

Depresión infantil: estilo atribucional y habilidades sociales

Ramón Alzate Sáez de Heredia, Joaquín de Paul Ochotorena

*Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación
de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea*

Dentro de las conceptualizaciones generales que existen sobre la depresión, merece la pena destacar los modelos que desde el punto de vista comportamental y cognitivo se han realizado. Estos modelos son fundamentalmente cinco: 1) Modelo de habilidades sociales, 2) modelo del nivel de actividad, 3) modelo de la indefensión aprendida, 4) modelo cognitivo y 5) modelo de autocontrol. Todos ellos han sido pensados originalmente para explicar la depresión de los adultos, y sólo muy recientemente se ha intentado ponerlos a prueba en la depresión infantil. Nuestra intención, en el presente trabajo, es poner a prueba los dos modelos más relevantes de entre ellos, a saber: el modelo de habilidades sociales y el modelo de la indefensión aprendida.

1. *Modelo de habilidades sociales.* Los adultos deprimidos son vistos, frecuentemente, como faltos de habilidades sociales necesarias para obtener refuerzo de su entorno social, lo cual resulta en bajas tasas de respuesta-reforzamiento positivo contingente. Wolpe (1979) arguye que una causa de la depresión es la incapacidad para controlar las situaciones interpersonales.

En una revisión comprensiva, Coombs y Slaby (1977) definen la habilidad social como «la habilidad para interactuar con otros en un contexto social dado de un modo específico

que es aceptable o valorado socialmente y al mismo tiempo personalmente beneficioso, mutuamente beneficioso o principalmente beneficioso para los otros». Afirman que las habilidades sociales están entre las habilidades que el niño debe aprender, y que su ausencia puede provocar interacciones interpersonales problemáticas y dificultades en el comportamiento afectivo en la escuela, en el hogar, y en la relación con los otros. Siguiendo una analogía con los adultos, los niños deprimidos sufrirían déficit de aquellas habilidades específicas que son efectivas en elicitar refuerzos positivos contingentes, consistentes y duraderos de los otros significantes en el entorno social.

Pero, además de esto, la depresión se caracteriza frecuentemente por una sensación subjetiva de inadecuación social. Realmente hay pocas dudas de que los depresivos se experimentan a sí mismos de esta manera y que perciben que los otros reaccionan desfavorablemente con relación a ellos. Sin embargo, la cuestión de fondo es de si esta percepción responde a la realidad, es decir, si se corresponde con el punto de vista que tienen los otros sobre uno, o es irreal, es decir, es un punto de vista sesgado negativamente por el depresivo.

Beck (1967) señala que las autopercepciones desfavorables de los depresivos son irrea-

les, es decir, que éstos pueden verse a sí mismos como socialmente inadecuados y rechazados, mientras que los otros los ven más favorablemente. Por el contrario, las teorías comportamentales opinan que esas percepciones desfavorables son percepciones apropiadas de sus déficit en habilidades sociales. De acuerdo con estas teorías, por ejemplo la de Lewinsohn (1975), los sujetos depresivos carecen de habilidad social, de tal manera que su manera de actuar no elicitaba reacciones favorables por parte de los otros. Hay un número considerable de estudios que son consistentes con esta teoría.

Libet y Lewinsohn (1973) encontraron que en grupos pequeños los estudiantes deprimidos hablaban menos frecuentemente, interactuaban con menos miembros del grupo y tardaban más tiempo en responder cuando se les requería. Paralelamente, el resto de los miembros del grupo se dirigían menos veces a los estudiantes deprimidos. Los autores concluyeron que los estudiantes deprimidos no elicitaban respuestas favorables por parte de los otros.

Coyne y otros (1976) estudiaron el modo en que las personas respondían ante los depresivos. Sujetos normales hablaban por teléfono bien con depresivos, con pacientes psiquiátricos controles o con personas control normales. Después de la conversación los sujetos completaban unas escalas. Se encontró que los que habían hablado con pacientes depresivos se sentían significativamente más ansiosos, deprimidos y hostiles que los que habían hablado con pacientes no depresivos y con personas control normales. También mostraban un menor deseo de volver a interactuar con pacientes depresivos en el futuro.

Estos estudios son consistentes con la idea de que el sentimiento depresivo de inadecuación social es realista (Sacco y Graves, 1984). Sin embargo, esto no obvia la posibilidad de que pueda haber un sesgo negativo en la autoevaluación. Por ejemplo, es posible que las personas deprimidas vean su comportamiento social de una manera más desfavorable que el resto de la gente. En algún estudio realiza-

do para poner a prueba esta última posibilidad (Lewinsohn, Mişchel, Chaplin y Barton, 1980; Strack y Coyne, 1983) se encontró que las autoevaluaciones realizadas por sujetos depresivos eran incluso más realistas (congruentes con la evaluación de observaciones) que las autoevaluaciones de los no depresivos (Lewinsohn y cols.), pero en cualquier caso percibían correctamente el rechazo social (Stack y cols.).

Sin embargo, no todos los estudios experimentales aportan esta misma evidencia. Collamer (1984) se propuso estudiar si existía una relación similar entre déficit en habilidades sociales y depresión en una población de jóvenes adolescentes. Compararon tres grupos de adolescentes: jóvenes con depresión primaria y síntomas secundarios enmascarados, jóvenes con desórdenes comportamentales y depresión secundaria, y jóvenes con sólo desórdenes comportamentales. Se esperaba que los jóvenes deprimidos con síntomas secundarios enmascarados estarían más deteriorados socialmente que los otros dos grupos. Sin embargo, contrariamente a lo esperado, fueron los sujetos con depresión primaria los más hábiles socialmente. Por otro lado, resultó que los sujetos que mostraban exclusivamente desórdenes comportamentales eran los que mostraban una ejecución promedio más deteriorada, lo cual parece claramente contrario a la teoría de Lewinsohn.

En una reciente investigación (Grabow y Burkhart, 1986) realizada con estudiantes mostró que los estudiantes deprimidos no exhibían déficit en habilidades sociales, aunque las diferencias entre las medias de los grupos se daban en la dirección esperada. Esto puede ser debido a que el déficit en habilidades sociales se presenta sólo cuando el depresivo interactúa en un grupo; otra posibilidad es que el déficit en habilidades sociales sea más típico de pacientes deprimidos que de estudiantes deprimidos.

Podríamos concluir este apartado afirmando que, hasta la fecha, no ha habido estudios sistemáticos de los déficit en habilidades sociales en los niños deprimidos.

2. *Modelo de la indefensión aprendida.* El modelo reformulado de la indefensión aprendida (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978) postula que hay un estilo atribucional insidioso que filtra el fracaso de tal modo que produce déficit afectivos, motivacionales y de autoestima asociados con la depresión. Un individuo hace una atribución interna cuando piensa que el resultado es debido a sí mismo y una atribución externa cuando piensa que el resultado es debido a otras personas o circunstancias. Se hacen atribuciones estables cuando el individuo piensa que las causas del resultado estarán siempre presentes, mientras que se hacen atribuciones inestables cuando se piensa que las causas son transitorias. Se hacen atribuciones globales cuando el individuo siente que las causas del resultado influyen todas las áreas de su vida, mientras que se hacen atribuciones específicas cuando las causas son vistas como específicas de la situación. Se hipotetiza que los sujetos deprimidos hacen más atribuciones internas-estables-globales de los fracasos y más atribuciones externas-inestables-específicas de los éxitos que los sujetos no deprimidos.

Hay pocos estudios disponibles para explorar la relación entre el locus de control y estilo atribucional y la depresión en niños, aunque el estudio inicial de Moyal (1977) sugiere que existe una relación positiva. Hay evidencia de que la depresión, cognitivamente, es similar en los distintos grupos de edad (Blumberg e Izard, 1985). Seligman y Peterson (en prensa) encuentran que tanto los niños como los adultos deprimidos realizan una ejecución pobre en los tests de anagramas y en el Block Design Task del Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised (WISC-R). Asimismo, los niños tienden a hacer atribuciones internas, estables y globales en relación a los malos sucesos y atribuciones externas, inestables y específicas de los buenos sucesos.

En un estudio (Tesiny, Lefkowitz y Gordon, 1980) más amplio en el que se pretendía estudiar la relación de la depresión infantil con el locus de control, la ejecución escolar y el cociente intelectual, se puso a prueba, entre

otras, la hipótesis de una relación positiva entre la depresión y el locus de control. Como resultado de la investigación, en relación con la hipótesis que nos interesa, se obtuvo una correlación positiva y significativa (0,19) entre depresión y externalidad significando un apoyo adicional a los hallazgos de Moyal (1977). Esta pequeña, pero estadísticamente significativa, relación entre depresión y externalidad es consistente con los citados hallazgos previos, pero, sin embargo, existe la cuestión de si esta baja relación refleja básicamente una débil relación o quizá indica una baja prevalencia de la depresión y/o externalidad extrema en la población normal. Los autores quisieron poner a prueba dichas posibilidades comparando las correlaciones obtenidas entre la depresión y el locus de control en dos muestras diferentes del mismo conjunto de sujetos de la muestra. Una muestra (S1) consistió en el 5 % más alto y más bajo de la distribución de las puntuaciones de depresión, y la otra muestra (S2) fue un 10 % elegido al azar entre los sujetos. La correlación entre depresión y locus de control en la S1 fue 0,32 $p < 0,007$; en S2 la correlación fue 0,16 $p < 0,10$.

Astor-Dubin (1982) hipotetizó que ciertos jóvenes tendrían un sesgo atribucional depresivo según el cual atribuyen el éxito a factores externos y el fracaso a factores personales. Como se predecía, los niños deprimidos, en comparación con los no deprimidos, hacían de una manera significativa más atribuciones relativas a factores externos en relación con los éxitos. Asimismo había una tendencia a realizar atribuciones relativas a factores internos con respecto a los fracasos. Estos hallazgos apoyan, también, la hipótesis de que los niños relativamente deprimidos mostrarían un sesgo atribucional específico.

Helfand (1983) realizó un estudio destinado a identificar una relación entre la depresión infantil y las atribuciones causales, y usó una población clínica de muchachos de edad comprendida entre los siete y los dieciséis años. Se hipotetizaba que los resultados indicarían una tendencia de los niños deprimidos

clínicos a hacer atribuciones internas-estables de los déficit en ejecución (fracasos). No se esperaba que esta tendencia se reflejara en la psicopatología infantil general. Los resultados indicaron que no existían diferencias entre los sujetos deprimidos y no deprimidos en cuanto a los factores interno-externo y estable-inestable. En general, la muestra clínica hizo atribuciones externas y estables como causas del fracaso. Parece, pues, que en principio, no es tan clara la relación entre depresión y estilo atribucional en muestras clínicas.

En relación con la autoestima, concepto altamente correlacionado con la depresión, Jones (1973) presentó un modelo sencillo de autoconsistencia que implicaba que los sujetos que mostraban altos niveles de autoestima atribuirían con más probabilidad sus éxitos a cualidades estables y personales, tales como la habilidad, que los sujetos de baja autoestima; de modo inverso, los sujetos de baja autoestima atribuirían con más probabilidad sus fracasos a déficit generales de habilidad. Estos sujetos de baja autoestima se encontrarían inmersos en un círculo vicioso, pues mientras que los éxitos actuales no influirían en su autoconcepto, los fracasos lo reforzarían.

Dentro de este marco conceptual se han realizado diversas investigaciones. En algunas de ellas (p. ej., Ames, 1978; Ames y Felker, 1979; Piers, 1977) se concluye que los sujetos de alta y baja autoestima difieren en sus respuestas atribucionales relativas al éxito, pero no en las relativas al fracaso.

Sin embargo, en un reciente estudio, Fielstein y cols. (1985) concluyen que los niños de baja autoestima, en relación con los de alta, atribuyen sus éxitos a factores inestables tales como buena suerte y esfuerzo, y sus fracasos a categorías más estables e internas de falta de habilidad. Por su parte, los sujetos de alta autoestima atribuyen sus éxitos más a factores de habilidad y sus fracasos más a factores inestables, tales como falta de esfuerzo y mala suerte. Estos resultados, por lo tanto, no mantienen las conclusiones esbozadas en los estudios anteriores.

Este estudio demuestra o sugiere, asimismo, la importancia de distinguir entre atribuciones de habilidad y esfuerzo, más que combinar ambas en una categoría simple de atribución «interna». La mayor parte de las investigaciones con niños asumían, aparentemente, que cualquier atribución «interna», fuera estable (habilidad) o inestable (esfuerzo), tendrían implicaciones para la autoestima. Estos resultados sugieren otra cosa. De hecho, las atribuciones de «esfuerzo» y «habilidad» parecen opuestas con relación a la autoestima. Aunque estos hallazgos son consistentes con las diferencias atribucionales observadas previamente en las comparaciones entre niños deprimidos y no deprimidos (Leon, Kendall y Garber, 1980; Seligman, Kaslow, Alloy, Peterson, Tanenbaum y Abramson, 1984) y expresan la alta correlación entre baja autoestima y depresión (Moyal, 1977), es importante profundizar en esa diferencia de la atribución interna.

Concluyendo, en los distintos estudios con la intención de examinar las atribuciones desadaptativas en niños deprimidos y no deprimidos, se han encontrado estilos atribucionales similares entre muestras no clínicas de niños suavemente deprimidos y adultos de condición semejante (Craighead, Schmucker y Duchowski, 1981; Kaslow, 1981; Seligman, Kaslow, Tanenbaum, Abramson y Alloy, 1981).

Los trabajos sobre estilo atribucional y depresión realizados en muestras clínicas de niños son menos claros, aunque hay alguna evidencia de que existen diferencias en los estilos atribucionales entre niños internados clínicamente deprimidos y no deprimidos (Friedlander, Phillips y Morrinson, 1981; Schiltz, 1981).

Resumiendo esta revisión, se aprecia que aunque ambos modelos (cognitivo y comportamental) han sido ampliamente estudiados en los adultos, es necesaria una confirmación y profundización en el caso de la depresión infantil. En particular, parece necesario realizar matizaciones al modelo basado en el estilo atribucional.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Creemos que se encuentra aún presente la cuestión de si es deficitaria la autopercepción de un niño depresivo de sus propias habilidades sociales o se trata realmente de dificultades en sus capacidades de relación interpersonal.

También es preciso confirmar *qué aspectos concretos y específicos* de las habilidades sociales son los deficitarios en los niños depresivos o, más concretamente, en qué aspectos de su autopercepción como sujeto social hay una mayor autodepreciación.

Por otra parte, creemos que es necesario seguir cuestionándose si los niños con sintomatología depresiva, pero que no son pacientes clínicos, presentan este estilo atribucional típico del depresivo.

Pero la cuestión más importante es conocer si es aplicable a la depresión infantil el concepto global de «atribución interna de causalidad» o es preciso utilizar modelos de atribución más específicos, capaces de discriminar niños depresivos de no depresivos.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

En base a las cuestiones anteriores, son cuatro los objetivos que se plantean en esta investigación:

1. Comprobar si la autopercepción negativa de las propias habilidades sociales tiene valor explicativo sobre la presencia de sintomatología depresiva en niños. Trataremos de describir qué aspectos de esas habilidades sociales son los que más peso y relación tienen con la depresión infantil.

2. Deslindar claramente aquellos aspectos de la atribución de causalidad sobre los éxitos y fracasos que diferencian a los niños deprimidos de los no deprimidos. Especialmente referido a la capacidad personal, el esfuerzo, la suerte y la facilidad de la tarea.

3. Verificación del efecto conjunto de ambos modelos (comportamental y cognitivo) en la sintomatología depresiva infantil.

4. Por último, y dado que uno de los aspectos fundamentales de la vida infantil es la escolarización, queremos conocer el efecto de las dificultades emocionales, comportamentales y de la sintomatología depresiva en el rendimiento escolar.

HIPÓTESIS

1. Los niños con una mayor sintomatología depresiva tendrán una autopercepción más negativa acerca de ciertos aspectos de sus habilidades de relación social.

2. Los niños con mayor sintomatología depresiva tendrán más tendencia a atribuir sus fracasos a causas internas y a la vez estables (*su falta de habilidad para resolver la tarea*) y sus éxitos a causas externas y a la vez inestables (*la buena suerte*).

3. Los niños con mayor sintomatología depresiva no tendrán más tendencia a atribuir sus fracasos a causas internas, pero no estables (*la falta de esfuerzo*).

Ambas hipótesis defienden la necesidad de utilizar como factor explicativo de la depresión infantil aspectos más específicos de la atribución de causalidad, siguiendo lo ya planteado en nuestro comentario del trabajo de Felstein y cols. (1985).

4. Los niños con mayor sintomatología depresiva serán aquellos que tienen un peor nivel de rendimiento escolar.

LA MUESTRA

Está compuesta por un total de 627 adolescentes comprendidos entre los 10 y 15 años de edad que cursan 5.º, 6.º y 7.º de E.G.B., en 9 colegios distribuidos por las provincias de Guipúzcoa, Vizcaya y Navarra. La edad media de la muestra es de 11,6 años y se distribuye por edades de la siguiente manera:

10 años (20 %); 11 años (28,2 %); 12 años (28,8 %); 13 años (17,4 %); 14 años (4,5 %) y 15 años (1,2 %).

La elección de los sujetos no se realizó de

forma aleatoria sino que se trata de un muestreo de tipo fortuito. La clase social de las familias es Media-Media y Media-Alta, en su inmensa mayoría.

VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA

La depresión infantil. Esta variable ha sido considerada en su aspecto cuantitativo. No se ha trabajado con sujetos que presentan el diagnóstico clínico de depresión infantil, sino que toda la muestra es ordenada en base a la mayor o menor presencia de sintomatología depresiva.

Para evaluar la presencia de dicha variable hemos utilizado la versión castellana del «Child Depression Inventory» C.D.I. (Kovacs y Beck, 1977). Se trata, quizá, del instrumento más utilizado para evaluar la depresión infantil. Consta de 27 ítems y está basado en el Beck Depression Inventory, siendo semejante en la forma de contestación. La estructura interna, su validez y la evaluación sistemática de sus propiedades psicométricas han sido realizadas recientemente (Hebel, 1984; Saylor, 1984).

Autopercepción de las habilidades sociales. Esta variable ha sido conceptualizada de esta manera, y no simplemente como «habilidades sociales», ya que tratamos de no mezclar y confundir las características comportamentales observadas directamente en situaciones reales y naturales de la autovaloración que un sujeto tiene de sus capacidades de relación social.

Para medir esta variable hemos utilizado el cuestionario «Matson Evaluation Social Skills with Youngsters» MESSY (Matson y cols., 1983). Hemos utilizado la versión castellana realizada por los autores de este trabajo. Esta prueba fue validada en posteriores trabajos (Matson, 1983).

Estilo atribucional. Esta variable queda definida en la primera parte de este trabajo.

Tratamos de evaluar la atribución de los éxitos y fracasos a causas específicas como la habilidad, el esfuerzo, la suerte o la facilidad de la tarea y no con base a los conceptos más amplios y difíciles de precisar por niños de esta edad como interno-externo, estable-inestable, específico-global.

Para evaluar esta variable, creemos que reúne todas las condiciones idóneas la prueba construida por Felstein y cols. (1985). Presenta seis situaciones de éxito y seis de fracaso de tipo académico, interpersonal y deportivo y se propone la elección entre cuatro posibles causas alternativas al éxito o fracaso. Las cuatro alternativas son las ya comentadas de habilidad, esfuerzo, suerte y facilidad. Se ha utilizado la versión castellana de esta prueba que fue realizada específicamente para esta investigación por los autores de la misma.

El rendimiento escolar. Hemos utilizado una forma global de evaluar esta variable y que consiste en valorarla en base al retraso escolar de cada sujeto. Se han formado tres grupos de niños: 1) aquellos que están en el curso de E.G.B. que les corresponde por su edad; 2) los que llevan algún año de adelanto, y 3) aquellos que tienen 1-2-3 años de retraso escolar en base a su edad.

RESULTADOS

Antes de presentar los resultados relacionados con las hipótesis anteriormente planteadas queremos hacer mención a dos aspectos previos:

a) Se ha estudiado la consistencia interna y la fiabilidad de las versiones castellanas de las dos pruebas utilizadas (CDI y MESSY) obteniendo resultados satisfactorios (el MESSY un coeficiente alfa de 0,88 y el CDI un coeficiente alfa de 0,82).

b) Hemos realizado un análisis factorial de la versión castellana de la prueba de evaluación de las habilidades sociales. El objetivo es subdividir los diferentes aspectos de las habilidades sociales que mide esta prueba pa-

ra poder luego relacionarlos por separado con la sintomatología depresiva. Aparecen ocho factores que cubren el 72 % de la varianza. Son los siguientes:

Factor 1: Ítems 7-14-15-17-19-21-22-29-30-34-39-40-53-54-61. Este factor parece medir aquellos aspectos relacionados con la *conducta antisocial* (egoísmo, envidia, criticismo, etc.).

Factor 2: Ítems 18-33-36-45-51-60. Se mide en este factor la presencia de ideas y ambiciones de *superioridad y sobrevaloración personal*.

Factor 3: Ítems 2-4-8. Mide la presencia de aspectos *autoritarios* en su relación con los demás.

Factor 4: Ítems 20-31-32-52-55-59. Mide la presencia o ausencia de una adecuada *capacidad de reforzamiento y respuesta adaptativa* a las acciones positivas de los otros.

Factor 5: Ítems 16-24-28-37-42-43-44-56. Mide la capacidad del sujeto para mantener una relación de amistad y la presencia o ausencia de conductas altruistas. *Altruismo-amistad*.

Factor 6: Ítems 1-10-12-13. Mide la presencia o ausencia de un sentimiento de *compañerismo*.

Factor 7: Ítems 25-47-48-49. Evalúa la presencia o ausencia de sentimientos de *soledad o aislamiento*.

Factor 8: Ítems 3-5-11-35. Evalúa la presencia o ausencia de comportamientos *hostiles o agresivos*.

Todos estos factores serán utilizados por separado para analizar la relación de los diferentes aspectos de la autopercepción de las habilidades sociales con la depresión infantil.

1. Nuestros resultados confirman la primera de nuestras hipótesis. Los niños que tienen más sintomatología depresiva son, en nuestra muestra, aquellos que se perciben a sí mismos como más problemáticos en sus relaciones sociales. Se han encontrado las siguientes correlaciones entre dichas variables (Tabla I).

TABLA I

	Sintomatología depresiva
Comportamiento antisocial	0,26*
Autoritarismo	0,22*
Altruismo y amistad	-0,23*
Soledad y aislamiento	0,22*
Agresividad	0,20*

* Significativo al 0,001 %.

En conjunto, los niños depresivos tienen una percepción negativa de su capacidad de relación social, centrada especialmente en su incapacidad para establecer amigos, en su conducta agresiva-antisocial y autoritaria y, como consecuencia, en su aislamiento persistente.

Si medimos la percepción de las habilidades sociales en su conjunto, sin diferenciar aspectos específicos, obtenemos una relación más importante con la sintomatología depresiva (Tabla II).

TABLA II

	Sintomatología depresiva
Habilidad social	0,31*

* Significativo al 0,01.

En relación con lo anterior, hemos seleccionado dos grupos de sujetos: 1) los que puntúan más bajo en habilidades sociales y 2) los que puntúan más alto en la misma variable (16 % y 16 % de la muestra, respectivamente) y hemos comparado la puntuación que obtienen ambos grupos en la escala de sintomatología depresiva. Hay diferencias altamente significativas entre ambos grupos: los que se perciben como menos hábiles socialmente son los que presentan más síntomas depresivos (Tabla III).

TABLA III

		\bar{X} Depresión	t	Probabilidad
<i>Habilidades Sociales</i>	Grupo 1	40,54	5,98	*
	Grupo 2	35,53		

* = 0,0001.

TABLA IV

		\bar{X} Depresión	t	Probabilidad
<i>Conducta Antisocial</i>	Grupo 1	40,90	5,29	*
	Grupo 2	36,64		
<i>Autoritarismo</i>	Grupo 1	39,97	3,69	*
	Grupo 2	37,55		
<i>Altruismo Amistad</i>	Grupo 1	40,33	3,87	*
	Grupo 2	37,22		
<i>Soledad Aislamiento</i>	Grupo 1	40,84	4,39	*
	Grupo 2	37,54		

* = 0,0001.

TABLA V

	EXHAB	EXESF	EXSUE	EXFAC
<i>Depresión</i>	-0,19	-0,0021	0,14	0,08
	FRHAB	FRESF	FRSUE	FRFAC
<i>Depresión</i>	0,35	-0,08	-0,22	-0,03

TABLA VI

		\bar{X} Depresión	t	Probabilidad
<i>EXHAB</i>	Grupo 1	39,91	3,80	*
	Grupo 2	37,03		
<i>EXSUE</i>	Grupo 1	37,42	-3,11	**
	Grupo 2	40,17		
<i>FRHAB</i>	Grupo 1	36,00	-8,48	*
	Grupo 2	42,14		
<i>FRSUE</i>	Grupo 1	38,83	3,93	*
	Grupo 2	35,23		

* = 0,000; ** = 0,002.

Ocurre lo mismo cuando se realizan análisis similares con aspectos concretos de las habilidades sociales, fundamentalmente en: conducta antisocial, autoritarismo, ausencia de amistad y altruismo, soledad y aislamiento (Tabla IV).

2. Aparecen en nuestra muestra claras relaciones entre la sintomatología depresiva y determinados aspectos de la atribución de causalidad de los éxitos y fracasos. Los sujetos con más síntomas depresivos parecen atribuir sus éxitos a la suerte (EXSUE) y no a su propia habilidad (EXHAB), atribuyendo además sus fracasos a la falta de habilidad (FRHAB) y no a la mala suerte (FRSUE).

Sin embargo, no se encuentran relaciones significativas de la sintomatología depresiva con otros modos de atribución de causalidad semejantes con el esfuerzo personal (EXESF y FRESF) («interno» como la habilidad) y la facilidad de la tarea (EXFAC y FRFAC) («exterior» como la suerte).

Estos resultados se han obtenido utilizando los Análisis de Correlación y la diferencia de medias entre grupos con puntuaciones extremas (Tablas V y VI).

Estos resultados confirman ampliamente nuestras hipótesis y parece demostrarse que en los estudios sobre depresión infantil es preciso especificar y concretar la causa a la que se

atribuyen los éxitos y fracasos para obtener resultados satisfactorios. Parece, por otra parte, que los conceptos de «Interno-Externo» y «Estable-Inestable» por separado no se relacionan con la depresión infantil, sino que es cierta combinación de ambos (habilidad o falta de habilidad... interno y estable) (buena o mala suerte... externo e inestable) la que funciona. El esfuerzo personal que es una combinación de causas internas pero inestables, no se ha relacionado, en nuestra investigación, con la sintomatología depresiva.

3. Para establecer una integración de ambos resultados anteriores, los relacionados con la autopercepción de las habilidades sociales propias y los relacionados con el estilo atribucional, hemos analizado en su conjunto el efecto que tienen todas las variables comportamentales y cognitivas sobre la sintomatología depresiva. Para ello hemos realizado un Análisis de Regresión Múltiple que nos proporciona los siguientes resultados (Tabla VII).

La sintomatología depresiva queda explicada en un 27 % de su varianza por la atribución del fracaso a la falta de capacidades personales (= 0,34), por la autopercepción de sí mismo como sujeto antisocial y egoísta (= 0,18), como solo y aislado (= 0,16) por la atribución del éxito a otros factores que no sean la habilidad personal (= 0,15) y por la

TABLA VII

Múltiple R	0,51919				
R Square	0,26956				
Adjusted R Square	0,26100				
Standard Error	5,29149				
Variables in the Equation					
Variable	B	SE B	Beta	T	Sig T
FRHAB	1,77957	0,22005	0,33673	8,087	0,0000
FACMESS1	-1,21936	0,29085	-0,18846	-4,192	0,0000
FACMESS7	-1,24878	0,33579	-0,15897	-3,719	0,0002
EXHAB	-0,72535	0,19762	-0,15361	-3,671	0,0003
FACMESS5	-0,86660	0,36622	-0,10517	-2,366	0,0184
(Constant)	53,24697	2,23389		23,836	0,0000

TABLA VIII

	N.º sujetos	Media	Desviación standard		
GRUPO 1	154	38,11	5,23		
GRUPO 2	362	37,93	6,32		
GRUPO 3	61	41,98	6,35		
TOTAL	577	38,41	6,16		
F	RATIO:	11,91	F	PROB.:	0,0000

TABLA IX

	Sexo		t	Probabilidad
	Varón	Hembra		
\bar{X} Habilidades Sociales	38,26	37,37	-2,41	0,016
\bar{X} Superioridad Sobrevaloración	5,07	4,81	-3,16	0,002
\bar{X} Conducta Antisocial	5,73	5,39	-4,33	0,000
\bar{X} Autoritarismo	3,46	3,36	-2,26	0,024
\bar{X} Conducta hostil y agresiva	5,64	5,37	-2,64	0,009

percepción de sí mismo como sujeto no amistoso ni altruista.

4. Por último presentamos los resultados relacionados con el rendimiento escolar de estos sujetos. Se confirman aquí plenamente nuestras hipótesis. Hemos organizado a los sujetos en tres grupos: 1) los que están en un curso por encima de su edad, 2) los que están en el curso correspondiente a su edad, y 3) los que están 1-2-3 años retrasados con respecto a su edad, es decir que se supone han repetido algún curso en su mayoría por razones de fracaso escolar. Un 10 % de nuestra muestra, es decir 61 sujetos, se encontraban en este tercer grupo. Estos niños eran los que presentaban unas puntuaciones más altas que los otros dos grupos, siendo esta diferencia altamente significativa (Tabla VIII).

En último lugar, y al margen de las hipótesis arriba presentadas, queremos exponer unos

últimos datos: 1) Las niñas y los niños no se diferencian en su sintomatología depresiva. 2) Sí hay, sin embargo, diferencias significativas en función del sexo, en relación con la percepción de las habilidades sociales propias, tanto en el conjunto global de ellas como en aspectos parciales. Los chicos se presentan como más antisociales, superiores y sobrevalorados, autoritarios y más agresivos que las chicas de estas mismas edades. En conjunto, las niñas se perciben a sí mismas con capacidades para las relaciones sociales más adaptativas (Tabla IX).

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

Esta investigación confirma que la autopercepción de las habilidades sociales y comportamentales se encuentra alterada en los niños

deprimidos en forma similar a lo que puede ocurrir en los adultos. Pero este resultado no confirma el modelo comportamental. Para conocer si realmente los niños deprimidos tienen ciertos déficit en sus habilidades sociales deberíamos poseer datos provenientes de estudios observacionales en situaciones naturales. Sería importante también, en este sentido, comparar la autopercepción de la habilidad social con el comportamiento real en dichas situaciones.

Lo que sí podemos afirmar en relación con esta investigación es que los niños deprimidos se autoperciben como «malos» y no como inferiores, no como poco asertivos o tímidos, como sería de esperar siguiendo el modelo comportamental, sino como antisociales, agresivos, etc. Los niños deprimidos responden positivamente a aquellos ítems que les califican como aquello contrario al estereotipo de «niño bueno».

El modelo cognitivo de atribución de causalidad se confirma en este trabajo con algunas matizaciones. Parece demostrarse que es necesario utilizar con los niños categorías más concretas. La atribución interna y estable del fracaso y externa e inestable del éxito es típica de los niños más deprimidos de nuestra muestra.

Las posibilidades de depresión en un niño de esta edad aumentan considerablemente cuando se dan ambas condiciones: una auto-percepción de sí mismo como «malo» y un estilo atribucional concreto. Ambos parecen estar muy relacionados con una autoestima personal degradada, la cual consistiría en un factor clave de la depresión infantil. Este déficit en la autoestima puede estar inducido por las figuras de referencia o puede estar generado por un sesgo en la percepción de la realidad, a su vez provocado por sus sentimientos de tristeza, o puede ser provocado por una situación real de falta de capacidad de relación social y por una real falta de habilidades diversas en la resolución de problemas.

Una última conclusión importante es la relación que se establece entre el rendimiento escolar y la presencia de sintomatología depre-

siva. Es posible que tengan más posibilidades de fracaso escolar aquellos niños con mayor intensidad de problemas emocionales que dificulten su rendimiento o puede ser posible también que se den más problemas emocionales y de autovaloración porque fracasan en la escuela.

Lo cierto, en definitiva, es que parece presentarse una relación importante entre sintomatología depresiva, déficit en la autoestima y pobre rendimiento escolar, en las edades a las que se refiere este trabajo.

Bibliografía

- ABRAMSON, L. Y.; SELIGMAN, M. E. P. y TEASDALE, J.: *Learned helplessness in humans: Critique and reformulation*. «Journal of Abnormal Psychology», 84, 49-74, 1978.
- AMES C.: *Children's achievement attributions and self-reinforcement: Effects of self-concept and competitive reward structure*. «Journal of Educational Psychology», 70, 345-355, 1978.
- AMES C. y FELKER, D. W.: *Effects of self-concept on children's causal attributions and self-reinforcement*. «Journal of Educational Psychology», 71, 613-619, 1979.
- ASTOR-DUBIN, L.: *Depressive attributional style in children: the relationship between depression and children's explanations for their task performance*. «Dissertation Abstracts International», 42, 1967 B, 1982.
- BECK, A. Y.: *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Hoeber, Nueva York, 1967.
- BLUMBERG, S. H. e IZARD, C. E.: *Affective and cognitive characteristics of depression in 10- and 11-year-old children*. «Journal of Personality and Social Psychology», 49, 194-202, 1985.
- COMBS, M. S.; SLABY, O. A.: *Social skills training with children*. En: B. B. Lahey y A. E. Kazdin (eds.). «Advances in clinical child psychology», Plenum, Nueva York, 1977.
- COLLAMER, W. P.: *Social skills deficits in depressed children*. «Dissertation Abstracts International», 45, 1009 B, 1984.
- COYNE, J. C.: *Depression and the response of others*. «Journal of Abnormal Psychology», 85, 186-193, 1976.
- CRAIGHEAD, W. E.; SCHMUCKER, M. y DUCHNOWSKI, A.: *Childhood depression and attributional style*. Comunicación presentada en L. P. Rehm (chair.). «Empirical studies of childhood depression». Symposium de la reunión anual de la American Psychological Association, Los Angeles, 1981.

- FIELSTEIN, E.; KLEIN, M. S.; FISCHER, M.; HANAN, C.; KOBURGER, P.; SCHNEIDER, M. J. y LEITENBERG, H.: *Self-esteem causal attributions for success and failure in children*. «Cognitive Therapy and Research», 9, 381-398, 1985.
- GRABOW, R. W. y BURKHART, B. R.: *Social skill and depression: A test of cognitive and behavioral hypotheses*. «Journal of Clinical Psychology», 42, 21-27, 1986.
- HEBSEL, W. L. y MATSON, J. L.: *The assessment of depression in children: The internal structure of the child depression inventory (CDI)*. «Behavior Research and Therapy», 22, 289-298, 1984.
- HELFAHD, J. L.: *Childhood depression and its relationship to causal attributions* (Dissertation Abstracts International). 44, 608 B, 1983.
- ICKES, W. y LAYDEN, M. A.: *Attributional styles*. En: J. H. Harvey, W. J. Ickes y R. F. Kid (eds.). «New directions in attribution research» (Vol. 2), Hillsdale, Erlbaum, Nueva Jersey, 1978.
- JONES, S. C.: *Self and interpersonal evaluations; Esteem theories versus consistency theories*. «Psychological Bulletin», 79, 185-199, 1973.
- KASLOW, N. J.: *Social and cognitive correlates of depression in children from a developmental perspective*. Comunicación presentada en L. P. Rehm (chair.). «Empirical studies in childhood depression». Symposium de la reunión anual de la American Psychological Association, Los Angeles, 1983.
- KASLOW, N. J. y REHM, L. P.: *Childhood Depression*. En R. J. Morris y T. R. «Kratchowill. The practice of child therapy». Pergamon, New York, 1983.
- KOVACS, M. y BECK, A. T.: *An empirical clinical approaches towards a definition of childhood depression*. En: J. G. Schulerbrandt y A. Raskin (eds.). «Depression in children: Diagnosis, Treatment, and conceptual models», Raven Press, 1-25. Nueva York, 1977.
- LEON, G. B.; KENDALL, P. C. y GARBER, J.: *Depression in children: Parent, teacher, and child perspectives*. «Journal of Abnormal Child Psychology», 8, 221-235, 1980.
- LEWINSOHN, P. M.: *The behavioral study and treatment of depression*. En: R. M. Eisler y P. M. Miller (eds.). «Progress in behavior modification», Academic Press, Nueva York, 1975.
- LEWINSOHN, P. M.; MISCHEL, W.; CHAPLIN, W. y BARTON, R.: *Social competence and depression: The role of illusory self-perceptions*. «Journal of Abnormal Psychology», 89, 203-212, 1980.
- LIBET, J. y LEWINSOHN, P. M.: *The concept of social skill with special reference to the behavior of depressed persons*. «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 40, 304-312, 1973.
- MATSON, J. L.; ESVELDT-DAWSEN, K. y KAZDIN, A. E.: *Validation of methods for assessing social skills in children*. «Journal of Clinical Child Psychology», 12, 174-180, 1983.
- MATSON, J. L.; ROTATORI, A. F. y HEBSEL, W. J.: *Development of a rating scale to measure skills in children: The Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters (MESSY)*. «Behavior Research and Therapy», 21, 335-340, 1983.
- MOYAL, B. R.: *Locus of control, self-esteem, stimulus appraisal, and depressive symptoms in children*. «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 45, 951-952.
- PIERS, E. V.: *Children's self-esteem, level of esteem certainty, and responsibility for success and failure*. «Journal of Genetic Psychology», 130, 295-304, 1977.
- SACCO, W. P. y GRAVES, D.: *Childhood depression, interpersonal problem-solving, and self-ratings of performance*. «Journal of Clinical Child Psychology», 13, 10-15, 1984.
- SAYLOR, C. F.; FINCH, A.; SPIRITO, A. y BENNETT, B.: *The children's depression inventory: A systematic evaluation of psychometric properties*. «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 52, 955-967, 1984.
- SELIGMAN, M. E. P.; KASLOW, N. J.; TANENBAUM, R. L.; ABRAMSON, L. Y. y ALLOY, L.: *Depressive symptoms, attributional style, and helplessness deficits in children*. Comunicación presentada en L. P. Rehm (Chair.). «Empirical studies in childhood depression». Symposium presentado en la reunión anual de la American Psychological Association, Los Angeles, 1981.
- SELIGMAN, M. E. P.; KASLOW, N. J.; ALLOY, L. B.; PETERSON, C.; TANENBAUM, R. L. y ABRAMSON, L. Y.: *Attributional style and depressive symptoms among children*. «Journal of Abnormal Psychology», 88, 242-247, 1984.
- SELIGMAN, M. y PETERSON, C.: *Depressive symptoms attributional style, and helplessness deficits in children*. En: M. Rutter, C. E. Izard y P. Reed (eds.). «Depression in children: Developmental perspective». Guilford, Nueva York.
- STRACK, S. y COYNE, J. C.: *Social confirmation of dysphoria: Shared and private reactions to depression*. «Journal of Personality and Social Psychology», 44, 806-814, 1983.
- TESINY, E. P.; LEFKOWITZ, M. M. y GORDON, N. H.: *Childhood depression, locus of control, and school achievement*. «Journal of Education Psychology», 72, 506-510, 1980.