



- ◆ 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)

## PSIQUIATRIA INFANTIL

### Utilidad y limitaciones de la escala PNID en la evaluación diagnóstica de la depresión infantil

A. Polaino-Lorente\* y E. Doménech Llaberia\*\*

#### RESUMEN

Se valora la importancia de los compañeros de clase como fuente de información adicional para el diagnóstico de la depresión infantil. Se estudia el alcance del «Peer Nomination Inventory» o «PNID» para la recogida de datos de los compañeros. Se aplica el PNID a una muestra de 6.436 escolares entre 8 y 11 años. Con ello se amplía el conocimiento de las propiedades psicométricas de este instrumento y se obtienen por primera vez resultados en población española. Se relaciona la escala de depresión del PNID con rendimiento escolar. Se valora la función de la escuela y el peso de la información proporcionada por los «iguales» como fuente adicional para el diagnóstico de la depresión infantil.

*Palabras clave:* Depresión infantil. «Peer Nomination Inventory of Depression» (PNID). Evaluación de la depresión infantil.

#### SUMMARY

The school peers as a source of additional information to diagnose childhood depression is analyzed. The usefulness of the «Peer Nomination Inventory» (PNID) to gather data from peers is evaluated in a sample of 6436 students 8 to 11 year old. This expands the knowledge of its psychometric properties and, for the first time, data from a spanish population are presented. The correlation of the PNID Depression Scale with the students performance in the school is evaluated. The role of the school and the weight of peer information as additional source to diagnose childhood depression are assessed.

*Key words:* Childhood Depression. Peer Nomination Inventory of Depression (PNID). Childhood Depression assessment.

El PNID es un instrumento creado por Lefkowitz y Tesiny en 1980 para detectar síntomas de depresión infantil a partir de la información proporcionada por los compañeros de clase. Permite por tanto colaborar al diagnóstico de la depresión infantil ayudando a recabar datos procedentes del contexto escolar.

No se trata de un sociograma puesto que no evalúa la adaptación social ni las relaciones entre iguales ni los sentimientos de los niños hacia los demás. En el

PNID lo que se pide es un enjuiciamiento del estado afectivo de un niño a partir de la percepción que tienen los que están con él en el aula. Y tiene interés por ser prácticamente único en su género.

#### El valor de la evaluación de la depresión por los compañeros

Es lógico suponer que con quien más interactúa el niño depresivo es, sin duda

\* Catedrático de Psicopatología. Universidad Complutense.

\*\* Catedrático de Psicopatología. Universidad Autónoma de Barcelona.

alguna, con sus compañeros de clase, pues con ellos precisamente convive la mayor parte de su tiempo. No obstante, los resultados de la observación entre iguales es harto problemática y puede estar sesgada. Aquí el lenguaje gestual y la mímica, como expresiones de la comunicación, resultan relevantes. En niños de temprana edad, los indicios gestuales observados en sus compañeros les permite inferir e interpretar la existencia de éste o aquél estado afectivo. Pero esos indicios pueden ser equivocados y las inferencias que hacen de ellos erróneas.

Por otro lado, no todos los estados afectivos en la infancia son fácilmente inferidos por los niños y el nivel de facilidad para su captación varía con la edad. Así sabemos desde hace muchos años (Gates, 1923) que la risa, como expansión afectiva se identifica ya a los tres años de edad, la cólera a los seis, el miedo a los diez, etc. La tristeza constituye un sentimiento elemental que puede ser identificada y apresada por los niños, a través de los correspondientes indicios gestuales, a partir de los cinco años de edad (Chandler, 1977; Danset-Léger, 1980).

En realidad, la tristeza no se percibe directamente, sino que es el resultado al que se llega después de la observación de ciertos indicios gestuales y del oportuno proceso de desciframiento, a cuyo través se infiere un juicio que siempre es probabilístico. A pesar de ello, la percepción de la tristeza entre compañeros tiene repercusiones, por cuanto que el niño que la observa, una vez que la infiere en el plano simbólico, anticipa y en cierto modo predice lo que después ha de suceder, pudiendo ajustar mejor su comportamiento.

Disponemos de algunos datos respecto de la captación infantil de estos sentimientos. Los niños suelen tener en general más facilidad para descifrar la mímica de sus compañeros que para producirla en ellos mismos (Odon y cols., 1972). La emergencia de la mímica está entorpecida en

los niños depresivos (Zabel, 1979; Zuckerman y cols., 1979), a la vez que identifican peor que sus compañeros no deprimidos este tipo de sentimientos.

La expresión de los sentimientos y su identificación por parte de los niños depende también de lo expresivas que sean sus respectivas madres (Daly y cols., 1980), aunque todos los niños identifican mejor las expresiones afectivas en sus respectivas madres que en otras personas (Abramovitch, 1977).

Estos datos tienen su importancia, sobre todo porque la identificación de estas expresiones constituyen el fundamento de la información que la observación entre iguales nos puede suministrar. De ello depende parcialmente también la interacción entre iguales, así como su contacto físico y la frecuencia con que dispensan refuerzos sociales a sus compañeros. Lo mismo sucede respecto de la capacidad de imitación que el niño tiene de los modelos suministrados por sus compañeros, a los que lógicamente está expuesto (Grusec y cols., 1982). Todo esto puede parecer en apariencia, irrelevante respecto del diagnóstico de la depresión infantil. No obstante, enseguida observamos que no es así.

Es sabido que los niños deprimidos tienen una baja autoestima y un autoconcepto negativo de sí mismos. Pues bien, la opinión que de sí mismo forma el niño depresivo, está en gran parte condicionada por la opinión que de él tengan sus compañeros. Esta baja autoestima del niño deprimido se vertebra con las críticas que percibe, con la atención que sus compañeros le dispensan, con el hecho de que se rían o no de él, etc. En definitiva si sus compañeros no interactúan con él, o si responden con una conducta de evitación, el aislamiento social del niño deprimido será una de las más importantes consecuencias. De este modo, disminuye la tasa de refuerzos que percibe, aumenta su ansiedad social, y, en definitiva, se hace más vulnerable al padecimiento de la depresión. De hecho, el grado de acep-

tación o de rechazo por parte de los compañeros ha sido estudiado desde antiguo y puede desempeñar una importante función en la génesis y el mantenimiento de la conducta depresiva infantil. Es cierto que la aceptación por parte de los compañeros depende de otras muchas variables, como la capacidad del niño para manifestar expresiones indicadoras de desacuerdo, cosa muy frecuente entre los depresivos, como hemos visto (Portallaz y cols., 1981), su nivel de participación en el grupo, la dispensación de refuerzos y atención que suministra a sus iguales (Moore, 1967; Hartup y cols., 1967) etc.

Es muy posible que el niño depresivo no sea rechazado por sus compañeros, pero tampoco es aceptado por ellos, a pesar de lo cual será siempre inevitablemente evaluado.

Los niños deprimidos, como es sabido por todos, tienen un escaso repertorio de habilidades sociales, lo que podría contribuir a ser menos competentes socialmente para establecer relaciones amistosas consistentes y estables con sus compañeros. Curiosamente sabemos que hay dos componentes de los que depende la habilidad para hacer amigos: la capacidad de dispensar refuerzos positivos y la capacidad de iniciar conversaciones positivas con las personas con las que el niño se relaciona (Hartup y cols., 1967; Gresham, 1982), componentes que precisamente están muy poco desarrollados entre los niños depresivos. Estos componentes varían también en función de la edad, el sexo, y el contexto social (Asher y cols., 191; Foster y cols., 1986), por lo que deberían estudiarse mejor en futuras investigaciones. En consecuencia, el niño depresivo puede tener muy poca competencia social para las relaciones con sus iguales, lo que constituye un factor adicional de tipo explicativo de sus manifestaciones depresivas. Por su importancia, este factor podría disminuirse si el niño depresivo se incorporase a los oportunos programas de entrenamiento en habilidades sociales como medio terapéutico adi-

cional a los que ya disponemos (Asarrow, 1980; Asher, 1983; Rubin, 1983).

Los numerosos datos aportados líneas atrás tienen la única pretensión de insistir, una vez más, en la importancia que la información adicional suministrada por iguales tiene para el diagnóstico de depresión.

Aquí presentamos el «Peer Nomination Inventory of Depression» o PNID que hemos traducido al castellano (Ezpeleta y cols., 1988) y aplicado a una muestra amplia de niños en España.

### Presentación del instrumento

El PNID está diseñado para ser aplicado a la población escolar normal. Constituye un instrumento de fácil aplicación en el campo de la salud mental y de la epidemiología. Kazdin lo señala como una técnica prometedora en la investigación epidemiológica (Kazdin, 1981). Sus puntuaciones son predictivas respecto del rendimiento escolar, autoconcepto, valoración de las habilidades de aprendizaje y sociales por el maestro, valoración de la felicidad y popularidad por los compañeros, *locus* de control y de algunas otras medidas (Weller y Weller, 1985).

Sin embargo, el PNID ha sido aplicado hasta hoy casi únicamente por sus propios autores. A diferencia de otras escalas de evaluación de la depresión infantil, como el CDI (Kovacs, 1981), el PNID apenas se ha empleado en la investigación, tal como se infiere de la literatura científica disponible sobre depresiones infantiles. Por contra, sus autores han realizado con este instrumento uno de los estudios más amplios de epidemiología de la depresión infantil en población general y han hallado con una muestra de 3.020 niños, una prevalencia del 5,2% (Lefkowitz y cols., 1985).

Hemos querido comprobar en una muestra de niños de nuestro país, bastante más amplia que la empleada por Lefkowitz y Tesiny, si este instrumento

reunía realmente las virtudes señaladas por sus creadores. Pensamos que de ser útil, el PNID permitiría contar con una nueva fuente de información para el diagnóstico de la depresión infantil: la proporcionada por iguales. Ello podría tener mucho interés dado que para el diagnóstico de las depresiones infantiles es importante reunir —más que en la depresión del adulto— la mayor información posible de diversas fuentes.

Seguidamente se hará una breve descripción del instrumento y algún comentario sobre la forma en que se ha utilizado en nuestro estudio con probandos españoles.

### **Descripción y aplicación del instrumento**

*Descripción:* El PNID (Lefkowitz y Tesiny, 1981) está constituido por ítems: 13 forman la escala de depresión (D), con ítems como, por ejemplo: «¿Quién llora muchas veces?»; 4 forman la escala de felicidad (F), con ítems como, por ejemplo, «¿Quién es muy alegre?»; y 2 constituyen la escala de popularidad (P), con ítems como, por ejemplo, «¿A quién te gustaría tener sentado a tu lado en clase?». Los cuatro restantes ítems restantes ítems sirven para entrenamiento en la prueba.

Los 13 ítems de la escala de depresión del PNID intentan cubrir cuatro áreas del síndrome depresivo: afectiva, cognitiva, motivacional y psicósomática. Los autores las extrajeron, como comentan ellos mismos (Lefkowitz y Tesiny, 1985), de la literatura sobre el tema, sometiéndolas posteriormente al juicio de personas expertas. Cuando analizamos el contenido de los ítems de la escala de depresión del PNID, observamos que cubren bastante bien las tres primeras áreas pero muy defectuosamente la última (ver Apéndice).

*Aplicación:* Cada niño recibe un ejemplo compuesto por 23 hojas, de distintos

colores (para facilitar la aplicación colectiva). Hay una hoja para cada ítem, y en ella están los nombres de todos los niños de la clase. El examinador lee las preguntas en voz alta. El alumno debe señalar en cada pregunta el nombre de los compañeros a los que les ocurre lo que se pregunta. En ningún caso pueden autonombrarse, pero sí responder «nadie», si no hay nadie en la clase que satisfaga lo que se pregunta.

*Puntuación:* Cada niño de la clase recibe varias puntuaciones, una para cada ítem, más tres totales, una para cada una de las tres escalas: depresión (D), felicidad (F) y popularidad (P). Se asigna un «1» por nominación y un «0» por no nominación.

En teoría, las puntuaciones del PNID pueden variar entre 0 (suponiendo que nadie ha nombrado a un niño concreto) hasta la puntuación resultante del número de compañeros que hayan nombrado a un niño, en cada uno de los 13 ítems de depresión.

A partir de una muestra de 942 niños utilizada en el estudio de estandarización de la prueba, los autores del PNID, señalaron el punto de corte «4», de acuerdo con los resultados de estudio estadístico, como criterio para diagnosticar una depresión grave. Esto significa que un niño puede obtener un «4», si un tercio de los compañeros le nombra en cada uno de los ítems de depresión (Lefkowitz y Tesiny, 1985).

### **Propiedades psicométricas**

El PNID es considerado un instrumento de «screening» y, como tal, lo que mide son síntomas y no un síndrome depresivo. Se basa en un modelo sintomatológico para la definición de caso de depresión infantil. Es decir, lo que mide la desviación psicopatológica es la acumulación cuantitativa de síntomas. Cuanto mayor sea el número de ítems (síntomas) y el número de nominaciones en la esca-

la de depresión, mayores serán las manifestaciones depresivas. La relación de la escala «D» (depresión) con la «F» (felicidad) y la «P» (popularidad), es una relación inversa. A más nominaciones en «D», menos en «F» y «P», resultado que parece obvio, como se desprende de los datos de los estudios de Lefkowitz y Tesiny (1980).

Las propiedades psicométricas han sido bastante bien estudiadas por los autores de la prueba. De sus trabajos e investigaciones se desprende lo siguiente:

*La fiabilidad* ha sido estudiada en la muestra total de un primer estudio (1980) y una submuestra del mismo. De los resultados obtenidos se deduce que la prueba es homogénea y fiables las medidas de las conductas que describen. En un estudio sobre la fiabilidad del PNID, realizado en Barcelona, aplicando el coeficiente  $\alpha$  (Cronbach, 1951) en escolares (N = 1121), se ha obtenido una fiabilidad de 0,80 (Ezpeleta y cols., 1987).

De la aplicación de un *análisis factorial* a una muestra de 9.344 niños escolarizados (Lefkowitz y Tesiny, 1980), se han encontrado 4 factores que explican el 54% de la varianza común. Estos factores corresponden a soledad, felicidad, inadecuación y abatimiento.

La *validez de contenido* fue determinada a partir del juicio de nueve expertos. De aquí se derivaron los 13 ítems de depresión y los 3 de felicidad. Posteriormente se añadieron los 7 ítems restantes, basándose en dos estudios piloto.

En cuanto a la *validez de criterio*, se habían hallado correlaciones significativas pero bajas entre el PNID y otras pruebas: M-CDI (Lefkowitz y cols., 1980 y 1985; Tesiny y cols., 1980); CDI (Jacobsen y cols., 1983; Saylor y cols., 1984). La validez de criterio que hemos hallado en la aplicación del PNID a una muestra de 3.349 niños escolarizados en España es algo más elevada, como luego veremos.

### Comentario crítico

El PNID es una prueba de «peer-assessment» o evaluación por iguales. Presenta sus limitaciones como la presenta cualquier escala de «screening». En este caso, algunas pueden provenir de las dificultades que tiene el niño en la etapa escolar para enjuiciar la personalidad de sus iguales, o del sesgo que la amistad puede introducir. También existe la duda de la normalidad de los niños no mencionados y la posibilidad, que sabemos que es realidad en algunas aulas en nuestro país, de que los niños no se conozcan entre ellos. Todo ello puede introducir sesgos adicionales en los resultados.

Entre las pruebas de evaluación por iguales, el PNID presenta el acierto de centrarse en un tipo de psicopatología concreta. Tal orientación en la evaluación de la psicopatología infantil parece muy necesaria, como ya había señalado con anterioridad Rutter (1974); a pesar de ello se sigue estudiando la psicopatología del niño como todo global bajo la inadecuada etiqueta de «trastornos de conducta».

Por este motivo el PNID nos pareció una escala interesante para obtener información adicional en la investigación de la depresión infantil y decidimos incluirla en el estudio epidemiológico de una muestra amplia en España.

### Aplicación del «PNID» a una muestra de niños escolarizados en cuarto de EGB

*Objetivo:* Estudiar el alcance del PNID, como prueba adicional, para el diagnóstico de la depresión infantil: aportar más datos al conocimiento de las propiedades psicométricas de este instrumento; relacionar algunas variables escolares con la depresión medida a través de la escala «D» del PNID.

Los motivos de la elección de este instrumento fueron los siguientes:

- a) Era el único instrumento de evaluación de la depresión por iguales del que disponíamos en aquel momento y no queríamos desaprovechar una fuente de información tan interesante como suelen ser los compañeros para evaluar la depresión infantil en el aula.
- b) Era una prueba clínica que podía aplicarse en el contexto escolar. Hay una gran escasez de instrumentos de este tipo y el ambiente escolar puede tener un peso muy importante en la génesis, curso y prevención de estas alteraciones psicopatológicas.
- c) Nos permitía relacionar variables escolares y factores de riesgo en una forma específica de patología.
- d) Había sido utilizada ya en muestras de población general por Lefkowitz y Tesiny y otros investigadores, como Kazdin, lo consideraban una técnica prometedora.

*Descripción de la muestra:* La muestra (N= 6436) estaba constituida por 3.349 varones y 3.087 hembras que cursaban cuarto de EGB en el curso 1985-86. La media de edad de la muestra fue de nueve años y medio (rango de la edad: 8-11 años). El estudio se realizó simultáneamente en cuatro ciudades españolas: Barcelona, Madrid, Sevilla y Valencia y en dos ciudades más pequeñas con su zona rural de influencia: Gerona y Santiago de Compostela.

La selección se hizo a partir de todos los niños inscritos en cuarto de EGB, por muestreo aleatorio por conglomerados tomando al aula como unidad de medida. El número de aulas en cada submuestra varió entre 32 (Sevilla) y 37 (Santiago de Compostela). El número de niños por aula osciló alrededor de los treinta a excepción de las zonas rurales en las que hubo mayor variación. La mortalidad experimental fue inferior al 1%.

*Procedimiento:* Se aplicó a los 6.436 niños el PNID junto con el CDI (Kovacs, 1981). Este permitió subdividir la muestra inicial en dos subgrupos: el de los ni-

ños con una sintomatología depresiva elevada según el CDI (utilizando un punto de corte de 19) y el resto de niños.

En una segunda fase, se aplicó a los niños deprimidos (según el CDI) y a un grupo control, la entrevista semiestructurada de depresión infantil CDRS-R (Poznanski, 1984). También se les pasó el cuestionario CBCL para padres (Achenbach y Edelbrock, 1983) y la escala ESDM para maestros (Doménech y cols., 1985).

El diagnóstico sindrómico de depresión mayor y de trastorno distímico se hizo siguiendo los criterios del DSM-III y a partir de la entrevista con la escala de Poznanski empleando unos criterios operacionales para la corrección, previamente definidos por dos psiquiatras y dos psicólogos clínicos.

De esta forma la submuestra de niños que había puntuado en el CDI igual o por encima al punto de corte de 19 quedó subdividida a su vez en tres subgrupos: niños con depresión mayor (MD), niños con trastorno distímico (TD) y niños no deprimidos (ND). Esto permitió ampliar el estudio del PNID a una población española de la que ahora presentamos algunos datos preliminares.

*Datos obtenidos con el PNID en las seis submuestras:* Al estudiar la distribución de los deprimidos evaluados a través del PNID en las seis submuestras (Barcelona, Madrid, Valencia, Sevilla, Gerona y Santiago de Compostela), encontramos diferencias significativas entre unas y otras. La puntuación más alta la proporciona Gerona con una media de 69,9 seguida por Madrid (67,5) y Barcelona (66,6). La cifra más baja en la escala de depresión del PNID corresponde a la muestra de Sevilla (32,4). Y la media obtenida en las seis submuestras conjuntamente consideradas es de 56,3.

*Capacidad discriminativa de la escala de Depresión del PNID en relación a rendimiento escolar:* Se han realizado análisis de la varianza con la puntuación de la escala depresión «D» del PNID y las

notas escolares en las asignaturas de lengua, matemáticas, sociales y naturaleza, así como con las notas globales del curso. Todos los análisis de la varianza han proporcionado resultados significativos, existiendo diferencias entre las notas es-

y corrección de las diferentes pruebas de evaluación y escindido un grupo de 1.213 niños en la forma que se señaló más arriba, se aplicó una matriz de correlaciones entre las tres escalas del PNID (depresión, felicidad y popularidad) y las prue-

**CUADRO I. Matriz de correlaciones entre PNID, ESDM y CDRS-R**

<i>P.N.I.D.</i>	<i>D</i>	<i>F</i>	<i>P</i>
E.S.D.M.	.4341 (1116) P = .000	.3354 (1115) P = .000	.3345 (1111) P = .000
CDRS-R	.2408 (1213) P = .000	.1441 (1212) P = .000	.2308 (1208) P = .000

colares de cursos anteriores de los niños con alta puntuación en «D» y los de baja puntuación en «D». El sentido de esta relación indica que los primeros obtienen menor rendimiento escolar que los segundos.

bas siguientes: CDI; ESDM; CDRS-R; escalas de problemas de conducta (depresión, internalizing y externalizing) y de habilidades sociales (actividades, social y escolar) de la CBCL.

Las correlaciones obtenidas han sido

**CUADRO II. Puntuaciones medias obtenidas en los tres grupos diagnósticos y las respectivas puntuaciones en las subescalas D, P y F del PNID**

	<i>PNID: escala «D»</i>	<i>PNID: escala «F»</i>	<i>PNID: escala «P»</i>
N.D.	.4380	.3863	.1924
T.D.	.7368	.2055	.1195
D.M.	.8313	.1383	.0870
Total	.5630	.3098	.1610

*Resultados del estudio de la validez de criterio del PNID en una muestra de niños de cuarto de EGB, en población española:* Una vez efectuada la aplicación

todas significativas, aunque bajas. La correlación entre el CDI y la escala de depresión del PNID ha sido de .15, corroborando los resultados de otros tra-



bajos anteriores al nuestro. Pero también se han obtenido correlaciones más altas y de un grado moderado con dos pruebas: la ESDM y la CDRS-R (véase Cuadro I).

*Capacidad del PNID para discriminar entre deprimidos y no deprimidos:* Hemos estudiado también la capacidad del PNID para discriminar entre no deprimidos y deprimidos y, en este segundo grupo, entre los afectados por depresión mayor o por trastorno distímico.

El resultado encontrado es que la escala de depresión del PNID es capaz de discriminar entre deprimidos y no deprimidos, pero no es útil para diferenciar entre depresión mayor y trastorno distímico a los niños deprimidos.

Para llegar a estos resultados se ha utilizado una submuestra de la segunda fase que había sido subdividida a partir de los criterios diagnósticos del DSM-III en tres subgrupos: depresión mayor (DM), trastorno distímico (TD) y no deprimidos (ND). Se han correlacionado los tres subgrupos con las respectivas puntuaciones en las subescalas de depresión, popularidad y felicidad del PNID. Pueden contemplarse los resultados en el Cuadro II. El «N» de la submuestra para este estudio fue de 1.212 casos.

Los resultados globales de estas investigaciones pueden encontrarse en Polaino-Lorente y cols. (1988), y Doménech Lla-

bería y cols. (1989), donde remitimos al lector interesado.

### Comentario

El interés que puede tener este trabajo es el de aportar datos en población española sobre una prueba que puede contribuir al diagnóstico de la depresión infantil como instrumento adicional. Los resultados del estudio psicométrico del PNID en España concuerdan bastante con los que han obtenido sus autores en Estados Unidos.

El PNID nunca será suficiente para diagnosticar una depresión. Pero puede ser útil, a pesar de las limitaciones señaladas, para completar la información dentro del ambiente escolar en donde el niño expresa a menudo una sintomatología que puede no manifestarse en otros ámbitos.

En este contexto de la escuela, las dos principales fuentes de información son los maestros y los compañeros. El PNID viene a llenar el vacío que existía para este segundo grupo de informantes, el de los iguales o compañeros. Y aconsejamos su uso mientras no se disponga de otras técnicas más precisas, siempre que se quieran obtener datos aportados por los compañeros de clase para perfilar un diagnóstico de depresión.

## Apéndice

*Traducción de los ítems del PNID (Ezpeleta, Doménech y Polaino, 1988).*

### APENDICE. Traducción de los ítems del PNID (Ezpeleta, Doménech y Polaino, 1988)

---

1. ¿Quién eres?
  2. ¿Quién tiene el primer apellido empezando por...?
  3. ¿Quién tiene el primer apellido empezando por...?
  4. ¿Quién está haciendo sexto de EGB?
  5. ¿Quién juega solo muchas veces? (D)
  6. ¿Quién no quiere volver a jugar cuando pierde? (D)
  7. ¿Quién se duerme en clase? (D)
  8. ¿Quién parece que está solo muchas veces? (D)
  9. ¿Quién dice a menudo que no se encuentra bien? (D)
  10. ¿Quién dice que no es capaz de hacer las cosas? (D)
  11. ¿Quién llora muchas veces? (D)
  12. ¿Quién parece estar contento a menudo? (F)
  13. ¿A quién le gusta hacer un montón de cosas? (F)
  14. ¿Quién se preocupa mucho siempre? (D)
  15. ¿Quién no juega? (D)
  16. ¿Quién sonríe muchas veces? (F)
  17. ¿Quién no participa en las cosas? (D)
  18. ¿Quién no se divierte? (D)
  19. ¿Quién es muy alegre? (F)
  20. ¿Quién piensa que los demás no le quieren? (D)
  21. ¿Quién parece estar triste muchas veces? (D)
  22. ¿A quién te gustaría tener sentado a tu lado en clase? (P)
  23. ¿Quiénes son los niños que te gustaría tener por mejores amigos? (P)
- 

## Bibliografía

- Abramovitch, R.: «Children's recognition of situational aspects of facial expression». *Child. Dev.*, 48, 459-463, 1977.
- Achenbach, T. M.; Edelbrock, C. S.: *Manual for the Child Behavior Profile*. Department of Psychiatry. University of Vermont. 1983.
- Asarrow, J. R.: *Interpersonal competence in preadolescent boys: An analysis of peer assessment measures and social interaction*. Unpublished doctoral dissertation. University of Waterloo. Canada, 1980.
- Asher, R.: «Social competence and peer status. Recent advances and future direction». *Child Dev.*, 54, 1427-1434, 1983.
- Asher, R.; Hymel, S.: «Children's social competence in peer relations: Sociometric and behavioral assessment». En: J. D. Wine; M. D. Syme (Eds.): *Social Competence*. Guilford. N. Y., 1981.
- Chandler, M. J.: «Social cognition. A selective review of current research». En: N. F. Overton; J. M. Callaghan (Eds.): *The Year Book of Developmental Epistemology*. Plenum press, 1, 93-147, 1977.
- Cronbach, L. J.: «Coefficient alpha and the internal structure of tests». *Psychometrika*, 16, 1951.
- Daly, E. M.; Abramovitch, R.; Pliner, P.: «The relationship between mother's encoding and their children decoding of facial expressions of emotion». *Merril-Palmer Quartely Behav Dev.*, 26, 25-33, 1980.
- Danset-Léger, J.: *L'enfant et les images de la littérature enfantine*. Mardaraga. Bruselas, 1980.
- Doménech, E.; Monreal, P.; Ezpeleta, L.: *Escala de sintomatología depresiva para maestros: ESDM*. Manuscrito no publicado. Universidad Autónoma de Barcelona, 1985.

- Domènech Llaberia, E.; Polaino-Lorente, A.: *Epidemiología de la depresión infantil en España*. Espaxs. Barcelona, 1989.
- Edelbrock, C.; Costello, A.; Dulcan, N.; Kala, R.: «Parent-child agreement on child psychiatric symptoms assessed via structured interview». *J. Child. Psychol. Psychiatry*, 27, 181-190, 1986.
- Ezpeleta, L.; Domènech, E.; Polaino-Lorente, A.: *Depresiones infantiles (anexo)*. Morata, Madrid, 1988.
- Ezpeleta, L.; Polaino-Lorente, A.; Domènech, E.: «Propiedades psicométricas del PNID (Peer Nomination Inventory of Depression) en una muestra de cuarto de EGB». *Comunic. IV Congr. Intern. Epidemiología Psiquiatr.*, Madrid, Sep. 1987.
- Foster, S. L.; Delawyer, D. C.; Guevremont, D. C.: «A critical incidents analysis of liked and disliked peer behaviors and their situational parameters in childhood and adolescence». *Behav. Assess*, 8, 115-133, 1986.
- Gates, G. S.: «An experimental study of the growth of social perception». *Psychological Psychol.*, 39, 246-255, 1923.
- Gresham, F. M.: «Social interactions as predictions of children's likeability and friendship patterns: multiple regression analysis». *J. Behav. Assess*, 4, 39-52, 1982.
- Grusec, F. M.; Abramovitch, R.: «Imitation of peers and adults in a natural setting: a functional analysis». *Child. Dev.*, 53, 636-642, 1982.
- Hartup, W. N.; Glazer, J. A.; Charlesworth, R.: «Peer reinforcement and sociometric status». *Child. Dev.*, 38, 1017-1024, 1967.
- Jacobsen, R.; Lahey, B.; Strauss, C.: «Correlates of depressed mood in normal children». *J. Abnorm. Child. Psychol.*, 11, 29-40, 1983.
- Kazdin, A. E.: «Assessment techniques for childhood depression». *J. Am. Acad. Child. Psychiatry*, 20, 358-375, 1981.
- Kovacs, M.: «Rating Scales to assess depression in school-aged children». *Acta Paedopsychiat.*, 46, 305-315, 1981.
- Lefkowitz, M.; Tesiny, E.: «Assessment of Childhood Depression». *J. Consult. Clin. Psychol.*, 48, 43-50, 1980.
- Lefkowitz, M.; Tesiny, E.: *Peer Nomination Inventory*. State Department Mental Hygiene. N. Y., Jan 1981.
- Lefkowitz, M.; Tesiny, E.; Soloow, W.: *The Peer Nomination Inventory of Depression adapted to a rating scale format*. Paper presented at the annual meeting of the Am. Assoc. for the Advancement of Science. Los Angeles, CA., 1985.
- Lefkowitz, M.; Tesiny, E.: «Depression in Children: Prevalence and Correlates». *J. Consult. Clin. Psychol.*, 53, 647-656, 1985.
- Moore, S.: «Correlates of peer acceptance». En: Hartup, W.; Smothergill, N.: *The young child*. National Assoc. for Educ. of Young Children. Washington, 1987.
- Odon, R. D.; Lemond, C. M.: «Developmental differences in the perception and production of facial expressions». *Child. Dev.*, 43, 359-369, 1972.
- Polaino-Lorente, A.; Domènech Llaberia, E.: *La depresión en los niños españoles de 4.º de EGB*. Geigy (Caifosa). Barcelona, 1988.
- Poznansky, E.; Freeman, L.; Mokros, H.: «Children's Depression Rating Scale Revised (September, 1984)». *Psychopharmacol. Bull.* 21, 979-989, 1985.
- Portallaz, H.; Gotman, J.: «An interactional model of children's entry into peer group». *Child. Dev.*, 52, 986-994, 1981.
- Rubin, K.; H.: «Recent perspectives on social competence and peer status: some introductory remarks». *Child. Dev.*, 54, 1383-1385, 1983.
- Rutter, M.; Yule, B.; Quinton, D.; Rowlands, O.; Yule, W.; Berger, M.: «Attainment and adjustment in two geographical areas III. Some factor accounting for area differences». *Brit. J. Psychiatry*, 125, 520-533, 1974.
- Saylor, C. F.; Finch, A. J.: «The Children's Depression Inventory: a systematic evaluation of psychometric properties». *J. Consult. Clin. Psychol.*, 52, 955-967, 1984.
- Tesiny, E.; Lefkowitz, M.; Gordon, N. H.: «Childhood Depression, locus of control and school achievement». *J. Educ. Psychol.*, 72, 506-510, 1980.
- Weller, E.; Weller, R.: «Clinical aspects of childhood depression». *Psychiatr. Ann.*, 15, 369-374, 1985.
- Zabel, R. H.: Recognition of emotions in facial expression by emotionally disturbed and undisturbed children». *Psychol. in the schools*, 16, 119-126, 1979.
- Zuckerman, M.; Pozenuzman, S. J.: «Decoding and encoding facial expressions in preschool-age children». *Environ. Psychol. non verbal Psychol.*, 3, 147-163, 1979.