

OBSERVACION Y REGISTRO DE SINTOMAS DEPRESIVOS DEL NIÑO

Dr. Dennis Cardoze (Panamá)

INTRODUCCION

En la actualidad, la gran mayoría de los que investigan sobre los estados depresivos del niño parecen aceptar que estos estados se manifiestan por una serie de síntomas similares a los del adulto deprimido (Kazdin y Petti, 1982), y casi todas las escalas confeccionadas para el diagnóstico de la depresión infantil se basan en este criterio. Esto supone un avance desde las posiciones anteriores de considerar las depresiones infanto-juveniles como cajones de sastre de los que podía salir casi cualquier cosa, postura a la cual se adherían fundamentalmente los autores de tendencia psicodinámica. Esta forma de concebir las depresiones del niño estaba ocasionando, a nuestro juicio, un nudo del cual no se podía salir y se daba vueltas constantemente alre-

dedor del mismo sin lograr una definición más apropiada o realista de aquéllas.

Pero si se evita el tener que manejar conceptos especulativos poco útiles a la hora de hacer una Psiquiatría práctica, si se evita el buscar explicaciones en hipotéticas situaciones internas imposibles de verificar con criterios objetivos y nos limitamos a trasladar los conceptos en términos operativos útiles (Ross, 1974), entonces la labor será determinar si existen niños que exhiban síntomas o conductas que los identifiquen como depresivos. Estos síntomas o conductas que forman la plataforma de la que se debe partir y que la experiencia nos dice que reflejan estados de ánimo disminuidos, han sido aceptados por la gran mayoría de autores modernos. Así pues, lo fundamental en un niño deprimido, igual que en un adulto,

«sería un descenso del humor que termina siendo triste...» (Ey, 1974) y que traducido en términos operativos sería: «Un niño que emite una tasa de respuestas de evitación a una variedad de estímulos y que tiende a escapar de las situaciones sociales, y por tanto a tener pocos amigos e intereses limitados. Su conducta es generalmente mantenida en una baja tasa de refuerzos positivos y exhiben típicamente, crisis de llanto frecuente, marcada sensibilidad a las críticas, fácil desaliento ante el fracaso, exceso de preocupaciones, falta de entusiasmo e interés y una tristeza generalizada» (Ross, 1974).

Este estudio se planteó los siguientes objetivos:

1. La búsqueda de estos síntomas en cuatro situaciones diferentes y establecer las correlaciones entre estas observaciones.
2. El establecimiento de un criterio cuantitativo que permita delimitar una frontera entre la depresión y la no depresión y medir la severidad cuando existe un síndrome depresivo.
3. Identificar qué síntomas identifican mejor a los depresivos en estas situaciones distintas.

4. Dejar establecida una metodología de trabajo para el diagnóstico de las depresiones infanto-juveniles.

Se trata de un estudio preliminar y por tanto tentativo y cuyos resultados habrá que tomar como punto de referencia para futuros trabajos en este sentido así como con las precauciones necesarias de toda investigación inicial.

MATERIAL Y METODO

Se estudió una muestra de 40 niños de los cuales 24 (60%) eran de sexo masculino y 16 (40%) de sexo femenino. Las edades de los niños estaban comprendidas entre 7 y 13 años con un promedio de edad de 9,6 años (Tabla 1). La condición social de la muestra corresponde a un nivel de clase media baja. Todos los niños provenían de familias residentes en la ciudad de Panamá y fueron elegidos de la población que solicitó consulta en la Sección de Psiquiatría de Niños y Adolescentes del Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja del Seguro Social. Este grupo incluyó a todos los pacientes de las edades antes citadas que visitaron la Sección durante un período determinado de tiempo. Se eliminaron del estudio los niños con deficiencia mental (CÍ menor

Tabla 1. — Distribución de la muestra por edades y sexo

Años	N.º	%	Masculino	%	Femenino	%
7	3	7.5	1	33.3	2	66.6
8	6	15.0	5	83.3	1	16.6
9	8	20.0	4	50.0	4	50.0
10	15	37.5	7	46.6	8	53.3
11	3	7.5	3	100.0	0	—
12	2	5.0	1	50.0	1	50.0
13	3	7.5	3	100.0	0	—

de 70), los psicóticos, los autistas, los que presentaban incapacidad para la comunicación verbal, los hijos de madres que no habían superado un nivel de escuela primaria y los que aún no sabían leer a pesar de estar en la edad requerida por el estudio.

Cada niño fue estudiado desde cuatro ángulos distintos: una entrevista abierta y la observación del médico en el consultorio, un cuestionario estructurado contestado por el niño, un registro de observación en la casa del paciente realizado por la madre o algún otro familiar y una observación en el aula escolar por la maestra.

Entrevista y observación por el médico

Cada paciente fue entrevistado y observado por el médico (en este caso el autor) en tres ocasiones distintas de 45 minutos aproximadamente cada una y separadas por un lapso de 10 a 15 días, de modo que entre la primera y la última observación transcurrían entre 30 y 45 días. En cada visita se estableció un sistema de puntos de 0 y 1. Si el niño mostraba una conducta que previamente se había decidido registrar se le daba 1 punto y 0 en el caso contrario. Se programaron 8 conductas a observar y registrar:

1. Expresión facial de desánimo o de tristeza.
2. Reacción de llanto (o emisión de lágrimas).
3. Actitud irritable (contestaciones agresivas o posturas de desafío o de sensibilidad marcada).
4. Ausencia de comunicación verbal espontánea o respuestas tardías y/o por comunicación gestual.
5. Inhibición motora.

6. Expresión de sentimientos de rechazo (no lo quieren, le pegan o le castigan mucho, no tiene amigos, se burlan de él o ella...).
7. Inhibición ante una tarea: negativa o dudas ante la solicitud de un dibujo.
8. Reacción de valoración negativa del propio dibujo.

La puntuación total de los tres registros se estableció en forma de porcentaje: así por ejemplo, si un niño obtuvo una puntuación total de 6, su calificación era de 25% (6 puntos sobre un total posible de 24).

Cuestionario a contestar por el niño

En la primera y última visita del paciente mientras duró el estudio, se le pasaba un cuestionario de 15 ítems que se calificaban de 0 a 2 (0 = nunca; 1 = a veces; 2 = muchas veces). Los ítems del cuestionario eran los siguientes:

1. ¿Te dan ganas de llorar?
2. ¿Te sientes de malhumor, enfadado(a)?
3. ¿Piensas que la gente no te quiere?
4. ¿Piensas que tus amigos(as) son mejores que tú?
5. ¿Te sientes triste?
6. ¿Sientes miedo de que sucedan cosas muy malas?
7. ¿Te gustaría ser una persona diferente?
8. ¿Te dan ganas de dejar la escuela?
9. ¿Te sientes sin ganas de hacer lo que te piden en la casa o en la escuela?
10. ¿Te duele la cabeza?
11. ¿Piensas que a ti todo te sale mal?
12. ¿Tienes pesadillas de noche?
13. ¿Crees que eres malo(a)?
14. ¿Te sientes cansado(a)?
15. ¿Crees que deben castigarte más?

A cada niño se le advertía que podía tomar el tiempo necesario para contestar las preguntas y se le daba la oportunidad de preguntar si no entendía el sentido de algún ítem.

Entre el test y el retest pasaron de 30 a 45 días según casos. La puntuación también se convirtió a porcentaje promedio de ambas pruebas (test-retest): si un niño obtuvo un total de 17 puntos del total de 30 posibles en el cuestionario, alcanzaba una calificación de 56,7%. Si en el retest alcanzaba una calificación de 40,3%, su promedio era de 48,5%.

Registro de síntomas depresivos en la casa

A la madre (o persona de la familia indicada) se le proporcionaba un formato de 10 ítems que tenía que contestar en base a la observación del paciente en el medio doméstico.

La observación se basó en un sistema de muestreo de una duración total de un mes. Según este sistema, la madre debía anotar las observaciones cada dos días (uno sí y dos no) lo que daba un total de 10 días de registro en el plazo de 30 días. Junto a cada ítem había una fila de casillas con este propósito. En cada casilla la madre anotaba una X en caso de observar el síntoma o conducta o la dejaba en blanco en el caso contrario. Cada X anotada era tomada como un punto; pudiendo existir un total de 10 puntos por ítem y siendo 10 el conjunto de los ítems, los puntos anotados daban el porcentaje alcanzado: si un niño tenía 21 puntos (o 21 X) su porcentaje correspondía a 21%.

Los ítems del cuestionario-registro del hogar fueron los siguientes:

1. Humor decaído, rostro con expresión de desánimo.

2. Llanto o lágrimas sin motivo o por causas insignificantes.
3. Se muestra irritable, se molesta fácilmente.
4. Se muestra insatisfecho(a), nada le interesa.
5. Expresa deseos de no vivir o ha intentado matarse.
6. Se queja de dolor o molestias en la cabeza.
7. Manifiesta ideas de desprecio hacia sí mismo(a) o se culpa de cosas que no ha hecho o de cosas insignificantes.
8. No quiere ir a la escuela o pone excusas para no ir.
9. Tiene dificultad para tomar el sueño o se despierta a medianoche con dificultad para volverse a dormir.
10. Ha estado aislado(a) de sus amistades, no quiere hacer vida social o salir a jugar.

A la madre se le instruía detenidamente antes de iniciar el registro en la casa.

Registro de síntomas depresivos en el aula escolar

A la maestra del paciente se le enviaba con la madre u otro familiar del mismo, un cuestionario similar al doméstico con algunas variantes para adaptarlo al medio escolar.

Debido al inconveniente de que las maestras no pueden dedicarse a un registro detenido de cada niño, solamente se les pedía que trataran de observar la conducta del alumno y contestaran el cuestionario 10 días después de habérselo entregado. Este cuestionario se basaba en una puntuación de 0 a 3 (0 = nunca; 1 = poco; 2 = mucho; 3 = excesivamente). Al contestar el cuestionario, la maestra recibía otro for-

mato igual y se le pedía seguir el mismo procedimiento. De este modo entre el primero y el segundo registro pasaban un mínimo de 20 días.

Esta forma escolar contenía los siguientes ítems:

1. Humor decaído, rostro con expresión de desánimo.
2. Llanto o lágrimas sin motivo o por cosas insignificantes.
3. Se muestra irritable, se molesta fácilmente.
4. Se queja de dolor o molestias en la cabeza.
5. Se muestra insatisfecho(a), nada le interesa.
6. Se aísla de sus compañeros(as) en los recreos u otras actividades.
7. Manifiesta ideas de desprecio hacia sí mismo(a), o sentimientos de inferioridad y/o culpa.
8. Se muestra lento(a) para terminar los trabajos o para contestar.
9. Ha disminuido su rendimiento académico en relación a los meses anteriores.
10. Falta a clases.

En este caso, como en los anteriores, la puntuación era convertida a porcentaje: si un niño tenía 11 puntos de un total posible de 30, su calificación era de 36,7%.

De esta manera, en un período de 4 a 6 semanas, en algunos casos hasta 8 semanas, cada niño de la muestra era estudiado en base a 4 Formas que de ahora en adelante denominaremos para mayor economía FC (Forma Clínica), FN (Forma para el Niño), FD (Forma Doméstica) y FE (Forma Escolar). La puntuación convertida a porcentaje nos permite igualar el sistema de calificaciones y establecer un solo valor cuantitativo dimensional (0 a 100) en base a los promedios de las 4 Formas.

Dado el hecho de que las condiciones de observación y registro no son iguales, era lógico esperar que las Formas no se elaboraran exactamente iguales, pero sí que consistieran en ítems que desde un punto de vista teórico y hasta cierto punto experimental, hicieran alusión a estados de ánimo depresivos. Distribuidos en las 4 Formas se encontraban ítems que aluden a conceptos tales como tristeza, llanto fácil, irritabilidad, inhibición motora, inhibición social, sensación de rechazo, de inferioridad y de culpa, inseguridad, somatización en forma de dolor o molestias en la cabeza, rechazo de la escuela, fatigabilidad, desinterés por la vida y por las actividades y trastornos del sueño (Tabla 2).

Siempre desde un punto de vista teórico, FC contiene un 47% de los conceptos, FN, FD y FE un 73% cada una.

Para la valoración cuantitativa de los resultados se utilizó un criterio dimensional. A lo largo de esta dimensión se establecieron cuatro niveles: 0 a 24 = no depresión; 25 a 49 = depresión leve a moderada; 50 a 74 = depresión importante; 75 a 100 = depresión grave.

Confiabilidad

Para determinar la confiabilidad se aplicó la fórmula de correlación de Pearson entre el test y el retest de FN y FE; la correlación entre las dos mitades de FD y el coeficiente de correlación múltiple en FC.

Para cada forma se determinó también la correlación entre cada ítem y el total, la correlación ítem-ítem en el test-retest y la correlación entre los ítems entre sí. Igualmente, se halló la correlación existente entre cada Forma por grupos de edad y en el grupo total. Se aplicó la prueba F para determinar di-

Tabla 2. — Distribución teórica de conceptos depresivos en las 4 Formas utilizadas en el estudio

Concepto	FC	FN	FD	FE
Aislamiento social			10*	6
Autoimagen negativa	8	4	7	7
		7		
		11		
Desinterés por las actividades		9		9
		14		
Fatigabilidad		9		
Desinterés por la vida			5	
Inhibición motora	4			8
Insatisfacción	5		4	5
Inseguridad	7	6		
Irritabilidad	3	2	3	3
Llanto fácil	2	1	2	2
Rechazo de la esc.		8	8	10
Sensación de culpa		13	7	7
		15		
Sensación de rechazo	6	3		
Somatización (dolor de cabeza)		10	6	4
Trast. del sueño		12	9	
Tristeza	1	5	1	1

* Items de cada una de las 4 Formas.

ferencias entre los diferentes registros de cada Forma. En FN se estudió la confiabilidad en el grupo masculino y el femenino así como la diferencia entre los valores alcanzados en ambos sexos.

El número de pacientes con puntuaciones «depresivas» en cada grupo de edad y por sexos también se hace notar con aplicación del test de chi cuadrado. Los grupos de edad se fijaron de la siguiente forma: un grupo de 7 y 8 años, otro de 9 y 10 años y finalmente otro de 11 a 13 años.

Validez

Se partió del concepto de validez relacionada con un criterio (Kerling, 1979).

No se utilizó el método de los grupos conocidos debido a la circularidad que esto supone en el caso de las depresiones infantiles. Aceptamos de partida el concepto de depresión infantil como un síndrome caracterizado por un conjunto de síntomas no patonómicos pero frecuentes y con intensidad variable según los casos. Los síntomas utilizados en este estudio como indicadores de depresión en el niño han sido ya ampliamente reportados como tales por numerosos autores (Toolan, 1962; Sandler y Joffe, 1965; Frommer, 1967; Poznanski y Zrull, 1970; Kuhn y Kuhn, 1972; Mc Conville, Boag y Purhoit, 1973; Weinberg, Rutman y cols., 1973; Ross, 1974; Albert y Beck, 1975; Birleson, 1981).

Además de la existencia de un grupo de síntomas conocidos como propios de los estados depresivos, y de una medida cuantitativa (continuum), se incluye un criterio temporal y espacial: síntomas mantenidos a lo largo de un período de tiempo mínimo de 4 a 6 semanas y en diferentes lugares.

RESULTADOS

Forma Clínica (FC)

No se dieron diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas por

los tres grupos de edad ni por ambos sexos (Tabla 3). La correlación entre las tres observaciones registradas fue de 0,36 ($p < 0,01$). La primera de las observaciones registradas determinó el 42% de la varianza del total, mientras que la segunda y la tercera determinaron el 20,5% y el 28,5% respectivamente.

En la Tabla 4 se dan los coeficientes de correlación de cada ítem con el total. Los ítems 3, 4 y 5 tuvieron una puntuación de 1, 1 y 0 respectivamente y de ahí su correlación nula.

Las correlaciones entre los ítems de FC resultaron insignificantes, negativas

Tabla 3. — Valores alcanzados por los grupos de edad y ambos sexos en FC

Grupos*	\bar{x} %	ds	Sexo**	\bar{x} %	ds
7 - 8 años	5.89	5.84	masc.	10	8.89
9-10 años	7.86	7.27	fem.	6.58	6.67
11-13 años	8.37	8.67			

* 1.º y 2.º grupo, $F = 1.54$, $gl_1 = 22$, $gl_2 = 8$ n.s.

2.º y 3.º grupo, $F = 1.42$, $gl_1 = 7$, $gl_2 = 22$ n.s.

1.º y 3.º grupo, $F = 2.20$, $gl_1 = 7$, $gl_2 = 8$ n.s.

** para $gl_1 = 23$ y $gl_2 = 15$ n.s.

Tabla 4. — Correlación de cada ítem de FC con el total.

Item	r	$p \leq$
1. Expresión facial de desánimo o de tristeza	.36	.01
2. Reacción de llanto	.38	.01
3. Actitud irritable	—	—
4. Inhibición verbal	—	—
5. Inhibición motora	—	—
6. Expresión de sentimiento de rechazo	.75	.001
7. Inhibición ante una tarea	.16	n.s.
8. Reacción de valoración negativa ante el propio dibujo	.93	.001

o nulas con excepción de la correlación entre el ítem 1 y el 2 que fue de 0,63 ($p < 0,001$) y entre el ítem 6 y el 8 que fue de 0,50 ($p < 0,001$). FC determinó el 9,7% de la varianza de las puntuaciones totales de las 4 Formas.

Según FC un 7,5% de los niños de la muestra (3 en total) obtuvieron puntuaciones que los catalogaban como «depresivos» y todos a un nivel leve: 25% los tres sujetos. Las correlaciones entre FC y las demás Formas resultaron bajas o negativas con pocas excepciones (Tabla 5).

La observación clínica durante los breves períodos señalados no produjo resultados consistentes. Esto podría explicarse por varios factores: un factor tiempo; los niños pasaron un total de 2 a 3 horas en observación, lo cual supone un período muy limitado para poder obtener una mayor riqueza de signos o síntomas depresivos. Un factor propio de la edad de la muestra; los niños en edad escolar no expresan de forma directa y espontánea los síntomas de alteraciones emocionales en lo que se refiere a su expresión verbal. Finalmente, un factor explicado por la propia situación rutinaria de un consultorio que no es tan variada y natural como la del hogar y/o la escuela.

En todo caso, el sentimiento de ser rechazado y la autoimagen negativa fueron los síntomas que más frecuentemente mostraron los niños con puntuaciones

«depresivas» y en especial el primero ($F = 2,01$, $gl_1 = 12$ y $gl_2 = .26$, $p < 0,05$).

Forma para el niño (FN)

En FN tampoco se encontraron diferencias significativas entre los grupos de edad o entre ambos sexos (Tabla 6). La correlación con las otras Formas tomando la muestra total fue aceptable, pero si tomamos la muestra por edades vemos que en los niños de 7 y 8 años y en los de 11 a 13 años las correlaciones fueron muy bajas o negativas (Tabla 7).

La confiabilidad fue buena en todos los grupos de edad y en ambos sexos (Tabla 8). No se observaron diferencias significativas entre los valores del test y el retest excepto en el grupo de 9 a 10 años ($F = 2,36$, gl_1 y $gl_2 = 22$, p

0,025). Las correlaciones entre los ítems en el test-retest fueron mayores de 0,30 en un 67% en el grupo de 7 a 8 años y en el de 9 a 10; en el grupo de 11 a 13 años fueron mayores de 0,30 en un 53% (Tabla 9).

En la Tabla 10 se dan las correlaciones entre los ítems de FN y el total. Como se puede apreciar, el 73,3% de los ítems tuvieron correlaciones aceptables con el total. Los ítems 1, 2, 7 y 8 tuvieron correlaciones bajas. Las correlaciones entre los ítems de FN fueron superiores a 0,30 en un 44% (Tabla 11).

Tabla 5. — Correlaciones entre FC y las demás Formas.

<i>Grupos de edad</i>	<i>FN</i>	<i>FD</i>	<i>FE</i>
7-8 años	.23	.67*	— .11
9-10 años	.48**	.21	.24
11-13 años	.34	— .50	— .62
total	— .29	— .11	— .28

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

Tabla 6. — Valores alcanzados por los grupos de edad y ambos sexos en FN

Grupos de edad*	\bar{x} %	ds	Sexo**	\bar{x} %	ds
7 - 8 años	32.1	15.2	masc.	35.2	12.3
9-10 años	38.4	15.5	fem.	38.3	18.0
11-13 años	35.9	12.5			

* 1º y 2º grupo, $F = 1.04$, $gl_1 = 22$, $gl_2 = 8$ n.s.

2º y 3º grupo, $F = 1.54$, $gl_1 = 22$, $gl_2 = 7$ n.s.

1º y 3º grupo, $F = 1.48$, $gl_1 = 8$, $gl_2 = 7$ n.s.

** $F = 2.14$, $gl_1 = 15$, $gl_2 = 23$ n.s.

Tabla 7. — Correlaciones entre FN y las demás Formas.

Grupos de edad	FC	FD	FE
7 - 8 años	.23	.08	-.13
9-10 años	.48*	.52*	.38
11-13 años	.03	-.33	-.39
total	-.29	.40*	.35

* $p < 0.01$

Tabla 8. — Confiabilidad de FN en cada grupo de edad y en ambos sexos.

Grupos de edad	test (\bar{x} %)	retest (\bar{x} %)	r	$p \leq$	F	$p \leq$
7 - 8 años	35.5	33.3	.77	.05	1.32	n.s.
9-10 años	38.2	37.7	.61	.01	2.36	.025
11-13 años	38.9	32.6	.37	n.s.	1.71	n.s.
Sexo						
masculino	34.2	26.3	.79	.01	1.26	n.s.
femenino	38.9	48.2	.55	.05	1.40	n.s.

Tabla 9. — Correlaciones inter-item en el test-retest de FN.

Item	Grupos de edad					
	7 - 8		9 - 10		11 - 13	
	<i>r</i>	<i>p</i> ≤	<i>r</i>	<i>p</i> ≤	<i>r</i>	<i>p</i> ≤
1	-.35	n.s.	.14	n.s.	.12	n.s.
2	.50	n.s.	.05	n.s.	.70	.05
3	.41	n.s.	.30	n.s.	0	n.s.
4	.56	n.s.	.34	n.s.	-.46	n.s.
5	.76	.05	.38	n.s.	.23	n.s.
6	.54	n.s.	.44	.05	.27	n.s.
7	.20	n.s.	.60	.01	.78	.05
8	.06	n.s.	.61	.01	.98	.01
9	.93	.01	.17	n.s.	.51	n.s.
10	-.06	n.s.	.37	n.s.	.14	n.s.
11	.32	n.s.	.21	n.s.	0	n.s.
12	.79	.05	.45	.05	.40	n.s.
13	.15	n.s.	.46	.05	.70	.05
14	.59	n.s.	.56	.01	.50	n.s.
15	.57	n.s.	.18	n.s.	.95	.01

Tabla 10. — Correlaciones de los items de FN con el total.

Item	<i>r</i>	<i>p</i> ≤
1. ¿Te dan ganas de llorar?	.19	n.s.
2. ¿Te sientes de malhumor, enfadado?	.17	n.s.
3. ¿Piensas que la gente no te quiere?	.45	.03
4. ¿Piensas que tus amigos (as) son mejor que tú?	.50	.01
5. ¿Te sientes triste?	.62	.01
6. ¿Tienes miedo de que sucedan cosas muy malas?	.67	.01
7. ¿Te gustaría ser una persona diferente?	.20	n.s.
8. ¿Te dan ganas de dejar la escuela?	.29	n.s.
9. ¿Te sientes sin ganas de hacer lo que te piden en la casa y en la escuela?	.48	.05
10. ¿Te duele la cabeza?	.50	.01
11. ¿Piensas que a ti todo te sale mal?	.67	.01
12. ¿Tienes pesadillas de noche?	.31	n.s.
13. ¿Crees que eres malo(a)?	.64	.01
14. ¿Te sientes cansado(a)?	.70	.01
15. ¿Crees que deben castigarte más?	.47	.05

Tabla 11. — Matriz de las correlaciones entre los Items de FN.*

Item	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	.33	.14	.37	.19	.17	.15	-.11	.04	.50*	.37	-.08	.18	.11	0
2	—	.54*	-.20	-.11	-.15	-.25	-.11	.25	.17	.02	-.07	.14	.38	.34
3		—	.03	.43*	.03	-.11	.12	.44*	.21	.17	.20	.33	.47*	.55*
4			—	.37	.35	.10	.15	.21	.52*	.80*	.04	.30	.28	0
5				—	.44*	.11	.08	.24	.30	.30	.41*	.43*	.47*	.46*
6					—	.14	.11	.11	.24	.44*	.35	.39	.26	.06
7						—	-.31	-.28	-.48*	.09	.49*	-.25	-.23	-.06
8							—	.55*	-.33	.30	-.27	.77	.29	.32
9								—	-.07	.44*	-.13	.57*	.55*	.44*
10									—	.49*	.32	.39	.18	.10
11										—	-.06	.53*	.47*	.27
12											—	-.18	-.14	.24
13												—	.63*	.54*
14													—	.45*
15														—

* Las correlaciones por debajo de .39 no fueron significativas (se trabajó con un nivel de significación de 5%). Las correlaciones entre .39 y .48 fueron significativas a un nivel igual o menor de .05. Las correlaciones entre .49 y .68 fueron significativas a un nivel igual o menor de .01. Las correlaciones mayores de .68 fueron significativas a un nivel igual o menor de .001.

Las correlaciones con una * son las que alcanzaron niveles significativos.

FN determinó un 18,5% de la variación total de las cuatro Formas. A diferencia de FC se notó una tendencia a puntuaciones altas quedando un 77% de los niños como «depresivos»: 25 con depresión leve a moderada y 6 con depresión importante.

De la matriz de correlaciones de la Tabla 11 se deduce que los items que encierran conceptos tales como autoimagen negativa, tristeza, sentimientos de rechazo, sentimientos de culpa, fatigabilidad y dolor de cabeza estuvieron muy correlacionados entre sí. Estos items contaron por el 66% de la varianza total de FN.

Los pacientes que dieron puntuaciones «depresivas» como promedio total de las cuatro Formas presentaron diferencias significativas con los no depresivos en el item de FN correspondiente

a autoimagen negativa (item 4) ($F = 2,28, p < ,05$).

A la tendencia a puntuaciones altas en esta Forma podría darse una explicación tentativa basada en la forma que se plantean los reactivos de la escala pero también cabe la posibilidad de que los niños, de población psiquiátrica o no, pero especialmente los primeros, exista una natural inclinación a «inflar» los resultados de estos tests para medir la depresión. Algunos autores como Birleson (1981) han hecho notar lo abultado de los resultados positivos en algunas escalas de autoelevación de síntomas depresivos como la de Beck para niños en la que el 50% o más de la muestra aparecía como depresiva. En nuestro caso no hubo diferencias en las edades en relación a los valores; todas las edades presentaron la tendencia a valores

altos (las medias fueron de 34,4%, 37,9% y 35,7% en los grupos de 7-8, 9-10 y 11-13 años respectivamente).

Forma Doméstica (FD)

En esta Forma se dio una diferencia muy significativa entre ambos sexos con valores mucho más altos para las niñas (Tabla 12). Entre los grupos de edad, los más pequeños obtuvieron puntuaciones más bajas que los demás pero solamente hubo una diferencia significativa entre este grupo citado y el de 9-10 años.

Las correlaciones de FD con las otras tres Formas tomando el grupo en-

tero de la muestra fueron aceptables con excepción de la correlación de FD con FC que fue negativa (Tabla 13). Sin embargo, dividiendo la muestra en grupos de edades las correlaciones fueron mejores en el grupo de 9 a 10 años.

Dado el carácter de observación a base de un muestreo continuado durante un período de un mes, se estableció la confiabilidad aplicando la fórmula de correlación de Pearson entre las dos mitades de FD dando un resultado de 0,84 ($p < 0,001$).

FD demostró una buena consistencia interna como se puede deducir de los resultados expuestos en la Tabla 14 y en la 15.

Tabla 12. — Valores alcanzados por los grupos de edad y ambos sexos en FD

Grupos de edad*	\bar{x} %	ds	Sexo**	\bar{x} %	ds
7 - 8 años	9.7	11.0	masc.	13.3	24.5
9-10 años	22.2	21.9	fem.	26.6	11.2
11-13 años	18.2	12.3			

* 1.º y 2.º grupo, $F = 3.29$, $gl_1 = 22$, $gl_2 = 8$, $p = 0.025$

2.º y 3.º grupo, $F = 1.25$, $gl_1 = 22$, $gl_2 = 7$ n.s.

1.º y 3.º grupo, $F = 3.16$, $gl_1 = 7$, $gl_2 = 8$ n.s.

** $F = 4.73$, $gl_1 = 15$, $gl_2 = 23$, $p < 0.001$

Tabla 13. — Correlaciones entre FD con las otras Formas.

Grupos de edad	FC	FN	FE
7 - 8 años	.67*	.09	-.33
9-10 años	.21	.52**	.50**
11-13 años	-.50	-.33	.02
total	-.11	.40**	.44**

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

Tabla 14. — Carrelaciones de los Items de FD con el total.

<i>Items</i>	<i>r</i>	<i>p</i> ≤
1. Humor decaído, rostro con expresión de desánimo.	.84	.001
2. Llanto o lágrimas sin motivo o por cosas insignificantes.	.70	.001
3. Se muestra irritable, se molesta fácilmente.	.83	.001
4. Se muestra insatisfecho(a), nada le interesa.	.81	.001
5. Expresa deseos de no vivir o ha intentado matarse.	.78	.001
6. Se queja de dolor o molestias en la cabeza.	.68	.001
7. Manifiesta ideas de desprecio hacia sí mismo(a) o se culpa de cosas que no ha hecho o de cosas insignificantes.	.68	.001
8. No quiere ir a la escuela o poné excusas para no ir.	.58	.001
9. Tiene dificultad para tomar el sueño o se despierta a medianoche con dificultad para volverse a dormir.	.73	.001
10. Ha estado aislado(a) de sus amistades, no quiere hacer vida social o salir a jugar.	.65	.001

Tabla 15. — Matriz de intercorrelaciones entre los items de FD.

<i>Item</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	—	.55*	.61*	.66*	.54*	.48*	.55*	.51*	.58*	.63*
2		—	.77*	.43*	.33***	.40**	.39**	.15	.50*	.44*
3			—	.62*	.55*	.37***	.56*	.39**	.53*	.55*
4				—	.57*	.54*	.49*	.30***	.57*	.70*
5					—	.63*	.52*	.54*	.68*	.40**
6						—	.42*	.39**	.43*	.24
7							—	.67*	.19	.19
8								—	.33	.09
9									—	.68*
10										—

* $p < 0.001$;

** $p < 0.01$;

*** $p < 0.05$

Todos los ítems presentaron correlaciones apreciables entre sí y con el total. De las correlaciones entre los mismos ítems de FD solamente un 13,3% fueron bajas.

Las medias de la primera y segunda mitad de la observación en el grupo total fueron de 10,2% y 8,4% respectivamente ($F = 1,09$; n.s.). Es importante recordar en este momento que la observación era de 10 días reales a lo largo de un período de un mes.

FD determinó un 36,5% de la varianza de las puntuaciones totales de las cuatro Formas. Los ítems que diferenciaron más a los sujetos que puntuaron como «depresivos» en FD fueron: 1 tristeza; $F = 8,09$; $p < ,001$), 5 (expresa desinterés por la vida; $F = 130,92$; $p < ,001$), 6 (dolor de cabeza; $F = 9,18$; $p < ,001$), 7 (autoimagen negativa y/o sentimiento de culpa; $F = 170,78$; $p < ,001$), 8 (rechazo de la escuela; $F = 5,41$; $p < ,005$), 9 (trastornos del sueño; $F = 5,43$; $p < ,005$) y 10 (aislamiento social; $F = 162,33$; $p < ,001$).

Según FD un 27,5% de los niños de la muestra estarían dentro de los límites de la depresión: 8 con depresión leve a moderada, 2 con depresión importante y 1 con depresión grave (este último con puntuación de 77%). Este

paciente con depresión grave alcanzó puntuaciones de 21% (cercano a la depresión leve) en FC, 74% (límite entre importante y grave) en FN y 45% (depresión moderada cercana a importante) en FE. Por tratarse de una muestra «psiquiátrica» nos parece que FD está dando valores más reales que las dos Formas que hemos tratado anteriormente y más que FE como veremos más adelante.

Forma Escolar (FE)

En FE no se vieron diferencias significativas entre los grupos de edad ni entre los sexos (Tabla 16). Como ya hemos visto anteriormente, las correlaciones de FE con las otras Formas tomando al grupo total de la muestra estudiada, fueron aceptables excepto con FC (ver Tablas 5, 7 y 13) y tomando la muestra por grupos de edad, la correlación sólo fue buena con FN y FD en el grupo de 9-10 años.

La confiabilidad de FE en el test-retest fue de 0,81 ($p < ,001$) y no se dieron diferencias significativas entre los valores del test y del retest ($F = 1,14$, $gl_{1,2} = 39$, n.s.). Las correlaciones de los ítems en el test-retest fueron todas mayores de 0,37 (Tabla 17).

Tabla 16. — Valores alcanzados por los grupos de edad y ambos sexos en FE

Grupos de edad*	\bar{x} %	ds	Sexo**	\bar{x} %	ds
7 - 8 años	18.5	13.8	masc.	24.2	17
9-10 años	29.7	16.4	fem.	32.2	14
11-13 años	31.1	17.2			

* 1º y 2º grupo, $F = 1.40$, $gl_1 = 22$, $gl_2 = 8$, n.s.

2º y 3º grupo, $F = 1.10$, $gl_1 = 7$, $gl_2 = 22$, n.s.

1º y 3º grupo, $F = 1.84$, $gl_1 = 7$, $gl_2 = 8$, n.s.

** $F = 1.47$, $gl_1 = 23$, $gl_2 = 15$, n.s.

Tabla 17. — Correlaciones entre los ítems en el test-retest de FE.*

<i>Item</i>	<i>r</i>	<i>p</i> ≤
1	.55	.001
2	.59	.001
3	.62	.001
4	.62	.001
5	.58	.001
6	.37	.05
7	.46	.05
8	.74	.001
9	.76	.001
10	.58	.001

* La correlación inter-item del test-retest se obtuvo para el grupo total sin dividir en grupos de edad.

Tabla 18. — Correlaciones de los ítems de FE con el total.

<i>Item</i>	<i>r</i>	<i>p</i> ≤
1. Humor decaído, rostro con expresión de desánimo.	.84	.001
2. Llanto o lágrimas por cosas insignificantes o sin motivo.	.49	.05
3. Se muestra irritable, se molesta fácilmente.	.74	.001
4. Se queja de dolor o molestias en la cabeza.	.72	.001
5. Se muestra insatisfecho(a), nada le interesa.	.57	.05
6. Se aísla de sus compañeros(as) en los recreos u otras actividades.	.41	.05
7. Manifiesta ideas de desprecio hacia sí mismo(a) o sentimientos de inferioridad.	.56	.05
8. Se muestra lento(a) para terminar los trabajos o para contestar.	.76	.001
9. Ha disminuido su rendimiento académico en relación a meses anteriores.	.70	.001
10. Falta a clases.	.58	.05

La consistencia interna de FE aunque apreciable no lo fue tanto como la de FD; las correlaciones de cada ítem con el total fueron buenas pero el 35% de las correlaciones entre los mismos ítems fueron menores de 0,30 (Tabla 19).

La FE determinó un 35% de la varianza de las puntuaciones totales de las 4 Formas, de modo que junto con FD fueron responsables del 71,5% de la varianza. En FE el único ítem que diferenció a los «depresivos» fue el 7 (autoimagen negativa) ($F = 4,48$, $p < ,01$).

Según FE un 50% de la muestra tendrían depresión en algún grado: 16 leves a moderados y 4 importantes. Los 4 pacientes que obtuvieron puntajes correspondientes a depresión importante se situaron entre 51% y 60%.

Estableciendo los puntajes totales de cada paciente en base al promedio obtenido en las cuatro Formas (FC, FN, FD y FE), un 30% (12) resultaron con niveles leves a moderados de depresión, oscilando sus puntuaciones entre 26,25% y 42,25%; 2,5% (1 paciente) resultó con depresión importante (54,25%) pero cercana a los niveles de leve-moderada. La media del grupo to-

tal fue de 22,63% con una desviación estándar de 9,85 y la de los «depresivos» de 33% con una desviación estándar de 8,94, siendo la de los «no depresivos» de 17,6% y la d.s. de 5,36 ($F = 2,78$; $p < ,025$).

Considerando los tres grupos de edad no hubo diferencia significativa entre el número de sujetos «depresivos» y «no depresivos» de cada grupo ($\chi^2 = 3,26$; gl 2, n.s.). Entre los sexos sí hubo una diferencia significativa a favor de las niñas: 8 con «depresión» y 8 sin «depresión». En los niños hubo 5 con «depresión» y 19 sin «depresión» ($\chi^2 = 3,73$; 1 gl, $p < ,05$). Volviendo a los grupos de edad vemos que hubo 10 «depresivos» entre el grupo de 9 a 10 años, 2 en el de 11 a 13 y 1 en el de 7 a 8 años. Al no existir diferencias estadísticamente significativas vale pensar que esto se debe a la mayor cantidad de sujetos del primer grupo en la muestra.

A cada uno de los niños de la muestra estudiada se le registró al inicio los cinco síntomas más frecuentes en el motivo de consulta por lo que al revisar estos registros pudimos constatar que los que resultaron «depresivos» en el estudio presentaron más frecuente-

Tabla 19. — Matriz de intercorrelaciones de los ítems de FE.

Ítem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	—	.27	.53*	.54*	.34***	.53*	.43**	.52*	.64*	.55*
2		—	.54*	.66*	.13	.02	.06	.35***	.02	.22
3			—	.66*	.33***	.07	.36***	.53*	.38**	.32
4				—	.24	.24	.26	.37***	.29	.48
5					—	.06	.32***	.54*	.37***	.15
6						—	.36***	.13	.22	.42
7							—	.43**	.46*	.15
8								—	.55*	.20
9									—	.41**
10										—

* $p < .001$;

** $p < .005$;

*** $p < .01$

mente como queja de consulta los siguientes síntomas: sensación de no ser querido, expresión de deseos de morir, dolor de cabeza, inseguridad, irritabilidad, anorexia, trastornos del sueño, tristeza, llanto y bajo rendimiento escolar.

Los «no depresivos» presentaron más frecuentemente desobediencia, molestias gástricas, inquietud, onicofagia, trastornos de la atención, pereza, agresividad y otros trastornos de la conducta (Tabla 20).

Tabla 20. — Síntomas de consulta en «depresivos» y «no depresivos».

<i>Síntoma</i>	<i>depresivos</i>		<i>no depresivos</i>	
	<i>n.º</i>	<i>%</i>	<i>n.º</i>	<i>%</i>
Agresividad física	1	7.7	4	14.8 n.s.
Agresividad verbal	1	7.7	1	3.7 n.s.
Aislamiento social	1	7.7	2	7.4 n.s.
Anorexia	2	15.4	1	3.7 n.s.
Ansiedad	0	0	1	3.7 n.s.
Bajo rendimiento escolar	9	69.2	13	48.1*
Deseos de morir	1	7.7	0	0 n.s.
Desobediencia	2	15.4	6	22.2 n.s.
Dolor de cabeza	2	15.4	2	7.4 n.s.
Encopresis	0	0	1	3.7 n.s.
Enuresis nocturna	2	15.4	3	11.1 n.s.
Inquietud motora	5	38.4	11	40.7 n.s.
Irritabilidad	4	30.8	4	14.8 n.s.
Inseguridad	2	15.4	2	7.4 n.s.
Llanto fácil	2	15.4	1	3.7 n.s.
Molestias gastrointestinales	1	7.7	2	7.4 n.s.
Onicofagia	0	0	5	18.5 n.s.
Otros trast. de cond.	0	0	8	29.7 n.s.
Pereza	0	0	2	7.4 n.s.
Prurito sin causa física como etiología	1	7.7	0	0 n.s.
Rechazo de la escuela	2	15.4	4	14.8 n.s.
Sensibilidad	0	0	2	7.4 n.s.
Timidez	1	7.7	2	7.4 n.s.
Trast. de la atención	1	7.7	6	22.2 n.s.
Trast. del sueño	6	46.1	4	14.8**
Tristeza	2	15.4	1	3.7

* $\chi^2 = 3.53$, 1 gl, $p < 0.05$

** $\chi^2 = 4.45$, 1 gl, $p < 0.05$

COMENTARIOS

En las consultas de Psiquiatría y Psicología de niños y adolescentes es habitual inferir un posible diagnóstico en base a unas cuantas sesiones en las que se entrevista y se observa al niño complementando con los datos aportados por los familiares; en algunos casos se añade la información de los tests proyectivos. Sin embargo, en el caso de las depresiones infantiles o infanto-juveniles, esto puede resultar insuficiente o inducir a diagnósticos equivocados como parece apuntar nuestro estudio. De ser por las entrevistas y la observación de los pacientes en unas cuantas sesiones habituales, la incidencia de la depresión sería escasa; y de ser por las contestaciones de los niños a pruebas estructuradas con tal fin, la incidencia parecería abultada (77% en este estudio). Aunque nosotros no utilizamos métodos proyectivos, pensamos que la utilidad de éstos para inferir diagnósticos clínicos es muy dudosa (Marholin y Bijou, 1978; Cardoze, 1979), y en todo caso, no más precisa que la observación del niño asociada a las escalas confeccionadas para depresión infanto-juvenil.

En nuestro estudio, la baja incidencia de depresivos según la Forma Clínica basada en la entrevista informal y la observación del niño no debería darse tratándose de una muestra «psiquiátrica» ya que los síntomas depresivos son mucho más frecuentes en estos niños independientemente de la patología predominante. Aquí quizás es importante advertir que nosotros no pensamos que el diagnóstico de estado depresivo sea excluyente con otros estados psicopatológicos y en especial las alteraciones emocionales: en todo caso, cuando hablamos de niños «depresivos» nos referimos a aquéllos en los que predominan los síntomas que aluden a un decaimiento del ánimo.

Algunos autores han llamado la atención sobre las limitaciones de las informaciones suministradas por los propios niños respecto a sus estados de ánimo (o de sus síntomas depresivos) en las entrevistas y cuestionarios (Puig-Antich y Chambers, 1978; Posnanski y cols., 1979; Kazdin y Petti, 1982).

La edad y la capacidad cognitiva, la capacidad de comunicación, la relucencia de muchos niños a expresar abiertamente sus síntomas, las experiencias personales, serían algunos de los factores que influyen para que los datos aportados por los mismos pacientes no constituyen una fuente apropiada para el diagnóstico de la depresión infanto-juvenil o al menos, como única fuente de información. En el estudio que hemos presentado, la baja incidencia de algunos síntomas depresivos durante las entrevistas informales y la observación de los niños durante las mismas contrastó con las puntuaciones elevadas que se alcanzaron en el cuestionario que se les administraba a esos mismos niños (las medias fueron de 7,37% y 35,5% respectivamente). Existiendo una buena correlación entre el test y el retest (.58) del cuestionario sin diferencias significativas de ambos valores y una correlación con las observaciones de la madre (o familiar) y de la maestra aceptable (.40 y .35 respectivamente), cabría pensar que los niños aportan más indicadores de depresión ante pruebas estructuradas con tal fin pero con una tendencia a resultados exagerados (medias de 16,6% y 26,43% en las Formas doméstica y escolar respectivamente contra 35,5% en el cuestionario del niño) ya que un 77% de los pacientes aparecían como «depresivos» según el criterio cuantitativo utilizado.

Esta tendencia, en nuestra muestra, pudiera explicarse como antes hemos mencionado, por la forma de presentación de los reactivos del cuestionario

que puede inducir a los niños a más contestaciones positivas, pero también al hecho de que tratándose de una población psiquiátrica, los sujetos estén más propensos a «aceptar» como suyos síntomas que luego no exhiben en la realidad con tanta frecuencia: sería en todo caso una especie de «sentimiento de estar enfermo» creado por el hecho de ser un «paciente psiquiátrico».

A pesar de que la gran mayoría de los niños resultaron «depresivos» con el cuestionario (FN) solamente uno de los ítems discriminó entre los que fueron «depresivos» y «no depresivos» al tomar en cuenta el promedio de las cuatro Formas: el ítem 4 que alude a la autoimagen negativa (¿Piensas que tus amigos son mejores que tú?). Esto estaría apoyando la explicación sugerida más arriba, sobre todo si se toma en cuenta que los ítems que discriminaron a los «depresivos» en las Formas doméstica y escolar también incluían a los que aluden a la autoimagen negativa. Sin embargo, creemos que esta tendencia a resultados muy altos no está explicada en forma definitiva y debe estudiarse mejor.

La correlación de las observaciones realizadas por la madre o familiar y la maestra alcanzó un nivel apreciable (.44); a su vez, ambas Formas demostraron confiabilidad y consistencia y entre las dos determinaron el 71% de la varianza total. Según esto, estas dos observaciones hubiesen podido bastar para identificar a los «depresivos». Sin embargo, la observación realizada en la ca-

sa del paciente, dando valores más bajos que FC y FE pareció discriminar mejor a los «depresivos» y «no depresivos».

Según la Forma Doméstica, siete ítems diferenciaron a ambos grupos siendo éstos los que aluden a síntomas como tristeza, autoimagen negativa, dolor de cabeza, trastornos del sueño, rechazo de la escuela, desinterés por la vida (expresado verbalmente) y aislamiento social. La superioridad de la FD en este estudio puede deberse a los siguientes factores: el mejor conocimiento por parte de la madre de los estados emocionales del niño, el mayor tiempo que el paciente transcurre en su casa y, especialmente, al método utilizado en este caso para la observación basado en el muestreo durante un mes. Desde un plano ideal, la observación por este tipo de métodos tanto en el ambiente escolar, clínico y doméstico, así como la autoobservación por el mismo niño durante un período de tiempo, utilizando términos muy operativos, sería lo más apropiado para un diagnóstico de las depresiones infanto-juveniles, pero dados los inconvenientes que en la realidad esto plantea cuando se tiene que asistir un número considerable de pacientes, la observación por muestreo en la casa, complementada por información aportada por la maestra como en este estudio, parecería cumplir este propósito con bastante fiabilidad.

Siendo éste un estudio preliminar con esta metodología, es conveniente aplicarlo a muestras mayores y con poblaciones tanto «psiquiátricas» como «normales».

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ALBERT, N. y BECK, A. T. (1975): «Incidence of depression in early adolescence: A preliminary study». *J. Youth Adolescence*, 4:301. Citado por Kovacs y Beck en «Depression in Childhood: diagnosis, treatment and conceptual models». (J. G. Schulerbrandt y A. Raskin, ed.), pp. 1-27, Raven Press, New York, 1977.
2. BIRLESON, P. (1981): «The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self rating scale: a research project». *J. Child Psychol. Psychiat.*, 22, 73-88.
3. CARDOZE, D.: «Las Depresiones Infantiles: un estudio sobre 80 niños». Tesis de Licenciatura. Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla (1979).
4. EY, H.; BERNARD, P y BRISSET, CH. (1974): *Tratado de Psiquiatría*, 6ª edición, Toray-Masson, Barcelona.
5. FROMMER, E. (1968): «Depressive illness in childhood», *Br. J. Psychiatry*, 2:117-123.
6. KAZDIN, A. E. y PETTI, T. A. (1982): «Self-report and interview measures of childhood and adolescent depression». *J. Child Psychol. Psychiat.*, 23, 437-457.
7. KERLINGER, F. N. (1979): «Enfoque conceptual de la investigación del comportamiento». Nueva Editorial Interamericana, S. A., México, D.F.
8. KUHN, V. y KUHN, R. (1972): «Drug Therapy for Depression in children. Indications and methods». En: «Depressive states in childhood and adolescence» (L. Ansell, ed.), pp. 455-459, Almqvist and Wiksell, Stockholm.
9. MARHOLIN II, D. y Bijou, s..w. (1978): «Behavioral Assesment en Child Behavior Therapy» (D. Marholin II, ed.), pp. 13-36, Gardner Press, Inc. New York.
10. MCCONVILLE, B. J.; BOAG, L. C. y Purhoit, a, p. (1973): «Three types of childhood depressions». Citado por Kovacs y Beck en: «Depression in childhood: diagnosis, treatment and conceptual models». (J. G. Schulerbrandt y A. Raskin, ed.), pp. 1-27, Raven Press, New York.
11. POZNANSKI, E. y ZRULL, J. P. (1970): «Childhood depression: clinical characteristics of overtly depressed children». *Arch. Gen. Psychiatry*, 23:8-15.
12. POZNANSKI, E.; COOK, S. C. y CARROLL, B. J. (1979): «A depressions rating scale for children». *Pediatrics*, 64, 442-450.
13. PUIG-ANTICH, J. y CHAMBERS, W. (1978): «Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-age Children» (6-16 años-Kiddie-SADS, New York State Psychiatric Institute, marzo. Citado por Kazdin y Petti en «self-report and interview measures of childhood and adolescent depression». *J. Child Psychol. Psychiat.*, 23, 437-467.
14. ROSS, A. O. (1974): «psychological disorders of children: A behavioral approach to theory, research and therapy». International Student Edition, McGraw-Hill, Kogakushá, Tokyo.
15. SANDLER, J. y JOFFE, W. G. (1965): «Nores in childhood depression». *Int. J. Psychoanal.*, 46:88-96.
16. TOOLAN, J. M. (1962): «Depression in children and adolescents». *Am. J. Orthopsychiatry*, 32:404-414.
17. WEINBERG, W. A.; RUTMAN, J.; SULLIVAN, L.; PENICK, E. C. y DIETZ, S. G. (1973): «Depression in children referred to an educational diagnostic center: Diagnosis and Treatment». *J. Pediatrics*, 83:1065-1072.

