



- ◆ 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)

LA INFORMACIÓN DE LOS COMPAÑEROS Y DEL MAESTRO COMO CRITERIO ADICIONAL EN EL DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN INFANTIL

A. Polaino-Lorente y Edelmira Doménech

Cualquier evaluación diagnóstica en psiquiatría infantil debería tener en cuenta, en primer lugar, las peculiaridades de la infancia y de su psicopatología. Los pasos a seguir aquí deben adecuarse a la etapa evolutiva en que el niño se encuentra, diferenciándose así de los procedimientos que son habituales en la psiquiatría general.

Algunas de estas diferencias se restringen en concreto a los dos aspectos siguientes:

En paidopsiquiatría *la entrevista diagnóstica debe ser siempre doble*: de una parte dirigida al paciente y de otra a los padres. No se puede omitir nunca, cualquiera que fuese el motivo, la entrevista con el niño, sea cual sea la edad de éste. Tampoco hay que emitir un diagnóstico antes de haber entrevistado también a los padres. No se olvide que éstos tienen casi siempre un papel esencial en el bienestar o malestar psíquico del niño y, muy particularmente, en el caso de la depresión infantil.

La otra faceta peculiar de la exploración infantil es *la necesidad de coger información procedente de la escuela*. Cualquier niño residente en una gran ciudad de nuestro país pasa fácilmente lejos de su casa, de lunes a viernes, diez horas diarias. Esto representa la fracción más significativa de la vida del niño. Sólo por este motivo, la escuela desempeña un importante papel en la génesis y evolución de cualquier cuadro psicopatológico en la infancia.

En las líneas que siguen, trataremos específicamente de este segundo apartado: el que hace referencia a la escuela. A nuestro juicio ésta es una pieza esencial para perfilar cualquier diagnóstico en paidopsiquiatría y más concretamente en el tema que ahora nos ocupa de las depresiones infantiles.

LA IMPORTANCIA DE LA ESCUELA EN LA EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN INFANTIL

La escuela es importante en la evaluación de la psicopatología infantil no sólo porque allí transcurre una gran parte del tiempo vital del niño, sino también por otros factores que forzosamente intervienen en su proceso evaluador.

Uno de ellos es, sin duda alguna, lo que puede denominarse contexto académico como factor situacional. Las alteraciones infantiles no están caracterizadas por unos síntomas y signos patognomónicos, sino más bien por una amplia gama de manifestaciones emocionales, comportamentales y sociales (Edelbrock, 1982). Estas manifestaciones pueden presentarse o dejar de hacerlo, o bien manifestarse de distinta forma, según el contexto en el que se encuentre el niño. Hay alteraciones psicopatológicas de la infancia que sólo se manifiestan en casa, mientras otras lo hacen principal aunque no exclusivamente en la escuela. Incluso allí, unas se expresan únicamente en el aula, mientras que otras aparecen durante el recreo, cuando el niño se interrelaciona con sus compañeros. A todo esto puede denominarse determinantes situacionales de la psicopatología infantil.

A veces las alteraciones en casa y en la escuela son concordantes. Pero no siempre sucede así: en otras circunstancias se presentan como discordantes o contradictorias. En cualquier caso, el conocimiento del comportamiento del niño en la escuela es esencial para el evaluador.

La información procedente de la escuela, relativa a la evaluación del niño, puede provenir de distintas fuentes, tanto en lo que se refiere al niño como a su contexto.

Respecto al niño, puede informar fundamentalmente el maestro que tiene al niño en su aula, puesto que es el que suele conocerle mejor; pero en otras ocasiones la información nos llega a través del tutor o de la dirección de la escuela. Sin minusvalorar estas últimas aportaciones, debe insistirse en la obtención de la información proporcionada por el propio maestro. En un estudio reciente se ha demostrado que esta fuente de información era fundamental en la etapa preescolar (Kashani, 1986). En las conclusiones de su investigación, Kashani propone que se incluya la información del maestro en cualquier estudio de depresión en el preescolar.

No se olvide que los profesores pueden detectar muy precozmente e identificar los sentimientos del niño, como demostró Bower (1969). Más aún, la información suministrada por los profesores puede ser un buen predictor del comportamiento ajustado o desajustado del alumno (Ullman, 1957). Esta cuestión es de vital importancia, pues, como Rosenbaum et al. (1985) han demostrado en el ámbito escolar, en la conducta desajustada están implicados los déficit en habilidades sociales, déficit que muy frecuentemente aparecen en los niños depresivos. Curiosamente los últimos autores citados han encontrado en su trabajo que los alumnos con problemas de ajuste social se manifiestan muy deficitarios en las destrezas y habilidades para la solución de problemas cognitivos y en la capacidad para generar soluciones alternativas frente

a esos problemas, peculiaridades éstas que también caracterizan al comportamiento depresivo infantil.

De otra parte, las influencias que los profesores ejercen sobre los alumnos, sean éstos depresivos o no, debieran también evaluarse en futuras investigaciones de forma más minuciosa. Como han demostrado Sutherland et al. (1983), de que los profesores proporcionen el necesario refuerzo al niño o no, dependen muchas consecuencias: la percepción del niño por sus compañeros, su aceptación en el aula, su rendimiento escolar y, lo que es más importante, la opinión que el niño forma respecto de sus propias competencias.

Obviamente, todas estas consecuencias están muy vinculadas con lo que suele suceder en las depresiones infantiles. Más aún, la mayor o menor capacidad que el niño tiene para dispensar refuerzos positivos a sus compañeros en la interacción con ellos, podría variar en función de cuál sea el comportamiento de su profesor, respecto de los refuerzos que administra al niño. Conviene recordar aquí que algunos autores han insistido recientemente en la importancia del refuerzo social respecto de la conducta depresiva (Goetz et al., 1980; Brown, 1978). Aunque lógicamente todos estos detalles son muy difíciles de evaluar a través de una sencilla escala, no obstante, subrayan una vez más la importancia que tiene la información adicional proveniente de los maestros para la evaluación diagnóstica de las depresiones infantiles.

Por último, el comportamiento de los profesores (la posición que adoptan en el aula, su cercanía o lejanía respecto de un determinado alumno, la interacción que con él mantienen) también reobra sobre la conducta infantil, generando efectos específicos que acaso algún día podamos conocer mejor, en el marco del análisis ecológico del comportamiento (Brophy, 1979; Greenwood et al., 1985).

Es difícil conocer qué efectos comportamentales tienen en el niño deprimido la interacción con sus compañeros y con sus profesores. En unos casos ambos tipos de interacciones pueden ser independientes y no guardar ninguna relación; pero otras veces el vasto juego de ambas interacciones puede contraponerse, suplirse unas u otras, sumarse, restarse, etc., lo que sin duda alguna puede contribuir a modificar no sólo el rendimiento escolar del niño deprimido, sino también las manifestaciones de las alteraciones de su conducta (Greenwood et al., 1984; Cooper et al., 1982; Connolly et al., 1981).

De aquí se desprende que la información suministrada por las observaciones de los profesores puede resultar irrenunciable para el diagnóstico de las depresiones infantiles, a pesar de su carácter adicional.

Otras personas que dentro de la escuela pueden complementar la evaluación de un niño son, lógicamente, los iguales o compañeros.

Es lógico suponer que con quien más interactúa el niño depresivo es, sin duda alguna, con sus compañeros de clase, pues con ellos precisamente pasa la mayor parte de su tiempo conviviendo. No obstante, los resultados de la observación entre iguales es harto problemática y también puede estar sesgada. Aquí el lenguaje gestual y la mímica, como expresiones de la comuni-

cación, resultan relevantes. En niños de temprana edad, los indicios gestuales observados en sus compañeros les permite inferir e interpretar la existencia de este o aquel estado afectivo. Pero esos indicios pueden ser equívocos 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. El nivel de facilidad o dificultad para el apresamiento de estas conductas varía con la edad. Así sabemos desde hace muchos años (Gates, 1923) que la risa, como expresión afectiva, se identifica ya a los tres años de edad, la cólera a los seis años, 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 (Danset-Léger, 1980; Chandler, 1977).

En realidad, la tristeza no se percibe directamente, sino que es el resultado al que se llegó 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 todo ello, la percepción de la tristeza entre compañeros tiene grandes 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 del apresamiento 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 et al., 1972). La emergencia de la mímica está entorpecida en los niños depresivos (Zabel, 1979; Zuckerman et al., 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 et al., 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 constituye 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 recíproco 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 et al., 1982).

Todo esto puede parecer en apariencia irrelevante respecto del diagnóstico de la depresión infantil. No obstante, enseguida observaremos que esto no es así.

Es sabido que los niños deprimidos tienen una baja autoestima y un auto-concepto 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. Esa baja autoestima del niño deprimido se vertebra con las críticas que recibe, 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 recibe, aumenta su ansiedad social y, en definitiva, se hace más vulnerable al padecimiento de la depresión. De hecho, el grado de aceptación 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 infantil depresiva. 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 (Potallaz et al., 1981), su nivel de participación en el grupo, la dispensación de refuerzos y atención que suministra a sus iguales (Moore et al., 1967; Hartup et al., 1967), etc.

Es muy probable que el niño depresivo no sea rechazado por sus compañeros, pero tampoco es aceptado por ellos, a pesar de lo cual inevitablemente será siempre por ellos 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 et al., 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 et al., 1981; Foster et al., 1986), por lo que debieran 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 adicional 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 por el diagnóstico infantil de depresión.

Respecto del contexto advirtamos que la escuela no es casi nunca un ambiente uniforme y estable. Un niño puede presentar una conducta adaptativa o incluso superadaptada en el aula y ser incapaz de relacionarse en el patio con sus compañeros o hacerlo de forma anómala.

La versatilidad de los comportamientos infantiles, tanto en el tiempo como en el espacio, incrementa la necesidad de tener más en cuenta los distin-

tos contextos —tanto personales como materiales— en los que se encuentra el niño en el momento de realizar la evaluación, tanto si se hace con una finalidad epidemiológica como con una finalidad clínica, aunque lógicamente la metodología cambiará de uno a otro caso.

Por último, la escuela es también para el niño un lugar de distracción, un centro de interés donde se encuentra con sus compañeros. Pero también puede transformarse en otros casos en el lugar de la competitividad donde fácilmente surge el estrés. En esta situación pueden aparecer alteraciones psicopatológicas que tal vez desaparezcan cuando el niño se encuentra en su ambiente familiar en el que, obviamente, tiene menos exigencias. En estos casos el adulto que está en contacto con el niño en el ámbito de la escuela estará en condiciones óptimas para detectar una determinada patología o el inicio en que se manifieste una alteración psíquica. En un niño de cinco años de nuestra casuística, diagnosticado de depresión infantil con ideación suicida persistente, la información proveniente del maestro nos aportó el siguiente dato: desde hacía tres meses le llamó la atención la facies triste del pequeño y su pérdida de interés por todas las tareas escolares. Si se obtuvieran estas informaciones de los maestros, mucho antes de que el niño sea llevado a la consulta del psiquiatra, podría hacerse una importante labor respecto a la detección precoz y a la prevención de estas alteraciones en el ámbito escolar.

Acaso por esto deseamos proporcionar a los maestros (para que los contesten ellos mismos o los otros niños compañeros del evaluado), algunos instrumentos diagnósticos de manera que les permitan registrar más rigurosamente sus observaciones. De esta forma proporcionarían al clínico una información mucho más valiosa que sólo ellos pueden suministrar y que siempre será complementaria, adicional o incluso esencial, según los casos, para el proceso de evaluación en psicopatología infantil.

Aquí se presentan dos de esos instrumentos. Los dos han sido específicamente diseñados para detectar síntomas de depresión infantil. Se trata del P.N.I.D. un cuestionario para ser contestado por iguales (*Peer Nomination Inventory for Depression*; Lefkowitz y Tesiny, 1980, 1981 y 1985) y la E.S.D.M. (Escala de sintomatología depresiva para maestros), desarrollada por nosotros dentro del marco de una investigación epidemiológica de la depresión infantil en España (Doménech et al., 1987).

EL PEER NOMINATION INVENTORY FOR DEPRESSION (P.N.I.D.)

El P.N.I.D. es una escala de evaluación específica para la depresión en la infancia. Forma parte del grupo de escalas que se han empleado en la «evaluación por iguales».

Las puntuaciones del P.N.I.D. son predictivas respecto del rendimiento escolar, autoconcepto, valoración de las habilidades de aprendizaje y sociales por parte del maestro, valoración de la felicidad y popularidad por parte

de los compañeros, «locus of control», y de algunas otras medidas (Weller y Weller, 1985).

Está diseñado para aplicarlo 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 el campo de la investigación epidemiológica (Kazdin, 1981). Su aplicación puede resultar más difícil para aquellos clínicos que no tengan un fácil acceso a las escuelas.

Sin embargo, el P.N.I.D. 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 P.N.I.D. 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 3020 niños una prevalencia del 5,2 % (Lefkowitz et al., 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 P.N.I.D. nos 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 procedente de diversas fuentes.

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

EL INSTRUMENTO

Descripción: El P.N.I.D. está formado por 23 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 sirven para entrenamiento en la prueba.

Los 13 ítems de la escala de depresión del P.N.I.D. intentan cubrir cuatro áreas del síndrome depresivo: afectiva, cognitiva, motivacional y vegetativa. 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 P.N.I.D. observamos que cubren bastante bien las tres primeras áreas pero muy defectuosamente la última.

Aplicación: Cada niño recibe un ejemplar compuesto por 23 hojas, de dis-

tintos colores (para facilitar su 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», en caso de que no haya nadie en la clase que satisfaga lo que se pregunta.

Puntuación: Cada niño de la clase recibe así 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 P.N.I.D. pueden variar entre 0 (suponiendo que nadie ha nombrado a un niño concreto, en ningún ítem de depresión) 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 P.N.I.D. señalaron el punto de corte «4», de acuerdo con los resultados del estudio estadístico, como criterio para diagnosticar una depresión severa. 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 o si todos los compañeros nombran al niño en un tercio de los ítems de depresión (Lefkowitz y Tesiny, 1985).

Lo que mide el P.N.I.D.: El P.N.I.D. es considerado un instrumento de *screening* y, como tal, lo que mide son síntomas y no un síndrome depresivo.

El P.N.I.D. 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 escala de depresión, mayores serán las manifestaciones depresivas.

P.N.I.D.

Preguntas

1. ¿Quién eres? (I)
2. ¿Quién tiene el primer apellido empezando por _____? * (T)
3. ¿Quién tiene el primer apellido empezando por _____? * (T)
4. ¿Quién está haciendo 6.º de E.G.B.? (T)
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)

* Mirar antes las listas y buscar letras en las que haya pocos niños.

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)

Además de los síntomas de depresión, el P.N.I.D. mide síntomas de felicidad y de popularidad; este aspecto es interesante porque el humor deprimido en la infancia casi siempre va asociado a otros problemas de conducta.

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). Esto significa que puntuaciones altas en la escala de depresión están asociadas a puntuaciones bajas en las escalas «F» y «P» de la misma prueba.

Propiedades psicométricas: Han sido bastante 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 en una submuestra del mismo. De los resultados obtenidos se desprende que la prueba es homogénea y fiables las medidas de las conductas que describen.

En un estudio reciente sobre la fiabilidad del P.N.I.D., realizado en Barcelona, aplicando el coeficiente α (Cronbach, 1951) en una muestra de escolares ($N = 1121$), se ha obtenido una fiabilidad de 0,80 (Ezpeleta et al., 1987).

Análisis factorial: A partir de la muestra de 944 niños escolarizados utilizada por Lefkowitz y Tesiny en 1980, se han encontrado cuatro factores que explican el 54 % de la varianza común. Estos factores corresponden a soledad, felicidad, inadecuación y abatimiento.

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.

Validez de criterio: Hasta hace poco se habían hallado correlaciones siempre significativas aunque bajas entre el P.N.I.D. y otras pruebas. Observamos que correlaciona muy bajo con las medidas autoevaluativas de depre-

sión obtenidas en el M-CDI (Lefkowitz y Tesiny, 1980 y 1985; Tesiny y Lefkowitz, 1980) y en el CDI (Jacobsen et al., 1983; Saylor et al., 1984).

La validez de criterio que hemos hallado en la aplicación del P.N.I.D. a una muestra de 3.349 niños escolarizados en España es algo más elevada, como luego veremos.

Comentario. El P.N.I.D. es una prueba de «peer-assessment» o de evaluación por iguales. En ella se pide a los niños que hagan un enjuiciamiento de las características de personalidad normales y patológicas de los demás miembros del grupo. Debe diferenciarse de los estudios sociométricos que sólo evalúan los sentimientos de los niños hacia los demás.

Como toda prueba presenta sus limitaciones: desde las dificultades que puede tener un niño en la etapa escolar para juzgar la personalidad de sus iguales, al sesgo que la amistad puede introducir, los interrogantes que abre sobre la normalidad de los niños no mencionados, hasta la posibilidad que sabemos que es real en algunas aulas de nuestro país de que los niños no se conozcan entre ellos, lo que puede introducir sesgos adicionales en los resultados.

Entre las pruebas de evaluación por iguales el P.N.I.D. 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 sido señalado con anterioridad (Rutter et al., 1975). A pesar de ello se suele seguir estudiando defectuosa e incorrectamente la psicopatología del niño, al incluirla como un todo global bajo la inadecuada etiqueta de «trastornos de conducta».

El P.N.I.D. nos parece una escala interesante para obtener información adicional en el estudio de la depresión infantil. Por ello decidimos incluir su estudio en la investigación de una amplia muestra en nuestro país.

APLICACIÓN DEL P.N.I.D. A UNA MUESTRA DE NIÑOS ESCOLARIZADOS EN CUARTO DE E.G.B.

Objetivos:

Estudiar el alcance del P.N.I.D., como prueba adicional, para el diagnóstico de la depresión infantil; aportar más resultados al conocimiento de las propiedades psicométricas de este instrumento; relacionar algunas variables escolares con la depresión medida por la escala «D» del P.N.I.D.

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 pruebas 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, por lo que este hecho lo presentaba como un instrumento que podría ser útil, aparte de que otros investigadores, como Kazdin, lo considerara como una mecánica prometedora.

Descripción de la muestra:

La muestra (N = 6436) estaba formada por 3349 niños y 3087 niñas que cursaban cuarto de EGB en el curso 1985-1986. La media de edad de la muestra fue de nueve años y medio (rango de edad: 8-11 años). El estudio se realizó simultáneamente en cuatro ciudades españolas: Barcelona, Madrid, Sevilla y Valencia y en dos ciudades menores en su zona rural de influencia: Gerona y Santiago de Compostela.

La muestra se relacionó entre todos los niños inscritos en cuarto de EGB durante aquel curso, de las seis zonas elegidas para el estudio. El procedimiento estadístico que se empleó fue un muestreo aleatorio por conglomerados, tomando el aula como unidad de medida. El número de aulas en cada una de las seis submuestras varió entre 32 (Sevilla) y 37 (Gerona y Santiago). El número de niños por aula osciló poco, siendo alrededor de treinta alumnos, a excepción de las dos muestras que comprendían zonas rurales (Gerona y Santiago) en las que hubo más variaciones. La mortalidad experimental fue realmente muy pequeña, no alcanzando el 1 %.

Aplicación del P.N.I.D.:

Se aplicó el P.N.I.D. a todos los niños de la muestra a los que se había aplicado al mismo tiempo el CDI («Children Depression Inventory for Depression»; Kovacs, 1981). Como es sabido, el CDI es una escala de autoevaluación de la depresión infantil que fue elegida como prueba de *screening* dentro de una investigación epidemiológica de doble fase de la depresión infantil.

La aplicación del CDI permitió subdividir la muestra inicial en dos subgrupos: el de los niños con una sintomatología depresiva elevada según el CDI (se utilizó un punto de corte de 19) y el resto de niños.

En una segunda fase, a los niños deprimidos según el CDI y a un grupo de control les fue aplicada una entrevista semiestructurada de depresión infantil, la escala de Poznanski revisada (CDRS-R; Poznanski, 1984), el cuestionario de Achenbach para padres (CBCL; 1978 y 1985), y la escala E.S.D.M. para maestros construida por nosotros para esta investigación y de la que trataremos más adelante.

Esta segunda fase de la investigación permitió ampliar el estudio del P.N.I.D. en la submuestra de niños deprimidos según el CDI y diagnosticados posteriormente a través de una entrevista clínica basada en los criterios del DSM-III para el diagnóstico de depresión mayor y de trastorno distímico.

Definición de caso para este estudio:

En la primera fase del estudio, en la que se aplicó el P.N.I.D. a la totali-

dad de la muestra (N = 6436), se definió como «caso» a todo niño cuya puntuación en el CDI fuera igual o superior a 19. Empleamos un modelo sintomatológico, puesto que toda definición de «caso» basada en un instrumento de *screening* se fundamenta en un modelo de este tipo o aquí más exactamente del tipo de los modelos de «sympton loading» o «acumulación de síntomas». El «cut-off» de 19 del CDI ha sido empleado también por Kovacs en USA y Fundudis et al. (1984) en la población británica. A pesar de ello, para conocer la sensibilidad y especificidad de la prueba usando ese punto de corte en la población española, se aplicó también el CDI a un grupo de niños deprimidos, a una muestra psiquiátrica de no deprimidos y a un grupo de niños sanos. Todos ellos habían sido evaluados con criterio externo por especialistas de psiquiatría infantil del todo ajenos a esta investigación.

En la segunda fase del estudio consideramos como «caso» a aquellos niños que satisficieron los criterios diagnósticos del DSM-III para la depresión mayor y para el trastorno distímico. El diagnóstico se hizo a través de una entrevista con la escala de Poznanski, empleando unos criterios operacionales para la corrección, previamente definidos por dos psiquiatras y dos psicólogos clínicos.

Después de la aplicación de esta entrevista semiestructurada a los niños deprimidos, según CDI, esta submuestra quedó dividida a su vez en tres subgrupos: niños deprimidos con depresión mayor (MD), niños con trastorno distímico (TD) y niños no deprimidos (ND), según la escala de Poznanski.

Poder disponer de la muestra general correspondiente a la primera fase de la submuestra correspondiente, nos ha permitido estudiar otros aspectos de la aplicación del P.N.I.D. a una población española, que es lo que ahora estamos considerando aquí, ofreciendo algunos de los datos preliminares que hemos obtenido.

Datos obtenidos con el P.N.I.D. en las seis submuestras

Al estudiar la distribución de los deprimidos evaluados a través del P.N.I.D. en las seis submuestras (Barcelona, Madrid, Valencia, Sevilla, Gerona y Santiago), 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 P.N.I.D. corresponde a la muestra sevillana (32,4).

La media obtenida en las seis submuestras conjuntamente consideradas es de 56,3.

Capacidad discriminativa de la Escala de Depresión del P.N.I.D. en relación con el rendimiento escolar:

Se han realizado análisis de la varianza con la puntuación de la escala de depresión «D» del P.N.I.D. y las notas escolares en las asignaturas de lengua, matemáticas, sociales y naturaleza, así como con las notas globales de curso. Todos los análisis de la varianza han dado resultados significativos, existiendo diferencias entre las notas escolares 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.

Véase por ejemplo los valores obtenidos para las diversas asignaturas de segundo curso de EGB:

	F (Ratio)	P (Prob.)
Lengua 2	9,99	,0000
Matemáticas	8,22	,0000
Sociales 2	7,79	,0000
Naturaleza 2	9,45	,0000
Global 2	14,12	,0000

Resultados del estudio de la validez de criterio del P.N.I.D. en una muestra de 1216 niños de cuarto de E.G.B., en población española:

Una vez efectuada la aplicación y corrección de las diferentes pruebas de evaluación y escindido el grupo de 1213 niños en la forma que se señaló más arriba, se aplicó una matriz de correlaciones entre las tres escalas del P.N.I.D. (depresión, felicidad y popularidad) y las pruebas siguientes: el CDI; la E.S.D.M.; la CDRS-R; las escalas de problemas de conducta (depresión, «internalizing» y «externalizing») y de habilidades sociales (actividades, social y escolar) de la CBCL (Achenbach, 1983).

Las correlaciones obtenidas han sido todas significativas, aunque bajas. La correlación entre el CDI y la escala de depresión del P.N.I.D. ha sido de «15», corroborando los resultados de otros trabajos anteriores al nuestro.

Pero también se han obtenido correlaciones más altas y de un grado moderado con dos pruebas: la E.S.D.M. y la CDRS-R (ver tabla I).

TABLA I

Matriz de correlaciones entre PNID, ESDM y CDRS-R

PNID	D	F	P
ESDM	0,4341 (1116) P = 0,000	0,3354 (1115) P = 0,000	0,3345 (1111) P = 0,000
CDRS-R	0,2408 (1213) P = 0,000	0,1441 (1212) P = 0,000	0,2308 (1208) P = 0,000

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

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

Para llegar a estos resultados hemos utilizado una submuestra de la segunda fase de esta investigación, 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). Hemos correlacionado los tres subgrupos antes distinguidos, según el criterio diagnóstico, con las respectivas puntuaciones en las subescalas de depresión, popularidad y felicidad del P.N.I.D. El resultado puede observarse en la tabla II. El N de la submuestra para este estudio fue de 1212 casos.

Los resultados globales de estas investigaciones pueden encontrarse en Doménech et al. (1987), donde remitimos al lector interesado.

TABLA II

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

	PNID: escala «D»	PNID: escala «F»	PNID: escala «P»
N.D.	0,4380	0,3863	0,1924
T.D.	0,7368	0,2055	0,1195
D.M.	0,8313	0,1383	0,0870
Total	0,5630	0,3098	0,1610

LA ESCALA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA PARA MAESTROS (E.S.D.M.)

Se trata de un instrumento de evaluación construido para que sea contestado por el maestro de cada niño. El objetivo que nos propusimos al desarrollar esta escala fue el de recabar información de los maestros respecto al estudio epidemiológico que sobre depresión infantil estábamos realizando en España. Hubo que diseñarlo y construirlo, porque los instrumentos de evaluación por maestros de los que disponíamos no iban dirigidos a detectar específicamente la depresión infantil (Rutter, 1967; Connors, 1969; Zimmermann et als., 1978; Zimmermann et als., 1983; McGee et als., 1985).

Nuestro propósito fue crear un instrumento sólo para la investigación, aunque secundariamente también proporcionó al maestro una herramienta de fácil manejo que le permitiera detectar algunos signos de alarma en el niño del padecimiento de un posible estado depresivo.

Un instrumento que cumpliera estos objetivos forzosamente tenía que ser

de corta aplicación y contener aquellos síntomas del cuadro depresivo que se manifiestan más fácilmente en el ámbito de la clase.

Así pues, no nos propusimos cubrir todos los aspectos del síndrome depresivo, sino sólo aquellos que son más fácilmente detectables por los maestros. El maestro no tiene por qué estar enterado de las dificultades de un niño para dormir y puede no saber que un alumno perdió el apetito de un tiempo para acá. En cambio, percibirá muy pronto la disminución en el rendimiento escolar, la falta de concentración o la tendencia del niño a evitar reunirse con sus compañeros.

La E.S.D.M. no pretende ser, por tanto, un instrumento para el diagnóstico clínico de la depresión infantil, sino más bien una escala adicional de evaluación al servicio principalmente del diagnóstico epidemiológico de la depresión en el niño. Su empleo adecuado por los maestros podría contribuir también a la prevención secundaria de la depresión infantil en la escuela.

Elaboración de la E.S.D.M.

El primer paso en el desarrollo de la escala consistió en redactar unas frases indicativas del comportamiento depresivo infantil más frecuente en el contexto escolar.

Estas frases no fueron pensadas a partir de los cuestionarios de depresión ya existentes, como han hecho otros autores. Fueron diseñadas de acuerdo única y exclusivamente con la experiencia de sus autores en psiquiatría infantil y en psicología clínica en el aula. Se intentó que fueran expresadas de forma asequible y fácil de entender y que se refirieran a conductas que los maestros suelen identificar casi a diario.

La primera redacción fue sometida al juicio de varios expertos (psiquiatras y psicólogos clínicos), quedando la escala definitiva construida con 16 ítems, con tres opciones de respuesta cada uno, tal y como aquí se presenta.

El instrumento

Descripción de la E.S.D.M. Está constituida por 16 ítems que cubren bastantes aspectos relativos a la psicopatología del niño deprimido. Unos ítems inciden en el área disfórica, como por ejemplo: «¿cree que está triste?»; otros atañen al funcionamiento cognitivo (ej.: ¿entiende las explicaciones de clase?) otros al nivel de actividad (ej.: ¿se le ve cansado?); y otros a la relación social (ej.: ¿está con amigos?).

ESCALA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA PARA MAESTROS

(E.S.D.M., Domenech, E, Monreal, P, Ezpeleta, L.)

1. ¿Cree que está triste?
2. ¿Le cuesta estar atento en clase?

3. ¿Está solo en el recreo?
4. ¿Llora?
5. ¿Entiende las explicaciones en clase?
6. ¿Le aceptan los compañeros?
7. ¿Se le ve cansado?
8. ¿Se divierte?
9. ¿Se cree inferior a los otros?
10. ¿Discute y riñe?
11. ¿Tiende a culpabilizarse?
12. ¿Le cuesta decidirse?
13. ¿Cambia de humor?
14. ¿Le considera activo para el trabajo?
15. ¿Su trabajo escolar es satisfactorio?
16. ¿Participa en el juego con los amigos?

Edad de aplicación: Etapa escolar (niños de seis a doce años).

Los 16 ítems intentan cubrir los trastornos depresivos que son más detectables por el maestro en el aula.

Aplicación de la E.S.D.M. Es sencilla y rápida. Se le pide al maestro que conteste un cuestionario para cada niño en particular. Se le dice que lo haga personalmente y, a ser posible, después del inicio del curso cuando ya ha tenido tiempo suficiente para conocer a sus alumnos.

Para cada ítem el maestro debe elegir entre tres opciones de respuesta: «casi nunca», «algunas veces» y «casi siempre».

Se considera que esta escala es aplicable a niños entre seis y doce años, es decir en la etapa escolar.

Puntuación de la E.S.D.M. Cada ítem se puntúa con «0», «1» o «2», según que el síntoma al que se refiere el ítem no esté casi nunca presente, esté algunas veces o casi siempre, respectivamente.

Teóricamente las puntuaciones totales puede oscilar entre 0 y 32. En la práctica no se suelen dar puntuaciones extremas. Así, por ejemplo, en una muestra de 905 niños y niñas escolarizados, de la provincia de Gerona, entre 8 y 11 años, la puntuación más alta fue de 29 y el centil 50 se encuentra entre las puntuaciones de 7 y 8.

Estudio psicométrico de la escala E.S.D.M.

Por tratarse de un instrumento de elaboración muy reciente todavía conocemos defectuosamente sus propiedades psicométricas. Sin embargo, hemos realizado algunos estudios acerca de su fiabilidad y validez, de los que informaremos a continuación.

Estudios de fiabilidad de la escala. Como cualquier instrumento que se

emplee en evaluación diagnóstica debe tener una fiabilidad aceptable. La fiabilidad tiene que ver con la precisión de la medida cuando se utiliza ese instrumento. Un tipo de fiabilidad es la consistencia interna que es indicativa de la precisión con que los ítems miden un concepto definido (Boyle, 1985). Se la estima determinando la intercorrelación entre los ítems seleccionados para medir un concepto.

Se ha realizado un estudio de la consistencia interna de la E.S.D.M. en una muestra de 1046 escolares de edades comprendidas entre 8 y 11 años. Se ha aplicado el coeficiente α de Cronbach como medida de la homogeneidad de la prueba, obteniéndose un valor de «0,88». Esto significa que la E.S.D.M. tiene una fiabilidad elevada y es una escala homogénea, en cuanto que mide el mismo constructo.

Si analizamos los resultados tras aplicar el coeficiente α a cada uno de los 16 ítems de la escala, observamos que los ítems más consistentes con el constructo que mide la E.S.D.M. son, según el orden de consistencia, los siguientes:

ítem 14: «¿le considera activo para el trabajo?»

ítem 15: «¿su trabajo escolar es satisfactorio?»

ítem 2: «¿le cuesta estar atento en clase?»

ítem 5: «¿entiende las explicaciones en clase?»

Como puede observarse estos cuatro ítems pertenecen al área cognitiva y están relacionados con los posibles déficit en el rendimiento escolar.

Los dos ítems que han obtenido una consistencia más baja han sido:

ítem 10: «¿discute y riñe?»

ítem 11: «¿tiende a culpabilizarse?»

Análisis factorial de la E.S.D.M.

Respecto de los estudios de validez de constructo de la escala se ha realizado un análisis factorial de la misma. Para ello ha sido utilizada la misma muestra que sirvió para los estudios de fiabilidad.

Tras el análisis factorial, hemos encontrado cuatro factores que explican el 64 % de la varianza común y que pasamos a describir:

El primer factor está constituido por los ítems: 2, 5, 14 y 15.

El segundo factor integra los ítems: 3, 6, 8 y 16.

El tercer factor integra los ítems: 7, 9, 11 y 12.

Y el cuarto factor, los ítems: 4, 10 y 14.

En atención al contenido de los ítems agrupados hemos dado a cada uno de esos factores, las denominaciones siguientes:

FACTOR 1: «Rendimiento escolar»

FACTOR 2: «Interacción social»

FACTOR 3: «Depresión inhibida»

FACTOR 4: «Depresión ansiosa».

Estudios de validez de la escala

La validez tiene que ver con el grado de exactitud con el que un instrumento mide lo que dice que mide. No existen unos criterios unánimes sobre la forma de valorar la validez de los instrumentos que miden las alteraciones psiquiátricas infantiles (Offord, 1985).

Hemos efectuado hasta ahora un estudio de validez concurrente con la E.S.D.M. Para ello se ha utilizado su correlación con otros instrumentos que evalúan la depresión infantil y también otras patologías.

Se ha encontrado una correlación significativa con los siguientes instrumentos:

- Escalas «D», «F» y «P» del *P.N.I.D.* aunque más especialmente con la de depresión. Las correlaciones obtenidas han sido: D. 43, P. 33 y F. 33.
- Escalas de problemas de conducta y habilidades sociales del *cuestionario de Achenbach*, donde sucede un hecho curioso: la correlación es más alta con las conductas «externalizing» que con las «internalizing». La correlación más alta la proporciona la escala «externalizing» en hembras (.44). La correlación con la escala de depresión de Achenbach es baja. Con la escala de rendimiento escolar, la correlación obtenida es bastante elevada.
- El *Children Depression Inventory* (CDI). El valor hallado es de .4141, según la muestra utilizada de $N = 1114$.
- La *escala de Poznanski revisada* (CDRS-R). Por tanto, la E.S.D.M., correlaciona también positivamente a nivel significativo con la depresión medida por la CDRS-R. Esta correlación ha sido de .4413 y en este caso la muestra utilizada fue de 362 sujetos.

TABLA III

Respuestas al ítem n.º 1: ¿Cree que está triste? de los niños con depresión mayor (DM), trastorno distímico (TD) y no deprimidos (ND) de la muestra ($N = 1117$)

	Depresión según CDRS-R			Total
	ND	TD	DM	
Nunca (ESDM)	465 68,3	156 48,3	33 29,2	654 58,5
A veces	194 28,5	137 42,4	58 51,3	389 34,8
Siempre	22 3,2	30 9,3	22 19,5	74 6,6
Total	681 61,0	323 28,9	113 10,1	1117 100,0

TABLA IV

Grado de relación con depresión de todos los ítems

Ítems ESDM	Valor «V» de Cramer	Significación
1 (triste)	0,21042	0,0000
2 (atento)	0,24493	0,0000
3 (solo)	0,15971	0,0000
4 (llora)	0,08356	0,0042
5 (comprende)	0,24556	0,0000
6 (aceptado)	0,17262	0,0000
7 (cansado)	0,15283	0,0000
8 (se divierte)	0,16042	0,0000
9 (se siente inferior)	0,19790	0,0000
10 (discute)	0,08851	0,0016
11 (culpa)	0,09751	0,0003
12 (indeciso)	0,17048	0,0000
13 (cambio humor)	0,10502	0,0001
14 (trabajador)	0,23521	0,0000
15 (rendimiento escolar)	0,25703	0,0000
16 (juega)	0,15256	0,0000

Por último, queremos indicar que se ha estudiado la relación de cada ítem independientemente considerado de la E.S.D.M. con la depresión. El estudio se ha hecho con el coeficiente «V» de Cramer. La definición de depresión para este estudio se ha hecho también con criterios clínicos basados en el DSM-III y medidos con la escala de Poznanski. Con este proceder se han obtenido Chi-cuadrados significativos en casi todos los ítems de la escala.

Como muestra de estos resultados puede verse en la tabla III las respuestas a uno de los 16 ítems que damos como ejemplo, de los tres grupos de niños (con depresión mayor, trastorno distímico y no deprimidos) de la muestra.

A partir de estos datos se obtiene para este primer ítem de la escala E.S.D.M. un chi-cuadrado de 98.90978, una significación, de 0.0000 y un valor para el factor V de Cramer de 0.21042. Por tanto, el ítem n.º 1 de la E.S.D.M. tiene una relación significativa con la depresión, y el grado relación es de 0,21.

Seguidamente se presentan en la tabla IV las significaciones de relación con la depresión de los 16 ítems que componen la escala E.S.D.M. (ver tabla IV).

En esta tabla puede observarse que los ítems de la escala más consistentes con el diagnóstico de depresión son los n.º 1, 2, 14 y 15. Y los ítems que han resultado menos consistentes con el diagnóstico de depresión han sido el 4, el 10 y el 11.

Es curioso que el ítem 4 que se refiere al llanto sea poco consistente. Probablemente este resultado se deba a que los niños lloran a menudo sin estar

deprimidos. Igual sucede con el ítem 10, pues los niños también discuten y riñen a menudo. En cuanto al ítem 11 que se refiere a la culpa, es el mismo ítem que arrojó una baja consistencia en el estudio de fiabilidad de la escala.

Se están realizando en este momento más estudios de validez de la ESDM, que más adelante se darán a conocer.

Comentario

Los primeros estudios de validación de la E.S.D.M. están proporcionando mejores resultados de lo que cabía esperar.

Podríamos plantear muchas cuestiones acerca de la capacidad de los maestros para suministrar información, la concordancia de las informaciones procedentes de distintas fuentes o las lógicas limitaciones de una escala como la aquí descrita. Pero por muy interesantes que sean estos problemas no podemos referirnos a ellos en el marco limitado de este artículo.

Únicamente queremos insistir en el deseo de que esta escala no sólo sirva como un instrumento para la investigación, aunque ya sea algo importante. Esperamos de ella que sea efectivamente un elemento adicional para el diagnóstico clínico de la depresión y sobre todo una herramienta de sencillo manejo que permita a los maestros contribuir en la detección precoz de las depresiones infantiles.

Bibliografía

- Abramovitch, R.: «Children recognition of situational aspects of facial expression». *Child Development*, 48: 459-463, 1977.
- Achenbach, T. M. y 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, Waterloo, Canadá, 1980.
- Asher, R.: «Social competence and peer status. Recent advances and future direction». *Child Development*, 54: 1427-1434, 1983.
- Asher, S. R. y Hymel, S.: «Children's social competence in peer relations». En: J. D. Wine y M. D. Smye (eds.). «Sociometric and behavioral assessment». Social competence, N. Y. Guilford, 1981.
- Bower, E. M.: Early identification of emotionally handicapped children in school. II: Charles C. Thomas, Springfield, 1969.
- Boyle, G.: «Self-report measures of depression. Some psychometric considerations». *British Journal of Clinical Psychology*, 24: 45-49, 1985.
- Boyle, M. y Jones, S. C.: «Selecting measures of emotional and behavioral disorders of childhood for use in general populations». *Journal of Child Psychology and Psychiatry* (en prensa), 1985.
- Brophy, J. E.: «Teacher behavior and its effects». *Journal of Educational Psychology*, 71: 733-750, 1979.

- Brown, I. e Inoye, D.: Learned helplessness through modeling: the role of perceived similarity in competence. *Journal Per. Soc. Psychol.*, 36, 900-908, 1978.
- Chandler, M. J.: Social cognition. A selective review of current research. En: N. F. Overton y J. M. Callaghan (eds.). *The year book of developmental epistemology*. Nueva York, Plenum Press, 1977.
- Conners, C. K.: «A teacher rating scale for use in drug studies with children». *American Journal of Psychiatry*, 126: 884-888, 1969.
- Connolly, J. y Doyle, A.: «Assessment of social competence in preschoolers: Teachers versus peers». *Developmental Psychology*, 17: 4, 457-462, 1981.
- Cooper, C.; Marquis, A. y Ayers-López, S.: «Peer learning in the classroom». Tracing developmental patterns and consequences on children's spontaneous interactions, En Wilkinson, L. (ed.). *Communicating in the classroom*. Nueva York, Academic Press, 1982.
- Cronbach, L. J.: «Coefficient alpha and the internal structure of tests». *Psychometrika*, 16, 1951.
- Daly, E. M.; Abramovitch, R. y Pliner, P.: The relationship between mothers's encoding and their children's decoding of facial expressions of emotion, *Merrill-Palmer Quarterly of Behavior and Development*, 26: 1, 25-33, 1980.
- Danset-Leger, J.: «L'enfant et les images de la littérature enfantine». Mardaga, Bruselas, 1980.
- Doménech, E.; Monreal, P. y Ezpeleta, L.: «E.S.D.M. (Escala de sintomatología depresiva para maestros). Universidad Autónoma de Barcelona. Manuscrito no publicado.
- Edelbrock, C.; Costello, A.; Dulcan, M.; Calabro, N. y Kala, R.: «Parent-child agreement on child psychiatric symptoms assessed via structured interview». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27: 2, 181-190, 1986.
- Ezpeleta, L.; Doménech, E. y Polaino-Lorente, A.: «Escala de evaluación de la depresión infantil». E. Polaino-Lorente, A. *Depresiones infantiles; anexo*. Morata, Madrid (en prensa).
- Ezpeleta, L.; Polaino-Lorente, A. y Doménech, E.: «Propiedades psicométricas del P.N.I.D. (Peer Nomination Inventory of Depression) en una muestra de cuarto de EGB». Comunic. IV Congreso Internacional de epidemiología psiquiátrica. Madrid, Sep., 1987.
- Foster, S. L.; Delawyer, D. D. y Guevremont, D. C.: «A Critical Incidents Analysis of Liked and Disliked Peer Behaviors and Their Situational Parameters in Childhood and Adolescence». *Behavioral Assessment*, 8: 115-133, 1986.
- Fundudis, T.; Berney, T. y Kolvon, I.: «Childhood Depression: Reliability and Validity of Self-Rating Measures». *Commun XI Congrès International de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, Julio 1986.
- Gates, G. S.: «An experimental study of the growth of social perception». *Journal Psychological Psychology*, 39: 246-255, 1923.
- Goetz, T. y Dweck, C.: «Learned helplessness in social situations». *Journal of Personality and Social Psychology*, 39: 246-255, 1980.
- Greenwood, C. R.; Dinwiddie, G.; Terry, B.; Wade, L.; Stanley, S. O.; Thibadeau, S. y Delquadri, J. C.: «Teacher versus peer mediated instruction: An ecobehavioral analysis of achievement outcomes». *Journal of Applied Behavior Analysis*, 17: 521-538, 1984.
- Greenwood, C. R.; Delquadri, J. C.; Stanley, S. D.; Terry, B. y Hall, R. U.: «Assessment of Eco-Behavioral Interaction in School Settings». *Behavioral Assessment*, 7: 331-347, 1985.

- Gresham, F. M.: «Social interactions as predictors of children's like lability and friendship patterns: Multiple regression analysis. *Journal of Behavioral Assessment*, 4: 39-52, 1982.
- Grusec, J. y Abramovitch, R.: «Imitation of peers and adults in a natural setting: A functional analysis». *Child Development*, 53: 636-642, 1982.
- Hartup, W. N., Glazer, J. A. y Charlesworth, R.: «Peer reinforcement and sociometric status». *Child Development*, 38: 1017-1024, 1967.
- Jacobsen, R.; Lahey, B. y Strauss, C.: «Correlates of depressed mood in normal children». *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11: 1, 29-40, 1983.
- Kashani, J.; Holcomb, W. y Orvaschel, H.: «Depression and depressive symptoms in preschool children from the general population». *American Journal of Psychiatry*, 143: 1138-1143, 1986.
- Kazdin, A. E.: «Assessment techniques for childhood depression». *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 20: 358-375, 1981.
- Kovacs, M.: «Rating Scales to assess depression in school-aged children». *Acta Paedopsychiatrica*, 46: 403-315, 1981.
- Lefkowitz, M. y Tesiny, E.: «Assessment of Childhood Depression». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48: 1, 43-50, 1980.
- Lefkowitz, M. y Tesiny, E.: «Peer Nomination Inventory». N. Y. State Department of Mental Hygiene. Enero, 1981.
- Lefkowitz, M.; Tesiny, E. y Soloow, W.: The Peer Nomination Inventory of Depression adapted to a rating scale format. Paper presented at the annual meeting of the American Association for the Advancement of Science. Los Angeles, Ca., 1985.
- Lefkowitz, M. y Tesiny, E.: «Depression in Children: Prevalence and Correlates». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53: 647-656, 1985.
- McGee, R.; Williams, S.; Bradshaw, J.; Chapel, J.; Robins, A. y Silva, Ph.: «The Rutter Scale for completion by teachers: factor structure and relationships with cognitive abilities and family adversity for a sample of New Zealand Children». *Child Psychol. Psychiat.*, 26: 727-739, 1985.
- Moore, S.: «Correlates of peer acceptance». En: W. Hartup y N. Smothergill. *The young child*. Washington: National Association for the Education of Young Children.
- Odon, R. D. y Lemond, C. M.: «Developmental differences in the perception and production of facial expressions». *Child Development*, 43: 359-369, 1972.
- Offord, D. R.: «Child Psychiatric Disorders: Prevalence and Perspectives». *Psychiatric Clinics of North America*, 8: 4, 637-652, 1985.
- Poznanski, E.; Freeman, L. y Mokros, H.: «Children's Depression Rating Scale Revised». *Psychopharmacological Bulletin*, 21: 979-989, Septiembre 1984.
- Putalaz, H. y Gotman, J.: «An interactional model of children's entry into peer group». *Child Development*, 52: 986-994, 1981.
- Rosenbaum, J. y Weintraub, J.: «Boys with peer adjustment problems: social cognitive process». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53: 1, 80-87, 1985.
- Rubin, K. H.: «Recent perspectives on social competence and peer status: some introductory remarks». *Child Development*, 54: 1383-1385, 1983.
- Rutter, M.: «A Children's Behaviour Questionnaire for completion by teachers: preliminary findings». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 8: 1-11, 1967.
- Rutter, M.; Yule, B.; Quinton, D.; Rowlands, O.; Yule, W. y Berger, M.: Attainment and adjustment in two geographical areas III. Some factor accounting for area differences». *British Journal of Psychiatry*, 125: 520-533, 1974.
- Saylor, C. F.; Finch, A. J. et al.: «The Children's Depression Inventory: a systematic evaluation of psychometric properties». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52: 955-967, 1984.
- Sutherland, J.; Algozzine, B.; Ysseldyke, P. y Freeman, S.: «Hanging peer perception: effects of labels and assigned attributes». *Journal of Learning disabilities*, 16: 217-220, 1983.
- Tesiny, E.; Lefkowitz, M. y Gordon, N. H.: Childhood depression, locus of control and school achievement». *Journal of Educational Psychology*, 72: 506-510, 1980.
- Ullman, C.: «Teachers, peer and tests as predictors of adjustment». *Journal of Educational Psychology*, 48: 257-267, 1957.
- Weller, E. y Weller, R.: Clinical aspects of childhood depression». *Psychiatric Annals*, 15: 6, 360-374, 1985.
- Zabel, R. H.: «Recognition of emotions in facial expression by emotionally disturbed and undisturbed children». *Psychology in the Schools*, 16: 1, 119-126, 1979.
- Zimmermann-Tansella, C.; Minghetti, S.; Tacconi, A. y Tansella, M.: «The Children's Behaviour Questionnaire for completion by teachers in an Italian sample. Preliminary results». *Journal Child Psychology Psychiatry*, 19: 167-173, 1978.
- Zimmermann-Tansella, C.: «Children's Behaviour at school in relation to sex, age and social class». En: M. H. Schmidt y H. Renschmidt. *Epidemiological approaches in child psychiatry II*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1983.
- Zuckerman, M. y Pozenuzman, S. J.: Decoding and encoding facial expressions in preschool-age children». *Environmental Psychol. and non verbal Psychol*, 3: 147-163, 1979.