

Características diferenciales de los niños con puntuaciones extremas en el Children's Depression Inventory

LOURDES EZPELETA ASCASO
Universidad Autónoma de Barcelona



Resumen

Se describen las características diferenciales de la población de niños con puntuaciones altas (≥ 19) y bajas (≤ 5) en el Children's Depression Inventory (Kovacs, 1983) a partir de la información de distintas fuentes. Se evaluaron 148 niños de 4.º de EGB de los cuales 68 presentaban puntuaciones ≤ 5 y 80 presentaban puntuaciones ≥ 19 , respecto a nivel de depresión, estilo atribucional, variables cognitivas y rendimiento escolar. Los niños con puntuaciones altas versus los de puntuaciones bajas presentaban mayor severidad de la sintomatología depresiva, un estilo atribucional más depresógeno, menor rendimiento en los subtests de inteligencia que evalúan cierre perceptivo, formación de conceptos no verbales y comprensión de la lectura, su rendimiento escolar fue inferior, tuvieron más problemas de conducta según informaron los padres, eran menos felices según el profesor y menos populares y más deprimidos según sus compañeros.

Abstract

The different characteristics of the population of children with extreme scores on the Children's Depression Inventory (Kovacs, 1983) are described according to the information of different sources. 148 children in the fourth year of grammar school, 80 with CDI scores ≥ 19 and 68 with CDI ≤ 5 , were evaluated with regard to severity of depression, attributional style, cognitive variables and school achievement. Children with high scores «versus» children with low scores showed higher severity of depressive symptomatology, an attributional style more depressive, lower performance in the intelligence subtests that assess gestalt closure, non-verbal concept formation and reading comprehension, the school achievement was inferior, they presented more behavior problems according to the information of the parents, were less happy according to the teacher information and were more depressive following the information of the peers.

Dirección de la autora: Lourdes Ezpeleta. Concepción Arenal, 272, AT-3.
08030 Barcelona

CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LOS NIÑOS CON PUNTUACIONES EXTREMAS EN EL CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY

El autoinforme más usado para la evaluación de la depresión infantil es, sin ninguna duda, el *Children's Depression Inventory* (CDI) (Kovacs, 1983). Las razones que han llevado a los investigadores a utilizar mayoritariamente este instrumento son diversas, y entre ellas podríamos citar el rango de edad para el que está diseñado, los síntomas depresivos que abarca, la simplicidad de su aplicación y corrección y sus buenas propiedades psicométricas.

Este cuestionario cuenta con 27 ítems, cada uno de los cuales ofrece al niño la posibilidad de elegir entre 3 alternativas que reflejan la severidad de cada síntoma.

Existe un número considerable de trabajos de investigación sobre depresión infantil que han utilizado este cuestionario como instrumento de evaluación. Desde 1983 hemos contabilizado 16 artículos en cuyo título aparece el CDI, es decir, que estudian aspectos diversos, generalmente psicométricos, referidos al cuestionario.

Una parte de ellos presentan *datos normativos*. Así, Finch, Saylor y Edwards (1985) aportan normas en función de sexo y nivel escolar con 1.463 niños escolarizados; Nelson, Politano, Finch, Wendel, y Mayhall (1987) trabajan con una muestra de 535 pacientes psiquiátricos hospitalizados de 6 a 17 años, y finalmente Smucker, Craighead y Green (1986) con 1.252 niños normales escolarizados de 8 a 16 años.

Pueden encontrarse datos sobre la *fiabilidad* del cuestionario en Finch, Saylor, Edwards y McIntosh (1987), Helsel y Matson (1984), Kovacs (1983, 1985), Saylor, Finch, Baskin, Saylor, Darnell y Furey (1984), Saylor, Finch, Spirito y Bennet (1984) y Smucker et al. (1986).

La *validez* del CDI ha sido también una cuestión muy estudiada. Los resultados generales indican que el CDI es capaz de discriminar a los niños normales de los patológicos (Carey, Faulstich, Gresham, Ruggiero y Enyart, 1987; Helsel y Matson, 1984; Saylor, Finch, Spirito y Bennett, 1984 y Politano, 1987), pero no diferencia a los niños deprimidos de los niños con otros trastornos (generalmente trastornos de conducta). Sólo los informes de Kovacs, 1983, 1985) presentan datos positivos sobre la capacidad del CDI para diferenciar a grupos con distintas patologías. Otros estudios que presentan datos sobre validez concurrente del CDI son los de Fauber, Forehand, Long, Burke y Faust (1987), Kovacs (1983, 1985), Saylor, Finch, Baskin, Furey y Kelly (1984), Saylor, Finch, Baskin, Saylor, Darnell y Furey (1984), Saylor, Finch, Spirito y Bennet (1984) y Strauss, Forehand, Frame y Smith (1984).

El último bloque de estos trabajos *analiza factorialmente* el cuestionario (Helsel y Matson, 1984; Hodges, Siegel, Mullings y Griffin, 1983; Saylor, Finch, Spirito y Bennett, 1984 y Politano, Nelson, Evans, Sorenson y Zeman, 1986). Los resultados de estos estudios son contradictorios. Unos indican que el CDI es un instrumento unidimensional en muestras normales y multidimensional en muestras clínicas (Hodges et al., 1983; Politano et al., 1986), mientras que otros no encuentran datos a favor de esta hipótesis (Finch et al., 1982; Saylor et al., 1984). Wierzbicki (en prensa) es el único que ha estudiado la *forma para padres* del CDI en población no clínica.

La conclusión de todos estos trabajos es que el CDI presenta unas ópti-

mas propiedades psicométricas y que puede resultar útil para la investigación clínica de la depresión infantil. Ahora bien, la obtención de altas puntuaciones en este cuestionario no implica necesariamente que deban coexistir con un diagnóstico de depresión mayor a la inversa (Kazdin, 1987).

El objetivo de este trabajo consiste en describir las características diferenciales de la población de niños con puntuaciones altas (≥ 19) y bajas (≤ 5) en el CDI desde perspectivas distintas en función de las diferentes fuentes de información consultadas: niño, padres, maestro y compañeros. Se trata de un trabajo paralelo al de Strauss et al. (1984), que aportaba datos sobre la validez concurrente del CDI, utilizando variables distintas pero siguiendo el mismo diseño. La hipótesis de la que se parte es que los niños con puntuaciones más altas en el CDI se diferenciarán significativamente de los niños con puntuaciones más bajas en el sentido de la patología en todas las variables controladas en el estudio.

METODO

Sujetos

Utilizando el CDI como instrumento de **screening** se ha efectuado un estudio epidemiológico de depresión infantil en 6 ciudades españolas (Domenech y Polaino, en prensa). Dentro de este estudio, Ezpeleta (1987) ha evaluado un total de 1.121 niños y niñas de 4.º de EGB de la ciudad de Barcelona. Estos niños fueron seleccionados mediante un muestreo aleatorio por conglomerados entre toda la población escolarizada de este nivel de Barcelona-capital.

En una primera etapa, de los 1.121 niños que contestaron el CDI, 191 obtuvieron puntuaciones iguales o inferiores a 5 y 80 obtuvieron puntuaciones iguales o superiores a 19. En una segunda etapa se valoraron en profundidades diferentes grupos de niños. Entre ellos se examinó la totalidad de los 80 niños con CDI ≥ 19 y una muestra de 68 niños con CDI ≤ 5 extraída al azar del total de 191 niños. La Tabla I recoge las distribuciones de sexo y edad de estos dos grupos.

TABLA I
Distribución de la edad y sexo en los dos grupos

CDI	SEXO	EDAD				TOTALES
		8	9	10	11 + 12	
≤ 5	V	0	20	8	1	29
	H	0	24	13	2	39
≥ 19	V	1	29	10	1	39
	H	1	22	14	2	41
TOTALES		2	95	45	6	148

La puntuación de 19 es la sugerida por Kovacs (1981) a partir de los resultados con una muestra de 875 niños normales escolarizados en Canadá (Friedman y Butler, 1979). Esta puntuación determina sintomatología severa de de-

presión. Asimismo, este valor ha sido utilizado en diversos trabajos (Blechman, McEnroe, Carella y Audette, 1986; Blumberg y Izard, 1985; Lovobits y Handal, 1985; Mullins, Siegel y Hodges, 1985; Sacco y Graves, 1984; Stevenson y Romney, 1984; Strauss et al., 1984) y Smucker et al. (1986), en sus datos normativos para niños normales escolarizados, indican que por encima de este punto se situaba el 10% de la distribución. En la muestra de Barcelona, esta puntuación corresponde al percentil 93, y la puntuación 5 corresponde al percentil 15.

Material

Para estudiar las posibles diferencias entre los grupos con puntuaciones extremas se ha recogido información sobre sintomatología depresiva de los propios niños, padres, maestros y compañeros, además de otros aspectos académicos, cognitivos y familiares.

Información de los niños: Además del CDI los niños contestaron otras pruebas de evaluación de la depresión como la entrevista semi-estructurada «Children's Depression Rating Scale-Revised» (*CDSR-R*) (Poznanski, Grossman, Buchbaum, Banegas, Freeman y Gibbons, 1984) y el cuestionario *KASTAN* o *CASQ* (Kaslow, Tanenbaum y Seligman, 1978, 1981), y a 4 subtests de la batería *K-ABC* (Kaufman y Kaufman, 1983): Cierre gestáltico, Lectura comprensiva, Triángulos y Analogías.

La *CDRS-R* cuenta con 14 ítems en los que el niño informa sobre su estado afectivo y 4 ítems en los que se observa la conducta del niño durante la entrevista, cuyo rango de puntuación oscila entre 1 y 7 puntos en la mayoría de los casos.

El *KASTAN* es un cuestionario para niños basado en la teoría del estilo atribucional que consta de 48 ítems, cada uno de los cuales presenta una situación hipotética con dos atribuciones posibles entre las que el sujeto debe seleccionar una. Las opciones de respuesta corresponden a los dos extremos de una dimensión atribucional. La mitad de las situaciones hacen referencia a resultados positivos y la otra mitad a resultados negativos. Las dimensiones atribucionales evaluadas en las 6 subescalas que lo forman corresponden a Internalidad-Externalidad, Estabilidad-Inestabilidad, Globalidad-Especificidad, todas ellas tanto para acontecimientos positivos como negativos.

La batería de Kaufman es un test de inteligencia y rendimiento de administración individual para niños de 2 años y medio a 12 años y medio. Se seleccionaron los subtests *Cierre gestáltico*, *Triángulos* y *Analogías* de la escala de Procesamiento secuencial, en la que el niño procesa la información integrando varios estímulos para solucionar el problema, y el subtest Lectura Comprensiva de la escala de rendimiento; en este subtests el niño debe demostrar la comprensión de frases leídas mediante la ejecución de la orden que especifica cada frase. *Información de los padres:* Los padres contestaron la Child Behavior Checklist (Achenbach y Edelbrock, 1983), cuyo objetivo es recoger de forma estandarizada la descripción que los padres hacen de la conducta del niño. El cuestionario consta de dos partes: la primera sobre habilidades sociales, y la segunda es un listado de 113 problemas de conducta.

Información de los maestros: Los maestros contestaron la Escala de Sintomatología Depresiva para el Maestro (*ESDM*). Esta escala ha sido creada específicamente para el estudio epidemiológico de la depresión infantil por

Domenech, Monreal y Ezpeleta (1985) ante la falta de un instrumento apropiado para recoger la sintomatología depresiva observable en el aula. Los 16 ítems de que consta se refieren a estado de humor y a aspectos cognitivos, psicomotores y sociales de la depresión que puede observar y registrar el maestro.

Igualmente, los maestros respondieron las preguntas pertenecientes a las escalas «Depresión» y «Felicidad» del Peer Nomination Inventory of Depression (PNID) (Lefkowitz y Tesiny, 1980, 1981). Esta prueba, aunque es un cuestionario de evaluación de la depresión para ser contestado por los compañeros, permitía tener una evaluación por parte del profesor de todos los niños de la clase en cuanto a sintomatología depresiva.

Información de los compañeros: Los niños de cada aula contestaron colectivamente el PNID, una prueba, como ya hemos dicho, de evaluación de la depresión a través de la información proporcionada por los compañeros de la clase, que permite el acceso a esta importante fuente de información. Este cuestionario consta de 21 ítems repartidos en tres subescalas: «Depresión», «Felicidad» y «Popularidad».

Otras variables: Además de esta información se registraron aspectos escolares tales como el número de repeticiones de curso, tipo de centro (público o privado, religioso o laico), centro con coeducación o no, idioma de enseñanza, sexo del profesor, rendimiento escolar; y aspectos familiares como, por ejemplo, profesión y estudios de los padres y lugar que ocupa entre los hermanos.

Procedimiento

El CDI se administró siguiendo las normas que señala su autora (Kovacs, undated) en grupos de 6 niños. A continuación se aplicaba a todos los niños del aula el PNID, siguiendo las normas de aplicación señaladas por Lefkowitz y Tesiny (1981). Los maestros también recibían un ejemplar del cuestionario y se les pedía que nominasen a los niños de su clase que cumplían las características que se especificaban en cada pregunta. Posteriormente contestaban la ESDM referida a cada uno de los niños seleccionados.

En una segunda jornada se entrevistaba a los niños y contestaban además los subtests del K-ABC y el KASTAN. Para la administración de la CDRS-R se contó con la colaboración de cuatro psicólogos, previamente entrenados siguiendo las consignas de Poznanski, Freeman y Mokros (1985), que alternativamente se sucedían en los papeles de «entrevistador» u «observador». Al finalizar la entrevista se discutían las discordancias existentes, de manera que cuando fuera factible se pudieran buscar más fuentes de información que aclararan estos puntos. La evaluación con este instrumento fue realizada doblemente «a ciegas», ya que ni los entrevistadores conocían las puntuaciones obtenidas por los niños en el CDI, PNID y PNID-P, ni los niños conocían el objeto real de la entrevista.

Los subtests del K-ABC se aplicaron individualmente tal como se indica en el manual (Kaufman y Kaufman, 1983), en el siguiente orden: Analogías, Cierre gestáltico, Triángulos y Lectura comprensiva. Finalmente todos los niños seleccionados de cada aula (máximo 9 personas) contestaban el KASTAN. En el caso de problemas de lectura, el aplicador, individualmente, leía los ítems en voz alta.

A los padres se les enviaba un sobre abierto a través de sus hijos que con-

tenía el cuestionario CBC, un cuestionario sobre datos familiares y una carta explicativa que garantizaba el carácter confidencial de la información. Los padres devolvían los cuestionarios en el mismo sobre cerrado.

Los aspectos escolares fueron recogidos de la historia escolar del niño.

El análisis estadístico ha sido efectuado con el Sistema SPSS-X (versión 2.2 para VAX/VMS). Se ha utilizado la prueba *t* de Student-Fisher; en caso de incumplimiento del supuesto de homogeneidad de varianza, éstas se han estimado separadamente y se ha corregido el valor del número de grados de libertad.

Resultados

La Tabla II presenta los resultados de comparar los dos grupos extremos de niños en cuanto a las puntuaciones obtenidas en las diferentes pruebas contestadas por el niño (la variable sexo no se ha incluido porque se ha comprobado previamente que no presenta diferencias significativas). Se observa que los niños con puntuaciones altas en el CDI:

- Tienen mayor severidad de la sintomatología depresiva, según se manifiesta en la entrevista clínica CDRS-R ($t = 8.83$, $p = 0.000$).
- Tienen una menor puntuación en el KASTAN ($t = 8.96$, $p = 0.000$), que corresponde a un estilo atribucional más depresógeno.
- Dentro de esta prueba obtienen menores puntuaciones en la escala de Acontecimientos Positivos ($t = 5.88$, $p = 0.000$), lo que indica que hacen menos atribuciones internas globales y estables para acontecimientos positivos, y por el contrario, obtienen mayores puntuaciones en la escala de Acontecimientos Negativos ($t = 6.86$, $p = 0.000$), que indica que estos niños hacen más atribuciones internas globales y estables para acontecimientos negativos.
- Presentan menos puntuaciones en los subtests de la batería de inteligencia K-ABC que evalúan lectura comprensiva ($t = 2.14$, $p = 0.034$), cierre perceptivo ($t = 2.01$, $p = 0.046$) y formación de conceptos no verbales (Triángulos) ($t = 2.44$, $p = 0.016$).

En la única medida que no se han observado diferencias significativas ha sido en el subtests de analogías ($t = 1.30$, n.s.).

TABLA II
Resultados de las pruebas contestadas por el niño

	CDI ≤ 5 $\bar{x} \pm D.E.$	CDI ≥ 19 $\bar{x} \pm D.E.$	t	p
CDRS-R	20.9 \pm 4.42	30.3 \pm 8.03	8.83	0.000
KASTAN	7.3 \pm 4.12	1.4 \pm 3.66	8.96	0.000
Compuesto positivo	13.9 \pm 2.76	11.3 \pm 2.63	5.88	0.000
Compuesto negativo	6.6 \pm 2.49	9.9 \pm 3.01	6.86	0.000
K-ABC				
Cierre gestáltico	11.8 \pm 2.28	10.8 \pm 3.59	2.01	0.046
Lectura comprensiva	12.3 \pm 3.31	10.9 \pm 4.28	2.14	0.034
Triángulos	5.6 \pm 2.05	4.7 \pm 2.52	2.44	0.016
Analogías	13.3 \pm 3.86	12.4 \pm 4.75	1.30	n.s.

De la información recogida de los *padres* a través de la CBC, se han encontrado las siguientes diferencias (Tabla III). Los *niños* con CDI alto obtuvieron mayores puntuaciones en la escala de problemas de conducta: Hiperactividad ($t = 2.81$, $p = 0.007$). Agresividad ($t = 2.96$, $p = 0.005$) y *Externalizing* ($t = 3.32$, $p = 0.002$); y las *niñas* en las escalas: Retraimiento social ($t = 2.286$, $p = 0.027$), Depresión ($t = 2.65$, $p = 0.011$), *Internalizing* ($t = 2.64$, $p = 0.001$), Hiperactividad ($t = 4.42$, $p = 0.000$), Agresividad ($t = 4.99$, $p = 0.000$), Crueldad ($t = 4.10$, $p = 0.000$), Delincuencia ($t = 2.95$, $p = 0.005$) y *Externalizing* ($t = 5.09$, $p = 0.000$).

Ambos sexos obtuvieron una puntuación total de problemas de conducta significativamente más alta que el grupo con CDI bajo ($t = 5.15$, $p = 0.000$). En el resto de las escalas no se encontraron diferencias significativas.

Estos resultados indican que los niños con puntuaciones altas en el CDI, y especialmente las niñas, presentan según sus padres más problemas de conducta que los niños con puntuaciones bajas.

TABLA III
Resultados de las pruebas contestadas por los padres

	CDI ≤ 5 $\bar{x} \pm D.E.$	CDI ≥ 19 $\bar{x} \pm D.E.$	t	p
NIÑOS				
Agresividad	7.7 \pm 5.26	12.7 \pm 7.11	2.96	0.005
Hiperactividad	4.4 \pm 3.22	6.9 \pm 3.36	2.81	0.007
<i>Externalizing</i>	12.3 \pm 7.28	19.7 \pm 8.93	3.32	0.002
Delincuencia	1.0 \pm 1.49	1.6 \pm 1.62	1.41	n.s.
Retraimiento social	1.4 \pm 1.43	2.2 \pm 2.22	1.57	n.s.
Esquiz-Ansiedad	2.3 \pm 1.80	2.3 \pm 2.14	0.14	n.s.
Depresión	4.9 \pm 2.77	6.0 \pm 3.56	1.29	n.s.
Incomunicación	2.2 \pm 1.80	3.3 \pm 2.61	1.76	n.s.
Obsesiones-Compuls.	3.7 \pm 3.32	5.0 \pm 3.97	1.34	n.s.
Quejas somáticas	1.1 \pm 1.20	1.0 \pm 1.64	0.45	n.s.
<i>Internalizing</i>	11.3 \pm 5.95	14.4 \pm 8.93	1.50	n.s.
NIÑAS				
Depresión	4.8 \pm 3.47	8.0 \pm 4.62	2.65	0.011
Retraimiento social	2.9 \pm 2.98	5.0 \pm 3.33	2.28	0.027
<i>Internalizing</i>	8.2 \pm 7.29	14.0 \pm 7.71	2.64	0.011
Hiperactividad	3.1 \pm 2.88	7.2 \pm 3.49	4.42	0.000
Delincuencia	0.3 \pm 0.62	0.9 \pm 0.83	2.95	0.005
Agresividad	7.0 \pm 4.66	16.5 \pm 8.13	4.99	0.000
Crueldad	0.1 \pm 0.34	1.2 \pm 1.25	4.10	0.000
<i>Externalizing</i>	10.6 \pm 7.03	24.4 \pm 11.25	5.09	0.000
Quejas somáticas	1.6 \pm 2.85	2.0 \pm 1.90	0.19	n.s.
Esquiz.-Obsesiones	0.6 \pm 1.25	1.1 \pm 1.41	1.30	n.s.
Problemas sexo	1.4 \pm 1.50	2.0 \pm 1.83	1.21	n.s.
TOTAL Prob. Conducta	24.3 \pm 12.81	39.5 \pm 16.75	5.15	0.000
TOTAL Habil. Sociales	18.2 \pm 2.96	17.0 \pm 2.49	1.81	n.s.

De la información del *maestro* (Tabla IV) podemos observar que los niños de CDI alto tienen mayor presencia de sintomatología depresiva según indica

la puntuación en la ESDM ($t = 5.34$, $p = 0.000$) y obtienen de éste menos nominaciones en la escala «Felicidad» ($t = 2.72$, $p = 0.008$). Sin embargo, no se encuentran diferencias significativas en cuanto al número de nominaciones en la escala «Depresión» ($t = 1.46$, n.s.).

TABLA IV
Resultados de las pruebas contestadas por el maestro

	CDI ≤ 5 $\bar{x} \pm D.E.$	CDI ≥ 19 $\bar{x} \pm D.E.$	t	p
PNID-Felicidad	0.5 \pm 0.90	0.2 \pm 0.40	2.72	0.008
ESDM	6.2 \pm 6.12	12.0 \pm 6.59	5.34	0.000
PNID-Depresión	0.6 \pm 1.17	0.9 \pm 1.45	1.46	n.s.

Los *compañeros* (Tabla V) diferencian a ambos grupos en cuanto al número de nominaciones en «Depresión» ($t = 3.28$, $p = 0.001$) y «Popularidad» ($t = 3.09$, $p = 0.002$), pero no en el número de nominaciones en «Felicidad» ($t = 1.49$, n.s.).

TABLA V
Resultados de las pruebas contestadas por los compañeros

	CDI ≤ 5 $\bar{x} \pm D.E.$	CDI ≥ 19 $\bar{x} \pm D.E.$	t	p
PNID-Depresión	0.4 \pm 0.52	0.7 \pm 0.85	3.28	0.001
PNID-Popularidad	0.2 \pm 0.16	0.1 \pm 0.14	3.09	0.002
PNID-Felicidad	0.3 \pm 0.27	0.2 \pm 0.24	1.49	n.s.

La única variable escolar de las registradas que señala diferencias significativas entre los grupos es el rendimiento escolar medio del curso académico que se realizaba en el momento del examen. Los niños de CDI alto presentan una media menor ($t = 2.12$, $p = 0.04$).

En cuanto a las variables familiares, se aprecia que en el grupo de CDI alto hay menos niños benjamines que medianos y mayores ($\chi^2 = 14.13$, $p = 0.0009$). El ser el hijo menor de la familia podría ser un factor protector de la depresión infantil.

No se encontraron diferencias significativas en cuanto a sexo ni edad.

DISCUSION

Los resultados que acabamos de revisar permiten confirmar la hipótesis inicial de que los niños con puntuaciones altas en el CDI se diferenciarían de los niños con puntuaciones bajas en el sentido de la patología.

Las conclusiones de este trabajo indican que los niños no clínicos con puntuaciones altas en el CDI se diferencian de los niños con puntuaciones bajas en lo siguiente:

1. Presentan mayor severidad de la sintomatología depresiva (CDRS-R, ESDM).
2. Presentan un estilo atribucional más depresógeno. Este resultado es análogo al encontrado por Nolen-Hoeksema, Girgus y Seligman (1986), Kaslow, Rehm y Siegel (1984) y Seligman, Peterson, Kaslow, Tanebaum, Alloy y Abramson (1984) utilizando idénticos instrumentos (CDI y KASTAN) en niños normales escolarizados.
3. Tienen un menor rendimiento en los subtests de inteligencia que ponen en juego el cierre perceptivo, la formación de conceptos no verbales y la comprensión de la lectura y su rendimiento escolar es inferior. Los déficits cognitivos a que hacen referencia los modelos cognitivo-conductuales de la depresión (teoría de la indefensión aprendida) han sido ampliamente corroborados en muestra de niños de población normal a través de solución de problemas. En este sentido, nuestros resultados concuerdan con los de Blechman, McEnroe, Carella y Audette (1986), Fauber et al. (1987), Kaslow, Tanenbaum, Abramson, Peterson y Seligman (1983), Lefkowitz, Tesiny y Gordon (1980); Nolen-Hoeksema, Girgus y Seligman (1986), Sacco y Graves (1984), Seagull y Weinshank (1984), Strauss, Forehand, Frame y Smith (1984).
4. Presentan más problemas de conducta según la información de los padres. Estudios previos han demostrado la relación entre depresión y problemas de conducta (Jacobsen, Lahey y Strauss, 1983; Leon, Kendall y Garber, 1980; Marriage, Fine, Moretti y Haley, 1983; Norvell y Towle, 1986; Puig-Antich, 1982). En nuestro caso hemos hallado la coexistencia de sintomatología depresiva y sintomatología *Externalizing*, que indica que el humor deprimido en los niños normales sería un aspecto relacionado con otros problemas de conducta.
5. Son menos nominados por el profesor en la escala «Felicidad».
6. Son menos populares y más deprimidos según sus compañeros, resultado concordante con los de Jacobsen et al. (1983).

Referencias

- ACHENBACH, T. M. y EDELBROCK, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- BLECHMAN, E. A., MCENROE, M. J., CARELLA, E. T. y AUDETTE, D. P. (1986). «Childhood competence and depression». *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 223-227.
- BLUMBERG, S. H. e IZARD, C. E. (1985). «Affective and cognitive characteristics of depression in 10 and 11 year-old children». *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 194-202.
- BRUMBACK, R. A., JACKOWAY, M. K. y WEINBERG, W. A. (1980). «Relationships of intelligence to childhood depression in children referred to an educational diagnostic center». *Perceptual and Motor Skills*, 50, 11-17.
- CAREY, M. P., FAULSTICH, M. E., GRESHAM, F. M., RUGGIERO, L., ENYART, P. (1987). «Children's Depression Inventory: Construct and discriminant validity across clinical and nonreferred (control) populations». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 755-761.
- DOMENECH, E., MONREAL, P. y EZPELETA, L. (1985). *Escala de depresión infantil para maestros*

- ESDM. Manuscrito no publicado. Universidad Autónoma de Barcelona, Unidad de Psicopatología Infantil, Bellaterra.
- DOMENICH, E. y POLAINO, A. (Eds.). *Epidemiología de la depresión infantil en España*, en prensa.
- EZPELETA, L. (1987). *Instrumentos de evaluación en epidemiología de la depresión infantil*. (Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona).
- FAUBER, R., FOREHAND, R., LONG, N., BURKE, M. y FAUST, J. (1987). «The relationship of young adolescent Children's Depression Inventory (CDI) scores to their social and cognitive functioning». *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 9, 161-172.
- FINCH, A. J., SAYLOR, C. F. y EDWARDS, G. L. (1988). «Children's Depression Inventory: Sex and grade norms for normal children». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 424-425.
- FINCH, A. J., SAYLOR, C. F., EDWARDS, G. L. y MCINTOSH, J. A. (1987). «Children's Depression Inventory: Reliability over repeated administrations». *Journal of Clinical Child Psychology*, 16, 339-341.
- FRIEDMAN, J. J. y BUTLER, L. F. (1979). *Development and evaluation of a test battery to assess childhood depression*. Final report to Health and Welfare, Canadá.
- HELSEL, W. J. y MATSON, J. L. (1984). «The assessment of depression in children: The internal structure of the Child Depression Inventory (CDI)». *Behavior Research and Therapy*, 22, 289-298.
- HODGES, K. K., KIEGEL, L. J., MULLINS, L. y GRIFFIN, N. (1983). «Factor analysis of the Children's Depression Inventory». *Psychological Reports*, 53, 759-763.
- JACOBSEN, R. H., LAHEY, B. B. y STRAUSS, C. C. (1983). «Correlates of depressed mood in normal children». *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11, 29-39.
- KASLOW, N. J., REHM, L. P. y SIEGEL, A. W. (1984). «Social cognitive correlates of depression in children». *Journal of Abnormal Child Psychology*, 12, 605-620.
- KASLOW, N. J., TANENBAUM, R. L., ABRAMSON, L. Y., PETERSON, C. y SELIGMAN, M. E. P. (1983). «Problem-solving deficits and depressive symptoms among children». *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11, 497-502.
- KASLOW, N. J., TANENBAUM, R. I. y SELIGMAN, M. E. P. (1978). *The KASTAN. A children's attributional style questionnaire*. Manuscrito no publicado. Universidad de Pennsylvania.
- KASLOW, N. J., TANENBAUM, R. I. y SELIGMAN, M. E. P. *The KASTAN (edición revisada)*. Manuscrito no publicado. Universidad de Pennsylvania.
- KAUFMAN, A. S. y KAUFMAN, N. L. (1983). *Kaufman Assessment Battery for Children. Administration and scoring manual*. Circle Pines: American Guidance Service.
- KAZDIN, A. E. (1987). «Assessment of childhood depression: Current issues and strategies». *Behavioral Assessment*, 9, 291-319.
- KOVACS, M. (1981). «Rating scales to assess depression in school-aged children». *Acta Paedopsychiatria*, 46, 305-315.
- KOVACS, M. (1983). *The Children's Depression Inventory: A self-rated depression scale for school-aged youngsters*. Manuscrito no publicado. Universidad de Pittsburgh.
- KOVACS, M. (1985). «The Children's Depression Inventory». *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 995-998.
- KOVACS, M. *Instructions for the administration of the Children's Depression Inventory*. Manuscrito no publicado. Universidad de Pittsburgh, sin fechar.
- LEFKOWITZ, M. M. y TESINY, E. P. (1980). «Assessment of childhood depression». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 43-50.
- LEFKOWITZ, M. M. y TESINY, E. P. (1981). *Peer Nomination Inventory*. Albany: New York State Department of Mental Hygiene.
- LEFKOWITZ, M. M., TESINY, E. P. y GORDON, N. H. (1980). «Childhood depression, family income and locus of control». *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 168, 732-735.
- LEON, G. R., KENDALL, P. C. y GARBER, J. (1980). «Depression in children: Parent, teacher, and child perspectives». *Journal of Abnormal Child Psychology*, 8, 221-235.
- LOBOVITS, D. A. y HANDAL, P. J. (1985). «Childhood depression-Prevalence using DSM-III criteria and validity of parent and child depression scales». *Journal of Pediatric Psychology*, 10, 45-54.
- MARRIAGE, K., FINE, S., MORETTI, M. y HALEY, G. (1986). «Relationship between depression and conduct disorders in children and adolescents». *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25, 687-691.
- MULLINS, L. L., SIEGEL, L. J., HODGES, K. (1985). «Cognitive problem-solving and life events correlates of depressive symptoms». *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 305-314.
- NELSON, W. M., POLITANO, P. M., FINCH, A. J., WENDEL, N., MAYHALL, C. (1987). «Children's Depression Inventory: Normative data and utility with emotionally disturbed children». *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 26, 43-48.
- NOLEN-HOEKSEMA, S., GIRGUS, J. S. y SELIGMAN, M. E. P. (1986). «Learned helplessness in children: A longitudinal study of depression, achievement, and explanatory style». *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 435-442.
- NORVELL, N. y TOWLE, P. O. (1986). «Self-reported depression and observable conduct problems in children». *Journal of Clinical Child Psychology*, 15, 228-232.

- POLITANO, P. M. *The Children's Depression Inventory: A discriminant function analysis of emotionally-disturbed and normal children*. Manuscrito no publicado.
- POLITANO, P. M., NELSON, W. M., EVANS, H. E., SORENSON, S. B. y ZEMAN, D. J. (1986). «Factor analytic evaluation of differences between black and caucasian emotionally disturbed children on the Children's Depression Inventory». *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 8, 1-8.
- POZNANSKI, E. O., FREEMAN, L. N. y MOKROS, H. B. (1985). «Children's Depression Rating Scale Revised (September 1984)». *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 979-989.
- POZNANSKI, E. O., GROSSMAN, J. A., BUCHBAUM, Y., BANEGAS, M., FREEMAN, L. y GIBBONS, R. (1984). «Preliminary studies of the reliability and validity of the Children's Depression Rating Scale». *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, 191-197.
- PUIGANTICH, J. (1982). «Major depression and conduct disorder in prepuberty». *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21, 118-128.
- SACCO, W. P. y GRAVES, D. J. (1984). «Childhood depression, interpersonal problem-solving, and self-ratings of performance». *Journal of Clinical Child Psychology*, 13, 10-15.
- SAYLOR, C. F., FINCH, A. J., BASKING, C. H., FUREY, W. y KELLY, M. M. (1984). «Construct validity for measures of childhood depression: Application of multitrait-multimethod methodology». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32, 977-985.
- SAYLOR, C. F., FINCH, A. J., BASKIN, C. H., SAYLOR, C. B., DARNELL, G. y FUREY, W. (1984). «Children's Depression Inventory: Investigation of procedures and correlates». *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, 626-628.
- SAYLOR, C. F., FINCH, A. J., SPIRITO, A. y BENNETT, B. (1984). «The Children's Depression Inventory: A systematic evaluation of psychometric properties». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 955-967.
- SEAGULL, E. A. W. y WEISHANK, A. B. (1984). «Childhood depression in a selected group of low-achieving 7th graders». *Journal of Clinical Child Psychology*, 13, 134-140.
- SELIGMAN, M. E. P., PETERSON, C., KASLOW, N. J., TANENBAUM, R. L., ALLOY, L. B. y ABRAMSOM, L. Y. (1984). «Attributional style and depressive symptoms among children». *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 235-238.
- SMUCKER, M. R., CRAIGHEAD, W. E., CRAIGHEAD, L. W. y GREEN, B. J. (1986). «Normative and reliability data for the Children's Depression Inventory». *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 25-40.
- STEVENSON, D. T. y ROMNEY, D. M. (1984). «Depression in learning disabled children». *Journal of Learning Disabilities*, 17, 579-582.
- STRAUSS, C. C., FOREHAND, R., FRAME, C. y SMITH, K. (1984). «Characteristics of children with extreme scores on the Children's Depression Inventory». *Journal of Clinical Child Psychology*, 13, 227-231.
- WIERZBICKI, M. «A parent form of the Children's Depression Inventory: Reability and validity in nonclinical populations». *Journal of Clinical Psychology*, en prensa.