

320825  
25  
24



# UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO

PLANTEL TLALPAN  
ESCUELA DE PSICOLOGIA  
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

"CARACTERISTICAS DEPRESIVAS OBSERVADAS  
A TRAVES DEL CDS (CUESTIONARIO DE  
DEPRESION PARA NIÑOS) EN UN GRUPO DE  
30 SUJETOS QUEMADOS"

## T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

MARIA TERESA GIRALDO  
BUITRAGO

Director: Lic. Víctor Hugo Dorantes Gutiérrez

Revisor: Lic. José Manuel Pérez y Farfán

México, D. F.

1993

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## INDICE

PAG.

INTRODUCCION.....	
CAPITULO I. ANTECEDENTES Y MARCO TEORICO.....	
1.1 Antecedentes históricos de la depresión infantil.....	2
1.2 Características de la Depresión en el niño.....	7
1.3 Antecedentes del Cuestionario de depresión para Niños "CDS".....	10
1.4 Estudios Sobre la depresión Infantil e instrumentos utilizados.....	12
1.5 Factores que predisponen la depresión en los niños.....	14
1.6 Aspectos físicos y emocionales como producto de los accidentes por quemaduras.....	19
CAPITULO II. METODOLOGIA	
2.1 Planteamiento del problema.....	32
2.2 Objetivo general.....	32
2.3 Objetivos específicos.....	33
2.4 Hipótesis.....	36
2.5 Variables dependientes, Independientes y Controladas.....	42
2.6 Definiciones conceptuales y operacionales de Variables.....	43
2.7 Población.....	52
2.8 Muestra.....	53
2.9 Tipo de Muestreo.....	55

2.10 Tipo de Investigación.....	55
2.11 Diseño.....	55
2.12 Instrumento.....	55
2.13 Procedimiento.....	65
2.14 Análisis estadístico de datos.....	67
CAPITULO III. RESULTADOS.....	69
CAPITULO IV. DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	133
4.1 Alcances, Limitaciones y Sugerencias.....	140
BIBLIOGRAFIA.....	
ANEXOS.....	
ANEXO I. Elementos del Cuestionario de depresión para niños "CDS". y hoja de respuestas del "CDS".....	

## RESUMEN

La presente investigación trató de establecer la relación entre las variables nivel socio-económico-sexo, tipo de paciente-apoyo psicológico y tipo de quemadura-lugar de la lesión y la manifestación de trastornos depresivos en 30 sujetos quemados de sexo masculino y femenino con una media de edad de 10.8. Se aplicó de manera individual, el inventario de depresión para niños "CDS", creado por Lang y Thisher (1978) y adaptado al español por Selsdedos (1986).

Los resultados obtenidos, nos revelan la presencia de depresión en los sujetos quemados encontrando correlación entre algunas subescalas del "CDS" y la edad y observando diferencias significativas en relación al lugar de la lesión y al tipo de quemaduras ya sea por fuego directo, electricidad y escaldaduras así como en función al apoyo psicológico recibido.

---

## introducción

## INTRODUCCION

La depresión ha sido motivo de estudio y controversia durante varios siglos, considerándola por mucho tiempo como un trastorno afectivo que se presentaba únicamente en los adultos; en las últimas décadas se ha reconocido también su presencia en los infantes, así pues, Lang y Thisher en 1978 (En Seisdedos, 1983), han considerado la depresión como una respuesta normal que varía en intensidad y calidad y que se encuentra también en los niños.

A pesar de considerar la presencia de la depresión en la infancia, sigue existiendo confusión y divergencia en cuanto al significado del concepto y al tipo de población en el que se presenta.

Los seres humanos nos vemos afectados por situaciones sociales y medio-ambientales que pueden generarnos un proceso depresivo. Es el caso del accidente por quemaduras en donde las situaciones que se presentan suelen ser devastadoras; cuando el accidentado es un niño, tales situaciones se tornan más difíciles ya que tienen que sufrir una larga hospitalización abundante en manejos médicos dolorosos y desagradables lo cual se auna a la separación necesaria de las figuras parentales y a las fantasías que se generan en el ambiente que rodea la enfermedad o el accidente.

Es por lo anteriormente mencionado, que este trabajo surge como un interés en determinar la presencia de características depresivas en los niños quemados y así realizar un tratamiento e intervención oportunos y adecuados.

Durante mucho tiempo se ha manifestado una gran necesidad de crear un método sistemático, estructurado y reaplicable para medir la entidad depresiva en la población

Infantil, de manera que surgen una gran cantidad de inventarios y entrevistas, dentro de los cuales, el CDS (Cuestionario de Depresión para Niños) que es utilizado en el presente estudio; el CDS, se divide en 8 subescalas: respuesta afectiva, problemas sociales, autoestima, preocupación por la muerte, sentimientos de culpabilidad, ánimo-alegría, depresivos varios y positivos varios.

El objetivo de esta investigación fue conocer la relación que existe entre cada una de estas subescalas y las variables consideradas en el estudio: sexo, edad, escolaridad, nivel socio-económico, tipo de familia, tipo de quemadura, localización, extensión y profundidad de la lesión; número de intervenciones quirúrgicas, complicaciones, tipo de cicatrización y tiempo de estancia intra-hospitalaria.

Las variables arriba mencionadas son propias de la población estudiada que corresponde a 200 sujetos cuyas edades oscilaban entre siete meses y 16 años de edad, los cuales habían sufrido accidentes por quemaduras ya sea por escaldaduras, fuego directo o electricidad; todos ellos, atendidos en el Instituto Para la Atención Integral Del Niño Quemado. Del total de la población se tomó una muestra de 30 sujetos de 8 a 15 años de edad, de los cuales, 19 fueron hombres y 11 fueron mujeres; 1 de 8 años de edad, 12 de 9 años de edad, 3 de 10 años de edad, 3 de 11 años de edad, 4 de 12 años de edad, 3 de 13 años de edad, 2 de 14 años de edad, y 2 de 15 años de edad, de todos ellos, 15 sufrieron quemaduras por escaldaduras, 2 por electricidad y 13 por fuego directo.

Se sabe que la Depresión es producto de varios factores etiopatogénicos, de los cuales se han considerado los factores psicosociales que rodean al paciente quemado y que pueden formar parte importante en la presencia de una depresión.

Desde hace poco tiempo, se han venido realizando una serie de mediciones de la depresión infantil; Doniz y Montoya (1992) realizan una investigación, interesadas en los factores de riesgo en la depresión infantil proporcionándole una gran importancia, a factores psicosociales como la separación de objetos importantes, la relación padre-hijo, las distorsiones cognitivas y los eventos vitales estresantes.

Wolff, (1970), observa que los niños que habían tenido experiencias traumáticas antes de su ingreso hospitalario, reaccionaban más desdichadamente.

Bernstein (1979), Calderón (1986) y Ravescroft (1982) a través de sus investigaciones concluyen que una situación desfavorable puede originar en cualquier ser humano un estado de tristeza o pena .

Existen pocos estudios relacionados de manera específica, con la presencia de depresión en la población infantil que ha sufrido accidentes por quemaduras. Roy, (1982) y Walker y Healy (1980): (Citados en Ramírez, y De La Vega 1986), estudiaron las reacciones emocionales de niños que fueron hospitalizados por quemaduras, encontrando depresión en ellos.

Dentro de los resultados observados en este estudio, se encuentra que los sujetos que sufrieron quemaduras en el hemitórax, en la cara, y en las extremidades superiores muestran mayor depresión. Los sujetos que sufrieron quemaduras por fuego directo también presentan depresión.

En relación al sexo de los sujetos y el nivel social al que pertenecen se observan algunas características depresivas manifestándose en los hombres de nivel socio-económico bajo y en las mujeres de un nivel social alto.

Los pacientes que se encontraban internados en el momento de la realización del estudio muestran algunas características depresivas de igual manera que aquellos que sufrieron lesiones por escaldadura en el hemitórax.

Se observó una mayor respuesta afectiva en los pacientes que recibieron apoyo psicológico; en los pacientes internos y en los que sufrieron quemaduras por fuego directo, o que se lesionaron la cara, el cuello y extremidades superiores e inferiores.

Los pacientes que recibieron apoyo psicológico durante la hospitalización se encuentran más concientes de los problemas sociales, de igual manera aquellos pacientes que sufrieron quemaduras por fuego directo, mostrando asimismo más dificultades para la interacción social y actitudes de aislamiento; por otro lado dichos pacientes obtienen puntuaciones altas en relación a los sentimientos, el concepto y las actitudes referentes a su propia estima y valor. De igual manera sucede con los que se lesionaron la cara, el cuello, el tórax y ambas extremidades

Los pacientes que recibieron apoyo psicológico durante la hospitalización muestran una mayor autoestima.

antecedentes y marco teórico

**CAPITULO I**

## ANTECEDENTES Y MARCO TEORICO

### 1.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA DEPRESION INFANTIL

En el diario vivir el ser humano se encuentra rodeado de eventos que influyen en él durante todo su desarrollo, dándole ciertas características al comportamiento que se manifiesta en el mismo. Casi todas las personas experimentan momentos de ansiedad durante el transcurso de su vida y también numerosos momentos de tristeza, aunque tal vez no sean tan frecuentes ni tan intensos que puedan llegar a clasificarse como depresivos.

La psiquiatría considera que la depresión puede referirse a un síntoma, a un síndrome o a una entidad nosológica. El síntoma elemental está caracterizado por una disminución en el estado-ánimo, que termina en tristeza. Como un síndrome o una entidad nosológica, la depresión se refiere a un grupo de síntomas que ocurren simultáneamente (Ey, Bernard y Brisset, 1965).

El estudio de la depresión se remonta a Hipócrates definiendo y utilizando el término melancolía que significa "bilis negra", consistiendo en un exceso de ésta en la sangre, actuando en el enfermo y causándole gran tristeza y abatimiento; un estado de depresión intensa vivenciado con un sentimiento de dolor moral y caracterizado por un entecimiento e inhibición de las funciones psíquicas y psicomotoras. "De esta descripción básica, nació el concepto clásico de la depresión", (Widlöcher, 1983 y Ey *et al.*, 1965). Volviéndose un término psiquiátrico a mediados de los años treinta a raíz de la crisis financiera denominada "La Gran Depresión" (Bar, 1989).

En Areteo de Capadocia (siglo II D.C.) se encuentra la primera descripción exacta del citado trastorno.

La tradición hipocrática es retomada por Galeno; reconocida hasta el siglo XVIII en donde Galeno describe a la melancolía como una enfermedad sin fiebre con una gran tristeza y un distanciamiento de las cosas queridas; retoma la idea de la bilis negra, afirmando que esta tiene efectos sobre el cerebro.

Sin ningún cambio por siglos, la tradición continúa en la medicina Árabe y en el siglo IX en Bagdad, Ishag b Imram, realiza un tratado acerca de la melancolía, siguiendo la línea hipocrática y galénica. También en la Europa cristiana los tratados al respecto se multiplicaron (en Widlöcher, 1983).

Desde entonces se han elaborado una gran cantidad de investigaciones, estudiando ampliamente el tema de la depresión, pero explicando su existencia como algo propio de los adultos, desarrollándose alrededor de esto, una gran variedad de líneas de investigación como: la teoría psicoanalítica, las teorías cognitivas, las teorías de aprendizaje y las teorías fisiológicas.

Hasta hace poco tiempo surge un gran interés por investigar la depresión como un síndrome o un trastorno que se presenta también en la infancia, sin embargo es considerado por muchos como una denominación abusiva al ser aplicada antes de la adolescencia, pese a que varios autores clásicos ya habían descrito su presencia en los niños. Se afirmó incluso que los niños estaban inmunizados contra los cambios de humor de larga duración, en donde Slater y Roth en 1969 afirman que este fenómeno no aparece antes de la pubertad (en Ajuriaguerra, 1973).

Dentro de los antecedentes históricos de la depresión en niños se encuentran datos de que la melancolía fue reconocida por los médicos desde el siglo XVII, publicándose algunos casos en el siglo XIX ( De la Torre, 1992 ).

Abraham en 1949, Klein en 1944, Rank en 1952 y Spitz en 1946 nombran diferentes formas de depresión infantil. Sin embargo, en las obras escritas de psicología infantil publicadas hasta mediados de los años sesenta, "son raras las alusiones a la depresión en la infancia y de las psicosis maniaco-depresivas". A partir de estos años ha aumentado considerablemente el interés y reconocimiento de su presencia en la infancia (en Seisdedos, 1983).

Algunas posturas parecían mostrar que ni los especialistas, ni la sociedad, daban credibilidad a que los niños pudieran deprimirse, pero en la década de los años setentas se manifiesta la existencia de una "depresión enmascarada" (Doniz y Montoya, 1992).

Por su parte, en 1921 Strecker y en 1931 Barret (en Doniz y Montoya, 1992), hicieron algunas observaciones en niños deprimidos desde antes de la segunda guerra mundial, pero estas no eran contempladas "como el inicio de la condición depresiva del adulto". Esta concepción se vio reforzada por las teorías que postulaban la existencia de un estado depresivo en el niño:

Klein en 1964 describe una "posición depresiva" existente en el lactante que se relaciona con su madre como un objeto con el cual mantiene una posición ambivalente, considerándolo como una fuente tanto de lo bueno como de lo malo, registrando una aflicción al perder o destruir al objeto malo, sintiendo culpabilidad y angustia de persecución (en Ajuriaguerra, 1973).

Hasta después de la segunda guerra mundial, se publican algunos trabajos en relación a síntomas depresivos en lactantes, enfatizando una gran prevalencia por alteraciones existentes en el establecimiento y la separación del objeto amado:

Los trabajos de Spitz (1969) describen la angustia del sexto mes en el niño normal que se convierte en lo denominado "depresión anaclítica" cuando el infante sufre una carencia emocional debida a una separación, caracterizada por un desinterés progresivo hacia el medio ambiente y pérdida del apetito; mostrando síntomas similares a los del duelo en el adulto.

En 1961 Bowlby (en De la Torre, 1992) escribe acerca del establecimiento de vínculos amorosos, al postular que de una adecuada interacción social y emocional durante la infancia se obtendrán vínculos normales; si se pierde el vínculo, se presenta la ansiedad resultante de una pérdida completa del objeto o por la presencia de figuras carentes de calidez y consistencia.

Por su parte Malher (1968), considera que la respuesta depresiva es una reacción afectiva comparada con la angustia intensa que algunos niños sienten ante el proceso de la individualización.

En 1955 Winnicott explica que la posición depresiva aparece en el momento del destete alcanzándose normalmente dicha posición en la segunda mitad del primer año de vida (en Ajuñaguerra, 1973). Freud (1922-1934) describe la ansiedad de separación llamándola "miedo a perder el objeto".

Doniz y Montoya (1992) comentan que en la década de los setentas, con la existencia del ya mencionado concepto de la "depresión enmascarada" y de los "equivalentes depresivos", se enfatiza que la depresión en el niño, "podría presentarse en ausencia de alteraciones claras del afecto, manifestándose por síntomas diferentes a los del adulto".

De la Torre (1992) menciona que la Unión Europea de Paidopsiquiatría concluye que "los estados depresivos forman parte de los trastornos mentales en los niños y los adolescentes".

Poznanzki y Zrull en 1970 y Phillips en 1979, describen que la depresión parental muestra una relación directa con el desarrollo y manifestación de la depresión en los niños. En 1971, Malmquist describe la depresión afectiva clínica en infantes y propone una clasificación, considerando las etapas del desarrollo. Por otro lado, Lewfkowitz y Burton en 1978, determinan que la sintomatología depresiva se puede encontrar en niños normales (en De la Torre, 1992), lo cual apoya finalmente la definición que en 1978 Lang y Thisher dan sobre la depresión (en Seisdedos, 1983) en donde se le considera como una "respuesta humana normal y que se encuentra en los niños."

Cuando se aborda el tema de la depresión en la infancia, la confusión es grande, admitida por unos y negada por otros, considerada por algunos como una excepción y por otros como algo que se presenta con relativa frecuencia, existiendo cierto desacuerdo de tipo teórico sobre la validez del concepto de "la depresión en la niñez." Sin embargo, Glaser en 1965 y Sperling en 1959, están de acuerdo con Toolan que en 1962 explica que los niños no presentan los síntomas de las reacciones depresivas de los adultos; al respecto, Ushakov y Girich en 1971 describen la depresión afectiva clínica: Dividen una muestra de estudio de 84 niños según la edad (hasta siete, siete-diez, once-catorce y catorce-

diecisiete años) y señalan que las diferencias intragrupos son fundamentalmente cualitativas mientras que las diferencias intragrupos son principalmente de tipo cuantitativo (en Seisdedos, 1983).

La gran cantidad de postulados teóricos que han surgido, enumeran diversas características de la sintomatología depresiva en el niño.

## 1.2 CARACTERISTICAS DE LA DEPRESION EN EL NIÑO

En 1969 Spitz comenta que un niño deprimido, se vuelve apático e indiferente a los contactos sociales y con sus padres. La conducta es la de un deprimido: falta progresiva de contacto, rechazo del entorno, retraso del desarrollo, lentitud en la reacción a los estímulos, lentitud de los movimientos, abatimiento, estupor y "expresión mímica que, en un adulto, evocaría la depresión " (en Widlöcher, 1983). Por otra parte, Calderón (1986), menciona que el periodo depresivo trae consigo, tristeza, desinterés, incapacidad de amar e inhibición psicomotriz.

Widlöcher (1983), por su parte comenta que el síndrome depresivo se caracteriza por dos rasgos fundamentales; la tristeza y la lentitud psicomotriz. La propia imagen queda profundamente desvalorizada (por reproches en faltas del pasado o las impotencias del presente), trastornos del sueño, anomalías en el comportamiento alimenticio y trastornos neurovegetativos. Manifestaciones físicas como trastornos del ritmo cardíaco, baja en la tensión arterial, trastornos digestivos y dolores. En niños particularmente, trastornos periódicos del carácter, descenso inexplicable de la eficacia escolar. En la adolescencia, a veces enmascarada por trastornos mentales.

Sabanes (1990), comenta por su parte que los niños manifiestan sus depresiones con trastornos del apetito, aislándose socialmente, fobias escolares, vómitos, insomnio, fatiga, aumento de peso, etc.

Cantwell y Carlson (1987), lo mencionan como una disminución en el estado anímico, aunado a síntomas de tipo vegetativo, psicomotor y cognitivo.

La American Psychiatric Association (1987) clasifica la depresión por su sintomatología, en niños, como quejas somáticas y agitación psicomotora. En adolescentes: conducta negativista o claramente antisocial, ingestión de drogas, deseos de huir de casa, agresividad, mal humor, resentimiento, desgano en cooperar en cuestiones familiares, aislamiento de actividades sociales, reclusión en la propia habitación, falta de cuidado en el aspecto personal y aumento de la emocionalidad con gran sensibilidad a las decepciones amorosas.

Harvey (1989) delimita claramente una serie de características en la niñez (posterior a los ocho años): vergüenza, culpa, falta de esperanza, baja autoestima, autocrítica excesiva, conducta masoquista, incremento en los sentimientos depresivos, conducta "acting-out"/tristeza, aislamiento y problemas escolares. En la adolescencia: inquietud por la imagen corporal y claras características depresivas futuras.

Para Beck (1967) y Davidson y Neale (1980), la depresión se describe como un estado de ánimo apático, tristeza, opinión negativa de uno mismo (autoreproches, represión de uno mismo), pérdida del sueño y del apetito, cambios en el nivel de actividad, volviéndose el paciente letárgico o agitado. Un deprimido puede también descuidar su imagen y emitir numerosas quejas hipocondríacas de malestares y dolores que al parecer no tienen

ninguna base de tipo físico. Se siente rechazado e inútil y puede ser aprehensivo, ansioso y estar abatido gran parte del tiempo.

Sperling (1959) admite como síntomas depresivos las perturbaciones del aparato digestivo, trastornos del sueño, el prurito, las cefaleas migrañosas, el retraso motor, etc.

Sandler y Joffe en 1965, encuentran una combinación de algunos de los siguientes rasgos: niños que parecen tristes, desgraciados o deprimidos sin que por ello sea necesario que se quejen de serlo, ni siquiera que sean concientes; niños que muestran cierto retraimiento, poco interés por las cosas, en forma momentánea o duradera, da la impresión de que se aburren; niños descritos como descontentos, raramente satisfechos y con la escasa capacidad para el placer; niños que dan la impresión de sentirse rechazados y no amados y prontos de abandonar los objetos que les decepcionan; niños no dispuestos a aceptar ayuda o consuelo, incluso cuando lo piden parecen aceptarlo manifestando decepción y descontento; niños con una tendencia a regresar a una pasividad oral; insomnio y otros trastornos de sueño, actividades autoeróticas y otras actividades repetitivas (en Ajuriaguerra, 1973).

Kolb (1973), señala que los niños que sufren depresión, tienen aspecto triste e infeliz, suelen aislarse socialmente y si se les pregunta, hablan de que nadie los quiere ni los ama. Con gran frecuencia tienen un concepto negativo de sí mismos. Verbalmente se describen como "estúpidos" o "malos", o usan alguna otra palabra descriptiva que exprese "maldad, fracaso o asco". A menudo muestran dificultad para controlar sus impulsos agresivos, por ejemplo cuando pelean, muerden o cometen actos destructivos contra personas u objetos físicos. También expresan agresión en forma sutil, por ejemplo, molestando a otros. La enuresis y el insomnio, pueden acompañar a la depresión así como el autoerotismo excesivo.

En 1972 Fromer afirma que la depresión en la infancia es un mal común que se manifiesta frecuentemente con una sintomatología somática. "Se debe sospechar la existencia de depresión en los niños que se quejan de malestares abdominales recurrentes no específicos, dolores de cabeza, problemas de sueño o temores irracionales o presentan alteraciones del humor, tales como irritabilidad, llantos incomprensibles o expresiones asociadas a mal temperamento" (en Seisdedos, 1983).

Por último, Seisdedos (1983), alude a las diferentes características enumeradas en los trabajos sobre la sintomatología de la depresión en la infancia, resumiéndola en: respuesta afectiva, que incluye sentimientos de tristeza, desgracia y llantos; autoconcepto negativo, caracterizado por sentimientos de inadecuación, poca autoestima, inutilidad, desamparo, desesperanza y falta de cariño; disminución de la productividad mental y de los impulsos: como el aburrimiento, falta de energía, descontento, poca capacidad para el placer y para aceptar la ayuda o el confort, así como retraso motor; problemas psicosomáticos manifestados por dolores de cabeza y abdominales, insomnio u otras perturbaciones del sueño; preocupación por la muerte o enfermedad, el yo o los otros, así como pensamientos suicidas y sentimientos de pérdida (real o imaginaria); problemas de agresión con irritabilidad y explosiones de mal humor.

### 1.3 ANTECEDENTES DEL CUESTIONARIO DE DEPRESION PARA NIÑOS "CDS"

Las características enumeradas por Seisdedos, se tomaron como conceptos operativos para definir la entidad que intenta evaluar el CDS (Cuestionario de Depresión para niños), que surge como una necesidad de elaborar un método sistemático, estructurado y reaplicable para medir la entidad depresiva en los niños. Para dicho instrumento, se elaboran elementos referentes a las características ya mencionadas; en su construcción

se tuvo en cuenta el contenido de los informes psiquiátricos, las historias recogidas en el TAT (Test de Apercepción Temática) y las hojas de respuestas del FIS (Test de Frases Incompletas para Niños), en niños con depresión, así como las descripciones de las experiencias de fenómenos depresivos presentados en la literatura. En la redacción se intentó describir dichas experiencias de modo que fueran reconocidas por los niños si de alguna manera las poseían y fue depurada por una muestra de niños en tratamiento, a los que se pidió que comentaran o modificaran dicha redacción o contenido y sugirieran nuevas frases según sus experiencias. El resultado final fue una escala con 66 elementos, agrupados en subescalas intentando que cubrieran muchas de las características de la depresión en los niños.

La necesidad de construir un método sistemático, estructurado y reaplicable para medir la depresión infantil, fue señalado por el subcomité de evaluación dirigido Kovacs, que junto con Beck, han intentado ampliar la aplicación del BDI (Inventario de Depresión para Adultos), a una muestra de niños; realizando un estudio piloto. Con esta excepción no se conocía ningún otro intento de medida escalar para investigar la depresión en la infancia al momento de construir el CDS, o por lo menos, no se había publicado ningún test en esta línea. La escala CDS, difiere del trabajo de Kovacs-Beck en que no ha sido elaborada a partir de un test para adultos; sino que, se ha diseñado específicamente para niños (Seisdedos, 1983).

Se realiza la adaptación española del CDS, la cual disminuye en gran parte las diferencias transculturales que pudieran presentarse. (De la Torre, 1992).

Delsordo (1986), llevó a cabo un estudio de validez de criterio en nuestro país con muestras clínicas.

De los inventarios autodescriptivos el CDS es el instrumento del que se obtienen más datos de confiabilidad y validez. De la Torre (1992), realiza un estudio piloto sobre la validez del cuestionario de depresión para niños (CDS), concluyendo que, por si solo no brinda un diagnóstico preciso, sin embargo, De la Torre comenta en relación a las escalas o cuestionarios; que no proporcionan un diagnóstico, sino que son una herramienta útil que facilitan al clínico una evaluación más completa y precisa acerca de la severidad de la depresión así como su presencia.

#### 1.4 ESTUDIOS SOBRE LA DEPRESION INFANTIL E INSTRUMENTOS UTILIZADOS.

Se han realizado mediciones de la depresión infantil a través de una serie de entrevistas e inventarios, diseñados con fines de detección. De la Torre (1992), enumera varios inventarios:

- Children's Depression Inventory (CDI, Kovacs y Beck, 1977). Se aplica entre los 7 y los 17 años. Se especifica una duración de la sintomatología de 2 semanas; es un inventario derivado del BDI (Beck Depression Inventory, para adultos). Es una investigación realizada para determinar sus propiedades psicométricas, encontrándose datos que sugieren que el CDI, mide un constructo multidimensional que se sobrepone a otros trastornos en los niños, especialmente con la ansiedad. Se ha concluido que se requieren más estudios para confirmar su utilidad clínica y en investigación.
- Short Children's Depression Inventory (Short-CDI, Carlson y Cantwell, 1979), se aplica entre los 7 y los 17 años. Especifica una duración de la sintomatología de la semana anterior de su aplicación. La confiabilidad no se reporta.

- Self-Rating Scale (SRS, Birlerson, 1980), aplicado a niños de 7 a 13 años de edad. Con validez de criterio y de contenido. Sus elementos se sometieron a análisis con buenos resultados. Pone énfasis en el estado de ánimo, la disforia y la anhedonia y no cubre todos los criterios del trastorno.
- Modified Zung (M- Zung, Lefkewitz y Tesiny, 1980), es aplicable a niños entre cuarto y quinto grado. No cubre todos los criterios del trastorno, no se reporta duración de la sintomatología ni la confiabilidad. Se derivó de una escala para adultos.
- Beck Depression Inventory (BDI-A Modificado para adolescentes, Chiles y Cols., 1980), se aplica a adolescentes entre 13 y 15 años. Tiene consistencia interna y se demostró su confiabilidad.
- Center For Epidemiological Studies Depression Scale (modificado para niños CES-D, Weissman y Cols., 1980). Se aplica de los 6 a los 17 años. La sintomatología reportada se refiere a una semana antes de la aplicación. El Instrumento demostró poca confiabilidad y validez en los niños pero tuvo propiedades psicométricas adecuadas para los adolescentes. Se recomienda más investigación sobre su validez.

Nuevamente De la Torre (1992), enumera diversas entrevistas que pueden ser llevadas a cabo para la investigación de la depresión. Son de extrema importancia en el trabajo clínico y en el momento de la confirmación de un caso. Estas requieren de ser aplicadas por personal especializado. Para el caso del estudio epidemiológico resultan poco prácticas.

- Children's Depression Rating Scale (CDRS, Poznanski y Cols, 1979). Se realizó con

base en la escala de Depresión Para adultos conocida como "Hamilton Depression Scale". Se aplicó a niños hospitalizados de 6 a 12 años, realizando otro estudio en población pediátrica. Se concluye con la necesidad de realizar más estudios en este tipo de población.

- KIDDIE- SADS (Chambers Y Cols., 1978). Los reactivos se seleccionaron con base en los criterios del RDS (Research Diagnostic Criteria), cuya tipología determinó las subescalas de esta entrevista. Permite el diagnóstico en niños de 6 a 16 años de edad. Su aplicación y puntuación dependen del juicio clínico. Tiene confiabilidad y validez de contenido. Se deriva de una escala de adultos (SADS). Se realizan investigaciones, mostrando que la evaluación retrospectiva de la psicopatología infantil, basada en entrevistas con los padres y los niños, puede ser una técnica muy confiable.
- Bellevue Index of Depression (BID, Pelti, 1978). Entrevista estructurada que ofrece alternativas de respuestas estructuradas. Su confiabilidad se demostró por el acuerdo entre observadores. Su validez de contenido se obtuvo con los criterios de Freinberg y el DSM-111. Se aplica a los niños de 6 a 12 años.

#### 1.5 FACTORES QUE PREDISPONEN LA DEPRESION EN LOS NIÑOS.

En el estudio de la depresión y su etiología, se han propuesto una amplia gama de factores etiopatogénicos.

Akiskal y Weiler en 1989, dicen que es muy probable que sean varios factores etiológicos, los que intervienen de manera separada. Señalando la posibilidad de que algunos de los factores de riesgo para los trastornos depresivos, sean comunes a niños, adolescentes

y adultos clasificándolos en factores genéticos , biológicos y psicosociales (en Doniz y Montoya, 1992).

Para los factores genéticos, Doniz y Montoya (1992) citan a Kolb y Brodie que en 1985 reconocen que la psicosis maniaco-depresiva es veinticinco veces más frecuente entre los hermanos de pacientes maniaco-depresivos que entre la población en general. Mendlewics (1988) apoya los datos previos de que un factor dominante ligado al cromosoma X participa en la transmisión de la predisposición a la enfermedad maniaco-depresiva (en Doniz y Montoya, 1992).

Los factores biológicos pueden ser:

- Neuroquímicos; Shatzberg et al. en 1989 los enuncian como aquellos que se refieren a los "niveles de catecolaminas y metabolitos en los pacientes deprimidos" (en Doniz y Montoya, 1992).
- Neuroendócrinos; Sachar en 1975 y Puig-Antich en 1979, se refieren a éstos como "una alteración en el ritmo circadiano de secreción de cortisol, similar a la que presentan los adultos con depresión mayor" (en Doniz y Montoya, 1992).
- Neurofisiológicos; Kupfer en 1979, menciona "un incremento en la latencia al primer episodio de sueño de movimientos oculares rápidos en los niños deprimidos" (en Doniz y Montoya, 1992).

Para Doniz y Montoya (1992), "una respuesta favorable a los antidepresivos sugiere la intervención de factores biológicos, determinados probablemente de manera genética,

en los niños con estos trastornos. Tomando con cautela estos hallazgos debido a la confusión semántica y a la dificultad del diagnóstico y de los métodos de evaluación utilizados en los diferentes estudios. Sin embargo, no se debe negar su existencia".

Se contemplan también los factores psicosociales, que son divididos según Doniz y Montoya (1992), en separación de objetos importantes, relación padre-hijo, distorsiones cognitivas, eventos vitales estresantes.

Los factores sociales han sido estudiados bajo diferentes rubros; estresores sociales, entradas y salidas de eventos, eventos vitales indeseables y deseables, factores predisponentes, evento vital, circunstancias estresantes, eventos estresantes sociales y eventos estresantes vitales.

En los sujetos que han sufrido accidentes y como causa de ellos han tenido que ser hospitalizados, los factores sociales planteados como etiología resultan ser los de mayor importancia si se observa que todo lo que rodea al paciente es una situación saturada de estímulos negativos.

Doniz y Montoya (1992) comentan que la separación de los objetos importantes es una característica propia de muchos sujetos deprimidos. La enfermedad en el niño y el adolescente, es sentida de una forma particular ya que estos deberán separarse de su familia y en general de sus seres queridos. Por otro lado Ajuriaguerra en 1973 menciona que la hospitalización puede causar reacciones inmediatas en el momento mismo de la separación, manifestándose, incluso, hasta gritos con llantos y negativas a quedarse en el hospital.

Para Haller, Talbert y Dombro (1978), la separación durante la hospitalización es el principal trastorno que sufre el niño, alejándose por necesidad, de cosas como los juguetes, actividades escolares y otros eventos recreativos, así como de personas importantes para él, como son sus padres, hermanos y amigos.

El hecho de ser internado y entrar a otro ambiente es extraño y en ocasiones la adaptación puede ser realmente difícil y esto se complica cuando se manifiesta una enfermedad; por lo tanto es posible que el paciente no sea tan adaptable como cuando se siente bien, siendo la enfermedad una complicación severa de la separación, causando en el paciente un gran impacto (Freedman y Kaplan, 1967).

Para Ramírez y De la Vega (1986), es claro el hecho de que el hombre tiene un miedo fundamental a ser abandonado y de su necesidad de ser querido, de pertenecer y ser socialmente aceptado; lo que se intensifica durante la enfermedad.

Las distorsiones cognitivas resultan ser otro de los aspectos presentes en los pacientes hospitalizados por enfermedad o por el suceso de algún accidente; Doniz y Montoya (1992), se refieren a ellos como todas las actitudes negativas hacia el mundo, hacia sí mismo y hacia el futuro, características del pensamiento de los sujetos deprimidos.

Wolff (1970) señala que el tipo de dificultades que cabe esperar y como resultado de una enfermedad física crónica, son los trastornos tales como: la ansiedad, los temores, las pesadillas, el comportamiento sobreinhibido y la negatividad.

Los niños que han sufrido una experiencia traumática, como en el caso de los accidentados, reaccionan desdichadamente, con actitudes de derrota y negativismo.

Los eventos vitales estresantes son otra característica ya citada por Doniz y Montoya (1992); como un suceso presente en los sujetos deprimidos, "incluyendo todos aquellos hechos que ocurren en la vida de los sujetos, que demandan cambios adaptativos", tal es el caso del lesionado en un accidente que amerita hospitalización donde, en este caso, el niño tiene que sufrir por fuerza un arduo y complicado proceso de adaptación.

Ajuriaguerra (1973) considera que la enfermedad provoca en el niño un cambio en la experimentación de su estado corporal, acompañado o no de dolor, con fiebre, cansancio y un estado de angustia más o menos conciente que puede ser provocado por la misma enfermedad o por lo que se imagine el niño, y de elementos particulares unidos a una perturbación "subsiguiente de las costumbres y el establecimiento de un nuevo modo de relaciones en el contexto de los contactos familiares o sociológicos".

Del clima emotivo en el que se encuentre el niño y el lugar de tratamiento, dependerá, en gran parte, el tipo de reacción que tenga el pequeño paciente frente a la enfermedad. Para Haller *et al.* (1978), el hospital representa un lugar nuevo, generador de ansiedades, que presenta grandes limitaciones para el desarrollo de actividades; la enfermedad suele limitar, significativamente la actividad física del niño. "Existen sólidas evidencias de que la actividad física es uno de los medios que permiten disipar la ansiedad".

En un hospital, es común que una enfermera despierte al paciente en la madrugada cuando, incluso, recientemente ha quedado dormido, para someterlo a la rutina del termómetro y de la presión arterial, a la administración de medicamentos o a la toma de muestras sanguíneas o bien a cualquier tipo de manejos médicos dolorosos y desagradables.

Para Wolff (1970) los niños que habían tenido experiencias traumáticas antes de su ingreso hospitalario, reaccionaban más desdichadamente; Kanner (1972), comenta que las complicaciones que se presentan en este tipo de hospitalización son comunmente las infecciones, baja de peso, pérdida de la fuerza física y la alegría.

El accidente por quemaduras es por sí mismo uno de los más traumáticos; durante el cual, el niño se enfrenta al dolor, a la pérdida y a la angustia continua.

#### 1.6 ASPECTOS FISICOS Y EMOCIONALES COMO PRODUCTO DE LOS ACCIDENTES POR QUEMADURAS

Las quemaduras son lesiones bastante frecuentes y estas pueden ir desde eritemas solares hasta lesiones catastróficas. Estas quemaduras pueden ser causadas por una amplia variedad de agentes como lo son, la electricidad, el fuego directo y las escaldaduras (estas últimas, pueden ser producto de líquidos calientes en general y vapor), también pueden presentarse por contacto con sustancias químicas e irradiaciones (Krupp y Chatton 1979).

Para los fines que persigue este estudio, se dará mayor importancia a los primeros tres factores mencionados.

"La destrucción térmica de la piel produce alteraciones locales y generales tan graves y tan diversas, que las lesiones por quemaduras constituyen el prototipo para el estudio de todos los traumatismos mayores, los cambios generales hemodinámicos, metabólicos y nutricionales iniciales y continuados y la alteración del mecanismo de defensa del huésped contra la infección son tan sólo un reflejo de los profundos cambios de la herida local".

"La piel es por su tamaño y su peso, el órgano más grande del cuerpo; si la pérdida de un área considerable, no es remplazada por la propia piel del paciente, es incompatible con la vida". La piel tiene las funciones de protección del medio ambiente, así como de la sensibilidad y regulación de la temperatura. Es también la parte que nosotros presentamos al mundo. (Ramírez y De la Vega, 1986). Está compuesta básicamente de una capa superficial llamada epidermis y por debajo otra, denominada dermis que es mucho más gruesa que la primera (corion). La profundidad de la quemadura estará en relación directa con dichas capas, siendo de primero, segundo y/o tercer grado, según hasta que profundidad alcance la lesión (Cole y Prestow, 1976).

Krupp y Chatton (1979), establecen que la decisión de internamiento del paciente que ha sufrido lesiones por quemaduras, se toma en relación directa al agente causal y profundidad de la lesión.

El cuidado del paciente que ha sufrido quemaduras es muy delicado debido a que cualquier desequilibrio físico puede propiciar la mortalidad. La profundidad y extensión de la lesión, son de extrema importancia para la expectativa de vida que tiene el paciente, ya que las quemaduras de tercer grado y una quemadura extensa pueden ocasionar fácilmente la muerte del paciente.

El reporte del Hyperbaric Oxygen Therapy Committee (1986), contempla a las heridas por quemaduras como un proceso complejo que se caracteriza por una zona de coagulación rodeada por otra de enrojecimiento e inflamación con estancamiento del flujo sanguíneo y lesión por falta de oxígeno, lo cual puede generar necrosis de la piel e inclusive de algún miembro o parte del cuerpo.

Goodstein (1985) menciona que, con la destrucción de la barrera de la piel el paciente se vuelve vulnerable a muchas enfermedades considerando de gran importancia el riesgo de la infección.

El paciente quemado es un paciente que corre un alto riesgo físico y su manejo médico se vuelve muy complicado. Por razones naturales los individuos más vulnerables son los que padecen de enfermedades crónicas y los que se encuentran en los extremos de la vida, los ancianos y los niños; en ellos una quemadura aparentemente pequeña puede amenazar la vida o comprometer permanentemente la función.

Comenta Bernstein (1979), que durante la estancia hospitalaria, se llevan a cabo curaciones continuas sobre la herida del paciente llamadas debridaciones, en donde, la piel lesionada es eliminada retirando del área todos los restos y desechos del mismo cuerpo que cubren la lesión (escara) a fin de mantenerla limpia y favorecer así la cicatrización. Tal procedimiento resulta en extremo doloroso ya que por lo general, el manejo se realiza sin ningún fármaco que evite o disminuya el dolor debido a las variadas complicaciones que se pueden presentar.

Además del manejo médico cotidiano: curaciones, administración de medicamentos orales, intramusculares o intravenosos, pueden llevarse a cabo muchas otras intervenciones, ya que los pacientes quemados llegan a requerir de servicios médicos y quirúrgicos intensivos (injertos, lavado quirúrgico, amputaciones, etc), y de otras especialidades como por ejemplo manejos respiratorios, terapia física etc, lo que resulta ser en ocasiones una experiencia dolorosa, principalmente en el niño. (Ochitill , 1984).

Para Bernstein (1979), la sala de quemados es un lugar común para que los pacientes padezcan dolor, deformaciones, incapacidad, e inmovilidad o incluso morir.

La estancia, por lo general, es relativamente larga ya que la regeneración de la piel y el tejido lesionado no se lleva a cabo mientras el proceso de curación no alcance un equilibrio, etapa que abarca mucho tiempo. El período del proceso de curación o cicatrización, esta directamente relacionado con la formación del tipo de dicha cicatrización, así pues; en pacientes que tardan hasta diez días en su curación, se presenta cicatriz hipertrófica en el 4% del total de los pacientes; en pacientes que tardan hasta catorce días en su curación, se presenta cicatriz hipertrófica en el 14% de dichos enfermos; en pacientes que tardan hasta veintiu días en su curación, se presenta cicatriz hipertrófica en el 28% del total de dicha población; en pacientes que tardan más de veintiu días en su curación, se presenta cicatriz hipertrófica en el 70% de los mismos.

La terapéutica de las quemaduras, se dirige entonces, a disminuir el edema y a conservar el tejido viable y así fomentar la defensa del paciente en relación a la infección propiciando la cicatrización. (Hyperbaric Oxygen Therapy Comitee Report, 1986).

Resulta común que los pacientes que han sufrido quemaduras, presenten secuelas emocionales y físicas, incluida en estas últimas la cicatriz hipertrófica, contracturas que causan incapacidad y deformación impidiendo en ocasiones un adecuado crecimiento; puede también existir la pérdida de miembros que incapacitan físicamente al niño. Existe igualmente la posibilidad de la presencia de deformaciones importantes (principalmente en cara).

Las secuelas físicas pueden requerir de algún tipo de corrección quirúrgica para lo cual probablemente el niño, una vez más, necesite de ser hospitalizado.

Bernstein (1979), Calderón (1986) y Ravenscroft (1982), consideran la pérdida o una situación desfavorable como algo que puede originar en cualquier persona un estado de tristeza o pena. Los problemas físicos afligen a toda la gente y el que más destrucción social provoca, es aquel que resulta ser más visible. Estos problemas traen consigo alteraciones de la función social y psicológica; es el caso de un paciente que ha sufrido quemaduras ya que estas, comunmente, implican un reconocimiento por la visibilidad de las heridas. Las extensas señales e incluso una pequeña, estratégicamente colocada, puede crear traumas psicológicos significativos con consecuencias importantes para el paciente. Las contracturas físicas causan incapacidad y apariencia grotesca, teniendo un efecto importante sobre la autoimagen. Las actitudes que puedan generarse al rededor de un niño que ha sufrido quemaduras, resultan fundamentales dentro del terreno del desarrollo emocional.

Bernstein (1979), considera que existe en la gente un gran miedo a tocar y a acercarse a una persona que tiene lesiones que podrían tocarse fácilmente, como es el caso específico de las manos, ya que de tocar una cicatriz, resulta una extraña sensación.

Confrontarse con un daño facial rompe desde dentro con la seguridad y la confianza de sí mismo en la vida diaria. Lo que rodea al paciente quemado normalmente es miedo, horror, repulsión o incomprensión así como una ansiedad de castración e inseguridad personal; para el paciente la lesión por sí misma puede ser repulsiva en lo que es sucio y feo. Todas estas experiencias presentes se relacionarán directamente con el nivel de autoestima y el rol que la persona desempeñará en un futuro. Para muchos de los pacientes, las contracturas y desfiguraciones por quemaduras son causa de múltiples operaciones y tratamientos que en conjunto a todo lo demás que rodea al paciente, pueden generar depresión .

Calderón (1986) enuncia como determinantes psicológicos de la depresión: la mala integración de la personalidad en la etapa formativa y la pérdida de la salud. En la última incluye: a las enfermedades con peligro de muerte, enfermedades que originan incapacidad física, enfermedades que determinan alteraciones estéticas y enfermedades que afectan la autoestima.

El niño que ha sufrido quemaduras, ha tenido una irrupción en su formación emocional y en la integración de la personalidad, ha sufrido también un accidente que no es enfermedad, pero que lo cursa como si lo fuera, causándole peligro de muerte, incapacidad física y alteraciones estéticas, afectando seriamente su autoestima.

Para Ramírez y De la Vega (1986), uno de los problemas más graves en la práctica pediátrica, es el de las quemaduras. Para Goodstein (1985) y Calderón (1986), una persona que ha sufrido quemaduras, en este caso un niño o un preadolescente, en las primeras horas de hospitalización, se encuentra en un estado de shock en el cual generalmente se muestra lúcido, confundido, vagamente orientado y calmado, pero emocionalmente se encuentra disociado de la situación; este periodo se presenta aproximadamente durante las primeras 48 horas, relacionándose con la etapa que médicamente se considera crítica. En la fase posterior, el paciente muestra más conciencia y preocupación por sobrevivir y pregunta constantemente si lo logrará, encontrándose particularmente interesado en el tiempo de vida más que en la calidad de la misma. En las primeras semanas los pacientes manifiestan ansiedad, con sueños y pensamientos llenos de temor y vergüenza en relación a su apariencia y función. Surgen temores hacia los procedimientos médicos y curaciones (debridación), mostrando una gran ansiedad y verbalizando un profundo temor con respecto a la limpieza de sus heridas. La posibilidad de una intervención quirúrgica se vuelve tormentosa, en donde

la anestesia provoca especial temor por la analogía en la mente del paciente entre el sueño y la muerte. En estos pacientes una operación sucede a otra, en donde el contacto del personal con el paciente es muy distante y superficial, esta relación es totalmente insatisfactoria para el niño ya que principalmente el infante tiene necesidades emocionales y mucho miedo al hospital, a la operación y a la muerte.

En 1980 Dickers (en Calderón, 1986), encuentra importante el estado emocional, ya que los problemas afectivos pueden complicar su trayectoria vital pos-operatoria. Considera diversas razones por las cuales la intervención quirúrgica es de trascendencia emocional para el enfermo ya que el simple hecho de que se encuentre hospitalizado es porque el problema no es fácil de resolver, la intervención quirúrgica, puede afectar su capacidad física o su integridad estética y tendrá miedo ante la posibilidad de secuelas de incapacidad o deformidad.

Por último, la hospitalización implica un aislamiento del medio familiar. Nuevamente, todo esto predispone a la depresión que se acentúa cuando el padecimiento y la intervención originan molestias y dolor, siendo preciso conocer las circunstancias que influyen antes, durante y después de toda intervención quirúrgica.

Durante la etapa preoperatoria, el diagnosticar un padecimiento que amerite intervención quirúrgica produce en el paciente un impacto que hace que se rehuse. Durante la fase operatoria se sabe que algunas veces la ansiedad impide la inducción adecuada de la anestesia. En la etapa posoperatoria; si se realizó una intervención para mejorar el aspecto físico o su tipo de vida, la recuperación puede ser rápida y satisfactoria, cuando, por el contrario, la operación es mutilante, deformante o deja incapacidades permanentes, pueden presentarse cuadros depresivos.

Para Goodstein (1985) y Knudson (1984), la estructura emocional previa, es el mayor determinante del ajuste emocional del paciente. Sin embargo, cuando áreas específicas del cuerpo, como la cara o los genitales han sido lesionados, se presenta angustia debido a la importancia física y al significado simbólico. Sin embargo, otras áreas del cuerpo pueden tener un significado personal.

Conforme avanza el tiempo de hospitalización, el paciente se pregunta cuál es su apariencia; el confinamiento a la cama y a aparatos especiales se vuelve más frustrante; expresa interés por la escuela, por sus familiares y trata de informarse si no ha perdido su papel dentro de la familia; se cuestiona también, si el accidente pudo evitarse, hay autorecriminación y las heridas narcisísticas por la pérdida física se hacen más evidentes. El paciente se vuelve vulnerable al rechazo, la disminución de la actividad física es en extremo frustrante, presentando conflictos de dependencia que resultan necesarios para sobrevivir, manifestándose por regresiones y agresión (Knudson, 1984). Comúnmente, se manifiesta depresión, pérdida del mito de la invulnerabilidad, tristeza y culpa por cualquier otra pérdida en el trauma así como remordimiento. Se observa disminución de la autoestima y la autoimagen es vulnerable de acuerdo a ciertas localizaciones y tipos de lesión

La estancia hospitalaria puede ir desde pocos días hasta varios meses, en donde finalmente el paciente poco a poco empieza a separarse del hospital y a prepararse, concentrándose específicamente en su reintegración biopsicosocial, cuestionándose con mucha insistencia como será, mostrando ambivalencia entre el temor y un gran deseo de reincorporarse nuevamente a su vida. En este período, el paciente tiene actitudes de necesidad de ser amado mostrando coquetería con el personal. Empieza también, a adoptar actitudes de orgullo ante ciertas cosas de su persona, racionalizando lo ocurrido.

Posterior a la alta médica, se presenta una verdadera prueba de re-encuentro con la realidad. En la búsqueda de la nueva adaptación el paciente tiende a menospreciar e infravalorar aspectos de las lesiones y busca refugiarse en otras cualidades (Goodstein, 1985).

Woodward y Jackson en 1961 (en Ramírez y De la Vega, 1986), mencionan que las madres de niños severamente quemados tienden a sobreprotegerlos debido a un sentimiento de culpa; esta sobreprotección contribuye al malestar psicológico del niño. La reacción opuesta, de falta de atención o rechazo al niño, también se atribuye a sentimientos de culpa que tienen los padres, hecho que les provoca una gran dificultad para ayudar al niño a aceptar su enfermedad y sus limitaciones, ignorando y abandonando al pequeño durante la enfermedad.

Las investigaciones de Valsiner y Lighfoot (1987), indican que la sintomatología posterior a una situación de estrés, es relativamente independiente de la edad en que ocurrió el trauma. Otros clínicos sustentan que la hipótesis sintomatológica está relacionada al nivel de desarrollo psicosocial. Víctimas de traumas de todas las edades, reportan dificultad para restablecer la confianza después del evento; los niños presentan una vulnerabilidad especial al fracaso perdiendo fundamentalmente la confianza y autonomía. Las ya mencionadas confianza y autonomía están menos consolidadas en jóvenes niños que en adultos y similarmente, en los adolescentes traumatizados empeora la formación de la identidad como resultado de la disrupción en el desarrollo psicosocial, durante edades críticas cuando la identidad del individuo generalmente se está estableciendo. Diversos estudios han reportado una regular consistencia en relación edad-diferencia en sintomatología, seguida de eventos potencialmente traumáticos. Las respuestas de los niños, estuvieron caracterizadas por irritabilidad, problemas para dormir, diarrea y

enfermedades frecuentes. Altos niveles de dependencia y ansiedad de separación con irritabilidad y disturbios para dormir, son notados en niños pre-escolares. Adicionalmente, se observa en los pre-escolares la representación de la situación traumática en el juego. Los niños de escuela elemental tienen más conductas asociadas al desorden por estrés postraumático: preocupación por el evento traumático, representación compleja del evento en juego, apreciación de la irreversibilidad del evento, hipervigilancia, pesadillas, entorpecimiento del afecto, bromas con compañeros que llegan hasta la agresividad; temor y conductas de evitación. Muchos niños reportan sueños en los cuales tienen la experiencia de morir.

Para Woodward y Jackson en 1961 (en Ramírez y De la Vega, 1986), los síntomas más frecuentes como secuelas emocionales de las quemaduras en niños, son los temores y ansiedades específicos; dificultades en conducta como negativismo, agresividad; desórdenes en comida, sueño y enuresis, todos ellos síntomas de depresión .

Walker en 1980 (en Ramírez y De la Vega, 1986), cita algunos estudios sobre las reacciones emocionales de los niños que sufrieron quemaduras severas y que por lo tanto fueron hospitalizados, encontrándose depresión y culpa en ellos.

En 1982 Roy (en Ramírez y De la Vega, 1986), estudió a un grupo de niños que sufrieron quemaduras severas y encontró conductas regresivas, sentimientos de culpa y una sensación de no ser queridos por sus madres.

En los estudios realizados por Walker en 1980, (en Ramírez y De la Vega, 1986) sobresale uno, realizado a un grupo de niños con quemaduras de un 80% de superficie corporal, encontrándose severos disturbios emocionales; sentimientos de culpa, negativismo, depresión, sentimientos de ser castigados y actitudes regresivas.

En una serie de estudios encaminados a conocer los factores involucrados en el riesgo de sufrir un accidente, se encuentran fundamentalmente, características especiales en el niño accidentado, el sexo del infante, el tipo de familia de la que proviene y el nivel socio-económico al que pertenece.

Matheny (1987) reporta características importantes en los niños accidentados tales como el nivel de actividad, la conducta temperamental y la atención dispersa o distractibilidad; realizó estudios con niños quemados encontrando que resulta ser desproporcionado el número de niños hospitalizados que tienen características de dificultad temperamental. El niño hospitalizado es significativamente más malhumorado e hipersensible en las respuestas ante situaciones cotidianas normales. Se observó una tendencia a elevar el nivel de actividad y de reacciones negativas ante nuevas situaciones presentando un temperamento hiperactivo típico; agresividad o reacciones impulsivas.

Las características familiares también se encuentran relacionadas con la presencia de accidentes en niños, observando una relación importante entre una gran incidencia de accidentes infantiles y las características de los padres y el tipo de hogar y familia.

Bernstein (1979) encuentra que la psicopatología familiar se incrementa con los accidentes. La naturaleza y estructura de la familia se ve probada cuando hay grandes lesiones por quemaduras, principalmente con desfiguramiento.

Los problemas familiares tienen una influencia importante en la causa de lesiones por quemaduras en el niño, enfatizando como factores motivadores, la preponderancia de la depresión, conflictos, alcoholismo y problemas maritales. Nyman (1988) relaciona los accidentes por quemaduras con la historia de la familia.

Otro factor que se encuentra involucrado de manera constante en la presencia de accidentes por quemaduras se refiere al nivel socio-económico; Ochitill (1984) menciona que la mayoría de las quemaduras ocurren en personas de niveles socio-económicos bajos, con viviendas humildes y que viven en áreas densamente pobladas. Para Matheny (1987), el nivel socio-económico, influye en el estilo de vida de los padres y la familia.

El reporte epidemiológico del Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado incluye el nivel socio-económico como uno de los factores presentes en los accidentes por quemaduras.

Las quemaduras se encuentran también relacionadas al sexo del niño accidentado, prevaleciendo en los hombres. Matheny (1987) afirma que los niños se lesionan más que las niñas hecho que apoya los hallazgos reportados por el Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado.

El número de quemaduras que sufren los niños en México no es realmente conocido, puesto que no existe a la fecha un registro nacional de quemaduras y muchos niños nunca son atendidos por la medicina científica y formal, sino que son manejados con toda clase de remedios caseros, originando esta situación, la muerte de algunos pacientes o produciendo incapacidades funcionales y permanentes en otros (Escamilla, 1992).

Como ya se ha visto a lo largo de este estudio, el accidente por quemaduras conlleva por sí mismo una serie de situaciones que ponen en riesgo la salud física y emocional del paciente pudiendo fácilmente predisponerlo a un trastorno depresivo, que nos obliga a reconocerlo como una situación emergente tanto en su control como en su prevención.

metodologia

## CAPITULO II

## 2.1 PROBLEMA:

¿Qué características depresivas se observan en sujetos del sexo masculino y femenino de 8 a 15 años que han sufrido quemaduras y son atendidos en el Instituto Para la Atención Integral del Niño Quemado en el periodo de Enero a Diciembre de 1992?

## 2.2 OBJETIVO GENERAL

El objetivo de este estudio fue establecer la existencia y el grado de depresión que se puede registrar a través del CDS, aplicado a sujetos entre 8 y 15 años que han sufrido quemaduras por electricidad, escaldadura y fuego directo; pacientes que son atendidos en el Instituto Para la Atención Integral del Niño Quemado, con la finalidad de establecer una relación entre los rasgos encontrados y cada una de las variables que intervienen en este tipo de pacientes como son: sexo, edad, nivel socio-económico, tipo de familia, escolaridad, tipo de quemadura, localización, extensión y profundidad de la lesión, número de intervenciones quirúrgicas, complicaciones, tipo de cicatrización y tiempo de estancia intra-hospitalaria, así como apoyo psicológico recibido durante la estancia hospitalaria.

Todo lo anteriormente citado posee la finalidad conjunta de conocer el comportamiento de los rasgos depresivos y su relación con las variables mencionadas ya que un diagnóstico correcto del síndrome depresivo adquiere una prioridad en el análisis del estado patológico del enfermo y permite conducir a una conducta terapéutica adecuada facilitando incluso la intervención Y la efectividad del manejo médico-psicológico durante su estancia hospitalaria así como la rehabilitación bio-psico-social del niño.

Por otro lado, el conocimiento de las variables y su comportamiento relacionado con la depresión permite tener en cuenta factores útiles para el desarrollo de un programa de prevención y educación a la población.

Por último, se pretende generar inquietud para la realización de estudios con este tipo de pacientes en la población mexicana ya que se ha observado que casi no existen.

### 2.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Establecer la correlación existente entre las subescalas y escalas del cuestionario de depresión para niños: TP, TD, RA, PS, AE, PM, SC, DV, AA y PV.
- Establecer la existencia de características depresivas en los niños que han sufrido quemaduras por escaldaduras, fuego directo o electricidad.
- Conocer el total positivo que se encuentra en las respuestas de los pacientes que han sufrido quemaduras por fuego directo, por electricidad o escaldaduras.
- Conocer los resultados de la subescala RA (respuesta afectiva, subescala del total depresivo) que se encuentra en las respuestas de los pacientes que han sufrido quemaduras por escaldaduras, por fuego directo o por electricidad.
- Conocer los resultados de la subescala PS (problemas sociales, subescala del total depresivo) que se encuentra en las respuestas de los pacientes que han sufrido quemaduras por escaldaduras, por fuego directo o por electricidad.

- Conocer los resultados de la subescala AE (autoestima, subescala del total depresivo) que se encuentra en las respuestas de los pacientes que han sufrido quemaduras por escaldaduras, por fuego directo o por electricidad.
- Conocer los resultados de la subescala PM (preocupación por la muerte-salud, subescala del total depresivo) que se encuentra en las respuestas de los pacientes que han sufrido quemaduras por escaldaduras, por fuego directo o por electricidad.
- Conocer los resultados de la subescala SC (sentimientos de culpabilidad, subescala del total depresivo) que se encuentra en las respuestas de los pacientes que han sufrido quemaduras por escaldaduras, por fuego directo o por electricidad.
- Conocer los resultados de la subescala DV (depresivos varios, subescala del total depresivo) que se encuentra en las respuestas de los pacientes que han sufrido quemaduras por escaldaduras, por fuego directo o por electricidad.
- Conocer los resultados de la subescala AA (ánimo/alegría, subescala del total positivo) que se encuentra en las respuestas de los pacientes que han sufrido quemaduras por escaldaduras, por fuego directo o por electricidad.
- Conocer los resultados de la subescala PV (positivos varios, subescala del total positivo) que se encuentra en las respuestas de los pacientes que han sufrido quemaduras por escaldaduras, por fuego directo o por electricidad.
- Establecer la relación que existe entre el sexo de los sujetos y las escalas TP y TD y las subescalas: RA, PS, AE, PM, SC, DV, AA y PV.

- Establecer la relación que existe entre la edad de los sujetos y la puntuación obtenida en las subescalas RA, AE y PM.
- Establecer la relación que existe entre el nivel socio-económico de los sujetos y la puntuación obtenida en las escalas TP y TD y las subescalas RA, PS, AE, PM, SC, DV, AA y PV.
- Establecer la relación que existe entre los sujetos que recibieron apoyo psicológico y la puntuación obtenida en las escalas TP y TD y las subescalas RA, PS, AE, PM, SC, DV, AA y PV.
- Establecer la relación que existe entre los sujetos que no recibieron apoyo psicológico y la puntuación obtenida en las escalas TP y TD y las subescalas RA, PS, AE, PM, SC, DV, AA y PV.
- Establecer la relación que existe entre el lugar en que se ubica la lesión y la puntuación obtenida en las escalas TP y TD y en las subescalas RA, PS, AE, PM, SC, DV, AA y PV.
- Establecer la relación que existe entre los pacientes externos e internos (tipos de paciente) y la puntuación obtenida en las escalas TP y TD y las subescalas RA, PS, AE, PM, SC, DV, AA y PV.
- Establecer la relación que existe entre las escalas y subescalas del "CDS" por sexo y su relación con nivel socio-económico.

- Establecer la relación que existe entre las escalas y subescalas del "CDS" por tipo de paciente y su relación con aquellos que recibieron apoyo psicológico y los que no lo recibieron.
- Establecer la relación que existe entre las escalas y subescalas del "CDS" y su interacción con el tipo de quemadura y el lugar en donde se encuentra la lesión.

## 2.4 HIPOTESIS

Hi.- Se observan características depresivas en sujetos del sexo masculino y femenino de 8 a 15 años, que han sufrido quemaduras

Ho.- No se observan características depresivas en sujetos del sexo masculino y femenino de 8 a 15 años, que han sufrido quemaduras

### HIPOTESIS DE TRABAJO:

H1.- En las puntuaciones observadas para la escala total depresivo y las observadas para la subescala sentimientos de culpa se encuentra una relación positiva.

H2.- Los sujetos que sufrieron quemaduras por fuego directo obtendrán una puntuación significativamente superior, en el total depresivo, a la de los sujetos que han sufrido quemaduras por escaldaduras o por electricidad.

H3.- Los sujetos que sufrieron quemaduras por fuego directo obtendrán una puntuación significativamente superior, en la subescala RA (respuesta afectiva, subescala del

total depresivo), a la de los sujetos que sufrieron quemaduras por escaldaduras y electricidad.

H4.- Los sujetos que sufrieron quemaduras por fuego directo, obtendrán una puntuación significativamente superior en la subescala PS (problemas sociales, subescala del total depresivo), a la de los sujetos que sufrieron quemaduras por escaldaduras o por electricidad.

H5.- Los sujetos que sufrieron quemaduras por escaldaduras, obtendrán una puntuación significativamente superior en la subescala AE (autoestima, subescala del total depresivo), a la de los sujetos que sufrieron quemaduras por fuego directo o por electricidad.

H6.- Los sujetos que sufrieron quemaduras por fuego directo, obtendrán una puntuación significativamente superior en la subescala PM (preocupación por la muerte-salud, subescala del total depresivo), a la de los sujetos que sufrieron quemaduras por escaldaduras o por electricidad.

H7.- Los sujetos que sufrieron quemaduras por fuego directo y escaldaduras obtendrán una puntuación significativamente superior en la subescala SC (sentimientos de culpabilidad, subescala del total depresivo), a la de los sujetos que sufrieron quemaduras por electricidad.

H8.- Los sujetos que sufrieron quemaduras por fuego directo, obtendrán una puntuación significativamente superior en la subescala DV (depresivos varios, subescala del total depresivo), a la de los sujetos que sufrieron quemaduras por escaldaduras o por electricidad.

H9.- Los sujetos que sufrieron quemaduras por fuego directo, obtendrán una puntuación significativamente superior en la subescala AA (ánimo/alegría, subescala del total positivo), a la de los sujetos que sufrieron quemaduras por electricidad o escaldaduras.

H10.- Los sujetos que sufrieron quemaduras por electricidad, obtendrán una puntuación significativamente superior en la subescala PV (positivos varios, subescala del total positivo), a la de los sujetos que sufrieron quemaduras por fuego directo o por escaldaduras.

H11.- Los sujetos del sexo femenino obtendrán una puntuación significativamente superior que los sujetos del sexo masculino en la escala del total depresivo.

H12.- En las puntuaciones observadas para la escala total depresivo y las observadas para la subescala preocupación por la muerte/salud, se encuentra una relación positiva.

H13.- Los sujetos de nivel socio-económico bajo obtendrán una puntuación significativamente superior que los sujetos de nivel socio-económico medio y alto en la escala del total depresivo.

H14.- Los sujetos cuya localización del área de lesión es en la cara, obtendrán una puntuación significativamente superior a la de los sujetos con otra localización del área lesionada, en la escala total depresivo.

H15.- Los sujetos internos obtendrán un puntaje significativamente superior en la escala total depresiva que los sujetos externos.

- H16.- Los sujetos externos que no recibieron apoyo psicológico, obtendrán un puntaje significativamente superior en la escala total depresiva que aquellos que sí recibieron apoyo psicológico
- H17.- Los sujetos del sexo femenino obtendrán un puntaje significativamente superior en la subescala RA (respuesta afectiva, subescala del total depresivo).
- H18.- Los sujetos del sexo femenino obtendrán un puntaje significativamente superior en la subescala DV (depresivos varios, subescala del total depresivo).
- H19.- Los sujetos de menor edad obtendrán un puntaje significativamente superior en la subescala RA (respuesta afectiva, subescala del total depresivo), en relación a los que tienen mayor edad.
- H20.- En las puntuaciones observadas para la escala total depresivo y las observadas para la subescala problemas sociales se observa una relación positiva.
- H21.- Los sujetos de menor edad obtendrán un puntaje significativamente superior en la subescala AE (autoestima, subescala del total depresivo), en relación a los que tienen mayor edad.
- H22.- Los sujetos de mayor edad obtendrán un puntaje significativamente superior en la subescala PM (preocupación por la muerte/salud, subescala del total depresivo), en relación a los que tienen menor edad.
- H23.- En las puntuaciones observadas para la escala total depresivo y las observadas para la subescala respuesta afectiva, se observa una relación positiva.

- H24.- En las puntuaciones observadas para la subescala preocupación por la muerte/salud y las observadas en la subescala de autoestima, se encuentra una relación positiva.
- H25.- Los sujetos con nivel socio-económico bajo obtendrán un puntaje significativamente superior en la subescala PS (problemas sociales, subescala del total depresivo), en relación a los que tienen nivel socio-económico medio o alto.
- H26.- Los sujetos con nivel socio-económico medio obtendrán un puntaje significativamente superior en la subescala AE (autoestima, subescala del total depresivo), en relación a los que tienen nivel socio-económico bajo.
- H27.- Los sujetos con nivel socio-económico bajo obtendrán un puntaje significativamente superior en la subescala PM (preocupación por la muerte/salud, subescala del total depresivo), en relación a los que tienen nivel socio-económico alto o medio.
- H28.- Los sujetos de nivel socio-económico bajo obtendrán un puntaje significativamente superior en la subescala DV (depresivos varios, subescala del total depresivo), en relación a los que tienen nivel socio-económico medio y alto.
- H29.- Los sujetos con lesión localizada en regiones no visibles obtendrán un puntaje significativamente superior en la subescala RA (respuesta afectiva, subescala del total depresivo), que aquellos con lesión localizada en cuello, cara y manos.
- H30.- Los sujetos con lesión localizada en cuello, cara y manos obtendrán un puntaje significativamente superior en la subescala PS (problemas sociales, subescala del

total depresivo), en relación con los pacientes con lesiones localizadas en áreas no visibles.

H31.- Los sujetos con lesión localizada en regiones no visibles obtendrán un puntaje significativamente superior en la subescala AE (autoestima, subescala del total depresivo), que aquellos con lesión localizada en cuello, cara y manos.

H32.- Los sujetos con lesión localizada en cuello, cara y manos obtendrán un puntaje significativamente superior en la subescala PM (preocupación por la muerte/salud, subescala del total de presivo), en relación con los pacientes con lesiones localizadas en áreas no visibles.

H33.- Los sujetos con lesión localizada en cuello, cara y manos obtendrán un puntaje significativamente superior en la subescala SC (sentimientos de culpabilidad, subescala del total depresivo), en relación con los pacientes con lesiones localizadas en áreas no visibles.

H34.- Los sujetos con lesión localizada en cuello, cara y manos obtendrán un puntaje significativamente superior en la subescala DV (depresivos varios, subescala del total depresivo), en relación con los pacientes con lesiones localizadas en áreas no visibles.

H35.- Los sujetos con lesión localizada en cuello, cara y manos obtendrán un puntaje significativamente superior en la subescala AA (ánimo/alegría, subescala del total positivo), en relación con los pacientes con lesiones localizadas en áreas no visibles.

H36.- Los sujetos con lesiones localizadas en áreas no visibles, obtendrán un puntaje significativamente superior en la escala PV (positivos varios, subescala del total positivo), que aquellos con lesión localizada en cuello, cara y manos.

H37.- Los pacientes internos obtendrán un puntaje significativamente superior en las subescalas PS, PM y SC (subescalas del total depresivo), que los pacientes externos.

## 2.5 VARIABLES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES Y CONTROLADAS

### DEPENDIENTES:

Depresión ( RA, PS, AE, PM, SC y DV y total positivo: AA y PV).

### INDEPENDIENTES:

Sexo

Edad

Nivel socio-económico

Escolaridad

Externos

Internos

Tiempo de estancia hospitalaria

Apoyo psicológico durante la estancia hospitalaria

### CONTROLADAS:

Tipo de familia

Tipo de quemaduras  
Lugar de la lesión  
Extensión de la lesión  
Intervenciones quirúrgicas  
Complicaciones médicas  
Tipo de cicatrización

## 2.6 DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES DE VARIABLES

### CONCEPTUALES

#### VARIABLES DEPENDIENTES:

**Depresión:** Se refiere a una respuesta humana normal que varía en intensidad y cualidad, que se encuentra en la población infantil y que juega un papel especial en muchos grupos psiquiátricos, incluyendo los diagnósticos como depresiones neuróticas o psicóticas. (Seisdedos, 1983).

#### VARIABLES INDEPENDIENTES:

a) Sexo

b) Edad

c) Nivel socio-económico: Se refiere a la estratificación social que concibe a la sociedad formada por segmentos o estratos, en donde para medir o ubicar a los

individuos dentro de cada estrato utiliza los indicadores de bienestar social: ingresos, salud, alimentación, vivienda, escolaridad, vestido, etc. De esta forma, se encuentran estratos de altos, medios y bajos ingresos; lo mismo respecto a los demás indicadores. (Gomezjara, 1985)

- d) **Escolaridad:** Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. (Diccionario Enciclopédico Ilustrado, 1986)
  
- e) **Externos:** Persona que se encuentra bajo cuidado médico y que acude al hospital o clínica para diagnóstico o tratamiento, pero que no ocupa una cama en la institución. (Blakinston, 1983).
  
- f) **Internos:** Sujeto enfermo que permanece en un hospital donde puede recibir un tratamiento adecuado. (Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, 1974).
  
- g) **Tiempo de estancia hospitalaria:** De acuerdo al Instituto Para la Atención Integral del Niño Quemado, se refiere al tiempo de internamiento que tiene un paciente desde que ha sido ingresado hasta que se le da alta médica.
  
- h) **Apoyo psicológico:** Se refiere a la atención profesional prestada por un terapeuta a una persona para ayudar a que se sobreponga al sufrimiento emocional durante una situación particularmente tensa o de crisis o posterior a ella. (Krupp y Chatton, 1979).

## VARIABLES CONTROLADAS:

a) Tipo de familia: Es una institución que con sus características únicas, proporciona el grupo de interacción más importante para sus miembros, y en la cual encontrarán usualmente los afectos positivos y negativos más fuertes y las fuentes de interacción emocional y desarrollo más importantes. (Glick y Kessler, 1980. en Freidberg, 1985).

b) Tipo de quemaduras; En este estudio se contemplan quemaduras por electricidad, fuego directo y escaldaduras.

- Por electricidad: Presenta dos mecanismos de acción. En primer lugar, la conducción de la corriente eléctrica por el cuerpo altera o interrumpe la conducción nerviosa vgr. impulsos cardiacos y respiratorios rítmicos normales, con daño o destrucción celular. En segundo lugar, la transformación de la energía eléctrica en calórica causa quemaduras siendo estas frecuentemente observadas en las áreas cutáneas de entrada y salida de la corriente eléctrica (Robbins, 1975). El aspecto de las quemaduras es variable: a veces se trata de una zona deprimida de color grisáceo, otras se forman vesículas o se presenta cocción o carbonización de los tejidos adyacentes (Correa, Stella, Tamayo, Carbonel, 1970).

- Por fuego directo: Se refiere al contacto directo con el fuego provocando lesiones que van desde eritema y vesiculación de la piel hasta la carbonización de los tejidos, pudiendo provocar también quemaduras en las vías respiratorias y ojos (Correa, et al., 1970).

- Escaldaduras: son todas aquellas quemaduras producidas por líquidos calientes o vapor húmedo. (Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, 1974).

c) Lugar de la lesión: Se refiere al lugar físico en donde se ubica la lesión.

d) Extensión de la lesión: La extensión o superficie de la quemadura suele expresarse en por ciento de la superficie corporal lesionada. El método que suele usarse es la regla de los nueve, según esta regla la superficie corporal se divide en zonas que representan 9 por 100 o múltiplos de 9 por 100. (Cole, Puestow, 1976).

e) Grado y profundidad de la lesión: Las quemaduras pueden ser de primero, segundo y tercer grado y estas a su vez, superficiales o profundas:

- Quemaduras de primer grado: Estas afectan únicamente la epidermis. Se caracteriza por enrojecimiento que se presenta después de un lapso de tiempo variable. La quemadura de primer grado suele presentarse después de exposición duradera a la luz del sol intensa o exposición instantánea a una forma más intensa de calor. La destrucción es superficial y por ello el paciente no suele estar muy enfermo. Los problemas principales son un grado ligero de hinchazón y dolor que se encuentran en proporción, directamente relacionados a la extensión de la quemadura. Esta se caracteriza porque no hay cicatrices permanentes. (Cole, Prestow, 1976).

- Quemaduras de segundo grado: Es una lesión más profunda y afecta toda

la dermis y gran parte del corion. Las quemaduras de segundo grado se caracterizan por la aparición de vesículas y suele haber un grado moderado de hinchazón. Algunas quemaduras de segundo grado muy profundas se llaman quemaduras dérmicas profundas. Las quemaduras de segundo grado, pueden ser superficiales o profundas. (Cole, Prestow, 1976).

- Quemaduras de tercer grado: son una forma grave de lesión. Por el calor se destruyen piel, epidermis, dermis hasta la capa subcutánea. Hay trombosis en los pequeños vasos sanguíneos de los tejidos subyacentes, hay aumento de la permeabilidad capilar y por lo tanto se pierde una cantidad considerable de líquido en los tejidos subcutáneos. Esto produce hinchazón considerable en las zonas quemadas y alrededor de ellas. (Cole, Prestow, 1976).

f) Intervenciones quirúrgicas: Se refiere a todo aquel manejo médico que implique procedimientos manuales y operatorios propios de la cirugía (Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, 1974), vgr. lavados quirúrgicos, amputaciones, injertos, colgajos, fasciotomías.

- Lavado quirúrgico: Procedimiento realizado con anestesia en donde se realiza la eliminación de tejidos y secreciones patológicas por medio de lavados, debridación, punciones y otras técnicas quirúrgicas. (Krupp, Chatton, 1978)

- Amputaciones: Se refiere a la separación de un miembro o parte del mismo, o a una parte saliente del cuerpo: más especialmente, operación

quirúrgica de cortar circularmente un miembro por la continuidad del hueso o huesos. (Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, 1974)

- Injertos: Se refiere a la implantación en el área lesionada de piel o de otro tejido, tomado del mismo paciente. (Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, 1974).

- Colgajos: Masa de tejido separada incompletamente del cuerpo: en especial el que con fines quirúrgicos se corta de una parte para cubrir una superficie cruenta adyacente. (Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, 1974).

- Fasciotomías: Incisión quirúrgica o división de una fascia o aponeurosis (Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, 1974).

g) Complicaciones médicas: Fenómeno que sobreviene en el curso de una enfermedad sin ser propio de ella, agravándola generalmente. (Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, 1974).

h) Tipo de Cicatrización: Se refiere al tejido de reparación organizado (fibroso) y estable de una pérdida de sustancia. Esta reparación puede desarrollarse dentro de un proceso normal o alterado, como en el caso de la cicatriz hipertrófica, que es la formación de un tumor duro, rígido de color rosado, formado por el crecimiento excesivo del tejido cicatrizal. (Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, 1974).

## OPERACIONALES

### VARIABLES DEPENDIENTES:

Depresión: Se refiere al puntaje total obtenido en la escala total depresivo teniendo en cuenta sus subescalas RA, PS, AE, PM, SC, DV, y la relación que guarda con la escala del total positivo y sus respectivas subescalas AA y PV.

### VARIABLES INDEPENDIENTES:

a) Sexo: Masculino o femenino.

b) Edad: De 8 a 15 años (8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15,).

c) Nivel Socio-económico: De acuerdo con la clasificación que maneja el Hospital Infantil de Xochimilco, dependiente del DDF, se clasifican como:

- Alto: Ingresos aproximados de tres salarios mínimos o más, de ingreso total familiar en una familia con hasta cinco miembros o bien, de cuatro o más salarios mínimos de ingreso total familiar en una familia con más de cinco miembros.

- Medio: Ingresos aproximados de uno a tres salarios mínimos de ingreso total familiar en una familia con hasta cinco miembros o bien, de dos a cuatro salarios mínimos de ingreso total familiar en una familia con más de cinco miembros.

- Bajo: Hasta un salario mínimo de ingreso total familiar en una familia con hasta cinco miembros o bien, hasta dos salarios mínimos de ingreso total familiar en una familia con más de cinco miembros.

d) Escolaridad: Primaria, Secundaria y Preparatoria (desde tercer año de primaria hasta quinto año de preparatoria inclusive).

e) Externos: Se refiere a los pacientes que han sido dados de alta médica pero que continúan asistiendo al Instituto Para la Atención Integral del Niño Quemado. Para los fines de esta investigación tenemos otra variante:

- Pacientes que cursaron su hospitalización en otras instituciones.

f) Internos: Se refiere a todos aquellos pacientes que son ingresados al Hospital Infantil de Xochimilco, dependiente del DDF, por haber sufrido quemaduras ya sean por escaldaduras, fuego directo o electricidad, y que cubren toda su estancia intrahospitalaria en dicha institución médica. Recibiendo también apoyo psicológico por parte del Instituto Para la Atención Integral del Niño Quemado durante su estancia.

g) Tiempo de estancia hospitalaria: Tiempo de internamiento medido en días desde el ingreso hasta el alta hospitalaria.

h) Apoyo psicológico: Se refiere a la intervención psicológica que tienen los pacientes durante su estancia intrahospitalaria y para el manejo médico general vgr. venodisecciones, aplicación de medicamentos intervenciones quirúrgicas, curaciones, baño y limpieza de las áreas lesionadas.

En el Hospital Infantil de Xochimilco, dependiente del DDF, dicho apoyo es prestado por el Instituto Para la Atención Integral del Niño Quemado, los pacientes externos provenientes de otros hospitales no recibieron apoyo psicológico.

#### VARIABLES CONTROLADAS:

a) Tipo de familia: De acuerdo con la clasificación empleada en el área de trabajo social del Instituto Para la Atención Integral del Niño Quemado, dividen a la familia en:

- Familia integrada: es aquella que está constituida por padre, madre e hijos quienes interactúan como una entidad unificada. Dentro de esta definición se acepta la ausencia de alguno de los integrantes cuando ésta es debida a fallecimiento.

- Familia desintegrada: Es aquella donde la entidad de la familia se pierde por ausencia de uno o ambos progenitores cuando ésta no es debida a fallecimiento, sino a escasa o nula interacción de alguna(s) de las figuras parentales.

b) Tipo de quemaduras: De acuerdo al diagnóstico médico, encontramos tres tipos: por escaldadura, por electricidad y por fuego directo.

c) Lugar de la lesión: Cabeza y cuello, tronco anterior, tronco posterior, extremidades inferiores, extremidades superiores y perineo (genitales)

- d) Extensión de la lesión: En niños: cara y cuello 18%, tronco anterior y posterior 18% respectivamente, extremidades superiores 9% cada una, extremidades inferiores 13.5% cada una, perineo 1%. En jóvenes y adultos: cara y cuello 9%, tronco anterior y posterior 18% respectivamente, extremidades superiores 9% cada una, extremidades inferiores 18% cada una, perineo 1%.
- e) Grado y profundidad de la lesión: Primero, segundo y tercer grado y pueden ser superficiales o profundas.
- f) Intervenciones quirúrgicas: Lavados quirúrgicos, amputaciones, injertos, colgajos, fasciotomías.
- g) Complicaciones médicas: infecciones, pérdida de injerto o colgajo, pérdida de miembros, quemaduras de vías respiratorias por inhalación y neumonía.
- h) Tipo de cicatrización: De acuerdo al diagnóstico médico, presenta dos clasificaciones: cicatrización normal o cicatriz hipertrófica.

## 2.7 POBLACION

Es el grupo de 200 sujetos, externos e internos que han sufrido quemaduras y que fueron atendidos en el Instituto Para la Atención Integral del Niño Quemado, de enero a diciembre de 1992.

## 2.8 MUESTRA

Se tomó una muestra de 30 sujetos que sufrieron quemaduras por escaldaduras, fuego directo y electricidad; cuyas edades oscilan entre los 8 y 15 años de edad y que son atendidos en el Instituto Para la Atención Integral del Niño Quemado en el período que abarca de enero a diciembre de 1992.

El total de la muestra estudiada estuvo formada por 19 hombres y 11 mujeres distribuyéndose por edad de la siguiente manera: 1 sujeto de 8 años, 12 sujetos de 9 años, 3 de 11 años, 4 de 12, 3 de 13, 2 de 14 y 2 de 15 años de edad.

De todos ellos, el 10% pertenecen a un nivel socio-económico alto, el 33.3% al nivel social medio y el 53.3% restante a un nivel socio-económico bajo.

En cuanto a la escolaridad de los sujetos se observa que 3 de ellos alcanzan el 2do. de primaria, 6 sujetos el 3er año, 5 el cuarto año, 9 el 5to. año y 1 el 6to. año de primaria mientras que un solo sujeto alcanza el 1er. año de educación secundaria y 5 sujetos el 2do. año.

A la realización del estudio, 6 pacientes se encontraban hospitalizados y 23 eran externos; de todos ellos 9 pasaron hasta 15 días de hospitalización, 12 hasta 30 días, 5 hasta 45 días, 1 hasta 60 días, 1 hasta 90 días, 1 hasta 105 días y 1 hasta 120 días; del total de estos sujetos el 76.7% recibieron apoyo psicológico durante su hospitalización, mientras que el 23.3% restante no recibieron dicho apoyo.

El tipo de familia del cual provienen el 83.3% de los casos está integrada; el 16.7% del resto de los casos provienen de una familia desintegrada.

En relación al agente causal y tipo de quemadura que sufrieron los sujetos estudiados, en el 50% de los casos fue por escaldadura. El 6.7% por electricidad y el 43.3% por fuego directo, encontrando que 2 sujetos se lesionaron cara, cuello, tórax, extremidades inferiores y superiores; 2 la cara y extremidades superiores; 3 la cara, el tórax y las extremidades superiores; 12 sólo las extremidades inferiores; 1 las extremidades inferiores y glúteos; 4 las extremidades superiores e inferiores; 3 únicamente las extremidades superiores; 1 el tórax, abdomen y genitales y 2 solamente el hemitórax. La extensión de la lesión oscila entre el 2% y el 50% de superficie corporal quemada, encontrando que 19 pacientes tuvieron lesiones de 1er. y 2do. grado superficiales y profundas, 1 sujeto, tuvo heridas de 3er grado profundas; 1 sujeto tuvo heridas de 2do. grado profundas; 3 sujetos tuvieron heridas de 2do. grado superficiales y profundas; 3 sujetos tuvieron lesiones de 1er. grado superficiales y profundas; 1 sujeto tuvo heridas de 1er., 2do., y 3er. grado superficiales y profundas y 2 sujetos tuvieron lesiones de 2do. y 3er. grado superficiales y profundas.

Durante la hospitalización el 30% de los pacientes tuvieron una intervención quirúrgica; el 10% tuvieron 2 intervenciones y el 6.7% tuvieron 3 intervenciones, el 53.3% restantes no fueron sometidos a ninguna intervención.

Se observaron también complicaciones médicas dentro de las cuales 5 sujetos tuvieron infección, 2 tuvieron pérdida de miembros; 2 tuvieron quemaduras de vías respiratorias por inhalación y 1 un sujeto tuvo neumonía, los 20 pacientes restantes no tuvieron ninguna complicación.

En relación al proceso de cicatrización, el 20% de los casos estudiados, tuvieron un desarrollo adecuado mientras que el 80% mostraron una cicatrización hipertrófica.

## 2.9 TIPO DE MUESTREO

Se llevó a cabo un muestreo de tipo no probabilístico, propositivo y sistemático ya que la muestra se atiene a un criterio de selección y se refiere a una población específica de donde se tomaron determinados intervalos de edad para obtenerla (Pick y López, 1979).

## 2.10 TIPO DE INVESTIGACION

Se realizó una investigación de tipo transversal, descriptiva y de campo; que se refiere a un estudio realizado en un corte de tiempo y en el lugar en donde se encontraba la muestra a fin de describir las características más importantes respecto a la aparición, frecuencia y desarrollo del fenómeno (Pick y López, 1979).

## 2.11 DISEÑO

En la presente investigación se utilizó un diseño de una muestra, exposfacto y factorial ya que, se tomó un solo grupo de sujetos del total de la población escogida para llevar a cabo la investigación el cual se estudió posterior a la ocurrencia del hecho. Se piensa que la conducta o fenómeno que se estudia se debe a más de una variable independiente, (Pick y López, 1979).

## 2.12 INSTRUMENTO

### ANTECEDENTES

En el momento de la aparición del CDS, el manual original (Lang y Tisher, 1978) incluía un estudio de confiabilidad y validez utilizando una muestra experimental (N=40) de

niños con depresión, otra control (N=37) de niños normales, comparables con los experimentales en edad, sexo y escolaridad, y una tercera muestra en 19 niños con diversos problemas de tipo clínico. En años posteriores (1980, 1981) se han utilizado otras muestras de niños australianos (N=60 y N=182) y japoneses (N=389), y actualmente se están llevando a cabo investigaciones y adaptaciones en otras lenguas y países (Italia, Francia, Alemania, India y España).

En las muestras originales se observó una buena confiabilidad y consistencia interna; se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.96 y una correlación "test-retest" de 0.74. Se han analizado la validez de contenido (utilizando, con anterioridad a la edición del cuestionario, el criterio y discriminación de una muestra de niños con depresión y el juicio de siete psiquiatras infantiles), de validez concurrente (relaciones con el cuestionario de Personalidad CPQ de Catell y capacidad discriminativa con un criterio de "Infelicidad"), de validez de constructo (mediante análisis de diferencias entre los grupos experimentales, control y clínico), y de validez factorial. En estos estudios se ha comprobado, a la espera de más análisis de validación, la precisión, valor y capacidad discriminativa del CDS para medir la depresión en niños.

#### Adaptación española

En el momento de iniciar la adaptación española, la muestra general contenía más de 900 sujetos de edades comprendidas entre los 8 y los 14 años, y procedían de diferentes partes de España y de colegios y centros especiales diversos.

#### Confiabilidad

En una muestra de 730 niños de 8 a 14 años se calculó la confiabilidad o consistencia

interna mediante la fórmula de Kuder-Richardson (-R 20), y los índices resultantes fueron: 0.61, 0.71, 0.72, 0.74, 0.68, 0.67, 0.55, 0.51, para las diferentes subescalas: AA/ Animo-Alegría; RA/Respuesta Afectiva; PS/Problemas sociales; AE/Autoestima; PM/ preocupación por la muerte; SC/Sentimientos de Culpabilidad; DV/Depresivos Varios; PV/Positivos varios. Estas subescalas conforman a su vez dos grandes subescalas; Depresiva y Positiva (TD y TP), para las cuales los índices rx encontrados, fueron respectivamente de 0.91 y 0.69, lo cual permite concluir que el CDS presenta un buen nivel de estabilidad o consistencia interna.

En un grupo de 11 niños de quinto y sexto grado se pudo lograr una segunda aplicación del CDS un año después del primer examen. Los resultados del "retest" fueron utilizados para obtener índices rx de estabilidad. Los coeficientes de confiabilidad por subescala fueron: 0.37, 0.41, 0.39, 0.39, 0.38, 0.52, 0.33, 0.47, 0.51, 0.48. En estos coeficientes se observa un descenso en relación con los obtenidos con la fórmula KR-20 y en una muestra más heterogénea; esto se debe además de la homogeneidad de la presente muestra, a que el intervalo de tiempo entre el test y el retest es bastante grande para la estabilidad de variables que son más de tipo estado que rasgo y en una época del proceso de maduración en la que la personalidad está conformándose.

Validez: Relación con otras pruebas

En esta muestra de 193 niños (123 varones y 70 mujeres) de quinto y séptimo grado, se exploró la relación entre el CDS y las escalas de personalidad del cuestionario EPQ-J de Eysenck. los coeficientes de correlación fueron de 0.14 y 0.19; el examen de las correlaciones por subescalas, mostró que todos los aspectos depresivos (excepto el conjunto de positivos varios), se relaciona positivamente con la inestabilidad de la

personalidad (escala N del EPQ-J). Además resultó en estos niños, que la incapacidad de vivenciar los aspectos positivos (AA, PV y el total TP) se correlaciona con la escala de sinceridad (convencionalismo o deseabilidad social), tal vez porque los sujetos socializadamente sinceros notaron más esa incapacidad de gratificación positiva; esto podría explicar las débiles correlaciones negativas de AA (Animo-Alegría) y PS (Problemas Sociales), con la extraversión (0.12, 0.12).

#### Muestra general de la normalización

La muestra general de normalización, estuvo compuesta por 84 niños de 8 a 11 años de edad, los cuales se agruparon por edad y sexo. Posteriormente, esta muestra se trató como un todo en la elaboración de los baremos para la interpretación.

En los estudios originales se empleó la escala de los deciles para interpretar las puntuaciones directas, no así en la tipificación española en la que se prefirió obtener las puntuaciones transformadas en las escalas de centiles y decatipos. La puntuación centil indica un tanto por ciento del grupo normativo al que un sujeto determinado es superior en la variable apreciada por el instrumento, pero no forman una escala típica sino ordinal y no pueden emplearse para calcular promedios con los centiles obtenidos en otras variables.

Las puntuaciones decatipos constituyen una escala típica de 10 puntos (media = 5.50, desviación = 2). En los decatipos centrales (5 y 6) queda comprendido el 40% medio: si el alejamiento de la media fuera algo mayor, dentro de los decatipos 4, 5, y 6 y 7, se encuentran los dos tercios (68.26%) de una distribución, lo cual se considera el grupo promedio; los decatipos 2, 3 y 8, 9 indican una gran desviación de la media.

Al respecto, Delsordo (1986) utilizando este instrumento (CDS) llevó a cabo un estudio de validez de criterio según el método de grupos contrastados. Los sujetos fueron niños y adolescentes de ambos sexos de 8 a 15 años, pacientes del servicio de consulta externa de un hospital psiquiátrico. Se excluyen los casos con daño orgánico cerebral, retraso mental y psicosis. La muestra se dividió en sujetos deprimidos y no deprimidos de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-III para episodio depresivo mayor. Se aplicó el CDS a los 60 sujetos y a los adultos significativos de éstos. Las conclusiones fueron que el grupo clínico de sujetos no deprimidos por definición no incluye sujetos normales, lo que explica que las puntuaciones del total positivo del grupo deprimido no llegaron a ser significativas.

En cuanto a la edad, aún cuando no se observaron diferencias estadísticamente significativas se observó la tendencia a disminuir en los niños mayores el total Positivo para trasladarse al total Depresivo. Los sujetos del grupo deprimido obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en el total Depresivo, por lo que se sugiere que el instrumento es válido.

Con respecto a las puntuaciones de las figuras significativas de los sujetos de ambos grupos, se encontraron diferencias entre los pares de puntuación que van de 0 a 27 para el Total Positivo y de 1 hasta 87 para el Total Depresivo, para la muestra completa. Por lo que se concluye, que el observador y el pequeño no perciben la misma situación.

Como se puede observar, de los inventarios autodescriptivos es el CDS el instrumento del que se obtienen más datos acerca de su confiabilidad y validez. Asimismo, este instrumento ha sido utilizado en nuestro país en muestras clínicas (Delsordo, 1986).

Por otro lado, De La Torre (1992), realiza también, una investigación utilizando el Cuestionario de Depresión Para Niños (CDS), haciendo una aplicación paralela, con el criterio diagnóstico de los Trastornos Afectivos de DSM III, diagnosticados por un psiquiatra, con el objetivo de conocer la utilidad del cuestionario como instrumento para detectar síndromes depresivos en niños de población general. Tomando una muestra de 94 niños de nivel primaria con los grados de 4to. 5to. y 6to. de los cuales 48 (51.06%) fueron del sexo masculino y 46 (48,93%) del sexo femenino. En cuanto a la edad de los sujetos en estudio, hubo 4 (4.25%) entre los 8 y los 9 años 0 meses de edad, 25 (26.59) de 9 años 1 mes a los 10 años 0 meses; 30 (31.91%) entre los 10 años 1 mes y los 11 años 9 meses; 22 (23.40) de los 11 años 1 mes a los 12 años y 13 (13.82%) de más de 12 años y 13 (13.82%) de más de 12 años de edad. Las distribuciones de los sujetos por grados escolares fue de 29 (34.85) correspondientes a 4to. año; 31 (32.97%) a 5to. año y 34 (36.17%) a 6to. año.

En relación a los diagnósticos, el psiquiatra empleó una entrevista estructurada en base a los criterios diagnósticos de los Trastornos Afectivos del DSM III. De acuerdo a estos criterios, la muestra se dividió en sujetos deprimidos y sujetos no deprimidos. Encontrando 29 (30.85%) sujetos deprimidos y 65 (69.14%) sujetos no deprimidos. De los sujetos considerados como deprimidos 13 (13.82%) fueron del sexo masculino y 16 (17.02%) del sexo femenino. En el rango de edad de los 8 años 1 mes a los 9 años 0 meses para el grupo del sexo masculino (n=2, 100%) no se encontró ningún sujeto deprimido. Del grupo de sujetos del sexo femenino (n=2, 100%) en el mismo rango de edad, se encontró que el 50% estaban deprimidos. En el siguiente rango de edad, de los 9 años 1 mes a los 10 años 0 meses del grupo de los sujetos masculinos (n=12, 100%) el 50% (n=6) estaba deprimido y en el sexo femenino (n=13, 100%) la frecuencia de depresión bajo al 15.4% (n=2). Del total de varones (n=15, 100%) entre los 10 años 1 mes a los 11 años 0 meses,

se encontró que un 20% (n=3) estaban deprimidos. En el grupo de niñas (n=15, 100%) se encontró un 33.33% (n=5) de casos de depresión. Para el rango de edad de los 11 años 1 mes a los 12 años 0 meses, del grupo masculino (n=12, 100%) ningún sujeto estaba deprimido. Sin embargo, del grupo del sexo femenino (n=10, 100%) el 40% (n=4) tenían depresión.

Finalmente, en el rango de más de 12 años de edad, para el grupo de sujetos masculinos (n=7 100%) el porcentaje de depresión fue de 57.14% (n=4) y para el grupo femenino (n=6, 100%) de 66.66% (n=4). En la realización del análisis de los resultados en el Total Positivo (TP). Se observa que el sexo tuvo un efecto significativo ( $F_{1,90}=4.31, p=0.038$ ), en tanto que ni el efecto del diagnóstico ni el de la interacción fueron significativos. En las comparaciones múltiples, empleando la t de student con corrección de Bonferroni, resultó que el grupo de sujetos del sexo femenino deprimidos, obtuvieron puntajes significativamente superiores a los de los sujetos del sexo masculino (deprimidos y no deprimidos,  $p < 0.50$ ).

Para el Total Depresivo (TD) se observa que el diagnóstico tuvo un efecto significativo ( $F_{1,90}=6.003, p=0.015$ ), en tanto que el efecto del sexo y la interacción resultaron no significativas. En el proceso de comparaciones múltiples, se observa que los sujetos del sexo masculino del grupo deprimido obtuvieron puntajes significativamente superiores a los de los no deprimidos ( $p > 0.05$ ). En la subescala Animo-Alegría (AA). Se observa que ni el diagnóstico, ni el sexo, ni la interacción resultaron significativos para esta subescala. En la subescala Respuesta Afectiva (RA) el diagnóstico tuvo un efecto significativo ( $F_{1,90}=8.76, p=0.004$ ), en tanto que ni el efecto del sexo y ni la interacción lo fueron. Los sujetos del sexo masculino del grupo deprimido, obtuvieron puntajes significativamente superiores a los del grupo no deprimido del mismo sexo  $p < 0.05$ ). Para problemas

sociales (PS) el diagnóstico también tuvo un efecto significativo, ya que el grupo de sujetos masculinos deprimidos obtuvo puntajes significativamente superiores a los de los varones no deprimidos ( $p < 0.05$ ). Para Autoestima (AE) el diagnóstico tuvo un efecto significativo, ya que el grupo de sujetos del sexo masculino deprimidos, obtuvo puntajes superiores a los de los no deprimidos del mismo sexo ( $p < 0.05$ ). Para la subescala Pensamiento de Muerte (PM), el diagnóstico tuvo efecto significativo en tanto que el efecto del sexo y la interacción resultaron no significativos, encontrándose que el grupo de sujetos masculinos deprimidos alcanzó puntajes significativamente superiores a los del grupo del sexo femenino deprimidas ( $p < 0.05$ ). Para Sentimientos de Culpabilidad (SC) se observa que ni el efecto del diagnóstico, ni del sexo ni la interacción resultaron significativos. Para Elementos Depresivos Varios (DV), se observa que ni el efecto del sexo ni del diagnóstico, como tampoco el de la interacción, resultaron significativos. Por último, para Elementos Positivos Varios (PV) ni el efecto del diagnóstico ni el de interacción resultaron significativos, ya que se observa que el grupo de niñas deprimidas obtuvieron puntajes significativamente superiores a los de los niños (deprimidos y no deprimidos ( $p < 0.05$ ).

Para las variables contempladas en la investigación, se observa, para sexo; que ni el efecto del sexo, ni el de interacción, resultaron significativos. Para escolaridad, tampoco se observa que el efecto del sexo, el de diagnóstico y el de interacción resultaran significativos.

Pasando a otros aspectos, se observó que los sujetos del sexo femenino del grupo deprimido obtuvieron puntuaciones significativamente superiores en el total positivo (TP) que los del sexo masculino de ambos grupos (Deprimidos y no Deprimidos).

El total depresivo (TD), los sujetos del sexo masculino del grupo deprimido, obtuvieron puntuaciones significativamente superiores que los del grupo no deprimido del mismo sexo.

Con respecto a las subescalas de tipo depresivo, Respuesta afectiva (RA), Problemas Sociales (PS) y Autoestima (AE), fueron los sujetos masculinos del grupo deprimido, quienes obtuvieron puntuaciones significativamente superiores, comparadas con las del grupo no deprimido del mismo sexo. En la subescala pensamientos de muerte (PM), el grupo de sujetos masculinos del grupo deprimido obtuvo puntajes significativamente superiores comparados con los sujetos del sexo femenino del grupo no deprimido.

Para la subescala Positivos Varios (PV), las niñas del grupo deprimido, obtuvieron puntuaciones significativamente superiores, comparadas con las del grupo de varones (deprimidos y no deprimidos).

En la subescala sentimientos de Culpabilidad (SC), Depresivo Varios (DV) y Animo-Alegría (AA) no existieron diferencias significativas para ninguno de los grupos. Así como tampoco, en cuanto a las variables edad y escolaridad. En este estudio no se observaron correlaciones significativas entre la edad de los sujetos del sexo femenino y ninguno de los totales (TD) y (TP) del CDS.

#### DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO

Para la realización del estudio se utilizó el cuestionario de depresión CDS "Cuestionario de Depresión Para Niños" (Seisdedos, 1983), que 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, que podrían describirse brevemente de la siguiente manera:

**Total Depresivo:**

**RA: Respuestas Afectivas (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.

**AE: Autoestima (ocho elementos),** se relaciona con los sentimientos, conceptos y actitudes del niño en relación con su propia estima y valor.

**PM: Preocupación por la Muerte-Salud (siete elementos),** alude a los sueños y fantasías del niño en relación con su enfermedad y muerte.

**SC: Sentimientos de Culpabilidad (ocho elementos),** se refiere a la autopunición del niño.

**DV: Depresivos Varios (nueve elementos),** incluye aquellas cuestiones de tipo depresivo que no pudieron agruparse para formar una entidad.

**Total Positivo:** con dos subescalas.

**AA: Animo Alegría (ocho elementos, puntuados en el polo opuesto)** alude a la ausencia

de alegría, diversión y felicidad en la vida del niño, o a su incapacidad para experimentarlas.

PV: Positivos Varios (diez elementos, puntuados en el polo opuesto), incluye aquellas cuestiones de tipo positivo que no pudieron agruparse para formar una entidad.

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

Para la aplicación del CDS se utilizó el manual de la versión española, el cual incluye las normas de aplicación e interpretación. Cuenta también con un juego de 66 tarjetas con la redacción de los reactivos y un juego de 5 tarjetas de clasificación. Se emplearon 30 hojas de respuesta y una planilla para su clasificación.

## 2.13 PROCEDIMIENTO

Se eligió el Instituto Para la Atención Integral del Niño Quemado. La muestra fue escogida propositivamente del total de los pacientes quemados por electricidad, fuego directo y escaldaduras: atendidos de enero a diciembre de 1992, tomando únicamente a los que se encontraban entre 8 y 15 años de edad.

Como siguiente paso, a los sujetos que se encontraban en dicho rango de edad, se les aplicó el CDS (cuestionario de depresión infantil) en su versión española de manera individual, hasta completar la muestra, de los 30 sujetos.

Todas las aplicaciones las efectuó una psicóloga en un consultorio del Instituto Para la Atención Integral del Niño Quemado, designado para ello, a fin de evitar cualquier distracción. El lugar fue adecuado en cuanto a iluminación, espacio y ventilación. Se procuró crear un ambiente amistoso para que los niños se sintieran tranquilos.

Una vez en el consultorio, la examinadora les dió una explicación, introduciendo el cuestionario como sigue:

"otros niños han contestado las frases que voy a leer, diciendo como piensan o como sienten, si están de acuerdo o no sobre lo que se dice en esas frases. Yo leeré un número y una frase, y ustedes contestarán en la hoja que les di, poniendo una marca sobre una de las ruedas que hay después de ese número. Para que vean como se contesta voy a poner un ejemplo en el pizarrón (que hay en el consultorio). Si contestan debajo de ++ es que están muy de acuerdo con lo que dice lo que leyeron. Si ponen la marca debajo de + significa que están solamente de acuerdo. Si señalan debajo de +/- es que no están muy seguros, que están entre el sí y el no. Si quieren decir que no están muy de acuerdo con lo que dice la frase, marca debajo de - y si estás muy en desacuerdo, marca por debajo de ---". (Seisdedos, 1983)

Se preguntó a los niños si habían dudas, dando nuevamente un ejemplo para asegurar la comprensión de las instrucciones.

Después de la aplicación se calificaron las pruebas, obteniendo las puntuaciones naturales con la plantilla, anotando los totales de las subescalas, los totales por escala y los decatipos correspondientes.

## 2.14 ANALISIS ESTADISTICO DE DATOS

Los datos obtenidos en el estudio, se sometieron a un análisis de datos a través de un diseño factorial sometiéndolos a la estadística mediante el análisis de varianza. (Pick y López, 1979).

Utilizando el paquete estadístico aplicado a las ciencias sociales (SPSS) (Nie, Gull, Genkings, Streinbrener y Bent, 1975).

El primer programa aplicado fue un análisis de frecuencias con el cual se hizo una descripción de cada una de las variables sociodemográficas de la muestra. Este análisis obtiene los rasgos en que se ubica la puntuación: Las frecuencias, los porcentajes, las medias y las desviaciones estandar de cada una de las variables interesadas en la población investigada, relacionándolas con cada una de las escalas y subescalas del ("CDS")

El segundo programa aplicado fue la correlación de Pearson. Este análisis fue utilizado ya que se pretendía conocer la relación entre las escalas del CDS y la edad.

El 3er programa fue el análisis varianza el cual nos permite obtener diferencias significativas en las escalas y subescalas del CDS, por sexo, nivel socio-económico, tipo de paciente, apoyo psicológico recibido y no recibido, así como por el tipo de quemadura y por el lugar en donde se encuentra la lesión (Kerlinger, 1975, Siegel 1970 y Pick y López 1979).

resultados

### CAPITULO III

## RESULTADOS

Los datos obtenidos en el presente estudio se sometieron al paquete estadístico aplicado a las ciencias sociales (SPSS) (Nie, Gull, Genkings, 1985). El primer programa aplicado fue un análisis de frecuencias con el cual se hizo una descripción de cada una de las variables sociodemográficas de la muestra. Este análisis obtiene los rangos en que se ubica la puntuación, las frecuencias, los porcentajes, las medias y las desviaciones standar de cada una de las variables interesadas en la población investigada, relacionándolas con cada una de las escalas y subescalas del CDS.

Los datos obtenidos fueron los siguientes:

### DATOS GENERALES O SOCIO-DEMOGRAFICOS.

El total de la población estudiada estuvo constituida por 19 hombres que corresponden al 63.3% y 11 mujeres que corresponden al 36.7% (Ver tabla 1).

TABLA 1 Sexo

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
hombres	19	63.3 %
mujeres	11	36.7 %

Con respecto a la edad, los sujetos de 8 años ocuparon el 3.3 % del total de la población, los de 9 años el 40%, los de 10 años un 10%, los de 11 un 10%, los de 12 un 13.3%, los de 13 un 10%, los de 14 un 6.7% y los de 15 un 6.7%. No hubieron sujetos de 16 años.

Se observa una media de edad de 10.800 y una desviación estandar de 2.074. (Ver tabla 2).

TABLA 2 Edad

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
8 años	1	3.3%
9 años	12	40.0%
10 años	3	10.0%
11 años	3	10.0%
12 años	4	13.3%
13 años	3	10.0%
14 años	2	6.7%
15 años	2	6.7%

En cuanto al nivel socio-económico, el 10% de los sujetos corresponden a un nivel socio-económico alto el 33.3% al nivel socio-económico medio y el 53.3% al nivel socio-económico bajo; observando que la mayoría de los casos pertenecen a una clase social y económica baja. (Ver tabla 3).

TABLA 3 Nivel socio-económico

NIVEL SOCIO-ECONOMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
no respuesta	1	3.3%
alto	3	10.0%
medio	10	33.3%
bajo	16	53.3%

Para la escolaridad el 10% de los casos alcanzan un 2do grado, el 20% el 3er grado, el 16.7% el 4to grado, el 30% el 5to grado un 3.3% el 6to grado, un 3.3% el 1er grado de secundaria y un 16.7% el 2do de secundaria. (Ver tabla 4).

**TABLA 4 Escolaridad**

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2do de primaria	3	10.0%
3ro de primaria	6	20.0%
4to de primaria	5	16.7%
5to de primaria	9	30.0%
6to de primaria	1	3.0%
1ro de secundaria	1	3.3%
2do de secundaria	5	16.7%

A la realización del estudio, el 20% de la muestra estudiada se encontraba hospitalizada, el 76.7% restante eran pacientes externos. (Ver tabla 5).

**TABLA 5 Tipo de paciente**

PACIENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
externo	23	76.7%
interno	6	20.0%
no respuesta	1	3.3%

El 30% de la población en estudio cursó una hospitalización hasta de 15 días, el 40% hasta de 30 días, el 16.7% hasta 45 días, un 3.3% hasta 105 días y los 3.3% restantes hasta 120 días. (Ver tabla 6).

**TABLA 6 Tiempo de estancia hospitalaria**

TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
de 1 a 15 días	9	30.0%
de 16 a 30 días	12	40.0%
de 31 a 45 días	5	16.7%
de 46 a 60 días	1	3.3%
de 76 a 90 días	1	3.3%
de 91 a 105 días	1	3.3%
de 106 a 120 días	1	3.3%

El 76.7% del total de la población estudiada, han recibido apoyo psicológico durante la hospitalización, el 23.3% restante no recibieron apoyo. (Ver tabla 7 ).

**TABLA 7 Apoyo psicológico**

APOYO PSICOLOGICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
recibieron apoyo	23	76.7%
no recibieron apoyo	7	23.3%

El tipo de familia del cual provienen el 83.3% de los casos está integrada, el 16.7% del resto de los casos posee una familia desintegrada. (Ver tabla 8)

**TABLA 8 Tipo de familia**

TIPO DE FAMILIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
integrada	25	83.3%
desintegrada	5	16.7%

En cuanto al agente causal y tipo de quemaduras que sufrieron los sujetos estudiados, en el 50% de los casos fue por escaldadura, el 6.7% por electricidad y el 43.3% por fuego directo. (Ver tabla 9).

TABLA 9 Tipo de quemaduras

TIPO DE QUEMADURA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
escaldaduras	15	50.0%
electricidad	2	6.7%
fuego directo	13	43.3%

El 6.7% de los pacientes sufrieron quemaduras en la cara, cuello, tórax, extremidades inferiores y superiores. El 6.7% se lesionaron únicamente cara y extremidades superiores; el 10.0% , la cara, el tórax y las extremidades superiores; el 40% solo las extremidades inferiores; el 3.3% las extremidades inferiores y glúteos; un 13.3% se quemaron las extremidades inferiores y superiores; un 10% se quemaron únicamente extremidades superiores; un 3.3% el tórax, abdomen y genitales y el 6.7% restantes se lesionaron el hemitórax. (Ver tabla 10 )

TABLA 10 Lugar de la lesión

LUGAR DE LA LESION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
. cara, cuello, tórax, extremidades inferiores y superiores.	2	6.7%
. cara y extremidades superiores.	2	6.7%
. cara, tórax y extremidades superiores.	3	10.0%
. extremidades inferiores	12	40.0%
. extremidades inferiores y glúteos.	1	3.3%
. extremidades superiores e inferiores.	4	13.3%
. extremidades superiores.	3	10.0%
. tórax, abdomen y genitales	1	3.3%
. hemitórax	2	6.7%

En cuanto a la extensión de la lesión, el 16.7% del total de los sujetos estudiados se lesionaron un área equivalente al 2% de la superficie corporal; el 10.0% se lesionaron un 3.3% de superficie corporal quemada (SCQ), un 3.3% el 4% de SCQ, un 6.7% el 5% de SCQ, un 6.7% el 6% de SCQ, un 10.0% el 7% de SCQ, un 3.3% el 8% de SCQ, un 6.7% el 9% de SCQ, un 6.7% el 11% de SCQ, un 6.7% el 13% de SCQ, un 3.3% el 14% de SCQ, un 3.3% el 15% de SCQ, un 6.7% el 16% de SCQ, un 3.3% el 22% de SCQ, un 3.3% el 40% de SCQ y un 3.3% el 50% de SCQ. (Ver tabla 11).

TABLA 11 Extensión de la lesión

EXTENSION DE LA LESION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2%	5	16.7%
3%	3	10.0%
4%	1	3.3%
5%	2	6.7%
6%	2	6.7%
7%	3	10.0%
8%	1	3.3%
9%	2	6.7%
11%	2	6.7%
13%	2	6.7%
14%	1	3.3%
15%	1	3.3%
16%	2	6.7%
22%	1	3.3%
40%	1	3.3%
50%	1	3.3%

En cuanto al grado y profundidad de la lesión, el 63.0% de los sujetos estudiados tuvieron lesiones de 1ro y 2do grado, superficiales y profundas, el 3.3%, lesiones del 3er grado; un 3.3% lesiones de 2do grado superficial; un 10.0% lesiones de 2do grado superficiales y profundas; un 10.0%, lesiones de 1er grado superficial y profundo; un 3.3%, lesiones de 1ro, 2do y 3er grado superficiales y profundas; un 6.7%, lesiones de 2do y 3er grado superficiales y profundas. (Ver tabla 12)

**TABLA 12 Grado y profundidad de la lesión**

GRADO Y PROFUNDIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
. 1ro y 2do grado superficiales y profundas	19	63.3%
. 3er grado profundas	1	3.3%
. 2do grado profundas	1	3.3%
. 2do grado superficiales y profundas	3	10.0%
. 1er grado superficiales y profundas	3	10.0%
. 1ero, 2do y 3er grado superficiales y profundas	1	3.3%
. 2do y 3er grado superficiales y profundas	2	6.7%

El 30% de los pacientes durante su hospitalización tuvieron una intervención quirúrgica; el 10.0% tuvieron 2 intervenciones, el 6.7% tuvieron tres y el 53.3% restantes no fueron sometidos a ninguna Intervención. (Ver tabla 13).

**TABLA 13 Cantidad de intervenciones quirúrgicas**

NUMERO DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
una	9	30.0%
dos	3	10.0%
tres	2	6.7%
ninguna	16	53.3%

El 36.7% del total de los pacientes tuvieron como intervención quirúrgica la colocación de injerto, el 3.3% de los sujetos, un lavado quirúrgico; el 3.3% amputación; el 50% ninguna intervención, mientras que el 6.7% restantes fueron sometidos a injerto, amputación y lavado quirúrgico. (Ver tabla 14).

**TABLA 14 Intervenciones quirúrgicas**

TIPO DE INTERVENCION QUIRURGICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
injerto	11	36.7%
lavado quirúrgico	1	3.3%
amputación	1	3.3%
ninguna	15	50%
amputación, injerto y lavado quirúrgico	2	6.7%

Dentro de las complicaciones médicas se observó que el 16.7% del total de los casos tuvieron infección, un 6.7% tuvieron pérdida de miembros, un 6.7% tuvieron quemaduras de vías respiratorias por inhalación y el 66.7% restantes cursaron sin ninguna complicación, mientras que un 3.3% tuvo neumonía. (Ver tabla 15).

**TABLA 15 Complicaciones médicas**

COMPLICACIONES MEDICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
.infección	5	16.7%
.pérdida de miembros	2	6.7%
.quemaduras de vías respiratorias por inhalación	2	6.7%
.neumonía	1	3.3%
.ninguna	20	66.7%

El 20% del total de los casos estudiados, tuvieron una cicatrización normal mientras que el 80% de ellos tuvieron cicatriz hipertrófica. ( Ver tabla 16 )

**TABLA 16 Tipo de cicatrización**

TIPO DE CICATRIZACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
normal	6	20.0%
hipertrófica	24	80.0%

**TABLAS DE DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS PARA LAS ESCALAS Y  
SUBESCALAS DEL " CDS"**

**Análisis de frecuencias**

En relación a la puntuación obtenida en la subescala ánimo-alegría (AA), se observa que las respuestas del total del grupo oscilan en un rango de 13-28 puntos obteniendo una medida de 20.100 y una desviación standar de 4.037 (Ver tabla 17).

TABLA 17 Puntuaciones subescala ánimo-alegría

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
13	3	10.0 %
15	1	3.3%
16	1	3.3%
17	2	6.7%
18	3	10.0%
19	5	16.7%
20	1	3.3%
21	4	13.3%
22	1	3.3%
23	3	10.0%
24	1	3.3%
25	2	6.7%
26	1	3.3%
27	1	3.3%
28	1	3.3%

Para la subescala respuesta afectiva (RA), el total de la puntuación de las respuestas obtenidas de la población se encuentran dentro de un rango de 13-34 puntos obteniendo una media de 24.433 y una desviación standar de 5.494 (Ver tabla 18).

**TABLA 18 Puntuaciones subescala respuesta afectiva**

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
17	1	3.3%
18	1	3.3%
21	2	6.7%
22	2	6.7%
24	2	6.7%
25	1	3.3%
26	2	6.7%
28	2	6.7%
29	6	20.0%
30	3	10.0%
31	3	10.0%
34	1	3.3%
35	1	3.3%
37	2	6.7%
38	1	3.3%

En la subescala problemas sociales, el total de las respuestas se observan dentro de un rango de 18-38 puntos encontrando una media de 28.167 y una desviación standar de 5.207 (Ver tabla 19)

**TABLA 19 Puntuaciones subescala problemas sociales.**

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18	1	3.3%
20	1	3.3%
21	2	6.7%
22	1	3.3%
23	2	6.7%
24	1	3.3%
26	3	10.0%
27	3	10.0%
28	1	3.3%
29	2	6.7%
30	2	6.7%
31	4	13.3%
32	2	6.7%
34	1	3.3%
35	1	3.3%
36	1	3.3%
37	1	3.3%
38	1	3.3%

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Para la subescala autoestima, el total de la puntuación obtenida se ubica en un grupo de 17-38 puntos con una media de 28 y una desviación standar de 5.356 (Ver tabla 20).

TABLA 20 Puntuaciones subescala autoestima

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
17	2	3.3%
18	1	3.3%
21	2	6.7%
22	2	6.7%
24	2	6.7%
25	1	3.3%
26	2	6.7%
28	2	6.7%
29	6	20.0%
30	3	10.0%
31	3	10.0%
34	1	3.3%
35	1	3.3%
37	2	6.7%
38	1	3.3%

En relación a la subescala preocupación por la muerte, la puntuación obtenida se encuentra en un rango de 14-28 puntos obteniendo una media de 22.400 y una desviación standar de 3.856 (Ver tabla 21).

TABLA 21 Puntuaciones subescala preocupación por la muerte

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
14	1	3.3%
17	1	3.3%
18	2	6.7%
19	3	10.0%
20	4	13.3%
21	4	13.3%
22	2	6.7%
23	1	3.3%
24	3	10.0%
25	1	3.3%
26	1	3.3%
27	2	6.7%
28	5	16.7%

En la subescala sentimientos de culpa, el total de la población responde con una puntuación que se ubica en un rango de 17-43 puntos, obteniéndose un media de 28.633 y una desviación standar de 6.610 (Ver tabla 22).

TABLA 22 Puntuación de la subescala sentimientos de culpa.

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
17	2	6.7%
18	1	3.3%
22	2	6.7%
23	3	10.0%
24	1	3.3%
25	2	6.7%
26	1	3.3%
27	2	6.7%
28	1	3.3%
30	2	6.7%
31	1	3.3%
32	3	10.0%
33	3	10.0%
34	1	3.3%
35	1	3.3%
38	3	10.0%
43	1	3.3%

Las respuestas obtenidas en la puntuación de la subescala depresivos varios, se ubican en un rango que va de 26-42, obteniendo para esta subescala una media de 33.500 y una desviación standar de 4.353 (Ver tabla 23).

**TABLA 23 Puntuaciones de la subescala depresivos varios**

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
26	1	3.3%
27	3	10.0%
29	1	3.3%
30	3	10.0%
31	4	13.3%
32	1	3.3%
33	2	6.7%
34	2	6.7%
35	2	6.7%
36	4	13.3%
37	1	3.3%
38	2	6.7%
40	3	10.0%
42	1	3.3%

En la subescala PV el total de las respuestas de la población se ubica en un rango de 18-30 puntos con una media de 27.933 y una desviación estandar de 5.729 (Ver tabla 24).

**TABLA 24 Puntuaciones de la subescala positivos varios**

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18	1	3.3%
19	1	3.3%
20	1	3.3%
22	3	10.0%
23	2	6.7%
24	2	6.7%
26	3	10.0%
27	2	6.7%
28	3	10.0%
29	1	3.3%
30	2	6.7%
32	2	6.7%
33	1	3.3%
36	4	13.3%
37	1	3.3%
38	1	3.3%

Para la escala del total positivo las respuestas de la población, se ubica en un rango de 32-64 puntos con una media de 48.300 y una desviación estandar de 8.355. (Ver tabla 25).

TABLA 25 Puntuación total positivo

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
32	1	3.3%
34	1	3.3%
37	2	6.7%
38	1	3.3%
41	1	3.3%
42	1	3.3%
45	6	20.0%
47	2	6.7%
48	1	3.3%
49	2	6.7%
50	1	3.3%
52	1	3.3%
53	2	6.7%
55	2	6.7%
56	1	3.3%
57	1	3.3%
58	1	3.3%
62	1	3.3%
63	1	3.3%
64	1	3.3%

Para el total depresivo, las respuestas obtenidas en la población son ubicadas en un rango de 110-208 obteniendo una media de 163.033 y una desviación standar de 25.180 (Ver tabla 26).

TABLA 26 Puntuación total depresivo

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
110	1	3.3%
124	1	3.3%
129	1	3.3%
135	1	3.3%
136	1	3.3%
139	1	3.3%
143	1	3.3%
146	2	3.3%
147	1	3.3%
150	1	3.3%
151	1	3.3%
152	1	3.3%
154	1	3.3%
158	1	3.3%
165	1	3.3%
169	1	3.3%
176	2	6.7%
178	1	3.3%
179	1	3.3%
180	1	3.3%
182	1	3.3%
188	2	6.7%
193	1	3.3%
194	1	3.3%
195	1	3.3%
200	1	3.3%
208	1	3.3%

### ANÁLISIS INFERENCIAL

El segundo programa aplicado fue la correlación de Pearson.

Este análisis fue aplicado debido a que se deseaba conocer la relación entre las escalas y subescalas del CDS y la edad; se observa lo siguiente:

- Se encuentra una correlación positiva entre PV y AA; es decir, a mayor puntuación en la subescala positivos varios, mayor puntuación en la subescala ánimo-alegría. ( $r=.49$ ).
- Se observa que a mayor puntuación en la subescala total positivo se encuentra mayor puntaje en la subescala ánimo-alegría, encontrando una correlación de tipo positivo. ( $r=.80$ ).
- Para las subescalas problemas sociales y respuesta afectiva se manifiesta una correlación positiva ya que a mayor puntuación en PS, mayor en RA. ( $r=.72$ ).
- A mayor puntuación en (AA) ánimo-alegría, mayor puntuación en (RA) respuesta afectiva encontrándose una correlación positiva. ( $r=.66$ ).
- A mayor puntuación en la subescala preocupación por la muerte, mayor puntuación en la subescala de respuesta afectiva, encontrándose una correlación positiva. ( $r=.62$ ).
- A mayor puntuación en la subescala depresivos varios, mayor puntuación para la subescala respuesta afectiva, mostrándose una correlación positiva. ( $r=.72$ ).
- A mayor puntuación en la escala total depresivo, mayor puntuación en la subescala de respuesta afectiva encontrándose una correlación de tipo positivo. ( $r=.86$ ).
- A mayor puntuación encontrada en la subescala de autoestima, mayor puntuación se muestra en la subescala de problemas sociales encontrándose una correlación positiva. ( $r=.62$ ).

- A mayor puntuación en la subescala de preocupación por la muerte, mayor puntuación obtenida en la subescala referente a los problemas sociales. ( $r=.65$ ).
- A mayor puntuación obtenida en depresivos varios, mayor puntuación encontrada en la subescala de problemas sociales. ( $r=.67$ ).
- Se observa mayor puntuación en la escala total depresivo encontrándose correlacionada positivamente con la subescala de problemas sociales ( $r=.83$ ).
- A mayor puntuación obtenida en la subescala preocupación por la muerte mayor puntuación en la subescala de autoestima ( $r=.56$ .)
- Se observa mayor puntuación en la subescala depresivos varios encontrándose correlacionada positivamente con la subescala de preocupación por la muerte. ( $r=.55$ ).
- A mayor puntuación en la escala total depresivo se observa correlación positiva con la subescala de autoestima. ( $r=.74$ ).
- A mayor puntuación encontrada en la subescala total depresivo, mayor puntuación se muestra en la subescala sentimientos de culpabilidad. ( $r=.55$ ).
- Se encuentra una correlación positiva entre la escala total depresivo y mayor puntuación en la subescala depresivos varios; es decir, ( $r=.75$ ).
- A mayor puntuación obtenida en la escala total positivo, mayor puntuación en la subescala positivos varios. Con una correlación positiva. ( $r=.89$ ).

- A mayor calificación en la subescala preocupación por la muerte, mayor puntuación se obtiene en el total depresivo, obteniendo una correlación positiva. ( $r=.75$ ).

En relación a la edad, se observa que:

- A mayor edad, menor puntuación en la subescala de respuesta afectiva.
- A mayor edad, menor puntuación en la subescala de autoestima.
- A mayor edad, menor preocupación por la muerte.

(Ver tabla 27).

TABLA 27 Correlaciones escalas-subescalas-edad

	AA	RA	PS	AE	PM	SC
AA	.2249					
RA	.1156	.7243**				
PS	.1834	.6544**	.6207**			
AE	.1812	.6296**	.6578**	.5660**		
PM	.1707	.3701	.3195	.1734	.2847	
SC	.3757	.7202**	.6702**	.3224	.5506**	
DV	.4967	.1116	.1668	.0888	.0106	.2124
PV	.8067	.2127	.2327	.1557	.1342	.2749
TP	.2985	.8616**	.8319**	.7491**	.7545**	.5526**
TD	.0930	.2499	-.0064	.1334	-.2785	.0875
EDAD						

	DV	PV	TP	TD
DV				
PV	.1811			
TP	.3551	.9916**		
TD	.7599**	.2003	.3301	
EDAD	.0611	.0308	.0692	.0272

El tercer programa aplicado fue el análisis de varianza el cual nos permite obtener diferencias significativas en las escalas y subescalas del CDS, por sexo, nivel socio-económico, tipo de paciente, apoyo psicológico recibido y no recibido, así como por el tipo de quemadura y por el lugar en donde se encuentre la lesión.

Con lo anterior se obtiene lo siguiente:

PARA SEXO Y NIVEL SOCIO-ECONOMICO

SUBESCALA AA

En la subescala ánimo-alegría no se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres encontrando que ( $F=(1/23) .025$ ;  $p=.87$ ). (Ver tabla 28)

TABLA 28 Por sexo

HOMBRES	MUJERES
20.39 (18)	19.82 (11)

No se observan diferencias en la subescala ánimo-alegría y la relación con el nivel socio-económico encontrando que ( $F=(2/23) .836$ ;  $p=.44$ ) (Ver tabla 29).

TABLA 29 Por nivel socio-económico

NIVEL SOCIO-ECONOMICO		
ALTO	MEDIO	BAJO
17.67 (3)	19.70 (10)	20.94 (16)

No se observan diferencias significativas en relación a la subescala ánimo-alegría y al sexo y el nivel socio-económico, no obstante que se observa que las mujeres de nivel socio-económico bajo obtienen una mayor puntuación en AA.

Se encuentra que ( $F= 2/23$ ) 1.26;  $P=.30$ ). (Ver tabla 30).

TABLA 30 Nivel socio-económico por sexo

		NIVEL SOCIO-ECONOMICO		
		ALTO	MEDIO	BAJO
S E X O	HOMBRES	20.0	20.25	20.50
	MUJERES	13.00	19.33	22.25

### SUBESCALA RA

En la subescala respuesta afectiva, no se observan diferencias significativas en relación al sexo de los sujetos, observando que; ( $F=(1/23)$  .23;  $p=.63$ ) (Ver tabla 31).

TABLA 31 RA por sexo

HOMBRES	MUJERES
24.22 (18)	22.73 (11)

En la subescala de respuesta afectiva, no se observan diferencias significativas en cuanto al nivel socio-económico, sin embargo, se observa que los sujetos pertenecientes al nivel socio-económico bajo obtienen una mayor puntuación en RA. Se encuentra que:

( $F=2/23$ ) 1.83;  $p=.182$ ) (Ver tabla 32).

TABLA 32 RA por nivel socio-económico

NIVEL SOCIO-ECONOMICO		
ALTO	MEDIO	BAJO
18.67 (3)	22.90 (10)	25.06 (16)

No se observan diferencias significativas en la subescala respuesta afectiva en relación al nivel socio-económico y al sexo, no obstante, se encuentra que los hombres de nivel socio-económico bajo obtienen una mayor puntuación.

Para dicha subescala se conoce que; ( $F=(2/23)$  1.20;  $p=.31$ ). (Ver tabla 33).

TABLA 33 RA por nivel socio-económico y sexo

NIVEL SOCIO-ECONOMICO				
S E X O		ALTO	MEDIO	BAJO
	HOMBRES	18.00 (2)	21.50 (4)	26.17 (12)
	MUJERES	20.00 (1)	23.83 (6)	21.75 (4)

## SUBESCALA PS

Para la subescala de problemas sociales no se encuentran diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Se tiene que,  $(F=(1/23). 096; p=.75)$ . (Ver tabla 34).

TABLA 34 PS por sexo

HOMBRES	MUJERES
28.89 (18)	27.55 (11)

Mientras que en relación al nivel socio-económico bajo se obtuvo mayor calificación pese a que no se observan diferencias significativas. (En las calificaciones obtenidas en la subescala de problemas sociales). Se conoce que;  $(F=(2/23)2.02; p=.155)$  (Ver tabla 35).

TABLA 35 PS por nivel socio-económico

NIVEL SOCIO-ECONOMICO		
ALTO	MEDIO	BAJO
24.33 (3)	27.10 (4)	29.94 (12)

En relación al nivel socio-económico y al sexo, no se encuentran diferencias significativas pero se observa que los hombres de nivel socio-económico bajo y las mujeres de nivel socio-económico alto, presentan una puntuación mayor.

Se encuentra que:  $(F= (2/23) 2.25; p=.12)$ . (Ver tabla 36)

TABLA 36 PS por sexo y nivel socio-económico

		NIVEL SOCIO-ECONOMICO		
S E X O		ALTO	MEDIO	BAJO
	HOMBRES	21.50 (2)	26.25 (4)	31.00 (12)
	MUJERES	30.00 (1)	27.67 (6)	26.75 (4)

### SUBESCALA AE

En la subescala de autoestima no se observan diferencias significativas en relación al sexo de los sujetos, observando que:  $(F=(1/23) 1.82; p=.19)$ . (Ver tabla 37).

TABLA 37 Diferencias AE por sexo

HOMBRES	MUJERES
27.33 (18)	29.45 (11)

Tampoco se observan diferencias significativas en relación al nivel socio-económico, conociendo que  $(F= (2/23).75; p=.47)$ . (Ver tabla 38 )

**TABLA 38 diferencias nivel S-E por AE**

NIVEL SOCIO-ECONOMICO		
ALTO	MEDIO	BAJO
26.33 (3)	27.50 (10)	28.88 (16)

En relación a la interacción nivel socio-económico-sexo, no se obtienen diferentes significativas, sin embargo, se observan mayores puntuaciones en los hombres de nivel socio-económico bajo y las mujeres del nivel social alto. Se conoce que ( $F=2/23$ ) 2.49;  $p=.10$ ). (Ver tabla 39).

**TABLA 39 Interacción sexo-nivel socio-económico por AE**

NIVEL SOCIO-ECONOMICO				
S E X O				
		ALTO	MEDIO	BAJO
	HOMBRES	21.00 (2)	27.25 (4)	28.42 (12)
MUJERES	37.00 (1)	27.67 (6)	30.25 (4)	

### SUBESCALA PM

Para la subescala preocupación por la muerte, no se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres, observándose, ( $F=(1/23)$ .25;  $p=.61$ ). (Ver tabla 40).

TABLA 40 Diferencias PM por sexo

HOMBRES	MUJERES
22.39 (18)	22.82 (11)

En relación al nivel socio-económico, no se observan diferencias significativas en la subescala PM (preocupación por la muerte), encontrando que ( $F=(2/23).35$ ;  $p=.70$ ) (Ver tabla 41).

TABLA 41 Diferencia nivel S-E por PM

NIVEL SOCIO-ECONOMICO		
ALTO	MEDIO	BAJO
21.67 (3)	22.10 (10)	23.00 (16)

En la subescala preocupación por la muerte y su interacción con nivel socio-económico y sexo, no se observan diferencias significativas teniendo que ( $F=(2/23)2.47$ ;  $p=.10$ ). (Ver tabla 42).

TABLA 42 Interacción sexo-nivel socio-económico por PM

		NIVEL SOCIO-ECONOMICO		
S E X O		ALTO	MEDIO	BAJO
	HOMBRES	20.50 (2)	19.50 (4)	23.67 (12)
MUJERES	24.00 (1)	23.83 (6)	21.00 (4)	

## SUBESCALA SC

Para la subescala SC, no se observan diferencias significativas en relación al sexo, mostrándose ( $F=(1/23)1.56$ ;  $P=.22$ ) (Ver tabla 43).

TABLA 43 Diferencia SC por sexo

HOMBRES	MUJERES
29.56 (18)	26.82 (11)

No se observan diferencias significativas con respecto al nivel socio-económico de los sujetos, al observar las puntuaciones de la subescala sentimientos de culpa. ( $F=(2/23).44$ ;  $p=.64$ ) (Ver tabla 44).

TABLA 44 Diferencias nivel socio-económico por SC

NIVEL SOCIO-ECONOMICO		
ALTO	MEDIO	BAJO
26.33 (3)	29.30 (10)	28.44 (16)

En relación sexo-nivel socio-económico para la subescala sentimientos de culpa, no se observan diferencias significativas aunque se encuentra mayor puntuación en los sujetos del sexo masculino y el nivel socio-económico bajo y en las respuestas de las mujeres de un nivel social medio. Se encuentra que: ( $F=(2/23)1.13$ ;  $p=.33$ ). (Ver tabla 45)

TABLA 45 Interacción sexo-nivel por SC

		NIVEL SOCIO-ECONOMICO		
S E X O		ALTO	MEDIO	BAJO
	HOMBRES	22.50 (2)	29.50 (4)	30.33 (12)
	MUJERES	28.00 (1)	29.33 (6)	22.75 (4)

### SUBESCALA DV

En la subescala depresivos varios, no se observan diferencias significativas en cuanto al sexo. Teniendo en cuenta que:  $(F=(1/23).26; p=.61)$  (Ver tabla 46).

TABLA 46 Diferencia DV por sexo

HOMBRES	MUJERES
34.00 (18)	33.00 (11)

En cuanto al nivel socio-económico y la subescala depresivos varios tampoco se observan diferencias significativas pese a que se muestra una mayor puntuación en las respuestas de los sujetos pertenecientes a un nivel social bajo. Se encuentra que:  $(F=(2/23) 2.18; p=.13)$  (Ver tabla 47).

TABLA 47 Diferencias nivel socio-económico por DV

NIVEL SOCIO-ECONOMICO		
ALTO	MEDIO	BAJO
29.33 (3)	33.40 (10)	34.56 (16)

Se observan diferencias significativas en relación a la interacción sexo-nivel socio-económico encontrándose que ( $F=(2/23) 3.55; p=.045$ ). (Ver tabla 48).

TABLA 48 Interacción sexo-nivel socio-económico por DV

		NIVEL SOCIO-ECONOMICO		
		ALTO	MEDIO	BAJO
S E X O	HOMBRES	20.50 (2)	19.50 (4)	23.67 (12)
	MUJERES	24.00 (1)	23.83 (6)	21.00 (4)

### SUBESCALA PV

De la subescala positivos varios no se observan diferencias significativas en cuanto al sexo. Teniendo que: ( $F=(1/23).13; p.71$ ). (Ver tabla 49).

TABLA 49 Diferencia PV por sexo

HOMBRES	MUJERES
28.00 (18)	27.91 (11)

En cuanto al nivel socio-económico y la subescala positivos varios, tampoco se observan diferencias significativas. Se encuentra que ( $F=(2/23) 1.40$ ;  $p=.26$ ). (Ver tabla 50).

TABLA 50 Diferencias nivel socio-económico por PV.

NIVEL SOCIO-ECONOMICO		
ALTO	MEDIO	BAJO
24.67 (3)	26.50 (10)	29.50 (16)

Para la subescala positivos varios, no se observan diferencias significativas en la interacción nivel socio-económico-sexo, viendo que: ( $F=(2/23).96$ ;  $p=.39$ ). (Ver tabla 51).

TABLA 51 Interacción sexo-nivel socio-económico por PV

NIVEL SOCIO-ECONOMICO				
S E X O				
		ALTO	MEDIO	BAJO
	HOMBRES	27.50 (2)	25.25 (4)	29.00 (12)
MUJERES	10.00 (1)	27.33 (6)	31.00 (4)	

### ESCALA TP

En la escala total positivo, no se observan diferencias significativas en cuanto al sexo, teniendo que: ( $F=(1/23).007$ ;  $p=.93$ ). (Ver tabla 52 )

TABLA 52 Diferencia TP por sexo

HOMBRES	MUJERES
48.83 (18)	47.73 (11)

En cuanto al nivel socio-económico y la escala total positivo, tampoco se observan diferencias significativas. Se encuentra que:  $(F=(2/23)1.87 p=.17)$ . (Ver tabla 53).

TABLA 53 Diferencias nivel socio-económico por TP

NIVEL SOCIO-ECONOMICO		
ALTO	MEDIO	BAJO
42.33 (3)	46.20 (10)	50.94 (16)

Para la escala total positivo, no se observan diferencias significativas en la interacción nivel socio-económico-sexo, viendo que:  $(F=(2/23) 1.41 ; p=.26)$  (Ver tabla 54).

TABLA 54 Interacción sexo-nivel socio-económico por TP

NIVEL SOCIO-ECONOMICO				
S E X O		ALTO	MEDIO	BAJO
	HOMBRES	47.50 (2)	45.50 (4)	50.17 (12)
MUJERES	32.00 (1)	46.67 (6)	53.25 (4)	

## ESCALA TD

En la escala total depresivo, no se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres encontrando que:  $(F=(1/23) .020; p=.89)$  (Ver tabla 55).

TABLA 55 Diferencias TD por sexo

HOMBRES	MUJERES
164.72 (18)	162.09 (11)

No se observan diferencias significativas en la escala total depresivo y su relación con el nivel socio-económico encontrando que:  $(F=(2/23) .87; p=.43)$  (Ver tabla 56).

TABLA 56 TD por nivel socio-económico

NIVEL SOCIO-ECONOMICO		
ALTO	MEDIO	BAJO
146.67 (3)	162.30 (10)	167.81 (16)

No se observan diferencias significativas en la escala total depresivo y su relación con el sexo y el nivel socio-económico de los sujetos, sin embargo existe una tendencia a mostrar una calificación alta, en los hombres de nivel socio-económico bajo. Se observa que  $(F=(2/23)1.57; p=.22)$  (Ver tabla 57).

TABLA 57 TD por interacción sexo-nivel socio-económico

		NIVEL SOCIO-ECONOMICO		
		ALTO	MEDIO	BAJO
S E X O	HOMBRES	137.50 (2)	154.50 (4)	172.67 (12)
	MUJERES	165.00 (1)	167.50 (6)	153.25 (4)

PARA TIPO DE PACIENTE Y APOYO

SUBESCALA AA

No se observan diferencias significativas para la subescala AA (ánimo-alegría) con respecto al tipo de paciente del que se trata, ya sea este externo o interno obteniendo una ( $F=(1/26) 1.37; p=.25$ ) (Ver tabla 58).

TABLA 58 AA por tipo de paciente

TIPO DE PACIENTE	
paciente externo	paciente interno
19.70 (23)	22.00 (6)

En cuanto a si los sujetos recibieron o no, apoyo psicológico, tampoco se observaron diferencias significativas viendo que: ( $F=(1/26).00; p=.98$ ) (Ver tabla 59).

TABLA 59 AA por apoyo recibido

APOYO PSICOLOGICO	
Pacientes que recibieron apoyo psicológico (Rec.apoyo).	pacientes que no recibieron apoyo psicológico.(no recibieron).
20.30 (23)	19.67 (6)

### SUBESCALA RA

En cuanto al puntaje obtenido en la subescala respuesta afectiva y la relación que guarda con el tipo de paciente ya sea este externo o interno, se observa la existencia de una diferencia marginal, siendo claro un mayor número o puntuación en las respuestas de los pacientes internos, encontrándose que ( $F=(1/26)3.64$ ;  $p=.067$ ). (Ver tabla 60).

TABLA 60 RA por tipo de paciente

TIPO DE PACIENTE	
paciente externo	paciente interno
22.52 (23)	28.00 (6)

Entre los pacientes que recibieron apoyo psicológico y los que no recibieron, se observa una diferencia marginal con respecto a la subescala respuesta afectiva en donde los pacientes que recibieron apoyo psicológico obtienen una mayor puntuación que los que no lo recibieron. Se muestra una ( $F=(1/26)3.13$ ;  $p= 089$ ) (Ver tabla 61)

TABLA 61 RA por apoyo psicológico

APOYO PSICOLOGICO	
recibieron apoyo psicológico	no recibieron apoyo psicológico
24.74 (23)	19.50 (6)

### SUBESCALA PS

En la relación paciente externo, paciente interno y la subescala problemas sociales no se observan diferencias significativas, aunque los pacientes internos muestren una mayor puntuación se obtiene que: ( $F= (1/26).91$ ;  $p=.34$ ) (Ver tabla 62)

TABLA 62 PS por tipo de paciente

TIPO DE PACIENTE	
paciente externo	paciente interno
27.65 (23)	31.17 (6)

Se observan diferencias significativas en la subescala problemas sociales con respecto a los pacientes que recibieron apoyo psicológico y los que no lo recibieron observando que se obtiene mayor calificación en las respuestas de los sujetos que recibieron dicho apoyo. Tenemos que: ( $F= (1/26)5.9$ ;  $p=.021$ ). (Ver tabla 63).

TABLA 63 PS apoyo recibido

APOYO PSICOLOGICO	
Si recibieron apoyo psicológico	No recibieron apoyo psicológico
29.61 (23)	23.67 (6)

### SUBESCALA AE

En la subescala de autoestima no se observan diferencias significativas en relación al tipo de paciente de que se trata (externo-interno), observando que  $F=(1/26).007$ ;  $p=.93$  (Ver tabla 64).

TABLA 64 AE por tipo de paciente

TIPO DE PACIENTE	
paciente externo	paciente interno
27.74 (23)	29.67 (6)

En cuanto a si los pacientes recibieron apoyo psicológico o no, se observan diferencias significativas en las respuestas encontradas en la subescala autoestima conociendo que los pacientes que recibieron apoyo psicológico obtienen una mayor puntuación.  $F=(1/26)8.43$ ;  $p=.007$  (Ver tabla 65).

TABLA 65 AE por apoyo psicológico

APOYO PSICOLOGICO	
pacientes que recibieron apoyo psicológico	pacientes que no recibieron apoyo psicológico
29.52 (23)	22.83 (6)

### SUBESCALA PM

En la subescala preocupación por la muerte y su interacción con la variable paciente externo-interno, no se observan diferencias significativas teniendo que ( $F=(1/26).26$ ;  $p=.61$ ) (Ver tabla 66).

TABLA 66 PM por tipo de paciente

TIPO DE PACIENTE	
paciente externo	paciente interno
22.65 (23)	22.17 (6)

Para la subescala preocupación por la muerte, no se observan diferencias significativas en relación al paciente que recibió apoyo psicológico y él que no lo recibió, mostrándose ( $F=(1/26) .92$ ;  $p=.34$ ) (Ver tabla 67).

TABLA 67 PM por apoyo psicológico

APOYO PSICOLOGICO	
pacientes que recibieron apoyo psicológico	pacientes que no recibieron apoyo psicológico
22.87 (23)	21.33 (6)

### SUBESCALA SC

En relación a que el paciente fuera externo o interno y la puntuación observada en la subescala sentimientos de culpa, no se encuentran diferencias significativas teniendo que:  $(F=(1/26) .41; p=.52)$  (Ver tabla 68).

TABLA 68 SC por tipo de paciente

TIPO DE PACIENTE	
paciente externo	paciente interno
28.04 (23)	30.33 (6)

No se observan diferencias significativas con respecto a que los sujetos hubieran recibido o no apoyo psicológico, para la puntuación obtenida en la subescala sentimientos de culpa. Se encuentra que  $(F=(1/26).05; p=.82)$  (ver tabla 69).

TABLA 69 SC por apoyo psicológico

APOYO PSICOLOGICO	
pacientes que recibieron apoyo psicológico	pacientes que no recibieron apoyo psicológico
28.78 (23)	27.50 (6)

### SUBESCALA DV

En la subescala depresivos varios, se encuentran diferencias significativas en relación a que el paciente sea externo o interno, mostrándose una mayor puntuación en los sujetos que se encontraban internos. Se observa una ( $F=(1/26) 6.5$ ;  $p=.016$ ) (Ver tabla 70).

TABLA 70 DV. por tipo de paciente

TIPO DE PACIENTE	
paciente externo	paciente interno
32.61 (23)	37.50 (6)

En la relación apoyo psicológico, y la subescala depresivos varios, no se observan diferencias significativas teniendo que: ( $F=(1/26).00$ ;  $p=.96$ ) (ver tabla 71).

TABLA 71 DV. por apoyo psicológico

APOYO PSICOLOGICO	
pacientes que recibieron apoyo psicológico	pacientes que no recibieron apoyo psicológico
33.87 (23)	32.67 (6)

SUBESCALA PV.

En la subescala positivos varios, no se observan diferencias significativas en cuanto a si el paciente es externo o interno. viendo que:  $(F=(1/26).66; p=.42)$  (Ver tabla 72).

TABLA 72 PV. por tipo de paciente.

TIPO DE PACIENTE	
paciente externo	paciente interno
27.52 (23)	29.67 (6)

Para la subescala positivos varios y su relación con los pacientes que recibieron apoyo psicológico y los que no lo recibieron, no se observan diferencias significativas, para lo cual encontramos que:  $(F=(1/26).05; p=.82)$  (Ver tabla 73).

TABLA 73 PV. por tipo de apoyo psicológico

APOYO PSICOLOGICO	
pacientes que recibieron apoyo psicológico	pacientes que no recibieron apoyo psicológico
27.96 (23)	28.00 (6)

## ESCALA TOTAL POSITIVO TP

En la escala total positivo no se observan diferencias significativas entre los pacientes externos y los internos, sin embargo se encuentra una mayor puntuación en los sujetos que se encontraban internos. Tenemos que:  $(F=(1/26)1.02; p=.32)$  (Ver tabla 74).

TABLA 74 TP por tipo de paciente

TIPO DE PACIENTE	
paciente externo	paciente interno
47.57 (23)	51.67 (6)

En cuanto al apoyo psicológico recibido y no recibido, tampoco se observan diferencias significativas en las respuestas obtenidas en la escala total positivo. Encontrando que:  $(F=(1/26) .00; p=.97)$  (Ver tabla 75).

TABLA 75 TP por apoyo psicológico

APOYO PSICOLOGICO	
pacientes que recibieron apoyo psicológico	pacientes que no recibieron apoyo psicológico
48.61 (23)	47.67 (6)

## ESCALA TD

No se observaron diferencias significativas para la escala total depresivo con respecto al tipo de paciente del que se trata, ya sea éste externo o interno, no obstante se

encuentra una mayor puntuación en los pacientes internos. Teniendo que:  $(F=(1/23)$   
 $)1.66; p=.20 )$  (Ver tabla 76)

TABLA 76 TD por tipo de paciente

TIPO DE PACIENTE	
paciente externo	paciente interno
159.78 (23)	178.83 (6)

En cuanto a si los pacientes recibieron o no, apoyo psicológico tampoco se observan diferencias significativas teniendo que:  $(F= (1/2) 2.12; p=.15)$ . (Ver tabla 77)

TABLA 77 TD por apoyo psicológico

APOYO PSICOLOGICO	
pacientes que recibieron apoyo psicológico	pacientes que no recibieron apoyo psicológico
167.96 (23)	147.50 (6)

#### VARIABLES TIPO DE QUEMADURAS Y LUGAR DE LA LESION

##### SUBESCALA AA

No se observan diferencias significativas para la subescala ánimo-alegría con respecto al tipo de quemadura que sufrieron los pacientes obteniéndose una:  $(F=(2/14).41; p=.67)$   
 (ver tabla 78 )

TABLA 78 AA por tipo de quemaduras

QUEMADURAS		
Escaldaduras	Electricidad	Fuego directo
20.40 (15)	21.50 (2)	19.54 (13)

En cuanto al lugar que se lesionaron los pacientes y la relación que guarda con la subescala ánimo-alegría, tampoco se observan diferencias significativas encontrando que:  $(F=(8/14) 1.14; p=.39)$ . (Ver tabla 79).

TABLA 79 AA por lugar de la lesión

LUGAR DE LA LESION	
cara, cuello, tórax, extremidades superiores e inferiores	19.50 (2)
cara y extremidades superiores	15.00 (2)
cara, tórax y extremidades superiores	22.00 (3)
extremidades inferiores	21.00 (12)
extremidades inferiores y glúteos	15.00 (1)
extremidades inferiores y superiores	19.50 (4)
extremidades superiores	18.00 (3)
tórax, abdomen y genitales	23 (1)
hemitórax	23 (2)

Para la subescala ánimo-alegría y su relación con el tipo de quemadura y el lugar de la lesión, no se muestran diferencias significativas, teniendo que:  $(F=(5/14)1.30; p=.31)$  (Ver tabla 80).

TABLA 80 AA por lugar de la lesión y tipo de quemadura

LUGAR DE LA LESION	QUEMADURAS		
	ESCALDADURAS	ELECTRICIDAD	FUEGO DIRECTO
cara, cuello, extremidades superiores e inferiores	00 (0)	22.00 (1)	17.00 (1)
cara y extremidades superiores	13.00 (1)	.00 (0)	17.00 (1)
cara, tórax y extremidades superiores	28.00 (1)	.00 (0)	19.00 (2)
extremidades inferiores	21.00 (8)	.00 (0)	21.00 (4)
extremidades inferiores y glúteos	.00 (0)	.00 (0)	15.00 (1)
extremidades inferiores y superiores	19.00 (2)	21.00 (2)	19.00 (1)
extremidades superiores	13.00 (1)	.00 (1)	20.50 (2)
tórax, abdomen y genitales	.00 (0)	.00 (0)	23.00 (1)

#### SUBESCALA RA

En cuanto al puntaje encontrado en la subescala respuesta afectiva y la relación que guarda con el tipo de quemadura, ya sea ésta por escaldadura, electricidad o fuego directo, se encuentra una diferencia marginal, siendo observado un mayor puntaje en los

sujetos que sufrieron quemaduras por fuego directo. Tenemos que:  $(F=(2/14) 3.10;$   
 $p=.07)$  (ver tabla 81).

TABLA 81 RA por tipo de quemaduras

QUEMADURAS		
ESCALDADURA	ELECTRICIDAD	FUEGO DIRECTO
23.00 (15)	17.50 (20)	24.8 (13)

En cuanto al lugar que se lesionaron los pacientes y la relación que esto guarda con las respuestas obtenidas en la subescala respuesta afectiva, no se encuentran diferencias significativas. Se observa que  $(F=(8/14)1.39; p=.28)$  (ver tabla 82).

TABLA 82 RA por lugar de la lesión

LUGAR DE LA LESION	
cara, cuello, tórax, extremidades superiores e inferiores	26.00 (2)
cara y extremidades superiores	25.50 (2)
tórax y extremidades superiores, cara	22.00 (3)
extremidades inferiores	24.75 (12)
extremidades inferiores y glúteos	19.00 (1)
extremidades inferiores y superiores	18.25 (4)
extremidades superiores (3)	23.00
tórax, abdomen y genitales	23.00 (1)
hemitórax	26.50 (2)

Se observan diferencias significativas para la subescala respuesta afectiva y su relación con el tipo de quemaduras y el lugar de la lesión, viendo que ( $F=(5/14)2.92$ ;  $p=.05$ ), lo que nos muestra que los sujetos que sufrieron quemaduras por fuego directo en la cara, cuello, extremidades inferiores y superiores obtuvieron una puntuación mayor. (Ver tabla 83).

TABLA 83 FA por lugar de la lesión y tipo de quemaduras

LUGAR DE LA LESION	QUEMADURA		
	ESCALDADURAS	ELECTRICIDAD	FUEGO DIRECTO
cara, cuello, tórax, extremidades superiores e inferiores	.00 (0)	19.00 (1)	33.00 (1)
cara y extremidades superiores	20.00 (1)	.00 (0)	31.00 (1)
cara, tórax y extremidades superiores	28.00 (1)	.00 (0)	19.00 (2)
ext. inferiores	23.75 (8)	.00 (0)	26.75 (4)
extremidades inferiores y glúteos	.00 (0)	.00 (0)	19.00 (1)
extremidades inferiores y superiores	20.50 (2)	16.00 (1)	16.00 (1)
extremidades superiores	13.00 (1)	.00 (0)	28.00 (2)
tórax, abdomen y genitales	.00 (0)	.00 (0)	23.00 (1)
hemitórax	26.50 (2)	.00 (0)	.00 (0)

### SUBESCALA PS

En la puntuación encontrada en la subescala problemas sociales y la relación que existe con el tipo de quemadura, se observa una diferencia marginal, presentándose una mayor calificación en los sujetos que sufrieron quemaduras por fuego directo. Tenemos que: ( $F=(2/14) 3.43; p=.06$ ). (ver tabla 84)

TABLA 84 PS por tipo de quemaduras

QUEMADURAS		
ESCALDADURA	ELECTRICIDAD	FUEGO DIRECTO
27.73 (15)	20.50 (2)	29.85 (13)

En cuanto al lugar de la lesión que sufrieron los pacientes y la relación que existe con la subescala problemas sociales, no se observan diferencias significativas. Hace notar que: ( $F= (8/14).54$ ;  $p=.80$ ) (Ver tabla 85).

TABLA 85 PS por lugar de la lesión

LUGAR DE LA LESION	
cara, cuello, tórax, extremidades superiores e inferiores	27.50 (2)
cara y extremidades superiores	30.50 (2)
cara, tórax y extremidades superiores	28.00 (3)
extremidades inferiores	28.50 (2)
extremidades inferiores y glúteos	24.00 (1)
extremidades inferiores y superiores	25.00 (4)
extremidades superiores	30.00 (3)
tórax, abdomen y genitales	27.00 (1)
hemitórax	31.00 (2)

No se observan diferencias significativas para la subescala problemas sociales y la relación que guarda con el tipo de quemadura y el lugar de la lesión, viendo que ( $F=(5/14) 1.69; p=.20$ ). (ver tabla 86).

TABLA 86 PS por tipo de quemadura y lugar de la lesión

LUGAR DE LA LESION	QUEMADURA		
	ESCALDADURAS	ELECTRICIDAD	FUEGO DIRECTO
cara, cuello,tórax, extremidades superiores e inferiores	.00 (0)	20.00 (1)	35.00 (1)
cara y extremidades superiores	30.00 (1)	.00 (0)	31.00 (1)
cara, tórax y extremidades superiores	32.00 (1)	.00 (0)	26.00 (2)
extremidades inferiores	26.88 (8)	.00 (0)	31.75 (4)
extremidades inferiores y glúteos	.00 (0)	.00 (0)	24.00 (1)
extremidades inferiores y superiores	28.00 (2)	21.00 (1)	23.00 (1)
extremidades superiores	21.00 (1)	.00 (0)	34.50 (2)
tórax, abdomen y genitales	.00 (0)	.00 (0)	27.00 (1)
hemitórax	31.00 (2)	.00 (0)	.00 (0)

### SUBESCALA AE

En la puntuación encontrada en la subescala de autoestima y la relación que existe con el tipo de quemadura, se observa una diferencia significativa, encontrando que ( $F=(2/14) 4.31; p=.03$ ), lo que nos muestra que los sujetos que sufrieron quemaduras por fuego

directo obtienen una mayor calificación. (ver tabla 87).

TABLA 87 AE por tipo de quemaduras

QUEMADURAS		
ESCALDADURAS	ELECTRICIDAD	FUEGO DIRECTO
27.53 (15)	25.00 (2)	29.00 (13)

En cuanto al lugar de la lesión y la subescala autoestima, se observan diferencias significativas, en donde ( $F=(8/14) 4.7; p=.006$ ), mostrando que los sujetos que sufrieron lesiones en la cara y extremidades superiores obtienen una mayor puntuación. (Ver tabla 88).

TABLA 88 AE por lugar de la lesión

LUGAR DE LA LESION	
cara, cuello, tórax, extremidades superiores e inferiores	29.50 (2)
cara y extremidades superiores	37.00 (2)
cara, tórax y extremidades superiores.	27.33 (3)
extremidades inferiores.	28.00 (12)
extremidades inferiores y glúteos	18.00 (1)
extremidades inferiores y superiores	26.75 (4)
tórax, abdomen y genitales	29.00 (1)
hemitórax	30.00 (2)

Se observan diferencias significativas para la subescala auto-estima en relación al tipo de quemadura y el lugar de la lesión, viendo que:  $(F=(5/14) 6.50; p=.003)$ , encontrando que los sujetos que se quemaron la cara, cuello, tórax, extremidades inferiores y superiores con fuego directo, obtienen mayor puntuación. (Ver tabla 89).

TABLA 89 AE por lugar de la lesión y tipo de quemadura

LUGAR DE LA LESION	QUEMADURAS		
	ESCALDADURAS	ELECTRICIDAD	FUEGO DIRECTO
cara, cuello, tórax, extremidades superiores e inferiores	.00 (0)	21.00 (1)	38.00 (1)
cara y extremidades superiores	37.00 (1)	.00 (0)	37.00 (1)
cara, tórax y extremidades superiores	35.00 (1)	.00 (0)	28.50 (2)
extremidades inferiores	26.50 (8)	.00 (0)	31.00 (4)
extremidades inferiores y glúteos.	.00 (0)	.00 (0)	18.00 (1)
extremidades inferiores y superiores.	26.00 (2)	29.00 (1)	26.00 (1)
extremidades superiores	17.00 (1)	.00 (0)	29.00 (2)
tórax, abdomen y genitales	.00 (0)	.00 (0)	29.00 (1)
hemitórax	30.00 (2)	.00 (0)	.00 (0)

## SUBESCALA PM

En la subescala preocupación por la muerte y su interacción con el tipo de quemadura, no se observan diferencias significativas en donde ( $F=(2/14) 2.01; p=.17$ ). (Ver tabla 90).

TABLA 90 PM por tipo de quemaduras

QUEMADURAS		
ESCALDADURAS	ELECTRICIDAD	FUEGO DIRECTO
22.53 (15)	19.00 (2)	22.77 (13)

Para la subescala preocupación por la muerte y su interacción con el lugar de la lesión, tampoco se observan diferencias significativas, teniendo que ( $F=(8/14) 1.28; p=.32$ ) (Ver tabla 91).

TABLA 91 PM por lugar de la lesión

LUGAR DE LA LESION	
cara, cuello, extremidades superiores e inferiores	24.50 (2)
cara y extremidades superiores	26.00 (2)
cara, tórax y extremidades superiores	21.33 (3)
extremidades inferiores	23.00 (12)
extremidades inferiores y glúteos	19.00 (1)
extremidades inferiores y superiores	20.75 (4)
extremidades superiores	20.00 (3)
tórax, abdomen y genitales	19.00 (1)
hemitórax	25.00 (2)

Para la subescala preocupación por la muerte y su relación con el tipo de quemadura y el lugar de la lesión, no se muestran diferencias significativas, teniendo que  $(F=(5/14) 1.29; p=.32)$ . (Ver tabla 92).

TABLA 92 PM por tipo de quemadura y lugar de la lesión

LUGAR DE LA LESION	QUEMADURAS		
	ESCALDADURAS	ELECTRICIDAD	FUEGO DIRECTO
cara, cuello, tórax, extremidades superiores e inferiores	.00 (0)	21.00 (1)	28.00 (1)
cara y extremidades superiores	24.00 (1)	.00 (0)	28.00 (1)
cara, tórax y extremidades superiores	24.00 (1)	.00 (0)	20.00 (2)
extremidades inferiores	22.38 (8)	.00 (0)	24.25 (4)
extremidades inferiores y glúteos	.00 (0)	.00 (0)	19.00 (1)
extremidades inferiores y superiores	23.50 (2)	17.00 (1)	19.00 (1)
extremidades superiores	14.00 (1)	.00 (0)	23.00 (2)
tórax, abdomen y genitales.	.00 (0)	.00 (0)	19.00 (1)
hemitórax.	25.00 (2)	.00 (0)	.00 (0)

### SUBESCALA SC

En la subescala sentimientos de culpa y su interacción con el tipo de quemadura que sufrieron los pacientes, no se muestran diferencias significativas, en donde ( $F=(2/14).44$ ;  $p=.64$ ). (Ver tabla 93).

TABLA 93 SC por tipo de quemadura

QUEMADURAS		
ESCALDADURAS	ELECTRICIDAD	FUEGO DIRECTO
28.80 (15)	26.00 (2)	28.85 (13)

Para la subescala sentimientos de culpa y su interacción con el lugar de la lesión, tampoco se observan diferencias significativas, teniendo que ( $F = (8/14)1.21$ ;  $p = .36$ ). (Ver tabla 94).

TABLA 94 SC por lugar de la lesión

LUGAR DE LA LESION	
cara, cuello, tórax, extremidades inferiores	25.00 (2)
cara y extremidades superiores	30.50 (2)
cara, tórax y extremidades superiores	26.33 (3)
extremidades inferiores	31.33 (12)
extremidades inferiores y glúteos	30.00 (1)
extremidades inferiores y superiores	21.50 (4)
extremidades superiores	31.00 (3)
tórax, abdomen y genitales	22.00 (1)
hemitórax	31.00 (2)

Para la subescala sentimientos de culpa y su relación con el tipo de quemadura y el lugar de la lesión, no se observan diferencias significativas teniendo que ( $F=(5/14) .77; p=.58$ ).  
(Ver tabla 95).

TABLA 95 SC por tipo de quemadura y lugar de la lesión

LUGAR DE LA LESION	QUEMADURAS		
	ESCALDADURAS	ELECTRICIDAD	FUEGO DIRECTO
cara cuello tórax, extremidades superiores o inferiores	.00 (0)	27.00 (1)	23.00 (1)
cara y extremidades superiores	28.00 (1)	.00 (0)	33.00 (1)
cara, tórax y extremidades superiores	33.00 (1)	.00 (0)	23.00 (2)
extremidades inferiores	29.25 (8)	.00 (0)	35.50 (1)
extremidades inferiores y glóteos	.00 (0)	.00 (0)	30.00 (1)
extremidades inferiores y superiores	21.50 (2)	25.00 (1)	18.00 (1)
extremidades superiores	32.00 (1)	.00 (0)	30.50 (2)
tórax, abdomen y genitales	.00 (0)	.00 (0)	22.00 (1)
hemitórax	31.00 (2)	.00 (0)	.00 (0)

#### SUBESCALA DV

En la subescala depresivos varios y su interacción con el tipo de quemadura que sufrieron los pacientes, no se muestran diferencias significativas. ( $F=(2/14)1.77; p=.20$ )  
(Ver tabla 96).

TABLA 96 DV por tipo de quemaduras

QUEMADURAS		
ESCALDADURAS	ELECTRICIDAD	FUEGO DIRECTO
33.73 (15)	29.00 (2)	33.92 (13)

Para la subescala depresivos varios y su interrelación con el lugar de la lesión, tampoco se observan diferencias significativas teniendo que ( $F=(8/14) 2.13$ ;  $p=.10$ ) (Ver tabla 97).

TABLA 97 DV por lugar de la lesión

LUGAR DE LA LESION	
cara, cuello, tórax, extremidades inferiores	33.50 (2)
cara y extremidades superiores	30.50 (2)
cara, tórax y extremidades superiores	32.00 (2)
extremidades inferiores	34.75 (12)
extremidades inferiores y glúteos	30.00 (1)
extremidades inferiores y superiores	29.75 (4)
extremidades superiores	35.67 (3)
tórax, abdomen y genitales	31.00 (1)
hemitórax	38.50 (2)

Para la subescala depresivos varios y su relación con el tipo de quemadura y el lugar de la lesión, se encuentran diferencias significativas, teniendo que  $(F=(5/14) 3.63; p=.026)$ , pudiendo observar que los pacientes que sufrieron quemaduras por escaldaduras en el hemitórax muestran mayor puntuación para la subescala. (Ver tabla 98)

TABLA 98 DV. Por tipo de quemaduras y lugar de la lesión

LUGAR DE LA LESION	QUEMADURAS		
	ESCALDADURAS	ELECTRICIDAD	FUEGO DIRECTO
cara, cuello, tórax, extremidades superiores e inferiores	.00 (0)	31.00 (1)	36.00 (1)
cara y extremidades superiores	26.00 (1)	.00 (0)	35.00 (1)
cara, tórax y extremidades superiores	36.00 (1)	.00 (0)	30.00 (2)
extremidades inferiores	34.38 (8)	.00 (0)	35.50 (4)
extremidades inferiores y glúteos	.00 (0)	.00 (0)	30.00 (1)
extremidades inferiores y superiores	32.50 (2)	27.00 (1)	27.00 (1)
extremidades superiores	27.00 (1)	.00 (0)	40.00 (2)
tórax y abdomen	.00 (0)	.00 (0)	31.00 (1)
hemitórax	38.50 (2)	.00 (0)	.00 (0)

### SUBESCALA PV

En la subescala positivos varios y su interacción con el tipo de quemadura que sufrieron los pacientes, no se muestran diferencias significativas en donde:  $(F=(2/14) .33; p=.72)$  (Ver tabla 99).

TABLA 99 PV por tipo de quemadura y lugar de la lesión

QUEMADURAS		
ESCALDADURAS	ELECTRICIDAD	FUEGO DIRECTO
29.27 (15)	27.00 (2)	26.54 (13)

Para la subescala positivos varios y su interacción con el lugar de la lesión, tampoco se observan diferencias significativas, teniendo que  $(F=8/14).70; p=.68)$  (Ver tabla 100).

TABLA 100 PV lugar de la lesión

LUGAR DE LA LESION	
cara, cuello, tórax, extremidades inferiores	24.00 (2)
cara y extremidades superiores	23.50 (2)
cara, tórax y extremidades superiores	33.00 (3)
extremidades inferiores	29.50 (12)
extremidades inferiores y glúteos	23.00 (1)
extremidades inferiores y superiores	26.75 (4)
extremidades superiores	26.67 (3)
tórax, abdomen y genitales	22.00 (1)
hemitórax	29.00 (2)

Para la subescala positivos varios y su relación con el tipo de quemaduraa y el lugar de la lesión no se encuentran diferencias significativas teniendo que ( $F=(5/14).64; p=.66$ ). (Ver tabla 101).

TABLA 101 PV por tipo de quemaduras y lugar de la lesión

LUGAR DE LA LESION	QUEMADURAS		
	ESCALDADURAS	ELECTRICIDAD	FUEGO DIRECTO
cara, cuello, tórax, extremidades superiores e inferiores	.00 (0)	28.00 (1)	20.00 (1)
cara y extremidades superiores	19.00 (1)	.00 (0)	28.00 (1)
cara, tórax y extremidades superiores	36.00 (8)	.00 (0)	31.50 (2)
extremidades superiores	30.38 (8)	.00 (0)	27.75 (4)
extremidades inferiores y glúteos	.00 (0)	.00 (0)	23.00 (1)
extremidades inferiores y superiores	29.50 (2)	26.00 (1)	22.00 (1)
extremidades superiores	24.00 (1)	.00 (0)	28.00 (2)
tórax, abdomen y genitales	.00 (0)	.00 (0)	22.00 (1)
hemitórax	29.00 (2)	.00 (0)	.00 (0)

**ESCALA TOTAL POSITIVO TP**

En la escala total positivo y su interacción con el tipo de quemadura que sufrieron los pacientes, no se muestran diferencias significativas en donde:  $(F=(2/14) .33; p=.72)$  (Ver tabla 102)

TABLA 102 TP por tipo de quemaduras

QUEMADURAS		
ESCALDADURAS	ELECTRICIDAD	FUEGO DIRECTO
49.67 (15)	48.50 (2)	46.69 (13)

Para la escala total positivo y su interacción con el lugar de la lesión, tampoco se observan diferencias significativas, teniendo que:  $(F=(8/14) 1.22; p=.35)$  (Ver tabla 103)

TABLA 103 TP tipo de quemadura y lugar de la lesión

LUGAR DE LA LESION	
cara, cuello, tórax y extremidades inferiores	43.50 (2)
cara y extremidades superiores	38.50 (2)
cara, tórax y extremidades superiores	55.00 (3)
extremidades inferiores	51.17 (12)
extremidades inferiores y glúteos	38.00 (1)
extremidades inferiores y superiores	46.25 (4)
extremidades superiores	44.67 (3)
tórax, abdomen y genitales	45.00 (1)
hemitórax	52.00 (2)

Para la escala total positivo y su relación con el tipo de quemadura y el lugar de la lesión, no se observan diferencias significativas en donde ( $F=(5/14) 1.11; p=.39$ ) (Ver tabla 104).

TABLA 104 TP por tipo de quemadura y lugar de la lesión

LUGAR DE LA LESION	QUEMADURAS		
	ESCALDADURAS	ELECTRICIDAD	FUEGO DIRECTO
cara, cuello, tórax, extremidades superiores e inferiores	.00 (0)	50.00 (1)	37.00 (1)
cara y extremidades superiores	32.00 (1)	.00 (0)	45.00 (1)
cara, tórax y extremidades superiores	64.00 (1)	.00 (0)	50.50 (2)
extremidades inferiores	51.38 (8)	.00 (0)	50.75 (4)
extremidades inferiores y glúteos	.00 (0)	.00 (0)	38.00 (1)
extremidades inferiores y superiores	48.50 (2)	47.00 (1)	41.00 (1)
extremidades superiores	37.00 (1)	.00 (0)	48.50 (2)
tórax, abdomen y genitales	.00 (0)	.00 (0)	45.00 (1)
hemitórax	52.00 (2)	.00 (0)	.00 (0)

### ESCALA TD

Para la escala total depresivo y la relación que guarda con el tipo de quemaduras que presentan los sujetos en estudio, se observa una diferencia marginal al encontrar que

aquellos que se quemaron con fuego directo obtienen mayor puntuación. Tenemos que:  
 $(F = (2/14) 3.2; p = .07)$  (Ver tabla 105)

TABLA 105 TD por tipo de quemaduras

QUEMADURAS		
ESCALDADURAS	ELECTRICIDAD	FUEGO DIRECTO
163.33 (15)	137.00 (2)	166.69 (13)

En cuanto al lugar que se lesionaron los pacientes, se observan diferencias significativas, encontrando que obtienen mayor calificación aquellos que sufrieron quemaduras en el hemitórax. Tenemos que:  $(F = (8/14) 2.9; p = .03)$ . (Ver tabla 106)

TABLA 106 TD por lugar de la lesión

LUGAR DE LA LESION	
cara, cuello, tórax, extremidades inferiores y superiores	166.00 (2)
cara y extremidades superiores	180.00 (2)
cara, tórax y extremidades superiores	157.00 (3)
extremidades inferiores	170.08 (12)
extremidades inferiores y glúteos	110.00 (1)
extremidades inferiores y superiores	142 (4)
extremidades superiores	164.67 (3)
tórax, abdomen y genitales	151.00 (1)
hemitórax	182.00 (2)

En la interacción total depresivo y las variables tipo de quemadura y lugar de la lesión se encuentran diferencias significativas, en donde los pacientes que se lesionaron la cara y extremidades superiores con fuego directo, se muestran más deprimidos que los demás sujetos.

Tenemos que: ( $F=(5/14)$  3.6;  $p=.02$ ) (Ver tabla 107)

TABLA 107 TD por lugar de la lesión y tipo de quemadura

LUGAR DE LA LESION	QUEMADURAS		
	ESCALDADURAS	ELECTRICIDAD	FUEGO DIRECTO
cara, cuello, tórax, extremidades inferiores y superiores	.00 (0)	139.00 (1)	193.00 (1)
cara y extremidades superiores	165.00 (1)	.00 (0)	195.00 (1)
cara, tórax y extremidades superiores	188.00 (1)	.00 (0)	141.50 (4)
extremidades inferiores y glúteos	.00 (0)	.00 (0)	110.00 (1)
extremidades inferiores y superiores	152.00 (2)	135.00 (1)	129.00 (1)
extremidades superiores	124.00 (1)	.00 (0)	185.00 (2)
tórax, abdomen y genitales	.00 (0)	.00 (0)	151.00 (1)
hemitórax	182.00 (2)	.00 (0)	.00 (0)

discusión y conclusiones

CAPITULO IV

---

discusión

## DISCUSION

Estudios relacionados con los accidentes por quemaduras en la población infantil, se refieren a la presencia de características depresivas en los niños que las sufrieron.

Esta investigación presenta resultados que muestran la existencia de dicho trastorno, sugiriendo la interacción de variables en su presentación.

Los datos observados, permiten confirmar la hipótesis alterna al encontrar presentes características depresivas en los sujetos que sufrieron quemaduras; datos que apoyan las posturas de Bernstein (1979), Goodstein (1985) y Woodward y Jackson (1961) y Walker (1980) (en Ramírez y De la Vega, 1986); que han observado las reacciones emocionales de los niños que sufrieron accidentes por quemaduras encontrando depresión en ellos.

En cuanto al agente que causó la lesión, se muestra mayor depresión en aquellos sujetos que sufrieron quemaduras por fuego directo, a diferencia de los pacientes que sufrieron lesiones por escaldaduras o bien por electricidad, manifestando tener más dificultad en la interacción social, con actitudes de aislamiento y soledad; tales características son señaladas por Kolb (1973), como elementos de una depresión.

Por otro lado, los pacientes que sufrieron quemaduras por fuego directo, son los que muestran mayor respuesta afectiva y mejores actitudes, sentimientos y concepto en relación con su propia estima.

Los sujetos que se lesionaron el hemitórax, muestran mayor depresión que los que se

lesionaron la cara o extremidades superiores e inferiores o incluso genitales; sin embargo, cuando se establece una relación entre el agente causal y el lugar de la lesión, se observa mayor depresión en aquellos sujetos que tuvieron heridas en cara y extremidades superiores con fuego directo. Goodstein (1985), comenta al respecto, que durante la hospitalización de este tipo de pacientes se observa una disminución de la autoestima y la autoimagen es vulnerable de acuerdo a ciertas localizaciones y tipo de lesión, sin embargo, posterior al alta médica el paciente tiende a menospreciar e infravalorar aspectos de las lesiones y busca refugiarse en otras cualidades a fin de buscar una nueva adaptación

En cuanto a la edad de los sujetos, se observó que conforme estos tienen menos edad, obtienen un puntaje significativamente superior en la subescala de respuesta afectiva y la que se relaciona con la autoestima.

A mayor edad de los sujetos, se observa menor preocupación por la muerte mientras que a menor edad se encuentra presente una mayor preocupación por ésta. Tales datos se ven reforzados por las teorías enumeradas por Bowlby 1961 (en De la Torre 1992), Malher (1968), Freud (1922-1934) y Spitz (1969), acerca de los sentimientos depresivos producto de una separación de las personas u "objetos" importantes para el infante.

Por último, se observó una correlación positiva entre varias subescalas encontrando que a mayor depresión, más problemas sociales pero también mayor respuesta afectiva y a mayor preocupación por la muerte, mayor autoestima.

conclusiones

## CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados es posible concluir:

- 1) Existe interacción entre las variables (sexo-nivel-socioeconómico, tipo de paciente-apoyo-psicológico y lugar de la lesión-tipo de quemadura) en relación a la presentación de características depresivas.
- 2) Se observan características depresivas en los sujetos que sufrieron quemaduras.
- 3) Los sujetos que se quemaron con fuego directo muestran mayor depresión que aquellos que tuvieron lesiones por escaldadura o por electricidad.
- 4) Los sujetos que se quemaron con fuego directo muestran mayor respuesta afectiva que el resto de los sujetos.
- 5) Los sujetos que sufrieron quemaduras por fuego directo manifiestan más dificultades en la interacción social, mostrando actitudes de aislamiento y soledad.
- 6) Los sujetos que sufrieron quemaduras por fuego directo muestran una mejor actitud hacia sí mismos, con un mejor concepto en relación a su autoestima que aquellos que tuvieron lesiones por escaldaduras.
- 7) En cuanto al lugar de la lesión; los sujetos que se lesionaron el hemitórax muestran mayor depresión que los que se lesionaron la cara o extremidades superiores e inferiores o incluso genitales.

- 8) En relación al agente y al lugar de la lesión; Se observa mayor depresión en aquellos sujetos que tuvieron heridas en cara y extremidades superiores con fuego directo.
- 9) Los sujetos de menor edad poseen mejor concepto y actitud hacia sí mismos que los pacientes de mayor edad.
- 10) A mayor edad menor preocupación por la muerte.
- 11) Se observa una mejor actitud hacia sí mismos en pacientes que tuvieron lesiones en la cara y las extremidades superiores que en aquellos con áreas no visibles.
- 12) A mayor depresión observada, más problemas sociales y mayor respuesta afectiva.
- 13) Los sujetos que muestra mayor preocupación por la muerte, muestran mayor autoestima.

\_\_\_\_\_ **alcances, limitaciones y sugerencias**

#### 4.1 ALCANCES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

En el presente estudio, se encuentran las siguientes limitantes:

- Los resultados obtenidos no pueden ser extrapolados a otras poblaciones.
- La muestra es pequeña lo cual no permite ampliar las posibilidades de estudio de las variables y su interacción.
- La falta de diagnóstico psiquiátrico de cada uno de los sujetos que conforman la muestra, limita el establecimiento de una relación necesaria entre dicho diagnóstico y los resultados observados en el Cuestionario de Depresión para Niños (CDS); de esta manera, es posible sugerir la realización de un estudio bajo estos lineamientos.
- Las instrucciones de la prueba y el formato del protocolo de respuesta dificultan la comprensión del material principalmente en los niños más pequeños; por lo que se decidió llevar a cabo una aplicación individual.
- De la Torre (1992) y Del Sordo (1986), hacen referencia a la dificultad también observada en este estudio, con respecto a la utilización de algunas palabras del protocolo, que causaron confusión o bien no eran conocidas por los niños más pequeños (8 y 9 años); sin embargo, el material se tornó bastante claro para los niños más grandes (10 años en adelante).

Con lo anterior, se sugiere la modificación de algunas palabras consideradas en esta investigación como claves para la comprensión del material, así como para el protocolo

de respuestas, ya que resulta difícil que un niño pequeño lleve a cabo una comparación y discriminación adecuadas entre las opciones de respuesta "muy de acuerdo", "de acuerdo", "en desacuerdo" y "muy en desacuerdo".

En general son pocos los estudios relacionados con los accidentes por quemaduras en la población infantil y los aspectos emocionales que los rodean.

De los estudios consultados, sólo algunos han sido llevados a cabo en población mexicana, lo cual da lugar a una gran necesidad de investigación en este campo.

bibliografia

## BIBLIOGRAFIA

- Abraham, K. (1949). Contribution à la théorie du caractère anal. Selected papers (trad. ingl.) Londres: Hogarth. En Seisdedos, N. (1983) Cuestionario de Depresión para Niños (CDS). Madrid: TEA Ediciones.
- Ajuraguerra, J. (1973). Manual de Psiquiatría infantil. Barcelona: Masson.
- Akiskal, H. y Weller, E. (1989) Mood disorders in children and adolescents, En Kaplan, H. y Sadock, B. Comprehensive textbook of Psychiatry V. Vol 2, Chap. 44, sec 6: Child Psychiatry; especial areas of interest. (P. 1981-1988). 5th. Ed. Baltimore: Williams and Wilkins. En Doniz, A. R. y Montoya, R. M. M. (1992) Eventos Vitales que constituyen Factores de Riesgo en la Depresión Infantil. México D.F. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad del Valle de México.
- American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (Valdes, M., Abello, C., Masana, J. y De Flores, T. Trad.). México: Masson. (trabajo original publicado en 1980).
- Bar, D. A. (1989) La madre deprimida y el niño. México: S XXI.
- Barret, A.M. (1931) Maniac Depressive Psychoses in Childhood Internal Clinic, 3, 205-217. En Doniz, A. R. y Montoya, R. M. M. (1992) Eventos Vitales que constituyen Factores de Riesgo en la Depresión Infantil. México D.F. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad del Valle de México.
- Beck, A.T. (1967) Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects Nueva York: Harper and Row.
- Bernstein, M.D. (1979) Emotional Care of the facially burned and disfigured. Boston: Little Brown and Company.
- Birlleson, P. (1980) The Validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale: A research report. J. Child Psychol. Psychiat. 22, 73-88. En De la Torre, A. M. P. (1992) Estudio piloto sobre la Validez del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) en población escolar. México D.F. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Del Valle de México.
- Blakinston. Osol, a. Degre, P. H. (1983) Diccionario Breve de Medicina de Blakinston. México: Prensa Médica S.A.
- Bowlby, J. (1961) Process of mourning. Int. J. Psychoanal. 43, 317. En De la Torre, A. M. P. (1992) Estudio piloto sobre la Validez del Cuestionario de Depresión para Niños

(CDS) en población escolar. México D.F. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Del Valle de México.

- Calderón, N. G. (1986) Depresión: causas, manifestaciones y tratamientos. México: Trillas.
- Cantwell, D.P. y Carlson, G.A. (1987) Trastornos Afectivos en la infancia y la adolescencia. México: Martínez Roca.
- Carlson, G. A. y Cantwell, D. P. (1982) Suicidal behavior and depression in children and adolescents. J. Am. Acad. Child Psychiat. 21, 361-368. En De la Torre, A. M. P. (1992) Estudio piloto sobre la Validez del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) en población escolar. México D.F. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Del Valle de México.
- Chambers y Cols. (1978) KIDDIE-SADS En De la Torre, A. M. P. (1992) Estudio piloto sobre la Validez del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) en población escolar. México D.F. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Del Valle de México.
- Chiles y Cols. (1980) Beck depression inventory (BDI-A modificado para adolescentes). En De la Torre, A. M. P. (1992) Estudio piloto sobre la Validez del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) en población escolar. México D.F. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Del Valle de México.
- Cole, W.H. y Prestow, Ch. B. (1976) Primeros Auxilios. México: Interamericana.
- Correa, P., Arias, S. J., Tamayo, P. y Carbonel, L. M. (1970) Texto de patología (2da Ed). Colombia: Prensa Médica Mexicana.
- Davidson, G. C. y Neale, J. M. (1980) Psicología de la conducta anormal. Enfoque clínico. México: Limusa.
- De la Torre, A. M. P. (1992) Estudio piloto sobre la Validez del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) en población escolar. México D.F. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Del Valle de México.
- Delsordo, A. R. (1986) Validez y normas del cuestionario de Depresión para niños (CDS) aplicado a una muestra de niños y adolescentes mexicanos. México D.F. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad de Las Américas.
- Dickers, R. (1980) "Surgery, Medicine, Drugs and Sexuality and the physician's role in Sex Education." en Comprehensive Text book of Psychiatry, editado por Kaplan, H.

- I., Freedman, A. M. y Sadock, B. J. Baltimore/Londres: Williams and Wilkins. En Calderón, N. G. (1986) Depresión: causas, manifestaciones y tratamientos. México: Trillas
- Digest, R. (1986) Diccionario Enciclopédico Ilustrado. (Vols. 4, 11). México: Editorial Mexicana S.A. de C.V.
  - Doniz, A. R. y Montoya, R. M. M. (1992) Eventos Vitales que constituyen Factores de Riesgo en la Depresión Infantil. México D.F. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad del Valle de México.
  - Escanilla, O. J. (1992) Informe estadístico del primer quinquenio. Instituto Para La Atención Integral Del Niño Quemado. periodo 1985-1989. México: I.P.A.N.Q publicaciones.
  - Ey, H., Bernard, P. y Brisset, CH. (1987). Manuel De Psychiatrie. (Ruiz, C. Trad.) Estados Depresivos y Crisis de Melancolía (pp. 224-251) México: Masson. (trabajo original publicado en 1965).
  - Freedman, A. M. y Kaplan, H. I. (1967). Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore, U.S.A.: The Williams and Wilkins Company .
  - Freidberg, A. (1985) Un Enfoque Humanista a la Terapia de la Pareja. México: Lima Impresores.
  - Freud, S. (1922-1934) Inhibición, Síntoma y Angustia (las Neuropsicosis de defensa y otros ensayos). Obras completas tomo XI Trad. Luis López Ballesteros y de Torres. Madrid: Biblioteca Nueva.
  - Frommer, E. A. (1972) Indications for antidepressant treatment with special reference to depressed preschool children. En Depressive States in Childhood and Adolescence (pp. 449-454). Ansell AI, (Ed) Stockholm: Almqvist and Wiksell. En Seisdedos, N. (1983) Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) Madrid: TEA Ediciones.
  - Glaser, K. (1965) Attempted Suicide in children and adolescents: Psychodynamic observations. Amer J. Psychother., 19, 220. En Seisdedos, N. (1983) Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) Madrid: TEA Ediciones.
  - Glick y Kesler (1980). El núcleo familiar En Freidberg, A. (1985) Un Enfoque Humanista a la Terapia de la Pareja. México: Lima Impresores.
  - Gómezjara, F. A. (1985) Sociología. México: Porrúa

- Goodstein, R. K. (1985) Burns: An Overview of clinical Consequences Affecting Patient, Staff and Family. Comprehensive Psychiatry, 26 (1) (Jan-Feb), 43-57
- Haller, J. A., Talbert, J. L. y Dombro, R. H. (1978) El niño hospitalizado y su familia. Barcelona: Ateneo.
- Harvey, F.C. (1989) Assesment and treatment of Depression in children and adolescents. Clinical Psychology Publishing. CO., INC. Bradon, VT.
- Hyperbaric Oxigen Therapy Comitte (1986) Report.
- Kanner Leo. (1972) Psiquiatría infantil. Buenos Aires: Siglo XX.
- Kerlinger, F. N. (1975). Investigación del comportamiento 1a. Ed. en español (Blengio, J. R. y Pecina, J.C. Trad.) México: Interamericana
- Klein, M. (1964) "Contribution to the psycho-genesis of Maniac Depressive State". Contributions to psycho-analysis. Versión castellana; Contribución al psicoanálisis. Buenos Aires: Horme. En Ajuriaguerra, J. (1973). Manual de Psiquiatría Infantil. Barcelona: Masson.
- Klein, M. (1944). The psychoanalysis of children. Institute of Psychoanalysis, Hogarth Press: Londres. En Seisdedos, N. (1983) Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) Madrid: TEA Ediciones.
- Knudson, C. y Mary, S. (1984) The antecedents and consequences of children's burn injuries. Advances in Developmental and Behavioral Pediatrics; 5, 33-74.
- Kolb, L. (1973) Modern Clinical Psychiatry (Chagoya, L. y Birrel, CH. Trad.). México: La prensa Médica Mexicana.
- Kolb, L. y Brodie, H. (1985) Modern clinical psychiatry. (De la Garza, V., TRAD.). (10a. ED) México: Interamericana (trabajo original en 1982). En Doniz, A. R. y Montoya, R. M. M. (1992) Eventos Vitales que constituyen Factores de Riesgo en la Depresión Infantil. México D.F. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad del Valle de México.
- Kovaks-Beck (1977) Children's depression inventory (CDI, Kovaks y Beck) En De la Torre, A. M. P. (1992) Estudio piloto sobre la Validez del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) en población escolar. México D.F. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Del Valle de México.
- Krupp, M. A. y Chatton, M. J. (1979) Diagnóstico Clínico y tratamiento. México: Manual Moderno.

- Kupfer, D. (1979). Imipramine and EEG Sleep in Children With Depressive Symptoms. Psychopharmacologie, 60, 117. En Doniz, A. R. y Montoya, R. M. M. (1992) Eventos Vitales que constituyen Factores de Riesgo en la Depresión Infantil. México D.F. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad del Valle de México.
- Lang, M. y Tisher, M. (1978) Children's Depression scale, Australia: Council for educational research. L.T. (ACER). Seisdedos, N. (1983) Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) Madrid: TEA Ediciones.
- Lewfkowitz, M. M. y Burton, N. (1978) Childhood depression: A critique of the concept. Psychol. Bull. 85, 716-726. En De la Torre, A. M. P. (1992) Estudio piloto sobre la Validez del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) en población escolar. México D.F. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Del Valle de México.
- Lewfkowitz, M. M. y Tesiny, E. D. (1980) Assessment of childhood depression. J. Consul. Clin. Psychol 48, 43-50. En De la Torre, A. M. P. (1992) Estudio piloto sobre la Validez del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) en población escolar. México D.F. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Del Valle de México.
- Malher, M. S. (1968) El nacimiento psicológico del infante humano. México: Marymar.
- Malmquist, C. P. (1971) Depression in Childhood and adolescence. J. of Medicine 284. New England, 887-893. En De la Torre, A. M. P. (1992) Estudio piloto sobre la Validez del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) en población escolar. México D.F. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Del Valle de México.
- Matheny, A. P. (1987) Psychological Characteristics of Childhood Accidents. Journal of Social Issues. 43 (2), 45-59.
- Mendlewicz, J. (1988) Population and Family Studies in Depression and mania. British Journal of Psychiatry. 153 (Suppl. 3), 16-25. En Doniz, A. R. y Montoya, R. M. M. (1992) Eventos Vitales que constituyen Factores de Riesgo en la Depresión Infantil. México D.F. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad del Valle de México.
- Nie., Gull., Genkings, Streinbrener. y Bent. (1975) Statistics package of the Social Sciences-S.P.S.S. 3ra. Versión.
- Nyman, G. (1988) Infant Temperament, Childhood Accidents and Hospitalization. En Chess. T. and Hertzig. Annual progres in Child Psychiatry and Child Development.
- Ochitill, H. M. D. (1984). Psychiatric Consultation to the Burn Unit: The psychiatrists Perspective. Academy of Psychosomatic Medicine Annual meeting, Philadelphia. Nov, 11-14.

- Petti, L. K., Asarnow, J. R., Carlson, G. A. y Lesser, L. (1985) The dexamethasone supression test in depressed, dysthymic, and nondepressed children. Am. J. Psychiat. **142**, 631-633. En De la Torre, A. M. P. (1992) Estudio piloto sobre la Validez del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) en población escolar. México D.F. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Del Valle de México.
- Phillips, I.(1979) Childhood depression. Interpersonal interactions and depressive phenomena. Am. J. Psychiat. **136**, 511-515. En De la Torre, A. M. P. (1992) Estudio piloto sobre la Validez del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) en población escolar. México D.F. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Del Valle de México.
- Pick, S. y López, A. L. (1990) Cómo Investigar en Ciencias Sociales. México: Trillas. (Trabajo original publicado en (1979)).
- Poznanski, E. O., Cook, S.C. y Carroll, B. J. (1969) A depression rating scale for children. Pediatrics **64**, 442-450. En De la Torre, A. M. P. (1992) Estudio piloto sobre la Validez del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) en población escolar. México D.F. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Del Valle de México.
- Poznanski, E. U. y Zrull, J. P. (1970) Childhood Depression Clinical Characteristics of overtly depressed Children. Arch. Gen. Psychiat. **53**, 455-468. En De la Torre, A. M. P. (1992) Estudio piloto sobre la Validez del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) en población escolar. México D.F. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Del Valle de México.
- Puig-Antich, J., Blau, S., Marx, N., Greenhill, L.L y Chambers, W. (1978) Prepuberal major depressive disorder. A pilot study. Am Acad. Child Psychiat. **695**, 707. En Doniz, A. R. y Montoya, R. M. M. (1992) Eventos Vitales que constituyen Factores de Riesgo en la Depresión Infantil. México D.F. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad del Valle de México.
- Ramírez, V. y De la Vega, S. (1986) Un estudio comparativo de las fantasías que presentan los niños con quemaduras con fracturas y normales. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rank, O. (1952) Trauma of Birth, Nueva York: Brunner. En Seisdedos, N. (1983) Cuestionario de Depresión para Niños (CDS). Madrid: TEA Ediciones.
- Ravescroft, K. (1982) Psychiatric- Clinics of- America, **5** (2), (Aug): 419-432.
- Robbins, S. L. (1975) Patología estructural y funcional. México: Interamericana.

- Roy-Alec. (1982) Early parental death and adult depression. Psichological medicina 13, 861-865. En Ramírez, V. y De la Vega, S. (1986) Un estudio comparativo de las fantasías que presentan los niños con quemaduras, con fracturas y normales. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sabanés, F. (1990) Depresión. Barcelona: Emeka.
- Sachar, E. (1975). Twenty four hour cortisol secretory patterns in depressed and manic patients. Prognosis branch research, 42, 81. En Doniz, A. R. y Montoya, R. M. M. (1992) Eventos Vitales que constituyen Factores de Riesgo en la Depresión Infantil. México D.F. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad del Valle de México.
- Salvat. (Eds.). (1974). Diccionario terminológico de ciencias médicas. Barcelona: Salvat.
- Sandler, J. y Joffe, W. G. (1965) Notes on childhood depression. Int. J. Psychoanal, 46, 88-96. En Ajuriaguerra, J. (1973). Manual de Psiquiatría infantil. Barcelona: Masson.
- Seisdedos, N. (1983) Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) Madrid: TEA Ediciones.
- Shatzberg, A., Samson, J., Bloomingdale, K., Orsulak, P., Gerson, B., Kizuka, P., Cole, J. y Schildkraut, J. (1989). Toward A Bio chemical Classification of Depressive Disorders. Archives of General Psychiatry, 46, 260-268. En Doniz, A. R. y Montoya, R. M. M. (1992) Eventos Vitales que constituyen Factores de Riesgo en la Depresión Infantil. México D.F. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad del Valle de México.
- Siegel, S. (1970) Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta México: Trillas.
- Slater, E. y Roth, M. (1969). Clinical Psychiatry 3a edición. Londres: Cassell. En Ajuriaguerra, J. (1973). Manual de Psiquiatría infantil. Barcelona: Masson.
- Sperling, M. (1959) Equivalentents in depression in children. J Hillside Hosp, 8, 138. Seisdedos, N. (1983) Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) Madrid: TEA Ediciones.
- Strecker, E. (1921) The Prognosis in Maniac-Depressive Psychosis. Neurological and medical Journal, 114, 209-211. En Doniz, A. R. y Montoya, R. M. M. (1992) Eventos Vitales que constituyen Factores de Riesgo en la Depresión Infantil. México D.F. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad del Valle de México.
- Spitz, R. (1969) El primer año de vida del niño. México: Fondo de Cultura Económica.

- Spitz, R. (1946) Anaclitic depression. Psychoanalytic studies of child. 2, 317-342. En Seisdedos, N. (1983) Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) Madrid: TEA Ediciones.
- Toolan, J. M. Depression in children and adolescents. (1962). Amer. J. Orthopsychiat, 32, 404.
- Ushakov y Girich. (1971) En Seisdedos, N. (1983) Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) Madrid: TEA Ediciones.
- Valsiner, J. y Lighfoot, C. (1987) Process Structure of Parent-Child- Environment Relations and the Prevention of Children's Injuries. Journal of Social Issues, 43 (2), 61-72.
- Walker, Lilly, S. y Healy, M. (1980) Journal of pediatric Psychology 5 (4) (Dec): 395-404. En Ramírez, V. y De la Vega, S. (1986) Un estudio comparativo de las fantasías que presentan los niños con quemaduras con fracturas y normales. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Weissman y Cols. (1980) Center for epidemiological studies depression scale, modificado para niños, CES-D En De la Torre, A. M. P. (1992) Estudio piloto sobre la Validez del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) en población escolar, México D.F. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Del Valle de México.
- Widlöcher, D. (1983) Las lógicas de la Depresión. Barcelona: Herder.
- Winnicott, D.W. (1955) The Depressive position in normal emotional development. En Collected papers. Londres: Tavistock. En Ajuaguerra, J. (1973). Manual de Psiquiatría infantil, Barcelona: Masson.
- Wolff, S. (1970) Trastornos Psíquicos del niño: Causas y Tratamientos. México: Siglo XXI.
- Woodward, J., y Jackson, D. (1961) "Emotional Reactions in Burned Children and their Mothers" British Journal of Plastic Surgery. 13, 316. En Ramírez, V. y De la Vega, S. (1986) Un estudio comparativo de las fantasías que presentan los niños con quemaduras con fracturas y normales. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Zung, Lefkewit y Tesiny (1980) Scale modified Zung. En De la Torre, A. M. P. (1992) Estudio piloto sobre la Validez del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) en población escolar, México D.F. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Del Valle de México.

Anexos

## ANEXO I

### ELEMENTOS DEL "CDS"

- 1.- Me siento alegre la mayor parte del tiempo.
- 2.- Muchas veces me siento desgraciado en el colegio.
- 3.- A menudo pienso que nadie se preocupa por mí.
- 4.- A menudo creo que valgo poco.
- 5.- Me despierto a menudo durante la noche.
- 6.- Pienso muchas veces que dejo en mal lugar a mi madre/padre.
- 7.- Creo que se sufre mucho en la vida.
- 8.- Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago.
- 9.- Siempre creo que el día siguiente será mejor.
- 10.- A veces me gustaría estar ya muerto.
- 11.- Me siento solo muchas veces.
- 12.- Frecuentemente estoy descontento conmigo mismo.
- 13.- Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco.
- 14.- A veces creo que mi madre/padre hace o dice cosas que me hacen pensar que he hecho algo terrible.
- 15.- Me pongo triste cuando alguien se enfada conmigo.
- 16.- Muchas veces mi madre/padre me hace sentir que las cosas que hago son muy buenas.
- 17.- Siempre estoy deseando hacer muchas cosas cuando estoy en el colegio.
- 18.- Estando en el colegio, muchas veces me dan ganas de llorar.
- 19.- A menudo soy incapaz de mostrar lo desgraciado que me siento por dentro.
- 20.- Odio la forma de mi aspecto o de mi comportamiento.
- 21.- La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada.

- 22.- A veces temo que lo que haga pueda molestar o enfadar a mi madre/padre.
- 23.- Cuando me enfado mucho casi siempre termino llorando.
- 24.- En mi familia todos nos divertimos mucho juntos.
- 25.- Me divierto con las cosas que hago.
- 26.- Frecuentemente me siento desgraciado/triste/desdichado.
- 27.- Muchas veces me siento solo y como perdido en el colegio.
- 28.- A menudo me odio a mí mismo.
- 29.- Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas.
- 30.- Frecuentemente pienso que merezco ser castigado.
- 31.- A menudo me siento desgraciado por causa de mis tareas escolares.
- 32.- Cuando alguien se enfada conmigo, yo me enfado con él.
- 33.- Casi siempre la paso bien en el colegio.
- 34.- A veces pienso que no vale la pena vivir esta vida.
- 35.- La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende.
- 36.- A menudo me avergüenzo de mí mismo.
- 37.- Muchas veces me siento muerto por dentro.
- 38.- A veces estoy preocupado porque no amo a mi madre/padre como debiera.
- 39.- A menudo la salud de mi madre me preocupa/inquieta.
- 40.- Creo que mi madre/padre está muy orgulloso de mí.
- 41.- Soy una persona muy feliz.
- 42.- Cuando estoy fuera de casa me siento muy desdichado.
- 43.- Nadie sabe lo desgraciado que me siento por dentro.
- 44.- A veces me pregunto si en el fondo soy una persona muy mala.
- 45.- Estando en el colegio me siento cansado todo el tiempo.
- 46.- Creo que los demás me quieren, aunque no lo merezco.
- 47.- A veces sueño que tengo un accidente o que me muero.

- 48.- Pienso que no es nada malo enfadarse.
- 49.- Creo que tengo buena presencia y que soy muy atractivo.
- 50.- Algunas veces no se por qué me dan ganas de llorar.
- 51.- A menudo pienso que no soy de utilidad para nadie.
- 52.- Cuando fallo en el colegio pienso que no valgo para nada.
- 53.- A menudo me imagino que me hago heridas o me muero .
- 54.- A veces creo que hago cosas que ponen enfermo a mi madre/ padre.
- 55.- Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero.
- 56.- Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche.
- 57.- Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer.
- 58.- Creo que mi vida es desgraciada.
- 59.- Cuando estoy fuera de casa me siento como vacío.
- 60.- La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser.
- 61.- A veces me siento mal porque no amo y escucho a mi madre/padre como se merece.
- 62.- Pienso a menudo que no voy a llegar a ninguna parte.
- 63.- Tengo muchos amigos.
- 64.- Utilizo mi tiempo haciendo con mi padre cosas muy interesantes.
- 65.- Hay mucha gente que se preocupa bastante por mí.
- 66.- A veces creo que dentro de mí hay dos personas que me empujan en distintas direcciones.

Apellidos y nombre .....

Curso ..... Edad ..... Sexo ..... (V. o M.) Fecha .....

Centro .....

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

## SERALA SOLO UNA RESPUESTA

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

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

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

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

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

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

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

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

PD

AA

RA

PS

AE

PM

SC

DV

PV

TP

TD

