



- ◆ 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)

Diseño de doble fase en epidemiología paidopsiquiátrica: aplicación a un estudio de la depresión infantil en la población española

A. POLAINO-LORENTE (1)
E. DOMÈNECH LLABERÍA (2)
L. EZPELETA ASCASO (3)

(1) Catedrático de Psicopatología de la Universidad Complutense de Madrid.
(2) Catedrática de Psicopatología de la Universidad Autónoma de Barcelona.
(3) Profesora de Psicopatología Infantil de la Universidad Autónoma de Barcelona.

INTRODUCCION

La epidemiología paidopsiquiátrica se inicia en la década de los sesenta (Schmidt et al., 1982) y comienza a madurar en la siguiente década, como se pone de manifiesto en el Primer y Segundo Simposio de Epidemiología Paidopsiquiátrica, celebrados, respectivamente, en Londres (1976) y en Mannheim (1981), cuyas actas son recogidas por Graham (1977) y Schmidt y Remschmidt (1983).

No obstante, el tema de la depresión infantil pasa inadvertido en estas reuniones.

El estudio de la prevalencia infantil en población normal se inicia en 1970 con el trabajo que Rutter et al. (1970) realizaron en la isla de Wigth. A partir de aquí, a la investigación de este tema se le da cada vez mayor importancia, a juzgar por el número de publicaciones existentes (Albert y Beck, 1975; Kashani, 1979; Kashani et al., 1983; Lefkowitz et al., 1985; Anderson et al., 1985), por el tamaño de las muestras utilizadas y por la finura y el rigor de los diseños y procedimientos empleados.

De todas estas investigaciones probablemente la de Lefkowitz et al. (1985) ha sido una de las que mejor se han ajustado a las exigencias metodológicas en el ámbito de la epidemiología paidopsiquiátrica. Aunque los autores trataron de estudiar una muestra constituida por 5.020 niños, no obstante los resultados comunicados se refieren sólo a 3.020 niños (1.547 hembras y 1.473 varones), lo que supone una «mortalidad empírica» de casi el 40 %. Por otra parte, aunque la edad media de la población estudiada fue de $9.83 \pm 0,97$ años, los probandos fueron extraídos de cursos muy diferentes (3.º, 4.º y 5.º grado), lo que permite inferir una relativamente amplia variabilidad en la edad de los niños estudiados.

En la investigación realizada por nuestro equipo, casi se duplica el tamaño de la muestra empleada, respecto de la investigación de Lefkowitz et al., además de ser mucho más homogénea —menos variable— la edad de los probandos, como veremos más adelante al describir la muestra utilizada.

La presente investigación se inscribe en el ámbito de la epidemiología descriptiva, no analítica, y tiene por objeto el estudio de la prevalencia de la depresión infantil en los niños españoles, cuya edad está comprendida entre los 9 y los 11 años, de las cinco regiones estudiadas (Barcelona, Madrid, Sevilla, Valencia, Gerona y Santiago de Compostela).

Los diseños de doble fase han venido imponiéndose en estos estudios epidemiológicos, durante las dos últimas décadas, por sus numerosas ventajas. Un breve elenco de los autores que han optado por este tipo de diseño en sus investigaciones (Rutter, 1966; Rutter et al., 1970; Ducan-Jones et al., 1978; Dohremwenb et al., 1981; Rutter, 1982; Richman et al., 1982; Kashani et al., 1983; Graham et al., 1984; Richman et al., 1985; Veshulst et al., 1985; etc.), manifiesta lo acertado de este modo de proceder. Son también muy numerosas las publicaciones relativas a la epidemiología que encarecidamente aconsejan el empleo del diseño de doble fase (Cooper et al., 1973; Lilienfeld, 1978; Vázquez-Barquero, 1980; Muñoz, 1980; Caplan, 1980; Kleinbaum et al., 1982; Barker et al., 1983; Jenicek, 1983; etc.). Por ello nos decidimos a emplearlo en nuestra investigación.

DISEÑO DE DOBLE FASE

En la *primera fase* del diseño nos propusimos identificar a los niños presumiblemente potencialmente depresivos, utilizando como instrumento de *screening* el CDI (*Children Depression Inventory*). Este instrumento es una escala de autoevaluación para la depresión infantil diseñada por Kovacs (1983), que consta de 27 ítems que cubren una amplia gama de síntomas depresivos. Por el momento, es la escala de autoevaluación que más frecuentemente ha sido utilizada, habiendo sido validada en Gran Bretaña en el ámbito del *Newcastle Child Depression Project* (Fundudis et al., 1986).

Esta escala se pasó a los 6.392 niños y niñas de la muestra con que trabajamos.

En una fase previa a la aplicación de la escala, comprobamos la adecuación, exactitud e inteligibilidad de la traducción que realizamos de la escala, así como algunos aspectos psicométricos del cuestionario, en un estudio piloto.

Una cuestión crítica en esta primera fase del diseño consistió en establecer el punto de corte (*cut-off point*) para este cuestionario, de manera que pudiéramos discriminar, según este criterio, a los niños potencialmente deprimidos de los no deprimidos. El punto de corte se estableció en la puntuación igual o mayor a 19 en este cuestionario. Este criterio se adoptó después de considerar las razones siguientes:

a) Diecinueve es el valor que corresponde al percentil 90 en el estudio piloto que habíamos realizado previamente con una muestra de niños (que no se incluyó en los resultados de la investigación) de la misma edad y en las mismas circunstancias que los niños de la población general estudiados.

b0 El punto de corte diecinueve fue establecido por Kovacs (1981), como valor indicativo de depresión severa, a partir de los resultados obtenidos en la investigación realizada en Canadá por Friedman y Butler (1979) con una muestra de 875 niños normales escolarizados.

c0 Aunque otros autores (Orvaschel et al., 1980) opinan que una puntuación de 10 en este cuestionario puede considerarse indicativa del padecimiento de depresión moderada o leve, no obstante, consideramos que como prueba de *screening* en esta primera fase del diseño, deberíamos atenernos únicamente a las puntuaciones que presumiblemente identificaran la presencia en los niños de depresión severa.

d En el punto de corte que establecimos hay coincidencia entre muy diferentes equipos de investigación (Sacco y Graves, 1984; Stevenson y Romey, 1984; Strauss et al., 1984; Blumberg e Izard, 1985; Lobovitis y Handal, 1985; Mullins, Siegel y Hodges, 1985).

Otro obstáculo que encontramos y que fue necesario resolver era el relativo a la sensibilidad y especificidad del cuestionario, ya que todo instrumento empleado en el despistaje debe poseer una buena validez interna y externa. Cuanto menor sea la sensibilidad de un instrumento, mayor será el número de casos no identificados; cuanto más reducida sea la especificidad, mayor riesgo hay de sesgar los resultados que se obtengan. Los instrumentos más sensibles pero menos específicos incrementan los casos falsos positivos, al identificar a cualquier sujeto sospechoso, aunque pueden ser empleados en una primera fase de despistaje, si posteriormente se eliminan los casos falsos positivos a través de otro instrumento más riguroso.

Por contra, los instrumentos más específicos pero menos sensibles incrementan los falsos negativos, lo que significa que no se identifican todos los casos, pero que los casos apresados con bastante certeza serán confirmados por un diagnóstico más riguroso (Jenicek, 1983, pág. 39). De hecho, los instrumentos con estas propiedades son los que suelen emplearse en las investigaciones epidemiológicas de tipo experimental (ensayos farmacológicos).

Tanto la sensibilidad como la especificidad del CDI fueron establecidas a través de una muestra clínica de niños depresivos y con otro tipo de alteraciones, que habían sido diagnosticados por psiquiatras infantiles, ajenos por completo al equipo investigador y que ignoraban los propósitos de nuestro trabajo.

Esta muestra clínica integró a 90 pacientes infantiles, hospitalizados y en régimen ambulatorio, que en función del diagnóstico se distribuyeron de la siguiente manera: 49 depresivos, 19 disléxicos, 22 con trastornos de conducta y 28 con otros diagnósticos psiquiátricos no especificados. El CDI se pasó también, para este mismo propósito, a un grupo control de 62 niños de la misma edad y análogas características a los niños de la muestra clínica.

Adicionalmente, se empleó también en esta primera fase el PNID (*Peer Nomination Inventory of Depression*) de Lefkowitz y Tesiny (1980), una escala para la evaluación de la depresión infantil por iguales; las otras escalas disponibles para la evaluación por iguales no cubren específicamente el tema de la depresión. Esta escala tiene además la virtualidad

de haber sido diseñada para la recogida de datos epidemiológicos, habiéndose probado su eficacia en el estudio epidemiológico realizado por sus autores recientemente, con 3.020 niños (Lefkowitz y Tesiny, 1985). En síntesis, consiste en un cuestionario de 23 items que se aplica colectivamente dentro del aula, solicitándose a cada niño que emita un juicio sobre la afectividad de los compañeros.

El fin que nos propusimos con este instrumento consistió en comprobar algunos indicadores psicométricos del PNID y su eficacia como instrumento de evaluación de las depresiones infantiles.

Al establecer el punto de corte en 19, identificamos a 414 niños y niñas supuestamente depresivos, de los 6.392 probandos de la muestra general que cumplieron el cuestionario del CDI.

Obviamente, entre esos 414 niños potencialmente depresivos es probable que existieran algunos casos falsos positivos, como probablemente también entre los 5.978 no deprimidos habría casos falsos negativos. Precisamente para dilucidar esta cuestión acometimos los trabajos correspondientes a la segunda fase del diseño.

En la *segunda fase*, seleccionamos aleatoriamente 798 niños y niñas de los 5.978 probandos que, según la puntuación obtenida en el CDI, habían sido identificados en la primera fase como no depresivos. En esta segunda fase se evaluó también a los 414 niños, identificados como depresivos a través del CDI. El grupo total con el que trabajamos durante esta segunda fase estaba compuesto por 1.212 probandos. El tamaño del grupo de control (798), respecto del grupo de depresivos, según el CDI era prácticamente doble que el grupo inicialmente diagnosticado como depresivo (414). De este modo nos aseguramos que en función de otros criterios, algunos niños potencialmente depresivos que no hubiesen sido diagnosticados a través del CDI (falsos negativos), ahora lo fuesen, a la vez que teníamos la oportunidad de corroborar como verdaderamente depresivos (verdaderos positivos) a los niños diagnosticados como depresivos según el CDI, eliminando así los falsos positivos.

Para ello nos servimos de la CDRS-R (*Children Depression Rating Scale Revised*), una entrevista semiestructurada y diseñada específicamente para niños de 6 a 12 años de edad, cuyo propósito es obtener información sobre la depresión infantil. Este instrumento tiene por objeto la identificación y el apesamiento del estado de humor infantil, a través de la comunicación, tanto verbal como no verbal. La prueba está dividida en 17 apartados referidos a pautas de conducta que tienen una importante relación con la sintomatología depresiva en estas edades. En esta entrevista se cubre la exploración de las siguientes cuatro áreas del cuadro depresivo: estado de humor, sintomatología somática, sintomatología subjetiva y sintomatología comportamental (Poznanski et al., 1984).

Todos los evaluadores que intervinieron en la investigación empleando este instrumento, fueron previamente entrenados en la utilización de esta escala, hasta familiarizarse con ella.

Con esta entrevista, se intensificaba el rigor del criterio diagnóstico de depresión que, como muchos autores recomiendan, jamás debe fundamentarse en la investigación epidemiológica en los datos provenientes de un solo instrumento (Atkins et al., 1981;

Osborn et al., 1984). El resultado de las puntuaciones obtenidas en el CDI y en la CDRS-R, además de los criterios clínicos señalados en el DSM-III, nos permitió llegar a la definición de «caso».

No obstante, nos propusimos también en esta segunda fase ampliar la información disponible sobre la depresión infantil, a través de la multiplicación de las fuentes de información utilizadas, tal y como aconsejan numerosos autores (Poznanski et al., 1979; Finch u Saylor, 1984; Herjamic, 1984; Achenbach, 1985; Hill, 1985; Weller y Weller, 1985; Kovacs, en prensa). Para ello nos servimos del CBCL (*Child Behaviour Check-List*) de Achenbach (1979) para padres, que recoge de una forma estandarizada la descripción de la conducta infantil por parte de los padres. El instrumento no sólo se ha empleado en clínica, sino también en otros estudios epidemiológicos. La forma para padres empleada aquí consta de dos partes: la primera recoge información sobre habilidades sociales, mientras la segunda se ocupa de los problemas de conducta. Los items del cuestionario se agrupan en distintas subescalas que han sido derivadas mediante análisis factorial. Una de estas es la subescala de depresión. Las demás se refieren a otros problemas comportamentales, algunos relacionados con la depresión y otros no, proporcionando un perfil comportamental individual.

La información suministrada por los profesores la obtuvimos a través de la ESDM (*Escala de Depresión Infantil para Maestros*), una escala diseñada por uno de nosotros para recoger información del maestro sobre el comportamiento depresivo del niño dentro de la escuela, tanto en el aula como fuera de la misma (Doménech et al., 1985). Esta escala consta de 16 items con tres opciones de respuesta que cubren las siguientes áreas del síndrome depresivo: humor disfórico, alteraciones cognitivas, hipoactividad y disminución de las relaciones sociales.

Por último, se elaboraron dos cuestionarios adicionales para la obtención de otros datos familiares y escolares, a los que se sumó la información proveniente de las fichas ERPA de los colegios, cuyos contenidos fueron vaciados en hojas de registro diseñadas *ad casum*.

Con todos estos instrumentos hemos pretendido examinar en detalle la eficacia de las diversas fuentes de información, instrumentales o no, respecto del diagnóstico de depresión en la infancia (Doménech y Polaino, 1987).

Aunque sea a modo de anticipo, adelantamos aquí los resultados que parcialmente hemos obtenido durante esta segunda fase y que serán objeto de una publicación más extensa y detallada (Doménech, Polaino-Lorente y Doménech, 1988).

En los 798 niños y niñas del grupo control se identificaron 31 niños con depresión mayor, 150 niños con trastorno distímico y los 617 restantes como no depresivos.

En los 414 niños calificados como depresivos según el CDI, se obtuvieron los siguientes resultados: 87 afectos de depresión mayor, 200 con trastornos distímicos y 27 como no depresivos.

PROCEDIMIENTOS DE MUESTREO Y DE SELECCION DE LA MUESTRA

La elección de una muestra de población para la investigación epidemiológica es una cuestión de vital importancia, por cuanto que puede sesgar los resultados que se obtengan (Rutter, 1983; Kashani, 1982). El primer problema que hubo que resolver fue, pues, la elección de la población. La población por la que optamos fue los niños y niñas escolarizados, tanto en colegios públicos como privados, que estudiaran 4.º de EGB, durante el curso 1985-86. La mayoría de los niños de esta población había nacido en 1976 y, en el momento de la investigación, tenían una edad comprendida entre los 9 y los 10 años, distribuyéndose según la edad del siguiente modo: 20 niños de 8 años, 4352 de 9 años, 1883 de 10 años y 177 de 11 o más años.

Como criterio de exclusión, se rechazó a cualquier niño de ese rango de edad que estuviese escolarizado en centros de educación especial; por consiguiente el único criterio de inclusión de que nos servimos establecía que los niños estuvieran escolarizados en centros públicos o privados y que estuvieran cursando 4.º de EGB durante el curso académico de 1985-86. Con estos criterios garantizábamos la homogenización de la población a estudiar. Para ello nos servimos de los respectivos censos actualizados de los niños escolarizados en las diferentes poblaciones en las que llevamos a cabo nuestra investigación. El censo actualizado, como base del sondeo nos facilitó mucho la elección de la muestra.

La homogenización de la población estudiada, nos permitió realizar un *muestreo aleatorio por conglomerados*, en el que los conglomerados están formados por los conjuntos de niños de cada una de las aulas que existían de 4.º de EGB. Esta base del muestreo, las aulas de 4.º de EGB, tenía la ventaja de definir mejor a la población estudiada y prácticamente sin muestreo, como afirman Rumeau-Rouquette et al. (1985) es que su precisión podría ser inferior a la obtenida a través del muestreo aleatorio simple, en el caso de que los niños de cada aula (conglomerado) fuesen también más homogéneos en la sintomatología depresiva que el conjunto de todos los niños de la población general. En cambio, si los niños de los conglomerados manifestasen una mayor heterogeneidad en la sintomatología depresiva que los niños de la población general, la precisión del muestreo aleatorio por conglomerados sería superior a la obtenida en el muestreo aleatorio simple. Otra fuente de posible ausencia de precisión estaría determinada por una amplia variabilidad en el número de los niños agrupados en unos y otros conglomerados. Pero ninguno de los dos inconvenientes apuntados más arriba (homogeneidad sintomatológica y tamaño de las aulas) son relevantes para el propósito de nuestro trabajo. El tamaño promedio de las aulas osciló alrededor de 30 niños por clase.

La técnica de muestreo por conglomerados implica la selección al azar de una muestra de aulas, en las que se examina a todos los niños en ellas integrados.

La obtención de las aulas se hizo mediante un muestreo sistemático en lugar de un muestreo aleatorio simple. Para ello se partió de la base del muestreo (listado de las aulas de 4.º de EGB, según el censo escolar) de los colegios públicos y privados, que estaban además agrupados según los diferentes distritos municipales. El empleo del muestreo

sistemático, frente al muestreo aleatorio simple, garantizaba de esta forma que tanto los distritos como el tipo de enseñanza (privada/pública), estuviesen equilibradamente representados en la muestra.

El tamaño de la muestra por el que optamos se fundamentó en la siguiente fórmula establecida por Rumeau-Rouquette et al. (1985): $n = z_{\alpha} p(1-p)/e^2$. En este caso se asimiló el tamaño de la muestra elegida a un muestreo aleatorio simple para una población infinita, en la que se supuso una prevalencia de depresión infantil de alrededor del 3 % (dato extraído de la revisión de la literatura disponible), aceptándose previamente una precisión de $\pm 1 \%$ y un nivel de confianza en la estimación del 95 %.

Según las estimaciones realizadas se estableció en 1.000 el número de niños que debían ser estudiados en cada una de las provincias en que trabajamos. El tamaño de la muestra final resultante fue el siguiente: Barcelona, 1.121 niños; Madrid, 1.032; Sevilla, 993; Valencia, 1.286; Gerona, 905; y Santiago, 1.099, lo que da un total de 6.432 niños. La «mortalidad empírica» que hemos encontrado a lo largo de toda la investigación fue tan solo de 40 niños (inferior al 1 %, por lo que la población total efectivamente estudiada ha sido de 6.392 niños y niñas.

El muestreo sistemático efectuado para elegir las aulas consistió en elegir *un aula* de cada *K aulas*, siendo *K* la inversa de la fracción del muestreo n/N ($K=1/f$). En síntesis, el muestreo consistió en elegir un aula de cada 25. Para la ejecución práctica del muestreo, se eligió aleatoriamente con anterioridad un aula de las 25 primeras numeradas en el listado. La elección de esta aula base, determinó las siguientes aulas elegidas, sumando 25 sucesivamente al número que designaba la primera aula elegida.

Cuando alguna de las aulas seleccionadas no respondieran a nuestra solicitud o impidieran llevar a cabo nuestro trabajo, se sustituirían por otras aulas de características similares a ellas, romando en este caso como criterio de elección la primera aula que apareciese en el listado a continuación del aula no respondente, con tal de que satisficiera el criterio diseñado.

Una vez seleccionadas las aulas, tomamos contacto con los colegios en que se realizaría el estudio enviando una carta a los directores de los mismos, en las que se les informaba del fin de nuestro trabajo y se solicitaba la colaboración del centro.

A la semana del envío de la carta, tal como se anunciaba en ella, se telefoneaba al director del centro para concertar con él una entrevista. Durante la entrevista se le ampliaba la información, a la vez que se le mostraban los instrumentos que se utilizarían. Una vez que decidía colaborar con el equipo de investigación se le pedía que completara el cuestionario de datos sobre el centro. Una vez finalizada la recogida de datos se envió a cada director de centro una segunda carta, agradeciéndole su colaboración y resaltando la importancia que para la salud tienen trabajos como éste.

La elección de la edad y de curso escolar se hizo también respondiendo a criterios rigurosos. Se eligió 4.º curso de EGB, por ser el 2.º curso del ciclo medio, que satisface los siguientes criterios: (a) una mejor adaptación por parte del alumnado al nivel de dificultad y complejidad de las tareas escolares que se imparten durante ese curso, nivel que presupone haber superado el curso anterior, en el que comparativamente el grado de

complejidad es mucho más algo que en los cursos precedentes; (b) satisfacer los mínimos requisitos establecidos para la comprensión lectora, ya que si ésta no se satisface podrían ser inviables las pruebas suministradas; y (c) garantizar, hasta cierto punto, la adecuación y oportunidad de los instrumentos elegidos.

Se eligió la edad de 9 y 10 años por las siguientes razones: (a) evitar el escollo que supone la etapa prepuberal, de iniciación muy imprecisa y altamente saturada por problemas como dificultades de ajuste, crisis emocionales, dependencia-independencia, *life events*, etc., dificultades que pueden ser redundantes y/o enmascarar la sintomatología específicamente depresiva. Este criterio es compartido también por Albert y Beck (1975), Kovacs (1977), Rutter (1979), Berg (1984), Kaplan et al. (1984), Quay (1986) y Rutter (1986 a y b); (b) por la versatilidad comportamental de los probandos cuando en una muestra se incluyen sujetos que varían unos de otros según un amplio rango de edad. Como ha probado la psicología del desarrollo, la variabilidad en el rango de edad disminuye la especificidad de las conductas-objetivo que se pretenden evaluar; y (c) por la versatilidad de la sintomatología depresiva en función de la edad y del nivel de desarrollo, como ha puesto de manifiesto la psicopatología del desarrollo (Polaino-Lorente, 1987; Rutter, 1986a; Garber, 1984).

Con este modo de proceder en la elección del muestreo y del tamaño de la muestra así como en la edad de los probandos, estimamos que disminuíamos en buena parte los sesgos que frecuentemente van vinculados a este tipo de variables.

ACIERTOS Y LIMITACIONES

La elección del diseño de doble fase para la investigación epidemiológica que nos habíamos propuesto tiene lógicamente algunas limitaciones, pero también algunas ventajas.

Entre las principales limitaciones hay que destacar, además de las aludidas líneas atrás, una especialmente importante: el no haber contrastado los casos identificados como «verdaderos positivos» con un diagnóstico de depresión realizado por psiquiatras infantiles. Es cierto que aquí habría sido muy conveniente la evaluación diagnóstica (diagnóstico clínico) por los especialistas, de los niños que resultaron en nuestra muestra identificados como depresivos (diagnóstico epidemiológico), con el fin de verificar o refutar el diagnóstico epidemiológico desde el diagnóstico clínico. Es cierto que hay también que ser muy prudentes a la hora de establecer una igualdad entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico epidemiológico. De aquí, que sea oportuno insistir en la conveniencia de contar con los expertos. Obviamente, tal decisión rebasó el ámbito de competencias del equipo investigador, habida cuenta de que no dispuso de ninguna ayuda ni subvención para realizar su tarea.

Otras posibles limitaciones consisten en que los resultados aquí obtenidos no tienen un alcance predictivo (o el riesgo de que las predicciones que se hagan no sean muy precisas), no llegan a establecer una hipótesis causal al no haber podido determinar la

a. ticulación causa-efecto, y al no poder valorar con suficiente rigor la relevancia que para la depresión infantil tienen otros muchos factores (familiares, escolares, sociales, etc.).

En realidad el trabajo realizado se inscribe en el ámbito de la epidemiología descriptiva al emplear un diseño multifásico (diseño de doble fase), sistemático (la población entera), y relativamente selectivo (cabe determinar relativamente los grupos de riesgo elevado) y precoz (en tanto que detecta la presencia de depresión en su estado inicial sintomático o pre-sintomático) si se consideran los casos identificados como trastornos distímicos.

Entre los aciertos y ventajas del diseño llevado a cabo, cabe citar la rapidez con que pueden identificarse a los sujetos potencialmente depresivos, su bajo coste (de tiempo y de dinero), el haber logrado evitar o disminuir los sesgos del muestreo, la escasa «mortalidad» empírica (aunque ello no se debe tanto a lo acertado del diseño como al voluntarioso y constante esfuerzo realizado por el equipo investigador para evitar este sesgo), su fiabilidad, y el que este tipo de diseño no implique ningún riesgo adicional.

Por los resultados obtenidos —de los cuales hemos ofrecido aquí apenas una primicia anticipada—, los autores confían en que serán fácilmente aceptables por el público, dada su similitud —en algunos casos totalmente coincidente— con los hallados por otros investigadores.

Este trabajo puede contribuir a llenar el vacío epidemiológico en psiquiatría infantil que existe en España hasta este momento. Sobre el tema de la morbilidad de la depresión infantil en concreto, en nuestro país no se encuentra ninguna publicación que se refiera a estas cuestiones, por lo que existe un desconocimiento completo de la incidencia y prevalencia de los trastornos afectivos infantiles, así como de los factores de riesgo relacionados con la depresión del niño.

BIBLIOGRAFIA

- Achenbach, T. M. (1985) *Assessment and taxonomy of child and adolescent psychopathology*. Beverly Hills: Sage.
- Albert, T. M. y Beck, A. T. (1975) Incidence of depression in early adolescence. *Journal of Young and Adolescence*, 4, 301-307.
- Anderson, J. C. y col. (1985) The prevalence of DSM-III disorders in a large sample of pre-adolescent children from the general population. Unpublished Manuscript. University of Otago. Medical School, Dunedin, New Zealand.
- Atkins, E. y col. (1981) The 1946 British birth cohort: an account of the origins, progress and results of the National Survey of Health and Development. In: Mednick, S. A., Baert, A. E. (Eds.), *Prospective longitudinal research*. Oxford: Oxford University Press. pp. 26-30.
- Barker, D. J. P. y Rose, G. A. (1983) *Epidemiología en la práctica médica*. (Capítulos 2 y 3). Salvat.
- Berg, I. (1984) Reading about the adolescence. *British Journal of Psychiatry*, 144, 94-97.
- Blumberg, S. H. y Izard, C. E. (1985) Affective and cognitive characteristics of depression in 10-and-11 year-old children. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 194-202.
- Caplan, G. (1980) *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Cooper, B. y Morgan, H. G. (1973) *Epidemiological Psychiatry*. New York: Charles C. Thomas.
- Dohrenwend, B. P. y Shrout, P. E. (1981) Toward the development of a two-stage procedure for case identification and classification in psychiatric epidemiology. *Research in Community and Mental Health*, 2, 295-323.
- Domenech, E. y col. (1985) Escala de depresión infantil para maestros ESDM. Bellaterra. Unidad de Psicopatología infantil. Manuscrito no publicado.
- Domenech, E. y Polaino-Lorente, A. (1987) Investigación epidemiológica de la depresión infantil en España (antecedentes de una investigación en curso de realización): metodología, diseño e instrumentación. *Revista de Neuropsiquiatría Infantil*. (en prensa).
- Domenech, E., Polaino-Lorente, A. y Domenech, J. M. (1988) *Epidemiología de la Depresión infantil en España*. Barcelona. (en prensa).
- Ducan-Jones, P. y Henderson, S. (1978) The use of a two-phase design in a population survey. *Social Psychiatry*, 13, 231-237.
- Finch, A. y Saylor, C. (1984) An overview of childhood depression. En W. J. Burns y J. V. Lavigne (Eds.), *Progress in pediatric psychology*. New York: Grune y Stratton.
- Friedman, J. J. y Butler, L. F. (1979) *Development and evaluation of a test battery to assess childhood depression*. Final report to Health and Welfare, Canada.
- Fundudis, T. et al. (1986) Childhood Depression. Reliability and validity of self rating measures. Com XI *Congress International de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris.
- Garber, J. (1984) The development progression of depression in female children. En D. Cichetti y K. Schneiderrosen (Eds.), *Childhood depression*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Graham, P. J. (1977) *Epidemiological Approaches in Child Psychiatry*. London: Academic Press.
- Graham, P. et al. (1984) Epidemiological study of psychiatric disorder in adolescent girls: preliminary communication. *Proc. Roy. Soc. Med.*, 77, 387-389.
- Herjanic, B. (1984) Systematic diagnostic interviewing of children: Present state and future possibilities. *Psychiatric Developments*, 2, 115-130.
- Hill, P. (1985) The diagnostic interview with the individual child. En M. Rutter y L. Hersov (Eds.), *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches*. London: Blackwell.
- Jenicek, M. y Cleroux, R. (1983) *Epidémiologie. Principes, Techniques, Applications*. Paris: Maloine s.a.
- Kashani, J. (1982) Epidemiology of Childhood Depression. In Grinspoon, L. Ed. *Psychiatry 1982 American Psychiatric Annual Review* D. C. American Psychiatric Press. pp. 281-282.
- Kashani, J. y Simonds, J. (1979) The incidence of Depression in Children. *American Journal of Psychiatry*, 136(9), 1203-1205.

- Kashani, J. et al. (1983) Depression in a sample of 9-year-old children. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1217-23.
- Kleinbaum, D. G. et al. (1982) *Epidemiologic Research (Principles and Quantitative Methods)*, págs. 98-100. California: Wadsworth Inc.
- Kovacs, M. (1977) Childhood Depression: Myth or clinical Syndrome. Presented at the American Academy of Child Psychiatry, Houston Texas.
- Kovacs, M. (1981) Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatrica*, 46, 305-315.
- Kovacs, M. (1983) The children's depression inventory. A self-rated depression depression scales for school-aged youngsters. University of Pittsburgh, School of Medicine. Unpublished Manuscript.
- Lefrowitz, M. M. y Tesiny, E. P. (1980) Assessment of Childhood Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 43-50.
- Lefrowitz, M. M. y Tesiny, E. P. (1985) Depression in children: Prevalence and correlates. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 647-656.
- Lefkowitz, M. M. et al. (1985) The Beer Nomination Inventory of Depression adapted to a rating Scale Formar. Paper presented at the Annual Meeting of the American Association for the Advancement of Science. Los Angeles, C. A.
- Lilienfeld, D. E. (1978) Definitions of Epidemiology. *American Journal of Epidemiology*, 107, 87-90.
- Lobovits, D. y Handal, P. (1985) Childhood depression: prevalence using DSM-III. Criteria and validity of parent and child depression scales. *Journal of Pediatric Psychology*, 10, 45-54.
- Mullins, L. L., Siegel, L. J. y Hodges, K. (1985) Cognitive problem-solving and life events correlates of depressive-symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 13, 305-314.
- Muñoz, P. E. (1980) *Psiquiatría Social*. Manual de Psiquiatría. Madrid: Karpos.
- Orvaschel, H. et al. (1980) *The assessment of psychopathology and behavioral problems in children: A review of scales suitable for epidemiological and clinical research* (1967-79). Report for the Center for Epidemiologic Studies ADAMHA.
- Osborn, A. F. et al. (1984) *The social life of Britain's five year olds*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Polaino-Lorente, A. (1987) *Las depresiones infantiles*. Madrid: Morata.
- Poznanski, E. O. et al. (1979) A depression rating scale for children. *Pediatrics*, 64, 442-450.
- Poznanski, E. O. et al. (1984) Preliminary studies of the reliability and validity of the children's depression rating scale. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, 191-197.
- Quay, H. C. y Werry, J. S. (Eds.) (1986) *Psychopathological Disorders of Childhood* 3rd Ed. p. 94.
- Richman, N. et al. (1982) *Pre-school to school: a behavioral study*. London: Academic Press.
- Richman, N. et al. (1985) Sex difference in outcome of preschool behaviour problems. In Nivol, A. R. (ed.), *Longitudinal Studies in Child Psychology and Psychiatry*. John Wiley and Sons. pp. 75-89.
- Rumeau-Rouquette, C. et al. (1985) *Méthodes en épidémiologie* (3a. ed.). Paris: Flammarion.
- Rutter, M. (1979) *Changing youth in the changing society: patterns of adolescent development and disorder*. London: Nuffield Provincial Hospital Trust.
- Rutter, M. (1982) Surveys to answer questions. Some methodological considerations. *Acta Psychiat. Scand. Suppl.*, 65, 64-76.
- Rutter, M. (1983) Epidemiological-longitudinal approaches to the study of development. In Schmith, M., Reschmith, H. (Eds.), *Epidemiological Approaches in Child Psychiatry II*. Stuttgart: George Thieme Verlag. pp. 2-23.
- Rutter, M. (1986) Depressive feelings, cognitions and disorder: a research poscript. En M. Rutter, C. Izard y P. B. Reed (Eds.), *Depression in young people: Developmental and clinical perspectives*. New York: Guilford.
- Rutter, M. (1986b) The developmental psychopathology of depression: Issues and perspectives. En M. Rutter, C. Izard y P. B. Reed (Eds.), *Depression in young people: Developmental and clinical perspectives*. New York: Guilford.
- Rutter, M. et al. (1966) Psychiatric Disorder in 10-and 11-year-old children. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 59, 382-387.

- Rutter, M. et al. (1970) *Education, health and behaviour*. London: Longmans.
- Sacco, W. P. y Graves, D. J. (1984) Childhood depression, interpersonal problem-solving and self-ratings of performance. *Journal of Clinical Child Psychology*, 13, 10-15.
- Schmidt, M. H. y Remschmidt, H. (1982) *Preface to Epidemiological Approaches in Child Psychiatry II*. Stuttgart. George Thieme Verlag.
- Schmidt, M. H. y Remschmidt, H. (1983) *Epidemiological Approaches in Child Psychiatry II*. Stuttgart: George Thieme Verlag.
- Stevenson, D. T. y Romney, D. M. (1984) Depression in learning disabled children. *Journal of Learning Disabilities*, 17, 579-582.
- Strauss, C. C. et al. (1984) Characteristics of children with extreme scores on the Children's Depression Inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 13, 227-231.
- Vazquez Barquero, J. L. (1980) Metodología de la investigación epidemiológica psiquiátrica: Los estudios transversales en dos fases de la comunidad. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica*. Tomo XIV. N.º 7 (153-162).
- Verhulst, F. C. et al. (1985) Mental Health in Dutch children: (II) the prevalence of psychiatric disorder and relationship between measures. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 324, 1-45.
- Weller, E. B. y Weller (1985) Clinical aspects of childhood depression. *Psychiatric Annals*, 15, 368-374.