



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

Epidemiología de la depresión infantil: Revisión de algunas investigaciones y resultados

E. Domènech Llaberia y A. Polaino-Lorente

Introducción

Antes de exponer la metodología y los resultados obtenidos en nuestra investigación sobre la epidemiología de la depresión infantil en España, trataremos de ofrecer una visión general, aunque breve, del estado actual en que se encuentran estas investigaciones en otros países.

El contenido de este capítulo es fruto de la revisión bibliográfica que se hizo con anterioridad al inicio de nuestras investigaciones. Para mayor claridad lo hemos dividido en dos partes:

En la primera se ofrece una panorámica de conjunto del estado actual de nuestros conocimientos en torno a la epidemiología de la depresión infantil. Aquí se estudia cómo han nacido y evolucionado las investigaciones en este ámbito.

En la segunda parte se clasifican los trabajos procedentes de muy distintos países, después de haberse examinado su alcance y significación.

PRIMERA PARTE: CONSIDERACIONES GENERALES

La identificación de los niños con distintos tipos de alteraciones emocionales y comportamentales revierte en beneficio de los propios niños y de la comunidad en la que viven. Es una forma de evitar el desarrollo patológico de estos niños y de promover la salud de los futuros adultos y de la sociedad en general.

Hasta ahora, sin embargo, los estudios epidemiológicos de psicopatología infantil han sido en

general escasos, de metodología poco rigurosa y no muy orientados a estudiar una patología en concreto.

La escasez de trabajos tiene su explicación en la relativa novedad de los temas de psicopatología infantil. Schmidt (1983) sitúa el inicio de la aplicación de la metodología epidemiológica a la psicopatología infantil en los años sesenta. Existen sin duda aportaciones anteriores, incluso siglos atrás. Así, por ejemplo, el caso de Felix Platter, médico famoso en Basilea en el siglo XVII (1536-1614), quien se interesó por aspectos epidemiológicos de la debilidad mental y estudió la frecuencia del cretinismo en Suiza. Su obra, en cuatro volúmenes —*Praxeos Medicae*—, vio una primera edición en 1602.

Pero los trabajos sistemáticos y con rigor metodológico no aparecerán antes de la década de los sesenta. En este momento es cuando la preocupación por la prevención pasa a un primer plano en las ciencias de la salud. Dentro de este contexto se empiezan a buscar relaciones entre la enfermedad mental y los factores biológicos, psicológicos y sociales de riesgo.

A partir de entonces, la epidemiología peditórica ha tenido un crecimiento bastante rápido y expansivo, aunque muy por detrás de la epidemiología psiquiátrica en los adultos.

Cuestión aparte es el rigor metodológico de los trabajos, que varía mucho de unos estudios a otros. Por lo general, podemos afirmar que se halla por debajo de los requisitos indispensables para llegar a un conocimiento exacto y riguroso de las tasas de incidencia y prevalencia de las distintas entidades psicopatológicas en la infancia.

Prueba de ello son las discrepancias en los resultados obtenidos, hasta hoy, por los diversos estudios de prevalencia en psiquiatría infantil. Sería preciso que, en el futuro, los psiquiatras infantiles proporcionaran a los epidemiólogos categorías nosológicas más precisas, criterios para la definición de caso más concretos y uniformes y unos instrumentos de detección más válidos que los que hemos dispuesto hasta ahora. De lo contrario, es muy difícil llegar a conocer con precisión cuál es la verdadera incidencia de una enfermedad mental determinada. A las dificultades anteriores se suma el hecho de que la comparación de la tasa de prevalencias, entre distintos estudios, sólo se puede hacer cuando se utilizan en todos ellos metodologías muy parecidas. Un ejemplo ilustrativo de lo que afirmamos lo constituye el trabajo de Björnsson, quien estudió la epidemiología de las alteraciones mentales infantiles en Reykjavik (Islandia) y halló cinco prevalencias distintas, en función de los cinco diferentes métodos empleados. Sus resultados variaban entre el 11,8 % y el 30,8 % según el método utilizado (Björnsson, 1974).

El tercer punto es quizá el que más nos interesa comentar aquí, puesto que lo que se quiere estudiar es una patología muy concreta: la depresión infantil. Al revisar la literatura científica sobre el tema, requisito previo en cualquier investigación, uno se encuentra con que la mayoría de los estudios de psicopatología infantil no se centran en un tipo concreto de patología. Lo corriente es que el objeto de estudio sea la patología mental tomada en general, siendo muy excepcional el estudio de una patología concreta. Dentro de estas se encuentran los estudios de Kashani sobre la depresión (1979, 1983 y 1986) y los de Shen-Yu-Cun sobre la hiperquinesia (1985), a los que pueden sumarse algunas investigaciones sobre la deficiencia mental y el suicidio infantil. Para el resto de las investigaciones epidemiológicas su objeto es muy impreciso e incide en el estudio de las alteraciones mentales, en general. Esta orientación puede ser una consecuencia del vacío de conocimientos existentes en torno a la clasificación de las enfermedades mentales infantiles y a las mal delimitadas entidades nosológicas en psiquiatría.

Por estos motivos, comenzaremos por estudiar la epidemiología de la depresión infantil, siguiendo los trabajos generales de psicopatología infantil, para centrarnos, en un segundo momento, en los trabajos epidemiológicos específicos de depresión.

Los estudios globales de epidemiología en psicopatología infantil: aparición de las primeras referencias a la depresión infantil

Los primeros estudios que hacen referencia a la prevalencia de las alteraciones mentales en la infancia son estudios globales.

Estos estudios suelen recibir tres tipos de denominación, atendiendo, probablemente, a las distintas formas de concebir la patología mental infantil: alteraciones de conducta, alteraciones psiquiátricas y problemas de salud mental. Finalmente, hay un cuarto grupo que se refiere a aspectos evolutivos; este cuarto grupo está constituido por investigaciones de tipo longitudinal.

El grupo más numeroso está formado por los trabajos que llevan el título de alteraciones de conducta. En treinta y cinco investigaciones epidemiológicas analizadas, hemos encontrado quince con este título. Bajo esta denominación se publicó uno de los primeros estudios realizados en Buffalo (Nueva York), con niños de seis a doce años (Lapouse y Monk, 1958). La persistencia en esta denominación continúa hasta hoy. Así se denomina también un reciente estudio realizado en Londres, con niños preescolares (McGuire y Richman, 1986) o bien el realizado en Suecia con niños de cinco, siete, nueve y once años (Cederblad, 1987).

Dentro de este grupo citaremos también el estudio de Cullen y Boundy (1966), realizado en Australia, con una muestra de 3440 niños, y el de Werry y Quay (1971), en Urbana (Illinois). Estos últimos autores emplearon como instrumento de *screening* el cuestionario que lleva su nombre, formado por cincuenta y cinco ítems de tipo comportamental, que aplicaron a niños de cinco a ocho años de edad, como un primer proyecto de investigación epidemiológica.

También estudiaron con esta misma denominación de «alteraciones de conducta», la población infantil Earls et al. (1980), Hakola et al. (1981) Achenbach (1981) y otros muchos.

En este tipo de estudios no se suelen encontrar referencias a las depresiones infantiles. Hay algunas excepciones en trabajos recientes, como el de Cederblad (1987), quien hace alusión al tema. Del mismo modo, Achenbach considera la depre-

sión infantil como una subcategoría dentro de las alteraciones de conducta.

El término «alteraciones de conducta» parte de una concepción psicológica-comportamentalista de la patología mental infantil. Esta denominación predomina en los estudios epidemiológicos de psicopatología infantil, entre los años 1958 y 1968. Luego disminuye considerablemente y el contenido de los temas aquí estudiados es integrado bajo el término de psiquiatría infantil. En la década de los setenta, casi todos los trabajos de epidemiología infantil llevan el título de alteraciones psiquiátricas, alteraciones mentales o psiquiatría infantil. Al llegar a 1980, el término «alteraciones de conducta» substituye otra vez al de alteraciones mentales o psiquiátricas y adquiere una gran preponderancia sobre las demás denominaciones. Se da el caso de que algún autor, como Cederblad, que hablaba de psiquiatría infantil en su primer estudio epidemiológico de 1968, retoma esta denominación de trastornos de conducta, en sus publicaciones más recientes (Cederblad, 1987).

En la actualidad predomina claramente la denominación de «alteraciones de conducta» para referirse a estudios globales que son, por otra parte, los que más abundan en el ámbito de la psicopatología infantil. Deberíamos ser conscientes de lo que representa el empleo abusivo de esta etiqueta, así como de lo que se pretende significar con ella, en el marco de la psicología infantil. No debiera olvidarse que una alteración conductual no es lo mismo que una alteración psiquiátrica (Rutter et al., 1975) y que la consideración de la patología mental infantil *in toto* va en contra de las exigencias de precisión, que sí pueden satisfacerse, cuando se estudian entidades o categorías clínicas bien diferenciadas.

En este contexto, la depresión infantil como síndrome específico y como trastorno que jamás se expresa únicamente a través de lo conductual, tiene una difícil ubicación dentro de este grupo de trabajos epidemiológicos relativos a los trastornos psicológicos infantiles.

El *segundo grupo*, en función del volumen de los trabajos epidemiológicos, está formado por los estudios denominados de «psiquiatría infantil» o de «alteraciones mentales». Forman parte de este grupo los estudios de Cederblad (1968), realizados en tres pueblos sudaneses con una muestra de 1719 niños, entre tres y quince años; el conocido estudio de Rutter en la isla de Wight (Rutter et al., 1970); el estudio de Verghese y Beig

en la India, con población escolar (1976); de Minde, en Uganda (1974); de Björnsson, en Islandia (1974); de Rutter, en el centro de Londres (1974 y 1975); el conocido estudio de Kastrup en «preescolares», entre cinco y siete años, realizado simultáneamente en la zona de Aarhus y en la isla de Sarnsó en Dinamarca (1976); las investigaciones de Langner et al., en Manhattan (1976); de Papatheophilou en Grecia (1976); de Connell, en Australia (1982); y, más recientemente, el interesante estudio de Vikan, en Noruega (1985).

Hay muy pocos estudios epidemiológicos psicopsiquiátricos que llevan doble denominación. Dos de ellos fueron publicados en 1971. Se trata del estudio de Haugstad, en Dinamarca, que lleva el título de «alteraciones mentales y de conducta» y el trabajo de Shepherd, Oppenheim y Mitshell, realizado en Buckinghamshire, sobre «alteraciones de conducta y salud mental». Este último estudio inglés abarcó una población muy amplia, tanto en número ($N = 6287$), como en edades (5 a 15 años), y fue elaborado entre 1963 y 1968.

Un *tercer grupo* de trabajos sigue una orientación más comunitaria que psicopatológica, aunque, como es lógico, cualquier estudio epidemiológico tenga siempre una importante vertiente comunitaria y social. Dentro de este tercer grupo encontramos algunos trabajos antes de 1970. En 1967 se publicó un estudio de salud comunitaria de toda la población infantil y adolescente de Heyfield, en Australia (Krupinski et al., 1967). Pero, en general, este tipo de estudios aparecen a partir de 1975, como el de Kellan et al. (1975) en Chicago y más profusamente a partir de 1980. Ejemplos de ello son el estudio de Bettschart (1982), realizado en Lausanne, en niños de nueve años y el extenso trabajo realizado en Holanda, por Verhulst et al. (1985), con un diseño de doble fase muy elaborado, que abarca a niños y adolescentes, entre cuatro y dieciséis años de edad.

Un *cuarto grupo* de trabajos, al que se ha hecho mención al principio de estas líneas, engloba aquellos estudios que tienen muy en cuenta la evolución de los trastornos en psicopatología infantil. Suelen ser estudios de tipo longitudinal. Uno de los primeros fue el proyecto que se inició en 1954, en Kauai (Hawai), por Werner et al., y que fue publicado en 1971, aunque la investigación prosiguió durante más de treinta años. Los sujetos de este estudio fueron examinados al nacer y luego a los dos, diez, dieciocho y veinticinco años.

Otras investigaciones que se centran en el desarrollo de la patología del niño son el trabajo de Pringle (1972), el de Douglas (1968), etc. En esta última investigación realizada también en Gran Bretaña, se hizo un seguimiento desde el nacimiento hasta los quince años de edad, en una muestra de 5362 sujetos, con la peculiaridad de definir el caso epidemiológico en función del fracaso escolar. Otro estudio longitudinal, parecido al anterior, fue realizado por Rubin y Ballow (1978). Se trata el seguimiento de 1586 niños, a través de su evaluación anual, por parte de sus maestros. La prevalencia obtenida anualmente varió entre el 23 y el 31 %. Este estudio formó parte del *Educational Follow-up Project*, que incorporó también el seguimiento de 1613 sujetos nacidos en un hospital de Minnesota.

Por último, queremos señalar una reciente e importante investigación, por el rigor de su metodología, realizada por el grupo de Dunedin de Nueva Zelanda (Anderson et al., 1978). Este trabajo no lleva el título de salud mental, ni de psiquiatría infantil, ni de alteraciones de conducta, sino que emplea un término novedoso y significativo: «alteraciones DSM-III en preadolescentes». Este hecho no es una nueva anécdota, sino que constituye una prueba patente de hasta donde ha podido llegar el impacto de la clasificación americana de las enfermedades mentales, cuya influencia se está extendiendo cada día más desde la patología mental de los adultos a la patología mental de los niños.

Evolución de los trabajos sobre prevalencia de la depresión infantil

En la mayoría de los estudios globales de epidemiología paidopsiquiátrica que acabamos de mencionar no se alude para nada a la depresión. Es más, los primeros trabajos no especifican categorías nosológicas, sino que tratan las alteraciones de conducta como un todo. Más tarde, cuando se empiezan a considerar los distintos tipos de patología dentro de ese todo, no suele hacerse mención de la depresión infantil. Tímidamente aparece por primera vez como un apartado con el término de «alteraciones emocionales», como sucede en el estudio de Connell (1982). Podemos suponer que dentro de las «alteraciones emocionales» queda incluida la depresión, pero

esto es una mera suposición, ya que no se la menciona como tal. Más tarde empieza a emerger el término de depresión en los trabajos globales de psicopatología. Por último, se produce la escisión definitiva de la epidemiología de la depresión, que se hace autónoma respecto a la epidemiología de las clásicas «alteraciones de conducta» y de las «alteraciones mentales» consideradas *in toto*.

Para explicar mejor la evolución que acabamos de presentar podemos considerar lo ocurrido en el caso de la India. En este país, no hemos encontrado ningún trabajo que hiciera distinciones entre un tipo y otro de trastornos psicopatológicos infantiles antes de la publicación de Verghesse en 1974. El propio Verghesse critica, por este motivo, los estudios anteriores al suyo (Dube, 1970; Sethi et al., 1967 y 1972; Sulye, 1964; Elnagar, 1971) y establece las siguientes categorías psicopatológicas: sonambulismo, enuresis, trastornos de conducta y deficiencia mental. Entre las categorías, por él distinguidas, no constan ni la depresión ni los trastornos emocionales. Debe concluirse que las categorías de Verghesse estuvieron fundamentadas en los trastornos mentales que distinguía la clasificación de la OMS de 1964 (ICD-8). Como la ICD no contemplaba la depresión infantil, tampoco Verghesse proporcionó información alguna sobre la depresión en la India, en aquellos años (1974). El autor nos informa de que la prevalencia de las alteraciones mentales en la India era del 8,2 %, según la investigación por él conducida, en una muestra de niños, entre cuatro y doce años de edad, a través de un diseño de triple fase. Tres años más tarde se publica en la India un trabajo de Lal en el que se especifican más categorías psicopatológicas que en el anterior de Verghesse, una de las cuáles corresponden ya a las «alteraciones emocionales» (Lal, 1977).

El proceso que hemos observado en la India es paradigmático de lo que sucede en esa etapa epidemiológica, como podemos observar al analizar los estudios epidemiológicos paidopsiquiátricos realizados en los diversos países del mundo, durante esos años. Del análisis de ellos hemos deducido una serie de fases por las que atravesaron estos estudios, tal y como se sugieren a continuación:

Fase 1: Los trabajos son globales y no hacen ningún tipo de distinción entre las distintas patologías o categorías diagnósticas.

- Fase 2: Tímida aparición de ciertas categorías clínicas, dentro de los estudios globales.
- Fase 3: A una de las anteriores categorías se asigna la denominación de «alteraciones emocionales».
- Fase 4: Aparición del término de depresión en el contexto de los estudios generales.
- Fase 5: Publicación de estudios epidemiológicos nosográficos acerca de la depresión infantil.

El primer estudio epidemiológico conocido que contempla la depresión infantil al lado de otras patologías mentales es el de Rutter (1970), realizado en la isla de Wight. Este estudio todavía pertenece a los que hemos sistematizado dentro de la Fase 4, puesto que no iba dirigido a detectar específicamente síndromes depresivos. Tal vez a ello se deba la escasa prevalencia encontrada de depresión (solamente 3 niños, es decir, el 0,14 %). No es por tanto un estudio que pueda considerarse específico de depresión infantil. No obstante, tiene el enorme mérito de ser un trabajo pionero, ya que fue el primero que señaló la existencia de la depresión infantil en un estudio epidemiológico.

Otro trabajo de características semejantes, es decir perteneciente también a la Fase 4, es el realizado por Beitchman et al. (1978), en el Canadá. En este caso la muestra objeto de estudio fue una población psiquiátrica. Estuvo constituida por 96 niños canadienses, de edades comprendidas entre los 6,5 y los 12 años.

El trabajo de Beitschman nos parece importante por varios motivos. Uno de ellos fue el de basarse en unos criterios diagnósticos mucho más precisos: los del DSM-II. En segundo lugar, se hace mención a una de las más importantes dificultades que pueden presentarse en los trabajos epidemiológicos sobre depresión infantil, como es el solapamiento de los diagnósticos. Beitschman comenta lo difícil que resulta ubicar dentro de una categoría diagnóstica a aquellos niños que tienen al mismo tiempo síntomas de depresión y agresividad. Hoy sabemos que el diagnóstico de depresión infantil se solapa considerablemente con hiperactividad, alteraciones de conducta y estados de ansiedad, solapamiento que todavía hoy se da entre los distintos tipos de depresión que se distinguen en el DSM-III (Oxford, 1985).

Hay otros estudios globales en que también se contempla la depresión, como los de Verhultz

(1985), Anderson (1987) y Cederblad (1987). Sin embargo, en la mayoría de los estudios generales de epidemiología, en psicopatología infantil, no se habla de depresión; hecho que se da incluso en las actuales publicaciones, por ejemplo, la de Vikan (1985).

Los estudios epidemiológicos de tipo monográfico sobre la depresión infantil prácticamente no aparecen hasta la década de los ochenta. Podríamos situar su aparición con la publicación del estudio de Kashani y Simmonds en 1979. Su nacimiento, sin embargo, se fue gestando durante la década anterior, que fue cuando empezó a aflorar la sintomatología depresiva mezclada con otras, en el estudio de las prevalencias de algunos trastornos psicopatológicos infantiles. El inicio de la Fase 4 viene marcado por la publicación del trabajo que Rutter et al. (1970) realizaron en la isla de Wight; la Fase 5 puede datarse a partir del trabajo de Kashani y Simmonds (1979). El progreso de la epidemiología ha sido manifiesto entre 1970 y 1980, a pesar de lo cual el estudio de la depresión continuó sin interesar todavía al epidemiólogo.

Antes de 1970, la depresión apenas si aparece, tanto en los estudios monográficos como englobada en los estudios epidemiológicos generales de psicopatología infantil. Únicamente se la mencionó en algún estudio aislado, dedicado a los adultos, en el que se hacía constar que entre los deprimidos algunos de ellos eran niños (Rehm, 1919).

Resumiendo, puede afirmarse que encontramos indicios de la presencia de niños deprimidos desde hace mucho tiempo. Así, en el texto de psiquiatría infantil de Sancte de Sanctis (1925) puede leerse lo que sigue: «La distimia (depressione o escitacione costituzionale cronica) e di una frequenza impressionante nei bambini e nei fanciulli». Sin embargo, los estudios epidemiológicos específicos de depresión infantil, realizados con una metodología rigurosa, constituyen un tema novedoso que sólo en el último lustro han conseguido ponerse en marcha y abrirse camino en el ámbito de estas disciplinas.

Estudios epidemiológicos específicos de depresión infantil

El tema, como se ha señalado líneas atrás, es de reciente acuñación y su estado es lacunar. Es-

to significa que el estudio de estas cuestiones se encuentra con apenas algunos trabajos puntuales y un gran vacío a su alrededor.

La aparición de los primeros estudios monográficos de epidemiología de la depresión infantil va precedida por un incremento del interés por el tema a partir de la última década. En 1972 el IV Congreso de la Unión de psiquiatras infantiles europeos eligió como tema principal de la reunión «los estados depresivos en la infancia y adolescencia». En las conclusiones finales del Congreso se afirmó que los estados depresivos formaban una frecuente proporción de las alteraciones mentales de los niños y adolescentes (Annell, 1972). En 1975, el NIMH (*National Institute of Mental Health*) organizó un primer Symposium que versaba sobre la depresión en la infancia (Schulterbrandt y Raskin, 1977).

Al mismo tiempo, crecía el interés por los estudios epidemiológicos en psiquiatría infantil. Este interés cristalizó en los dos primeros Congresos de Epidemiología Paidopsiquiátrica, celebrados en Londres, en 1976 (Graham, 1977), y en Mannheim, en 1981 (Schmidt y Remschmidt, 1983). Los dos hechos anteriores suscitaron intereses que fueron más paralelos que convergentes.

Se empezó a pensar que la depresión infantil era probablemente mucho más frecuente de lo que se había sospechado. Hoy sabemos que se puede estar deprimido sin que el humor sea disfórico y sin tristeza.

Detrás de la inhibición, del aburrimiento persistente, o de la profunda desmotivación puede haber un cuadro depresivo infantil. Sabemos también que los niños con depresión pueden pasar inadvertidos a los ojos del adulto, sea éste el padre, la madre, el maestro o incluso el clínico. Y que para identificar al niño deprimido hay que entrevistarse con él y examinarle individualmente.

En sujetos adultos se señalan a veces tasas de depresión que son inferiores a las que corresponden a la realidad. Éste es un hecho frecuente y conocido por los psicopatólogos y epidemiólogos que trabajan en países no desarrollados, en donde las bajas tasas resultantes pueden deberse a un sistema de detección incorrecto (Baasher, 1982). Este fenómeno muy probablemente puede haber ocurrido en las investigaciones epidemiológicas de cualquier país, dada la precariedad de los instrumentos empleados para la detección de la depresión infantil existentes hasta hace muy poco. Recordamos aquí que las primeras escalas empleadas en el *screening*, se empezaron a utilizar

en la clínica a partir de 1980. Y lo que es más grave, el propio concepto de depresión infantil se ha caracterizado por ser, durante bastante tiempo, un punto que facilitaba la confusión y la controversia (Philips y Friedlander, 1982). De otra parte, la situación en que se encuentra la actual psiquiatría infantil, sin una categorización satisfactoria de las patologías y con unas fronteras poco precisas entre un tipo y otro de patologías, hace difícil establecer los límites entre lo normal y lo patológico en un niño de determinada edad (Polaino-Lorente, 1987).

No es de extrañar que la prevalencia de la depresión infantil, como categoría independiente, haya sido muy poco estudiada hasta la actualidad. Esta grave afirmación sólo nos atrevemos a hacerla después de la revisión exhaustiva de la bibliografía disponible.

Visión de conjunto de los trabajos revisados:

La primera impresión que uno tiene al examinar y contrastar los trabajos publicados es de perplejidad.

Los resultados obtenidos por unos y otros investigadores, en distintos lugares, no concuerdan. ¿Cómo es posible que en unos países casi no hay niños deprimidos y en otros hay demasiados? ¿Será la depresión infantil una enfermedad epidémica?

Cuando analizamos los trabajos de cerca, observamos que muchos de los resultados obtenidos no son generalizables ni contrastables. De unos a otros hay variaciones considerables en el muestreo, en la definición de caso, en los criterios diagnósticos (cuando los hay), además de una enorme dispersión en las edades de los niños de las muestras seleccionadas.

De otra parte, si observamos los estudios epidemiológicos de la depresión infantil, a escala mundial, y los situamos geográficamente, enseguida repararemos en que los conocimientos que tenemos son insatisfactorios. La depresión infantil ha sido estudiada en EE.UU., Gran Bretaña, Suecia, Alemania, la India, etc., pero son todavía muy numerosos los países del mundo en que se desconoce la incidencia y prevalencia de esta enfermedad y de otras alteraciones psicopatológicas infantiles. Uno de los países en donde hay un vacío de conocimientos sobre estas cuestiones es precisamente el nuestro. Hasta ahora no disponemos de ningún estudio de prevalencia de la depresión infantil.

Entre los pocos trabajos realizados en otros

países, observamos que las muestras han sido extraídas de poblaciones muy distintas. Las que más escasean son las realizadas en la población general, a pesar de que sean éstas, precisamente, las que pueden tener mayor interés para conocer el estado de salud mental de una determinada población y poder implantar así programas preventivos. Otras investigaciones se han realizado en poblaciones de enfermos psiquiátricos (hospitalizados y ambulatorios); en enfermos pediátricos, en inválidos, en deficientes, en niños sometidos a reeducación, etc. Pero tampoco los diferentes estudios miden lo mismo. Queremos señalar que son poquísimos los que realmente evalúan la depresión como síndrome clínico. La mayoría de ellos se han limitado a considerar los aspectos sintomatológicos de depresión infantil, como es el caso, por ejemplo, de los estudios de prevalencia de Lefkowitz y Tesiny (1981 y 1985), realizados en Estados Unidos, en el que se comunica una tasa de prevalencia de depresión infantil del 5,2 %.

Estudiar la depresión infantil como un síndrome clínico en niños prepúberes constituye, todavía hoy, una empresa difícil en epidemiología. Esto requiere, como mínimo, haber definido con anterioridad de una forma clara y concisa el «caso epidemiológico» para aquella investigación, así como examinar individualmente a cada uno de los niños de la muestra, a fin de poder realizar un diagnóstico.

Éstas y otras dificultades tal vez constituyen el motivo principal por el que apenas si encontramos trabajos epidemiológicos sobre la depresión infantil, realizados con un mínimo de corrección y rigor metodológicos. De otra parte, muchos de estos trabajos no han sabido proporcionar las tasas de prevalencia de depresión infantil que, siendo concordantes con otros investigadores, cabía esperar.

Nada de extraño tiene que, en 1985, Lefkowitz y Tesiny comunicasen que no existían datos de prevalencia de la depresión infantil, con muestras representativas, en los Estados Unidos. No sabemos que después se hayan obtenido, a no ser que se tome como válido el propio estudio de Lefkowitz y Tesiny, que sólo evalúa síntomas y no el síndrome depresivo. En España se desconoce la tasa de prevalencia de depresión infantil, cualquiera que sea el procedimiento elegido (síntomas, síndromes, entidad nosológica, etc.).

Por último, queremos indicar que los estudios hasta ahora realizados son perfectibles, como se

desprende de las numerosas críticas que unos y otros autores suelen hacerse. Así, por ejemplo, Lefkowitz critica la investigación realizada por Kashani en 1983. No obstante, muchas de estas críticas son constructivas, ya que, por el momento, cualquier trabajo epidemiológico que a este respecto podamos hacer será siempre cuestionable. De aquí que los propios investigadores deberían ser los primeros en autocriticarse.

Siguiendo el marco de la crítica constructiva, vamos a revisar y comentar lo que entendemos son los mejores trabajos de epidemiología de la depresión infantil que han llegado hasta nosotros. Para este fin, hemos intentado clasificarlos, tal y como se ofrecen en el siguiente epígrafe de este capítulo.

SEGUNDA PARTE: CLASIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LAS INVESTIGACIONES DISPONIBLES SOBRE EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN INFANTIL

Clasificación de los estudios revisados

Los estudios revisados se han distribuido en dos grandes grupos:

- Grupo A: Estudios realizados en la población general (como, por ejemplo, los estudios de Kashani, 1983).
- Grupo B: Estudios realizados en otros tipos de población.

Las diversas investigaciones pertenecientes al grupo B se han reunido en los siguientes bloques:

1. Trabajos realizados en poblaciones clínicas psiquiátricas:
 - 1.1. Población psiquiátrica hospitalizada (como, por ejemplo, el estudio de Petti, 1978).
 - 1.2. Población psiquiátrica ambulatoria (como, por ejemplo, el estudio de Poznanski y Zrull, 1970).
 - 1.3. Población psiquiátrica mixta, es decir hospitalizada y ambulatoria (co-

mo, por ejemplo, el estudio de Carlson y Cantwell, 1980).

2. Trabajos realizados en poblaciones clínicas pediátricas:
 - 2.1. Población de pacientes de los servicios generales de pediatría.
 - 2.2. Población de pacientes procedentes de las distintas especialidades pediátricas (como, por ejemplo, el estudio de Ling, 1970, realizado en niños con cefaleas).
 - 2.2. Población de pacientes crónicos.
3. Trabajos realizados en poblaciones con problemas psicopedagógicos (como, por ejemplo, el estudio de Weinberg et al., 1973).
4. Trabajos realizados en poblaciones especiales (como, por ejemplo, el estudio de Dosen, 1984, realizado en deficientes mentales).

Grupo A: Estudios de prevalencia de depresión infantil realizados en la población general

Los estudios de epidemiología de la depresión infantil realizados en la población general son los que nos sirven mejor para tomar el pulso de cómo está la depresión en una zona o país determinado. Estos estudios son también los que más escasean en el mundo.

Kashani afirmó en 1982 que sólo había tres estudios de este tipo en aquella fecha, dos de los cuáles podrían ser discutibles: Uno, porque no era específico o monográfico de la depresión infantil (el estudio de Rutter, en la isla de Wight, ya mencionado), y otro, porque no siendo específicamente infantil contaba con una muestra muy pequeña de 65 sujetos (el de Albert y Beck, 1975).

El hecho de que las edades de los niños, en este último trabajo, estuvieran comprendidas entre 11 y 15 años podría explicar la elevada tasa de prevalencia obtenida (33 %). Por otra parte, los niños de este estudio eran ya prácticamente adolescentes. Y es un hecho sabido que la depresión en la adolescencia es bastante más frecuente que en la infancia.

A pesar de las dificultades que hemos señalado en el estudio de Beck, siete años más tarde, el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH) se basó en él para informar que el porcentaje de depresión infantil en

aquel país variaba entre el 0 y el 33 % (Teuting et al., 1982), valores bastante ambiguos, lo que tal vez nos explique, que tres años más tarde, Lefkowitz y Tesiny afirmasen que la prevalencia real de depresión infantil en EE.UU. no se conocía.

El tercer trabajo, al que hacía referenci: Kashani (1982), era el realizado por él mismo y Simmonds (1979). Consideramos esta investigación como un riguroso estudio que por primera vez utilizó los criterios del DSM-III para establecer la definición de caso en epidemiología de la depresión infantil. Los autores trabajaron con niños, cuyos límites de edad estuvieron bien definidos (de siete a doce años); la muestra fue superior a cien y la identificación de cada caso se realizó a través de una entrevista dirigida a los propios niños y a sus padres (lo que no se hizo en el estudio de Albert y Beck). Con esta metodología, mucho más rigurosa, Kashani encontró una tasa de depresión mayor del 1,9 %.

Respecto del estudio de depresión infantil de Rutter (1970), también mencionado por Kashani, hemos de decir que forma parte de una investigación mucho más amplia sobre las alteraciones mentales infantiles, llevada a cabo en 2199 niños, de 10 a 11 años, en la isla de Wight. El hecho de que el objetivo de la investigación no fuera el estudio concreto de la depresión pudo haber dado lugar a que pasaran inadvertidos algunos casos falsos negativos. La prevalencia hallada en este estudio fue de tres niños en toda la muestra, es decir del 0,14 %, tasa que nos parece excesivamente baja. A pesar de las críticas que por este motivo pueda hacerse, este trabajo es considerado como el primer estudio de epidemiología de la depresión infantil realizado en la población general. En cualquier caso, no se le puede negar el mérito de haber sido un estudio pionero.

En la Tabla 2.1 se incluyen los tres estudios señalados por Kashani hasta 1982, además de otros que ahora comentaremos.

El trabajo de Welner tampoco es propiamente un estudio de depresión infantil, puesto que abarca a niños y adolescentes. Para establecer el diagnóstico se basó en unos criterios operacionales, además de utilizar una técnica válida para la identificación del caso. Este trabajo presenta, sin embargo, un sesgo en el muestreo, puesto que los niños no fueron seleccionados al azar (algunos eran hijos de padres deprimidos).

Por eso, hay que concluir que este trabajo fue más útil para conocer el riesgo de depresión en

TABLA 2. Estudios de prevalencia de depresión infantil en población general

	Población	N	Edad	Criterios	Fuentes de información	País	Resultados
Rutter et al. (1970)	Toda la población de la isla de Wight	2199	10-11	Diagnóstico clínico	Cuestionario (Rutter, 1967) padres y maestros y entrevista (doble fase)	Gran Bretaña	0,14 %
Albert y Beck (1975)	Escuela parroquial de suburbios	63	11-15	Cuantitativos	Cuestionario SBDI (niños)	EE.UU.	33 %
Weiner et al. (1977)	Hijos de padres depresivos e hijos de padres normales	75 y 152	6-16	Derivados de Feighner	Entrevista clínica (madre y niño)	EE.UU.	7 % (padres deprimidos) 0 % (padres sanos)
Kashani y Simmonds (1979)	Todos nacidos en un mismo hospital en un año (Missouri)	103	7-12	DSM-III	Entrevista clínica (madre y niño)	EE.UU.	1,9 % Depresión mayor (DM)
Lefkowitz y Tesiny (1981)	14 escuelas públicas y 163 aulas (Nueva York)	3020	8-12	Sintomatológicos (cuantitativos)	Compañeros: PNID	EE.UU.	5,2 %
Kashani et al. (1983)	Niños nacidos en el hospital obstétrico de Dunedin en un año	641	9	DSM-III para DM y TD	Cuestionario madres y maestros (Rutter, 1967) y entrevista al niño (K-SADS, forma E)	Nueva Zelanda	1,8 % Depresión mayor (DM) 2,5 % Trastorno distímico (TD)
Verhulst et al. (1985)	Muestreo aleatorio estratificado, a partir de todos los niños de la provincia de Zuid	2600	4-16	DSM-III para DM y TD.	Fase 1: Cuestionario de Achenbach (padres y maestros) Fase 2: Entrevista CAS	Holanda	Presencia de humor déprimido en el 10 % (11 años) y el 8 % (9a)
Kashani et al. (1986)	Dos guarderías cercanas en una ciudad del «mid-western»	109	2,5-7a	DSM-III	Padres y niños Instrumentos: BCQ; escala de Coddington; escala McCarty; GRASP; «depression Checklist» «Kohn's teacher quest.» y prueba de dibujo	EE.UU.	Un solo niño fue diagnosticado de DM
Anderson et al. (1987)	Nacidos en un mismo año en el único hospital de Dunedin	792	11a	DSM-III para DM y TD	Niños: entrevista estructurada DISC-C Padres y maestros: cuestionario de Rutter con 17 ítems adicionales de depresión	Nueva Zelanda	1,8 ± 0,9

los hijos de padres deprimidos, que para conocer la prevalencia de depresión en la población general.

El estudio de Lefkowitz y Tesiny, aunque se date en 1981 en la tabla 2.1 (por haberse publicado en esa fecha algunos de sus primeros resultados), no obstante, suele considerarse un estudio de 1985, momento de la publicación definitiva. Probablemente fue ésta la razón por la que Kashani no lo mencionara en 1982. Se trata del estudio de una amplia población de 3020 niños y niñas, entre ocho y doce años de edad. Los autores de estas líneas desconocen la representatividad de la muestra, ya que nada se dice acerca de cómo fueron seleccionadas las 163 aulas de las 14 escuelas públicas de Nueva York, en que se realizó esta investigación epidemiológica. La mortalidad experimental fue del 29 %. El criterio diagnóstico empleado fue meramente sintomatológico y cuantitativo, por lo que sólo se puede hablar de diagnóstico sintomático, pero no de enfermedad depresiva. De otra parte, el instrumento utilizado para identificar a los niños con sintomatología depresiva consistió en una escala de evaluación por los compañeros (PNID), que en aquel momento sólo había sido investigada por sus propios autores. Con este procedimiento los autores encontraron una prevalencia de depresión severa del 5,2 %, que relacionaron con cuatro variables, como indicadores de riesgo: sexo, edad, funcionamiento cognitivo y contexto familiar.

En 1983, Kashani realizó, otra vez en colaboración, un nuevo estudio epidemiológico de la depresión infantil en la población general. Esta vez se llevó a cabo en Nueva Zelanda, formando parte del *Dunedin Multidisciplinary Health and Development Research Unit*. Este proyecto consistió en un estudio longitudinal de salud, desarrollo y conducta en una extensa y representativa muestra de niños y niñas neozelandeses, nacidos entre el 1 de abril de 1971 y el 31 de marzo de 1972, en el hospital obstétrico de Dunedin. Kashani estudió la depresión cuando estos niños contaban nueve años de edad. La muestra estuvo formada por 641 sujetos. Este trabajo fue de gran interés para el estudio epidemiológico de la depresión infantil. Por primera vez se establece una distinción entre distintos tipos de depresión infantil: depresión mayor (DM) y trastorno distímico (TD). En esta ocasión se utilizaron los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-III, en un diseño de doble fase. Los autores recabaron información de tres fuentes distintas y utilizaron buenos ins-

trumentos de detección. A pesar de ello, los propios autores señalaban más tarde que los cuestionarios que utilizaron tenían insuficientes propiedades psicométricas, por desconocerse su fiabilidad y validez, durante la fase de *screening*. La frecuencia de depresión infantil hallada por los autores fue del 1,8 % para la depresión mayor y del 2,5 % para el trastorno distímico.

Hasta 1983 apenas existía algún trabajo sobre la incidencia de la depresión infantil por debajo de los seis años, es decir en la etapa preescolar.* A partir de 1984, fue otra vez Kashani quien se interesó y empezó a investigar la depresión en esta etapa.

Antes de comentar los trabajos de depresión en la etapa preescolar queremos recordar que en el estudio longitudinal NYLS, llevado a cabo en Nueva York, bajo la dirección de Stella Chess, se señalaron algunos casos de depresión infantil. Entre los 133 niños que formaron parte del estudio se encontraron dos casos de depresión mayor, tres de trastorno distímico y uno de trastorno reactivo con humor deprimido (Chess et al., 1983). Este hallazgo es semejante al encontrado por Rutter, trece años antes, es decir, muy pocos casos de depresión en un estudio cuyo objetivo no era estudiar la depresión. Sin embargo, nos ha parecido que era hacer justicia considerarle, en cierta forma, entre los estudios de prevalencia en la población general, sobre todo si tenemos en cuenta que en esta época lo más frecuente era que en los estudios epidemiológicos de psicopatología infantil, no se mencionase la depresión.

En la actualidad, los estudios de la epidemiología de la depresión infantil han comenzado a interesarse por la etapa preescolar. Es un período evolutivo en que hay una gran escasez de estudios sistemáticos (Rutter, citado en Kashani et al., 1984), a excepción de las excelentes monografías de Petti (1983) y de Trad (1987). La investigación epidemiológica se hace aquí mucho más difícil, debido a la limitación de las capacidades cognitivas y verbales de los preescolares propias de esta edad, a la necesidad de tener en cuenta la interacción del niño con la madre o cui-

* La única excepción a esto era el estudio de Earls (1982).

dadora, a la mala categorización del síndrome depresivo en esta etapa y a la falta de instrumentos para evaluar la depresión del preescolar. Por otra parte, cuanto más pequeño sea el niño, más fácilmente versátil es su expresión emocional y su sensibilidad para responder a los cambios del ambiente, por lo que suelen ser más cambiantes también sus manifestaciones sintomatológicas depresivas.

En un primer estudio epidemiológico del preescolar, realizado en 1984, Kashani y Ray utilizaron a los padres como única fuente de información. Por esta vía no pudieron hallar ningún caso de depresión en los niños preescolares. Ese mismo año, Kashani y cols. (1984) estudiaron la depresión en preescolares de una población clínica.

Después de este trabajo, Kashani concluyó que lo que tenía realmente interés era su estudio en la población general.

En 1984 se proyectó una nueva investigación que ya ha sido publicada (Kashani, 1986). Se trata de una investigación muy interesante que demuestra la presencia de depresión en preescolares y, por primera vez, recoge información procedente de cuatro fuentes distintas: se asocian los síntomas depresivos del niño en la etapa preescolar con los «life-events» del entorno y se señala el papel insustituible del maestro o del puericultor para evaluar la depresión infantil durante esta etapa. Se trabajó con una muestra de 109 niños, cuyas edades estaban comprendidas entre dos años y medio y siete años. Se introdujeron muchos y diversos instrumentos, alguno de ellos construido expresamente para esa investigación, como la *DSM-III depression symptom checklist*, que fue completada por padres y maestros. Este instrumento utilizado en el *screening* permitió detectar nueve casos de depresión (cinco niños y cuatro niñas), dos con depresión mayor y siete con trastorno distímico.

Cuando se intentó confirmar el diagnóstico, a través de todas las fuentes de información empleadas, únicamente respondió a la definición de caso que se había establecido con estos exigentes criterios, un niño de toda la muestra.

Este trabajo constituye el primer estudio, que sepamos, sobre la prevalencia de depresión infantil en preescolares en la población general. Según su autor, constituye también el primer trabajo multifásico que ha utilizado cuatro fuentes distintas de información para detectar síntomas depresivos en niños durante la etapa preescolar.

Antes de cerrar la exposición de este grupo de trabajos en la población general, queremos mencionar dos estudios que nos parecen muy válidos por la metodología utilizada. En realidad, no tratan específicamente de las depresiones infantiles, pero proporcionan tasas de prevalencia de síntomas de depresión (Verhulst et al., 1985) y del síndrome depresivo (Anderson et al., 1987), en el ámbito de los estudios de prevalencia en psiquiatría infantil.

El primero es un estudio con un diseño de doble fase realizado en la población holandesa, que abarcó a todos los niños de la provincia de Zuid ($N = 2600$). Su metodología es elegante y muy cuidada, aunque se le puede criticar el hecho de englobar a niños con un rango de edad demasiado amplio (4 a 16 años), lo que supone incluir en un mismo grupo a niños y adolescentes.

El segundo trabajo referido (Anderson, 1987) forma parte del estudio de Dunedin realizado en Nueva Zelanda. Por la metodología utilizada lo consideramos uno de los mejores trabajos, entre todos los que hemos revisado, de epidemiología en psicopatología infantil. La tasa de prevalencia de depresión obtenida es del $1,8 \pm 0,9$ %. Queremos señalar que estos porcentajes corresponden casi exactamente a los obtenidos por Kashani en 1983. A nuestro juicio, y mientras no dispongamos de más datos, estas investigaciones son las que podemos considerar como más válidas en el estudio de la prevalencia de la depresión severa en la población general.

La tasa del $1,8$ % $\pm 0,9$ % para la depresión severa es un valor relativamente bajo, si lo comparamos con los valores obtenidos en el estudio de la patología emocional y comportamental conjuntas, en la población general. Recordemos que algunas de las tasas que se han comunicado fueron las siguientes: 22 % en preescolares (Richman, 1982); 25 % en escolares de grandes ciudades (Rutter, 1975); 12 % en escolares de ciudades pequeñas (Rutter, 1975). Estas tasas han sido corroboradas por otros estudios (Haugstad, 1971; Miller et al., 1974; etc.) Como afirma Graham (1986), uno de cada cinco niños presenta un significativo problema psicológico cada año.

Si se admite este 20 % de niños afectados, hay que concluir que sólo una pequeña parte correspondería a casos de depresión severa. Ciertamente no son muchos, pero es preciso poder identificarlos si deseamos intervenir a tiempo sobre esta enfermedad, que tal vez pueda cronificarse e interferir gravemente en el desarrollo del niño.

TABLA 2.2
Estudios de prevalencia de depresión infantil en poblaciones psiquiátricas

	Población	N	Edad	Criterios	Fuentes de información	País	Resultados
Otto Rehm (1919)	Maniaco-depresivos de centros psiquiátricos	400	Todas	Diagnóstico psiquiátrico	Entrevista clínica (psiquiatra)	Alemania (Berlín)	3 % por debajo de 15 años.
Murray (1970)	Clinica psiquiátrica infantil	?	6-15	Criterios propios	Entrevista clínica	Inglaterra	60 %
Poznanski y Zrull (1970)	Ambulatorio de hospital psiquiátrico infantil	1788	3-12	Criterios propios	Historias clínicas entre 1964 y 1968	EE.UU.	0,8 %
Nissen (1971)	Servicio de psicopsiquiatría: internos	6000	4-16	Diagnóstico psiquiátrico	Entrevista clínica	Alemania	1,8 %
Cebiroglu et al. (1972)	Pacientes psiquiátricos	10.000	?	?	?	Turquia	0,8 %
McConville et al. (1973)	Unidad de psicopsiquiatría: internos	141	6-13	Criterios propios	Entrevistas a padres y niños	Canadá	53 % con síntomas severos y 6 % de ellos con depresión
Kovacs et al. (1977)	Enfermos y psiquiátricos y Normales (del vecindario)	39	8-13	«Cluster» de síntomas.	Entrevista estructurada	EE.UU.	14 % (grupo enfermos) 0 % (sanos)
Pearce (1977)	Internos psiquiátricos	547	1-17	Weinberg modificados	Revisión de historias clínicas	Inglaterra	23 %
Petti (1978)	Internos psiquiátricos	73	6-12	Weinberg	Entrevista a padres y niños (BID) e informe escolar	EE.UU.	59 %
Kuperman y Stewart (1979)	Pacientes psiquiátricos: internos y externos	175 (ext.) 197 (int.)	7-16	Feighner	Entrevista estructurada a la madre e historia clínica		6,7 % (externos) 5 % (internos)

TABLA 2.2 (continuación)
Estudios de prevalencia de depresión infantil en poblaciones psiquiátricas

Población	N	Edad	Criterios	Fuentes de información	País	Resultados
Carlson y Cantwell (1979)	102	7-17	DSM-III	Entrevista a niños y padres	EE.UU.	27 %
Carlson y Cantwell (1980)	210	7-17	DSM-III	Entrevista a niños	EE.UU.	60 % (síntomas) 27 % (síndrome)
Kashani (1982)	100	9-12	DSM-III	Entrevista a padres y niños (acuerdo entre dos psiquiatras)	EE.UU.	13 %
Bomba et al. (1984)	?	5-19	Diagnóstico psiquiátrico	Entrevista clínica	Polonia (Cracovia)	0,96 por 1000 (ningún caso inferior a 9 años)
Feinstein et al. (1984)	224	Menores de 12 años	?	Entrevista a padres (BID)	?	Un 82 % presentaba humor distórico
Kashani et al. (1984)	100	Preescolares: 1-6 a.	DSM-III	Entrevistas a padres y niños e informe escolar	EE.UU.	4 % depres. mayor: 1 % 4 % trastorno dist. 3 %
Lobovitz y Handal (1985)	50	8-12	DSM-III	PIC-D y CDI Entrevista a niños Entrevista a padres	EE.UU.	34 % (entrevista a niños) 22 % (entrevista a padres)

Grupo B: 1. Estudios de prevalencia de depresión infantil realizados en población psiquiátrica

Los estudios de depresión infantil realizados en poblaciones psiquiátricas son hasta hoy los más numerosos, dentro de la escasez que caracteriza a estas investigaciones epidemiológicas. Hay grandes diferencias entre unos y otros.

Como puede verse en la Tabla 2.2 hemos conseguido revisar diecisiete investigaciones de estas características. No las vamos a analizar aquí una a una, pues sería excesivamente largo para la introducción de un estudio como éste en España, en el que además no se trabajó con poblaciones clínicas. Únicamente deseamos ofrecer algunos comentarios de conjunto por considerarlos de interés para el epidemiólogo (el lector interesado encontrará en la bibliografía las referencias de todos los estudios aquí presentados).

Lo que más sorprende de estos estudios es la total falta de acuerdo entre las tasas de prevalencia obtenidas, que oscilan entre 0,8 % y 60 %.

Aquí parece estar ocurriendo lo que Eastwood y Kramer (1981) afirmaron respecto de los estudios epidemiológicos en los años setenta, sobre la depresión en los adultos señalaron las deficiencias metodológicas y la inconsistencia de los criterios empleados en muchos estudios.

En cualquier columna de la tabla que observemos, se hace patente la diversidad de los resultados obtenidos por unos y otros estudios.

Si observamos las poblaciones de las que proceden las muestras, nos encontraremos con que unas veces se trata de pacientes ingresados, en otras de pacientes ambulatorios y, en algunas, de pacientes ambulatorios y hospitalizados conjuntamente.

El tamaño de las muestras oscila entre menos de 100 hasta cifras altísimas, como los 10.000 niños del estudio de Cebiroglu (1972).

La dispersión de edades es también muy grande. En este sentido, puede hablarse de dos tipos de estudios: los realizados en sujetos por debajo de 12 o 13 años y los realizados en niños y adolescentes hasta los 17 años, lo que obviamente distorsiona las tasas de prevalencia obtenidas, como ya se ha señalado anteriormente. Casi el 50 % de los estudios reunidos en la Tabla 2.2 son de este segundo tipo, por lo que no debieran considerarse, propiamente, como estudios de depresión infantil.

Si observamos la columna de los criterios diagnósticos podrá apreciarse enseguida que muchos estudios no son comparables, ya que se han empleado criterios diagnósticos completamente distintos.

Hay sólo dos estudios, el de Pearce (1977) y el de Petti (1978), que emplean los mismos criterios diagnósticos (Weinberg) y, además, los dos han sido realizados en poblaciones de pacientes psiquiátricos hospitalizados. No obstante, no consiguen ninguna concordancia en los resultados. Es más, cabría esperar una prevalencia más alta en el estudio de Pearce, puesto que engloba a sujetos adolescentes, lo que no sucede en el trabajo de Petti. Sin embargo, Pearce halla una tasa de prevalencia del 23 %, mientras que la encontrada por Petti es del 59 %. No podemos deducir alegremente, a partir de estos resultados, que en EE.UU. hay el doble de depresiones infantiles que en Inglaterra. Lo que tal vez puede ocurrir aquí es que la identificación de los casos se ha hecho de una forma muy diferente en estos dos estudios.

Cinco estudios utilizan los criterios operacionales del DSM-III para la definición de caso (Carlson y Cantwell, Kashani, Lobovitz y Handal). En estos cinco trabajos el diagnóstico de depresión parece mucho más válido, porque en todos ellos se ha realizado a través de entrevistas clínicas. No nos sorprende, por tanto, que las prevalencias encontradas en estos cinco trabajos sean más parecidas: 27 % en Cantwell y Carlson; 13 % en Kashani (más baja que el anterior, pero Cantwell estudió sujetos adolescentes y Kashani no); entre el 22 y el 34 % en Lobovitz y Handal; y el 4 % en Kashani et al., resultado que se explica perfectamente, puesto que se trata de una población preescolar.

Las tasas obtenidas, entre el 13 y el 27 %, pueden servirnos provisionalmente de referencia, mientras no dispongamos de datos más fiables.

Estas cifras si nos permiten señalar que la prevalencia de depresión es más alta en poblaciones psiquiátricas que en la población general, resultado que cabía esperar, y que supone que la población que acude a un centro psiquiátrico, aunque sea un ambulatorio o dispensario, es ya de por sí una población con mayor riesgo de depresión.

Nos sorprenden las tasas de prevalencia tan bajas de algunos estudios. Así, por ejemplo, en Polonia en donde Bomba no halla ningún caso de depresión, por debajo de los nueve años. Pero el

propio Bomba hace la autocrítica de su trabajo al señalar que la frecuencia del diagnóstico de depresión en el que se basó su estudio, varió de un servicio de salud mental a otro, peculiaridad a la que podría atribuirse el resultado obtenido. «Es obvio, dice Bomba, que la frecuencia de depresión en niños y adolescentes no puede determinarse por la frecuencia del diagnóstico de este trastorno. Sólo se pueden obtener resultados válidos, utilizando en el mismo estudio los mismos métodos y los mismos criterios».

Igualmente nos sorprenden los resultados tan altos (59 %) consignados por Petti. No es posible que más del 50 % de los enfermos psiquiátricos infantiles sean casos de depresión porque o bien este diagnóstico coincide con otras patologías (caso en que seríamos partidarios de hacer un doble diagnóstico), o bien la depresión constituiría la mitad de todos los pacientes de psiquiatría infantil, proporción que está en abierta contradicción con la común experiencia clínica.

El análisis de los trabajos reseñados pone de manifiesto, una vez más, la complejidad de los estudios epidemiológicos de la depresión infantil y la multiplicidad de variables que pueden intervenir en los resultados finales que se obtengan. Como ya hemos señalado en otro lugar (Doménech y Polaino, 1986), el camino a seguir para obtener una tasa de prevalencia más exacta es todavía un tanto largo y oscuro, por lo que hay que admitir que se precisa mayor investigación en torno a este tema.

Grupo B: 2. Estudios de prevalencia de depresión infantil realizados en población pediátrica

La depresión ha aparecido con una frecuencia también creciente en la literatura pediátrica (Petti, 1978). Algunos estudios epidemiológicos de depresión infantil han sido efectuados en poblaciones clínicas procedentes de ambulatorios y servicios de pediatría.

Sin embargo, en este tipo de literatura abundan más los trabajos epidemiológicos que consideran a la psicopatología infantil como un todo, que los que se centran únicamente, en la depresión infantil. Observamos, una vez más, cómo la epidemiología de la depresión infantil surge a partir de trabajos de psicopatología general para pos-

teriormente centrarse específicamente en esta alteración.

En este ámbito pueden distinguirse los trabajos realizados en pacientes agudos (que acuden a un servicio general de pediatría, por quejas diversas de carácter orgánico o psicosomático) y en crónicos. Se supone que estos últimos representan una población de mayor riesgo de depresión, por lo que es previsible que se encuentren tasas más altas de depresión, que en la población general.

Entre los *pacientes pediátricos que no son portadores de una patología orgánica crónica*, distinguiremos a su vez entre los que acuden a servicios generales de pediatría y los que asisten a servicios de especialidades pediátricas. Sobre estos últimos hemos encontrado algunas publicaciones de epidemiología que se centran específicamente en el estudio de la depresión infantil. Así, por ejemplo, el trabajo de Ling et al. (1970), en enfermos con cefaleas; los de Kashani et al. (1982 a y b), en pacientes de un centro de cardiología pediátrica y en enfermos de cáncer; el de Hodges (1985), en una muestra de niños de un servicio de gastroenterología.

La incidencia de los trastornos psiquiátricos en los servicios generales de pediatría, considerados globalmente, ha sido investigada en varios países, incluido el nuestro (Valle Burián et al., 1978). En este tipo de poblaciones la estimación de la patología psíquica oscila entre el 10 y el 29 % (Giel, Arango, Climent et al., 1981). En un estudio de Bailey, Graham y Boniface (1978), se examinó a todos los niños que consultaron.

Más recientemente, Garralda y Bailey (1986) realizaron un estudio epidemiológico en el área de Manchester. Se trata de un trabajo de doble fase, muy bien diseñado, en el que se plantearon varios objetivos: conocer la frecuencia de alteraciones psiquiátricas entre los enfermos de los servicios generales de pediatría, estudiar su asociación con situaciones de estrés dentro de la familia y observar que tipo de quejas presentan estos niños. Las edades de los niños estuvieron comprendidas entre los 7 y los 12 años y los informantes, en este caso, fueron los padres y los pediatras. El 23 % de los niños estudiados presentaban alteraciones psicopatológicas entre las que se encontraron, como más frecuentes, las alteraciones emocionales. Sin embargo, no aparece ninguna alusión a la depresión en este estudio.

La tasa global de alteraciones ofrecida por Garralda coincide con las de otros trabajos anterior-

mente citados. En cambio, a diferencia de aquellos, Garralda encuentra un porcentaje mayor de niñas que de niños, afectadas por problemas emocionales.

De tales estudios puede deducirse que la prevalencia, en poblaciones pediátricas, es mayor que en la población general. Esto último nos permite suponer que la tasa de depresión también será mayor en este tipo de muestra clínica, pero, de momento, nos faltan datos que fundamenten esta afirmación.

Una población especial, aunque muy frecuente entre los enfermos de pediatría, es la de los niños hospitalizados. La prevalencia de alteraciones emocionales en este tipo de población es superior, según algunos de los estudios examinados, a la de los niños procedentes de los ambulatorios pediátricos. Con anterioridad a 1972, sólo encontramos estudios de incidencia de psicopatología en pacientes hospitalizados adultos (Zwerling et al., 1955; Kaufman et al., 1959). En un estudio psicopatológico realizado en un hospital pediátrico (Stocking et al., 1972) se encontró una tasa de incidencia de dificultades emocionales entre la población investigada del 63,7 %, patología que paradójicamente había pasado inadvertida para el personal de pediatría y que, según los autores del trabajo, tenía mucho que ver con el ingreso y la estancia en el hospital.

Pero lo que realmente nos interesa comentar aquí son aquellos estudios que se refieren concretamente a la depresión infantil (véase Tabla 2.3).

En el estudio de Ling et al. (1970) se examinaron 25 niños, de edades comprendidas entre 4 y 16 años, en que todos ellos presentaban cefaleas. La información fue obtenida de las historias clínicas y de las entrevistas a los familiares. Aquí se llegó a la conclusión de que el 40 % de estos niños estaban deprimidos.

En una muestra más amplia, formada por niños y adolescentes con quejas de «dolor torácico» y basándose en los criterios del DSM-III obtenidos a partir de entrevistas con los niños y los padres, Kashani (1986) halló una prevalencia de depresión del 13 %.

Hodges (1985) estudió 25 niños con «dolor abdominal recurrente», comparándolos con otras muestras de 67 niños, con «trastornos de conducta», y de 42 niños sanos, respectivamente. Los instrumentos utilizados para la identificación del caso fueron, en esta ocasión, el CDI y la entrevista CAS para los niños, y los cuestionarios de Beck y de Achenbach para los padres. No se en-

contraron diferencias significativas entre los niños con «dolor abdominal» y los sanos y sí se encontraron respecto de los «trastornos de conducta». Por contra, los padres de los niños con «dolor abdominal» proporcionaron resultados más altos en el BDI. Este hallazgo sugiere la posible influencia que puede tener el padecimiento de depresión por parte de la madre, sobre la aparición de una patología psicósomática abdominal en el niño.

Hasta ahora, los trabajos específicos de depresión infantil en poblaciones pediátricas son puntuales, escasos y difícilmente comparables. Los tres que hemos comentado líneas atrás, utilizan diferentes criterios diagnósticos para la definición epidemiológica del caso; no nos consta cómo se establecieron los criterios diagnósticos en el estudio de Hodges et al. (1985). Los instrumentos utilizados para la identificación del caso fueron también diferentes en estas investigaciones. De otra parte, los trabajos de Ling y Kashani abarcan un abanico de edades, a nuestro juicio, excesivamente amplio.

Estos inconvenientes nos limitan extraordinariamente en el momento de formular algunas conclusiones sobre la prevalencia de depresión en muestras pediátricas. Sin embargo, podemos apuntar algunas hipótesis que deberían en el futuro investigarse. Una de ellas, quizá la más importante, es que la incidencia de depresión puede variar con el tipo de patología orgánica estudiada.

Esta hipótesis la planteamos aquí, en función de nuestra experiencia clínica y de las aportaciones de algunos recientes estudios en enfermos con cierta patología orgánica, como es el caso de los quemados.

El estudio sistemático de síntomas de depresión a través del CDI (Kovacs, 1981), en niños de 7 a 11 años que acudieron a los dispensarios del hospital comarcal de Reus, durante el primer semestre de 1987, reveló que las tasas más elevadas de sintomatología depresiva las proporcionaron los niños del dispensario de endocrinología, seguidos por los de neumología, alergología y digestivo. Estas observaciones no permiten concluir nada, pero sí sugieren que hay probablemente diferencias en la tasa de sintomatología depresiva, en función del tipo de patología orgánica que afecte al niño.

Stoddard y Connell (1983) informaron, por primera vez, que los niños preescolares con quemaduras severas presentaban alteraciones del humor.

TABLA 2.3
Estudios de prevalencia de depresión infantil en población general

Autores y año	Población	N	Edad	Criterios	Fuentes de información	País	Resultados
Ling et al. (1970)	Centro neurológico: enfermos con cefalea	25	4-16	De adultos para maniaco-depresivos	«Check-list» de 10 ítems, entrevista familiar e historia clínica	EE.UU.	40 %
Kashani et al. (1982)	Centro de cardiología pediátrica: niños con dolor torácico	100	6-18	DSM-III	Entrevistas a padres y niños	EE.UU.	13 %
Hodges et al. (1985)	Servicio de gastroenterología pediátrica: niños con más de 3 episodios de dolor abdominal recurrente	25 controles: 42 sanos, 67 alter. conducta.	3 meses a 11 a.	?	A niños: cuestionario CDI y entrevista CAS A padres: cuestionario de Beck y de Achenbach	EE.UU.	Diferencias significativas entre las medidas en CDI y CAS y puntuación sup. en el grupo con dolor abdominal
Kashani y Hakami (1982b)	Diagnosticados de cáncer	35	6-17	DSM-III	Entrevista a niños y padres	EE.UU.	17 % de DM

Las quemaduras representan la tercera causa accidental de muerte en la infancia (Herrin y Crawford, 1972) y son muy frecuentes por debajo de los seis años. De comprobarse la observación de Stoddard et al., los niños quemados podrían considerarse como una población de alto riesgo de depresión, riesgo que continuaría después de superada la fase aguda, puesto que el niño debe enfrentarse entonces a su nueva imagen corporal, muchas veces desfigurada, lo que fácilmente afectará su autoconcepto y autoestima. Los factores que pueden combinarse y contribuir a la aparición del cuadro depresivo en los niños quemados son de muy variada naturaleza como los delirios y alucinaciones por inhalación de humo, el dolor a veces agudísimo, la estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos, el temor a quedar desfigurado, el temor a la muerte, la separación de la familia, las características de la personalidad del niño, etc. No sabemos que exista ningún estudio de prevalencia de depresión en niños con quemaduras. Sin embargo, apuntamos aquí que por tratarse de una población relevante e importante por su número, sería interesante conocer la prevalencia de depresión, así como los factores de riesgo que van asociados a la misma.

Otra hipótesis que queremos plantear aquí es la influencia de la variable edad sobre la aparición de la depresión en la población pediátrica. En el grupo de niños examinados en el Hospital de Reus hemos obtenido diferencias según la edad, a partir del CDI. Las tasas más altas corresponden a la edad de 9 y 10 años (24 % y 29 %, respectivamente) y la más baja a los 7 años (10,5 %). Nos llamó la atención el hecho de que el aumento de la tasa encontrada en los niños de 10 años se correspondía muy bien con los datos encontrados recientemente por Sennerstam y Hogberg (1987), en una población de pediatría en Estocolmo. Los autores publicaron sus hallazgos bajo el sugestivo título de «Una crisis depresiva a la edad de nueve años: los nueve años en la consulta general de pediatría».

Consideramos prematuro confirmar un aumento de la frecuencia de depresión a los nueve años. Pero, en cambio, no creemos que sea prematuro señalar la necesidad de estudiar la frecuencia de depresión en poblaciones pediátricas y la conveniencia de investigar otras posibles variables implicadas, como las diferencias de edad y el desarrollo y/o las distintas patologías orgánicas padecidas.

El impacto de la enfermedad crónica en el ni-

ño ha sido estudiado por Rutter (1970), Pless y Douglas (1971) y Pless y Roghman (1971), entre otros. Los últimos autores citados hacen referencia a estudios clásicos en poblaciones de enfermos crónicos, entre los cuales, el más conocido es el *National Survey of Health Development*, realizado en Gran Bretaña, en el que se hizo un largo seguimiento de 5000 niños nacidos durante la primera semana de 1946 (Douglas, 1958). También Rutter estudió la psicopatología de los enfermos crónicos en su muestra de la isla de Wight (1970). Un tercer estudio con enfermos crónicos fue el *Rochester Child Health Survey*, realizado en Nueva York, en una muestra de 1756 niños y niñas, entre 6 y 16 años (Roghman y Haggerty, 1970). En todos ellos se estudió el impacto psicopatológico de la enfermedad crónica, aunque sin que se concretase el estudio de la depresión. En su muestra, Rutter halló un 17 % de los niños con patología psíquica, tasa en un 10 % superior a la hallada en la población general.

En estos estudios se hace referencia a la frecuencia de las alteraciones emocionales, que posiblemente estén en relación con la duración de la enfermedad (Pless y Roghman, 1971). Sabemos también que la enfermedad crónica provoca en el niño una serie de consecuencias negativas que están muy relacionadas con la depresión. Entre ellas pueden citarse las siguientes: disminución del autoconcepto (autoimagen y autoestima); distanciamiento de los otros niños de su misma edad, imposibilidad de participar en ciertos tipos de actividades, etc. Además, el niño intenta investigar y entender las causas de su dolencia, lo que le suscita frecuentes sentimientos de culpabilidad. De otra parte, hay impactos indirectos de la enfermedad crónica sobre el niño, como lo que acontece a través de los padres y de sus modos de vivenciarla y de reaccionar ante ella.

Estos y otros factores pueden desencadenar que un paciente crónico se deprima. Consideramos que sería bueno investigar a fondo la incidencia de depresión infantil en diferentes poblaciones de pacientes crónicos (distróficos, cardiopatas, diabéticos, renales, enfermos endocrinos, etc.). Una parte importante de los problemas psicosociales asociados a la enfermedad crónica podrían prevenirse si conociéramos mejor los factores de riesgo asociados a la psicopatología de las enfermedades crónicas. Está claro que el niño enfermo crónico debe recibir una atención especial para evitar estas complicaciones secundarias adicionales (Pless et al., 1971).

Grupo B: 3. Estudios de prevalencia de depresión infantil realizados en poblaciones con problemas psicopedagógicos y reeducativos

Una población que puede tener mucho interés para estudiar en ella la incidencia de depresión infantil es la de aquellos niños que durante un período de su vida, más corto o más largo, han tenido que acudir a una consulta psicopedagógica o han sido sometidos a una terapia reeducativa. Muchos de ellos presentan alteraciones del lenguaje o psicomotoras, o, simplemente fracaso escolar. Esta categoría está adquiriendo en nuestro país una importancia creciente por el enorme número de niños que se encuentran en esta situación, como consecuencia de la vigente legislación en materia educativa durante la etapa escolar.

Englobamos dentro de esta categoría a los escolares que suelen presentar dificultades para seguir un curso escolar normal y en los que no existe ni un déficit intelectual ni un trastorno emocional primario y que, por lo general, suelen ser enviados a sesiones denominadas de «reeducación» que, por otra parte, ocupan una parte importante del escaso tiempo libre del que disponen estos niños, sobre todo en las grandes ciudades. En este grupo (que no puede considerarse, en estricto sentido, ni psiquiátrico ni normal), hay niños con patologías diversas, con un elevado predominio de los trastornos del lenguaje y de las alteraciones perceptivo-motoras y atencionales que, ordinariamente, suelen englobarse bajo el nombre genérico de «trastornos del aprendizaje».

Los estudios epidemiológicos de depresión infantil relacionados con esta categoría los hemos reunido en la Tabla 2.4. Tres de estos trabajos se refieren a problemas generales de aprendizaje, otro se refiere más específicamente a los trastornos de lenguaje (Cantwell y Baker, 1979). Sólo hemos encontrado un trabajo que relaciona la depresión y la aptitud psicomotora, pero no lo hemos incluido en la Tabla 2.4., por tratarse de una muestra de adolescentes (Humphries et al., 1985).

En dos de estos trabajos, el de Weinberg y el de Brumback, realizados ambos en una población infantil, el porcentaje de depresión infantil encontrado es particularmente elevado y bastante coincidente entre los dos autores: 57 % (Weinberg,

1973) y 62 % (Brumback, 1980). Estos dos estudios presentan muchos puntos en común: el tamaño de la muestra, las edades de los niños, las poblaciones de origen, el número de informantes, etc. Según esto, podemos concluir que los niños que acuden a una consulta psicopedagógica, por fracaso escolar, son relativamente propensos a padecer depresión. Sin embargo, debemos ser prudentes y no sacar conclusiones precipitadas. Aunque lo que acabamos de decir sea cierto, no podemos basarnos en sólo un par de estudios para sostener afirmaciones de esta naturaleza.

El alto nivel de acuerdo entre estos dos estudios puede ser parcialmente atribuible al hecho de que las dos muestras han sido evaluadas con los mismos criterios diagnósticos de depresión. De otra parte, también se ha señalado la elevada saturación de temática escolar en los criterios diagnósticos de depresión de Weinberg (Finch et al., 1984) utilizados en estos dos estudios. Los niños habían sido enviados al centro por problemas escolares. El empleo de este criterio para el diagnóstico de depresión puede constituir un importante motivo de sesgo en la evaluación. Recordemos aquí lo difícil que es prescindir de los factores escolares en la evaluación de la patología psiquiátrica infantil, hasta el punto de ser, en ocasiones, muy difícil separar lo que es patología de lo que es únicamente una problemática de tipo escolar.

De otra parte, el elevado porcentaje de depresión en estas muestras escolares no nos ha causado ninguna sorpresa. Rutter (1974), en una revisión de la literatura psiquiátrica, encontró una estrecha asociación entre alteraciones del aprendizaje y varios tipos de problemas psiquiátricos. En nuestra experiencia de muchos años con un elevado número de niños como los de las anteriores investigaciones, nos hemos encontrado con que constituían una población de alto riesgo de depresión. Son niños con baja autoestima, con dificultades de relación con sus compañeros y, en general, infravalorados por los maestros, por los propios padres y por los mismos compañeros. Como ya hemos señalado en otro lugar (Polaino y Domènech, 1987), «la opinión que de sí mismo forma el niño depresivo está en gran parte condicionada por la opinión que de él tengan sus compañeros. Esa baja autoestima del niño deprimido se vertebra con las críticas que recibe y con la atención que sus compañeros le dispensan». El niño que, además de fracasar, ha de recibir una reeducación aparte, es también algunas veces se-

TABLA 2.4
Estudios de prevalencia de depresión en poblaciones con problemas psicopedagógicos y reeducativos

Autores y año	Población	Problema	N	Edad	Criterios	Fuentes de información	País	Resultados
Bauersfeld (1972)	Centro psiquiátrico escolar	Fracaso escolar	400	?	?	?	Suiza	13 %
Weinberg et al. (1973)	Centro de diagnóstico educativo	Fracaso escolar	72	6-12	Los de Weinberg	Entrevista a padres y niños	EE.UU.	58 %
Cantwell, Baker et al. (1979)	Clinica de problemas de comunicación y lenguaje	Lenguaje	600	2-16	DSM-III modificados	Entrevista semiestr. (niños) y cuestionarios de Rutter y de Connors modificados (padres)	EE.UU. (área de Los Ángeles)	4 % (23 de 600)
Brumback et al. (1984)	Centro de diagnóstico educativo	Fracaso escolar	100	5-12	Weinberg modificados	Entrevista a padres e informe escolar	?	62 %

ñalado, marginado o simplemente infravalorado por sus compañeros de clase.

Un grupo más específico, dentro de los niños con trastornos de aprendizaje, está constituido por los que presentan trastornos de lenguaje. De otro lado, una porción significativa de los niños que acuden a sesiones de reeducación, por presentar dificultades en el rendimiento escolar, tienen algún tipo de alteraciones del lenguaje (oral o escrito). Cantwell y Baker (1977) revisaron la literatura psiquiátrica infantil y señalaron que podía existir una elevada frecuencia de alteraciones psiquiátricas entre los niños con alteraciones de lenguaje (Cantwell y Baker, 1983).

Hasta ahora, sin embargo, los trabajos diseñados sobre prevalencia de alteraciones psiquiátricas en niños con trastornos de lenguaje y del habla, para nada hacen referencia de la depresión. Tal es el caso del estudio de Beitchman (1986), realizado en una muestra de 142 niños de 5 años. El estudio de Cantwell y Baker (ver Tabla 2.4), dedicado específicamente a la depresión, ha encontrado una prevalencia relativamente baja (un 4 %), sobre todo si la comparamos con las tasas de depresión obtenidas en muestras escolares con fracaso escolar.

Por contra, Beitchman señala a la población con alteraciones de lenguaje como una población de alto riesgo para sufrir trastornos psiquiátricos. De aquí que nos parezca excesivo indicar que los niños con problemas psicopedagógicos y reeducativos constituyen una población de posible riesgo depresivo. Son todavía muy escasos los estudios epidemiológicos en este tipo de poblaciones, pero dado el reciente número de escolares que se encuentran en esta situación, consideramos que su estudio debiera tener un carácter prioritario y urgente, por la posible patología depresiva que padecen o pueden llegar a padecer.

Grupo B: 4. Estudios de prevalencia de depresión infantil realizados en poblaciones especiales

Finalmente en la Tabla 2.5 hemos reunido los estudios epidemiológicos de depresión infantil realizados en poblaciones distintas a las que nos hemos referido en los epígrafes anteriores. De los

cinco estudios que se recogen en la Tabla 2.5, tres se refieren a niños inválidos (Minde, Kashani y Legerheim). Sólo un estudio, el de Dösen, está realizado en una población de deficientes mentales. El estudio de Kazdin, por último, incide en un tema que desgraciadamente es de mucha actualidad: el niño apaleado o maltratado.

Los estudios epidemiológicos de depresión infantil en niños inválidos tienen un gran interés, porque con los avances de las técnicas de detección precoz y de reanimación del recién nacido, las expectativas vitales de los niños con defectos congénitos y adquiridos y con minusvalías de todo tipo, se han incrementado mucho.

Según Roghman y Haggerty (1970) y Pless y Roghman (1971), se estima que los niños con minusvalía constituyen el 10 % de la población a la edad de 15 años, en los cuales el 50 % de estas minusvalías son irreversibles (Roghman, 1971).

Chess y Hassibi (1978) dividieron los trastornos psiquiátricos de los inválidos en dos categorías. En la primera consideraron que el trastorno psíquico era primario y evolucionaba paralelamente a como lo hiciera el defecto físico. En el segundo caso, el trastorno psíquico era consecuencia de la invalidez, que actuaba como un estresor crónico. Los autores señalaron la desmoralización, el autodesprecio, el aislamiento y la depresión, como las alteraciones reactivas más frecuentemente asociadas a los handicaps físicos en los niños de este segundo grupo. Recientemente, varios autores se han interesado por el tema de la depresión en los niños inválidos (Minde, 1972; Petti, 1978; Kashani, 1981; Legerheim, 1987).

Minde, Hackett, Killou y Silva hicieron un seguimiento de 41 niños en Montreal, durante los primeros años de su escolarización. Veinte de estos niños eran deficientes y veintiuno de inteligencia normal. La muestra estuvo constituida por tetrapléjicos, parapléjicos, hemipléjicos, hidrocefálicos, poliomiélicos, epilépticos y hemofílicos. En 16 de estos 41 niños (doce de inteligencia normal y cuatro retrasados) se diagnosticó una depresión severa. En todos ellos, el episodio depresivo tuvo una aparición brusca y una duración que osciló entre seis meses y un año. Los autores concluyen su estudio señalando la presencia del riesgo de depresión en los inválidos, entre 6 y 9 años, cuando su desarrollo cognitivo les permite darse cuenta de que su defecto probablemente no desaparecerá, y que no pueden aspirar a hacer lo que hacen los demás, ni participar en muchas de

TABLA 2.5
Estudios de prevalencia de depresión infantil en poblaciones especiales

Autores y año	Población	N	Edad	Criterios	Fuentes de información	País	Resultados
Minde et al. (1972)	Niños <i>inválidos</i> escolarizados en MacKay Center»	41 (20 con retraso mental)	5-9	Clinicos	Niños (entrevista semiestructurada), padres y maestros	Canadá (Montreal)	16 %
Kashami et al. (1981)	Niños <i>hospitalizados para tratamiento ortopédico</i> (deformidades congénitas y traumáticas, eclosiosis, etc.)	100	7-12	DSM-III	Entrevista a padres, niños y personal de enfermería	EE.UU.	23 %
Dosen (1984)	<i>Deficientes mentales</i> (Centro de observación para niños con problemas de desarrollo)	194	3-16	7 criterios propios	Datos anamnésticos y observación	Holanda (Oisterwijk)	16 %
Kazdin et al. (1987)	<i>Niños apaleados</i> : Episodio pasado, actual o ambos (internados en hospital psiquiátrico)	33 (grupo control: 46)	6-13	Cuantitativo	Niño y padres: CDI, SEI (Coppersmith, 1967), <i>Hopelessness Scale for Children</i> (Kazdin, 1983), cuestionario de Achenbach	EE.UU.	No porcentajes. Mayor severidad en niños apaleados
Legerheim (1987)	<i>Inválidos</i> de una clínica de rehabilitación (hospital Dan Deryd)	209	7-11	Clinicos	Historias clínicas e información de padres y maestros	Suecia (Estocolmo)	79 % de alteraciones emocionales y comportamentales.

las actividades que realizan los compañeros de su misma edad. Pero aconsejan la necesidad de enfocar el problema de una forma realista, tanto por parte de los niños como de sus padres, a fin de evitar, cuando todavía es posible hacerlo, el desarrollo patológico de la personalidad del niño inválido.

Kashani, Venzke y Miller (1981) estudiaron una muestra de 100 niños, entre 7 y 12 años, con trastornos musculoesqueléticos congénitos (40 %) y adquiridos (60 %) de todo tipo, hospitalizados en un centro para tratamiento ortopédico. Los autores estudiaron la presencia de depresión en estos niños, fundamentando la definición de caso en los criterios del DSM-III y utilizando como informadores a los niños y a sus padres. En todo caso, el diagnóstico se basó en la entrevista clínica. La tasa de prevalencia de depresión, resultante en este estudio, fue del 23 %. Esta tasa es muy alta si la comparamos con el $1,8 \pm 1$ %, que hemos sugerido como tasa de referencia para la población general.

Recientemente, Lederheim ha obtenido una tasa muy elevada de trastornos psiquiátricos en una muestra de niños inválidos suecos, entre 7 y 11 años. Sin embargo, lo que mide Legerheim no es propiamente la depresión, sino las alteraciones emocionales y comportamentales.

En 1984, Dösen estudió la *depresión infantil* en una población de *niños deficientes mentales*. La muestra estuvo formada por 149 niños, entre 3 y 16 años. Los coeficientes intelectuales de los niños variaron de CI = 30 a CI = 90. Dösen encontró diferencias en la sintomatología depresiva entre deficientes y no deficientes.

La información de que se dispone sobre prevalencia de la depresión en deficientes mentales es muy escasa y dispar. Algún autor (Kirman, 1979) considera que la depresión apenas si existe en los niños deficientes, mientras que otros (Corbett, 1979) opinan que la depresión puede darse incluso en los niños con deficiencia profunda.

Según parece, en los niños con un desarrollo cognitivo muy pobre, las alteraciones del humor pueden ser menos perceptibles. Dösen remarca de forma insistente la diferente expresividad de la sintomatología depresiva en el deficiente, hasta el punto de llegar a reconsiderar aquí la validez del antiguo concepto de depresión enmascarada. En este tipo de poblaciones es a veces difícil llegar a establecer el diagnóstico diferencial de depresión, psicosis o, simplemente, el síndrome hiperkinético, pero ello no obsta para considerar

que la depresión también existe en los retrasados mentales.

En el estudio de Dösen la definición de caso se hizo siguiendo unos criterios propios, a través de una escala que evaluaba siete bloques sintomatológicos diferentes. La prevalencia encontrada fue en este caso del 16 %. Todos los niños que fueron considerados deprimidos debían como mínimo satisfacer los cuatro primeros criterios de la escala, durante un periodo de varios meses. Los criterios establecidos fueron los siguientes: 1) conducta agresiva, destructiva e hiperkinética; 2) hambre de afecto hacia el adulto; 3) falta de confianza en sí mismo, y 4) variaciones del humor muy manifiestas.

Del trabajo de Dösen podemos deducir que la depresión infantil (que tantas veces pasa inadvertida en el niño no retrasado) es todavía más difícil de sospechar y detectar en el deficiente; pero esto de ninguna manera implica que los deficientes no puedan también deprimirse.

Recientemente, Kazdin, Mezer, Colbus y Bell (1985) han investigado la relación que puede existir entre los síntomas de depresión y el maltrato infantil.

Los autores estudiaron 79 niños maltratados, de 6 a 13 años, ingresados en un departamento de psiquiatría infantil.

La información de los niños se obtuvo a través del CDI de Kovacs y de cuestionarios de autoestima y de indefensión, además de la entrevista clínica; en las madres, sólo a partir del BDI.

Los niños apaleados proporcionaron unos resultados muy bajos en autoestima y una alta tasa de sintomatología depresiva, que se acompañaba de unas expectativas de futuro muy negativas. La sintomatología depresiva más alta correspondió a aquellos niños que habían sido maltratados en el pasado y continuaban siéndolo en el presente.

Se observó que la información procedente de los padres de los niños maltratados no era útil ni pertinente. Solamente la autoevaluación de la depresión infantil permitió discriminar, en estos casos, entre niños maltratados y niños no maltratados.

Este estudio no proporciona la prevalencia ni permite todavía relacionar la depresión, en estos niños, con variables demográficas tales como edad, sexo, raza, cociente intelectual, clase social o variables de tipo materno, pero presenta, sin embargo, el enorme interés de llamar la atención sobre el grave riesgo depresivo existente en el niño maltratado.

Desde el punto de vista sanitario sabemos que la depresión es una enfermedad con muchas repercusiones sociales, por su enorme extensión en la población adulta y por su impacto sobre el rendimiento y el bienestar de los individuos. Parece lógico que la lucha social para prevenir la depresión comience con el niño.

El largo silencio en torno a la existencia y prevalencia de la depresión infantil, durante tantos años, nos parece algo inaudito. Todavía hoy los conocimientos que de ella tenemos son insuficientes, como hemos podido observar; acaso por esa razón el interés social de los estudios epidemiológicos es tan pequeño.

La depresión infantil no tratada puede continuar y empeorar cuando el niño deprimido llega a adolescente, pudiendo prolongarse en su vida de adulto. Al tiempo que esta evolución, aumenta el riesgo de suicidio.

Este riesgo es pequeño en el niño, pero se incrementa extraordinariamente con el paso de los años (Polaino-Lorente, 1987). La historia de la conducta suicida se inicia muchas veces durante la infancia a través de la ideación suicida, que casi siempre acompaña a los cuadros depresivos.

Por último, si la depresión continúa en el adulto, puede dar lugar a que los padres deprimidos empleen a su vez unas pautas educativas incorrectas con sus propios hijos, contribuyendo de esta forma a perpetuar la depresión en nuestra sociedad. Las madres de los niños maltratados son muchas veces, ellas mismas, mujeres deprimidas que, debido a su enfermedad, no pueden manifestar afecto hacia sus hijos ni establecer con ellos una comunicación emocional positiva.

Por estas y otras razones, consideramos que es necesario seguir investigando en el tema de la epidemiología de la depresión infantil. Tal vez así un día se podrá conocer mejor no sólo su prevalencia e incidencia, sino también los factores de riesgo y las causas explicativas, condición *sine qua non* de toda prevención e intervención eficientes.

Bibliografía

- ACHENBACH, T. M.; EDELBROCK, C. S. (1981): Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four through sixteen. *Monogr. Soc. Res. Child. Dev.*, 188.
- ALBERT, N.; BECK, A. T. (1975): Incidence of depression in early adolescence *J. of Youth and Adolescence*, 4, 301-307.
- ANDERSON, J. C.; WILLIAMS, S.; MC GEE, R.; SILVA, P. A. (1987): The prevalence of DSM-III Disorders in a large sample of preadolescents children from the general population. *Arch. Gen. Psychiatry*, 44, 69-76.
- ANNELL, A. L. (1972): *Depressive States in Childhood and Adolescence*, p. 11. Stockholm. Almqvist and Wiksell.
- BAASHER, T. A. (1982): Epidemiological surveys in developing countries: potential and constraints. *Acta Psychiatr. Scand. (Suppl.)*, 296, 65, 45-51.
- BAILEY, B.; GRAHAM, PH.; BONIFACE, D. (1978): How much child psychiatry does a general practitioner do? *Policy statement R. Coll. Gen. Pract.*, 28, 621-626.
- BAUERSFELD, K. H. (1972) *Diagnosis and treatment of depressive conditions at a School psychiatric center*. Editado por Annell, A. L., Stockholm. Almqvist and Wiksell.
- BEITCHMAN, J.; BELL, K; SIMEON, S. (1978): Types of disorders and demographic variables in Canadian child Psychiatry population. *Can. Psychiatr. Assoc. J.*, 23, 2, 91-6.
- BEITCHMAN, J. H.; NAIR, R.; CLEGG, M.; FERGUSON, B.; PATEL, P. G. (1986): Prevalence of psychiatric disorders in children with speech and language disorders. *Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 25, 528-535.
- BERGER, M.; YULE, W.; RUTTER, M. (1975): Attainment and adjustment in two geographical areas: The prevalence on specific reading retardation. *Br. J. Psychiatry*, 125, 510-519.
- BETSCHART, W. (1982): Mental health in the political perspective. *Acta Paedopsychiatr. (Basel)*, 48, 1, 7-17.
- BJOERNSSON, S. (1974): Epidemiological investigation of mental disorders of children in Reykjavik, Iceland. *Scand. J. Psychol.*, 25, 244-254.
- BOMBA, J.; BIELSKA, A.; JOZEFIK, B. et al (1984): The incidence of depression in children and adolescents, as determined by the frequency of diagnoses of the disorders in various mental health services. *Psychiatr. Pol.*, 18, 4, 327-332.
- BREMER, J. (1980): A social psychiatric investigation of a small community in Northern Norway. *Acta Psychiatr. Scand. (Suppl.)*, 62, 123-131.
- BRUMBACK, R. A.; JACKOWAY, M. K.; WEINBERG, W. A. (1980): Relation of intelligence to childhood depression in children referred to an educational diagnostic center. *Perceptual and motor skills*, 50, 11-17.
- BURGIN, D. (1986): Depression in children and adolescents. *Psychopathology* 19, *Suppl.*, 2, 148-155.
- CANTWELL, D. P.; BAKER, L. (1977): Psychiatric disorder in children with speech and language retardation: A critical review. *Arch. Gen. Psychiatry*, 34, 583-591.
- CANTWELL, D. P.; MATTISON, R. (1979): The prevalence of psychiatric disorder in children with speech and language disorder: An epidemiological study. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 18, 450-461.
- CANTWELL, D.; BAKER, L. (1983): Depression in children with speech language and learning disorders. In

- Petti, A. E.: *Childhood Depression*. New York: The Haworth Press, 51-59.
- CARLSON, G.; CANTWELL, D. (1979): A survey of depressive symptoms in a child and adolescent psychiatric population. *Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 18, 587-599.
- CARLSON, G.; CANTWELL, D. (1980): A survey of depressive symptoms, syndrome and disorder in a child psychiatric population. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 21, 19-25.
- CEBİROĞLU, R.; SUMER, E.; POLVAN, O. (1971): Etiology and pathogenesis of depression in Turkish children. En Annel, L. (ed.): *Depressive states in children and adolescents*. Stockholm. Almqvist and Wiksell, pp. 133-136.
- CEDERBLAD, M. (1968): A child psychiatric study of Sudanese Arab children. *Acta Psychiatr. Scand. (Suppl.)* 200, 1-230.
- CEDERBLAD, M. (1987): *The nine-year-old, a problem of our time?* Manuscrito no publicado. Departamento de Psiquiatría infantil y juvenil. Universidad de Lund, Suecia.
- CEDERBLAD, M.; HOOK, B. (1984): Revidering och provning av ett instrument for att math beteenaderubbingar hos barn. *Stressforsknings-rapporter. Nr 174*, Stockholm.
- CONNELL, H. M.; IRVINE, L.; RODNEY, J. (1982): The prevalence of psychiatric disorder in rural school children. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, 16, 43-46.
- CORBETT, J. A. (1979): Psychiatric morbidity and mental retardation. En James, F. E. Snaith, R. P. *Psychiatric illness and mental handicap*. Gaskell Press. London.
- CULLEN, K. J.; BOUNDY, C. A. P. (1966): The prevalence of behaviour disorders in the children of 1000 Western Australian families. *Med. J. Aust.*, 2, 805-808.
- CHESS, S.; HASSIBI, M. (1978) *Principes and Practice of Child Psychiatry*. pp. 349-69. New York. Plenum Press.
- CHESS, ST.; THOMAS, A.; HASSIBI, M. (1983): Depression in childhood and adolescence. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 171, 7, 411-420.
- DAVIE, R.; BUTLER, N.; GOLDSTEIN, H. (1972): *From birth to seven*. London. Longman.
- DOMÉNECH, E. (1987): Concepto y prevalencia de la depresión infantil (en prensa). *Comun. Primer Congr. Paidopsiquiatría de la SEP*. Barcelona, oct. 1986.
- DOMÉNECH, E. (1987): Prevención de la depresión infantil. En Polaino-Lorente, A.: *Depresiones infantiles* (en prensa). Madrid. Morata.
- DOMÉNECH LLABERIA, E.; POLAINO-LORENTE, A.: Investigación epidemiológica de la depresión infantil en España (antecedentes de una investigación en curso de realización): metodología, diseño e instrumentación. *Com. V Congr. Nac. Soc. Esp. Neuropsiq. Infantojuvenil*. Málaga, nov. 1986.
- DOSEN, A. (1984): Depressive conditions in mentally handicapped children. *Acta paedopsychiatr.*, 50, 29-40.
- DOUGLAS, J. W. B.; BLOMFIELD, J. M. (1958): *Children under five*. London. Allen and Unwin.
- DUBE, K. C. (1970): A study of prevalence and biosocial variables in mental illness in a rural and urban community in Uttar Pradesh, India. *Acta Psychiatr. Scand.*, 46, 327.
- EARLS, F.; RICHMAN, N. (1980): The prevalence of behaviour problems in 3-year old children of West-Indian born parents. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 21, 99-106.
- EARLS, F.; RICHMAN, N. (1980): Behavior problems in preschool children of West Indian-born parents: A re-examination of family and social factors. *J. Child Psychol. Psychiatr.*, 21, 107-117.
- EARLS, F. (1982): Application of DSM-III in an epidemiological study of preschool children. *Am. J. Psychiatry*, 139, 2, 242-243.
- EASTWOOD, M. R.; KRAMER, P. M. (1981): Epidemiology and depression *Psychol. Med.*, 11, 229-234.
- ELNAGAR, M. N.; MAITRA, P.; RAO, M. N. (1971): Mental Health in an Indian Rural Community. *Br. J. Psychiatry*, 118, 499.
- ERICSON, B. (1980): *Lassvarigheter och emotionell storning*. Uppsala. Akademisk Avhandling.
- FEINSTEIN, C.; BLOUIN, A. G; EGAN, J.; CONNERS, C. K. (1984): Depressive symptomatology in a Child Psychiatric outpatient population: correlates with diagnosis. *Compr. Psychiatry*, 25, 379-391.
- FINCH, A.; FLEMING, G. (1984): An overview of Child Depression. En *Prog. Pediatr. Psychol.*, New York. Grune-Stratton, pp. 201-239.
- GARRALDA, M. E.; BAILEY, D. (1986): Children with psychiatric disorders in primary care. *J. Child. Psychol. Psychiatry*, 27, 5, 611-624.
- GIEL, R.; ARANGO, M. V.; CLIMENT, C. E. et al. (1981): Childhood mental disorders in primary health care. Results of observations in four developing countries. *Paediatrics*, 68, 677-683.
- GRAHAM, Ph. (1977): *Epidemiological Approaches in Child Psychiatry*, London. Academic Press.
- GRAHAM, Ph. (1979): *Epidemiological Studies*. In Quay, H. C. & Werry, S. S. (eds.). *Psychopathological Disorders in Childhood*, 2.ª ed. New York. Wiley, pp. 185-209.
- GRAHAM, Ph. (1986): *Child Psychiatry: A development approach*, Oxford. Oxford University Press, p. 6.
- HAKOLA, J.; BOND, L.; ROLF, J. (1981): The incidence, prevalence and severity of behavior disorders among preschool-age children in day care. *J. Abnorm. Child. Psychol.*, 9, 1, 23-42.
- HAUGSTAD, A. (1971): Mental and behavioral disturbances among primary school children. *Tidsskr-Norske-Laegeforen*, 91, 10, 729-31.
- HERRIN, J. T.; CRAWFORD, J. D. (1972): The serious burned child. In Smith (ed.). *The critically ill child*:

- Diagnosis and management*. Philadelphia. W. B. Saunders.
- HODGES, K.; KLINE, J.; BARBERO, G.; FLANERY, R. (1985): Depressive symptoms in children with recurrent abdominal pain and in their families. *J. Pediatr.*, 107, 4, 622-626.
- HUMPHRIES, L.; GRUBER, J.; KRYSZCIO, R. (1985): Motor proficiency in depressed adolescent in patients: biochemical and clinical diagnostic correlates. *J. Dev. Behav. Pediatr.*, 6, 5, 259-262.
- JORMING, B. (1984): Hallstillstandet hos eleven i grudskolan. Epidemiologisk studie. Universitetsforlaget. Lund. Sweden.
- KASHANI, J. (1982): Epidemiology of Childhood Depression. En Grinspoon. L. (ed.), *Psychiatry 1982. Am. Psychiatr. Annu. Rev. DC*. American Psychiatric Press, pp. 281-282.
- KASHANI, J.; SIMMONDS, J. (1979): The incidence of depression in children. *Am. J. Psychiatry*, 136, 9, 1203-1205.
- KASHANI, J.; VENZKE, R.; MILLAR, E. (1981): Depression in children admitted for orthopaedic procedure. *Br. J. Psychiatry*, 138, 21-25.
- KASHANI, J.; HAKAMI, N. (1982): Depression in children and adolescents with malignancy. *Can. J. Psychiatry*, 27, 474-477.
- KASHANI, J.; LABABIDI, Z.; JONES, R. S. (1982): Depression in children and adolescents with cardiovascular symptomatology: the significance of chest pain. *Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 21, 187-189.
- KASHANI, J.; CANTWELL, D.; SHEKIM, W.; REID, J. (1982): Major depressive disorder in children admitted to an inpatient community mental health center. *Am. J. Psychiatry*, 139, 5, 671-672.
- KASHANI, J.; MCGEE, R.; CLARYSON, S. et al (1983): Depression in a sample of 9-year-old children. *Arch. Gen Psychiatry*, 40, 1217-1223.
- KASHANI, J.; RAY, J. S. (1983 II): Depressive related symptoms among preschool-age children. *Child Psychiatry Hum. Dev.*, 13, 4, 233-238.
- KASHANI, J.; RAY, J. S.; CARLSON, G. A. (1984): Depression and depressive-like states in preschool-age children in a child development unit. *Am. J. Psychiatry*, 141, 1397-1402.
- KASHANI, J. H.; HOLCOMB, W. R.; ORVASCHEL, H. (1986): Depression and depressive symptoms in preschool children from the general population. *Am. J. Psychiatry*, 143, 1138-1143.
- KASTRUP, M. (1976): Prevalence of mental disorders in preschool children social background and treatment. *Ugeskr.-Laeger*, 138, 39, 2391-5.
- KAUFMAN, M. R.; LEHRMAN, S.; FRANZBLAU, A. N. et al. (1959): Psychiatric findings in admission to a medical service in a general hospital. *J. Mt Sinai Hospital*, 26, 160-170.
- KAZDIN, A.; MOSER, J.; COLBUS, D.; BELL, R. (1985): Depressive symptoms among physically abused and psychiatrically disturbed children. *J. Abnorm. Psychol.*, 94, 3, 298-307.
- KEILLAM, S. G.; BRANCH, J. D.; AGRAWEL, K. C.; ENSMINGER, M. E. (1975): *Mental health and going to school*. Chicago. University of Chicago Press.
- KIRMAN, B. (1979): Mental illness and mental handicap: Reflections and diagnostic problems and prevalence. En James, F. E. y Snaith, R. P. *Psychiatric illness and mental handicap*. Gaskell Press. London.
- KOVACS, M. (1977): *Childhood depression: myth or clinical syndrome*. Presentada a la American Academy of Child Psychiatry. Houston. Texas.
- KOVACS, M. (1981): Rating scales to assess depression in school aged children. *Ser. Paedopsychiatr.*, 46, 305-315.
- KRUPINSKI, J.; BAIKIE, A. G.; STOLLEN, A.; GRAVES, J.; O'DAY, D. M.; POLKE, P. A. (1967): Community Health Survey of Heyfield, Victoria. *Med. J. Austr.*, 54, 1204-1211.
- KUPERMAN, S.; STEWART, M. A. (1979): The diagnosis of depression in children. *J. Affective Disord.*, 1, 213-217.
- LAGERHEIM, B. (1987): *A depressive crisis at the age of nine in handicapped children*. Manuscrito no publicado. Department of Child Psychiatry. Danderyds Hospital. Suecia.
- LAI, N.; SETHI, B. B. (1977): Stimate of mental ill health in children of an urban community. *Indian J. Pediatr.*, 44, 350, 55-64.
- LANGNER, T. S.; GERSTEN, J. C.; MCCARTHY, E. D.; EISENBERG, J. G. (1976): A screening inventory for assessing psychiatric impairment in children 6 to 18. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 44, 286-296.
- LAPOUSE, R.; MONK, M. (1958): An epidemiological study of behaviour characteristics in children. *Am. J. Public Health*, 48, 1134-1144.
- LAPOUSE, R.; MONK, M. (1964): Behaviour deviations in a representative sample of children: Variation by sex, age, race, social class and family size. *Am. J. Orthopsychiatry*, 34, 434-446.
- LEFKOVITZ, M. M.; TESINY, E. P. (1981): *The epidemiology of depression in normal children*. Presentada a la American Association for the Advancement of Science. Toronto.
- LEFKOVITZ, M. M.; TESINY, E. P. (1985): Depression in children. Prevalence and correlates. *J. Consult. and Clin. Psychol.*, 53, 5, 647-656.
- LING, W.; OFTEDAL, G.; WEINBERG, W. (1970): Depressive illness in childhood presenting as severe headache. *Am. J. Dis. Child.*, 120, 122-124.
- LINKS, P. (1983): Community Surveys of the prevalence of childhood psychiatric disorders: a review. *Child Dev.*, 54, 531-548.
- LOBOVITS, D.; HANDAL, P. (1985): Depression: Prevalence using DSM-III. Criteria and validity of parent and child depression scales. *J. Pediatr. Psychol.*, 10, 1, 45-54.
- MCCONVILLE, B.; BOAG, L.; PUROHIT, A. (1973):

- Three types of childhood depression. *Canadian Psychiatr. Association J.*, 18, 133-138.
- MC CONVILLE, B.; RAE-GRANT, Q. (1985): The diagnosis and treatment of depressive sub-types in children. En Stevenson, J. E. (ed.): *Recent research in developmental psychopathology*. Oxford. Pergamon Press.
- McFARLANE, J. W.; ALLAN, L.; HONZIK, M. P. (1962): *A developmental study of the behaviour problems of normal children between 21 months and 14 years*, 2.ª ed. Berkeley, Los Angeles. University of California.
- McGEE, R.; SILVA, P. A.; WILLIAMS, S. (1984): Behaviour problems in a population of 7-year-old children: prevalence, stability and types of disorder: a research report. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 25, 251-259.
- McGUIRE, J.; RICHMAN, N. (1986): The prevalence of behavioural problems in three types of preschool group. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 27, 4.453-472.
- McKAY, D. N.; ELLIOTT, R.; CALVERT, G. J. (1973): Letter: Autism and mental subnormality in Northern Ireland, *Lancet*, 2, 843, 1443-4.
- MILLER, M. J. V.; COURT, S. D. M.; KNOX, E. G.; BRANDON, S. (1974): *The school years in Newcastle-upon-Tyne*. London. Oxford University Press.
- MINDE, K.; HACKETT, J. D.; KILLOU, D.; SILVA, S. (1972): How they grow up: 41 Physically Handicapped Children and their families. *Am. J. Psychiatry*, 128, 12, 1554-1560.
- MINDE, K. (1975): Psychological problems in Uganda school children: a controlled evaluation. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 16, 49-59.
- MINDE, K. (1976): Child psychiatry in developing countries. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 17, 79-83.
- MURRAY (1970), cit. en Petti (1983b): The assessment of depression in young children en T. A. Petti: *Childhood depression*. New York. Haworth Press.
- NISSEN, G. (1971): *Depressive Syndrome in Kindes- und Jugendalter*. Monographien ans dem Gesamtgebiete der Psychiatrie Series. Berlin. Springer-Verlag.
- OFFORD, D. R. (1985). Child psychiatry disorders: prevalence and perspectives. *Psychiatr. Clin. North Am.*, 8, 4, 637-652.
- OMS: *Santé mentale et développement psychosocial de l'enfant*. Série de rapports techniques n.º 613 OMS. Gêneve, 1977.
- PAPATHEOPLHILOU, R.; BADA, K.; MICHELOYIANNAKIS, I.; MAKARINIS, G.; PANTELAKIS, S. (1981): Psychiatric disorders in 6 to 8 year-old children in the greater Athens Area. *Bibltica psychiat.*, 160, 92-100.
- PEARCE, J. (1977): Depressive disorder in childhood. *J. Child Psychol., Psychiatry*, 18, 79-82.
- PETTI, T. A. (1978): Depression in hospitalized child psychiatric patients; approaches to mesure depression. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 17, 49-59.
- PETTI, T. (1983): *Childhood depression*. New York. Haworth Press.
- PETTI, T. A. (1983): The assessment of depression in young children: En T. A. Petti (ed.): *Childhood Depression*. New York. Haworth Press.
- PHILIPS, I.; FRIEDLANDER, S. (1982): Conceptual problems in the study of depression in childhood. In Grinspoon (ed): *Psychiatry 1982. Ann. Rev.*, 265-272. Washington, O. C. American Psychiatric Press.
- PLATTER, Felix, In Eliy, N. F. J.: *Dictionnaire historique de la médecine antique et moderne*. Mons. Ho-yois, 1778, vol. III, pp. 584-585.
- PLES, I. B.; DOUGLAS, J. W. B. (1971): Chronic illness in childhood. Epidemiological and clinical characteristics. *Pediatrics*, 47, 405-14.
- PLESS, I.; ROGHMANN, K. (1971): Chronic illness and its consequences: Observations based on three epidemiological surveys. *The J. Pediatr.*, 79, 3, 351-359.
- POLAINO, A.; DOMÉNECH, E. (1987): La información de los compañeros y del maestro como criterio adicional en el diagnóstico de la depresión infantil. *Comunic. Reunión Anual PTD* (Córdoba).
- POLAINO-LORENTE, A. (1987): *Las depresiones infantiles*. Madrid. Alhambra.
- POZNANSKI, K. E.; ZRULL, J. P. (1970): Childhood Depression. *Arch. Gen. Psychiatry.*, 23, 8-15.
- PRINGLE, M. L. K.; BUTLER, N. R.; DAVIE, R. (1966): *11.000 seven-yearold*. London. Longman.
- REHM, Otto (1919): *Das manisch melancholische Irresein* (Manisch-Depressives Irresein Kraepelin). Eine monograph Sdie. Berlin. Springer.
- RICHMAN, N.; STEVENSON, J. E.; GRAHAM, Ph. (1975): Prevalence of behaviour problems in 3 year old children: An epidemiological study in a London Borough. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 16, 277-87.
- RICHMAN, N.; STEVENSON, J.; GRAHAM, Ph. (1982): *Pre-school to school: a behavioural study*. London. Academic Press.
- ROGHMAN, K. J. (1971). Chronic physical handicap. *J. Pediatr.*, 71, 3, 353-5.
- ROGHMANN, K. J.; HAGGERTY, R. J. (1970): Rochester Child Health Surveys: Objectives, organization and methods. *Medical Care*, 8, 47.
- RUBIN, R. A.; BALOW, B. (1978): Prevalence of teacher identified problems: A longitudinal study. *Except. Child.*, 102-111.
- RUTTER, M. (1967): A children behaviour questionnaire for completion by teachers: preliminary findings. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 8, 1-11.
- RUTTER, M. (1974): Emotional disorders and educational underachievement. *Arch. Gen. Psychiatry*, 49, 249-256.
- RUTTER, M.; TIZARD, J.; WHITMORE, K. (1970): *Education, Health and Behaviour*. London. Longman Group Ltd.
- RUTTER, M.; YULE, B.; QUINTON, D.; ROWLANDS, O.; YULE, W.; BERGER, M. (1974): Attainment and adjustment in two geographical areas: III Some factors accounting for area differences. *Br. J. Psychiatry*, 125, 520-33.

- RUTTER, M.; COX, A.; TUPLING, C.; BERGER, M.; YULE, W.; (1975 b): Attainment and adjustment in two geographical areas. I. Prevalence of psychiatric disorders. *Br. J. Psychiatry*, 126, 493-509.
- RUTTER, M.; TIZARD, J.; YULE, W.; GRAHAM, Ph.; WHITMORE, K. (1976): Isle of Wight Studies 1969-1974: Research report. *Psychol. Med.*, 6, 313-332.
- SANCTE DE SANCTIS (1925). *Neuropsychiatria infantile: patologia e diagnostica*. Roma. Casa Editrice Albertstock, pp. 830-899.
- SCHMIDT, M. H.; REMSCHMIDT, H. (1983): *Epidemiological approaches in child psychiatry II*. Stuttgart. Georg Thieme Verlag.
- SCHULTERBRANDT, V. G.; RASKIN, (1977): *Depression in childhood: diagnosis, treatment and conceptual models*. New York. Raven Press.
- SENNERSTAM, R.; HOGBERG, G. (1987): *A depressive crisis at the age of nine? The nine years old child in general practician consultation*. Unpublished manuscript. Pediatric and child Psychiatric Consultations. Vasterbaninge. Suecia.
- SETHI, B. B.; GRUPTA, S. C.; RAIKUMAR (1967): Three hundred urban families — a psychiatric study. *Indian J. Psychiatry*, 9, 280.
- SETHI, B. B.; GRUPTA, S. C.; RAIKUMAR y KUMARI, P. (1972): A psychiatric survey of 500 rural families. *Indian J. Psychiatry*, 14, 183.
- SHEN YU-CUN; WANG YU-FENG; YANG XIAO-LING (1985): An epidemiological investigation of minimal brain disfunction in six elementary schools in Beijing. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 26, 5, 777-787.
- SHEPERD, M.; OPPENHEIM, B.; MITCHELL, S. (1971): *Childhood Behaviour and mental health*. London. University of London Press.
- STOCKING, M.; ROTHNEY, N.; GROSSER, G.; GOODWIN, R. (1972): Psychopathology in the pediatric hospital: implications for community health. *Am. J. Public Health*, 62, 4, 551-6.
- STODDARD, F.; CONNELL, K. (1983): Dysphoria in children with severe burns. En Petti, T. (ed.). *Childhood depression*. New York. The Haworth Press, pp. 41-50.
- TEUTING, P.; KOSLOW, S. H.; HIRSCHFELD, R. M. A. (1982): «Special report on depression research» (DHHS Publication N.° ADM 81-1085. *National Institute of Mental Health*). Washington, DC. Government Printing Office.
- TRAD, V. (1987): *Infant depression: paradigms and paradoxes*. New York. Springer Verlag.
- VALLE-BURIAN, J.; DOMÉNECH-HERNÁNDEZ, A.; GARCÍA PÉREZ, R. (1978): Psychiatric consultation in a pediatric hospital. *Bol. Med. Hosp. Infant.-Mex.*, 35 3, 529-37.
- VERGHESE, A.; AHMED BEIG, SENSEMAN, L. A.; SUNDAR RAO, P. S. S.; BENJAMIN, V. (1973): A social and psychiatric study of a representative group of families in Vellore town. *Indian J. Med. Res.*, 61, 608.
- VERGHESE, A.; BEIG, A. (1974): Psychiatric disturbance in children—an epidemiological study. *Indian J. Med. Res.*, 62, 10, 1538-42.
- VERHULST, F.; AKKERHUIS, G.; ALTHAUS, M. (1985): Mental health in Dutch children (I) a cross-cultural comparison. *Acta Psychiatr. Scand.*, 323, 72, 1-108.
- VERHULST, F.; BERDEN, G.; SANDERS-WOUDSTRA, J. (1985): Mental health in Dutch children the prevalence of psychiatric disorder and relationship with measures. *Acta Psychiatr. Scand. (Suppl.) N.° 324*, 72, 1-45.
- VIKAN, A. (1985): Psychiatric epidemiology in a sample of 1510 ten-year old children. Prevalence. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 26, 1, 55-75.
- WEINBERG, W. A.; RUTMAN, J.; SULLIVAN, L.; PENICK, E. C.; DEITZ, S. G. (1973). Depression in children referred to an educational diagnostic center, diagnosis and treatment. *J. Pediatr.* 83, 1065-1072.
- WELNER, Z.; WELNER, A.; MCCRAY, D.; LEONARD, M. (1977): Psychopathology in children of inpatients with depression: a controlled study. *J. Nerv. Ment. Dis.* 164, 408-412.
- WERNER, E. E.; BIERMAN, J. M.; FRECH, F. C. (1971). *The children of Kauai: a longitudinal study from the prenatal period to age ten*. Honolulu. University of Hawaii Press.
- WERRY, J. S.; QUAY, H. C. (1971): The prevalence of behavioural symptoms in younger elementary school children. *Am. J. Orthopsychiatry*, 41, 136-143.
- WIRT, R.; LACHAR, D.; KLINEDIENTS, J.; SEAT, P. P. (1977): *Multidimensional description of child personality: A manual for the personality inventory for children*. Western Psychological Services.
- ZWERLING, I.; TITAHENER, J.; GOTTSCHALK, L. et al. (1955). Personality disorder of emotion to surgical illness in 200 surgical patients. *Am. J. Psychiatry*, 112, 270.