

# Propiedades psicométricas de la escala de depresión infantil en estudiantes de primaria de una institución educativa nacional de Lima, 2017

*Mtr. César Raúl Manrique Tapia*

*Integrante del Equipo de Investigación de la EP de Psicología de la UCV  
cmanriquet@ucv.edu.pe*

*Bach. Leili Rosen Pérez Guardamino*

*Estudiante de la EP de Psicología de la UCV  
pérez.leili@gmail.com*

## Resumen

La presente investigación, de tipo tecnológico y carácter psicométrico, tuvo como objetivo general construir y determinar las propiedades psicométricas de la escala de depresión infantil (EDI) en niños con rangos de edades de 6 a 11 años, del distrito de Comas, Lima. La muestra de 100 niños fue obtenida por un muestreo de tipo no probabilístico por juicio. Se trabajó la validez de contenido por juicio de cinco expertos y se obtuvieron los índices de V. de Aiken  $p > 0,80$  en 36 reactivos, V. de Lawshe  $p > 0,60$  en 35 reactivos y la prueba Binomial  $p < 0,05$  en 36 reactivos. También se analizaron al piloto las correlaciones ítem-test e ítem-dimensión (escala corregida) donde se eliminaron 17 y 8 reactivos, respectivamente. La validez de constructo de obtuvo por el análisis factorial exploratorio donde se obtuvieron cuatro factores que explicaban el 52,7 % de la escala. La confiabilidad por consistencia interna fue obtenida a través del alfa de Cronbach obteniendo una escala general del 0,372. Se construyeron baremos percentiles generales, así como puntos de corte y niveles descriptivos bajo, medio y alto en la escala general. Finalmente, se efectuó un estudio descriptivo de la muestra en 100 niños, donde se obtuvo un nivel medio de presencia de depresión infantil en niños de 6 a 11 años de edad.

**Palabras clave:** depresión infantil, niños, propiedades psicométricas.

## Abstract

*This research, of a technological type and psychometric character, has as a general purpose to build and determine the psychometric properties of the Child Depression Scale-CDS in children aged from 6 to 11, from the district of Comas, in Lima. The sample of 100 children was obtained by non-probabilistic sampling by judgment. Content validity was developed by judgment of 5 experts and V. Aiken index  $p > 0.80$  in 36 items, V. Lawshe  $p > 0.60$  in 35 items and Binomial test  $p < 0.05$  in 36 items were obtained. The item-test and item-scale fixed correlations were also analyzed where 17 and 8 items were removed respectively. Construct validity was obtained by the exploratory factor analysis that showed 4 factors explaining 52.7 % of the variability. The internal consistency reliability through Cronbach Alpha obtained in the general scale was 0.372. General percentiles, as well as cutoffs and the low, medium, and high descriptive levels in the overall scale and its indicators were constructed. Finally, a descriptive study in the sample of the 100 children was made; it showed a medium level of presence of the child depression, in children aged from 6 to 11.*

**Key words:** Child depression, children, psychometric properties.

## Introducción

La depresión infantil como problema específico no viene siendo un problema reciente; desde años atrás, diversos especialistas vienen analizando la existencia de la depresión infantil, ya que antiguamente este criterio solo fue atribuido a la población adulta. Actualmente, la depresión infantil llega a ser uno de los temas más relevantes en la psicología infantil (Anderson, Beach y Kaslow, 1999). Según los datos que nos muestra la Organización Mundial de la Salud (2007), 1,5 millones de niños entre 5 y 11 años sufren de depresión, evidenciando así que existe una alta incidencia de casos en que los niños no son ajenos a padecer de este tipo de problema. Por otra parte, el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (2002) manifiesta que una de las bases de la conducta suicida que padece nuestro país está fuertemente asociada a la depresión y que esta se forma desde la infancia.

En el Perú existen pocos instrumentos consistentes que permitan identificar si un niño sufre de depresión, siendo el más utilizado para poder ver un diagnóstico a la problemática el cuestionario de depresión infantil, creado por Beck y Kovacs en 1977, el cual consta de 27 ítems que miden la sintomatología de la depresión y que surgió ante la necesidad de poder medir este constructo en niños y adolescentes de 6 a 15 años. El cuestionario tiene una buena aceptación en diversos países de Europa, América del Norte y también en nuestro continente, ya que mediante diversas adaptaciones se ha buscado llegar a obtener un instrumento confiable para nuestra población en niños. Sin embargo, a pesar de las adaptaciones del cuestionario, no existe un instrumento basado

en la teoría planteada que mida depresión infantil de manera consistente y breve, considerando que solo se enfoca en los rangos de edades que nuestra realidad considera niños. El Ministerio de Salud (2007) considera a la población infantil desde 6 a 11 años y el cuestionario mencionado también incluye adolescentes de edad entre los 12 a 15 años, lo que nos hace tener un cuestionario para una población que mezcla la niñez con la adolescencia temprana. Por otro lado, la cantidad de ítems que considera son elevados para una población infantil, ya que es más dispersa y tiende a no tomar el interés adecuado. Ante todo lo expuesto, es importante que se realice un instrumento confiable que pueda medir la depresión en niños y que considere todos los aspectos señalados. Miranda de la Torre (2016), en su investigación titulada “Propiedades psicométricas del CDI en una muestra no clínica de niños de la ciudad de Hermosillo, México”, determina las propiedades psicométricas de dicho instrumento y evalúa su adecuación y confiabilidad en una población infantil, obteniendo así una confiabilidad por el coeficiente de Cronbach de 0,821, siendo consistente y concluyendo con que el cuestionario es idóneo para la muestra. Sin embargo, no hay investigación en base a la teoría que considere las edades específicas planteadas para la población infantil.

Por otro lado, Beck y Kovacs (1977) definen la depresión infantil como una situación afectiva de tristeza en mayor intensidad y duración que ocurre en un niño, siendo estas situaciones provocadas por creencias irracionales o supuestos personales aprendidos en el pasado. Al igual que en los adultos, consideran la misma pauta cognitiva

pero encuentran diferencias sobre todo en cuanto a la manifestación de los síntomas que presentarán, ya que los ámbitos de actuación de estos y en el desarrollo de su vida son muy diferentes. Esta problemática, a pesar de ser actualmente motivo de estudio, no cuenta con una consistencia que se asemeje a nuestra realidad, por lo que se necesita recurrir a las bases teóricas para formular una investigación que nos dé dicho acercamiento. La intención de este artículo radica en que los resultados de la investigación permitirán medir de manera más concisa la depresión infantil en niños con el rango de edades que considera nuestra realidad, que es de 6 a 11 años.

## Material y métodos

El presente estudio es de diseño de investigación no experimental, ya que en él no se manipulan

las variables, sino que se observarán cómo se presentan en su contexto natural, para luego describirlas y analizarlas; además, tendrá un diseño transversal descriptivo ya que se dará en un momento único (Hernández et al. 2010, p. 118). El tipo de investigación que se utilizará para el desarrollo de esta, es de tipo tecnológico u operativo o llamada también de investigación y desarrollo que tiene por objetivo la creación o modificación de instrumentos. Su base es netamente práctica y aporta la sociedad produciendo bienes y servicios (Valderrama, 2008, p. 42, p. 167). Se empleará el nivel de investigación básica, donde Vara (2010) refiere que se prueban y adaptan teorías; además, genera nuevas formas de entender los fenómenos y se construyen o adaptan instrumentos de medición (p. 202).

## Resultados

**Tabla 1.** Prueba KMO y Bartlett ( $n=100$ )

Prueba de KMO y Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo	0,465	
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. chi-cuadrado	84,025
	gl	55
	Sig.	0,004

Fuente: elaboración propia.

Con el propósito de identificar si las subescalas son componentes de la depresión infantil; se procedió a calcular el estadístico KMO (0,465) con

la prueba de esfericidad de Bartlett, cuyo nivel de significación fue de 0,004, lo que justifica el análisis factorial.

**Tabla 2.** *Análisis de los principales componentes de la escala de depresión infantil*

Componente	Varianza total explicada								
	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado			Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	1,683	15,298	15,298	1,683	15,298	15,298	1,526	13,873	13,873
2	1,606	14,601	29,899	1,606	14,601	29,899	1,522	13,841	27,713
3	1,289	11,716	41,615	1,289	11,716	41,615	1,438	13,070	40,784
4	1,218	11,076	52,691	1,218	11,076	52,691	1,310	11,907	52,691
5	0,989	8,995	61,686						
6	0,930	8,450	70,136						
7	0,855	7,771	77,907						
8	0,801	7,280	85,187						
9	0,645	5,865	91,052						
10	0,553	5,032	96,083						
11	0,431	3,917	100,000						

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 2, se muestra la existencia de cuatro factores pueden explicar el 52 % de la escala de depresión infantil lo que pasa a ser aceptable ya

que es un equivalente mayor al 50 % de explicación de la escala total.

**Tabla 3.** *Estadístico de alfa de Cronbach por fiabilidad de la escala depresión infantil (n=100)*

Alfa de Cronbach	N.º de elementos
0,61	11

Fuente: elaboración propia.

De acuerdo con la tabla 3, el coeficiente alfa de Cronbach alcanza un valor de 0,61 de manera que se puede decir que la escala de depresión infantil

posee un índice de confiabilidad por debajo de lo esperado.

**Tabla 4.** Estadístico de fiabilidad en la escala depresión infantil según procedimiento de dos mitades ( $n=100$ )

Estadísticas de fiabilidad de depresión infantil	
Coefficiente de dos mitades de Guttman	0,62

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 4, el coeficiente dos mitades de Guttman alcanza un valor de 0,62, de modo que se puede decir que la escala depresión infantil posee un índice de confiabilidad por debajo de lo esperado.

**Tabla 5.** Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov de la escala de depresión infantil ( $n=100$ )

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
	Estadístico	gl	Sig.
Depresión infantil	0,116	100	0,002
Disforia	0,166	100	0,000
Autoestima negativa	0,182	100	0,000
Indefensión	0,309	100	0,000
Pensamientos negativos	0,227	100	0,000

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 5, se presenta al estadístico Kolmogorov-Smirnov acompañado del nivel crítico (sig.), lo que permitirá contrastar la hipótesis nula de que los datos proceden de poblaciones normales, de este modo rechazaremos la hipótesis de normalidad cuando el nivel crítico sea menor que el nivel de significación establecido (0,05). Se observa que el total y todas las subescalas de depresión infantil tienen asociados niveles críticos menores a 0,05, lo que permite concluir de manera general que las subescalas no proceden de poblaciones normales.

**Tabla 6.** Baremos de la escala depresión infantil ( $n=100$ )

Categoría diagnóstica	Puntaje directo	Percentil
Alto	70-90	29-30
Medio	40-60	26-28
Bajo	10-30	18-25

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 6, de acuerdo con los percentiles obtenidos, se establecen como norma la categorías diagnósticas, que muestran tres categorías (alto, medio y bajo), a las cuales han sido asignados sus percentiles y puntajes directos.

**Tabla 7.** Baremos de la dimensión disforia en mujeres de la escala depresión infantil (n=100)

Categoría diagnóstica	Puntaje directo	Percentil
Alto	70-90	29-30
Medio	40-60	27-28
Bajo	10-30	23-26

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 7, de acuerdo con los percentiles obtenidos, se establecen como norma la categorías diagnósticas, que muestran tres categorías (alto,

medio y bajo), a las cuales han sido asignados sus percentiles y puntajes directos.

**Tabla 8.** Baremos de la dimensión disforia en hombres de la escala de depresión infantil (n=100)

Categoría diagnóstica	Puntaje directo	Percentil
Alto	70-90	28-30
Medio	40-60	26-27
Bajo	10-30	18-25

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 8, de acuerdo con los percentiles obtenidos, se establecen como norma las categorías diagnósticas, que muestran tres categorías (alto,

medio y bajo), a las cuales han sido asignados sus percentiles y puntajes directos.

**Tabla 9.** Estadísticos descriptivos de la escala de depresión infantil y sus dimensiones (n=100)

Estadísticos descriptivos	Total depresión infantil	Total disforia	Total autoestima negativa	Total indefensión	Total pensamientos negativos
Media	26,99	7,29	9,93	4,65	5,12
Mediana	27,00	7,00	10,00	4,00	5,00
Moda	26,00	7,00	10,00	4,00	5,00
Desviación estándar	2,200	1,192	1,281	0,845	0,756
Varianza	4,838	1,420	1,642	0,715	0,571
Asimetría	-0,719	-0,218	-0,720	0,436	-0,347
Curtosis	2,515	-0,545	1,627	-0,964	-0,723

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 9, se presentan las medidas de tendencia central y de dispersión para un grupo de niños de 6 a 11 años. Se observa que para la variable de estudio el promedio (o la media es=27) y la puntuación que más se repite es la de 26, la variabilidad con respecto a la media es de 2,20. Se observa una simetría lo que equivale a decir que los puntajes se distribuyen al centro, lo que quiere decir que los puntajes son más bajos, por otro lado, la curtosis es igual a 2,515 (mesocúrtica).

Asimismo, se presentan los promedios de cada una de las dimensiones, las que fluctúan entre 7,29 y 5,12 para disforia y pensamientos negativos, respectivamente; de igual modo, la variabilidad de los datos se da entre 1,192 y 0,756 respecto a la desviación estándar. Para las dimensiones disforia, indefensión y pensamientos negativos, la asimetría es negativa, solo para la dimensión autoestima negativa hay una asimetría positiva.

Por último, las dimensiones disforia, indefensión y pensamientos negativos tienen una curtosis leptocúrtica, y la dimensión autoestima negativa tiene una curtosis mesocúrtica.

**Tabla 10.** Frecuencias y porcentajes de los niveles de depresión infantil (n: 100)

Nivel	Frecuencia	%
Bajo	21	21 %
Medio	57	57 %
Alto	22	22 %
Total	100	100,0

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 10, se aprecia que el mayor porcentaje de casos estudiados en la relación a la depresión infantil se ubican en el nivel medio, es decir, 57 casos que equivalen el 57 %. En segundo lugar; se ubica al nivel alto con 22 casos que equivalen al 22 % de los casos. Por último, y con poca diferencia, se ubica el nivel bajo con 21 casos que equivalen al 21 %.

## Discusión

El principal objetivo de la presente investigación fue crear una escala de depresión infantil en niños de 6 a 11 años de edad y determinar la validez y la confiabilidad en una muestra de 100 estudiantes del nivel primaria de una institución educativa estatal del distrito de Comas.

Para la realización de la escala de depresión infantil se consideró la teoría de Beck y Kovacs quienes, en 1977, definen la depresión infantil como una situación afectiva de tristeza, en mayor intensidad y duración, que ocurre en un niño. Estas situaciones son provocadas por creencias irracionales o supuestos personales aprendidos en el pasado. Ya que al igual que en los adultos consideran la misma pauta cognitiva, pero encuentran diferencias sobre todo en cuanto a la manifestación de los síntomas que presentarán, ya que los ámbitos de actuación de estos en su desarrollo de vida son muy diferentes.

A la vez, se ciñe la teoría de la depresión de Aaron Beck que, según el modelo explicativo de la depresión, los trastornos psicológicos provienen de las distorsiones cognitivas que tienen las personas, las cuales son provocadas por creencias irracionales o supuestos personales aprendidos

en el pasado; y esto condiciona en cómo percibe la persona su pasado, su presente y su futuro. Esta teoría plantea que estas distorsiones vienen a ser el primer paso para desencadenar los síntomas depresivos patológicos (Beck y Alford, 2009).

Con respecto a la creación de la escala de depresión infantil en niños, consta de 11 ítems, que han sido elaborados en función a la teoría anteriormente mencionada para la búsqueda de un mejor entendimiento hacia nuestra realidad, ya que actualmente existe un cuestionario que mide el mismo constructo creado en base a la teoría y por los mismo autores, pero este no engloba los parámetros requeridos para poder hacerlo aún más efectivo hacia nuestra población de niños, ya que en principio el cuestionario (CDI) considera edades entre los 6 y 15 años, englobando también a la población de adolescencia temprana, lo cual, para nuestra realidad, hace menos consistente el cuestionario.

Por otro lado, la cantidad de ítems considerados en el CDI consta de 27 ítems, lo que contrasta con la cantidad de ítems establecidos para la presente escala, ya que solo se consideran 11 ítems y esto hace una cantidad más apropiada para una población de niños pues esta es más dispersa y los 27 ítems podrían ser más tediosos para contestar. Tal como lo manifiesta Miranda de la Torre (2016), en su investigación que se basó en la adaptación del CDI en escolares, al realizar la validez de constructo, encontraron que cinco ítems no aportaban al cuestionario para su muestra y tuvieron que ser extraídos, por lo que la versión final del instrumento contó con menos ítems.

Para lograr ello, se recurrió a un riguroso análisis de los ítems, obteniendo así la validez de conteni-

do realizada por el juicio de expertos a través del análisis del coeficiente de V de Aiken y Lawshe; se eliminaron 4 ítems de los 40 planteados en primera instancia; además, mediante la validez de constructo, el índice de homogeneidad ítem-test e ítem-dimensión se eliminaron 17 y 8, respectivamente quedándose solo los reactivos que realmente aportaran a la escala y permitieran medir de manera adecuada el constructo; de modo que se contó con 11 ítems en total para la escala creada.

En función a la confiabilidad de la escala a través del método de consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach, alcanza un valor de 0,61 que se considera no aceptable para dicha confiabilidad; sin embargo, y a diferencia de las investigaciones halladas por la adaptabilidad y estandarización del cuestionario CDI, creado por Kovacs y Beck, que cuenta con una confiabilidad que fluctúa entre alta y aceptable, tal como lo mencionan Miranda de la Torre (2016), Pérez (2014) y Segura (2010), mostrando que dicho cuestionario si puede medir la sintomatología de la depresión en sus muestras de estudio, pero en ningún estudio se toma como referencia a la población infantil con los rangos de edades establecidas, ya que al contar con adolescentes dentro del análisis, los datos tienen una tendencia a ser más significativos puesto a que una característica que manifiestan los adolescentes es justamente problemas en el cambio de sus sentimientos y emociones, en donde al encontrarse en un cambio a su vez hormonal anatómico, la aceptación de esta nueva etapa de sus vidas los tiende a que se vuelvan introvertidos o desarrollaren sintomatología depresiva.



Además, considerando el método de separación de mitades se obtuvieron coeficientes de confiabilidad de Spearman-Brown el que alcanzó un valor de 0,62, también por debajo de lo esperado, ya que los datos obtenidos tanto en el piloto como en la muestra no tenían mucha variabilidad en sus respuestas, de modo que no obtuvieron una direccionalidad exacta en sus respuestas sino encontrando respuestas en su mayoría con cortes medios y esto se debe a lo mencionado anteriormente al considerar también a la población adolescente.

Posterior a lo mencionado, se realizó la baremación del cuestionario de depresión infantil en función a los estadísticos propios de la muestra. Con base en las puntuaciones, solo se crearon dos baremos para esta escala, una general y la otra para la primera dimensión en base al género ya que se sólo allí se encontraron diferencias significativas. Con ello se pudo realizar la descripción de los niveles de depresión en niños de 6 a 11 años de un colegio estatal en el distrito de Comas, encontrándose los siguientes resultados: por un lado, el mayor porcentaje de casos estudiados en la relación a la depresión infantil se ubican en el nivel medio, es decir, 57 casos que equivalen el 57 %. Y, por último, el menor porcentaje de casos estudiados se encuentran en el nivel bajo con 21 casos que equivalen al 21 %.

## Conclusiones

1. Se realizó análisis de las propiedades psicométricas de la escala de depresión infantil en primer lugar mediante un piloto conformado por 20 niños y luego con una muestra de 100 niños de 6 a 11 años del nivel primario de una institución educativa nacional del distrito de Comas.
2. La validez de contenido por el juicio de cinco expertos consideró los criterios de relevancia, claridad y pertinencia, lo cual permitió mantener 36 ítems. Con la validez V. de Aiken  $>0,80$ , Lawshe  $>0,60$  y la prueba binomial  $<0,05$
3. La validez de constructo de la escala de depresión infantil en niños de 6 a 11 años mediante índice de homogeneidad ítem-test permitieron mantener 20 ítems de los 36 que quedaron anteriormente. Y el índice de homogeneidad corregido ítem-dimensión de las dimensiones primera y segunda permitieron mantener 11 ítems con los que se trabajó con la muestra.
4. Mediante el análisis factorial exploratorio con el método de componentes principales con rotación y varimax y normalización de Káiser resultaron cuatro factores que explican el porcentaje de la escala total.
5. La confiabilidad a través del método de consistencia interna de la escala de depresión infantil en niños de 6 a 11 años se obtuvo mediante coeficiente alfa de Cronbach, alcanzando un valor de 0,61.
6. La confiabilidad por el método de separación de mitades de la escala de depresión infantil en niños de 6 a 11 años se obtuvo mediante el coeficiente dos mitades de Guttman, alcanzando un valor de 0,62.
7. Se determinaron los baremos tentativos de la escala del nivel de depresión infantil en niños de 6 a 11 años realizando un baremo general que tiene las categorías diagnósticas alto, medio y bajo con sus respectivos percentiles

y puntajes directos. Por otro lado, para la dimensión disforia se crearon baremos de según el género, ya que presentan diferencias en sus significancias.

8. De acuerdo a los casos estudiados, se presenta un nivel medio en cuanto al nivel de depresión que presentan los niños de 6 a 11 años de una institución educativa nacional del distrito de Comas.

## Referencias

- Anderson, P., Beach, S. R. y Kaslow, N. J. (1999). Marital discord and depression: the potential of attachment theory to guide integrative clinical intervention. En T. Joiner y J. C. Coyne (eds.). *The interactional nature of depression* (271-297). Washington, DC: APA.
- Beck, A. T. y Alford, B. A. (2009). *Depression: Causes and Treatments* (2.<sup>a</sup> ed.). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. (5.<sup>a</sup> ed.). México D.F.: Mc Graw Hill.
- Instituto Especializado de Salud mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". (2002). Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental 2002. Informe general. *Anales de salud mental*. XVIII (1-2),1-197.
- Beck, A. T. y Kovacs, M. (1977). *An empirical-clinical approach toward a definition of childhood depression*. En J. G. Schulterbrandt y A. Raskin (dirs.). *Depression in childhood: Diagnosis, treatment, and conceptual models* (1-25). Nueva York: Raven Press.
- Ministerio de Salud del Perú. (2007). *Nutrición por etapa de vida*. Recuperado de [http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2007/nutricion/lactante\\_6\\_24\\_meses.asp](http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2007/nutricion/lactante_6_24_meses.asp)
- Miranda de la Torre, I. (2016). *Propiedades psicométricas del CDI en una muestra no clínica de niños de la ciudad de Hermosillo, México*. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicy-salud/article/view/2203/3941>
- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Informe sobre la salud en el mundo 2007-Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI: un porvenir más seguro*. Recuperado de [http://www.who.int/whr/2007/07\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2007/07_report_es.pdf?ua=1)
- Valderrama, S. (2008). *Pasos para elaborar un proyecto de investigación científica*. (2.<sup>a</sup> ed.). Perú: San Marcos.
- Vara, A. (2010). *Desde la idea hasta la sustentación: siete pasos para una tesis exitosa. Un método efectivo para las ciencias empresariales*. (3.<sup>a</sup> ed.). Lima: Universidad de San Martín de Porres.

## Cuestionario de depresión infantil

*Autora: Leili Rosen Pérez Guardamino, 2017*

### Datos Generales:

Sexo

F:                      M:

Edad \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Vivo con

Ambos padres:              Mamá o papá:              Otros familiares:

A continuación se presenta un conjunto de diferentes situaciones que tratan sobre diversos aspectos que puedas sentir o pensar. Indica la frecuencia con que se presentan dichos aspectos; para ello, debes utilizar la siguiente escala:

NUNCA	1
A VECES	2
SIEMPRE	3

Recuerda que no hay respuestas correctas o incorrectas. Trata de presentar la respuesta que te resulte natural y cercana a ti. Completa con rapidez todo el cuestionario.

N.º	Ítems	Escala de valoración		
		Nunca	A veces	Siempre
1	Me siento solo(a)			
2	No entiendo por qué me enojo tan rápido			
3	Ya no me gusta salir a jugar con mis amigos como antes			
4	A nadie le importo			
5	Me enojo con facilidad			
6	Me siento triste			
7	He pensado en irme de casa porque no me siento querido			
8	No me gusta mi cuerpo, es feo			
9	Soy muy tonto(a)			
10	Siempre me salen mal las cosas			
11	Creo que mejor es estar muerto			