

## ARTÍCULOS

### **El Children's Depression Inventory, (CDI; Kovacs, 1992). Su aplicación en población española**

### **The Children's Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1992) in a Spanish sample**

V. DEL BARRIO\*, C. MORENO-ROSSET Y R. LÓPEZ-MARTÍNEZ

#### RESUMEN

*En este trabajo se presentan los resultados de la investigación en la que se ha aplicado la adaptación española del CDI a una muestra compuesta por 1.880 niños españoles escolarizados y de edades comprendidas entre siete y diecisiete años. La distribución de la clase social, evaluada a través del índice de Hollingshead (1957) es normal. Examinadas las propiedades psicométricas de esta adaptación española se comprueba la adecuación de su consistencia interna, fiabilidad test-retest y su validez concurrente y convergente. El análisis factorial muestra una proximidad con la estructura factorial hallada por Kovacs (1992) y los resultados son coincidentes con los obtenidos por otros investigadores en este tema. La red nomológica del constructo de depresión (ansiedad, autoestima, y estructura de personalidad) ha resultado ser perfectamente coherente.*

#### ABSTRACT

*In this work we report on the results of a study in which a Spanish version of the CDI was applied to 1,880 urban Spanish boys and girls. Age range varies from 7 to 17 years old. The distribution of Social*

*Class, obtained by the Hollingshead Index (1957) is normal.*

*Having examined the psychometric properties of this Spanish revision of the CDI results show the adequacy of its internal consistency, test retest reliability as well as its concurrent and convergent validity. The factorial analysis throws results close to the factorial structure found by Kovacs (1992) and results coincide with those obtained by other researchers on this topic. The depression construct nomologic web (anxiety, self-esteem and structure of the personality) is perfectly coherent.*

**PALABRAS CLAVE**

*CDI, Evaluación, Depresión, Niños*

**KEY WORDS**

*CDI, Assessment, Depression, Children*

## INTRODUCCIÓN

Existe un acuerdo general sobre el hecho de que la Depresión Infantil (DI) y la adulta comparten rasgos esenciales. Esta ausencia de distinción se manifiesta en los últimos DSM III-R (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, APA, 1987) y DSM-IV (APA, 1994) sin embargo, muchos especialistas subrayan el carácter evolutivo de la DI que ha de ser tenido en cuenta, tanto desde el punto de vista de sus desencadenantes, como de las estrategias más adecuadas para su tratamiento (del Barrio, 1997).

Los expertos en el tema de la DI confluyen en la aceptación de unos síntomas fundamentales constituyentes: disforia, anhedonia, baja autoestima, cambios en el sueño, aislamiento social, cambios de apetito y peso, hiperactividad, e ideación mórbida y suicida. Esta definición operativa, compartida con los adultos, puede ser utilizada como guía diagnóstica y tiene la ventaja de representar un núcleo de coincidencia de un amplio espectro de la comunidad científica. Hay otro tipo de sintomatología específica infantil como es el retraso motor, agitación motora, agresividad,

comúnmente aceptada.

De todos los instrumentos el Children's Depression Inventory (CDI), es el autoinforme más citado e investigado dentro de esta temática. La primera forma apareció en 1977 realizada por Kovacs y Beck y la última en 1992 por María Kovacs en solitario. El marco teórico en que está inscrito es la concepción cognitiva de la depresión de Beck.

El primer CDI apareció en una fecha oportuna, coincidió con el reconocimiento de la existencia de la DI por la comunidad científica y con la necesidad de obtener datos objetivos sobre el tema.

El hecho de que en ese momento fuese prácticamente la única prueba estandarizada disponible, hizo de este instrumento uno de los más usados tanto en Estados Unidos como en Europa.

En España, es también la herramienta más empleada y su difusión está vinculada a la investigación sobre epidemiología de la DI que los profesores Polaino y Domènech iniciaron sobre este tema en 1988.

Curiosamente todas estas investigaciones, se han llevado a cabo con formas experimentales

recidos en revistas especializadas. Ha sido necesario esperar a 1992 para ver aparecer su publicación comercial. Es un ejemplo de buen hacer, puesto que, cuando se ha presentado el instrumento al gran público, viene avalado por una dilatada investigación que garantiza sobradamente sus cualidades psicométricas y su utilidad. Esta última versión (1992) proporciona la novedad de cinco subescalas: Humor Negativo, Problemas Interpersonales, Ineficacia, Anhedonia y Autoestima Negativa, tiene además una escala global. Todas estas subescalas se han obtenido por análisis factorial y son similares, pero no idénticas, a las obtenidas en otros estudios factoriales del instrumento, como por ejemplo Weiss y colaboradores en 1991. Esto indica el carácter multidimensional de la DI y su variabilidad.

El CDI es un autoinforme de 27 elementos, aplicable a niños y jóvenes de 7 a 17 años. El formato de respuesta es de triple elección y su administración fácil y rápida. Quizás es ésta otra más de las explicaciones de su éxito.

El tiempo de aplicación oscila entre 10 y 20 minutos, si bien no hay un tiempo límite. Su admi-

colectiva dependiendo de la madurez lectora de los niños.

Si se comparan los elementos del CDI que constituyen la prueba con los criterios diagnósticos propuestos para la Depresión Mayor en el DSM-IV (APA, 1994) se comprueba que todos ellos están cubiertos, excepto la irritabilidad que es la posible sustitución del criterio disforia, en el caso de que el diagnóstico se haga sobre población infantil. Esta ausencia es perfectamente asumible desde el marco teórico del que el CDI procede.

Las normas de corrección comienzan con la ponderación de cada ítem con 0-1-2, en función del grado de depresión que indique la respuesta del niño. Así, el '0' indica "normalidad" en la respuesta, '1' implica una "cierta intensidad" y '2' refleja la "presencia inequívoca" de un síntoma depresivo propiamente dicho. La puntuación total de la escala se obtiene sumando cada uno de los valores atribuidos según la elección de respuesta del niño, por lo tanto, cuanto mayor es la puntuación, mayor es la intensidad de sintomatología depresiva que presenta el niño, pudiendo obtener una puntuación máxima de 54. Este mismo proceso evaluativo es común para cada una

Para un diagnóstico inicial de depresión el punto de corte en la escala total establecido por María Kovacs en 1992 es de 19 o más puntos. Se considera que la sensibilidad y la especificidad del instrumento están compensados en este nivel, y también porque el porcentaje de niños afectados, utilizando este punto de corte, se aproxima a los establecidos en diagnósticos individuales y la prevalencia que proporciona es ajustada a la experiencia clínica (Kovacs, 1985).

Aquellos niños o adolescentes que al ser evaluados colectivamente con el CDI presenten puntuaciones altas es decir, igual o superior a 19, deben volver a cumplimentar el cuestionario, una vez que transcurra un período prudencial de tiempo (unas dos semanas). En caso de que el niño obtenga de nuevo puntuaciones altas debe ser sometido a diagnóstico individualizado con presunción de depresión. Si por el contrario, ha descendido su puntuación y en esta ocasión no alcanza niveles elevados, debe repetirse la prueba un mes más tarde.

María Kovacs, también sugiere que los puntos de corte pueden ser variados en función de las metas para las cuales se uti-

mos poner los puntos de corte mucho más bajos (12 ó 13) puesto que el diagnóstico puede completarse con criterios más plurales. Sin embargo, en una muestra general con la pretensión de *screening* se debe tender a la utilización de puntos de corte más altos (19 ó 20).

## ESTUDIO EMPÍRICO

La pretensión de este trabajo es presentar los resultados de la aplicación de esta prueba a población de niños españoles y analizar las cualidades psicométricas de la misma. Para hacer la validación de esta prueba hemos utilizado aquellos constructos que se consideran formando parte de la red nomológica de la depresión: autoestima, ansiedad, extroversión, neuroticismo y, que como sugieren muchos expertos, pueden completar la intelección del concepto de depresión.

## MÉTODO

### Descripción de la muestra

La muestra esta formada por 1.880 niños y niñas, todos ellos escolarizados en E.G.B., o B.U.P., pertenecientes a la

de dos comunidades autónomas (Madrid y Valencia). El rango de edad varía de 7 a 17 años con una edad media de 12,24 y una desviación típica de 2,33. De ellos 1.032 son varones y representan el 55% de la muestra y 848 niñas que suponen el 45% de la muestra. La distribución por clase social, medida mediante el índice de Hollingshead, reproduce la pirámide habitual. El grupo de varones entre 7 y 12 años lo constituyen 473 sujetos que representan el 25% de la muestra. En este mismo rango de edad se encuentran 424 niñas es decir, un 23%. La submuestra de adolescentes (13-17 años) está compuesta por 559 varones (29% de la muestra) y 424 niñas (23% de la muestra).

## Instrumentos

**Children's Depression Inventory** (CDI; Kovacs, 1992).

**Escala de Evaluación de la Depresión** (EED; del Barrio y cols., 1994). Evalúa la depresión infantil y ha sido construido para población española. Posee dos subescalas: Depresión y Felicidad, y una escala Total de Depresión.

**Reynolds Child Depression Scale** (RCDS; Reynolds, 1989).

del Barrio et al. (1996).

**Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo en niños** (STAI-C; Spielberger Edwards, Montuori y Platzek, 1973) en la adaptación española de TEA (1988).

**Cuestionario A-1** (Martorell y Silva, 1984). Evalúa la autoestima y posee tres subescalas: Ansiedad/Aislamiento, Autoestima y Superioridad/Popularidad.

**Cuestionario de personalidad de Eysenck** (EPQ-J; Eysenck y Eysenck, 1975) en la adaptación española de TEA (1986).

## Procedimiento

Se enviaron comunicaciones a los colegios representativos de la población de Valencia y Madrid para solicitar el permiso de recogida de información. Se pasaron las pruebas en el primer trimestre en dos sesiones, evitando la proximidad de exámenes. Los padres tenían que cumplimentar los datos demográficos. Las pruebas fueron pasadas por psicólogos en presencia y con la colaboración de los maestros. Sólo se pasó el retest en los centros que otorgaron el permiso para ello.

## RESULTADOS

## típicas

Como suele ocurrir las medias difieren para los distintos grupos de edad. Los adolescentes obtienen medias significativamente más altas que el grupo de niños menores de 12 años. Estos datos

confirman los hallazgos de otras investigaciones tanto en muestras americanas como españolas (Kazdin, 1990; del Barrio, 1997). (Ver Tabla 1).

Sin embargo en los datos aquí presentados no aparecen diferen-

**TABLA 1**  
Medidas y desviaciones típicas de la muestra total, por rangos de edad y sexo en el CDI

MUESTRA	N	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
TOTAL	1.880	12,39	6,48
Varones	1.032	12,21	6,67
Niñas	848	12,57	6,24
7-12 Años (Varones)	473	10,20	5,08
7-12 Años (Niñas)	424	10,76	5,48
13-17 Años (Varones)	559	14,22	7,28
13-17 Años (Niñas)	424	14,38	6,42

cias significativas entre las medias de varones y mujeres en ninguno de los rangos de edad estudiados; si bien, nuestros datos apuntan a una superioridad en las puntuaciones femeninas que no llegan a ser significativas.

### Fiabilidad

La consistencia de la prueba, medida a través del alfa de Cronbach es de ,81 (Ver Tabla 2). En cuanto a la fiabilidad test-retest con un intervalo de 4 semanas es de ,70 (Ver Tabla 3). Lo que parece ser un resultado adecuado y similar a los datos de investigaciones anterior-

**TABLA 2**  
Consistencia interna del CDI en distintas investigaciones

Alpha de Cronbach	
Del Barrio et al., 1999	,81
Frias et al., 1991	,79
Pekala, 1995	,92
Miczitis et al., 1978	,87
Kovacs, 1981; 1983; 1985	,86
Seligman et al., 1984	,86
Saylor et al., 1984	,94
Nelson et al., 1987	,86
Ollendick & Yule, 1990	,86 - ,87
Weiss et al., 1991	,86-88
Chen et al., 1995	,84

**TABLA 3**  
Fiabilidad Test-Retest del CDI en distintas investigaciones

AUTOR/ES	INTERVALO	CORRELACIÓN
del Barrio et al., 1999	4 semanas	,78
Finck et al., 1987	2-6 semanas	,66-.82
Kazlow et al., 1984	3 semanas	,83
Kazlín et al., 1983	6 semanas	,50
Kovacs, 1981	3 semanas	,72
Kovacs, 1985	4 semanas	,82
Millett et al., 1978	6 semanas	,84
Nelson & Poltano, 1990	10 días	,62
Saylor et al., 1984	1 semana	,38-.87
Seignoux et al., 1984	4 semanas	,80
Sensibar et al., 1986	1 año	,41-.69
Wells et al., 1991	4 meses	,54-.56
Wierzbicki, 1987	1 mes	,77

res. Normalmente se obtienen cifras que oscilan entre ,41 y ,87 con intervalos de una semana.

### Validez

La validez del CDI evaluada en otras investigaciones, alcanza distintos niveles según diver-

parativos (Ver Tabla 4). En el caso de ésta investigación se ha hallado una validez convergente a través de las correlaciones con otros instrumentos de depresión.

Tal y como refleja la Tabla 4 la validez convergente es alta con todos los instrumentos más utilizados en la evaluación de la DI. Con

**TABLA 4**  
Validez convergente del CDI

INSTRUMENTO		AUTOR/ES
EED-TOTAL	,78	del Barrio et al., 1999
EED-DEPRESION	,70	del Barrio et al., 1999
EED-FELICIDAD	-,61	del Barrio et al., 1999
RCDS	,47	del Barrio et al., 1999
CBCL-TOTAL	,27	del Barrio & Mestre, 1989
CDRS	,13	del Barrio & Mestre, 1989
ESDM	,41	Domènech & Polaino, 1990
CBCL-TOTAL	,30	Saylor et al., 1984
CBCL-DEPRESION	,30	Saylor et al., 1984
CSDS	,44	Weisman et al., 1980
CDS	,84	Rotundo & Hensley, 1984

Depresión (EED; del Barrio y cols., 1994), se obtiene una correlación con la escala "Total" de ,78, con la escala de "Depresión" ,70 y, tal como cabría esperar, una correlación negativa de -,61 con la escala de Felicidad. Con la escala de Depresión RCDS (Reynolds Children Depression Scale; Reynolds, 1989) se ha obtenido una correlación positiva y significativa de ,47.

Respecto de la validez de constructo, se ha encontrado una

correlación negativa significativa entre depresión y autoestima (-,58) y entre depresión y popularidad (-,31). Por otra parte, la correlación hallada entre los factores Retraimiento Social y Depresión (,59) es positiva. (Ver tabla 5).

Se han constituido dos grupos en función de las puntuaciones, altas y bajas en depresión. Las diferencias en los niveles de depresión de ambos grupos muestran que aquellos sujetos que tienen una sintomatología depresiva

**TABLA 5**

Validez de constructo entre depresión (CDI) y autoestima

Depresión-Autoestima	-,58***
Depresión-Popularidad	-,31*
Depresión-Retraimiento Social	,59***

\*\*p=,01

\*\*\*— .001

alta son también los que ostentan las puntuaciones más altas de ansiedad (Ver Tabla 6). La comorbilidad entre ansiedad y DI se confirma con estos resultados.

Por otro lado y consistentemente con otras investigaciones, hemos encontrado que las correlaciones entre depresión y neuroticismo (.40) y depresión y psicoticismo (.22) son ambas significativamente positivas y la correlación entre depresión y extraversión negativa. (Ver, Tabla 7).

#### **Análisis factorial**

El análisis factorial de componentes principales sobre los datos de la muestra total, y realizado mediante rotación varimax, ha proporcionado 5 factores que explican el 42% de la varianza. Estos factores son: Humor Negativo, Ineficacia, Autoestima Negativa, Retraimiento Social y Pesimismo (ver Tabla 8).

Algunos factores de los obtenidos en esta muestra coinciden con los hallados por Kovacs como son Humor Negativo, Ineficacia, Autoestima Negativa, sin embargo en este trabajo apare-

**TABLA 6**  
Relaciones entre depresión y ansiedad

	<b>PUNTUACIONES EN EL CDI</b>		<b>p</b>
	<b>&lt;19</b>	<b>&gt;19</b>	
<b>ANSIEDAD ESTADO</b>	<b>29,29</b>	<b>36,93</b>	<b>,0001</b>
<b>ANSIEDAD RASGO</b>	<b>34,46</b>	<b>42,64</b>	<b>,0001</b>

**TABLA 7**  
Correlaciones entre el CDI y medidas de personalidad

<b>DEPRESIÓN</b>	<b>NEUROTICISMO</b>	<b>EXTRAVERSIÓN</b>	<b>PSICOTICISMO</b>
<b>CDI</b>	<b>,40***</b>	<b>-.22*</b>	<b>,22*</b>

**TABLA 8**  
Factores, cargas factoriales, peso específico y varianza explicada de la muestra total en el CDI

<b>DESCRIPCIÓN DEL ÍTEM</b>	
<b>Factor I: HUMOR NEGATIVO</b>	
2 Nunca me saldrá nada bien	,44
5 Soy malo siempre	,33
7 Me odio	,30
8 Todas las cosas malas son culpa mía	,62
10 Tengo ganas de llorar todos los días	,84
13 No puedo decidirme	,43
14 Todas las noches me cuesta dormir	,48
18 La mayoría de los días no tengo ganas de comer	,54
21 Nunca me divertí en el colegio	,69
25 Nadie me quiere	,23
Peso específico:	5,43
% de varianza explicada:	28%
<b>Factor II: INEFICACIA</b>	
1 Estoy triste siempre	,40
4* Nada me divierte	,57*
9 Quiero matarme	,39
12 No quiero en absoluto estar con la gente	,55
20 Me siento solo siempre	,59
22 No tengo amigos	,56
27 Me pesa siempre	,43
Peso específico:	1,24
% de varianza explicada:	4%
<b>Factor III: AUTOESTIMA NEGATIVA</b>	
3 Todo lo hago mal	,51
15 Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes	,65
23 Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien	,68
24 Nunca podré ser tan bueno como otros niños	,41
26 Nunca hago lo que me dicen	,54
Peso específico:	1,49
% de varianza explicada:	6%
<b>Factor IV: RETRAIMIENTO SOCIAL</b>	
6 Estoy seguro que me pueden ocurrir cosas malas	,65
19 Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad	,67
Peso específico:	1,15
% de varianza explicada:	4%
<b>Factor V: PESIMISMO</b>	
4* Nada me divierte	,58*
11 Las cosas me preocupan siempre	,52
14 Soy feo/a	,47
17 Estoy cansado/a siempre	,36
Peso específico:	1,87
% de varianza explicada:	4%

cen Retraimiento Social y Pesimismo que no han sido encontrados por Kovacs, mientras que sus factores Problemas Interpersonales y Anhedonia no aparecen en este análisis de la muestra total en niños españoles.

Se ha llevado a cabo también un análisis factorial para niños (7-12) y otro para adolescentes (13-17) por separado. Si comparamos los factoriales obtenidos en estos dos rangos de edad observamos algunas diferencias relevantes. (Ver Tabla 9).

En población adolescente aparece un factor Pesimismo que no se encuentra en el rango de edad inferior. Sin embargo, el Retraimiento Social sí aparece en niños más pequeños y no en los adolescentes. El resto de factores Humor Negativo, Ineficacia, Anhedonia y Autoestima Negativa están presentes tanto en adolescentes como en niños. Sin embargo, sus jerarquías difieren en función de la varianza explicada. En adolescentes, el Humor Negativo es el factor más potente y en la muestra infantil es el factor Ineficacia el dominante.

Otras investigaciones muestran factoriales paralelos, pero no idénticos. Craighead et al. (1995) han encontrado en población adolescente también en su investigación sobre el tema: Humor Negativo (I),

mimiento Social (III), Pesimismo (IV), Síntomas Vegetativos (V). Todos nuestros factores están representados o en los datos proporcionados por Kovacs y/o en los de Craighead Curry y Llardí (1995).

Weiss y cols. (1991), distinguen entre factoriales de niños de 8 a 12 años y adolescentes de 13-16. En los niños los factores son: Afecto Negativo o Soledad (I), Externalización y Autoestima negativa (II), Problemas Escolares o Ineficacia (III), Desamor (IV) y Afecto Negativo o Neuroticismo (V). En un trabajo reciente Craighead et al. (1998) encuentran en niños los siguientes factores: Exteriorización (I), Disforia (II), Autoimagen Negativa (III), Problemas Escolares (Eficacia) (IV) y Problemas de Socialización (V). En adolescentes el panorama cambia levemente y los factores son: Disforia (I), Retraimiento Social (II), Exteriorización (III), Autoimagen Negativa (IV), Problemas Escolares (V), y Disfunción Biológica (VI). Este último es el único que difiere del análisis factorial de la muestra de niños.

Por otra parte, todos estos factoriales se han hallado en población general y las diferencias son muy intensas cuando se comparan con los factoriales obtenidos con muestras clínicas.

**TABLA 9**  
Cargas factoriales, pesos específicos y varianza explicada en los grupos de niños y adolescentes

ITEM CEN	NIÑOS					ADOLESCENTES				
	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V
1 Estoy triste siempre					,67				,47	
2 Nunca me sentiré nada bien	,40					,52				
3 Todo lo hago mal	,39								,52	
4 Nada me divierte		,60					,66			
5 Soy malo siempre			,37	-,55		,67				
6 Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles				,39						,67
7 Me odio			,61			,85				
8 Todas las cosas malas son culpa mía			,45			,71				
9 Quiero matarme		,30							,57	
10 Tengo ganas de linchar todos los días					,61	,88				
11 Las cosas no preocupan siempre			,59			,43				



**TABLA 10**  
Factores del CDI en distintas investigaciones

FACTORES	Kovacs, (1982)	de Muro, et al., (1989) RISOS	del Puerto et al., (1989) ADMILACENTILS	Wells et al., (1991)	Engelhard et al., (1993)	Engelhard et al., (1998)
TEMOR NEGATIVO	*(II)	(V)	(IV)	**	*	**
EMOCIONES INTERPERSONALES	*(III)			**	*	
DEFICACIA	*(III)	(I)	(III)	†		**
NEUROLOGIA	*(IV)	(III)	(II)	*		*
DISCRIMINACIÓN NEGATIVA	*(V)	(III)	(IV)	*		**
ESTABLECIMIENTO SOCIAL		(II)			*	**
NUMEROS			(V)		*	
ATOMAS RELATIVOS					*	
D QUEBRADO				*		
EJECIO NEGATIVO NEUROTECNICO				*		
DEFINICIÓN IDIOGENA						**

\* y \*\* indican "Adaptaciones"

*El Children's Depression Inventory, (CDI; 1992). Su aplicación en población española*

## **REFERENCIAS**

*El Children's Depression Inventory, (CDI; 1992). Su aplicación en población española*

## ANEXO

### CDI

FE	T	EC

Nombre:  
Fecha:  
Centro docente:  
Dirección:

Edad:

Cursos:

Las personas sometidas a estos diferentes cuestionarios a lo largo de esta prueba experimentan distintos tipos de reacciones y/o ideas. Cada uno de ellos se presenta en tres frases. Señale aquella que mejor describe cómo se han sentido durante los dos últimos meses. En algunos proyectos se describe concretamente la situación, mientras que otros se refieren a las enfermedades. Una vez haya terminado con un grupo de frases, pase al siguiente.

No hay consecuencias correctas o incorrectas. Coloque una línea que señale la frase que describe mejor cómo se ha encontrado últimamente. **EMPLEE UNA (X) EN EL ESPACIO QUE HAY DEBAJO DE LA FRASE.**

Responda en español. Por favor escriba en la línea que MEJOR le describe:

Ejemplo:

- ESTOY ENFERMADO MUY A MENUDO
- ESTOY ENFERMADO DE VEZ EN CUANDO
- NUNCA ESTOY ENFERMADO

Responda que ha ocurrido la frase anterior:

- ESTOY ENFERMADO MUY A MENUDO
- ESTOY ENFERMADO DE VEZ EN CUANDO
- NUNCA ESTOY ENFERMADO

Esto quiere decir que me sentí así todos los días de todos los meses desde julio de vez en cuando.

**RECORDAR QUE DEBEN SEÑALAR LAS FRASES QUE MEJOR DESCRIBAN SUS SENTIMIENTOS O LAS IDEAS EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS**

1.  ESTOY TRISTE DE VEZ EN CUANDO  
 ESTOY TRISTE MUCHAS VECES  
 ESTOY TRISTE SIEMPRE
2.  NUNCA ME SALIERA NADA BIEN  
 NO ESTOY SEGURO/A DE SI LAS COSAS ME SALDRAN BIEN  
 LAS COSAS ME SALDRAN BIEN
3.  HAGO BIEN LA MAYORIA DE LAS COSAS  
 HAGO MAL MUCHAS COSAS  
 TODO LO HAGO MAL
4.  ME DIVIERTO EN MUCHAS COSAS  
 ME DIVIERTO EN ALGUNAS COSAS  
 NADA ME DIVIERTE
5.  SOY MALO/A SIEMPRE  
 SOY MALO/A MUCHAS VECES  
 SOY MALO/A ALGUNAS VECES
6.  A VECES PIENSO QUE ME PUEDEN OCURRIR COSAS MALAS  
 ME PREOCUPA QUE ME OCURRAN COSAS MALAS  
 ESTOY SEGURO DE QUE ME VAN A OCURRIR COSAS TERRIBLES
7.  ME GUSTO  
 NO ME GUSTA COMO SOY  
 ME GUSTA COMO SOY
8.  TODAS LAS COSAS MALAS SON CULPA MIA  
 MUCHAS COSAS MALAS SON CULPA MIA  
 HABITUALMENTE NO SOY CULPABLE DE QUE OCURRAN COSAS MALAS
9.  NO PIENSO EN MATARME  
 PIENSO EN MATARME PERO NO LO HARA  
 QUIERO MATARME
10.  TENGO GANAS DE LLORAR TODOS LOS DIAS  
 TENGO GANAS DE LLORAR MUCHOS DIAS  
 TENGO GANAS DE LLORAR DE VEZ EN CUANDO
11.  LAS COSAS ME PREOCUPAN SIEMPRE  
 LAS COSAS ME PREOCUPAN MUCHAS VECES  
 LAS COSAS ME PREOCUPAN DE VEZ EN CUANDO
12.  ME GUSTA ESTAR CON LA GENTE  
 NO ME GUSTA ESTAR CON LA GENTE MUY A MENUDO

- 0 NO QUIERO EN ABSOLUTO ESTAR CON LA GENTE
13.  NO PUEDO DECIDIRME  
 ME CUESTA DECIDIRME  
 ME DECIDO FACILMENTE
14.  TENGO BUEN ASPECTO  
 HAY ALGUNAS COSAS DE MI ASPECTO QUE NO ME GUSTAN  
 SOY FEOSA
15.  SIEMPRE ME CUESTA PONERME A HACER LOS DEBERES  
 ME CUESTA PONERME A HACER LOS DEBERES  
 NO ME CUESTA PONERME A HACER LOS DEBERES
16.  TODAS LAS NOCHES ME CUESTA DORMIRME  
 MUCHAS NOCHES ME CUESTA DORMIRME  
 DUEMIENDO MUY BIEN
17.  ESTOY GANADORA DE VEZ EN CUANDO  
 ESTOY GANADORA MUCHOS DIAS  
 ESTOY GANADORA SIEMPRE
18.  LA MAYORIA DE LOS DIAS NO TENGO GANAS DE COMER  
 MUCHOS DIAS NO TENGO GANAS DE COMER  
 COMO MUY BIEN
19.  NO ME PREOCUPA EL DOLOR NI LA ENFERMEDAD  
 MUCHAS VECES ME PREOCUPA EL DOLOR Y LA ENFERMEDAD  
 SIEMPRE ME PREOCUPA EL DOLOR Y LA ENFERMEDAD
20.  NO ME SIENTO SOLO/A  
 ME SIENTO SOLO/A MUCHAS VECES  
 ME SIENTO SOLO/A SIEMPRE
21.  NUNCA ME DIVERTI EN EL COLEGIO  
 ME DIVERTI EN EL COLEGIO SOLO DE VEZ EN CUANDO  
 ME DIVERTI EN EL COLEGIO MUCHAS VECES
22.  TENGO MUCHOS AMIGOS  
 TENGO ALGUNOS AMIGOS PERO ME GUSTARIA TENER MAS  
 NO TENGO AMIGOS
23.  MI TRABAJO EN EL COLEGIO ES BUENO  
 MI TRABAJO EN EL COLEGIO NO ES TAN BUENO COMO ANTES  
 LLEVO MUY MAL LAS ASIGNATURAS QUE ANTES LLEVABA BIEN
24.  NUNCA PUEDE SER TAN BUENA/O COMO OTROS NIÑOS

- SI QUIERO PUEDO SER TAN BUENO/A COMO OTROS NIÑOS  
 NO SOY TAN BUENO/A COMO OTROS NIÑOS
25.  NADIE ME QUIERE DE VERDAD  
 NO ESTOY SEGURO/A DE QUE ALGUIEN ME QUIERA  
 ESTOY SEGURO/A DE QUE ALGUIEN ME QUIERE
26.  GENERALMENTE HAGO LO QUE ME DICEN  
 MUCHAS VECES NO HAGO LO QUE ME DICEN  
 NUNCA HAGO LO QUE ME DICEN
27.  ME LLEVO BIEN CON LA OJETA  
 ME PELEO MUCHAS VECES  
 ME PELEO SIEMPRE
- 

Copyright by Multi-Health Systems, Inc., 1992