

Depresión y factores asociados en niños con puntuaciones extremas en el CDI

L. Ezpeleta; N. de la Osa; LL. Gratacos y D. Pons

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* ¹ a partir de la información de distintas fuentes. Se evaluaron 148 niños de 4º 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, menos 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.

Palabras clave: Children's Depression Inventory (CDI). Depresión infantil.

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 ≤ 5 and 68 with CDI ≥ 19 , 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.

Key words: Children's Depression Inventory (CDI), Children depression.

INTRODUCCION

El autoinforme más usado para la evaluación de la depresión infantil es, sin ninguna duda, el *Children's Depression Inventory* (CDI) ¹. 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 consta de 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 y que simultáneamente se han ocupado de estudiar sus propiedades psicométricas.

Una parte de ellos presentan *datos normativos*. Así, en sujetos escolarizados de edades comprendidas entre 8 y 13 años, el rango de puntuaciones medias oscila entre 8.35 y 13.16²⁻⁴.

Un grupo extenso de trabajos ofrece datos sobre la *fiabilidad* del cuestionario^{1,4, 5-12}. La estabilidad temporal en un intervalo comprendido entre una semana y un año oscila entre .38 y .83 y la consistencia interna entre .83 y .94.

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, pero no diferencia a los niños deprimidos de los niños con otros trastornos (generalmente trastornos de conducta)^{6,11, 13-15}. Sólo los informes de Kovacs^{1,8} presentan datos positivos sobre la capacidad del CDI para diferenciar a

grupos con distintas patologías. Otro bloque de trabajos presenta datos sobre la validez concurrente del CDI (^{1, 3, 8, 10, 11, 16-20}). En estos estudios se valora la relación del CDI con otras medidas de depresión como el *Peer Nomination Inventory of Depression* (PNID;²¹), Kastan (^{22, 23}), o *Child Behavior Checklist* (CBC;²⁴). Las correlaciones del CDI con estas medidas oscilan entre .16 y .71.

Otros trabajos han *analizado factorialmente* el cuestionario^{6, 11, 25-27}. Los resultados de estos estudios son contradictorios. Unos indican que el CDI es un instrumento unidimensional en muestras normales y multidimensional en muestras clínicas ^{25, 26}, mientras que otros no encuentran datos a favor de esta hipótesis^{11,27}.

Finalmente, algunos autores han estudiado la forma para padres del CDI, tanto en poblaciones psiquiátricas^{18, 28} como en población no clínica²⁷.

La conclusión de todos estos trabajos es que el CDI presenta una óptimas 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 y a la inversa³⁰.

Los modelos cognitivo-conductuales han aportado bastantes pruebas en adultos de la importancia del estilo atribucional, las tareas cognitivas y la autoevaluación de la conducta sobre la depresión. Se han observado diferencias significativas entre niños deprimidos y no deprimidos con respecto al estilo atribucional^{17, 18, 31-33}, evidenciándose que los deprimidos tienen una tendencia a presentar un estilo atribucional interno, global y estable para los acontecimientos negativos y externo, específico e inestable para los acontecimientos positivos. Sin embargo, no todas las investigaciones concuerdan en estos resultados³³.

El objetivo de este trabajo consiste en describir las características diferenciales de la población de niños con puntuaciones al-

tas (≥ 19) y bajas (≤ 5) en el CDI a partir de la información del niño, los padres, el maestro y los compañeros. Se trata de un trabajo paralelo al de Strauss et al.²⁰, que aportaba datos sobre la validez concurrente del CDI. 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.

MÉTODO

Sujetos

Utilizando el CDI como instrumento de screening se ha efectuado un estudio epidemiológico de depresión infantil en 6 ciudades españolas³⁴. Dentro de este estudio Ezpeleta³⁵ ha evaluado un total de 1121 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 1121 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 profundidad 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.

La puntuación 19 es la sugerida por Kovacs³⁶ a partir de los resultados con una muestra de 875 niños normales escolarizados en Canadá³⁷. Esta puntuación determinaba sintomatología severa de depresión. Asimismo, este valor ha sido utilizado en diversos trabajos^{20, 38-43} y Smucker et al.⁴, en sus datos normativos para niños normales escolarizados, indican que por encima de este punto se situa-

ba el 10% de la distribución. En la muestra de Barcelona, esta puntuación correspondió al percentil 93, y la puntuación 5 correspondió al percentil 15.

TABLA I
DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD Y SEXO EN
LOS DOS GRUPOS

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	41
	H	1	22	14	2	39
TOTALES	2	95	45	6		148

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* (CDRS-R; 44) y el cuestionario KASTAN o CASQ^{22, 23}, y 4 subtests de la batería K-ABC (45): 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. El rango de puntuación oscila entre 1 y 7 puntos en la mayoría de los casos. Poznanski et al.⁴⁴ obtuvieron una fiabilidad test-retest en un intervalo de 2 semanas de .86 y de .81 en un intervalo de 4 semanas. La fiabilidad entre entrevistadores y la validez de criterio alcanzaron niveles superiores a .85.

ficativamente más alto que las niñas del grupo de CDI bajo en las escalas de Retraimiento social, Depresión, *Internalizing*, Hiperactividad, Agresividad, Crueldad, Delincuencia y *Externalizing*. Ambos sexos obtuvieron una puntuación total de problemas de conducta significativamente más alta que el grupo con

CDI bajo ($t=5.15$, $p=.000$). En el resto de las escalas no se encontraron diferencias significativas. Estos resultados indican que los sujetos con puntuaciones altas en el CDI, y especialmente las niñas, presentan, según sus padres, más problemas de conducta que los individuos con puntuaciones bajas.

TABLA II

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS CONTESTADAS POR EL NIÑO

	CDI \leq 5 X \pm D.E.	CDI \geq 19 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.

TABLA III

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS CONTESTADAS POR LOS PADRES

	CDI \leq 5 X \pm D.E.	CDI \geq 19 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
Externalizing	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.
Internalizing	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
Internalizing	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
Externalizing	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	55.15	0.000
Total habil. sociales	18.2 \pm 2.96	17.0 \pm 2.49	1.81	n.s.

Según la información del maestro (ESDM) los niños con una puntuación alta en el CDI tuvieron mayor presencia de sintomatología depresiva ($t=5.34$, $p=.000$) y obtuvieron menos nominaciones del profesor en la escala «Felicidad» ($t=2.72$, $p=.008$) (Tabla IV). Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en cuanto al número de nominaciones en la escala «Depresión»,

TABLA IV

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS CONTESTADAS POR EL MAESTRO

	CDI \geq 5 X \pm D.E.	CDI \geq 19 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) diferenciaron a ambos grupos en cuanto al número de nominaciones en «Depresión» ($t=3.28$, $p=.001$) y «Popularidad» ($t=3.09$, $p=.002$), pero no en el número de nominaciones en «Felicidad».

TABLA V

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS CONTESTADAS POR LOS COMPANEROS

	CDI \geq 5 X \pm D.E.	CDI \geq 19 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.

Entre las variables escolares registradas, la única variable escolar de las registradas que señaló diferencias significativas entre los grupos fue el rendimiento medio del curso. Los

niños con un CDI alto presentaron una media inferior en rendimiento escolar ($t=2.12$, $p=.04$) que los niños con un CDI bajo.

En cuanto a las variables familiares, se apreció que en el grupo de CDI alto había menos niños benjamines que medianos y mayores ($X^2=14.13$, $p=.0009$). El ser el hijo menor de la familia podría ser un factor protector de la depresión infantil.

No se encontraron diferencias significativas en las variables sexo ni edad.

DISCUSIÓN

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 varios aspectos que se han relacionado ampliamente con el síndrome depresivo. Así, los niños con CDI alto presentaron mayor severidad de la sintomatología depresiva en otros instrumentos que también evalúan depresión, como la CDRS-R y la ESDM.

El modelo reformulado de la indefensión aprendida, teoría del estilo atribucional⁵⁴, afirma que los sujetos deprimidos tienen un estilo atribucional caracterizado por la asignación de los resultados negativos a causas internas, globales y estables, y por la atribución de los resultados positivos a causas externas, específicas e inestables. Los niños con CDI alto se ajustaron totalmente al modelo predicho por la teoría del estilo atribucional. Este resultado es análogo al encontrado por Nolen-Hoekseman et al.⁹, Kaslow et al.⁷ y Seligman et al.¹² utilizando idénticos instrumentos (CDI y KASTAN) en niños normales escolarizados. Sin embargo, a pesar de estas concordancias y aunque se ha demostrado que los niños deprimidos tienen un estilo atribucional más

depresógeno que los niños con otros trastornos psicopatológicos y que los controles normales¹⁷, la teoría del estilo atribucional no se verifica totalmente en algunos estudios^{33, 55}. Un dato importante es el que, en algunos estudios, es más estrecha la relación entre estilo atribucional y depresión en muestras normales que en muestras clínicas^{17,35}. Este hecho puede ser un efecto de los instrumentos de evaluación que habitualmente se utilizan en muestras normales — por lo general, autoinformes — a diferencia de las entrevistas que se utilizan más en poblaciones clínicas. En la muestra de este estudio, por ejemplo, se utilizó el auto-informe CDI para evaluar la sintomatología depresiva. Esto significa, que los resultados de una investigación están en función de los instrumentos de evaluación empleados. De ahí la importancia del estudio exhaustivo de las propiedades psicométricas de los instrumentos de evaluación.

Otras de las variables en las que diferían los niños con puntuaciones altas respecto a los niños con puntuaciones bajas fueron el rendimiento escolar y las tareas cognitivas. Los niños con puntuaciones altas tuvieron 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 fue inferior. Diversos estudios han comprobado previamente esta relación presentando distintas tareas para resolver (historietas, cubos, anagramas, vocabulario, etc.)^{9, 16, 20, 32, 38, 42, 56-58}. La relación entre rendimiento intelectual y depresión puede tener varias interpretaciones. Por un lado, las explicaciones basadas en modelos conductuales postulan que la depresión se produce por la falta de refuerzo positivo o cuando hay mucho castigo. El niño con mal rendimiento cognitivo y académico puede ser menos reforzado y más castigado. Sin embargo, también es factible la explicación contraria, esto es, que el niño deprimido tenga mal rendimiento académico. Por otro lado, puede interpretarse bajo la perspectiva del modelo cognitivo-conductual

de la indefensión aprendida⁵⁹, que considera que las personas deprimidas perciben su conducta como independiente de sus respuestas. La presunción de que los resultados son incontrolables conduce a déficits motivacionales, cognitivos y emocionales. Así, sería de esperar que el niño deprimido presentara un mal rendimiento académico y/o intelectual a consecuencia de estos déficits. El diseño de la investigación no nos permite saber si el rendimiento académico es causa o consecuencia de la depresión.

Aunque la depresión es un problema que se engloba dentro de la patología *Internalizing*, investigaciones previas han demostrado la relación entre depresión y problemas de conducta^{50, 60-63}. En nuestro estudio, los niños con puntuaciones altas en el CDI presentaron más problemas de conducta que los niños con puntuaciones bajas según informaron los padres. La coexistencia de sintomatología depresiva y sintomatología *Externalizing* indica que el humor deprimido en los niños normales sería un aspecto relacionado con otros problemas de conducta. Además, una parte de la sintomatología depresiva es observable (pérdida de interés, agitación psicomotriz, dificultad en la concentración, irritabilidad).

Finalmente, los niños con puntuaciones altas fueron menos nominados por el profesor en la escala de *Felicidad* del PNID, y los compañeros los identificaron como menos populares y más deprimidos. En el DSM-III⁶⁴ se incluía en el cuadro distímico el síntoma de *retraimiento social*. En la versión DSM-III-R⁶⁵ este síntoma ha desaparecido. Sin embargo, nuestro estudio y otras investigaciones^{42, 50, 66} muestran que la sintomatología depresiva conlleva aislamiento social, que puede ser la consecuencia de otros síntomas depresivos como la apatía y la pérdida de interés.

En síntesis, los niños con puntuaciones altas en el CDI, en comparación con los niños con puntuaciones bajas, presentaron mayor severidad de la sintomatología depresiva, un estilo atribucional más depresógeno, menor

rendimiento escolar y en tareas cognitivas, más problemas de conducta y fueron identificados en el ambiente escolar como menos felices y populares y más deprimidos.

Algunos autores^{11, 31} han apuntado la posibilidad de que los auto-informes de depresión puedan estar midiendo psicopatología general más que ser una medida específica de depresión. Por esta razón, nuestros resultados, obtenidos en una muestra no deprimida de la población general, no pueden generalizarse a poblaciones clínicas, en las que los niños con puntuaciones altas en el CDI podrían tener características distintas.

Bibliografía

1. KOVACS, M. *The Children's Depression Inventory: A self-rated depression scale for school-aged youngsters*. Unpublished manuscript, University of Pittsburgh, 1983.
2. FINCH, A.J., SAYLOR, C.F. Y EDWARDS, G.L. CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY: Sex and grade norms for normal children. *J. Consult & Clin Psychol*, 53, 424-425, 1985.
3. GHAREEB, G.A. Y BESHAI, J.A. ARABIC VERSION OF THE CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY: RELIABILITY AND VALIDITY. *J. Clin Child Psychol*, 18, 323-326, 1989.
4. SMUCKER, M.R., CRAIGHEAD, W.E., CRAIGHEAD, L.W., Y GREEN, B.J. NORMATIVE AND RELIABILITY DATA FOR THE CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY. *J. Abnorm Child Psychol*, 14, 25-40, 1986.
5. FINCH, A.J., SAYLOR, C.F., EDWARDS, G.L. Y MCINTOSH, J.A. CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY: Reliability over repeated administrations. *J. Clin Child Psychol*, 16, 339-341, 1987.
6. HELSEL, W.J. Y MATSON, J.L. THE ASSESSMENT OF DEPRESSION IN CHILDREN: The internal structure of the Child Depression Inventory (CDI). *Behav Res & Ther*, 22, 289-298, 1984.
7. KASLOW, N.J., REHM, L.P. Y SIEGEL, A.W. SOCIAL COGNITIVE CORRELATES OF DEPRESSION IN CHILDREN. *J. Abnorm Child Psychol*, 12, 605-620, 1984.
8. KOVACS, M. THE CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY. *Psychopharmacol Bull*, 21, 995-998, 1985.
9. NOLAN-HOEKSEMAN S., GIRGUS, J.S. Y SELIGMAN, M.E.P. LEARNED HELPLESSNESS IN CHILDREN: A longitudinal study of depression, achievement, and explanatory style. *J. Pers Soc. Psychol*, 51, 435-442, 1986.
10. SAYLOR, C.F., FINCH, A.J., BASKIN, C.H., SAYLOR, C.B., DARNELL, G. Y FUREY, W. CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY: INVESTIGATION OF PROCEDURES AND CORRELATES. *J. Am Academy Child Psychiatry*, 23, 626-628, 1984.
11. SAYLOR, C.F., FINCH, A.J., SERRITO, A. Y BENNETT, B. THE CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY: A systematic evaluation of psychometric properties. *J. Consult & Clin Psychol*, 52, 955-967, 1984.
12. SELIGMAN, M.E.P., PETERSON, C., KASLOW, N.J., TANENBAUM, R.L., ALLOY, L.B. Y BRAMSON, L.Y. ATTRIBUTIONAL STYLE AND DEPRESSIVE SYMPTOMS AMONG CHILDREN. *J. Abnorm Psychol*, 93, 235-238, 1984.
13. CAREY, M.P., FAULSTICH, M.E., GRESHMAN, F.M., RUGGIERO, L., ENYART, P. Children's Depression Inventory: Construct and discriminant validity across clinical and nonreferred (control) populations. *J. Consult & Clin Psychol*, 55, 755-761, 1987.
14. POLITANO, P.M. *The Children's Depression Inventory: A discriminant function analysis of emotionally-disturbed and normal children*. Unpublished manuscript, 1987.
15. POLITANO, P.M., BINGER, D.L. Y NELSON, W.M. Comparisons of conduct and affective disordered youth: A psychometric investigation of responses to the Children's Depression Inventory. *J. Clin Child Psychol*, 30, 431-438, 1989.
16. FAUBER, R., FOREHAND, R., LONG, N., BURKE, M. Y FAUST, J. The relationship of young adolescent Children's Depression Inventory (CDI) scores to their social and cognitive functioning. *J. Psychopathol Behav Assess*, 9, 161-172, 1987.
17. KASLOW, N.J., REHM, L.P., POLLACK, S.L. Y SIEGEL, A.W. Attributional style and self-control behavior in depressed and nondepressed children and their parents. *J. Abnorm Child Psychol*, 16, 163-175, 1988.
18. SKAZDIN, A.E. IDENTIFYING DEPRESSION IN CHILDREN: A comparison of alternative selection criteria. *J. Abnorm Child Psychol*, 17, 437-454, 1989.
19. SAYLOR, C.F., FINCH, A.J., BASKIN, C.H., FUREY, W. Y KELLY, M.M. Construct validity for measures of childhood depression: Application of multitrait-multimethod methodology. *J. Consult & Clin Psychol*, 32, 977-985, 1984.
20. STRAUSS, C.C., FOREHAND, R., FRAME, C. Y SMITH, K. Characteristics of children with extreme scores on the Children's Depression Inventory. *J. Clin Child Psychol*, 13, 227-231, 1984.
21. LEFKOWITZ, M.M. Y TESINY, E.P. Assessment of childhood depression. *J. Consult & Clin Psychol*, 48, 43-50, 1980.
22. KASLOW, N.J., TANENBAUM, R.I. Y SELIGMAN, M.E.P. *The KASTAN A children's attributional style questionnaire*. Unpublished manuscript, University of Pennsylvania, 1978.
23. KASLOW, N.J., TANENBAUM, R.I. Y SELIGMAN, M.E.P. *The KASTAN (revised edition)*. Unpublished manuscript. University of Pennsylvania, 1981.
24. ACHENBACH, T.M. Y EDELBROCK, C. *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry, 1983.
25. HODGES, K.K., SIEGEL, L.J., MULLINS, L. Y GRIFFIN, N. Factor analysis of the Children's Depression

- Inventory. *Psychol Rep*, 53, 759-763, 1983.
26. POLITANO, P.M., NELSON, W.M., EVANS, H.E., Sorenson, S.B. y Zeman, D.J. Factor analytic evaluation of differences between black and caucasian emotionally disturbed children on the Children's Depression Inventory. *L. Psychopathol Behav Assess*, 8, 1-8, 1986.
 27. FINCH, A.J., FLEMING, C.C. y SPIRITO, A. *Factor analysis of the CDI with emotionally disturbed children*. Unpublished manuscript. Virginia Treatment Center for Children, 1982.
 28. TREIBER, F.A. y MABE, P.A. Cognitive vulnerability in children at risk for depression. *J. Abnorm Child Psychol*, 15, 115-124, 1987.
 29. WIERZBICKI, M. A. parent form of the Children's Depression Inventory: Reliability and validity in nonclinical populations. *J. Clin Psychol*, 43, 390-397, 1987.
 30. KAZDIN, A.E. Assessment of childhood depression: Current issues and strategies. *Behav Assess*, 9, 291-319, 1987.
 31. ASARNOW, J.R. y BATES, S. Depression in child psychiatric inpatients: Cognitive and attributional patterns. *J. Abnorm Child Psychol*, 16, 601-615, 1988.
 32. MEYER, N.E., DYCK, D.G. y PETRINACK, R.J. Cognitive appraisal and attributional correlates of depressive symptoms in children. *J. Abnorm Child Psychol*, 17, 325-336, 1989.
 33. BENFIELD, C.Y., Palmer, D.J. Pfefferbaum, B. y Stowe, M.J. A comparison of depressed and nondepressed disturbed children on measures of attributional style, hopelessness, life stress, and temperament. *J. Abnorm Child Psychol*, 16, 397-410, 1988.
 34. DOMENECH, E. y POLAINO, A. (Eds.). *Epidemiología de la depresión infantil en España*. Barcelona: Espaxs, 1990.
 35. EZPELETA, L. *Instrumentos de evaluación en epidemiología de la depresión infantil*. Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona, 1987.
 36. KOVACS, M. Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiat*, 46, 305-315, 1981.
 37. FRIEDMAN, J.J. y BUTLER, L.F. *Development and evaluation of a test battery to assess childhood depression*. Final report to Health and Welfare, Canada, 1979.
 38. BLECHMAN, E.A., MCENROE, M.J., CARELLA, E.T. y AUDETTE, D.P. Childhood competence and depression. *J. Abnorm Psychol*, 95, 223-227, 1986.
 39. BLUMBERG, S.H. E IZARD, C.E. Affective and cognitive characteristics of depression in 10 and 11 year-old children. *J. Pers Soc Psychol*, 49, 194-202, 1985.
 40. LOBOVITS, D.A. y HANDAL, P.J. Childhood depression. Prevalence using DSM-III criteria and validity of parent and child depression scales. *J. Pediat Psychol*, 10, 45-54, 1985.
 41. MULLINS, L.L., SIEGEL, L.J., HODGES, K. Cognitive problem-solving and life events correlates of depressive symptoms. *J. Abnorm Child Psychol*, 13, 305-314, 1985.
 42. SACCO, W.P. y GRAVES, D.J. Childhood depression, interpersonal problem-solving, and self-rating of performance. *J. Clin Child Psychol*, 13, 10-15, 1984.
 43. STEVENSON, D.T. y ROMNEY, D.M. Depression in learning disabled children. *J. Lear Disabil*, 17, 579-582, 1984.
 44. POZNANSKI, E.O., GROSSMAN, J.A., BUCHBAUM, Y., BANEGAS, M., FREEMAN, L. y GIBBONS, R. Preliminary studies of the reliability and validity of the Children's Depression Rating Scale. *J. Am Academy Child Psychiatry*, 23, 191-197, 1984.
 45. KAUFMAN, A.S. y KAUFMAN, N.L. *Kaufman Assessment Battery for Children. Administration and scoring manual*. Circle Pines: American Guidance Service, 1983.
 46. DOMENECH, E., MONREAL, P. y EZPELETA, L. *Escala de depresión infantil para maestros ESDM*. Manuscrito no publicado. Universidad Autónoma de Barcelona, Unidad de Psicopatología infantil, Bellaterra, 1985.
 47. EZPELETA, L. y GARCIA, A. Instrumentos de evaluación empleados en la investigación. En E. Domènech y A. Polaino (Eds.), *Epidemiología de la depresión en España* (pp. 131-142). Barcelona: Espaxs, 1990.
 48. POLAINO, A. y DOMENECH, E. Utilidad y limitaciones de la escala PNID en la evaluación de la depresión infantil. *Rev. Psiquiat. Fac. Med. Barcelona*, 17, 12-20, 1990.
 49. TESINY, E.P. y LEFKOWITZ, M.M. Childhood depression: A 6 month follow-up study. *J. Consult & Clin Psychol*, 50, 778-780, 1982.
 50. JACOBSEN, R.H., LAHEY, B.B. y STRAUSS, C.C. Correlates of depressed mood in normal children. *J. Abnorm Child Psychol*, 11, 29-39, 1983.
 51. KOVACS, M. *Instructions for the administration of the Children's Depression Inventory*. Unpublished manuscript, University of Pittsburgh, sin fecha.
 52. LEFKOWITZ, M.M. y TESINY, E.P. *Peer Nomination Inventory*. Albany: New York State Department of Mental Hygiene, 1981.
 53. POZNANSKI, E.O., Freeman, L.N. y Mokros, H.B. Children's Depression Rating Scale-Revised (September 1984). *Psychopharmacol Bull*, 21, 979-989, 1985.
 54. ABRAMSON, L.Y., Seligman, M.E.P. y Teasdale, J.D. Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *J. Abnorm Psychol*, 87, 49-74, 1978.
 55. ROBINS, C.J. y HINKLEY, K. Social-cognitive processing and depressive symptoms in children: A comparison of measures. *J. Abnorm Child Psychol*, 17, 29-36, 1989.
 56. KASLOW, N.J., TANENBAUM, R.L., ABRAMSON, L.Y., PETERSON, C. y SELIGMAN, M.E.P. Problem-solving deficits and depressive symptoms among children. *J. Abnorm Child Psychol*, 11, 497-502, 1983.
 57. LEFKOWITZ, M.M., Tesiny, E.P. y Gordon, N.H. Childhood depression, family income and locus of control. *J. Nerv Ment Dis*, 168, 732-735, 1980.
 58. SEAGULL, E.A.W. y WEISHANK, A.B. Childhood depression in a selected group of low-achieving 7th graders. *J. Clin Child Psychol*, 13, 134-140, 1984.
 59. SELIGMAN, M.E.P. *Helplessness: On depression development and death*. S. Francisco: Freeman, 1975.
 60. LEON, G.R., KENDALL, P.C. y GARBER, J. Depression in children: Parent, teacher, and child perspectives. *J. Abnorm Child Psychol*, 8, 221-235, 1980.

61. MARRIAGE, K., FINE, S., MORETTI, M. Y HALEY, G. Relationship between depression and conduct disorders in children and adolescents. *J. Am Academy Child Psychiatry*, 25, 687-691, 1986.
62. NORVELL, N. Y TOWLE, P.O. Self-reported depression and observable conduct problems in children. *J. Clin Child Psychol*, 15, 228-232, 1986.
63. PUIG-ANTICH, J. Major depression and conduct disorder in prepuberty. *J. Am Academy Child Psychiatry*, 21, 118-128, 1982.
64. APA. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington: Author, 1980.
65. APA. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed. rev.). Washington: Author, 1987.
66. ALTMAN, E.O. y Gotlib, I.H. The social behavior of depressed children: An observational study. *J. Abnorm Child Psychol*, 16, 29-44, 1988.