

# ASPECTOS EVALUATIVOS Y DIAGNOSTICOS DE LAS DEPRESIONES INFANTILES

## SISTEMAS OBJETIVOS DE MEDIDA: EXPERIENCIAS CON EL INVENTARIO ESPAÑOL DE DEPRESIONES INFANTILES (C.E.D.I.) Modificado. DE KOVACS Y BECK

Autores: J. Rodríguez Sacristán  
D. Cardoze  
J. Rodríguez Martínez  
M. L. Gómez-Añón  
P. Benjumea Pino  
J. Pérez Ríos

Unidad Docente de Psiquiatría Infantil (Prof. Rodríguez-Sacristán).  
Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina, Sevilla.

Los trabajos y las investigaciones que se incluyen a continuación tienen un interés común: intentar avanzar en la investigación cuyo objetivo es encontrar formas eficaces y seguras de evaluar los fenómenos clínicos que englobamos bajo el epígrafe de Depresión Infantil.

Somos conscientes de las dificultades que ello representa. Hacemos nuestras las prudentes palabras de María Kovacs en 1981, cuando afirma lo siguiente: «Las Escalas disponibles para el diagnóstico de las Depresiones Infantiles son prometedoras, pero todavía están en un período de experimentación.

Todavía no pueden ser usadas como medio auxiliar de diagnóstico». Nuestra intención es la de partir de este punto para aportar nuestra experiencia por si pudiera resultar útil.

Es evidente que estas pruebas han despertado el interés de los investigadores, los más importantes son: Petti, Weimberg, Albert, Beck, Kovacs, P. Antich, Lefkovitz, Lang, etc. Han sido varias las propuestas de diversos autores con diferentes criterios, que han presentado unos sistemas de medida que podríamos resumir esquemáticamente así:

## 1. TECNICAS AUTOEVALUATIVAS

1. INVENTARIO PARA LA DEPRESION EN EL NIÑO (CDI).  
Autor: Kovacs y Beck, 1978, 1981.
2. INVENTARIO RESUMIDO PARA LA DEPRESION EN EL NIÑO (SCDI).
3. CDS. ESCALA DE DEPRESION DE NIÑOS.  
Autores: Lang y Tisher.
4. ESCALA AUTOEVALUATIVA DE BIRLESON, 1981.
5. MNZUNG, LEFKOVITZ, 1980.

## 2. ESCALAS DE VALORACION CLINICA

- INDICE DE DEPRESION DE BELLEVUE (BID).  
Autor: Lang y Weimberg, 1973 y Petti 1978.  
40 items. Buena fiabilidad.
- ESCALA DE EVALUACION DE DEPRESION EN NIÑOS (CDRS).  
Autor: Pozanski 79. Sigue la Escala de Hamilton. Buena fiabilidad.
- ESCALA DE EVALUACION AFECTIVA EN NIÑOS (CARS).  
Autor: Cytrin y Mc Knew, 1979.

## 3. LA EVALUACION POR SUS COMPAÑEROS

- INVENTARIO NOMINACION POR SUS IGUALES PARA LA DEPRESION EN NIÑOS.  
Autor: Lefkowitz, 1980.  
Preguntas a compañeros. Ej.: ¿Quién no juega?

## 4. ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS O ESTRUCTURADAS UTILES PARA EL DIAGNOSTICO DE LAS DEPRESIONES INFANTILES

- K-SADS. Autor: Chambers y Puig-Antich, 1978. Basado en SADS: Entrevistas programadas para adultos de Depresión y Esquizofrenia. Muy útil. Fiable.
- ENTREVISTA PROGRAMADA PARA NIÑOS (ISC).  
Autor: Kovacs, 1977.  
Responde a «Clusters» de depresión. Todas estas pruebas tienen de común el hecho de estar basadas, al mismo tiempo, en criterios clínicos y cuantitativo-psicométricos. Algunas son modificaciones de pruebas ya bien conocidas por su aplicación en el adulto y, otras, están pensadas y centradas en el niño con criterios propiamente cronopsicopatológicos.
- Como material hemos utilizado las siguientes pruebas:
1. C.E.D.I. INVENTARIO ESPAÑOL DE DEPRESIONES INFANTILES. Traducción, Validación, Baremación, Peso de cada items.
  2. ESCALA AUTOEVALUATIVA DE BIRLESON. Traducción, Adaptación, Validación, Baremación, Peso de cada items.
  3. R.O.D.I. REGISTRO OBSERVACIONAL DE LAS DEPRESIONES INFANTILES. Autor: D. Cardoze, 1982.
  4. ESCALA DE NOMINACION POR SUS IGUALES. (Peer Nomination.) Traducción, Adaptación, Validación, Baremación, Peso de cada items y valor clínico.
  5. CUESTIONARIO PARA DETERMINAR LA PERSONALIDAD PREDEPRESIVA EN EL ADOLESCENTE: MNTS-24. Traducción, Adaptación, Experiencia Clínica.
  6. C.D.S. Traducción, Experiencia Clínica.

Nuestro interés se centra en contestar a las siguientes preguntas:

1.<sup>a</sup> ¿Son válidas estas escalas en culturas diferentes a aquellas en las que se han estandarizado primitivamente?

No olvidemos que la expresión de las vivencias afectivas infantiles normales y patológicas van a estar mediatizadas por las experiencias culturales y consecuentemente psicolingüísticas.

2.<sup>a</sup> ¿Qué inconvenientes nos ha presentado la traducción, adaptación y baremación de estas pruebas en nuestro medio?

3.<sup>a</sup> ¿De nuestro trabajo qué instrumentos pueden considerarse como útiles para su aplicación en la clínica y permitirnos así conocer mejor el conjunto de los fenómenos depresivos en la infancia?

El inventario C.E.D.I., fue motivo de una Tesis del Dr. Cardoze en su estancia en nuestro Servicio. Realizamos una traducción, adaptación, baremación y valoración de esta prueba.

La modificación, consistió en hacer los siguientes cambios:

De los 13 temas iniciales de Kovacs, 1976 de la versión de 1977:

Tristeza, pesimismo, sentido del fracaso, insatisfacción, sentido de culpa, descontento consigo mismo, aislamiento social, indecisión, cambios de la autoimagen, dificultad para el trabajo, fatigabilidad y anorexia.

Se eliminaron algunos, y se añadieron otros quedando de la forma siguiente:

Trastornos del sueño, anorexia, irritabilidad, aislamiento, sentimiento de fracaso, fatigabilidad, dificultad para el trabajo, tristeza, autolisis, llanto, insatisfacción, pesimismo, autoimagen, quejas somáticas, actitud ante la escuela, y culpabilidad.

Los items trastornos del sueño, irritabilidad, llanto, quejas somáticas, se encuentran en el Beck Depresión Inventory (revisión de 1973), y no en el CDI. Por otro lado los items «descontento consigo mismo» e «Indecisión» fueron eliminados en nuestra adaptación. Introdujimos un nuevo item, no presente en el CDI de Kovacs ni el original de Beck.

Un cambio importante, pues, el hacer dos pruebas diferentes, una para niños de 5 a 10 años y otra para niños de 10 a 16 años: La forma aplicable a niños más pequeños CEDI (m), era contestada por la madre, el padre o la persona encargada del niño. La forma de niños mayores CEDI (M) lo fue por los mismos niños salvo en el caso de necesidad en que el padre, la madre o el examinador, le leían los items de la Escala.

Cada items no modificado del CEDI, se dividió en tres niveles para los niños de 5 a 10 años (0, 1, 2) y en cuatro niveles para los niños de 11 a 16 años, siguiendo los mismos subtests que en el original de Beck y adaptándose a los niños pequeños en la 1.<sup>a</sup> forma.

	<b>CEDI-P</b>	<b>CEDI-M</b>
	(5-10 años)	(11-16 años)
Niños sin depresión	0 - 6 puntos	0 - 6 puntos
Niños con depresión ligera	7 - 12 »	7 - 12 »
Niños con depresión moderada	13 - 17 »	13 - 17 »
Niños con depresión severa	18 - ó más	18 - ó más

## VALIDACION

Al ser una variable continua (CEDI) y la otra discontinua (diagnóstico clínico), hemos utilizado el Coeficiente de correlación biseral-puntual.

### MUESTRA I:

La población (N = 56) sujetos la hemos dividido en dos grupos: depresivos según diagnóstico clínico (N = 32) y no depresivos (N = 24). La correlación obtenida entre diagnóstico clínico y CEDI es de 0,49. Este Coeficiente de Correlación es significativo al punto 0,001, es decir, que el CEDI se muestra altamente discriminativo con respecto a la Depresión. El Coeficiente de Correlación obtenido puede ser usado como criterio de validez.

Si conseguimos la atenuación debido al error de medición y diagnóstico, este coeficiente de validez asciende a 0,55. Un coeficiente alto si tenemos en cuenta que sus valores medios suelen oscilar entre 0,40 y 0,60.

GRUPO I	—	160	alumnos	(Sin depresión)	35'16%
GRUPO II	—	191	»	(Depres. ligera)	41'98%
GRUPO III	—	65	»	(Depres. moderada)	14'29%
GRUPO IV	—	39	»	(Depres. severa)	8'57%

Posteriormente, hemos averiguado las medidas obtenidas por los sujetos en función del diagnóstico. Se han establecido cuatro grupos, obteniéndose los siguientes valores:

El resultado de 5,056 4,16— significativa al P. 0,01, y merece decir que el CEDI discrimina a los depresivos del resto de los diagnósticos clínicos.

En esta muestra inicial trabajamos con 80 niños atendidos en el Servicio de Psiquiatría Infantil, del Hospital Universitario de Sevilla. 32 con diagnóstico de depresión y una muestra control de 22 niños sin historia psiquiátrica. En

una fase posterior hemos trabajado con 478 niños, cuyas características de la muestra han sido las siguientes:

MUESTRA II: 455 alumnos de ambos sexos: 327 niños y 128 niñas.

- Edad de 10 años a 15 años.  
Total de la muestra, 455 alumnos de ambos sexos; 327 niños y 128 niñas.
- Se aplicó el CEDI en tres Colegios de Sevilla de E.G.B. en los Cursos 5º, 6º, 7º y 8º.
- Status Social de la muestra 1ª de los Colegios es de alumnos de clase social media alta, los otros dos son de alumnos de clase media.
- La muestra se distribuye en cuatro grupos, según la puntuación total que cada alumno obtiene en la autoevaluación del CEDI, según en la Baremación anterior.

La distribución en frecuencias de la muestra fue la siguiente:

Los grupos I y II, suman 77,14% del total. No existe diferencia de sexos significativa. Se aplicó estadístico de Kuver.

## RESULTADOS

Considerados globalmente, los cuatro grupos son significativos a nivel P. 001.

GRUPO I / el GRUPO II:

Comparando el C.I. con el G. II (no depresión con depresión ligera),<sup>1</sup> encontramos diferencias significativas a un nivel P. 001, en todos los ítems, excepto en el n.º 15 (Actitud ante la escuela), que no hay diferencia significativa.

#### GRUPO G. I / el G. III:

Comparando el G. I (no depresión) con el G. III (depres. moderada), encontramos diferencias significativas a un nivel P. 001 en todas las preguntas, excepto en la pregunta n.º 15 (actitud ante la escuela), en que la diferencia significativa lo es a un nivel P. 005.

#### GRUPO II / el GRUPO III:

Encontramos diferencia a un nivel P. 001, en los ítems: 4, aislamiento social; 5 sentido de fracaso; 6, tristeza; 13, autoimagen.

Diferencias significativas a un nivel P. 005 en: irritabilidad, 10 llanto, 14 quejas somáticas.

Menor significación obtenemos en los ítems, 12, 9, 2, 6 y 16.

No encontramos diferencias significativas en los ítems 1 trastornos del sueño, 11 insatisfacción, 14 dificultad para el trabajo, 15 actitud ante la escuela.

#### GRUPO II / el GRUPO IV:

Hay diferencia significativa a un nivel P. 001, en todos los ítems, excepto en el n.º 1: Trastornos del sueño.

#### GRUPO III / el GRUPO IV:

Tan solo encontramos diferencia significativa a un nivel P. 001 en el ítem 10. — llanto y P. 005 en 11 y 12.

No encontramos diferencia significativa en el resto de los ítems.

#### ANÁLISIS DE RESULTADOS SEGUN ÍTEMS.

##### 1. Trastornos del sueño:

Aparece al comienzo de la Depresión ligera, aumenta ligeramente según avanza el grado de la Depresión.

##### 2. Anorexia:

Aparición temprana.

Síntoma que se estabiliza al llegar a la Depresión moderada; entre el G. III y el G. IV no hay diferencia significativa.

##### 3. Irritabilidad:

Idem al anterior, aparición temprana, pero es más significativa la diferencia entre G. II y G. III P. 005.

##### 4. Aislamiento social:

Aumenta con el grado de depresión, pero no discrimina entre la moderada y la severa.

##### 5. Sentimiento de fracaso:

Síntoma gradual. No discrimina entre G. II y G. III.

##### 6. Fatigabilidad:

Aparición temprana y gradual. No discrimina entre G. III y G. IV.

##### 7. Dificultad para el trabajo:

Discrimina entre G. I y G. II, entre G. II y G. IV.

Discrimina la depresión severa.

##### 8. Tristeza:

Síntoma de aparición temprana. Se mantiene gradualmente. No aparece diferencia significativa entre G. III y G. IV.

##### 9. Autolisis:

Síntoma totalmente gradual.

Aumenta con el grado de depresión en el inventario desde G. I a G. IV. Hay diferencia significativa entre todos los grupos.

##### 10. Llanto:

Síntoma totalmente gradual; graduación más adecuada que en la autolisis. Significativo de todos los grupos.

##### 11. Insatisfacción:

Una de las preguntas que más discrimina entre G. II y G. III.

##### 12. Pesimismo:

Síntoma gradual.

Significativa del G. I al G. IV.

##### 13. Autoimagen:

Se estabiliza en el G. III. No discrimina el G. III del G. IV.

1. Esta terminología está referida exclusivamente a la puntuación obtenida en el CEDI, y no a criterios clínicos.

14. Quejas somáticas:

Se estabiliza en el G. III. No discrimina entre el G. III y el G. IV.

15. Actitud ante la escuela:

No aparece diferencias significativas de los G. I con el G. II, y del G. II con el G. III.

Esta pregunta comienza a ser evaluada, incluso por los alumnos del grupo G. I (sin depresión), a partir de la opción B—No me gusta ir al colegio.

16. Sentimiento de culpa:

Síntoma gradual.

La autoevaluación, como en la anterior, comienza a partir incluso en el G. I a partir de la opción B—Me siento culpable algunas veces.

## CONCLUSIONES

A) Insistir en la conveniencia de seguir la investigación en torno a las Escalas de Evaluación de las Depresiones Infantiles. No se discute las ventajas que puede aportar su uso y su utilidad para unificar criterios y lenguaje entre los clínicos, para facilitar la eficacia en la investigación y para un mejor conocimiento de los fenómenos clínicos.

Se trata de no hacer todavía uso generalizado e indiscriminado de todos estos instrumentos de trabajo, sino de completar la investigación en aquellos que parecen tener mayor utilidad.

B) En esa línea de continuación de la Investigación consideramos prioritario:

1º Cuidar extraordinariamente la adaptación a distintos idiomas y culturas, especialmente en el plano lingüístico de cada una de estas pruebas.

2º Escoger aquellas Escalas que veamos más útiles en relación a los fines clínicos o de investigación que se pretendan.

3º En ese sentido y según nuestra experiencia, la prueba más fiable en este momento es el CIDI de Kovacs y Beck.

4º Pensamos que esta prueba puede ser modificada con arreglo a los fines clínicos, culturales, comportamentales y evolutivos que convengan, todo ello con las debidas exigencias científicas standard.

5º Pensamos que las modificaciones deben llevar incluido una mayor flexibilización en la consigna, admitiendo criterios doctrinales diversos registros, observación comportamental o identificación de estructuras fenomenológicas, categoriales en relación a la forma clínica.

C) En cuanto a otras Escalas, de las que hemos hecho mención según nuestra experiencia:

1º Pensamos que la Escala de Birleson tiene posibilidades de aplicación por su facilidad de ejecución y por su seguridad científica.

2º Creemos que la técnica de la Peer Nomination tiene dificultades formales que nos hacen pensar en la consecuencia de facilitar su aplicación, modificando las consignas. Creemos conveniente seguir investigando en ella el extraordinario interés que tienen que detectar una afectividad psicológica alterada depresiva en grandes poblaciones infantiles.

3º En cuanto a la Escala de CDS, creemos que es una prueba de interés en la que los datos experimentales que poseemos el día de hoy son aún insuficientes.

**CEDI - I (5-10 años)**

**CUESTIONARIO ESPAÑOL  
DE DEPRESION INFANTIL**

**(Rodríguez Sacristán y Cardoze.  
Modificado de Beck)**

Nombre .....

Edad..... Sexo.....

Fecha.....

H.º N.º..... Puntuación.....

**A) Trastornos del sueño.**

0. Generalmente duerme bien.
1. Le es difícil quedarse dormido.
2. Le es difícil quedarse dormido y además tiene un sueño muy alterado (se despierta durante la noche y no puede volverse a dormir, pesadillas, habla o llora dormido).

**B) Anorexia.**

0. Generalmente come bien.
1. Su apetito no es tan bueno, más bien come poco.
2. Casi nunca tiene apetito y no come casi nada.

**C) Irritabilidad.**

0. Generalmente es tranquilo.
1. Algunas veces se altera más de lo normal ante ciertas situaciones.
2. Es muy irritable, ante cualquier cosa por pequeña que sea.

**D) Aislamiento social.**

0. Le gusta estar con otros niños.
1. Es poco interesado en el juego con otros niños.
2. Quiere estar siempre solo, rechaza la compañía de los demás, niños.

**E) Sentimientos de fracaso.**

0. Es un niño bastante seguro de sí mismo.
1. A veces expresa temor de que las cosas que debe hacer le salgan mal.
2. Siempre dice que a él todo le sale mal, que no sirve para nada.

**F) Fatigabilidad.**

0. No suele sentirse cansado.
1. Se siente fatigado, sin fuerzas, con frecuencia.
2. Siempre está cansado, sin fuerzas, aunque no haya hecho nada.

**G) Dificultad para el trabajo.**

0. Generalmente hace sin dificultad su trabajo escolar.
1. Le cuesta trabajo realizar su trabajo escolar.
2. No rinde absolutamente nada en su trabajo escolar, no es capaz de un trabajo por pequeño que sea.

**H) Tristeza.**

0. Generalmente tiene buen ánimo.
1. Se le nota triste, decaído, con cierta frecuencia.
2. Siempre está triste.

**I) Autolisis.**

0. Nunca habla de hacerse daño.
1. A veces expresa el deseo de morir.
2. Siempre dice que quiere matarse, que no quiere vivir más.

**J) Llanto.**

0. No suele llorar más de lo normal.
1. Lloro con cierta facilidad.
2. Lloro por cualquier cosa y a veces sin motivo aparente.

K) *Insatisfacción.*

0. Generalmente disfruta de las cosas (juguetes, juegos, situaciones placenteras).
1. No suele disfrutar de las cosas en la medida que lo hacen los demás niños.
2. Nunca disfruta de nada, siempre está insatisfecho, descontento.

L) *Pesimismo.*

0. Suele ser un niño optimista.
1. A veces expresa temores respecto a las cosas futuras.
2. Siempre está temiendo que sucedan cosas terribles, está preocupado siempre por el futuro.

M) *Autoimagen.*

0. No suele expresar sentimientos de ser menos que los demás en cualquier sentido.
1. A veces se compara con los demás en un sentido negativo (sentirse menos atractivo, más malo o inferior).
2. Suele decir con mucha frecuencia que es más malo o más feo que los demás.

N) *Quejas somáticas.*

0. No suele preocuparse de problemas de salud.
1. Se preocupa muchas veces de problemas de salud.
2. Está tan preocupado de problemas de salud que no suele hablar de otra cosa.

O) *Actitud ante la escuela.*

0. Le gusta ir al colegio.
1. A veces pone alguna excusa para faltar al colegio.
2. Se niega ir al colegio sin que exista un motivo aparente.

P) *Culpabilidad.*

0. No suele expresar sentimientos de culpa.
1. En ocasiones se siente culpable de algunas cosas que pasan.
2. Siempre se siente culpable de cualquier cosa que pase.

**CEDI - II (11-16 años)**

**CUESTIONARIO ESPAÑOL  
DE DEPRESION INFANTIL**

**(Rodríguez Sacristán y Cardoze.  
Modificado de Beck)**

Nombre .....

Edad..... Sexo.....

Fecha.....

Hº Nº..... Puntuación.....

A) *Trastornos del sueño.*

0. Puedo dormir tan bien como siempre.
1. No duermo tan bien como antes.
2. Me despierto hasta una o dos horas más temprano de lo usual y me cuesta trabajo volver a dormirme.
3. Me despierto hasta varias horas más temprano de lo que acostumbro y no puedo volver a dormirme.

B) *Anorexia.*

0. Mi apetito no es peor que antes.
1. Mi apetito no es tan bueno como antes.
2. Mi apetito es mucho peor ahora.
3. Últimamente no tengo nada de apetito.

C) *Irritabilidad.*

0. No estoy más irritable de lo acostumbrado.
1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2. Ultimamente me siento irritable todo el tiempo.
3. No me irritan en absoluto las cosas que acostumbran a irritarme.

D) *Aislamiento social.*

0. No he perdido el interés en otras personas.
1. Estoy menos interesado en otras personas en comparación a como lo estaba antes.
2. He perdido la mayor parte de mi interés en otras personas.
3. He perdido todo el interés en otras personas.

E) *Sentimientos de fracaso.*

0. Yo no me siento un fracasado.
1. Pienso que he fracasado más que las demás personas.
2. Pienso que mi vida ha sido una acumulación de fracasos.
3. Siento que soy un fracaso completamente como persona.

F) *Fatigabilidad.*

0. No suelo sentirme más cansado de lo normal.
1. Me canso con mayor facilidad que antes.
2. Me canso casi con cualquier cosa.
3. Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa, no puedo hacer nada sin cansarme.

G) *Dificultad para el trabajo.*

0. Puedo trabajar tan bien como siempre.
1. Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.

2. Tengo que hacer un esfuerzo demasiado grande para realizar cualquier cosa.
3. No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

H) *Tristeza.*

0. No me siento triste.
1. Me siento triste.
2. Estoy triste casi todo el tiempo y no puedo evitarlo.
3. Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.

I) *Autolisis.*

0. Nunca he pensado en matarme.
1. He pensado en matarme, pero no lo haría.
2. Me gustaría matarme.
3. Me mataría si tuviera una oportunidad.

J) *Llanto.*

0. No lloro más de lo normal.
1. Ahora lloro más que antes.
2. Ahora lloro todo el tiempo.
3. Antes podía llorar pero ahora no puedo aunque quisiera.

K) *Insatisfacción.*

0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como antes.
1. No disfruto de las cosas como antes.
2. No obtengo una satisfacción verdadera de nada.
3. Estoy descontento y aburrido de todo.

L) *Pesimismo.*

0. No me siento pesimista respecto al futuro.
1. Me siento pesimista respecto al futuro.
2. Siento que no puedo esperar nada del futuro.
3. Siento que el futuro es para mí descorazonador y que las cosas no mejorarán.

M) *Autoimagen.*

0. No creo que me vea o luzca peor que antes.
1. Me preocupa parecer más viejo o sin atractivo.
2. Me siento como si hubiesen cambios permanentes en mi aspecto que me hacen lucir con menos atractivo.
3. Creo que mi aspecto es feo.

N) *Quejas somáticas.*

0. No estoy más preocupado por mi salud que antes.
1. Estoy preocupado por problemas de salud física como dolores y molestias (problemas de estómago, estreñimiento, dolor de cabeza...).
2. Estoy muy preocupado por problemas de salud física y me es difícil pensar en otras cosas.

3. Estoy tan preocupado con los problemas de tipo físico que no puedo pensar en nada más.

O) *Actitud ante la escuela.*

0. Me gusta ir al colegio.
1. No me gusta mucho ir al colegio.
2. Falto mucho al colegio sin necesidad de estar enfermo.
3. No quiero ir al colegio.

P) *Culpabilidad.*

0. No me siento particularmente culpable.
1. Me siento culpable algunas veces.
2. Me siento culpable muchas veces.
3. Me siento culpable todo el tiempo.

**BIBLIOGRAFIA**

- BIRLESON, P.: «The Validity of Depressive disorder in Childhood and the development of a rating scale. A research report». *J. Child Psychology, Psychiat.* Vol 22, 73-78, 1981.
- BECK, A. T. y BEAMESDERFER, A.: «Assesment of Depression: the depression inventory». En *Pharmacopsychiatry* 7. Karger, Basel, Switzerland, 1974.
- CARDOZE, Dennis: «Las Depresiones Infantiles». Tesis no publicada. Director: Jaime Rodríguez-Sacristán. Facultad de Medicina de Sevilla.
- FRIEDMAN, R. J. y BUTLER, L. F.: «Development and evaluation of a test battery to assess childhood depression». Ontario Institute for Studies in Education, unpublished manuscript, 1979.
- KOVACS, M.: «Children's depression inventory (CDI)». University of Pittsburgh, unpublished manuscript, 1978.
- KOVACS, M.: «Rating scales to assess depression in scholaged children». Department of Psychiatry, University of Pittsburgh School of Medicine and Western Psychiatric Institute and Clinic. *Acta paedopsychiat.*, 46, 305-315, 1980-81.
- KOVACS, M.; BETOF, N. G.; CELEBRE, J. E.; MANSHEIM, O. A.; PETTY, L. H. y RAYNAK, J. T.: «Childhood depression: myth or clinical syndrome?». University of Pennsylvania, unpublished manuscript, 1977.
- LANG y TISHER: «Children's depression scale». The Australian Council for Educational research Limited, Hawthorn, Victoria, Australia, 1978.
- LEFKOWITZ, M. M. y TESINY, E.: «Assesment of childhood depression». *J. Cons. Clin. Psychol.*, 48, 43-51, 1980.
- NARBONA, AGUIRRE Y RODRIGUEZ SACRISTAN: «Depresión e Imagen de sí en niños y adolescentes con incapacidad física crónica». *Acta Pediátrica Española*, Vol. 40, B, 299-305, 1982.
- PETTI, T. A.: «Depression in hospitalized child psychiatry patients». *J. Amer. Acad. Child. Psychiat.*, 17, 49-59, 1978.
- POZNANSKI, E. O. y CARROLL, B. J.: «A depression rating scale for children». *Pediatrics*, 64, 442-450, 1970.
- PUIG ANTICH, J. y CHAMBERS, W.: «Schedule for affective disorders and schizophrenia for schoolage (6-16 years)». Columbia University, unpublished manuscript, 1978.
- SHUETEBRAND, J. G. y RASKIN, A. (Edit.): «Depression in childhood Diagnosis, treatment and conceptual models». N. York. Raven Press, 1977.