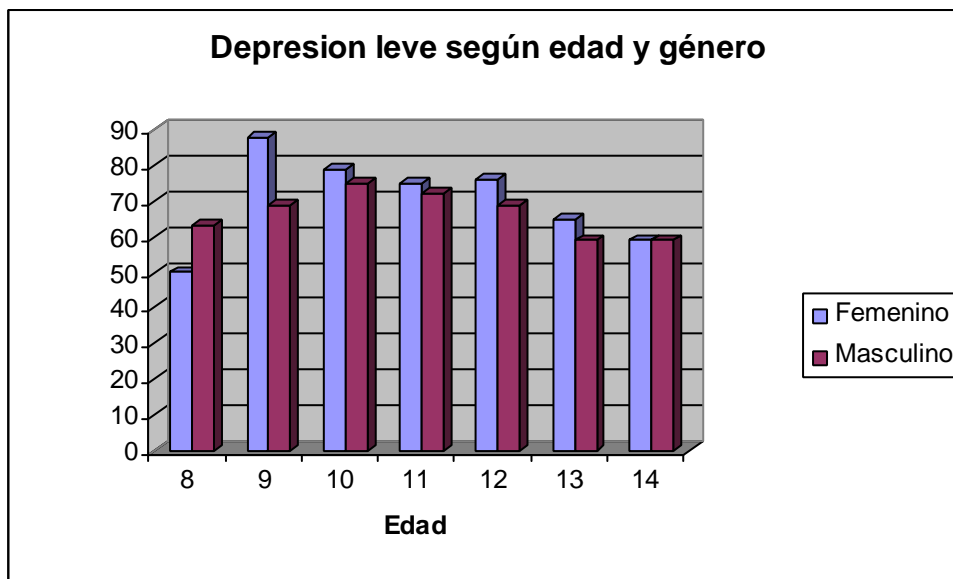


Figura 31. Depresión leve en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del Municipio de Pasto según la edad y el género.

Prevalencia de depresión clínica

Depresión clínica según rangos de edad. En general no se encontró una diferencia significativa entre el porcentaje de niños de 8 y 9 años y el de niños de 10 a 14 con respecto al número de casos con depresión clínica. Del total de la muestra, la mayor frecuencia de este nivel de depresión se encontró en los niños de 8 y 9 años con un 16% seguido por un 15% correspondiente a los niños entre 10 y 14 años de edad tal y como se muestra en la Figura 32.

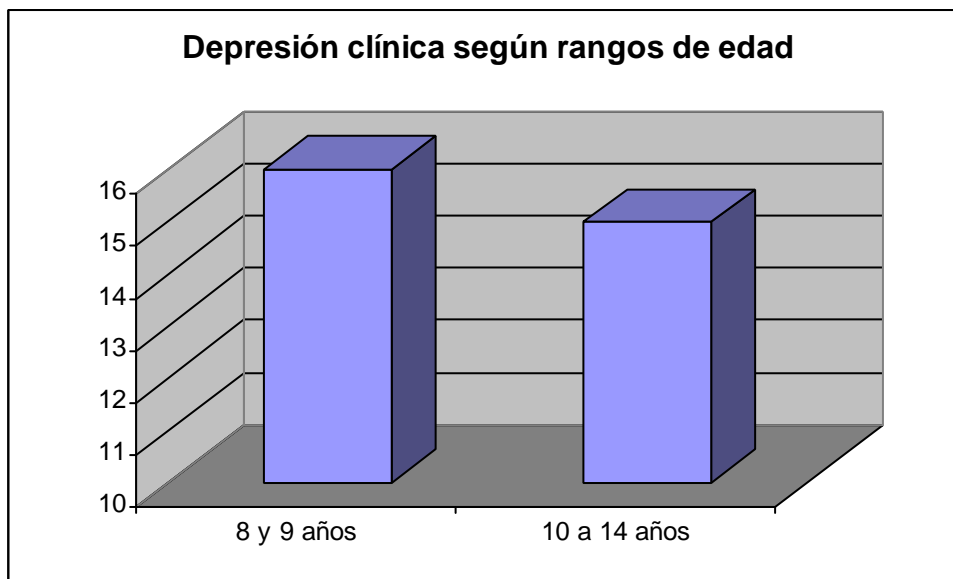


Figura 32. Depresión clínica en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del Municipio de Pasto según rangos de edad.

Depresión clínica según el género. Teniendo en cuenta el género, la Figura 33. nos muestra que en los sujetos entre 8 y 14 años de edad la presentación de depresión clínica se da en un mayor porcentaje para las mujeres con un 19% y disminuye para los hombres con un 12%.

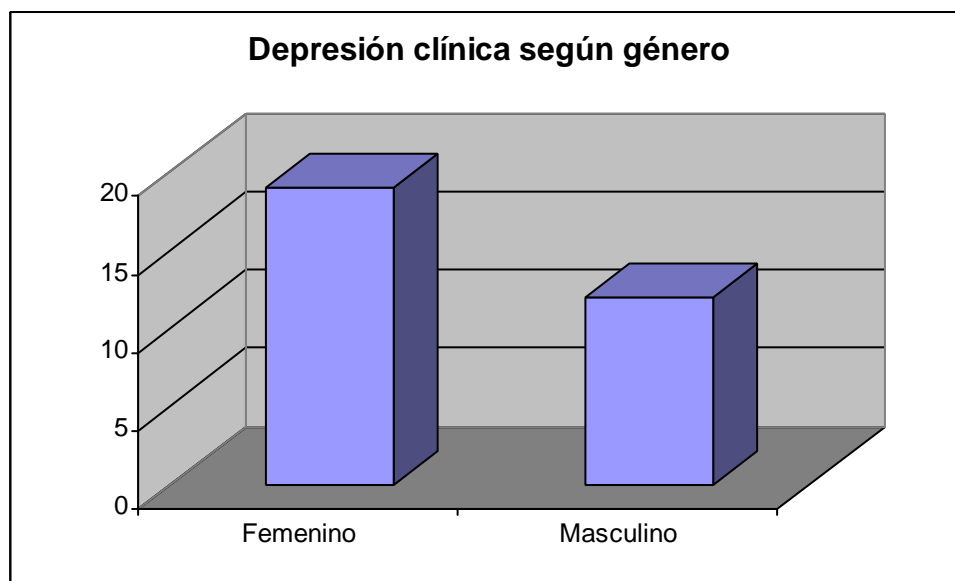


Figura 33. Depresión clínica en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del Municipio de Pasto según el género y el rango de edad.

Depresión clínica según edad y género. En la Figura 34 se encuentra un análisis detallado de la prevalencia de depresión clínica teniendo en cuenta cada una de las edades y el género por separado. Según estos datos, podemos ver que existe una gran diferencia de porcentajes en las niñas de 8 años de edad en donde se encuentra el nivel más alto de prevalencia de depresión clínica con un 36%; en seguida se encuentran las niñas de 14 años con una frecuencia de un 30% y con respecto a los niños, es mayor para las edades de 14 y 8 años con el 21% y el 17% respectivamente; la menor frecuencia se presenta en las niñas de 9 años con el 6% y en los niños de 9 y 12 años con el 7% para ambos. Teniendo en cuenta este análisis detallado, es importante resaltar que, a pesar de que la tendencia que se muestra en la Figura 34. con respecto a los mayores porcentajes de depresión clínica para el género

femenino, se conserva en la mayoría de las edades; para la edad de 9 años es mas frecuente en los hombres con una prevalencia del 7%.

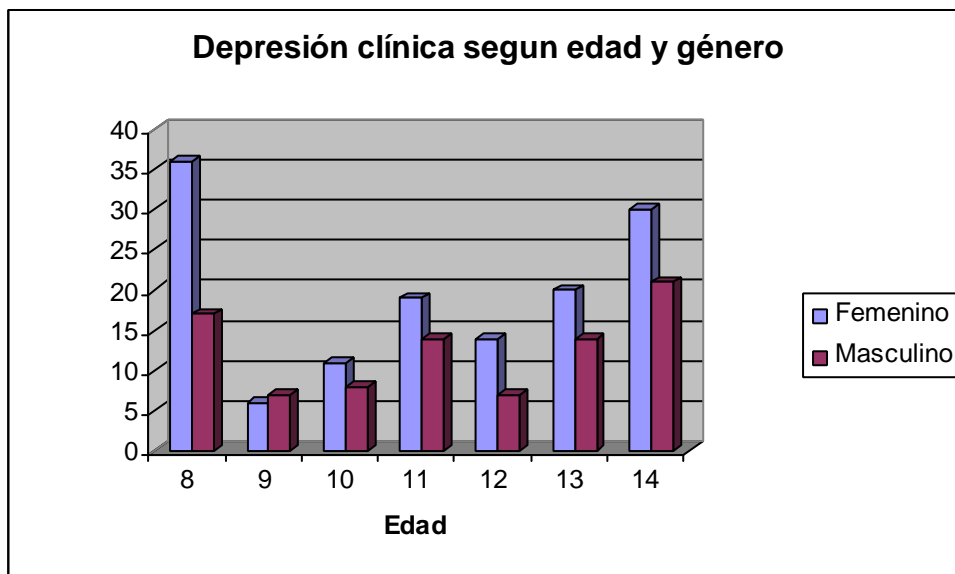


Figura 34. Depresión clínica en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del Municipio de Pasto según la edad y el género.

Prevalencia de depresión leve y clínica según el estrato

Con respecto al análisis realizado según el estrato al cual pertenecen los niños, se encontró que la depresión leve se presenta con mayor frecuencia en el estrato cuatro con un 86%, seguido por el estrato uno con el 81% y en menor proporción para el estrato dos con un 51%. Con respecto a la depresión clínica la mayor frecuencia se presenta en el estrato dos con el 25 % existiendo una diferencia significativa con los estratos 1 y 3, en donde el índice de frecuencia corresponde al 13% para ambos, y con el estrato 4 que es en dónde se encuentra la menor presentación de este tipo de depresión con un 5%. Lo anterior nos indica que la población infantil perteneciente al estrato dos se

encuentra con mayor vulnerabilidad a presentar este tipo de trastornos. Estos datos se los puede observar en la Figura 35

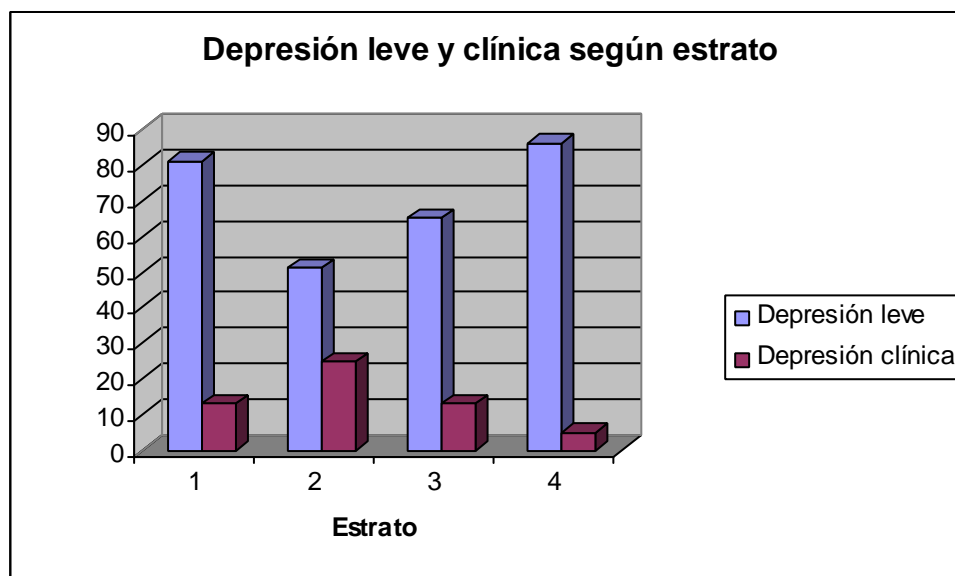


Figura 35. Depresión leve y clínica en la población escolarizada de 8 a 14 años de edad del municipio de Pasto según el estrato

Prevalencia de depresión leve y clínica según la procedencia urbano-rural

Los datos de la Figura 36 nos indica que, con respecto al lugar de procedencia de los niños, existe una diferencia significativa con en los porcentajes de los tres niveles de depresión de los cuales hablamos en el presente estudio. El nivel bajo (ausencia de depresión) se encuentra con un porcentaje muy bajo en la población infantil que vive en la parte rural del municipio, 2%; mientras que para quienes viven en el perímetro urbano se presenta con una frecuencia del 17%. Por otra parte el porcentaje más alto de depresión leve se presenta en la población infantil rural con el 90% y el 66% para la urbana. Finalmente la depresión clínica tiene una mayor prevalencia

para la población urbana con un 17% superando en gran medida a la rural en donde se encontró una frecuencia del 8 %.

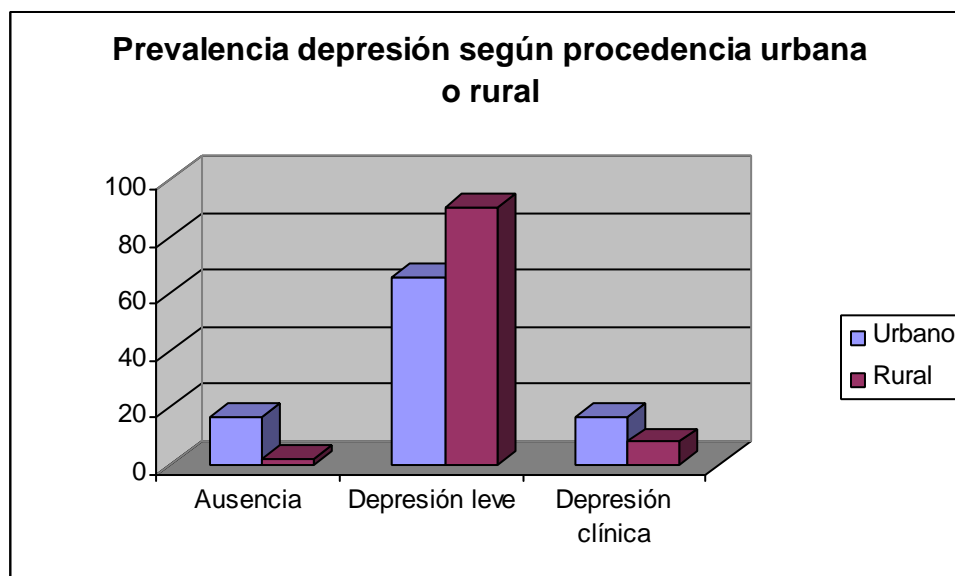


Figura 36. Depresión leve y clínica en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del municipio de Pasto según la procedencia rural o urbana.

Prevalencia de depresión leve y clínica según la escolaridad

Para hacer este análisis de datos, se tuvo en cuenta la misma división de la Tabla X en la que se encuentra el grado en el que se espera debe estar el sujeto a finales del año lectivo teniendo en cuenta su edad.

A nivel general encontramos que la probabilidad de presentar depresión clínica se incrementa en los niños que se encuentran en grados inferiores al esperado, a excepción de los niños con edades de 13 años, en donde se encontró un porcentaje mayor para quienes se encuentran en el grado que se espera deberían estar según su edad. A continuación se presentan un análisis detallado teniendo en cuenta la edad específica y el grado en el que se encuentran los niños.

Los datos la Figura 37 nos indican que en la edad de 8 años, la mayor frecuencia de presentación de depresión leve se da en los niños que están en grado tercero con un 66% seguido por quienes se encuentran en primero o segundo con un 53% y finalmente quienes están en cuarto con un 47%. En cuanto a la depresión clínica, ésta se presenta más en los niños que están en grado primero o segundo con un 41% seguida de quienes se encuentran en grado cuarto o más con un 36% y finalmente por quienes están en tercero con un 9%.

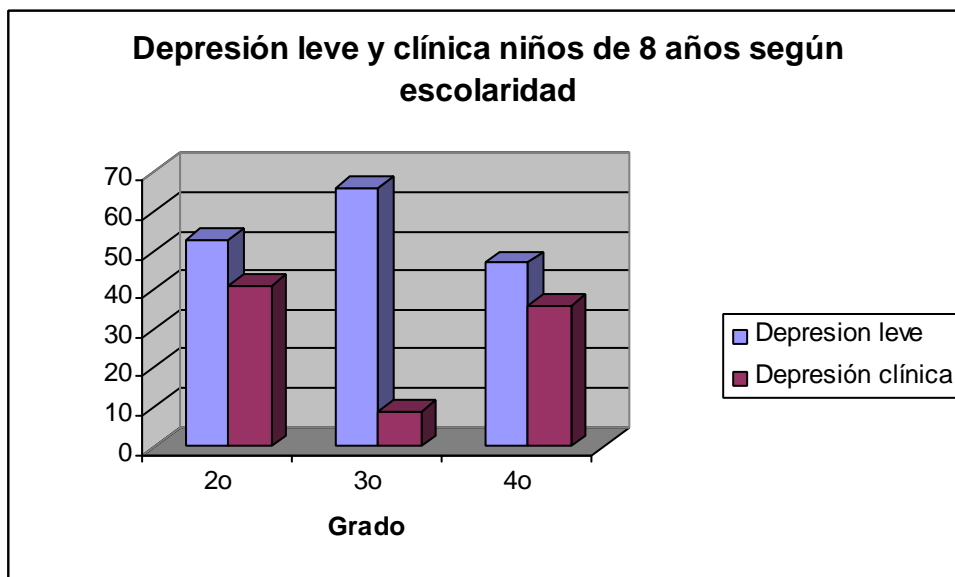


Figura 37 Depresión leve y clínica en niños de 8 años teniendo en cuenta su grado de escolaridad

Para la edad de 9 años, la mayor frecuencia de depresión leve, se da en los niños que están en grado quinto con un 80% y la menor frecuencia en quienes se encuentran en grados segundo y cuarto con un 72% y 76% respectivamente. En cuanto a la depresión clínica, ésta se presenta más en los niños que están

en grado segundo con un 28%, y menos en quienes están en cuarto con un 7%; no se presenta para quienes se encuentran en grado quinto como se puede observar en la Figura 38.

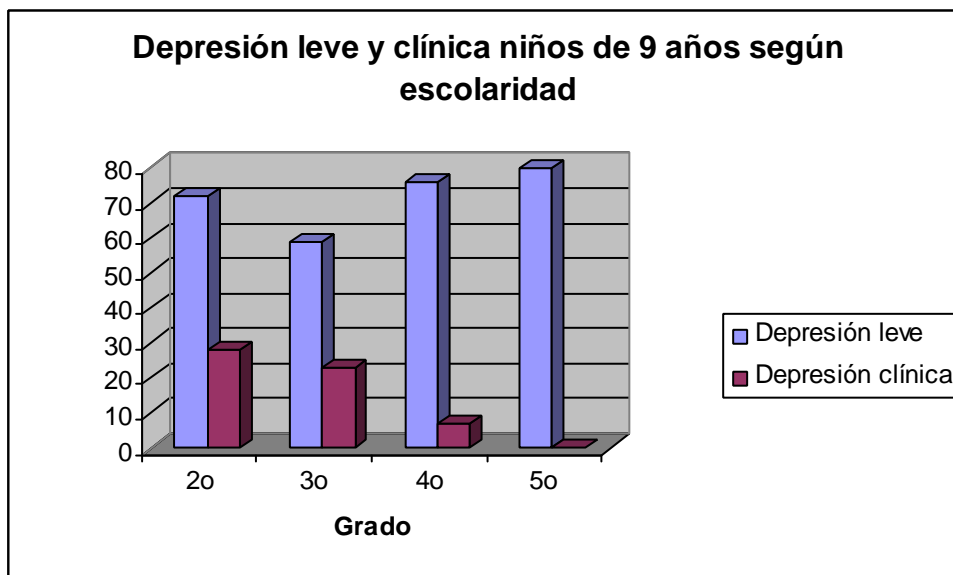


Figura 38. Depresión leve y clínica en niños de 9 años teniendo en cuenta su grado de escolaridad

Para los 10 años de edad, se encontró que quienes se están en grado quinto tienen una mayor presentación de depresión leve con un 80 % y en los niños que se encuentran en cuarto grado el porcentaje es menor con un 73%. En cuanto a la depresión clínica, ésta se presenta únicamente en los niños de 10 años que están en grado cuarto con un 14% y existe una ausencia total para quienes se encuentran en grados diferentes. Estos datos se pueden observar en la Figura 39.

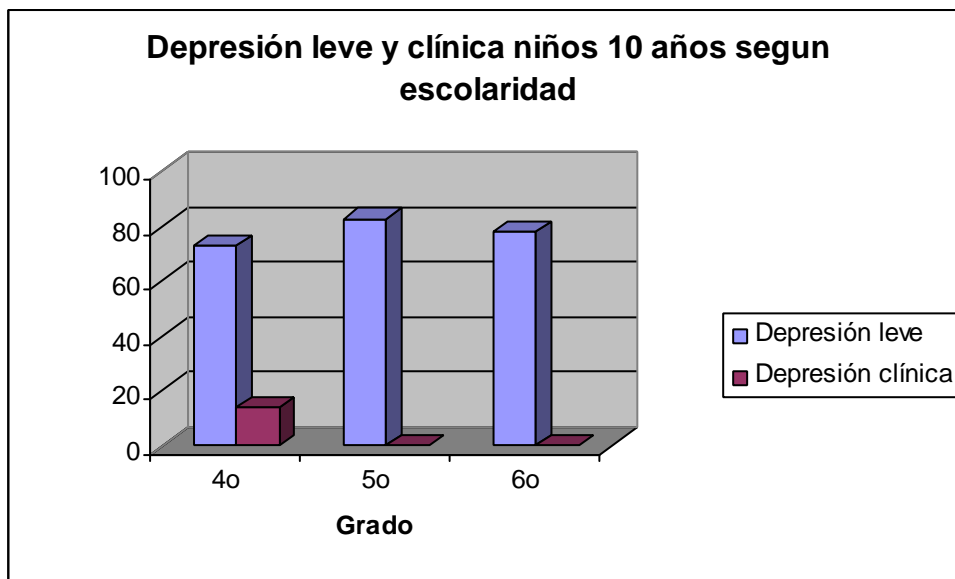


Figura 39 Depresión leve y clínica en niños de 10 años teniendo en cuenta su grado de escolaridad.

En la Figura 40 se puede observar que, la mayor presentación de ansiedad leve para los niños de 11 años se da más en quienes están en grado sexto con un 75% y existe una menor ocurrencia en quienes se encuentran en grado 4 con un 44%. Con respecto a la depresión clínica, se presenta más en quienes están en grado cuarto con un 23% y en menor cantidad en quienes se encuentran en grado quinto con un 12%.

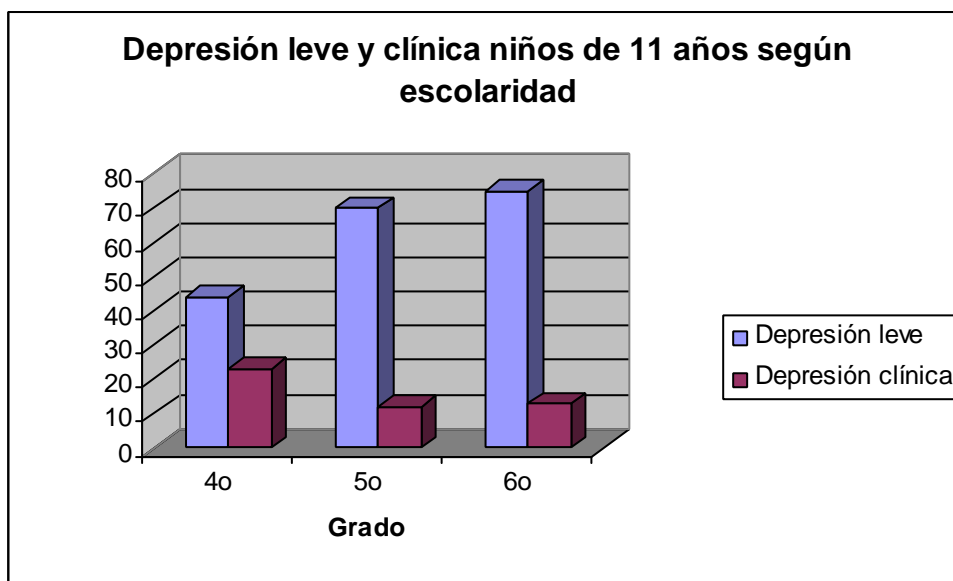


Figura 40 Depresión leve y clínica en niños de 11 años teniendo en cuenta su grado de escolaridad

Para los 12 años de edad, se encontró que quienes se están en grado cuarto tienen una mayor presentación de depresión leve con un 87% y en los niños que se encuentran en sexto grado el porcentaje es menor con un 68%. En cuanto a la depresión clínica, ésta se presenta con mayor frecuencia en quienes están en grado quinto con un 25% y es menor en quienes están en grado séptimo con un 6%. Estos datos se pueden observar en la Figura 41.

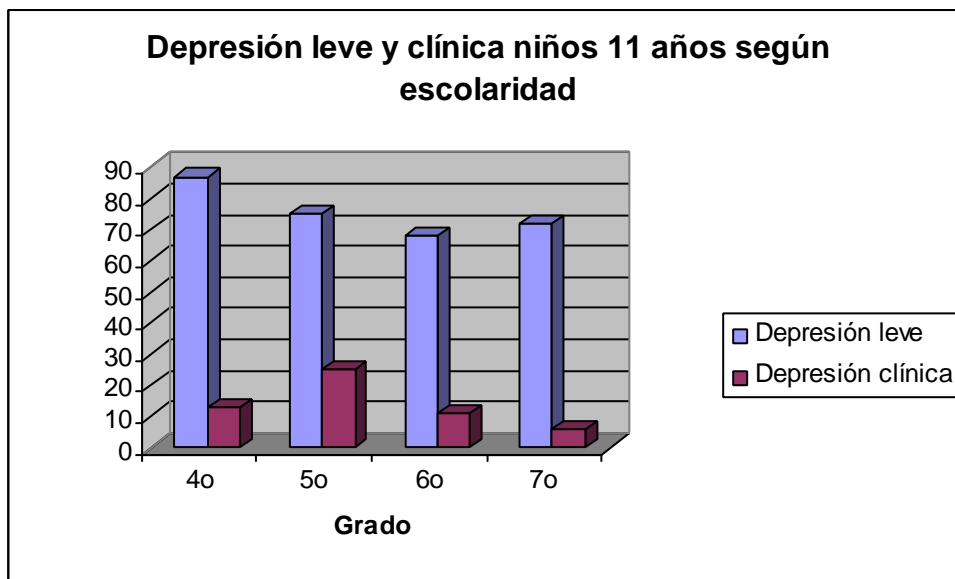


Figura 41 Depresión leve y clínica en niños de 12 años teniendo en cuenta su grado de escolaridad

Para la edad de 13 años, la mayor frecuencia de depresión leve, se da en los niños que están en grado octavo con un 63% y la menor frecuencia en quienes se encuentran en grado séptimo con un 62%. En cuanto a la depresión clínica, ésta se presenta más en los niños que están en grado octavo con un 19%, y menos en quienes están en séptimo con un 17% como se puede observar en la Figura 42.

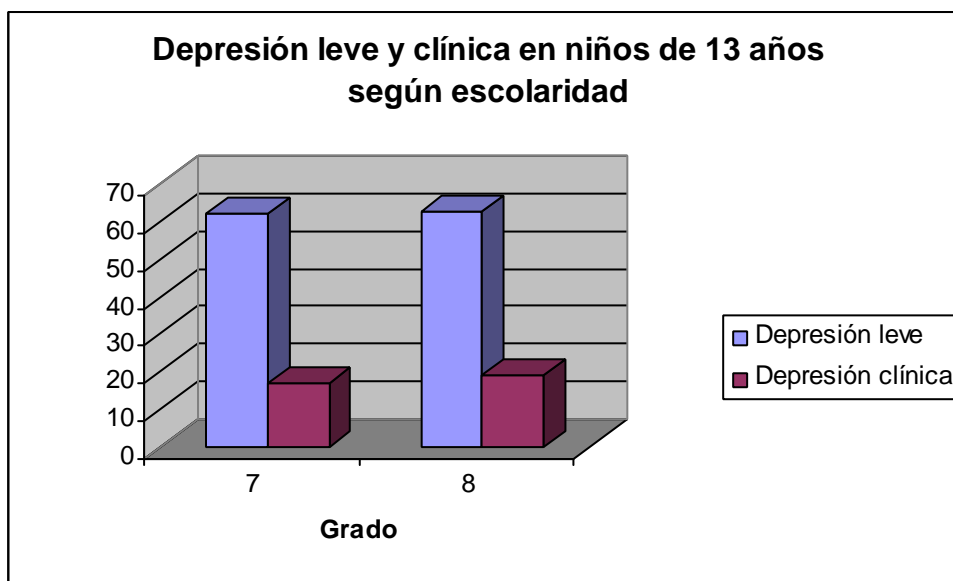


Figura 42 Depresión leve y clínica en niños de 13 años teniendo en cuenta su grado de escolaridad

La Figura 43 nos muestra que para la edad de 14 años, la mayor frecuencia de depresión leve, se da en los niños que están en grado noveno con un 70% y la menor frecuencia en quienes se encuentran en grado séptimo con un 44%. En cuanto a la depresión clínica, ésta se presenta más en los niños que están en grado séptimo con un 56%, y menos en quienes están en noveno con un 15%.

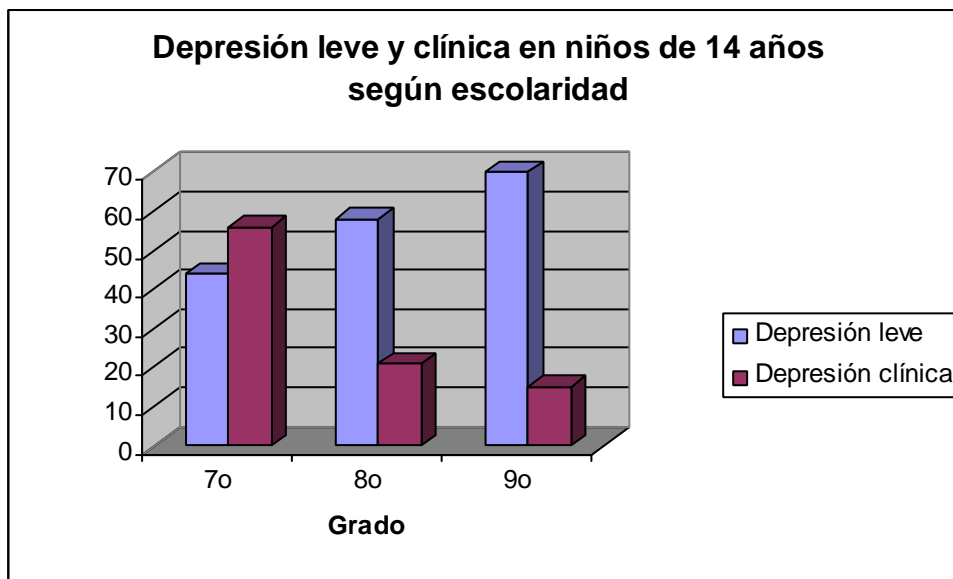


Figura 43 Depresión leve y clínica en niños de 14 años teniendo en cuenta su grado de escolaridad

Depresión leve y clínica según la persona con quién viva teniendo en cuenta rangos de edad.

Los datos de la Figura 44 nos indican que para las edades de 8 y 9 años, la depresión leve se presenta con una frecuencia mayor en quienes vivían con el papá con un 80%, y la menor presentación se da en quienes viven sólo con el papá con un 44%. Contrario a lo anterior el porcentaje más alto de presentación de depresión clínica se dio en quienes vivían únicamente con la mamá con un 31%, y la menor frecuencia en quienes vivían con el papá y la mamá con un 12%. Dentro de éste grupo, no se encontraron niños que vivieran con otra persona diferente al papá y/o a la mamá

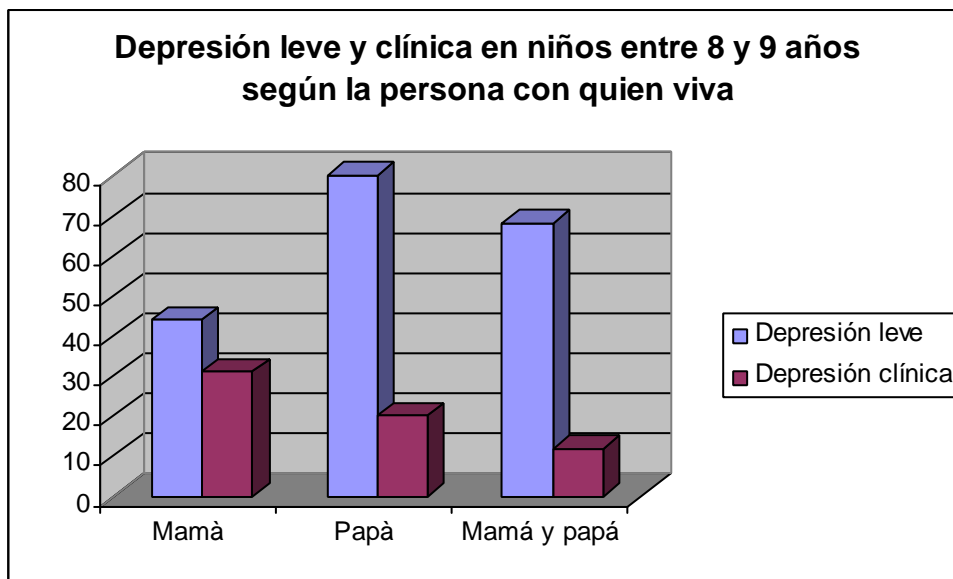


Figura No 44. Depresión leve y clínica en edades de 8 y 9 años según la persona con quien viva.

Para las edades de 10 a 14 años, la frecuencia de depresión leve es mayor en quienes viven con otra persona diferente al papá y/o a la mamá con un 74% y es igual para quienes viven sólo con la mamá; la frecuencia es menor en quienes viven únicamente con el papá con un 54%. Los porcentajes más altos de depresión clínica se encontraron en quienes vivían sólo con el papá con un 37% y la menor frecuencia se presentó en quienes vivían con otra persona diferente al papá y/o la mamá con un 13%. Estos datos se presentan en la Figura 45.

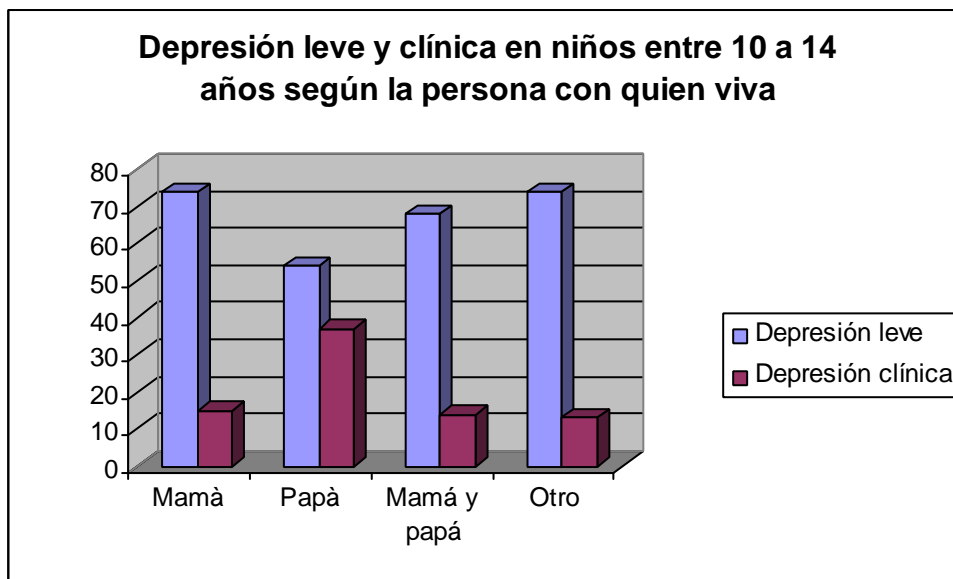


Figura 45. Depresión leve y clínica en edades de 10 a 14 años según la persona con quién viva.

Depresión clínica según estado civil de la persona con la cuál vive el niño

Teniendo en cuenta el estado civil de las personas con las cuales viven los niños, al igual que en la descripción de ansiedad, se hizo un análisis específico para cada una de las categorías (mamà, papà, mamá y papà, otro) y además se dividió en los dos rangos de edad en aquellas en las cuales se encontraron diferencias. No se tuvo en cuenta los datos obtenidos para depresión leve ya que no existen diferencias significativas entre las variables que componen las diferentes categorías.

Depresión clínica en niños que viven sólo con la mamá. Los datos de la Figura 46 nos muestran que de los niños de 8 y 9 años que viven sólo con la mamá existe depresión clínica únicamente en quienes su mamá es separada con una frecuencia del 50%. En las edades de 10 a 14, el mayor índice de ansiedad clínica se da en quienes tienen madres solteras con el 33%, seguido

por los niños que viven sólo con su mamá y es separada con un 15% y finalmente, con el menor porcentaje quienes su madre es viuda con un 11%.

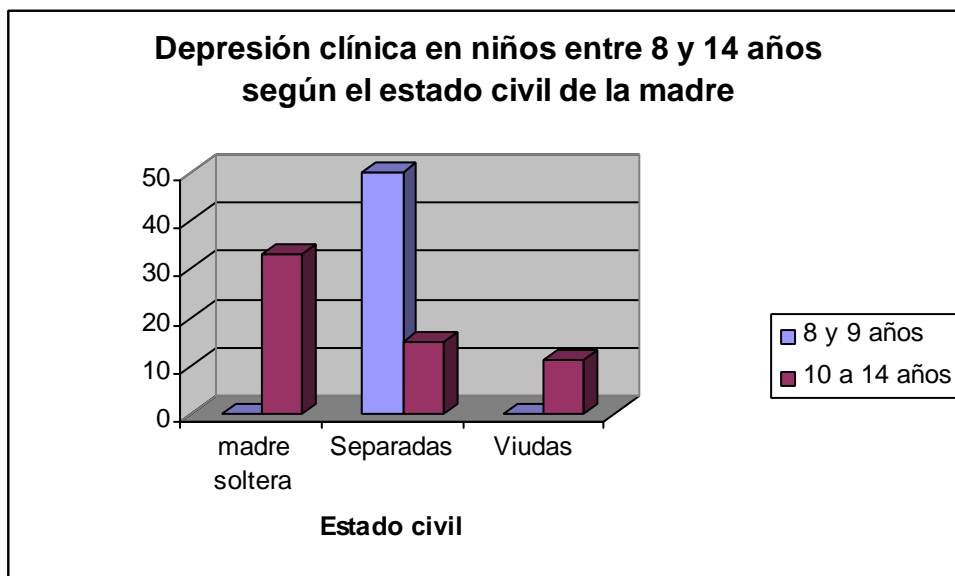


Figura 46. Depresión clínica en edades de 8 a 14 años de edad según el estado civil de la mamá.

Depresión clínica en niños que viven sólo con el papá. Como nos indica la Figura 47, de los niños de 8 y 9 años que viven sólo con el papá, la mayor frecuencia de depresión clínica se encontró en quienes su papá es separado con un 20% y la menor presentación en quienes es viudo con un 9%. En las edades de 10 a 14 se el mayor índice de depresión clínica se da en quienes sus papás son viudos con un 87% seguido por los niños que viven sólo con su papá y es separado con un 37%.

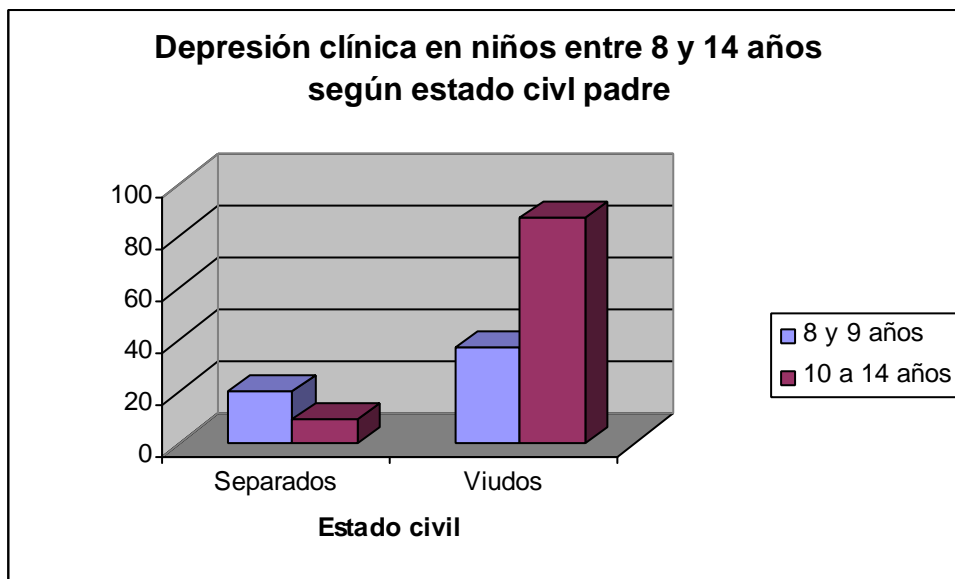


Figura 47. Depresión clínica en edades de 8 a 14 años de edad según el estado civil del papá.

Depresión clínica en niños que viven con el papá y la mamá. El mayor porcentaje de depresión clínica se encontró en los niños cuyos padres viven en unión libre con el 40% para edades de 8 y 9 y el 24% para edades de 10 a 14 y la menor frecuencia, en los niños cuyos padres son casados con el 8% para 8 y 9 años y el 14% para niños de 10 a 14. Estos datos se presentan en la Figura 48.

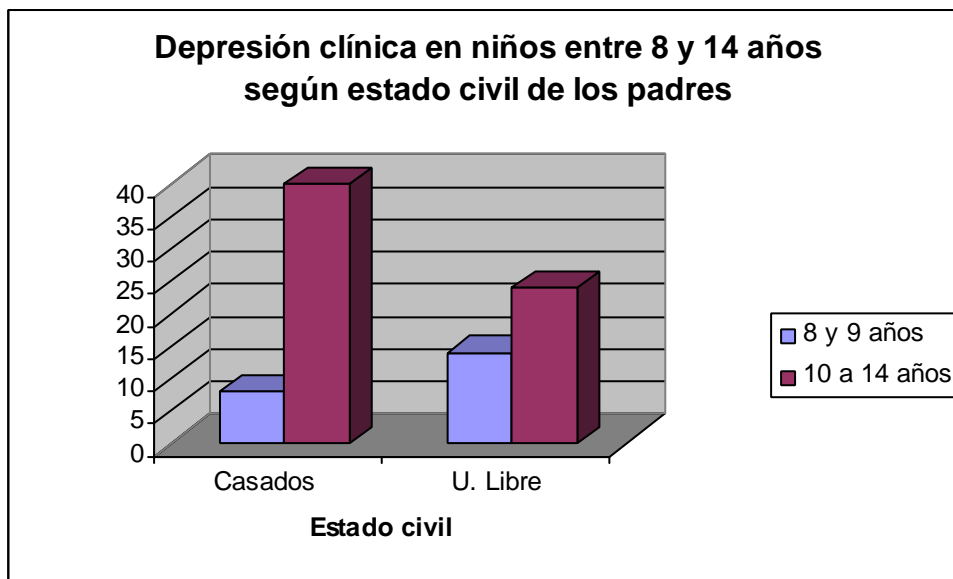


Figura 48. Depresión clínica en edades de 8 a 14 años de edad según el estado civil del papá y la mamá.

Depresión clínica en niños que viven con otra persona diferente al papá y/o la mamá. En los niños de 8 y 9 años de edad no se encontraron personas que vivieran con otra persona diferente al papá y/o la mamá y en las edades de 10 a 14 del total de niños que viven con otra persona diferente, el 13% presentan depresión clínica.

Depresión clínica en niños de 8 a 14 años de edad según el número de hermanos.

Estos datos se presentan en la Figura 49 en donde podemos ver una mayor frecuencia de presentación de depresión clínica en los sujetos que tienen 1 hermano con un 35% seguida de quienes tienen 2 hermanos con un 26 % y la menor frecuencia en quienes son hijos únicos o tienen 3 hermanos con un porcentaje del 12% para los dos.

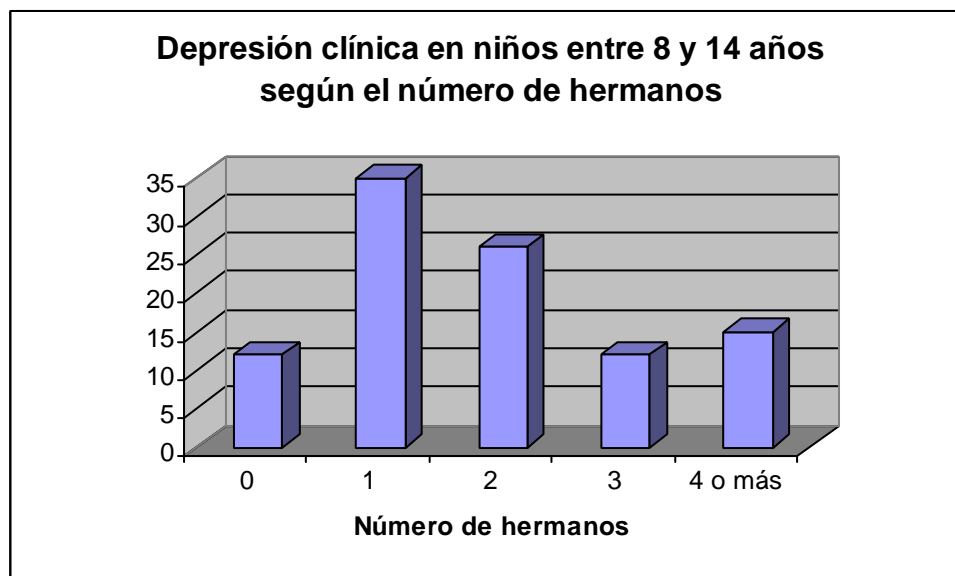
NO HERMANOS

Figura 49. Depresión clínica en edades de 8 a 14 años de edad según el número de hermanos.

Para esta variable, no se realizó un análisis específico por edad ya que no existen diferencias significativas entre los dos rangos en cuanto al número de hermanos si no más bien a la posición que el sujeto ocupa entre ellos.

Depresión clínica según la posición que el sujeto ocupa entre sus hermanos.

Como se muestra en la Figura 50, para las edades de 8 y 9 años, la mayor frecuencia de depresión clínica se presenta en los niños que son los mayores entre sus hermanos con un 19%, seguida de quienes son hijos únicos con un 17% y finalmente, en quienes son los menores con un 15%. Para las edades de 10 a 14, el mayor índice de presentación se encuentra en quienes ocupan el lugar intermedio con un 17% seguido por quienes son mayores con un 16% y el menor índice se presenta en quienes son hijos únicos y menores con un 14% para ambos.

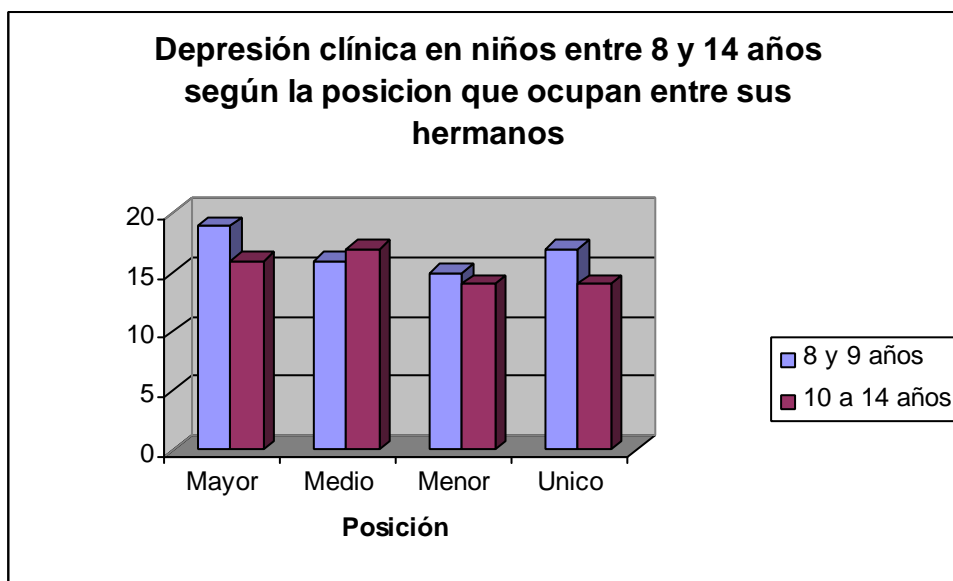


Figura 50. Depresión clínica en edades de 8 a 14 años de edad según la posición que el sujeto ocupa entre sus hermanos.

Depresión leve y clínica según la comuna en la cual vive el niño

De los niños escolarizados entre 8 y 14 años de edad del municipio de Pasto, los mayores índices de depresión se presentan en quienes viven en la comuna cinco con un 33% para depresión clínica y el 82% para quienes viven en la comuna nueve para depresión leve, convirtiendo a este tipo de población en la de mayor vulnerabilidad para la presentación de este tipo de trastornos; y la menor frecuencia de presentación de depresión clínica se da en quienes viven en la comuna ocho con un 5% y de depresión leve en la comuna uno con un 46% en donde se encontró una ausencia total de depresión clínica. Estos datos se pueden observar en la Figura 51.

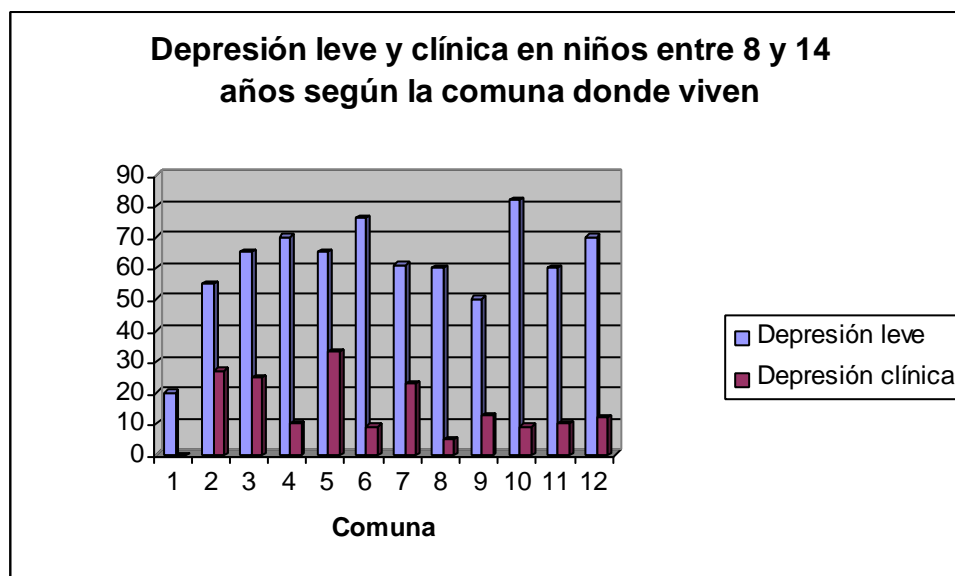


Figura 51. Depresión clínica en edades de 8 a 14 años de edad según la comuna en la cual vive el sujeto.

Mayor prevalencia de depresión clínica según las diferentes variables

En la Tabla 45 se presentan las variables en las cuales se encontraron los mayores índices de prevalencia de depresión clínica para las edades de 8 y 9 años y en la Tabla 46 para las edades de 10 a 14.

Tabla 45

Variables con mayor índice de depresión clínica para edades de 8 y 9 años

Variable	Mayor índice de depresión clínica	Porcent.
Género	8 años: femenino	36%
	9 años: masculino	7%
Estrato	Dos	25%
Procedencia	Urbana	17%
Grado de escolaridad	Inferior	35%
Persona con quien vive	Mamá	31%
Estado civil	Separado/a	22%
Número de hermanos	Uno	35%
Posición entre los hermanos	Mayor	19%
Comuna	5	33%

Tabla 46

Variables con mayor índice de depresión clínica para edades entre 10 y 14 años

Variable	Mayor índice de depresión clínica	Porcent.
Género	Femenino	19%
Estrato	Dos	25%
Procedencia	Urbana	17%
Grado de escolaridad	Inferior para 10, 11, 12 y 14 años	22%
	Grado que se espera para 13 años.	19%
Persona con quien vive	Papá	37%
Estado civil	Viudo/a	87%
Número de hermanos	Uno	35%
Posición entre los hermanos	Intermedio	17%
Comuna	Cinco	32%

Análisis de síntomas**Descripción de síntomas de ansiedad clínica según las diferentes subescalas**

Con respecto a las diferentes subescalas que componen la prueba CDS, en los niños de 8 y 9 años se encuentra una mayor frecuencia de síntomas anímicos con una prevalencia del 24% seguidos por los correspondientes a la subescala de autoestima con un 22% y finalmente con una menor frecuencia los síntomas de la subescala positiva con un 16%. Para los niños con edades entre 10 y 14 existe una presentación más elevada de síntomas relacionados con la escala interpersonal con un 25% en seguida se encuentran síntomas anímicos con un 23% y con un menor porcentaje síntomas relacionados con la autoestima del sujeto con un 18%. Estos datos se presentan en la Figura 52.

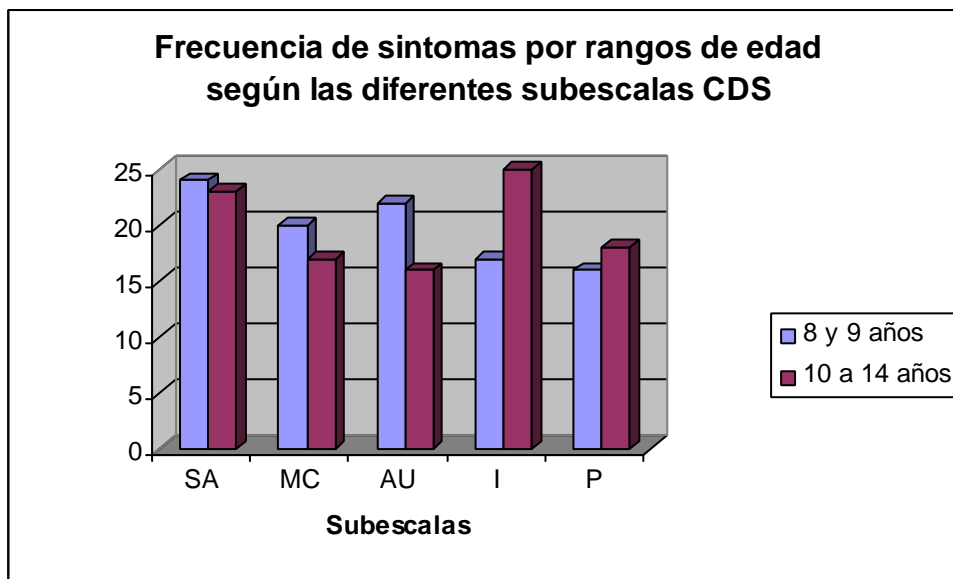


Figura 52. Frecuencia de síntomas de la depresión para los dos rangos de edad según subescalas CDS

Por otra parte, teniendo en cuenta los índices de correlación de pearson, en la Tabla 47 se puede observar que existe un mayor índice de asociación del total de la prueba con la subescala motivacional cognitiva, para niños de 8 y 9 años de edad, con un índice de 0.74 y del total de la prueba con la subescala interpersonal para niños de 10 a 14 con un índice de correlación de 0.54, de lo cual podemos concluir que el mayor indicador de la ansiedad clínica infantil, teniendo en cuenta los dos rangos de edad estudiados, se encuentra en la presentación de los síntomas que conforman éstas escalas.

Tabla 47

Índices de correlación entre las diferentes subescalas y el total de las escalas CDS 8 y 9 y CDS 10 a 14

Subescalas	r. niños 8 y 9	r. niños 10 a 14
Síntomas anímicos	0.37	0.47
Motivacional cognitiva	0.74	0.34
Autoestima	0.56	0.43
Interpersonal	0.43	0.54
Positiva	-0.05	0.48

A continuación se presentan los índices de correlación existente entre los diferentes síntomas y cada una de las subescalas a los cuales pertenecen en las pruebas CDS 8 y 9 y CDS 10 a 14.

Correlación de lasubescala síntomas anímicos con el total de la prueba CDS 8 y 9. En la Tabla 48 se observa que entre las manifestaciones del estado de ánimo mas relacionadas con la depresión se encuentran conductas que aluden a la tristeza tanto para los niños como para las niñas de 8 y 9 años, respuestas físicas de malestar las cuales son más marcadas en el caso del género masculino y preocupaciones y cogniciones relacionadas con la muerte de mayor relevancia en el género femenino.

Tabla 48

Índices de correlación de la subescala síntomas anímicos con el total de la prueba CDS

Ítem subescala	Femenino	Masculino
Síntomas anímicos		
En el colegio muchas veces me dan ganas de llorar.	0.48	1.00
Cuando me enojo mucho casi siempre termino llorando.	0.32	0,28
Frecuentemente me siento triste.	0.48	1.00
A veces pienso que no vale la pena vivir.	0.47	0,41
A veces me dan ganas de llorar, sin saber porque.	0.46	0,25

Correlación de subescala motivacional cognitiva con el total de la prueba CDS 8 y 9. Entre los síntomas de esta subescala, para el género femenino son la tendencia a manifestar la depresión por medio de preocupaciones y cogniciones en relación con su muerte y las manifestaciones de agresividad, autopunición o culpa. En el caso del género masculino se encuentran, en mayor medida manifestaciones de tristeza, seguidas por manifestaciones de agresividad y por último las preocupaciones y cogniciones relacionadas con la muerte. Los datos correspondientes se encuentran en la Tabla 49.

Tabla 49

Índices de correlación de la subescala motivacional cognitivo con el total de la prueba CDS 8 y 9

Ítem subescala	Pearson 8 y 9 años	Femenino	Masculino
Pienso muchas veces que hago quedar mal a mis padres	0.46	0.52	0.00
Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco	0.25	0.07	0.36
La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada	0.40	0.18	0.53
Muchas veces me siento triste debido a mis tareas del colegio	0.57	0.58	0.88
Cuando alguien se enoja conmigo, yo me enojo con el	0.38	0.65	-0.44
A veces me preocupo porque amo muy poco a mis padres	0.50	0.55	0.19
Cuando estoy en el colegio, me siento cansado la mayor parte del tiempo	0.34	0.21	0.36
A veces sueño que tengo un accidente o me muero	0.27	0.30	0.22
Pienso que es bueno enojarse	0.38	0.27	0.58
A veces me imagino que	0.48	0.66	0.54

Ítem subescala	Pearson 8 y 9 años	Femenino	Masculino
Motivacional- cognitivo			
me hago heridas o que me muero			
A veces creo que hago cosas que enferman a mis padres	0.22	0.19	0.39

Correlación de la subescala autoestima con el total de la prueba CDS 8

y 9. Según los datos de la Tabla 50 se puede observar que entre las manifestaciones de la subescala autoestima mas relacionadas con la depresión; para las niñas se encuentran, por una parte, una tendencia a manifestar la depresión en mayor medida por medio de concepciones negativas sobre su valía, ante su grupo de pares, sobre su comportamiento y sobre sí mismo y por otra parte, distorsiones cognitivas con respecto a su soledad. En el caso de los niños en primer lugar se encuentran los sentimientos de soledad acompañados de conceptos negativos sobre su valía ante los demás y en segundo lugar concepciones negativas sobre sí mismo

Tabla 50

Índices de correlación de la subescala autoestima con el total de la prueba CDS 8 y 9

Ítem subescala	Pearson 8 y 9 años	Femenino	Masculino
Autoestima			
Muchas veces creo que valgo poco	0.39	0.52	0.32
Me siento solo muchas veces	0.50	0.47	0.79

Ítem subescala	Pearson 8 y 9 años	Femenino	Masculino
Muchas veces me odio a mi mismo	0.50	0.54	0.42
A veces siento vergüenza de mi mismo	0.45	0.52	-
A veces creo que soy una persona muy mala	0.40	0.47	0.13
Creo que no merezco que los demás me quieran	0.69	0.68	0.79
Cuando me va mal en el colegio pienso que no valgo nada	0.03	0.03	-
Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero	0.46	0.61	0.14
Creo que no soy tan bueno como quisiera ser	0.41	0.36	0.67

Correlación de la subescala interpersonal con el total de la prueba CDS

8 y 9. En la Tabla 51 se observa que los síntomas de la subescala interpersonal que más se relacionan con la depresión, en el caso de las niñas son tendencia a manifestar la depresión en mayor medida por medio de cogniciones y sentimientos de soledad e incomprensión en mayor medida y sensación de soledad fuera del ambiente familiar y en el caso de los niños, la sensación de soledad fuera del ambiente familiar y las cogniciones y sentimientos de soledad e incomprensión.

Tabla 51

Índices de correlación de la subescala interpersonal con el total de la prueba CDS 8 y 9

Ítem subescala Interpersonal	Pearson 8 y 9 años	Femenino	Masculino
Muchas veces me siento triste en el colegio	0.15	0.15	0.69
Me siento solo muchas veces	0.14	0.13	0.31
Muchas veces no puedo mostrar lo triste que me siento por dentro	0.28	0.09	0.51
Muchas veces me siento solo y como perdido en el colegio	0.47	0.59	0.31
La mayor parte del tiempo creo que nadie me comprende	0.41	0.59	0.14
Cuando estoy fuera de casa me siento muy triste	0.44	0.48	0.36
Nadie sabe lo triste que me siento por dentro	0.59	0.74	0.31
Cuando estoy fuera de casa me siento solo	0.53	0.56	0.53

Correlación de la subescala positiva con el total de la prueba CDS 8 y 9.

Para las niñas, los síntomas de la subescala positiva que más se relacionan con la depresión son pensamientos negativos sobre el futuro inmediato, cogniciones negativas sobre el concepto que sus padres tienen sobre ella y pensamientos negativos sobre el rol que desempeñará en el futuro; para los niños,

sentimientos negativos sobre su valía, cogniciones negativas sobre el concepto que sus padres tienen de él, incapacidad para sentir placer y pensamientos negativos sobre su importancia dentro del grupo social. Los índices de correlación se observan en la Tabla 52.

Tabla 52.

Índices de correlación de la subescala positiva con el total de la prueba CDS 8 y 9

Ítem subescala Positiva	Femenino	Masculino
Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago	0.14	0.82
Siempre creo que el día de mañana será mejor	0.80	-
Muchas veces mis padres me hacen sentir que hago las cosas bien	0.51	0.73
Me agrada mi apariencia física y lo que hago	0.47	0.45
Me divierto con las cosas que hago	0.20	0.45
Casi siempre la paso bien en el colegio	0.61	0.55
Creo que mis padres están muy orgullosos de mi	0.87	0.95
Soy una persona muy	0.64	0.80

Ítem subescala	Femenino	Masculino
Positiva		
feliz		
Duermo bien durante toda la noche	0.20	0.45
Pienso que voy a ser alguien importante en la vida	0.82	0.24
Hay mucha gente que se preocupa bastante por mi	0.72	0.82

Correlación de la subescala síntomas anímicos con el total de la prueba

CDS 10 a 14. En la Tabla 53 se observa que entre los síntomas del estado de ánimo mas relacionadas con la depresión, se encuentran las preocupaciones y cogniciones relacionadas con la muerte, las manifestaciones cognitivas de tristeza y agresividad y las respuestas físicas de malestar; éstas dos últimas tienen un mayor grado de relación para los niños que las preocupaciones y cogniciones en relación con su muerte.

Tabla 53

Índices de correlación de la subescala síntomas anímicos con el total de la prueba CDS 10 a 14

Ítem subescala	Pearson 10-14 años	Femenino	Masculino
Síntomas anímicos			
13 En el colegio muchas veces me dan ganas de llorar	0.66	0.61	0.56
18 Cuando me enojo	0.75	0.64	0.69

Ítem subescala	Pearson 10-14 años	Femenino	Masculino
Síntomas anímicos			
mucho casi siempre termino llorando			
21 Frecuentemente me siento triste	0.75	0.65	0.75
29 A veces pienso que no vale la pena vivir	0.40	0.69	0.34
43 A veces me dan ganas de llorar, sin saber porque	0.63	0.59	0.62

Correlación de la subescala motivacional cognitivo con el total de la prueba CDS 10 a 14. Los síntomas de la subescala motivacional cognitiva, que presentan la mayor relación con la depresión son las preocupaciones y cogniciones relacionadas con la muerte, sentimientos de autopunición y sentimientos de culpa relacionados con los padres. La correlación anterior es igual de significativa para los dos géneros a excepción de la inhibición comportamental y cognitiva que se presenta más en los niños. Estos datos se encuentran en la Tabla 54

Tabla 54.

Índices de correlación de la subescala síntomas anímicos con el total de la prueba CDS 10 a 14

Ítem subescala Motivacional cognitivo	Pearson 10-14 años	Femenino	Masculino
4 Pienso muchas veces que hago quedar mal a mis padres	0.43	0.60	0.24
9 Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco	0.45	0.49	0.43
16 La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada	0.48	0.39	0.66
26 Muchas veces me siento triste debido a mis tareas del colegio	0.50	0.51	0.50
32 A veces me preocupo porque amo muy poco a mis padres	0.68	0.71	0.65
39 Cuando estoy en el colegio, me siento cansado la mayor parte del tiempo	0.41	0.45	0.35
41 A veces sueño que tengo un accidente o me muero	0.60	0.62	0.58
46 A veces me imagino que me hago heridas o que me muero	0.66	0.70	0.65
47 A veces creo que hago cosas que enferman a mis padres	0.60	0.70	0.32

Correlación de la subescala autoestima con el total de la prueba CDS

10 a 14. La Tabla 55 nos indica que las manifestaciones de la subescala autoestima mas relacionadas con la depresión son las concepciones negativas que el niño tiene sobre sí mismo, sobre su valía ante el grupo de pares y sobre su comportamiento para los dos géneros.

Tabla 55

Índices de correlación de la subescala autoestima con el total de la prueba CDS10 a 14

Ítem subescala Autoestima	Pearson 10-14 años	Femenino	Masculino
Muchas veces creo que valgo poco	0.35	0.48	0.20
Muchas veces me siento mal conmigo mismo	0.20	0.30	0.25
Muchas veces me siento mal conmigo mismo	0.38	0.31	0.54
Muchas veces pienso que merezco ser castigado	0.69	0.77	0.51
A veces siento vergüenza de mi mismo	0.42	0.47	0.30
A veces creo que soy una persona muy mala	0.57	0.51	0.73
Creo que no merezco que los demás me quieran	0.42	0.44	0.45
Cuando me va mal en el colegio pienso que no valgo nada	0.42	0.43	0.41
Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero	0.39	0.36	0.48
Creo que no soy tan bueno como quisiera ser	0.46	0.60	0.30

Correlación de la subescala interpersonal con el total de la prueba CDS

10 a 14. En la Tabla 56 podemos ver que de los síntomas que conforman la subescala interpersonal, los que más se relacionan con la depresión son las cogniciones y sentimientos de soledad con mayor preponderancia en lo que tiene que ver con el ambiente familiar para las niñas y en el caso de los niños se encuentra en mayor medida las cogniciones y sentimientos de soledad e incompreensión.

Tabla 56

Índices de correlación de la subescala interpersonal con el total de la prueba CDS 10 a 14

Ítem subescala Interpersonal	Pearson 10-14 años	Femenino	Masculino
Muchas veces me siento triste en el colegio	0.48	0.53	0.41
Me siento solo muchas veces	0.60	0.52	0.67
Muchas veces no puedo mostrar lo triste que me siento por dentro	0.17	0.30	-0.11
A veces me da miedo que lo que hago pueda enojar a mis padres	0.54	0.56	0.56
Muchas veces me siento solo y como perdido en el colegio	0.56	0.61	0.47
La mayor parte del tiempo creo que nadie me comprende	0.68	0.38	0.82

Ítem subescala	Pearson 10-14	Femenino	Masculino
Interpersonal	años		
Nadie sabe lo triste que me siento por dentro	0.64	0.55	0.70

Correlación de la subescala positiva con el total de la prueba CDS 10 a

14. Para las niñas, los síntomas de la subescala positiva que más se relacionan con la depresión son la ausencia de capacidad para sentir placer y las cogniciones negativas sobre el concepto que sus padres tienen sobre ellas; para los niños, cogniciones negativas acerca del futuro inmediato, disminución del interés, problemas de sueño, cogniciones negativas acerca del rol que desempeñará en el futuro y pensamientos negativos sobre su importancia dentro del grupo de pares. Los índices de correlación se pueden observar en la Tabla 57.

Tabla 57

Índices de correlación de la subescala positiva con el total de la prueba CDS 10 a 14

Ítem subescala Positiva	Pearson 10-14	Femenino	Masculino
	años		
Me siento contento la mayor parte del tiempo	0.14	0.02	-0.32
Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago	0.37	0.24	0.51
Siempre creo que el día de mañana será mejor	0.59	0.52	0.72
Muchas veces mis padres	0.06	0.50	0.36

Ítem subescala Positiva	Pearson 10-14 años	Femenino	Masculino
me hacen sentir que hago las cosas bien			
Siempre quiero hacer muchas cosas cuando estoy en el colegio	0.59	0.53	0.75
Me agrada mi apariencia física y lo que hago	0.26	0.15	0.39
En mi familia nos divertimos mucho juntos	0.71	0.79	0.59
Me divierto con las cosas que hago	0.49	0.60	0.23
Casi siempre la paso bien en el colegio	0.54	0.55	0.50
Creo que mis padres están muy orgullosos de mi	0.63	0.71	0.59
Soy una persona muy feliz	0.59	0.67	0.53
A veces pienso que soy útil para los demás	0.52	0.54	0.48
Duermo bien durante toda la noche	0.47	0.39	0.60
Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer	0.53	0.48	0.53
Pienso que voy a ser alguien importante en la vida	0.37	0.18	0.62
Tengo muchos amigos	0.50	0.49	0.64
Hay mucha gente que se preocupa bastante por mi	0.33	0.50	0.21

Correlación entre subescalas CDS

Con respecto a la correlación existente entre las diferentes subescalas, la Tabla 58 nos indican que para la depresión clínica, en las edades de 8 y 9 años,

existe mayor probabilidad de encontrar síntomas motivacionales cognitivos relacionados con autoestima y, con una relación inversa, manifestaciones de la subescala interpersonal relacionadas con la escala positiva

Tabla 58

Índices de correlación entre subescalas CDS 8y9

Subescalas	Correlación
Síntomas Anímicos – Motivacional cognitivo	0.29
Síntomas Anímicos - Autoestima	0.07
Síntomas Anímicos - Interpersonal	0.49
Síntomas Anímicos – Positiva	0.34
Motivacional cognitivo - Autoestima	0.61
Motivacional cognitivo - Interpersonal	0.57
Motivacional cognitivo - Positiva	-0.56
Autoestima – Interpersonal	0.27
Autoestima - Positiva	-0.47
Interpersonal - Positiva	-0.70

La Tabla 59 nos indica que en los niños de 10 a 14 años, la mayor relación se presenta entre las subescalas síntomas anímicos e interpersonal y con una relación inversa entre las subescalas motivacional cognitivo y la positiva.

Tabla 59

Índices de correlación entre subescalas CDS 8y9

Subescalas	Correlación
Síntomas Anímicos – Motivacional cognitivo	0.17
Síntomas Anímicos - Autoestima	0.38
Síntomas Anímicos - Interpersonal	0.50
Síntomas Anímicos – Positiva	-0.20
Motivacional cognitivo - Autoestima	0.25

Subescalas	Correlación
Motivacional cognitivo - Interpersonal	0.04
Motivacional cognitivo - Positiva	-0.35
Autoestima - Interpersonal	0.34
Autoestima – Positiva	0.31
Interpersonal - Positiva	-0.02

Comorbilidad Ansiedad - Depresión en población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del municipio de Pasto

Para hacer el análisis de comorbilidad se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson ya que mide el grado de asociación lineal entre dos variables y es considerado como la medida más habitualmente utilizada para el estudio de la correlación (Pita, 2004). Para realizar un análisis detallado al respecto, en primer lugar se estableció la correlación general para ansiedad y depresión y posteriormente se hizo el mismo análisis para cada una de las variables contenidas en nuestro estudio.

Comorbilidad a nivel general

El índice de correlación general para ansiedad y depresión es de 0.73 lo cual evidencia el alto grado de asociación que existe entre estos dos atributos y por lo tanto, la mayor probabilidad de que se dé el desarrollo conjunto de estas dos manifestaciones psicopatológicas en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del municipio de Pasto,

Comorbilidad Ansiedad - Depresión según edad y género

La Tabla 60 nos indica para los niños un mayor índice de comorbilidad en las edades de 13 y 14 años, y un menor grado de relación en niños de 9, 10 y 12 años. Con respecto a las niñas, los índices más altos se encuentran en las

edades de 13 y 10 años y los más bajos en niñas de 9 y 11 años. A nivel general se puede observar que la probabilidad de ocurrencia de los dos atributos en forma conjunta es mayor a medida que avanza la edad.

Tabla 60

Comorbilidad Ansiedad - Depresión según edad y género

Edad	Género	
	Femenino	Masculino
8	0.72	0.79
9	0.55	0.63
10	0.79	0.68
11	0.69	0.72
12	0.71	0.68
13	0.83	0.85
14	0.77	0.84

Comorbilidad ansiedad depresión por estrato

De acuerdo con los datos obtenidos, la Tabla 61 nos muestra que la probabilidad de que exista comorbilidad entre ansiedad y depresión es mayor para los estratos altos con un índice de correlación superior al 0.75 y más baja para los estratos 1 y dos con un índice de correlación de 0.72 y 0.69 respectivamente.

Tabla 61

Comorbilidad Ansiedad - Depresión según estrato

Estrato	Comorbilidad
1	0.72
2	0.69
3	0.79
4y5	0.82

Comorbilidad ansiedad depresión según procedencia

Teniendo en cuenta el lugar de procedencia de los sujetos estudiados, en la Tabla 62 se puede observar que existe un mayor grado de comorbilidad en quienes viven dentro del perímetro urbano con un índice de 0.74.

Tabla 62

Comorbilidad Ansiedad – Depresión según procedencia

Procedencia	Comorbilidad
Urbano	0.74
Rural	0.48

Comorbilidad ansiedad depresión según escolaridad

A nivel general, existe mayor comorbilidad Ansiedad - Depresión en los niños que se encuentran en grados superiores con índices de correlación superiores a 0.80, y en menor medida para quienes se encuentran en grado tercero de básica primaria y sexto de básica secundaria con índices de 0.66 y 0.67 respectivamente. Estos datos se pueden ver en la Tabla 63.

Tabla 63

Comorbilidad Ansiedad – Depresión según escolaridad

Grado	Comorbilidad
2	0.70
3	0.66
4	0.72
5	0.72
6	0.67
7	0.81
8	0.85
9	0.88

Comorbilidad ansiedad depresión según la persona con la cual vive el sujeto

De acuerdo con los datos obtenidos, la Tabla 64 nos indica que la mayor probabilidad de que ocurran trastornos comórbidos de ansiedad y depresión en los niños, se da en quienes viven con el papá y la mamá con un índice de correlación de 0.75 y en menor grado en quienes viven sólo con el papá con 0.66.

Tabla 64

Comorbilidad Ansiedad - Depresión según la persona con la cual vive el niño

Persona con quien convive	Comorbilidad
Mamá	0.74
Papá	0.66
Mamá y papá	0.75
Otro	0.67

Comorbilidad ansiedad depresión según el estado civil de la persona con la cuál vive el niño

Teniendo en cuenta esta variable, se encontró que el grado de comorbilidad es mayor para quienes viven con el papá y la mamá y su estado civil corresponde al de unión libre con un índice de correlación de 0.80. Los índices se encuentran registrados en la Tabla 65.

Tabla 65

Comorbilidad Ansiedad - Depresión según el estado civil de la persona con la cuál vive el niño

Estado civil	Comorbilidad
Casado	0.73
Madre soltera	0.72
Separados	0.73
Unión libre	0.80
Viudo/a	0.66

Comorbilidad ansiedad depresión según el número de hermanos

En la Tabla 66 se puede ver cómo la correlación ansiedad depresión es mayor para quienes tienen 3 hermanos, cuyo índice corresponde a 0.79 y menor para quienes tienen 4 hermanos o más con un índice de 0.64

Tabla 66

Comorbilidad Ansiedad - Depresión según el número de hermanos

No. hermanos	Comorbilidad
0	0.75
1	0.77
2	0.66
3	0.79
4 o más	0.64

Comorbilidad ansiedad depresión según la posición que el niño ocupa entre sus hermanos

La Tabla 67 nos indica que en general, existe un mayor grado de asociación Ansiedad - Depresión en quienes son mayores con respecto a sus hermanos con un índice de correlación de 0.79 y es menor para quienes ocupan la posición intermedia con 0.67.

Tabla 67

Comorbilidad Ansiedad - Depresión según la posición que el niño ocupa entre sus hermanos

Posición	Comorbilidad
Mayor	0.79
Medio	0.67
Menor	0.71
Único	0.75

Comorbilidad ansiedad depresión según la comuna a la cual pertenecen

Los datos de la Tabla 68 nos muestran que el mayor índice de correlación se da en quienes viven en las comunas nueve, 12 y cuatro con valores superiores a 0.80 y los menores en quienes viven en las comunas dos, cinco, seis y 10 con índices inferiores a 0.70.

Tabla 68

Comorbilidad Ansiedad - Depresión según la comuna a la cual pertenecen

Comuna	Comorbilidad
Comuna 1	0.70
Comuna 2	0.69

Comuna	Comorbilidad
Comuna 3	0.76
Comuna 4	0.81
Comuna 5	0.68
Comuna 6	0.66
Comuna 7	0.69
Comuna 8	0.72
Comuna 9	0.83
Comuna 10	0.67
Comuna 11	0.73
Comuna 12	0.81

Mayor índice de comorbilidad según las diferentes variables

En la Tabla 69 se presentan las variables en las cuales se encontraron los mayores índices de correlación Ansiedad - Depresión para la población en general.

Tabla 69.

Variables con mayor índice de comorbilidad Ansiedad - Depresión

Variable	Mayor índice de ansiedad clínica	Correlación
Género	Femenino y masculino por igual	0.73
Edad	13 años	0.84
Estrato	Cuatro y cinco	0.82
Procedencia	Urbano	0.74
Grado de escolaridad	Noveno	0.88
Persona con quien vive	Mamá y papá	0.75
Estado civil	Madre soltera	0.83
Número de hermanos	3	0.79
Posición entre los hermanos	Mayor	0.79
Comuna	9	0.83

Comorbilidad entre subescalas CDS y CMAS

Teniendo en cuenta las diferentes subescalas que componen las pruebas CDS y CMAS, en la Tabla 70 se puede observar un mayor índice de correlación entre la subescala Motivacional – cognitiva de la CDS, que mide la inhibición cognitiva y comportamental, y las tres subescalas de la prueba CMAS con índices de correlación superiores a 0.55 en los dos rangos de edad. De los datos anteriores se puede concluir que el mayor indicador de comorbilidad Ansiedad - Depresión se encuentra en la presentación conjunta de los síntomas que corresponden a éstas subescalas.

Por otra parte, cabe resaltar que además existe un alto grado de comorbilidad entre las subescalas autoestima e interpersonal de la CDS con la subescala preocupaciones sociales para los niños entre los 10 y 14 años de edad, con índices de correlación superiores a 0.65.

Finalmente, se encontró un grado de asociación muy bajo entre la subescala positiva de la CDS y las tres subescalas de la CMAS en los dos rangos de edad con índices de correlación inferiores a 0.35 lo cual indica que los síntomas de anhedonia presentados por los niños no son importante en la discriminación de comorbilidad Ansiedad - Depresión infantil.

Tabla 70.

Índices de correlación entre subescalas de ansiedad y depresión

Categorías CDS	Escalas CMAS	Niños 8-9	Niños 10-14
Síntomas Anímicos	Ans fí solo	0,52	0,58
	Inq´hiper	0,54	0,60
	Preoc soc-	0,55	0,59
Motivacionales cognitivos	Ans fí solo -	0,61	0,61
	Inq hiper -	0,55	0,46
	Preoc soc-	0,59	0,60
Autoestima	Ans fí solo -	0,37	0,55
	Inq´hiper	0,40	0,52
	Preoc soc-	0,52	0,67
Interpersonal	Ans fí solo	0,48	0,55
	Inq´hiper	0,43	0,58
	Preoc soc	0,53	0,66
Escala positiva	Ans fí solo	0,08	0,27
	Inq´hiper	0,16	0,14
	Preoc soc	0,32	0,29

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este estudio, se definió como una investigación de tipo correlacional entre la ansiedad y la depresión en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del Municipio de Pasto y estuvo enmarcado en la validación y estandarización de dos pruebas psicométricas, para medir ansiedad (escala CMAS) y depresión infantil (escala CDS), con el fin de adaptarlas como instrumentos válidos y confiables que permitan hacer deducciones precisas acordes a las características socioculturales de nuestra región y así obtener los datos necesarios para hacer la caracterización de la población estudiada en términos de estos dos atributos.

El diseño metodológico de la investigación, permitió realizar un análisis descriptivo e interpretativo de los resultados generalizables a toda la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del Municipio de Pasto con el mayor nivel de confianza posible, ya que para las variables de edad, género, procedencia (urbano-rural), estrato y comuna, se tuvieron en cuenta las características de representatividad que permitieran disminuir la varianza aleatoria de la población y alcanzar el mínimo error estándar.

Teniendo en cuenta el proceso de validación de los ítems de las escalas CMAS y CDS en cuanto a su redacción y lenguaje, se puede afirmar que éstos, después de haber sido sometidos a una evaluación sistemática por parte de un grupo de cuatro practicantes y siete profesionales con experiencia en el tema y de haber sido modificados teniendo en cuenta las recomendaciones realizadas por los niños que participaron como sujetos en la

aplicación de la prueba piloto, demostraron tener una mayor comprensión que los reactivos de las pruebas originales.

Por otra parte, después de evaluar la capacidad discriminativa de los ítems correspondientes a las dos escalas, se encontró que para la escala CMAS, éstos cuentan con altos índices de correlación en su forma original lo que refleja una elevada asociación con el atributo ansiedad. La escala de mentira no correlacionó con los puntajes de la prueba total ni con las escalas; sin embargo, se recomienda necesario tener en cuenta su contenido para la evaluación clínica individual de un alto nivel de ansiedad y/o mentira al responder la prueba. Para la escala CDS se hizo necesario realizar un proceso más extenso, que incluyó la realización de dos pruebas con ítems diferentes para cada rango de edad, los cuales, después de la división, discriminaron en mejor medida el atributo depresión que en la prueba original con los dos rangos combinados.

Además de lo anterior, para la validación de las subescalas que conforman las pruebas, se hizo necesario el análisis correspondiente de los diferentes ítems que las componen y de la pertinencia teórica de éstas con respecto al atributo; teniendo en cuenta el análisis de correlación de los ítems en las tres diferentes subescalas originales, éstas presentaron un alto nivel de correlación, por lo tanto se decidió no realizar ninguna modificación al respecto.

Al analizar los resultados de la CDS, se encontró que las subescalas propuestas en la escala original, al ser sometidas al proceso de validación, no cuentan con la validez suficiente con respecto a la correlación con el atributo

que cada una de ellas pretendían medir, además el equipo investigador, teniendo en cuenta la revisión teórica realizada, consideró que no existe coherencia entre el sentido teórico de la escala original y el planteamiento de los ítems, por lo cual se tuvieron que reagrupar los ítems en nuevas subescalas las cuales presentaron un coeficiente de correlación mucho más elevado y una coherencia teórica acorde con la planteada en nuestro estudio lo que las hace mucho más válidas para el proceso de evaluación del individuo. En tal sentido, los resultados alcanzados permiten concluir que los instrumentos propuestos (CDS 8 y 9 y CDS 10 a 14) hacen posible evaluar la depresión infantil en los dos rangos de edad establecidos, mediante las categorías síntomas anímicos, motivacional cognitiva, autoestima, interpersonal y positiva, establecidas en este estudio.

En cuanto al análisis de confiabilidad de las escalas definitivas, los valores de los coeficientes alfa de Cronbach (CDS 8 y 9 = 0.87; CDS 10 a 14= 0.84 y CMAS 8 a 14= 0.87) y los índices de confiabilidad por mitades (CDS 8 y 9= 0,83; 10 a 14= 0.82 y CMAS= 0,75), demuestran que las pruebas tienen una elevada consistencia interna, es decir, que presentan un buen nivel de homogeneidad entre los ítems que las integran; lo que evidencia que estos contribuyen de manera importante a la evaluación de la ansiedad y depresión infantil pues los valores calculados para nuestro estudio fueron similares a las confiabilidades de diversos estudios, informadas por los autores de las pruebas, que apoyan de manera significativa a la confiabilidad de los instrumentos (Reynolds y Richmond, 1978 y Tisher y Lang, sin dato).

Para obtener evidencia de validez referida a criterio, se obtuvieron estimados de validez concurrente, relacionando los resultados de la aplicación de las pruebas a niños con síntomas clínicos de ansiedad y depresión y a niños que no tuvieran características psicopatológicas al respecto, con una variable externa, en este caso el criterio de evaluación clínica realizada a los mismos sujetos por parte de tres psicólogos expertos en diagnóstico. Mediante este estudio se encontró que los resultados de la aplicación de los instrumentos definitivos demostraron correlaciones positivas (de los ítems y el total de las escalas) entre los sujetos con evidencias clínicas de ansiedad y/o depresión y los que presentaban ausencia de estos síntomas; además, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los promedios de los dos grupos (CDS $p=0.039$; CMAS $p=0.034$) lo que evidencia la pertinencia de las pruebas para medir la ansiedad y/o depresión en la población objeto de este estudio.

Una vez identificadas las escalas CDS y CMAS como adecuadas para medir la depresión y la ansiedad respectivamente, se elaboraron las tablas normativas para la población infantil escolarizada entre 8 y 14 años de edad del municipio de Pasto; a diferencia de los baremos establecidos en las escalas originales, en nuestro estudio, para la escala CDS 8 y 9 se elaboró un baremo mixto y para la escala CDS 10 a 14 un baremo para la población según género y en cuanto a la CMAS, se elaboraron baremos específicos para las variables edad, género y sector urbano y rural debido a las diferencias significativas encontradas en las mismas. Estos baremos, permitirán al psicólogo elaborar juicios más exactos y certeros en el momento de emitir un

diagnóstico clínico, si tenemos en cuenta que para determinar si un comportamiento es desviado éste debe ser evaluado con respecto a lo que se considera la norma para una edad determinada (Garber, 1984) y en este caso los resultados obtenidos serán comparados directamente con los de la población normativa objeto de este estudio.

El análisis detallado de toda la información obtenida con la investigación, permitió establecer que para determinar si el niño evaluado posee niveles altos de ansiedad o depresión, es necesario tener en cuenta en su orden de aparición, tres aspectos igual de válidos a saber; (a) que la puntuación t obtenida por el sujeto sea igual o superior a una desviación estándar por encima de la media, por considerar que éstos resultados se ajustan a la definición de ansiedad y/o depresión como un trastorno psicopatológico y además, que la descripción centil indica que este rango de puntuaciones ubican al sujeto por encima del grupo normativo con porcentajes superiores al 87%; (b) que el niño tenga 22 o más síntomas de los comprendidos por la escala CDS 8 y 9 y 24 síntomas o más de los que se encuentran en la CDS 10 a 14 y con respecto a la ansiedad, que el niño con edades entre 8 y 14 años de edad tenga 14 o más de los síntomas correspondientes a la escala CMAS y (c) que el niño con edades entre 8 y 9 años tenga una mayor frecuencia de síntomas físicos relacionados con preocupaciones sociales para ansiedad y de síntomas motivacional cognitivos relacionados con autoestima para depresión y que el niño con edades entre 10 y 14 años tenga una mayor frecuencia de síntomas físicos relacionados con inquietud hipersensibilidad para ansiedad y

de síntomas contemplados dentro de la subescala interpersonal relacionados con síntomas anímicos para depresión.

Para los estimados de prevalencia en este grupo poblacional, se dividieron los resultados de ansiedad y depresión en niveles bajo (ansiedad normal o ausencia de depresión), medio (ansiedad o depresión leve) y alto (ansiedad o depresión clínica). Teniendo en cuenta esto, se encontró una frecuencia de ansiedad y depresión clínica y de comorbilidad entre las dos mucho mayor incluso que la reportada en diferentes estudios (Kazan y cols, 1981; Stavrakaki cols, 1991; NIMH, 1999; Ministerio de Salud 1998; entre otros). Los estimados de ansiedad y depresión clínica fueron del 16% y el 15 % respectivamente; mientras que el índice de correlación general para ansiedad y depresión fue de 0.73 lo cual evidencia el alto grado de asociación que existe entre estos dos atributos y por lo tanto, la mayor probabilidad de que se dé el desarrollo conjunto de estas dos manifestaciones psicopatológicas en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del municipio de Pasto.

Con respecto a la edad, Achenbach y cols. (1991) afirman que en poblaciones no clínicas, se muestra un declive general de problemas psicopatológicos con la edad, contrario a esto, en nuestra población se encontró que los índices de ansiedad y depresión clínica en niños y niñas cambian de acuerdo a la edad y con respecto a la comorbilidad, a nivel general se pudo observar que la probabilidad de ocurrencia de los dos atributos en forma conjunta es mayor a medida que avanza la edad.

Los índices encontrados demuestran que con respecto a la depresión clínica, el nivel más alto se halla en niñas y niños de 8 años, y sigue en orden

descendente en las edades de 14, 13, 11, 12, 10 y 9 años de edad; en cuanto a la ansiedad, el nivel más alto se encontró en niñas de 11 y niños de 8 años, seguidos en orden descendente por niñas de 8, 10, 12, 14, 13 y 9 años y por niños de 12, 10, 13, 9, 11, 14 años; lo cual no nos indica una tendencia clara de disminución o aumento de este tipo de psicopatologías que vayan acordes con la edad. Así mismo, Monedero (1990) afirma que la etapa escolar es el período en que se han descrito el mayor número de depresiones en la infancia, lo cual en nuestro estudio, se corrobora únicamente para niños de 8 años de edad en donde se encontraron los índices más altos de depresión clínica.

Teniendo en cuenta el género, Achenbach y cols. (1991) y Marsh y Graham (2001) afirman que en términos de psicopatología general los niños manifiestan más dificultades durante la primera y mediana infancia (de 8 a 11 años de edad en nuestro estudio), y que las dificultades de las niñas pueden aumentar durante la preadolescencia (de 12 a 14 años de edad en nuestro estudio). En nuestra investigación, estas afirmaciones se ven corroboradas únicamente para la depresión ya que, los mayores porcentajes se encontraron mas en los niños que en las niñas de 9 años y en fueron mayores para las niñas que para los niños de 13 años en depresión.

Los hallazgos anteriores contradicen el enunciado hecho por la APA (2000), que indica que los trastornos depresivos antes de la pubertad afectan por igual a ambos sexos y por otra parte, confirman las afirmaciones hechas por Del Barrio (1997) y Yunes y Braier (2002) quienes aseguran que el sexo femenino se encuentra asociado sistemáticamente al incremento de la

probabilidad de desarrollar depresión, y que por lo tanto las mujeres se encuentran en un riesgo más alto de adquirir este tipo de trastorno.

Con respecto a la ansiedad, el Centro IMA (2003) y Tamayo y Zuluaga (1997) indicaron que los trastornos de ansiedad son más frecuentes en mujeres, revelando una distribución significativa de prevalencia mucho mayor que para los hombres lo cual se evidencia en nuestro estudio ya que los porcentajes de ansiedad clínica fueron mayores para las niñas en todas las edades con excepción únicamente de los 9 años de edad en donde el índice de frecuencia fue exactamente igual para los dos géneros.

El nivel socioeconómico bajo también se ha relacionado con la presencia de síntomas y trastornos de ansiedad y depresión. Al respecto, Taboada y cols. (1998) y Barbarín y Richter (2001), afirman que los niños de estratos socioeconómicos bajos reportan con elevada frecuencia síntomas característicos de ansiedad y depresión y Hernández (2000), sostiene que la depresión se encuentra con más frecuencia en los niños de clase baja y media que en los de clase alta. Teniendo en cuenta estas afirmaciones, podemos decir que existe una coherencia muy significativa de éstas con lo encontrado en nuestra investigación, ya que, los mayores porcentajes de ansiedad y depresión clínica se encontraron en los estratos uno y dos y en la comuna cinco, en la cual el 83% de los barrios que la conforman corresponden a estos estratos. Sin embargo, de acuerdo con los datos obtenidos, se da una relación inversa para la comorbilidad de estos dos trastornos ya que la probabilidad de que exista asociación entre ansiedad y depresión es mayor para los estratos altos con un índice de correlación superior al 0.75 y más baja

para los estratos uno y dos con un índice de correlación de 0.72 y 0.69 respectivamente.

Con respecto al lugar de procedencia de los niños, en nuestro estudio se encontró que existe una mayor prevalencia de ansiedad clínica en el medio rural y que los índices mas altos de depresión y de comorbilidad se hayan en el contexto urbano. Según lo anterior, a pesar de que no se encontró teoría ni estudios que respalden lo encontrado en nuestra investigación, se puede afirmar que quienes viven en el medio rural presentan mayor vulnerabilidad para adquirir trastornos de ansiedad que quienes viven dentro del perímetro urbano y que éste último representa mayor riesgo para adquirir trastornos depresivos.

El grado de escolaridad en el que se encuentra el niño también afecta los índices de frecuencia de ansiedad y depresión clínica. Hernández, 2000 afirma que la depresión y/o ansiedad infantil se asocian con el rendimiento académico del niño, unas veces considerándolo como causa y otras como efecto de la depresión ya que, un niño deprimido puede descender su ejecución en la escuela, pero también, puede comenzar sus síntomas depresivos por un fracaso académico; así mismo, Marsh y Graham (2001), afirman que la elevada inteligencia y los logros académicos pueden ser considerados como factores de protección para adquirir este tipo de trastornos. Partiendo de los resultados obtenidos de nuestra investigación, se puede decir que dichas afirmaciones son también valederas en nuestro contexto ya que a nivel general se encontró que los índices de ansiedad y/o depresión aumentan a medida

que el niño/a se encuentra en grados inferiores al esperado teniendo en cuenta su edad y disminuyen en el caso contrario.

Con respecto a lo anterior cabe destacar que existe una excepción en los niños de 8 años de edad en donde la probabilidad de presentar ansiedad clínica se incrementa a medida que el niño se encuentra en grados superiores al esperado, lo cual se puede explicar con lo expuesto por Ibáñez (sin dato), quien afirma que se generan altos grados de ansiedad si el niño es expuesto a estar en grados escolares superiores para su edad en donde los requerimientos en habilidades sociales y técnicas necesarias para su adaptación exceden a sus capacidades evolutivas.

Por otra parte, si tenemos en cuenta la persona con quien vive el niño, Berndt (1997) afirma que las relaciones de éste con sus padres son importantes hasta alcanzar la adolescencia ya que, proporcionan al niño la protección y la seguridad en los contextos dentro de los cuales surgen las habilidades y competencias básicas; y Cobo, 1992 afirma que los cambios objetivos en la vida familiar como el divorcio, la muerte de un progenitor y las presiones psicológicas y de tiempo que afrontan los padres solteros, sumadas a las respuestas emocionales que éstos dan a las mismas, son consideradas como fuentes generadoras de ansiedad y/o depresión en el niño. Estas dos afirmaciones se pueden corroborar con nuestro estudio ya que los mayores porcentajes de ansiedad y/o depresión infantil se encontraron en quienes viven con uno solo de sus padres, bien sea por separación o por muerte de uno de ellos. Caso contrario ocurre con la comorbilidad ya que de acuerdo con los datos obtenidos, la mayor probabilidad de que ocurran trastornos comórbidos

de ansiedad y depresión en los niños, se da en quienes viven con el papá y la mamá con un índice de correlación de 0.75.

Con respecto al lugar que el sujeto ocupa entre sus hermanos, para las edades de 8 y 9 años se encontró que existe mayor frecuencia de ansiedad y/o depresión infantil en quienes ocupan la posición de hermano mayor y para las edades de 10 a 14 años, la mayor prevalencia de manifestaciones psicopatológicas de ansiedad se dio en quienes son hijos menores y los más altos porcentajes de depresión clínica se encontraron en quienes ocupan el lugar intermedio lo cual es congruente con la afirmación hecha por Hernández (2000) quien asegura que el niño que ocupa esta posición es el más vulnerable a desarrollar trastornos de tipo emocional. Contrario a esta afirmación, la comorbilidad entre estas dos manifestaciones psicopatológicas se da en mayor grado en quienes son mayores con respecto a sus hermanos y es menor para quienes ocupan la posición intermedia .

Es importante resaltar que después de haber realizado el análisis de prevalencia para todas las variables, se pueden considerar como factores de riesgo para la adquisición de ansiedad y/o depresión infantil y su comorbilidad los siguientes:

1. Género: indiferenciado para 8 y 9 años de edad y femenino para 10 a 14 en ansiedad y depresión e indiferenciado para comorbilidad.
2. Procedencia: rural para ansiedad y urbano para depresión y comorbilidad en las dos categorías de edad.

3. Nivel socioeconómico: estratos bajos (uno y dos) para ansiedad y depresión en las dos categorías de edad y estratos altos (4 y 5) para comorbilidad.

4. Nivel de escolaridad: inferior al esperado según la edad del niño para ansiedad y depresión en las dos categorías de edad y grados superiores para comorbilidad.

5. Persona con la cual vive el niño: que viva sólo con el papá o la mamá bien sea por separación o muerte de uno de ellos en ansiedad y depresión y en las dos categorías de edad y quienes vivan con el papá y la mamá para comorbilidad.

6. Número de hermanos: cuatro o más para ansiedad, uno para depresión y tres para comorbilidad.

7. Posición que el sujeto ocupa entre sus hermanos: mayor para 8 y 9 años de edad en ansiedad y/o depresión y en las edades de 10 a 14 años posición intermedia para depresión y ser el mayor para ansiedad y comorbilidad en los dos rangos de edad.

Con relación al análisis hecho con los síntomas que conforman las diferentes escalas, Mardomingo (2001) afirma que durante la etapa escolar, a medida que se desarrolla el lenguaje y la capacidad para expresar emociones y sentimientos, el niño presenta diversidad de síntomas fisiológicos unidos a dificultades de atención y concentración, a los problemas de memoria y a dificultades en las relaciones con los compañeros y la familia lo cual es generalizable a la población objeto de este estudio ya que se encontró que los

niños con edades entre 8 y 9 años presentan una mayor frecuencia de síntomas físicos relacionados con preocupaciones sociales.

Además, según este mismo autor, durante la adolescencia los síntomas fisiológicos y de dificultades de atención y concentración, aunque persisten se encuentran en menor medida durante la etapa de la preadolescencia, lo cual se contradice con los hallazgos de nuestro estudio ya que en los niños con edades entre 10 y 14 años se presentó una mayor frecuencia de síntomas físicos relacionados con inquietud hipersensibilidad.

Según Royo (2004) los niños en etapa escolar pueden ser capaces de mostrar componentes cognitivos de su humor disfórico y baja autoestima, así como sentimientos de culpa y de infelicidad lo cual se reafirma con este estudio en donde se encontró que los síntomas más prevalentes son los motivacionales cognitivos relacionados con autoestima para niños entre 8 y 9 años de edad.

En cuanto a los adolescentes, éstos suelen manifestar más problemas de apetito y del sueño, delirios, ideación o intentos autolíticos, así como mayor repercusión funcional en su vida social y familiar que los niños (Royo, 2004); éstos síntomas se concentraron también como los de mayor repercusión en nuestro estudio ya que están contemplados dentro de las subescalas interpersonal y síntomas anímicos cuya relación fue la que puntuó de forma más alta para la depresión clínica en las edades de 10 a 14 años.

Con respecto a la comorbilidad Ayuso, (1997), propone la existencia de una mezcla de los dos síndromes, fenomenológicamente diferente tanto de la ansiedad primaria como de la depresión primaria, nuestra investigación brinda

ciertas evidencias a favor de este modelo teórico, que sugiere que puede existir un síndrome depresivo ansioso característico separado de otros síndromes depresivos y diferenciado de acuerdo a la fenomenología, esto se puede inferir mediante el comportamiento de los trastornos en las diferentes variables analizadas en nuestro estudio, es decir por medio de la observación de las variables mayormente afectadas con la comorbilidad las cuales difieren de las variables afectadas por ansiedad o depresión, demostrando que existe un cierto nivel de independencia entre las manifestaciones comórbidas y las relacionadas con la ansiedad y la depresión por sí solas en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del Municipio de Pasto.

Además de lo anterior se puede encontrar otra fuente de evidencia con respecto a la independencia de los trastornos comórbidos proveniente de la intercorrelación entre las sintomatologías ansiosa y depresiva. Clark y Watson, (1991), proponen que el diagnóstico de un síndrome comórbido, diferente la ansiedad y depresión primarias, se asociaría a la presencia de los síntomas vinculados al “alto afecto negativo” y a la “indefensión”, esto puede observarse en nuestra investigación mediante un mayor índice de correlación (superior a 0.55 en los dos rangos de edad) entre la subescala Motivacional – cognitiva de la CDS, y las tres subescalas de la prueba CMAS, de lo cual se puede concluir que el mayor indicador de comorbilidad ansiedad – depresión en la población objeto de estudio, se encuentra en la presentación conjunta de los síntomas que corresponden a éstas subescalas ya que brindan evidencias sobre el afecto negativo y la indefensión.

Finalmente a partir del análisis realizado se confirman las hipótesis de estudio establecidas en la presente investigación sobre la existencia de ansiedad y depresión y la relación entre estas manifestaciones psicopatológicas en la población infantil y preadolescente del municipio de Pasto con lo cual se pueden concluir cuatro aspectos fundamentales a saber:

1. Las escalas finales (CMAS y CDS 8 y 9 y 10 a 14), resultaron tener una alta confiabilidad para ser aplicadas en la población infantil y preadolescente del Municipio de Pasto, lo que indica que éstas permiten medir la presencia de ansiedad y/o depresión en la población objeto de estudio; además de que entre las ventajas del instrumento está su fácil comprensión, el ser un instrumento de bajo costo en términos del uso de materiales y la facilidad en su administración.

2. El presente estudio es de gran relevancia para el municipio de Pasto si tenemos en cuenta que además de que es el primero con éstas características que se ha realizado en nuestra región, por medio de él, se adaptaron instrumentos de medición psicológica que permitirán contar con criterios de evaluación acordes a las características de la población objeto de estudio.

3. Con esta investigación se facilita, en primer lugar una mejor comprensión teórica tanto de la ansiedad y de la depresión como de la comorbilidad entre estas dos entidades psicopatológicas, respecto a las cuales se carece de información previa en nuestra región, y en segundo lugar la adquisición de conocimientos empíricos sobre el estudio de éstas manifestaciones clínicas y su impacto en la población lo cual permite diseñar nuevos estudios igual de significativos que aborden otro tipo de manifestaciones psicopatológicas infantiles características de los niños de nuestra región.

4. Si tenemos en cuenta los datos obtenidos, éste estudio colaborará con el futuro desarrollo científico de protocolos de tratamiento prescriptivos y eficaces, y con la estructuración de programas preventivos para el rango de desórdenes de ansiedad, depresión y comorbilidad en esta población lo cual derivará tanto en la reducción de las características desadaptativas como en el impacto económico y las exigencias de recursos de la comunidad.

RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta que las escalas definitivas que se encuentran en este estudio son el resultado de las modificaciones realizadas respecto a las pruebas originales, se recomienda que éstas últimas se usen con precaución en la población infantil y preadolescente del municipio de Pasto, ya que a partir de las evidencias empíricas obtenidas, en ellas se encontraron falencias respecto a la comprensión de los ítems, a la estructura de algunos ítems considerados no pertinentes para ser aplicados a los niños escolarizados entre 8 y 14 años de edad del Municipio de Pasto y a que existen baremos diferentes para la interpretación de los resultados en la población objeto del presente estudio. Estas variables afectan la confiabilidad y validez de los resultados que se obtengan a partir de las versiones originales de las pruebas.

Considerando que los resultados obtenidos indican una alta prevalencia de ansiedad y depresión en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del municipio de Pasto, se recomienda dar prioridad a la estructuración, implementación, evaluación y control de proyectos y programas de intervención por parte de un equipo de psicólogos profesionales, que aborden la problemática encontrada y puedan así trabajar en pro de la calidad de vida de la población infantil. Además es indispensable orientar proyectos a nivel de prevención primaria, que permitan reducir la proporción de casos clínicos y que brinde atención especialmente a la población de alto riesgo.

Como población de alto riesgo, es necesario tener en cuenta a los niños cuyas características se encuentren dentro de las variables con mayor prevalencia para los distintos rangos de edad ya que en el futuro podrían

padecer algún tipo de patología ansiosa y/o depresiva por lo cual se recomienda implementar con ellos y con sus familias, programas informativos o educacionales dirigidos a brindarles estrategias de afrontamiento adecuadas a su situación.

Teniendo en cuenta que la teoría señala que el impacto del estatus socioeconómico en la psicopatología infantil se deriva del hecho de que es una variable compleja que incluye muchas fuentes potenciales de influencia negativa (Marsh y Graham, 2001, Barbarín y Richter 2001) y que los resultados indican una alta prevalencia de ansiedad y depresión en los estratos socioeconómicos bajos, en estudios posteriores se recomienda analizar detenidamente la influencia de esta variable.

Es importante tener en cuenta que si consideramos el análisis de prevalencia de los diferentes síntomas incluidos dentro de la escala CDS para ambos rangos de edad, encontraremos que el género femenino tiene mayor preponderancia a presentar síntomas depresivos relacionados con las cogniciones de enfermedad y muerte por lo cual es de gran importancia analizar estos casos ya que pueden influir en la presentación de conductas psicopatológicas como el suicidio.

Por otra parte se recomienda considerar la presencia de un profesional de la salud mental en las poblaciones rurales ya que la población infantil perteneciente a éste contexto es la más afectada por manifestaciones clínicas de ansiedad y en la mayoría estos lugares no se dispone de ningún tipo de atención clínica.

Por último se recomienda el desarrollo futuro de estudios que tengan que ver con factores de riesgo asociados con la ansiedad y la depresión infantil, algunos evidentes en el presente trabajo (como estrato, género, contexto, medio familiar), y de estudios longitudinales que revelen en mayor medida las variables referidas al curso y evolución de los trastornos ansiedad, depresión y comorbilidad en la población infantil y adolescente del municipio de Pasto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Achenbach, T.M., Howell, C., Quay, H, y Conners, C.K. (1991). National Survey of problems and competences among four to sixteen-year-olds. [Internet], Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=1770964&doptarchfamimaassn.org/cgi/content/full/9/2/123-a [2004, Junio 8]

Adolescencia temprana (Sin dato). [Internet]. Disponible en: http://www.isn.gob.pe/boletin_adolescente.htm [2004, julio 2].

Albano, A, Chorpita, B. y Barlow, D. (1995). Childhood anxiety disorders. Child Psychopatnology. (Sin datos de edición)

American Psychiatric Association. (2001). Diagnostic and statistical manual of mental disorders T. R. Washington, DC: Author.

Angst, J. (1990). Depression and anxiety: a review of studies in the community and in primary health. [Internet]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=3322254&dopt. [2004, junio 9]

Ayuso, J. (1997), Comorbilidad Ansiedad - Depresión aspectos clínicos. Revista electrónica de psiquiatría Vol. 1. No. 1 [Internet]. Disponible en: <http://www.cop.es/colegiados/M-13641/articulo1.htm> [2004, Junio 5].

Barbarín, O. y Richter, L. (2001) Economic status, community danger and psychological problems among south African children. [Internet], Disponible en: <http://chd.sagepub.com/cgi/framedreprint/8/1/115> [2004, Junio 5],

Barlow, D. y Durand, V. M. (1995). Abnormal psychology: An integrative approach. Pacific Grove, CA: Brooks.

Beck, A. T., y Emery, G. (1985). Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. New York: Basle Books

Beck, A. T., y Clark, D- A. (1997). An information processing model of anxiety; automatic and strategic processes. Behavior Research and Therapy, 35(1), 49-58.

Beck, A. T. (2001). Terapia cognitiva de la depresión. Desclee de Brouwer: Bilbao España.

Berndt, T. (1997). Child Development. Segunda Edición. McGrawHill.

Boyd, C., Kostanski M., Gullone E., OUendick T y Shek D. (2000). Prevalence of anxiety and depression in Australian adolescents. [Internet]. Disponible en; <http://prevalenceofanxietyanddepressioninaustralianadoles/> [2004, junio 7]

Boisier, I. (Sin dato). Trastorno de ansiedad generalizada. [Internet]. Disponible en: <http://www.schilesaludmental.cl/ansiedad/Ansiedad.pps> [2004, Junio 6].

Bouissa (2004) Comorbilidad entre Enfermedad Bipolar y Trastorno de Pánico [Internet]- Disponible.http://www.mednet.org.uy/spu/boletin/Jun2004/junio_WEB.pdf [2004, junio 17]

Bower, G. H, (1987). Commentary on a mood and memory. [Internet]. Disponible en: <http://static.highbeam.com/.../december012000/> [2004, junio 8]

Caballo, V. y Simón, M. (2001). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente trastornos generales. Madrid: Pirámide

Cano, Vindel; (Sin dato). Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y El Estrés (SEAS). [Internet]. Disponible en: [http:// www-ucm.es/info/seas/](http://www-ucm.es/info/seas/). [2004, junio 8]

Cascardo, E. (2002). Comorbilidad entre el TAG y Trastornos del Eje 2 (DSM), implicancias en el tratamiento. Presentado en el 1er. Congreso Argentino Virtual de Psicofarmacología (CLANP)

Cascardo, E. y Resnik, P. (2003). Ansiedad Social y adolescencia una puerta abierta al abuso de sustancias. [Internet]. Disponible en http://www.centroima.com.ar/prensa_art_01.asp [2004, junio 8]

Centro de investigaciones medicas en ansiedad IMA. (sin dato). [Internet]. Disponible en: <http://www.centroima.com.ar/>. [2004, septiembre 1]

Chess, S., /Hassibi, M. (1986), Principies and Practice of Child Psvchiatry. New York: Plenum Press.

Chorpita, B. (2002). The tripartite model and dimensions of anxiety and depression: An examination of structure in a large school sarnple. [Internet]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/e^t^ez/query.fcgi?cmd=Ljnk&db=PubMed&dbFrom=PubVled&from_uid=12788112 [2004, junio 9].

Clark, L. A., y Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: clinic, evidence, and taxonomic implications. [Internet] Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=9122318&dopt [2004, Junio 11]

Clark, L. A., Watson, D., y Mineka, S. (1994). Temperament. personaliv. And the mood and anxiety disorders. [Internet]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_

uids=8040472&dopt [Junio 11]

Cobo C. (1992). La depresión del nacimiento a la adolescencia. Madrid:
Temas de hoy

Concepte de psicopatología infantil. (Sin dato) [Internet]. Disponible en:
http://www.tdx.cesca.es/TESIS_URV/AVAILABLE/TDX-0325104-101843/f6conceptedepsicopatologia.pdf. [2004, Julio 2]

Cyranovsky (2000), Factores neuroendocrinos. [Internet]. Disponible en:
<http://tetemed.utr.ac.za/6CVHAP/autores/trabajos/T350/> [2004, Junio 9]

Dagleish T., Taghavi R., Neshat-Doost H., Moradi A., Canterbury M, Yule W.
(2003). Patterns of Processing Bias for Emotional Information Across Clinical Disorders: A Comparison of Attention, Memory, and Prospective Coanition in Children and Adolescents With Depression, Generalized Anxiety, and Posttraumatic Stress Disorder. [Internet]. Disponible en. http://www.leaonline.com/doi/pdfplus/10.1207/S15374424JCCP3201_02 [2004, junio 8]

Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE] (2003).
Proyecciones de la población para el año 2004. Indicadores de Salud San Juan de Pasto. (Sin datos de edición)

Del Barrio (1997) la depresión Infantil [Internet] Disponible:
<http://www.psicologoinfantit.com/articulodepresion.htm> [2004, junio 15]

Fañanás (sin dato) Bases genéticas de la vulnerabilidad a la depresión
[Internet] disponible:http://www.cfnanvanra.es/salud/anales/textos/suple25_3.html
[2004, Junio 14].

Fendrich, M., Warner, V. y Weissman, M.M, (1990). Family risk factors parental depression, and psychopathology in offspring. [Internet]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101998000200006 [2004, junio 9]

Galletero, J., Guimón, J., Echeburúa, E., Yllá, L. y González, J- (sin dato). Etiología de la ansiedad. [Internet]. Disponible en: http://www.psicoter.es/art/etiolog_ansiedad.pdf [2004, junio 14]

García y Rodríguez (1997) Cuidados en el paciente con ansiedad y depresión [Internet] Disponible: <http://www.iespana.es/trastornosansiedad/bibliogr/depresio,htm> [2004, Junio 7]

Garber, J. (1984). Classification of childhood psychopathology: A developmental perspective. [Internet]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=6705631&dopt [2004, junio 14]

Gotlib, I. y Avison, W. (1993). Children at risk for psychopathology. [Internet], Disponible en: <http://www.ssc.uwo.ca/sociology/avison/VITA2004,WRA.doc> [2004, junio 12]

Gray, J. A. (1982). The Neuropsychology of Anxiety. [Internet]. Disponible en: <http://www.vankuyen.net/líbrary/summaries/Gray.htm> [2004, junio 16].

Gutiérrez J. (2004). Ansiedad y salud. Universidad de Barcelona. En Oblitas (Ed) Psicología de la salud. Planeta.

Hernández, L. (2000). La depresión infantil. [Internet]. Disponible en: <http://www.psicologoinfantil.com/articulodepresion.htm> [2004, Julio 3]

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1998). Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill

Ibáñez, M. (Sin dato). Psicopatología infantil. [Internet], Disponible en: <http://apuntes.rincondelvago.com/psicopatologia-infantil.html> [2004, julio 7]

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [ICBF] (Sin dato). I Congreso del ICBF y XI Congreso colombiano de prevención y atención del maltrato infantil. Santa Fe de Bogotá.

Judd, LL. (1994). When anxiety disorders are comorbid with major depression: social and clinical burden. En: Proceedings of the 147th Annual Meeting; Philadelphia. American Psychiatric Association.

Kashani, J. y Orvaschel, H. (1988). Anxiety disorders in midadolescence: A community sample. American Journal of Psychiatry, 145. 960-964.

Kashani, J- y Orvaschel, H. (1990). A community study of anxiety in children and adolescents. [Internet], Disponible en: <http://www.cps.nova.edu/faculty/Ffulltime/orvaschel/pubs.doc> [2004. Julio 7]

Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children Results of a randomized clinical population. [Internet] www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=lst_uids=8034812 [2004, Julio 8]

Kendell, R.E. (Sin dato) The stability of psychiatric diagnoses. [Internet]. Disponible en: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/160/1/4> [2004, julio 3]

Kerlinger, F.N. (1988). Investigación del comportamiento. México: McGraw-Hill

Last, C. G., Hersen, M., Kazdin, A. E., Finkelstein, R., y Strauss, C. C. (1987), Comparison of DSM-III separation and overanxious disorders Demographic characteristics and patterns of comorbidity. [Internet]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entre2/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=3654505&dopt [2004, junio 13]

Lilienfeld, S., Watctman, I. y Israel, A. (1994), A critical examination of the use of the term and concept of comorbidity in psychology research. (Sin datos de edición)

Loeber, R. (1991). Questions and advances in the study of developmental pathways. (Sin datos de edición)

Macías, J. y Del Teso F. (1998). Epidemiología, concepto, clasificación y evaluación clínica de los trastornos de ansiedad. [Internet]. Disponible en http://www.faes.es/cursos/cursoansiedadAP/curso/pdf_download/ENTREGA1.PDF [2004, junio 4]

Mardomingo M. (2001). Características clínicas de los trastornos de ansiedad infantil. [Internet]. Disponible en <http://www.ucm.es/info/Psi/programasnew/271.htm> [2004, Junio 10]

Marsh, E. y Graham., S. (2001). Clasificación y tratamiento de la psicopatología infantil. En V. Caballo (Ed). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Madrid: Ediciones pirámide.

McGee, R., Fehan, M., Williams, S-, Partridge, F., Silva, P. A., y Kelly, J. (1990). DSM-III disorders in a large sample of adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 29. 611-619.

Medellín G. y Tascón E. (1995). Crecimiento y desarrollo del ser humano Tomo II Edad escolar a adulto mayor. Bogotá: Guadalupe.

Méndez, Olivares y Ros (2001) Terapia de la conducta a la infancia [Internet] Disponible: <http://www.uib.es/estudis/programes/psicologia/1181.pdf> [2004, julio 1]

Messer, S.C., y Beidel, D.C, (1994). Psychosocial correlates of childhood anxiety disorders. [Internet]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/quey.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=7961353&dopt [2004, junio 4]

Ministerio de salud. (1998). Política nacional de salud mental. [Internet] Disponible en: <http://www.minsa.gob.pa/Saludmental/Plan%20Nal%20de%20SaludMental%20%20Pagina%20Web.pdf> [2004, Julio 2]

Monedero, C. (1990). Estudios de psicopatología evolutiva. Madrid: Biblioteca nueva

Montejo, A. (Sin dato). El trastorno mixto ansiedad- depresión, su abordaje y tratamiento. [Internet]. Disponible en: http://www.faes.es/cursos/cursoansiedadAP/curso/pdf_ciownload/ENTREGA3.PDF [2004, julio 3],

Morales de Casas (1997) El Desarrollo prenatal: la vida antes de nacer [Internet], Disponible: <http://www.Monografias.com/trabajos14/crecimientohum/crecimientohum-shtml#top>. [2004, junio 15]

National Comorbidity Survey. (Sin dato). [Internet]. Disponible en: <http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/index.html> [2004, junio 8]

National Institute of Mental Health. (2001). Brief Notes on the Mental Health of Children and Adolescents. [Internet]. Disponible en: <http://www.mentalhealth.org/publications/allpubs/CA-0006/default.asp> [2004, septiembre 10]

National Institute of Mental Health (NIMH) (2001). Facts About Anxiety Disorders. [Internet] Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov>. [2004, Septiembre 10].

Organización Mundial de la Salud (Sin dato) [Internet] Available: <http://www.oms.org/> [2004, Septiembre 2]

Papalia, Wendkos y Duskin (2003). Psicología del desarrollo. McGrawHill.

Piaget J. (1973) Seis estudios de psicología. Morgan editores: Bogotá.

Pita Fernández L. (2001). Tipos de estudios clínicos epidemiológicos. [Internet]. Disponible en; http://www.fisterra.com/mbe/investiga/6tipos_estudios/6tipos_estudio.ritm [2004, Julio 14].

Programa de Psicología (2004). Información estadística de practicas Área Clínica. Manuscrito no publicado. Universidad de Nariño, Pasto, Colombia.

Repiso, J. (2004). El método inductivo y el método deductivo. [Internet] www.paginadigital.com.ar/articulos/2004/2004terc/educacion1/e128219-4pl.asp [2004, Julio 14]

Reynolds, C. y Richmond, B. (Sin dato). CMAS-R Lo que pienso y lo Que siento manual de prueba. Madrid: TEA

Richmann (1996). Sobre la etiología de la extraversión y neuroticismo Eysenck. (Sin dato editorial)

Richters, J y Cicchetti D. (1993). Mark Twain meets DSM-III-R: Conduct disorder, development, and the concept of harmful dysfunction, Development and psychopathology, 5 - 29. (Sin dato editorial)

Rodríguez y Martínez (2001). Trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico en niños y adolescentes. En V. Caballo y M. Simón (Ed)

Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Madrid: Pirámide
Romeu, J, (Sin dato). Depresión en la infancia y la adolescencia. [Internet].
Disponible en: http://biblioteca.consultapsi.com/articulos/infancia/yunes_depre.htm [2004, junio 8]

Roth, M., Gurney, C., Garside. R.F. y Kerr, T.A. (1972). Studies in the classification of affective disorders. The relationship between anxiety states and depressive illnesses: I. BrJ Psychiatry;121:147-61

Royo (2004). Trastornos depresivos en la infancia y la adolescencia. [Internet]. Disponible en: <http://www.todopsicologiainfantil.com/news.asp> [2004, junio 10],

Saldaña, G. (Sin dato). Condicionamiento operante. [Internet]. Disponible [http:// www.monografias.com/trabajos11/condoper/condoper.shtml](http://www.monografias.com/trabajos11/condoper/condoper.shtml) [2004, Julio 2]

Sandín, B., Belloch, A., y Ramos, F. (1995). Teorías sobre los trastornos de ansiedad. En B. Sandín y A- Belloch (Eds.) Manual de psicopatología Vol 2, pp. 114-164. Madrid; McGraw-Hill.

Schapira, K., Roth, M., Kerr, T.A. y Gurney, C. (1972). The prognosis of affective disorders: the differentiation of anxiety states from depressive illnesses: I. Br J Psychiatry, 121(561): 175-81.

Siegel, J. (2002). Body Image Change and Adolescent Depressive Svmptoms. [Internet]. Disponible en:<http://jar.sagepub.com/cgi/reprint/17/1/27> [2004, junio 16]

Stavrakaki, C., Caplan-Williams, E., Waiker, S., Roberts, N., y Kotsopoulos, S. (1991). Pilot study of anxiety and depression in prepubertal children. Canadian Journal of Psychiatry, 36. 332-338.

Taboada A., Ezpeleta L, de la Osa N, (1998) Trastornos por ansiedad en la infancia y adolescencia: factores de riesgo. Ansiedad y Estrés. Universidad Autónoma de Barcelona. Pgs. 1 - 17.

Tamayo, R. y Zuluaga, A. (1998). Características epidemiológicas asociadas a psicopatología en niños y adolescentes. [Internet]. Disponible en: http://www.psiquiatria.org.co/revista/detalleArticuloHTML.php?id_articulo=122&anoFec=1998&mesFec=3 [2004, Junio 8]

Tisher M. y lang M. (Sin dato). Escala de depresión infantil. Manual de prueba. Madrid: TEA.

U.S. Department of Education (Sin dato) Como ayudar a su hijo durante los primeros años de la adolescencia [Internet]. Disponible en:<http://www.whitehouse.gov>. [2004, junio 13]

Vasey, M., Daleiden, E-, Williams, L., Brown, L (1995). Biased attention in childhood anxiety disorders: A preliminarv study. [Internet]. Disponible en:http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m0902/is_n2_v23/ai_17180290 [2004, junio 17]

Velásquez, J. (Sin dato). Diagnostico y manejo de la depresión mayor para el médico no psiquiatra. [Internet], Disponible en: <http://www.laboratoriosamerica.com.co/> [2004, junio 14].

Weissman, M.M., Leckman, J.F., Merikangas, K-R., Gammon, G.D. y Prusoff, B.A. (1984). Depression and anxiety disorders in parents and children: results from the Yale Family Study. [Internet]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=6466043&dopt [2004, junio 14]

Werner, E. (1993). Risk, resilience and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. [Internet]. Disponible en: <http://education.umn.edu/carei/Reports/Rpractice/Spring97/resilience.htm> [2004, junio 17]

Wicks-Nelson y Allen (1997) Psicopatología del niño y del adolescente [online] Available: <http://www.metabase.net/docs/unibe/01804.html> [2004, junio 16]

Wittig, A. (1984). Principios del condicionamiento clásico. En teoría y problemas de psicología del aprendizaje. Bogotá: McGraw-Hill.

Yunes, Braier (2002) Depresión en niños y adolescentes [Internet], Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple8.html> biblioteca.cnsuttapsi.com/articulos/infancia/yunes_depre.htm [2004, junio 10]

ANEXOS

Anexo A. Cuestionario CMAS-R original

SI

NO

Me cuesta trabajo tomar decisiones
 Me pongo nervioso (a) cuando las cosas no me salen como quiero
 Parece que las misas son mas fáciles para los demás que para mi
 Todas las personas que conozco me caen bien
 Muchas veces siento que me falta el aire
 Casi todo el tiempo estoy preocupado (a)
 Muchas cosas me dan miedo
 Siempre soy amable
 Me enoja con mucha facilidad
 Me preocupa lo que mis papas me vayan » decir
 Siento que los demás no les gusta cómo hago las cosas
 Siempre me porto bien
 En las noches, me cuesta trabajo quedarme dormido(a)
 Me preocupa lo que la gente piense de mi
 Me siento solo(a) aunque esté acompañadla)
 Siempre soy bueno(a)
 Muchas veces siento asco o nauseas
 Soy muy sentimental
 Me sudan las manos
 Siempre soy agradable con lodos
 Me canso mucho
 Me preocupa el futuro
 Los demás son más felices que yo
 Siempre digo la verdad
 Tengo pesadillas (muchas veces)
 Me siento muy mal cuando se enojan conmigo
 Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal
 Nunca me enojo
 Algunas veces me despierto asustado(a)
 Me siento preocupado(a) cuando me voy a dormir
 Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares
 Nunca digo cosas que no debo decir
 Me muevo mucho en mi asiento
 Soy muy nervioso(a)
 Muchas personas están contra mi
 Nunca digo mentiras
 Muchas veces me preocupa que algo malo me pase

Anexo B. Cuestionario CDS original

Mf F I Cn N

Me siento alegre la mayor parte del tiempo.
 Muchas veces me siento desgraciado en el colegio
 A menudo pienso que nadie se preocupa por mi.
 A menudo creo que valgo poco.
 Me despierto a menudo durante la noche.
 Pienso muchas veces que dejo, en mal lugar a mi madre / padre.
 Creo que se sufre mucho en la vida.
 Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago.
 Siempre creo que el día siguiente será mejor
 A veces me gustaría estar ya muerto,
 Me siento solo muchas veces
 Frecuentemente estoy descontento conmigo mismo.
 Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco.
 A veces creo que mi madre / padre hace o dice cosas que me hacen pensar que he hecho algo terrible.
 Me pongo triste cuando alguien se enfada conmigo.
 Muchas veces mi madre / padre me hace sentir que las cosas que hago son, muy buenas.
 Siempre estoy deseando hacer muchas cosas cuando estoy en el colegio.
 Estando en el colegio, muchas veces me dan ganas de llorar,
 A menudo soy Incapaz de mostrar lo desgraciado que me siento por dentro.
 Odio la forma de mi aspecto o de mi comportamiento.
 La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada.
 A veces temo que lo que hago pueda molestar o enfadar a mi madre/padre.
 Cuando me enfado mucho casi siempre termino llorando.
 En mi familia todos nos divertimos mucho Juntos.
 Me divierto con las cosas que hago.
 Frecuentemente me siento desgraciado/triste / desdichado.
 Muchas veces me siento solo y como perdido en el colegio.
 A menudo me odio a mi mismo.
 Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas.
 Frecuentemente pienso que merezco ser castigado.
 A menudo me siento desgraciado por causa de mis tareas escolares.
 Cuando alguien se enfada conmigo, yo me enfado con él.
 Casi siempre la paso bien en el colegio.
 A veces pienso que no vale la pena vivir esta vida.
 La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende
 A menudo me avergüenzo de mi mismo.
 Muchas veces me siento muerto por dentro.
 A veces estoy preocupado porque no amo a mi madre / padre como debiera.
 A menudo la salud de mi madre me preocupa/inquieta.
 Creo que mi madre / padre está muy orgulloso de mi.
 Soy una persona muy feliz.
 Cuando estoy fuera de casa me siento muy desdichado.
 Nadie sabe lo desgraciado que me siento por dentro.
 A veces me pregunto si en el fondo soy una persona muy mala.
 Estando en el colegio me siento cansado casi todo el tiempo,
 Creo que los demás me quieren, aunque no lo merezco.
 A veces sueño que tengo un accidente o me muero.
 Pienso que no es nada malo enfadarse.

Mf F I Cn N

Creo que tengo buena presencia y soy atractivo.
 Algunas veces no sé por qué me dan ganas de llorar,
 A veces pienso que no soy de utilidad para nadie.
 Cuando fallo en el colegio pienso que no valgo para nada.
 A menudo me imagino que me hago heridas o que me muero,
 A veces creo que hago cosas que ponen enfermo a mi madre / padre.
 Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero.
 Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche.
 Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer.
 Creo que mi vida es desgraciada.
 Cuando estoy fuera de casa me siento como vacío.
 La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser.
 A veces me siento mal porque no amo y escucho a mi madre /padre como se merece,
 Pienso a menudo que no voy a llegar a ninguna parte.
 Tengo muchos amigos.
 Utilizo mi tiempo haciendo con mi padre cosas muy interesantes.
 Hay mucha gente que se preocupa bastante por mi-
 A veces creo que dentro de mi hay dos personas que me empujan en distintas direcciones.

Nota

Mf Muy frecuentemente

F: Frecuentemente

I: Indiferente

Cn: casi nunca

N: Nunca

Anexo C. Índice de acuerdo entre jueces con respecto a cada ítem escala CDS

Ítem original	Ítem modificado	% AA	Observaciones	Decisión
Me siento alegre la mayor parte del tiempo.		100%		Se dejó igual al original.
Muchas veces me siento desgraciado en el colegio.	Muchas veces me siento triste en el colegio.	100%		Se modificó
A menudo pienso que nadie se preocupa por mí.	Muchas veces pienso que nadie se preocupa por mí.	100%		Se modificó
A menudo creo que valgo poco.	Muchas veces creo que valgo poco.	100%		Se modificó
Me despierto a menudo durante la noche.	Me despierto varias veces durante la noche.	100%		Se modificó
Pienso muchas veces que dejo, en mal lugar a mi madre / padre.	Pienso muchas veces que hago quedar mal a mis padres.	100%		Se modificó
Creo que se sufre mucho en la vida.		91%	- Creo que la vida es triste.	Se dejó la observación.
Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago.		100%		Se modificó
Siempre creo que el día siguiente será mejor.	Siempre creo que el siguiente día será mejor.	91%	- ...El día de mañana... - Dejar original.	Se modificó según las sugerencias
A veces me gustaría estar ya muerto.	A veces me gustaría estar muerto.	36%	- De cuidado frente a la población (6). - Debe eliminarse, se evalúa lo mismo en el ítem: "A veces creo que no vale la pena vivir"	Eliminado
Me siento solo muchas veces.		100%		Se dejó el original.
Frecuentemente estoy	Muchas veces me siento	73%	- ...Me siento	Se modificó

Ítem original	Ítem modificado	% AA	Observaciones	Decisión
descontento conmigo mismo.	mal conmigo mismo.		descontento... - Dejar original - Con frecuencia...	según las sugerencias
Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco.		91%	- ...más cansado que los otros niños. - Me canso con facilidad.	Se incluyó
A veces creo que mi madre / padre hace o dice cosas que me hacen pensar que he hecho algo terrible.	Mis padres hacen o dicen cosas que me hacen pensar que hice algo malo.	64%	-Creo que mis padres hacen o dicen...(2). -A veces creo que mis padres... -Creo que mis padres piensan que yo no hago las cosas bien	Se modificó según las sugerencias
Me pongo triste cuando alguien se enfada conmigo.	Me siento triste cuando alguien se enoja conmigo.	100%		Se modificó
Muchas veces mi madre / padre me hace sentir que las cosas que hago son, muy buenas.	Muchas veces mis padres me hacen sentir que hago las cosas bien.	91%	-...Que las cosas que hago son muy buenas	Se modificó según el porcentaje de aceptación.
Siempre estoy deseando hacer muchas cosas cuando estoy en el colegio.	Siempre deseo hacer muchas cosas cuando estoy en el colegio.	91%	-Siempre quiero...	Se modificó según las sugerencias
Estando en el colegio, muchas veces me dan ganas de llorar.	En el colegio muchas veces me dan ganas de llorar.	91%	-...siento ganas de...	Se modificó según las sugerencias
A menudo soy incapaz de mostrar lo desgraciado que me siento por dentro.	Muchas veces soy incapaz de mostrar lo triste que me siento.	64%	-...no puedo demostrar... -...que me siento por dentro. -...no soy capaz de mostrar...	Se modificó según las sugerencias
Odio la forma de mi aspecto o de mi comportamiento.	Me desagrada mi apariencia física o mi comportamiento.	91%	-...o lo que hago	Se modificó según las sugerencias

Ítem original	Ítem modificado	% AA	Observaciones	Decisión
La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada.		100%		Se dejó original
A veces temo que lo que hago pueda molestar o enfadar a mi madre / padre.	A veces me da miedo que lo que hago pueda enojar a mis padres.	100%		Se modificó
Cuando me enfado mucho casi siempre termino llorando.	Cuando me enojo mucho casi siempre termino llorando.	100%		Se modificó
En mi familia todos nos divertimos mucho Juntos.	En mi familia nos divertimos mucho.	36%	-...estando juntos -...juntos(6)	Se modificó según las sugerencias
Me divierto con las cosas que hago.		100%		Se dejó el original
Frecuentemente me siento desgraciado / triste / desdichado.	Frecuentemente me siento triste.	100%		Se modificó
Muchas veces me siento solo y como perdido en el colegio.	Muchas veces me siento solo en el colegio.	73%	-...solo y desubicado(2) -...solo y desorientado	Se modificó Según el porcentaje de aceptación
A menudo me odio a mí mismo.		91%	-...me siento mal con migo mismo	Se modificó según las sugerencias
Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas.	Muchas veces me dan ganas de quedarme acostado en las mañanas.	91%	- Dejar original	Se modificó
Frecuentemente pienso que merezco ser castigado.	Muchas veces pienso que merezco ser castigado.	100%		Se modificó
A menudo me siento desgraciado por causa de mis tareas escolares.	Muchas veces me siento triste por causa de mis tareas escolares.	73%	-...debido a mis tareas del colegio o de la escuela. - Aclarar: por tener que hacerlas o por	Se modificó

Ítem original	Ítem modificado	% AA	Observaciones	Decisión
Cuando alguien se enfada conmigo, yo me enfado con él.	Cuando alguien se enoja conmigo, yo me enojo con él.	100%	que las hace mal.(2)	Se modificó
Casi siempre la paso bien en el colegio.		100%		Se dejó el original
A veces pienso que no vale la pena vivir esta vida.	A veces pienso que no vale la pena vivir.	54%	- De cuidado frente a la población. Se evalúa lo mismo en el ítem. "A veces me gustaría estar muerto" (4)	Se modificó Según el porcentaje de aceptación
La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende.	La mayor parte del tiempo creo que nadie me comprende.	100%		Se modificó
A menudo me avergüenzo de mí mismo.	A veces me avergüenzo de mí mismo.	54%	-Muchas veces..(2) -Dejar original -...me da vergüenza... - A veces siento...	Se modificó según las sugerencias
Muchas veces me siento muerto por dentro.	Muchas veces me siento sin ánimo.	73%	- Dejar original. - Sin ánimo para que? - Muchas veces me siento sin ganas de hacer las cosas.	Se modificó según las sugerencias
A veces estoy preocupado porque no amo a mí madre / padre como debiera.	A veces me preocupo porque no amo lo suficiente a mis padres.	82%	-...a mi padre y/o a mi madre. - A veces me preocupo por que siento que ...	Se modificó Según el porcentaje de aceptación
A menudo la salud de mi madre me preocupa / inquieta.	A menudo la salud de mis padres me preocupa.	82%	-Muchas veces la salud de mi madre me preocupa. -Muchas veces me	Se modificó según las sugerencias

Ítem original	Ítem modificado	% AA	Observaciones	Decisión
			preocupa la salud de mis padres.	
Creo que mi madre / padre está muy orgulloso de mí.	Creo que mis padres están orgullosos de mí.	82%	-Dejar la original. -...muy orgullosos...	Se modificó según las sugerencias
Soy una persona muy feliz.		100%		Se dejó el original
Cuando estoy fuera de casa me siento muy desdichado.	Cuando estoy fuera de casa me siento muy triste.	100%		Se dejó el original
Nadie sabe lo desgraciado que me siento por dentro.	Nadie sabe lo triste que me siento.	91%	-...que me siento por dentro...	Se modificó según las sugerencias
A veces me pregunto si en el fondo soy una persona muy mala.	A veces me pregunto si soy una persona muy mala.	91%	- A veces creo que soy una persona muy mala	Se modificó según las sugerencias
Estando en el colegio me siento cansado casi todo el tiempo.	Me siento cansado la mayor parte del tiempo.	45%	- En el colegio me siento...(5) - Dejar original	Se modificó según las sugerencias
Creo que los demás me quieren, aunque no lo merezco.		91%	-Creo que no merezco que los demás me quieran.	Se modificó según las sugerencias
A veces sueño que tengo un accidente o me muero.		100%		Se dejó el original
Pienso que no es nada malo enfadarse.	Pienso que no es malo enojarse.	100%		Se modificó
Creo que tengo buena presencia y soy atractivo.	Creo que soy atractivo.	54%	- Creo que soy atractivo por mi apariencia física - Dejar original -...lindo,agradable, bonito(3)	Se modificó según el porcentaje de aceptación
Algunas veces no sé por qué me dan ganas de llorar.		91%	- Algunas veces me dan ganas de llorar sin saber por que.	Se modificó según las sugerencias
A veces pienso que no soy de utilidad para nadie.	A veces pienso que soy un inútil.	91%	- A veces siento que no soy útil para los	Según el

Ítem original	Ítem modificado	% AA	Observaciones	Decisión
			demás.	porcentaje de aceptación
Cuando fallo en el colegio pienso que no valgo para nada.	Cuando me va mal en el colegio pienso que no valgo nada.	100%		Se modificó
A menudo me imagino que me hago heridas o que me muero.		100%		Se dejó el original
A veces creo que hago cosas que ponen enfermo a mi madre / padre.	A veces creo que hago cosas que ponen mal a mis padres.	73%	-...que enferman a mis padres(2) - Dejar original	Se modificó según las sugerencias
Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero.		91%	-...por que no puedo...	Se dejó el original.
Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche.	Duermo bien y no me despierto durante la noche.	100%		Se modificó
Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer.		91%	-...la mayoría de cosas...	Se dejó el original
Creo que mi vida es desgraciada.	Creo que mi vida es triste.	82%	-...infeliz -...aburrida, dura	Se modificó según la aceptación.
Cuando estoy fuera de casa me siento como vacío.	Cuando estoy fuera de casa me siento solo.	100%		Se modificó
La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser.	No soy tan bueno como quiero ser.	82%	-Casi siempre creo que no soy... -Muchas veces creo que no soy ...	Se modificó según las sugerencias
A veces me siento mal porque no amo y escucho a mi madre /padre como se merece.	A veces me siento mal porque no escucho a mis padres como se merecen.	82%	-...a mi madre/padre... -..Por que no doy a mis padres la atención y el amor	Se modificó según el porcentaje de aceptación.

Ítem original	Ítem modificado	% AA	Observaciones	Decisión
Pienso a menudo que no voy a llegar a ninguna parte.	Muchas veces pienso que no voy a ser alguien importante.	73%	que se merecen. -...que no voy a lograr lo que me propongo. -Dejar original -...alguien importante en la vida.	Se modificó según las sugerencias
Tengo muchos amigos.		100%		Se dejó el original
Utilizo mi tiempo haciendo con mi padre cosas muy interesantes.	Utilizo mi tiempo haciendo cosas muy interesantes con mis padres.	91%	-...con mi padre	Se modificó Según el porcentaje de aceptación.
Hay mucha gente que se preocupa bastante por mí.		100%		Se dejó el original
A veces creo que dentro de mí hay dos personas que me empujan en distintas direcciones.		36%	-...me empujan a actuar en distintas -...es de difícil comprensión (3). -Que evalúa con respecto a la depresión?(3)	Eliminado

Anexo D. Índice de acuerdo entre jueces con respecto a cada ítem escala
CMAS

Ítem original	Ítem modificado	% AA	Observaciones	Decisión
Me cuesta trabajo tomar decisiones	Tengo dificultades en decidir lo que voy a hacer.	54%	-...para decidir... - Dejar original - ...para saber lo que quiero hacer - Me cuesta trabajo decidir lo que quiero hacer. -...dificultad para tomar decisiones	Se modificó según las sugerencias
Me pongo nervioso(a) cuando las cosas no me salen como quiero.	Me pongo nervioso cuando las cosas me empiezan a salir mal.	73%	- Dejar el original(2) -...cuando las cosas me salen mal.	Se modificó según la aceptación.
Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí.	Parece que las cosas son más fáciles para los demás.	73%	- Conservar el original(3)	Se dejó el original
Todas las personas que conozco me caen bien.		91%	-...me agradan.	Se dejó el original
Muchas veces siento que me falta el aire.		100%		Se dejó el original
Casi todo el tiempo estoy preocupado(a).		100%		Se dejó el original
Muchas cosas me dan miedo.	Tengo miedo de muchas cosas.	100%		Se dejó el original
Siempre soy amable.		100%		Se dejó el original
Me enojo con mucha facilidad.	Me enojo fácilmente.	100%		Se dejó el original
Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir.		100%		Se dejó el original
Siento que a los demás no les gusta cómo hago las cosas.		100%		Se dejó el original
Siempre me porto bien.		100%		Se dejó el original

Ítem original	Ítem modificado	% AA	Observaciones	Decisión
En las noches, me cuesta trabajo quedarme dormido(a).	Tengo dificultad en dormir cuando voy a la cama.	73%	...cuando estoy... - Dejar original - Se me dificulta dormir en las noches(2)	Se modificó según la aceptación
Me preocupa lo que la gente piense de mí		100%		Se dejó el original
Me siento solo(a) aunque esté acompañado(a).	Me siento solo aún cuando estoy con otros.	82%	- Me siento solo aunque esté con otras personas(2)	Se modificó Según las sugerencias
Siempre soy bueno(a).		100%		Se dejó el original
Muchas veces siento asco o náuseas.	Muchas veces siento ganas de vomitar.	100%		Se dejó el original
Soy muy sentimental	Siento rabia o tristeza fácilmente.	82%	- Más claro original(2)	Se modificó según la aceptación.
Me sudan las manos.		100%		Se dejó el original
Siempre soy agradable con todos.	Siempre soy muy amable con los demás.	100%		Se dejó el original
Me canso mucho.	Me siento cansado buena parte del tiempo.	73%	- Dejar origina l-...la mayor parte destiempo. - Me canso mucho.	Se modificó según las sugerencias
Me preocupa el futuro.	Me preocupa lo que pasará en el futuro.	91%	- Original mas claro	Se modificó según la aceptación
Los demás son más felices que yo.		100%		Se dejó el original
Siempre digo la verdad.		100%		Se dejó el original
Tengo pesadillas (muchas veces).	Muchas veces tengo pesadillas.	100%		Se modificó
Me siento muy mal cuando se enojan		100%		Se dejó el original

Ítem original	Ítem modificado	% AA	Observaciones	Decisión
conmigo.				
Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal.		91%	- Pienso que...	Se dejó el original
Nunca me enojo.		100%		Se dejó el original
Algunas veces me despierto asustado(a)		100%		Se dejó el original
Me siento preocupado(a) cuando me voy a dormir.		100%		Se dejó el original
Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares.	Me es difícil concentrarme en las tareas de la escuela.	91%	- Dejar original	Se modificó según la sugerencia
Nunca digo cosas que no debo decir.		100%		Se dejó el original
Me muevo mucho en mi asiento.		100%		Se dejó el original
Soy muy nervioso(a).		100%		Se dejó el original
Muchas personas están contra mí.	Muchas personas están en mi contra.	100%		Se dejó el original
Nunca digo mentiras.		100%		Se dejó el original
Muchas veces me preocupa que algo malo me pase		100%		Se dejó el original

Anexo E. Formato de evaluación de depresión

Criterios Episodio depresivo mayor

Presentación de cinco a más de las siguientes manifestaciones durante un periodo mínimo de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros. Acompañado de un estado de ánimo predominantemente irritable, o sensación de vacío.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen, o aumento de peso (Cambio de más del 5% del peso corporal en un mes). O el fracaso para lograr los aumentos de peso esperables.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día.
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi cada día.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día.
9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Los síntomas no son debidos a los efectos directos de una sustancia o una enfermedad médica.

Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Anexo F. Formato de evaluación ansiedad

Criterios Ansiedad generalizada

Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades, que se prolongan más de seis meses.

Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

La ansiedad y preocupación se asocian a uno o más de los seis síntomas siguientes: (Algunos de los cuales han persistido más de seis meses)

1. Inquietud o impaciencia
2. Fatigabilidad fácil
3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
4. Irritabilidad
5. Tensión muscular
6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).

El centro de la ansiedad no se limita a los síntomas de un trastorno del eje I.

La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.