

EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN Y LA ANSIEDAD INFANTIL

Victoria del Barrio y Carmen Moreno

Facultad de Psicología. UNED

1996, 2(2-3), 131-158

Resumen: En este trabajo se hace una revisión de la evaluación de la depresión y ansiedad infantil. Se exponen las dificultades de la evaluación de las emociones en estos niveles de edad y las estrategias arbitradas para evitarlas. Se hace una exposición de una evaluación multimétodo que proporciona información de las distintas vías de evaluación. Y por último se presentan los distintos instrumentos disponibles con una especial atención a aquellos que tienen una adaptación a para población española.

Palabras Clave: Evaluación, Depresión, Ansiedad, Niños.

Abstract: This article reviews contemporary procedures regarding assessment of children's depression and anxiety. Difficulties and problems involved in the study of emotion among children and the strategies employed to avoid them are presented. A multimethod technique to evaluate child depression and anxiety is also exposed. In addition, the most important instruments specially those adapted for Spanish population are delineated.

Key words: Assessment, Depression, Anxiety, Children.

Title: *Assessment of children's depression and aggression*

Introducción

La depresión y la ansiedad son consideradas como dos emociones sumamente importantes en la vida humana. El estudio del comportamiento desde la psicología ha sufrido muchos cambios de perspectiva, pero parece que en estos momentos estamos ante un subrayado del papel que las emociones juegan en la explicación de la vida personal, hasta el punto de que se viene hablando ya no del lado cognitivo de las emociones sino de los aspectos emocionales de la inteligencia.

Y si bien las emociones son elementos indispensables en la explicación de la conducta adulta, a nadie se le escapa su relevancia en el mundo infantil y el importantísimo papel que juegan en el proceso de adaptación del niño (Eisenberg et al., 1995).

Las emociones básicas, presentes desde el nacimiento en el niño, tienen una cierta similitud a las de los animales superiores al menos durante el período que abarca de 0 a 7 meses

(Izard, 1971). La psicología evolutiva considera que a partir de los 19 meses los niños pueden comenzar a inhibir sus emociones y en este punto comienza su capacidad para adaptarse a las normas sociales de la civilización en la que se educa.

El estudio de las emociones infantiles está condicionado por el de las emociones adultas así como también, el proceso de su evaluación. El planteamiento científico reciente sobre la naturaleza de las emociones tiene su base en la polémica cuestión de la relación entre lo cognitivo y lo corporal. La emoción representa la confluencia de estos dos aspectos y por tanto podría suponerse que en su estudio y comprensión se ha llegado a la elaboración de diferentes concepciones que, en el mejor de los casos, pueden considerarse como complementarias y en otras ocasiones antagónicas. Una revisión actualizada y reciente del desarrollo del concepto de emoción puede encontrarse en Moltó (1995).

Esa historia deja claro que las emociones son un tema muy estudiado, pero todavía confuso y de una gran complejidad (Plut-

* Dirigir la correspondencia a: Dra. Victoria del Barrio, Facultad de Psicología, Ciudad Universitaria, UNED, Madrid.
© Copyright 1996: de los Editores de **Ansiedad y Estrés**
Artículo recibido: 23-07-96, aceptado: 19-9-96

chik, 1991). Las razones que se dan para explicar este fenómeno es que hay múltiples dificultades: a) su estudio en laboratorio, que modifica la reacción emocional, b) los datos utilizados provienen de poblaciones clínicas, dificultado su normalización, c) la diversidad sociocultural de las poblaciones estudiadas, d) diversidad de marcos teóricos utilizados

Esto ha dado también lugar a la aparición de muy diversas teorías sobre la emoción. La consideración de si el momento afectivo precede acompaña o sigue al momento cognitivo ha sido una de las grandes disensiones entre aquellas. La célebre frase de James "Estamos tristes porque lloramos" ejemplifica perfectamente un extremo. Lazarus (1991) por el contrario sostiene que el momento cognitivo valorativo precede a la activación. Se podría fácilmente multiplicar aquí las definiciones derivadas de distintas concepciones teóricas de la emoción, pero todas ellas fluctuarían entre esos dos extremos y pondrían de manifiesto la dificultad del tema. El modelo circunplejo de las emociones (Watson y Tellegen, 1985) en donde dos ejes "Alta Activación" vs "Baja Activación" y "Desagradable" vs "Agradable" suponen una cierta confluencia y permiten ordenar toda clase de emociones. En este modelo la ansiedad se ubica en el polo desagradable de alta activación mientras que la depresión lo hace en el desagradable de baja activación.

Esta concepción teórica de las emociones, como fenómeno complejo, ha tenido consecuencias en su evaluación. Se ha considerado que es necesario tener en cuenta todos aquellos aspectos contenidos en la estructura de las emociones: mediciones objetivas de los cambios físicos, observación conductual de la expresión de la emoción e introspección verbal sobre la apreciación del sujeto.

Estas tres dimensiones han sido subrayadas por Eysenck (1975). Actualmente, se sigue en esa misma línea aunque añadiendo los elementos situacionales (Endler y Okada

1975; Miguel-Tobal y Cano Vindel, 1986; Öhman y Birbaumer, 1993).

Se advierte por parte de los expertos una creciente exigencia de evaluaciones multimétodo. En el caso de la evaluación infantil, hay que recurrir además a varias fuentes (padres, profesores, profesionales, compañeros, niños).

Las razones para la utilización de varias fuentes en el caso de la evaluación infantil son plurales y todas ellas apuntan a la limitación del niño como único informante. En primer lugar, si pretendemos una evaluación objetiva nos encontraríamos con que los indicadores fisiológicos de emoción en los niños no están bien determinados ni en sus líneas base, ni en su evolución.

En segundo lugar la introspección, condición necesaria para poder cumplimentar un autoinforme, sólo es posible a partir de una determinada edad (7-9 años según distintos expertos). La inmadurez cognitiva del niño convierte en un problema la discriminación que éstos pueden llegar a tener de sus propios estados emocionales.

En tercer lugar la observación directa de la conducta emocional no es fácil dado que, en una proporción considerable, se trata de conducta interiorizada no asequible a la observación exterior.

Todo ello aboca a la utilización de otros informantes que además se caracterizan por una baja concordancia en todo tipo de problemas en evaluación infantil y de las emociones en particular (Kazdin, 1988; Ezpeleta, 1990; Klein, 1991). Este es un tema todavía sin solución aunque algunos autores han comenzado a sugerir que a medida que el niño crece la concordancia con la madre es mayor (Renouf y Kovacs, 1994). La información de los adultos sobre la depresión infantil puede mejorar notablemente la concordancia (Ines y Sacco, 1993).

En este trabajo y ateniéndonos a todo lo dicho anteriormente nos vamos a centrar en las formas de evaluación de dos emociones infantiles: la depresión y la ansiedad. Estas dos emociones se perfilan de una manera creciente con una comorbilidad que ha planteado seriamente en algunos autores la necesidad de plantearse la existencia de un Afecto negativo genérico (del Barrio et al., 1994; Brandy y Kendall, 1992).

Evaluación de la depresión infantil

El concepto de Depresión Infantil (DI) que hoy se maneja es el de un trastorno afectivo que provoca en los niños sentimientos de tristeza e inoperancia. Es muy semejante a la depresión adulta y, frente a lo que se consideraba en los comienzos de su investigación, tiene estabilidad suficiente para ser aceptado como un trastorno depresivo y no como una alteración transitoria (Nolen-Hoeksema, 1992).

Este concepto de depresión ha ido constituyéndose en una estrecha conexión con el proceso de su evaluación. Antes de la existencia de instrumentos de evaluación con garantías científicas probadas, las cifras sobre la incidencia de la DI obtenidas en diferentes investigaciones eran tan dispares (0.14%, Rutter, et al., 1970 vs 61%, Petti, 1978) que sólo podían tener una explicación artefactual (del Barrio, 1990). Hoy, que la instrumentación para la evaluación de la DI ha alcanzado un grado de exactitud suficiente, se ha llegado a una mayor homogenización de los datos. La mayor parte de los expertos sostienen que la incidencia de la depresión mayor en los niños puede estimarse sobre un 2-3% y la del trastorno distímico un 7-8% (Kazdin, 1990; Po-

laino y Domènech, 1988; Domènech y Polaino, 1990; del Barrio y Mestre 1989). Este acercamiento de los datos corrobora que los expertos están hablando de una misma perturbación, diagnosticada con unos criterios parecidos, y evaluada con instrumentos fiables. A este proceso de convergencia ha contribuido, sin duda alguna, la mejoría en el proceso de la evaluación de la DI. De hecho la confluencia de los datos no se da hasta los años ochenta cuando los instrumentos de evaluación, que aparecieron a finales de los setenta, fueron ya suficientemente conocidos y utilizados.

La mayor parte de los instrumentos de evaluación están basados en criterios diagnósticos y éstos se operativizan mediante la formulación de las distintas preguntas o pautas observables. De esta manera la aplicación de los instrumentos ha conducido a imponer una cierta definición operacional de las varias dimensiones que componen el proceso depresivo. Tal operacionalización ha promovido una visión más objetiva y homogénea del problema por parte de los más diversos investigadores.

Criterios diagnósticos

Los criterios para el diagnóstico clínico de la DI aparecieron en un trabajo de Ling y colaboradores (1970) seguidos de los de Weinberg et al. (1973) y los de Birlerson (1981). Además en 1980 el DSM-III consolidó la idea de que la DI tenía la misma configuración que la adulta y podía diagnosticarse con los mismos criterios: disforia, problemas de peso y sueño, ideación morbosa y sentimientos de culpa.

Tabla 1. Criterios diagnósticos de depresión infantil

	<i>Ling</i> 1970 (N)	<i>Weinberg</i> 1983 (N)	<i>DSM III</i> 1980	<i>Birleson</i> 1981 (N)	<i>DSM III-R</i> 1987	<i>DSM IV</i> 1994
Disforia*	•	•	•	•	•	•
Anhedonia			•	•	•	•
Aument. dism. Apet.-peso*	•	•	•	•	•	•
Insomnio o Hipersomnia*	•	•	•	•	•	•
Falta de Energía o Fatiga	•	•			•	•
Agitación-Retraso Motor			•		•	•
Falta de Interés en Actividad.			•		•	
Reproche o Culpabilidad*	•	•	•	•	•	•
Pobre Concentración			•		•	•
Pensam. Suicid. o muerte			•	•	•	•
Retraimiento Social	•	•	•	•		
Llantos Inmotivados				•		
Ideas Persecutorias	•					
Irritabilidad				•	•	•
Agresividad	•	•				
Cambio en rendim. Escolar	•	•		•		
Quejas Somáticas	•	•		•		
Fobia Escolar	•					
Ensoñaciones				•		
DURACION	1 Mes	1 Mes	2 Sem.	Sem.-1 año	2 Sem.	2 Sem.

(N) Exclusivamente infantiles; * Criterio presente en todos

Como se ve claramente, los criterios elaborados exclusivamente para niños difieren de los elaborados para adultos. Los primeros incluyen: problemas escolares, quejas somáticas, irritabilidad y agresividad. Todos ellos se han convertido, en cierta manera, en los elementos discriminativos entre la depresión adulta y la infantil, hasta tal punto que los dos últimos DSM-III-R (APA, 1987) y DSM-IV (APA, 1994) incluyen la irritabilidad en el diagnóstico de la DI que no estaba en el DSM-III. Esta asociación entre problemas de conducta y DI se ha venido señalando repetidamente por diversos autores (Toolan, 1962;

Carlson y Cantwel, 1980; Cole y Carpentieri, 1990; Kashani et al., 1995), como elementos característicos.

Sintomatología

Además de los criterios, existen una pluralidad de síntomas que aparecen una y otra vez en las descripciones que abordan más fenomenológicamente el problema. Tal sintomatología ha ido cambiando a lo largo del tiempo, ajustándose a los paradigmas reinantes. En una primera etapa del estudio de la DI (1945-1976) la enumeración sintomatológica aún

incluía elementos dinámicos (regresión, masturbación, sentimientos de pérdida) que hoy ya no suelen tomarse en cuenta. En tiempo más reciente (1977-1987) se incluyen elementos cognitivo-conductuales (baja autoestima, agitación motora, agresión, trastornos de sueño (del Barrio, 1990) y esta tendencia se mantiene hasta el momento actual (Wilde, 1996). Los síntomas de la DI son más numerosos que los criterios y se pueden listar hasta cuarenta (del Barrio, 1990), de los que enumeraremos sólo unos pocos: soledad, llantos, aislamiento, desesperanza, protestas, riñas, pesadillas, cambios bruscos de humor.

También se ha hecho notar que, sobre todo en población adolescente, los sujetos que presentan altos niveles de sintomatología depresiva no siempre cumplen con los criterios diagnósticos de depresión (Gotlib et al., 1995). Esto es particularmente cierto en el caso de las evaluaciones hechas con el CES-D, donde los aspectos sociales están sobrerrepresentados frente a cualquier otro criterio diagnóstico. Hoy parece estar en alza la atención a una descripción sintomatológica frente a una concepción sindrómica, puesto que se empieza a pensar que los síntomas dan un mayor juego a la investigación del que resulta de una consideración sindrómica mucho más monolítica y menos rica a la hora de establecer diferencias (Costello, 1993).

Sería perfectamente posible el tratar de anuar la información contenida en los criterios y en las descripciones de síntomas. Al hacerlo se podría tal vez llegar a una definición de la DI. A nuestro juicio, tal definición habría de incluir los elementos siguientes: "Cambio persistente en la conducta de un niño que consiste en un descenso de su capacidad de disfrutar de los acontecimientos, comunicar con los demás, rendir escolarmente y acompañado de acciones de protesta plural". Toda técnica de evaluación tendrá que tener en cuenta todas estas dimensiones.

Distintas vías de evaluación

La DI, como la adulta, puede y debe ser evaluada a través de los tres canales de manifestación de la emoción: fisiológico, motor y cognitivo. Cada uno de estos canales tiene sus inconvenientes y sus ventajas como ya hemos hecho referencia a ello, pero aplicados conjuntamente hacen posible una evaluación crecientemente fiable.

Evaluación objetiva

En el caso de la DI, la evaluación fisiológica se ha enriquecido con toda una serie de dimensiones orgánicas. Así se han explorado todos los indicadores físicos de depresión ligados a la función hipotalámica-hipofisaria-corticosuprarrenal.

Los niños no suelen ser evaluados emocionalmente en laboratorio, porque esta situación les altera y ello hace irregular la toma de datos. Sin embargo, cuando se hace, ha de cuidarse especialmente el proceso de acostumbramiento. Las técnicas utilizadas han sido las mismas que se emplean en la investigación adulta: análisis (plasmáticos, orina, saliva), polisomografía y farmacología.

En los análisis se buscan niveles diferenciales de cortisol, hormona de crecimiento y melatonina. La medición de los niveles plasmáticos de cortisol (más altos en sujetos deprimidos), por realizarse en situación clínica y ser intrusivas, pueden también alterar la línea base que, por otra parte, no siempre está bien establecida en la población general infantil. Puig-Antich para evitar este problema recomienda una toma de sangre cada 20' durante 48 horas. Con este procedimiento estableció que los niveles de cortisol son altos en el 50% de niños deprimidos (Puig-Antich, et al., 1982), pero sólo en el caso de las depresiones endógenas. También se hacen determinaciones de cortisol en orina y saliva que es un método menos traumático para el niño, pero también menos preciso. La tasa de la hormona

de crecimiento (GH) es más baja en niños deprimidos. Las determinaciones se han hecho indirectamente a través de la tolerancia a la insulina y niveles de secreción nocturna (Puig-Antich, et al., 1984), encontrándose tasas más bajas en los niños deprimidos, pero el nivel normal es de difícil determinación.

También se encuentran bajos niveles de concentración de melatonina en relación con los ritmos circadianos nocturnos de niños deprimidos (Cavallo et al., 1987) y lo mismo en las concentraciones nocturnas de melatonina en orina (Shafii et al., 1990).

Respecto a la valoración mediante EEG, los patrones anómalos de sueño de la fase IV encontrados en adultos no se han podido comprobar en los niños (Puig-Antich, et al., 1982, 1983). Más recientemente se han hallado algunas diferencias entre niños deprimidos y no deprimidos, en los períodos de latencia REM (Emslie et al., 1990).

Con electromiografía facial se han determinado diferencias significativas en actividad muscular siendo los niños deprimidos los que alcanzan niveles más bajos (Schwartz et al., 1978).

Hay también estudios electrocardiográficos que muestran una menor actividad cardiovascular en sujetos jóvenes deprimidos (Siegman y Boyle, 1993).

La evaluación farmacológica supone diagnosticar a un sujeto como deprimido en función de su reacción diferencial a un fármaco. Mencionaremos aquí el test de la dexametasona, y la prueba con compuestos tricíclicos. El test de la dexametasona consiste en observar el descenso de los niveles de cortisol en los sujetos a los que se le administra la sustancia (los deprimidos conservan niveles altos mientras que los que no lo son los disminuyen). En niños el 40% de deprimidos conserva los niveles altos de cortisol frente a un 11% de los normales (Weller y Weller, 1985). Sin embargo Puig-Antich (1987) no encontró diferencias en el test de la dexametasona en

diferentes grupos (depresión endógena, no endógena y niños normales). No se han encontrado diferencias entre grupos de deprimidos, hiperactivos y pacientes con trastornos psiquiátricos aplicando el test de la dexametasona (Steingard et al., 1990) y tampoco se han encontrado diferencias entre grupos de niños deprimidos vs normales cuando la edad es preescolar (Rosenthal et al., 1988). Sin embargo otros estudios informan de una especificidad de esta técnica entre el 40 y el 80% y una sensibilidad entre el 10 y el 80% (Yaylayan et al., 1995). Son unas cifras todavía muy variables lo que indica la dificultad de uso de esta técnica.

Otro de los elementos es la reacción del sujeto ante la administración de tricíclicos: si mejora es un deprimido, en caso contrario, no lo es. Estamos evidentemente ante una posibilidad interesante, pero en ambos casos el error diagnóstico es excesivo. Estos métodos pueden usarse como una confirmación diagnóstica, pero no como un criterio.

Observación de conducta

Los antecedentes de la observación de la conducta emocional depresiva, y más en general de las emociones pueden hallarse en el trabajo de Darwin "La expresión de las emociones en el hombre y los animales" (1872). Izard (1971) estudió pormenorizadamente las pautas biológicas de reconocimiento de las emociones. Otros muchos estudios han puesto de manifiesto el carácter evolutivo de la expresión emocional siendo más externalizada en la primera infancia y más interiorizada y sofisticada a medida que se acerca la adolescencia (Harris, Olthof y Terwogt, 1981; Haviland y Lelwica, 1987). En todo caso, lo cierto es que la observación de la conducta manifiesta de sujetos depresivos entraña dificultades, puesto que la mayor parte de la sintomatología depresiva tiene carácter interiorizado (sentimientos, pensamientos etc...) no ha

proliferado tanto su evaluación conductual como en otros ámbitos de la conducta. Sin embargo se han hecho intentos en esta dirección. La primera forma de abordar la observación de los aspectos de la conducta motora ligada a la depresión fueron los registros someros de dichas conductas incluidos en las entrevistas psiquiátricas. Más tarde han empezado a aparecer registros estructurados.

Uno de los primeros instrumentos aplicados en el mundo adulto ha sido el *Williams, Barlow and Agras Behavioral Measure* (WBABM; 1972), seleccionando conductas observables ligadas a depresión como hablar, sonreír, actividad motora entre otras.

Existen otros procedimientos que registran conductas de lenguaje lo que se ha denominado "hablar depresivo" y que toman en cuenta la intensidad del tono verbal, la longitud de la emisión verbal, la latencia de respuesta, el número de palabras por unidad de tiempo (Siegman y Boyle, 1993). La interacción social ha sido también incluida en la evaluación conductual de aquella. (Libet y Lewinsohn, 1973).

En el caso de los niños se han aplicado también este tipo de técnicas de observación, sobre todo en los niños más pequeños cuyo escaso dominio del lenguaje y de la autoobservación impide utilizar otro tipo de instrumentos. Esta línea de la evaluación de la DI se inspira en la observación etológica (Blurton Jones, 1972) y ecológicas (Aas, 1975).

Ekman y Friesen (1978) perfeccionando un instrumento anterior, confeccionaron el *Facial Action Coding System* (FACS) que listaba 24 acciones faciales cuya combinación permitía identificar seis emociones. Esto fue el principio de otros muchos instrumentos de este tipo. Uno de los más conocidos y utilizados, tanto en adultos como en niños, ha sido el AFFEX (Izard, 1980) que se elaboró específicamente para la observación de emociones infantiles. Una elaboración posterior ha dado lugar al MAX *Maximal Discriminative Fa-*

cial Movement Coding System, consistente en la observación de la musculatura facial (cejas, ojos, boca) para la identificación de 10 emociones: Interés, Alegría, Sorpresa, Tristeza, Ira, Disgusto, Desprecio, Miedo, Vergüenza y Dolor. La observación se codifica utilizando un material estandarizado que consiste en un inoculador de la emoción, un registro en video, la elaboración de un afectograma (70" post inoculación) por parte de los jueces (Izard y Dougherty, 1982) que llegan a alcanzar un 90% de concordancia. Se pueden elaborar también afectogramas paralelos de la díada madre-hijo en donde se muestra la mayor o menor "coocurrencia" de las emociones de ambos. La tristeza se caracterizaría por una secuencia expresiva que comienza por el levantamiento de las cejas en su parte central próxima a la nariz, en el plegamiento de las comisuras de los labios hacia abajo, cerramiento de los ojos y en las mejillas empujando hacia arriba en centro del labio inferior.

Instrumentos más formalizados de observación de emociones infantiles han ido apareciendo desde estas fechas; por ejemplo el de Lewis y Michalson (1982), que evalúa el comportamiento emocional de los niños entre tres y trece meses en unos contextos dados. El problema de este instrumento es el tiempo que consume, el elevado costo de su aplicación y el dilatado entrenamiento al que tienen que ser sometidos los evaluadores.

Los instrumentos más específicos de observación de la DI para niños preescolares siguen esta tradición, y vamos a exponer los más conocidos:

El "*A Depression Checklist*" (Kashani, Ray y Carlson, 1984) es aplicable a padres y maestros de niños entre 0-6 años. Consta de 19 elementos y ha sido la semilla de otros que se le asemejan y que pasamos a analizar.

GRASP

El *General Rating of Affective Symptoms for Preschoolers* (Kashani, Holcomb y Orvaschel, 1986) consta de 24 elementos de observación que se refieren a cuatro categorías: Humor, Actividad, Interacción social y Anhedonia. La observación ha de hacerla el padre o el maestro durante 20', en los que el niño interacciona con otros niños o adultos. Los elementos observables puntúan en una escala de 0 a 5 comparándolos con el comportamiento medio de los niños de ese nivel de edad. Las características psicométricas de la prueba son buenas, según sus autores aunque la concordancia entre la observación entre adultos es muy pobre. Esta escala de observación sólo puede valorarla un experto, puesto que es evidente que tiene que poseer un alto grado de competencia en el conocimiento de los procesos evolutivos emocionales infantiles. Actualmente se está trabajando en la adaptación española (Domènech y Moreno, en prensa).

SOT

Laike (1995) siguiendo los trabajos de Küller (1991) adoptó cuatro componentes básicos de las emociones: Activación, Intensidad, Orientación y Control. A partir de ahí ha construido una Escala de Observación Estructurada (*Structured Observational Technique*) aplicable a niños de 3 a 7 años.

Para la observación de las emociones procede mediante cuatro fases diferentes: 1-Identificación de las conductas que corresponden a esos componentes básicos de las emociones (137). 2-El peso de cada conducta en esos componentes. 3-Observación en la vida real del niño. 4-Fiabilidad de la observación en diferentes contextos (comida, juego libre y reposo). La fiabilidad de la observación mediante la fórmula Kuder-Richardson oscila entre .59 y .90 en función de distintos contextos componentes básicos, la concor-

dancia interjueces .77 a 1.00 y la validez de constructo parece ser alta según su autor (Laike, 1995).

Es evidente la dificultad de apreciación que puede presentar este tipo de instrumentos y que se suelen solventar con la concordancia entre jueces, lo que ciertamente implica una carestía de su aplicación. Una revisión de este tipo de técnicas de evaluación en edad preescolar puede encontrarse en Moreno y Domènech (1995).

Entrevistas, cuestionarios, escalas

Estas pruebas de lápiz y papel fueron inicialmente entrevistas estructuradas en las que los informantes eran exclusivamente los padres, más tarde aparecieron los aplicables a niños, padres, compañeros y maestros. Hodges y Siegel ya en 1985 habían dividido esta clase de instrumentos en: 1-Escalas de auto-evaluación, 2-Escalas clínicas, 3-Entrevistas diagnósticas, 4-Nominación de compañeros, y 5-Escalas para padres. Hoy habría que añadir Escalas para maestros. Existen además numerosos instrumentos pluridimensionales tanto en forma de entrevista estructurada como inventarios, por ejemplo el *Structured Clinical Interview for DSM-III-R* (Spitzer, et al., 1992), *Diagnostic Interview for children and Adolescents* (DICA) (Herjanic y Reich, 1982), el *Personality Inventory for Children* (PIC) (Wirt et al. 1977) o el *Child Behavior Checklist* (CBCL) (Achenbach y Edelbrock, 1978) que incluyen en sus factores o escalas la evaluación de la depresión, pero no presentaremos aquí todos sino que nos vamos a centrar exclusivamente en la exposición de los instrumentos específicos de la evaluación de la DI.

Tabla 2. Instrumentos de evaluación de la depresión infantil y adolescente

Instrumento	Sigla	Autor	Año	Tipo Inst.	Destinat.	Rango Edad
Children Affective Rating Scale	CARS	Cyryn y McNew	1972; R:1979	Rating Scale	Niños	5 - 15
Child Depression Questionary	CDQ	McComville et al.	1973	Cuestionario	Niños	6 - 13
Depression Symptomis Checklist	DS-LC	Weinberg	1973	Inventario	Padres	7 - 12
Children Depression Scale	CDS	Tischer-Lang	1974-1978	Escala	Niños	8 - 16
Short Children Depression Inventory	SCDI	Albert y Beck	1975	Inventario	Niños	13 - 18
Child Depression Inventory	CDI	Kovaacs y Beck	1977	Inventario	Niños	6 - 17
Schedule for Affect. Disor. y Schizophor.	K-SADS	Chamberg et al.	1978	Entrevista	Niños	6 - 16
Bellevue Index Depression	BID	Petti	1978	Entrev. Semi.	Padres	6 - 12
Depression Self Rating Scale-Children	DSRS-C	Birleson	1978-81	Autoinforme	Niños	7 - 13
Face Valid Depression Scale	FVDS	Mezzik y Mezzik	1979	Escala	Adolesc.	12 - 17
Teacher Affect Rating Scale	TARS	Petti	1979	Escala	Maestros	7 - 14
Short Children Depression Inventory	-CDI	Carlson y Cantwell	1979; R:1980	Inventario	Niños	7 - 17
Children Depress. Rating Scale	CDRS	Poznanski et al.	1979; R:1984	Entrevista	Niños	6 - 12
Behavior Invent. for Depressed Adolesc.	BIDA	Chiles et al.	1980	Inventario	Adolesc.	6 - 12

Tabla 2. (Continuación). Instrumentos de evaluación de la depresión infantil y adolescente.

INSTRUMENTO	Sigla	Autor	Año	Tipo Inst.	Destinat.	Rango Edad
Center Epidemiologic Studies Depres.	CES-D	Weissman et al.	1980	Escala	Niños	6 - 16
Peer Nomination Invent. of Depression	PNI-D	Lefkowitz y Tesiny	1980-1981	Inventario	Niños	6 - 16
Children's Depression Adject. Checklist	C-DACL	Sokolof - Lubin	1983	Inventario	Niños	9 - 16
Teacher Peer Nominat. Invent. Depress.	TNID	Saylor et al.	1984	Inventario	Maestros	8 - 14
Child Depression Scale	CDS-P	Ronundo y Hendsley	1985	Escala	Niñ. y Pad.	6 - 14
Gen. Rating Affect. Sympt. for Depre.	GRASP	Kashani et al.	1986	Esc. observa.	Experto	3 - 6
Preschool Symptoms Self-Report	PSSR	Martini	1987	Identificac.	Niñ. Padr. Prf.	3 - 6
Reynolds Adolescent Depression Scale	RADS	Reynolds	1987	Escala	Adolesc.	11 - 17
Reynolds Child Depression Scale	RCDS	Reynolds	1989	Escala	Niños	5 - 10
Escala de Depresión para Maestros	ESDM	Doménech y Polaino	1990	Escala	Maestros	7 - 16
Children's Depression Inventory	CDI	Kovacs	1992	Inventario	Niñ. Pa. y Ma.	7 - 17
Short Children's Depression Inventory	S-CDI	Kovacs	1992	Inventario	Niñ. Pa. y Ma.	7 - 17
Escala de Evaluación de la Depresión	EED	Del Barrio et al.	1993	Escala	Niños	10 - 17
Escala de Observación Estructurada	SOT	Laike	1995	Esc. Observa.	Adultos	3 - 7

Dedicaremos una atención especial a aquellos que han sido utilizados en población española y existen estudios estadísticos que los convierte en aplicables a nuestra población infantil y juvenil.

Los cuestionarios normalizados tienen ciertas ventajas: son económicos, permiten hacer un cribado rápido, proporcionan un índice de severidad fiable y permiten un fácil seguimiento. (Monkros y Poznanski, 1995). Además se han mostrado tan útiles en la evaluación de la DI como las entrevistas estructuradas (Hodges, 1990). Quizás estas son las razones por las que su uso no ha hecho más que crecer en los últimos tiempos.

CDI

El primero de ellos es el *Children's Depression Inventory* de Kovacs y Beck (1977) que más tarde ha elaborado María Kovacs (1982, 1983a, 1985b, 1992). Este cuestionario consta de 27 elementos; cada uno de ellos tiene una enunciación en tres frases diferentes que representan una gradación en la sintomatología que va de 0 a 2. Se puede aplicar desde los 6 a los 17 años. Las puntuaciones de la prueba oscilan entre 0-54. El punto de corte para la población normal se ha estimado en 19 (Saylor et al., 1984a; Chartier y Lassen, 1994). Sin embargo, actualmente, la autora de la prueba considera que se puede bajar hasta 12 en el caso que se actúe sobre población clínica para evitar los falsos negativos y observar con más precisión la eficacia del tratamiento. El punto de corte se debe variar en función de las metas de la investigación o intervención (Kovacs, 1992). En población española se ha usado normalmente el punto 19, pero algunos autores piensan en la posibilidad de bajarlo a 17 (Polaino y García Villamizar, 1993; Domènech et al., 1995).

Es sin duda el cuestionario más utilizado, como el BDI lo es en la evaluación adulta (Tennen et al., 1995). La difusión en nuestro

país del CDI comenzó en un estudio epidemiológico sobre DI dirigido por Polaino, Domènech y Domènech y con participación de numerosos equipos de investigación en toda la península. Después ha seguido utilizándose y hay varios estudios que ofrecen baremaciones a distintos niveles de edad y características psicométricas adecuadas (Frias et al, 1991; del Barrio et al., en prensa).

Las características psicométricas de la prueba han sido establecidas por numerosos estudios en muy distintas poblaciones. La fiabilidad del CDI obtenida a través del alfa de Cronbach y en población anglosajona oscila entre .86 (Ollendick y Yule, 1990; Weiss et al., 1991) y .94 Saylor et al., 1984b). En población española las cifras oscilan entre .79 (Frias et al., 1991) y .92 (Polaino y García Villamizar, 1993). La fiabilidad test-retest es más fluctuante porque depende de los períodos de tiempo transcurrido entre una y otra toma de datos y del tipo de población. Las cifras más bajas (.50) proceden de M. Kovacs (1983a) con una distancia de 6 semanas igual a la obtenida por Weiss et al. (1991) con un intervalo de 3 meses; la más alta (.87) de Saylor et al., (1984b).

La validez convergente entre el CDI y CDS de Lang y Tisher (1978) es una de las más altas, .84 (Rotundo y Hensley, 1985) y .86 (Knight et al., 1988). Entre las más bajas se encuentran las obtenidas con el CBCL-D de Achenbach y Edelbrock (Saylor et al., 1984b).

En población española la validez convergente con la EED es de .78 (del Barrio et al. 1994b) con el RCDS y el RADS .73 y .79 respectivamente (del Barrio et al. 1995; 1994c). Con el ESDM alcanza .41 (Domènech y Polaino, 1990) y .42 (Polaino y García Villamizar, 1993).

La última edición de la prueba (Kovacs, 1992) incluye cinco subescalas: Humor negativo, Problemas interpersonales, Ineficacia, Anhedonia, Autoestima negativa y además la

escala total de Depresión. En este manual se incluye también una forma abreviada: *Short Children's Depression Inventory* (S-CDI) con sólo 10 elementos y cuyas características psicométricas son similares a la completa lo que indica que puede usarse con un ahorro de tiempo considerable en la aplicación. La forma abreviada española del CDI también parece reunir las mismas características (del Barrio et al. en prensa).

CDS

Otra de las pruebas más conocidas y también de las primeras en aparecer es la *Children's Depression Scale* de Lang y Tisher (1978). Existe una adaptación española de la prueba (Seisdedos, 1986) que acaba de ser revisada por TEA (Seisdedos, 1994).

Es aplicable a sujetos entre 8 y 16 años. Consta de 66 elementos de los cuales 18 tienen una enunciación positiva. Cada elemento está escrito en una tarjeta y la aplicación consiste en que el niño las introduzca en 5 cajas rotuladas según el grado de acuerdo con la enunciación, desde 1 "muy en desacuerdo" hasta 5 "muy de acuerdo". Este método de aplicación ha sido pensado para una evaluación individual y clínica. Se puede pasar colectivamente leyendo el enunciado de cada elemento en alta voz y contestando en una hoja de respuesta con una valoración de 1 a 5.

Posee una escala total negativa con seis subescalas: Respuesta afectiva, Problemas sociales, Autoestima, Preocupación por la muerte, Sentimiento de culpabilidad, Depresivos varios. Y otra positiva con dos subescalas Animo-alegría y Positivos varios.

Las características psicométricas de la CDS son buenas. La fiabilidad obtenida en población anglosajona mediante el alfa de Cronbach es .96 y la correlación test-retest es de .74 con intervalo de dos semanas (Lang y Tisher, 1978). La validez concurrente con el CPQ es de -.33, -.48, .38, .34, -.25 y .46 con

los factores G, H, J, O, Q3 y Q4 respectivamente (Porter y Cattell, 1982). Con el EPQ-J obtiene las correlaciones más altas con el factor neuroticismo, ya que oscilan entre .25 y .64, según escalas (Eysenck y Eysenck, 1978).

En población española los coeficientes de fiabilidad K-R oscilan entre .91 y .69. La fiabilidad test-retest oscila entre .33 y .52, según escalas con distancia de un año entre ambas aplicaciones (Seisdedos, 1986). En la revisión de la prueba de 1994 se ofrece una baremación de un grupo clínico de 8º de EGB que puede resultar muy interesante para la evaluación de la DI en este nivel de edad.

RCDS

La *Reynolds Child Depression Scale* de Reynolds (1989), evalúa la severidad de la DI. Se compone de 30 elementos que se valoran en una escala de 1-4 con puntuaciones directas e inversas, puesto que las cuestiones son de carácter positivo y negativo. Es aplicable a niños entre 9-12 años.

La fiabilidad test-retest de la escala con tres semanas de intervalo es de .85, la consistencia interna .90 y la validez concurrente con el CDI es de .79 (Stark, 1984) y .75 (López, 1985); la validez de criterio es también alta (Reynolds y Graves, 1989). En la muestra americana, la media en los chicos es de 55.72 con una desviación típica de 12.51, y las chicas obtienen una media de 57.18 con una desviación típica de 12.87.

En población española la puntuación media en sintomatología depresiva alcanzada en el RCDS por el total de los sujetos es de 47.25 con una desviación típica de 8.3 (47.06 y 8.8 en varones, 47.46 y 7.9 en mujeres) sin que se evidencien diferencias significativas entre sexos. La consistencia interna de la prueba, obtenida mediante el alfa de Cronbach, es de .79; la validez concurrente con el CDI es de .73 (del Barrio et al., 1995). Este

dato es positivo, comparándolo con los obtenidos con otros instrumentos de evaluación de la DI.

RADS

La *Reynolds Adolescent Depression Scale* (Reynolds, 1987), consta de 30 elementos negativos y positivos que puntúan en una escala de frecuencia de 1 (casi nunca) a 4 (casi siempre) y es aplicable a sujetos de 13-19 años. El punto de corte es 77; por encima de esta puntuación se considera que existe patología. La normalización se presenta en percentiles, es diferente para varones y mujeres y también para los diferentes rangos de edad.

La consistencia interna oscila entre .92 y .96; la fiabilidad test-retest con 6 semanas de intervalo es de .80 y al año .59 (Reynolds, 1987). La validez concurrente con la escala de Hamilton es de .83; .73 con el CDI y .76 con el CES-D (Reynolds, 1987). La consistencia interna oscila entre .92 y .96; la fiabilidad test-retest con 6 semanas de intervalo es de .80 y al año .59 (Reynolds, 1987). La validez concurrente con la escala de Hamilton es de .83, con el CDI .73 y con el CES-D .76 (Reynolds, 1987). La validez criterial parece también adecuada (Adams y Adams, 1991).

En población española la consistencia interna de la prueba, obtenida mediante el alfa de Cronbach, es de .81 (del Barrio et al., 1994c) superior a la obtenida en el RCDS y similar a la que se encuentra en otras investigaciones. La fiabilidad test-retest obtenida es de .78 con un intervalo de una semana. En este caso el nivel de fiabilidad es más bajo que el obtenido con el RCDS que apunta a una mayor inestabilidad de la situación emocional de los sujetos adolescentes. La validez concurrente con el CDI es de .79 (Del Barrio et al., 1994b).

CES-DC

La *Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Childrens* (Weissman, Orvaschel y Panadian, 1980) es la adaptación infantil del CES-D (Radloff, 1977). Consta de 20 elementos 16 negativos y 4 positivos que se valoran en una escala de Likert de 0-3 y se aplica a niños entre 6 y 17 años. Su validez y fiabilidad es buena en adolescentes, pero muy precaria en niños pequeños (Faulstich et al., 1986); en adolescentes se encuentran mejores características psicométricas: el alfa de Cronbach es .87 y la fiabilidad test retest -con intervalo de 1 mes- oscila entre .50 y .19. (Roberts et al., 1990). La validez convergente con el CDI es de .44 (Kovacs et al., 1977). El punto de corte se ha estimado en 15 o 21 (Faulstich et al., 1986)

Existe una adaptación hispanoamericana de esta prueba para niños CES-DC (Aguilar y Berganza, 1990) y otra para madres CES-DC-M (Aguilar y Berganza, 1993). La fiabilidad test-retest oscila entre .64 y .84 en función de distintos sexo y clase social. La validez de constructo es de .61 (Aguilar et al., 1996).

ESMD

Es una escala para la evaluación de la depresión infantil a través de los maestros (Domènech y Polaino, 1990). Consta de 16 elementos que puntúan en una escala de 0 a 2 y es aplicable a niños entre 8-15 años. La fiabilidad de la prueba obtenida mediante el alfa de Cronbach es de .88 (Domènech y Polaino, 1990). La validez concurrente con el CDI y con el factor D del CBCL es aceptable (del Barrio y Mestre, 1989; Domènech y Polaino, 1990; Mestre et al. 1993). El punto de corte se ha estimado entre 12 y 13 puntos para niños con edades entre 8 y 11 años (García Villamizar y Ezpeleta, 1990), y en 14 para adolescentes (Mestre, 1992)

PNID

El *Peer Nomination Inventory* (Lefkowitz y Tesiny, 1981) es un instrumento de evaluación de la depresión por medio de la denominación por compañeros. Lo componen 13 elementos y consta de tres escalas: Popularidad, Felicidad y Depresión. Los niños que componen un aula contestan a unas preguntas sobre cierto tipo de conductas más frecuentes en sus compañeros. Los niños contestan con los nombres de los compañeros (con excepción del propio) que más frecuentemente presenta esta conducta. La evaluación se hace dividiendo el número de denominaciones por el número de sujetos que constituye la clase (N-1). Hay una puntuación por elemento y por escala. Este instrumento ha sido muy poco utilizado y los datos sobre su validez y fiabilidad en población anglosajona provienen casi exclusivamente de sus autores que garantizan que son adecuadas.

Ha sido adaptado a población española por Polaino y Domènech (1990). La fiabilidad en población española es de .80 medida mediante el alfa de Cronbach (Ezpeleta et al. 1988). La validez concurrente con el CDI es de .15; también se ha encontrado que puede discriminar entre deprimidos y normales, pero no entre distintos grados de depresión. (Polaino y Domènech, 1990).

EED

Elaborada para población infantil y adolescente española existe la *Escala de Evaluación de la Depresión* (del Barrio et al., 1993). Consta de 39 elementos que se contestan en una escala de 0-3; posee tres escalas: Total, Depresión y Felicidad. Se puede aplicar a niños y adolescentes entre 10 y 17 años. La fiabilidad de la escala obtenida mediante el alfa de Cronbach es de .78 a .89 según escalas, y mediante test-retest con intervalo de 3 semanas oscila entre .57 y .87 también según escalas y niveles de edad. La validez criterial y de constructo es adecuada según sus autores

(del Barrio et al., 1993). Otras investigaciones muestran que las características psicométricas de esta prueba son adecuadas y logra una mayor concordancia entre las fuentes adultas que otras (del Barrio et al. 1994b)

En los últimos instrumentos que acaban de ser expuestos aquí se percibe un intento de simplificación: evitan una gradación en la formulación de elementos del CDI y son más cortos que el CDS. Estas ventajas se encuentran en el RCDS, el RADS y en la EED.

Existe un instrumento, actualmente en preparación en castellano (Moreno y Domènech, en prensa), que puede ser usado fácilmente por su carácter fundamentalmente pictórico y no verbal; se trata del *Preschool Symptoms Self-Report* (PRESS) (Martini, 1987; Martini et al., 1990) que consta de 25 elementos. Estos se presentan en dos formulaciones, una positiva y otra negativa, como pies verbales (sólo para padres y maestros) de dos escenas que presentan visualmente el contenido del elemento. Tiene dos formas, una en la que el sujeto protagonista es un niño y otra una niña. Se puede aplicar a niños, padres y maestros y se evalúa en una escala de 0 a 1. La forma de aplicación a niños no tiene pie verbal y el niño sólo tiene que señalar la escena con la que se siente identificado. El rango de edad de aplicación es 3 a 6 años. La fiabilidad test-retest es adecuada según sus autores, pero la concordancia entre niños y adultos es baja (Martini et al., 1990).

Técnicas proyectivas

Cytryn y McKnew, pioneros en la investigación sobre DI, iniciaron su evaluación con técnicas proyectivas, utilizaron los dos instrumentos más conocidos: el Rorschach y el TAT. Aunque estas técnicas no han sido mayoritariamente aceptadas, siempre han sido utilizadas entre los terapeutas de orientación psicoanalítica, pero también se ha criticado

duramente su validez y fiabilidad (Gittleman, 1980).

En los últimos tiempos se ha incrementado el uso de técnicas proyectivas para la evaluación de las emociones y este fenómeno ha ocurrido también en el mundo de la DI (Joiner y Barnett, 1994). El test de Rorschach sigue siendo la técnica más empleada, especialmente a través del índice de depresión configurado por Exner que ha sido utilizado con éxito en niños (Spigelman y Spigelman, 1991). Y se ha trabajado en la misma dirección y con éxito en población hispanoamericana (Passalacqua, 1995).

Se ha usado también el *Diagnostic Drawing Series* (DDS) (Cohen, 1986) en el que se percibe consistentemente que los niños y adolescentes deprimidos usan menos papel, menos color, más sombras y menos personas en sus dibujos que los sujetos no deprimidos (Gulbro y Schimmel, 1991).

Evaluación de la ansiedad infantil

La ansiedad es la emoción básica que da lugar a la aparición de un variado tipo de trastornos (miedos, fobias, obsesiones, etc). Se distingue entre ansiedad-rasgo que tiene un carácter estable y permanente, frente a la ansiedad-estado de carácter transitorio y reactivo. Se considera que la ansiedad rasgo produce una mayor proclividad a que el sujeto desarrolle unos niveles patológicos de ansiedad en las diferentes situaciones estresantes. Sin embargo, la ansiedad estado, cuando no se acompaña de ansiedad rasgo, puede estar indicando una respuesta defensiva de la persona frente a una situación que le represente una amenaza real o imaginaria. La modalidad de ansiedad más frecuente en los niños son los miedos que en los más pequeños serían normales y son considerados como reacciones innatas frente a situaciones que representan un peligro real o percibido por el niño.

Cuando las respuestas de ansiedad desaparece a través de la confianza y seguridad que los adultos transmiten al niño, o simplemente por el el paso del tiempo, nos hallamos frente a respuestas de ansiedad adaptativas, que forman parte de un desarrollo emocional completamente normal en la infancia. Por el contrario, cuando los miedos son persistentes y las respuestas de ansiedad no pueden ser controladas por parte del niño, pueden convertirse en fobias, u otras alteraciones ansiosas con valor desadaptativo.

El estudio de la ansiedad en la infancia se inicia, como en la mayoría de los trastornos infantiles, a partir del conocimiento de la ansiedad adulta. Los resultados de algunos trabajos indican que no existe una relación directa entre los trastornos de ansiedad en la infancia y en la madurez (Chambless y Goldstein, 1981; Liebowitz y Klein, 1979). Sin embargo, en otros estudios se ha constatado que muchos de los trastornos de ansiedad que padecen los adultos, tienen su origen en la infancia (Last y Klein, 1989). Recientemente, Echeburúa (1993), apunta que la ansiedad de separación puede ser predictor en la vida adulta de ansiedad excesiva, agorafobia, trastorno de pánico y depresión. En realidad, el estudio de la ansiedad infantil se inicia a partir de los años 80, por lo que todavía no se han obtenido los suficientes resultados, sobretodo, si tenemos en cuenta que para comprobar la continuidad de la sintomatología ansiosa en el desarrollo humano, sería necesaria la realización de estudios longitudinales, que permitirían comprobar su permanencia y comorbilidad con otras alteraciones emocionales.

Criterios diagnósticos

Los principales trastornos producidos por la elevación de los niveles de ansiedad en la infancia eran según el DSM-III (APA,1980) y DSM-III-R (APA,1987): el Trastorno por angustia de separación, Trastorno por evita-

ción y Trastorno por ansiedad excesiva. La cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV, APA, 1994), ha supuesto importantes cambios conceptuales. En primer lugar, ha desaparecido el apartado destinado a los "Trastornos por Ansiedad de la Infancia o la Adolescencia" (DSM-III, DSM-III-R), por lo que sin distinción de edad o momento evolutivo, se debe consultar el apartado genérico "Trastornos de Ansiedad".

El "Trastorno por angustia de separación" que se hallaba clasificado en el DSM-III y DSM-III-R, dentro de los "Trastornos por Ansiedad de la Infancia o la Adolescencia", pasa a formar parte del subapartado "Otros trastornos en la infancia, la niñez o la adolescencia", bajo el rótulo "Ansiedad por separación". Los otros dos trastornos clasificados en el apartado destinado a las alteraciones de ansiedad infantiles en el DSM-III y DSM-III-R, "Trastorno de evitación" y "Trastorno por ansiedad excesiva", han sido absorbidos por la "Fobia social" y el "Trastorno de Ansiedad Generalizada" respectivamente. Un estudio comparativo del DSM-III, DSM-III-R Y DSM-IV, respecto de las modificaciones que han sufrido los criterios diagnósticos de estos trastornos puede encontrarse en Moreno, López y Roa (1995).

Los cambios realizados en el DSM-IV coinciden en dos aspectos concretos con la propuesta de Echeburúa (1993). En primer lugar, este autor realizó una clasificación de los Trastornos de ansiedad infantil de forma más amplia que el DSM-III y DSM-III-R. El DSM-IV ha incluido todos los trastornos de ansiedad en una sola categoría general. En segundo lugar, Echeburúa, agrupa los Trastornos de ansiedad infantiles en "Trastornos Fóbicos" (fobias específicas, fobia escolar y trastorno de evitación), "Trastornos de ansiedad sin evitación fóbica" (ansiedad de separación y ansiedad excesiva) y "Otros trastornos de ansiedad" (trastorno obsesivo-compulsivo,

trastorno mixto de ansiedad y depresión). En el DSM-IV el Trastorno de evitación puede diagnosticarse a partir de los criterios de "Fobia social", lo que confirma que se trata de un trastorno fóbico, y además, el DSM-IV, permite diagnosticar cualquier tipo de fobia infantil (específica, escolar, etc.), que no contemplaba el DSM-III y DSM-III-R.

Técnicas de valoración de la ansiedad infantil

En la evaluación psicológica infantil, como ya se ha dicho, es importante realizar una evaluación multicomponente (Silva, 1995), es decir, utilizar distintos informantes (padres, maestros, compañeros, etc.), distintos instrumentos de evaluación (entrevistas, escalas, observación directa, etc.), y elegir distintas variables a evaluar (biológicas, cognitivas, interpersonales, etc). Echeburúa (1993) considera que "las entrevistas estructuradas, los registros psicofisiológicos (sobretudo, en el caso de los trastornos de ansiedad, la tasa cardíaca y la respuesta electrodermal) y, en cierto modo, las técnicas de observación sistemática tienen un cierto interés en la investigación, pero no son de utilidad práctica en la clínica cotidiana"

También es de suma importancia, conocer el curso de los distintos trastornos de ansiedad infantiles. Por ejemplo, en el caso de los miedos, debe conocerse cuales y en qué momento evolutivo aparecen y desaparecen, por lo que resulta indispensable conocer la edad y el desarrollo evolutivo que ha sufrido el niño desde su nacimiento, con el fin de determinar si la conducta del niño se encuentra dentro de los límites de normalidad o no. Por ejemplo la dependencia del niño del adulto, disminuye con la edad, por lo que la ansiedad de separación en un niño de un año no representa patología, mientras si lo puede ser para un niño de edad preescolar.

Como vemos, en la evaluación de la ansiedad infantil, es importante que el evaluador posea buenos conocimientos de los aspectos evolutivos (edad, sexo), sociodemográficos (clase social, patología parental, etc.), criterios diagnósticos (inicio, duración, frecuencia, intensidad, etc), así como también deberá conocer las principales características del desorden en la infancia (signos de alarma, factores de riesgo, factores personales, ambientales, interaccionales, etc). La evaluación multicomponente, a pesar de que permite obtener información de la mayoría de las variables anteriormente indicadas, no está carente de dificultades, como se ha tratado anteriormente.

En primer lugar, la evaluación de los trastornos de ansiedad en edades escolares y en la adolescencia, también presenta problemas de concordancia entre fuentes. Determinados autores han encontrado que el acuerdo es mayor entre los padres y niños entre 6-11 años, frente a los de 12-19 (Achenbach et al. 1987). Por el contrario, otros autores perciben mayores niveles de concordancia de padres y niños de edades comprendidas entre los 14-18 años, frente a los de 6-9 años (Klein, 1991). Una posible explicación es que los padres y maestros, suelen conocer en general, mucho mejor las conductas externalizadas de los niños, es decir las manifiestas u observables, que las internalizadas o pertenecientes a su mundo interior. No está claro que la falta de concordancia entre fuentes deba tomarse como un aspecto distorsionador de la evaluación de los trastornos de ansiedad en la infancia. Por el momento, "no se dispone de criterios que permitan determinar qué información es la mejor" (Bragado, 1994), por lo que no se debe desestimar ninguna de las fuentes de información, ni tampoco tomar los datos como contradictorios, sino como complementarios.

En segundo lugar, los niños cuanto más pequeños, más difícil resulta evaluar sus emo-

ciones. Para evitar el uso de autoinformes leídos, se utilizan instrumentos con soporte pictórico, que permiten al niño identificarse o no, con determinadas situaciones ansiógenas. Por ejemplo, en el ámbito médico-pediátrico se usa para informar del dolor, la ansiedad o malestar ante intervenciones quirúrgicas, o médicas en los procesos de cáncer, quemaduras, etc, el *Face Scales for the Assessment of Pediatric Pain* (Kuttner y Lepage, 1989). Se trata de que el niño pueda identificar su propio estado de ansiedad a través de la selección de dibujos de caras, que manifiestan distintos niveles de reactividad emocional. A pesar de que no se dispone todavía de información acerca de los resultados que pueden obtenerse con la aplicación de este tipo de instrumentos, sin embargo, parecen ser una buena alternativa para evaluar trastornos de interiorización en edades preescolares.

Instrumentos de evaluación de la ansiedad infantil

Los diferentes trastornos de ansiedad en la infancia poseen como denominador común, un elevado nivel de ansiedad, bien sea debido a la separación del niño de las personas a las que está vinculado (Trastorno por angustia de separación", la evitación excesiva del niño ante personas desconocidas (Fobia social), o a la preocupación excesiva frente a diversas situaciones (Trastorno por ansiedad generalizada). La evaluación de la ansiedad infantil puede hacerse, bien de una forma genérica, bien mediante evaluaciones específicas de estos diferentes tipos de trastornos que genera la ansiedad (Mash y Terdal, 1988). El objetivo del presente trabajo es recopilar los instrumentos de evaluación genéricos de la ansiedad infantil, que pueden servir en la primera fase del proceso de evaluación de cualquiera de los trastornos anteriormente citados.

La ansiedad infantil se puede evaluar con muy diferentes instrumentos, pero los más

numerosos y utilizados son los autoinformes, las entrevistas y listados de conductas estructuradas para padres y maestros. A pesar de que los cuestionarios carecen de la especificidad situacional y de respuesta necesaria, son los instrumentos de evaluación más utilizados en la práctica clínica para determinar la intensidad de los síntomas y para cuantificar los efectos de los programas de intervención. La aplicación de los cuestionarios debe completarse con la utilización de las entrevistas con los niños, con los padres y los maestros (Echeburúa, 1993). Un resumen de las más relevantes puede encontrarse en Maganto (1993).

Los principales instrumentos de evaluación de la ansiedad infantil se encuentran ordenados cronológicamente, a partir del año en que apareció la primera versión de cada una de las escalas (ver Tabla 3).

CMAS

La *Children's Manifest Anxiety Scale* (Castañeda, McCandless, y Palermo, 1956), es un autoinforme adaptado a partir de la escala de ansiedad de Taylor (MAS) para adultos, mide ansiedad rasgo y es aplicable a niños entre 10 y 12 años. Consta de 42 elementos (en la versión original 53 items) que se contestan con verdadero/falso. Es la primera escala que apareció y que sirvió de base para la confección de todas las posteriores y permite detectar la tendencia a experimentar ansiedad habitualmente. Constituye más una medida de la ansiedad-rasgo que de la ansiedad-estado y es, por ello, más limitada si se quiere utilizar para una valoración repetida.

GASC

El autoinforme *General Anxiety Scale for Children* (Sarason, Davidson, Lighthall, Waite, y Ruebush, 1960), evalúa la ansiedad estado. Consta de 45 items que requieren que el niño informe sobre el grado en que siente ansiedad o preocupación ante distintas situaciones. Las respuestas se puntúan de 1-4 puntos dependiendo de si la respuesta es: (0) nunca, (1) casi nunca, (2) algunas veces (3) a menudo.

STAIC

El *Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo en Niños* de Spielberger, Edwards, Montuori, y Platzeck, (1973), es un autoinforme aplicable entre los 9 y 15 años edad, que puede aplicarse individual y colectivamente. Se trata de una adaptación del STAI de adultos a la problemática infantil. Este inventario fue diseñado originalmente para medir una dimensión estable de personalidad (la ansiedad como rasgo o la tendencia a la ansiedad, A-R), sin embargo, se incluyó una escala de ansiedad estado (A-E), que permite detectar las conductas de ansiedad en una situación determinada. Cada dimensión se evalúa a través de 20 elementos (10 formulados positivamente y 10 negativamente). Los items son valorados de 1 a 3. La puntuación media de la ansiedad estado es variable según el nivel de edad y el sexo, pero los valores medios se mueven en torno a 31 puntos para la ansiedad estado y 35.5 para la ansiedad rasgo.

Tabla 3. Instrumentos de evaluación de la ansiedad infantil

Instrumento	Sigla	Autor	Año	Tipo Instrum.	Destin.	Rango Edad
Children's Manifest Anxiety Scale	CMAS	Castañeda, A., McCandless, M.S. y Palermo, D.S. Sosa y col. (revisión)	1956 1990	Autoinf.	Niño	10-12
General Anxiety Scale for Children	GASC	Sarason, S.B., Davidson, K.S., Lighthall, F.F., Waite, R.R. y Ruebush, B.K.	1960	Autoinf.	Niño	
Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo en Niños (State-Trait Anxiety Inventory for Children)	STAIC	Spielberger, C.D., Edwards, C.D., Montuori, J. y Platzek, D. Adaptación española: TEA Ediciones, S.A.	1973, 1988, 1990	Autoinf.	Niño	9-15
Cuestionario de Personalidad para Niños (Eysenk Personality Questionnaire-Junior)	EPQ-J	Eysenck, H.J. y Eysenck, S.B.G. Adaptación española: TEA Ediciones, S.A.	1975, 1978	Autoinf.	Niño	8-15
Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado para Niños	IDAREN	Baumeister, J.J., Villamil, B. y Spielberger, C.D.	1976	Autoinf.	Niño	
Revised Children's Manifest Anxiety Scale	RCMAS	Reynolds, C.R. y Richmond, B.O.	1978	Autoinf.	Niño	6-19
Cuestionario de Ansiedad Infantil (Children Anxiety Scale)	CAS	Gillis, J.S. Adaptación española: Gómez, D.E. y Pulido, M.T. (TEA Ediciones, S.A.)	1980, 1989	Autoinf.	Niño	6-8
Escala Revisada de Ansiedad Manifiesta para Niños	ERAMN	Sosa, C.D.	1990	Autoinf.	Niño	6-19
Escala de Ansiedad Infantil	AI	Sosa, C.D., Capafons, J.I., Flores, P., Navarro, A.M. y Silva, F. (Forma parte del EPIJ (Evaluación de la Personalidad Infantil y Juvenil Volumen III, de Silva, F. y Martorell, 1993, Madrid: MEPSA)	1993	Autoinf.	Niño	10-16

Se le pregunta al sujeto cómo se siente habitualmente en el caso de la ansiedad rasgo y cómo se siente en el momento presente en la ansiedad estado. Los elementos tienen una formulación parecida. La fiabilidad test-retest es relativamente baja y la obtenida mediante la fórmula Kuder-Richardson es, en A-E .82 para varones y .87 para mujeres; en A-R es de .78 y .81 respectivamente. La validez concurrente con el "*Children Manifest Anxiety Scale*" (CMAS) de Castañeda es de .75 y de .63 con el "*General Anxiety Scale for Children*" de Sarason. La versión española de la prueba presenta unos baremos para 4º y 5º de EGB y de 7º de EGB a 3º de BUP; los niveles de fiabilidad por correlación de ítems pares e impares de .89 en el caso de A-E y .85 en el caso de A-R (TEA, 1990).

EPQ-J

El *Cuestionario de Personalidad para Niños* ((Eysenck Personality Questionnaire-Junior) (Eysenck y Eysenck, 1975; TEA 1978), es un autoinforme para niños de 8 a 15 años de edad, de administración Individual y colectiva. Se trata de un cuestionario general de personalidad que parte de la teoría de la personalidad de Eysenck y que tiene por objetivo medir tres dimensiones básicas de personalidad: Inestabilidad emocional (neuroticismo), Extraversión, Dureza (psicoticismo) y una tendencia a la Conducta Antisocial. Incluye una escala adicional de sinceridad. Contiene un total de 81 elementos en forma de preguntas, cuya respuesta es dicotómica (SI/NO). Se trata de un instrumento con muy buenas cualidades psicométricas (a excepción del factor dureza). La dimensión inestabilidad emocional está relacionada con la ansiedad. No obstante, la conceptualización de ésta como un rasgo de personalidad estable impide la utilización de este cuestionario en forma de medidas repetidas, por ejemplo, para evaluar

el cambio tras la aplicación de un programa terapéutico (Echeburúa, 1993).

IDAREN

El *Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado para Niños* (Bauermeister, Villamil y Spielberg, 1976), consta de 40 elementos, 20 de ansiedad estado y 20 de ansiedad rasgo. Cada ítem de la escala de ansiedad estado se enuncia con tres frases en orden de intensidad decreciente. Sin embargo, en la escala de ansiedad rasgo cada ítem se valora en una escala de tres puntos en función de la frecuencia (ej: "Me sudan las manos...muy a menudo... a menudo... a veces). El alfa de Cronbach es de .80 y .83 para las escalas de estado y rasgo respectivamente. La validez concurrente con el STAIC es de 0.63 (Gómez y Spielberg, 1990)

RCMAS

El *Revised Children's Manifest Anxiety Scale*, de Reynolds y Richmon (1978), es un autoinforme que se aplica a niños entre los 6 y 19 años de edad. El origen de este instrumento es la adaptación del *State-Trait Anxiety Inventory for Children* (S.T.A.I.C.) de Spielberg (1973). Se trata de una revisión de la "*Manifest Anxiety Scale*" (Castañeda, McCandless y Palermo, 1956), en la que se añade una escala de sinceridad y se reduce a 37 elementos que se contestan dicotómicamente (si/no). Esta escala se denomina también "Cómo Pienso y Siento" tiene 3 factores: ansiedad fisiológica, hiperasensibilidad y miedo/concentración, además de la escala añadida de sinceridad. La escala está indicada para niños con un nivel lector de EGB pero puede ser aplicada a niños menores o con dificultades lectoras si es leída por el evaluador. Las características psicométricas de esta escala revisada son similares a la original, los niveles de fiabilidad son adecuados y la validez concurrente obtenida con la STAIC de

Spielberger es alta en lo que se refiere a la ansiedad rasgo, pero no en el caso de la ansiedad estado (Reynolds, 1980). La consistencia interna es de .71 (Dong y col, 1994).

CAS

El *Cuestionario de Ansiedad Infantil* (*Children Anxiety Scale*) (Gillis, 1980) es aplicable a niños entre los 6 y 8 años de edad, tanto individual como colectivamente. Se trata de un autoinforme de ansiedad derivado del *Early School Personality Questionnaire* (ESPQ) de Cattell, en el que se halla una escala de Ansiedad como factor de segundo orden. Consta de 20 elementos, que se responden en una hoja con dibujos, con dos opciones (sí: redondeado; no: cuadrado), semejante a la utilizada en el ESPQ. El interés de esta prueba reside en que permite apreciar el nivel de ansiedad en los primeros años de infancia y al mismo tiempo sirve para elaborar un diagnóstico precoz de la ansiedad infantil previendo los trastornos emocionales y de conducta en la adolescencia. La enunciación de la pregunta se realiza de viva voz por el aplicador. La fiabilidad test-retest es de .81, la consistencia interna es de .73 (Gillis, 1980). El CAS es un instrumento muy adecuado para controlar o evaluar cada cierto tiempo y, de manera sistemática, la evolución de la ansiedad presentada por los niños en un determinado momento. La adaptación española de este instrumento está realizada por Gómez y Pulido (TEA Ediciones, 1989).

ERAMN

La *Escala Revisada de Ansiedad Manifiesta para Niños* (Sosa, 1990), es un tipo de autoinforme aplicable a niños entre 6 y 19 años de edad. Es una adaptación española de la RCMAS. Su contenido es igual al RCMAS pero excluyendo la escala de sinceridad. Consta de 28 ítems que se contestan con SI/NO. El contenido de los elementos es el

mismo que el RCMAS. Su fiabilidad, mediante el coeficiente alfa de Cronbach es de .82. La validez de constructo mediante correlaciones con variables como Neuroticismo, Depresión, Locus de Control es moderadamente alta según sus autores.

AI

La *Escala de Ansiedad Infantil* (Sosa, Capafons, Flores, Navarro, y Silva, 1993), forma parte del EPIJ (Evaluación de la Personalidad Infantil y Juvenil - Volumen III, de Silva, y Martorell, 1993, Madrid: MEPSA). Se administra individual o colectivamente a niños entre los 10 y 16 años de edad. Se trata de una adaptación española de la RCMAS (*Revised Children's Manifest Anxiety Scale*) de Reynolds y Richmond, 1978). Contiene un total de 28 elementos redactados en forma de afirmaciones. El tipo de respuesta es dicotómica (SI/NO)

Conclusiones

A partir de la información aquí presentada hoy se puede afirmar que la evaluación de las emociones infantiles especialmente la DI y la ansiedad tiene una posición óptima en comparación con cualquier otro constructo por la riqueza y variedad de las técnicas evaluativas de las que podemos disponer.

Los escollos más relevantes se refieren a la inmadurez cognitiva de los sujetos evaluados. Esto impone la necesidad de recurrir a estrategias tales como: pluralidad de informantes, observación de conducta y mediciones objetivas, pero todas ellas a su vez introducen sus propia problemática como la concordancia de informantes, la dificultad de observación de la conducta interiorizada y el establecimiento de una línea base de normalidad de las técnicas objetivas.

En líneas generales se advierte que el niño mismo, a pesar de su inmadurez, es el mejor informante de sus emociones (Kazdin et al.,

1983). Sin embargo ningún experto recomienda este método en solitario y sigue siendo necesario recurrir a otras fuentes. Queda por tanto en pie y abierto el problema de su concordancia.

Se ha abierto una polémica acerca de la investigación en depresión y el incumplimiento de las reglas básicas establecidas (Kendal et al., 1987). Muchas de las críticas de estos autores se focalizan en el proceso de evaluación y aunque se refieren principalmente a la evaluación adulta pueden aplicarse también a la infantil e incluso hacerlas extensibles a la evaluación de otro tipo de emociones. Para evitar los problemas se recomienda especialmente: 1-la necesidad de hacer tomas repetidas de datos, 2-utilizar diferentes métodos de evaluación, 3-cuidar la determinación de los puntos de corte que permiten clasificar a los sujetos en distintos niveles de depresión.

Más recientemente Tennen y colaboradores (1995) hacen suyas estas mismas recomendaciones. que también se aplican a la evaluación de la DI (Kendal et al., 1989).

Si consideramos el estudio de la ansiedad infantil en su conjunto advertimos que es un fenómeno complejo que aparece en muchas ocasiones a la base de otras alteraciones del estado de ánimo, por lo que la ansiedad y la depresión pueden estar estrechamente relacionadas. Mientras la depresión aparece como más delimitada en cuanto a una clara y determinada sintomatología, no ocurre lo mismo

con los trastornos de ansiedad, que aparecen menos diferenciados en la infancia. Son muy variadas las alteraciones de ansiedad que se pueden padecer en la infancia, y el fenómeno evolutivo tiene una fuerte importancia, ya que, como ya hemos indicado anteriormente, determinados miedos, rituales o incluso terrores, como los nocturnos, pueden ser aspectos que forman parte del desarrollo normal de cualquier niño. La línea divisoria entre la normalidad y la patología debe esclarecerse todavía más, y ello sólo podrá ser posible en la medida que observemos lo más de cerca posible, a los niños, y cuidemos la calidad de la instrumentación a usar.

Quizás uno de las más notorias deficiencias en la evaluación de las emociones infantiles es el elemento situacional en los niños, resulta imprescindible evaluar el entorno en el que están inmersos puesto que su reactividad y porosidad es más fuerte que en el mundo adulto.

En definitiva, la ansiedad como la depresión requieren de la evaluación multicomponente que debe recurrir a una variada recolección de datos tanto en lo que se refiere a circunstancias, informantes e instrumentos. De esta forma podremos conocer la repercusión en la vida del niño, de todos los elementos confluyentes al complejo fenómeno de sus emociones y establecer una evaluación precisa que permita a la vez, el conocimiento exacto de la situación y la intervención adecuada.

Referencias bibliográficas

- Aas, D. (1975). Observing environmental behavior: The behavior setting. En W. Michelson (Ed.). *Behavioral Research Methods in Environmental Design*. Stroudsburg PA: Dowden, Hutchinson y Ross.
- Achenbach, T.M., y Edelbrock, C.S. (1978). The Child Behavior Profile: An empirically based system for assessing children's behavioral problems and competencies. *International Journal of Mental Health*, 7, 24-42.
- Achenbach, T.M., McConaughy, S.H., y Howell, C.T. (1987). Child/Adolescent Behavioral and Emotional Problems: Implications of Cross-Informant Correlations for Situational Specificity. *Psychological Bulletin*, 101, 213-232.

- Adams, M y Adams, J. (1991). Life events, depression and perceived problems solving alternatives in adolescents. *Journal of Child Psychiatry*, 32, 881-820.
- Aguilar, G. y Berganza, C.E. (1990). Validación de la Escala de Depresión para Niños y Adolescentes del Centro de Estudios epidemiológicos (CES-DC-M) en el diagnóstico de niños guatemaltecos. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 11, 59-63.
- Aguilar, G. y Berganza, C.E. (1993). Confiabilidad test-retest de la Escala de Depresión para Niños y Adolescentes del Centro de Estudios epidemiológicos (CES-DC-M) en el diagnóstico de niños guatemaltecos. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 11, 59-63.
- Aguilar, G., de Eduardo, H. y Berganza, C.E. (1996). Autoestima y depresión en adolescentes guatemaltecos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 28, 341-366.
- American Psychiatric Association (APA) (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III). Washington, D.C.: APA.
- American Psychiatric Association (APA) (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, revised (DSM-III-R). Washington, D.C.: APA.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV). Washington, D.C.: APA.
- Bauermeister, J.J., Villamil, B. y Spielberger, C.D. (1976). *Development and Validation of the Spanish Form of the State-Trait Anxiety Inventory for Children*. En R. Diaz-Guerrero (dir.). *Cross-Cultural Anxiety* (vol. I). Washington: Hemisphere.
- Birleson, P. (1981). The validity of depressive disorder in childhood and development of a self-rating scale: a research report. *Journal of Child Psychiatry*, 22, 73-78.
- Blurton Jones, N. (1972) *Ethological studies of child behaviour*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bragado, C. (1994). *Terapia de conducta en la infancia: Trastornos de ansiedad*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Bragado, C., Crespo, M., y Solano, C. (1991). Factores de riesgo en los Trastornos de Ansiedad Infantiles. Comunicación pre-sentada al *II Congreso Internacional de Asociaciones de Terapia y Modificación de Conducta de Países de Lenguas Latinas*. Sitges (Barcelona), Mayo, 1991.
- Brandy, E. y Kendall, Ph. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescent. *Psychological Bulletin*, 111, 244-255.
- Carlson, G. A. y Cantwell, P.D. (1980) Unmasking masked depression in children: A reassessment. *American Journal of Psychiatry*, 137, 445-449.
- Castañeda, A., McCandless, M.S., y Palermo, D.S. (1956). The children's form of Manifest Anxiety Scale. *Child Development*, 27,317-326.
- Cavallo, A., Holt, K., Hejazi, M.S. et al. (1987). Melatonin circadian rhythm in childhood depression. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 395-399.
- Chambless, D.L. y Goldstein, A.J. (1981). Clinical treatment of agoraphobia. En Mavissakalian, M. y Barlow, D.H. (Eds.). *Phobia: psychological and pharmacological treatment*. New York: Guilford.
- Chartier, G. M. y Larsen, M.K. (1994). Adolescent depression: CDI norms, suicidal ideation and (weak) gender effects. *Adolescence*, 29, 859-864.
- Cohen, B. *Diagnostic Drawing Series* (DDS)(1986). Manuscrito no publicado.
- Cole, D.A. y Carpentieri, S. (1990) Social status and the comorbidity of child depression and conduct disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58. 748-757.
- Costello, C.G. (1993). *Diagnosing symptoms of depression*. New York: Wiley.
- Darwin, C (1872). *The expression of emotions in man and animals*. Londres: Murray.
- Del Barrio, V. (1990). Situación actual de la evaluación de la depresión infantil. *Evaluación Psicológica/Psychological Assessment*, 6, 171-210.
- Del Barrio, V. (1993). The Children's Depression Inventory (CDI) 15 Years Later. *European Journal of Psychological Assessment*, 9, 51-53.
- Del Barrio, V. Mestre, V. Frias, D. Moreno, C. y Pons, G. (1994a). *Children's anxiety and depression relationship*. Actas del 23rd. Congress of Applied Psychology. pg. 134
- Del Barrio, V., y Mestre, V. (1989). *Epidemiología de la Depresión Infantil*. Valencia: Conselleria de Sanitat i Consum.
- Del Barrio, V., Colodrón, D., de Pablo, C. y Roa, L. (1994a). *Reynolds Adolescents Depression Scale: propiedades psicométricas y concordancia de fuentes en población española*. IV Congreso de Evaluación Psicológica. Santiago de Compostela.
- Del Barrio, V., Colodrón, D., de Pablo, C. y Roa, L. (1995). *Reynolds Children Depression Scale: In a Spanish sample*. IV European Congress of Psychology. pg. 496.
- Del Barrio, V., Moreno, C., López, R. y Olmedo, M. (en prensa). *CDI Inventario de depresión infantil. Manual*.

- Del Barrio V., Olmedo, M. y Redondo, M. (1994b). *CDI y EED: validez, fiabilidad y concordancia de fuentes*. IV Congreso de Evaluación Psicológica, Santiago de Compostela.
- Del Barrio, V., Silva F., Conesa-Pareja, C.D., Martorell, M.C., y Navarro, A. M. (1993). Escala de Evaluación de la Depresión (EED). En F.Silva y M.C. Martorell. *Evaluación de la Personalidad Infantil y Juvenil (EPIJ)*.
- Domènech, E. y Moreno, C. *General Rating of Affective Symptoms (GRASP)*. Versión en castellano (manuscrito no publicado). Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Domènech, E., y Polaino, A. (1990). *Epidemiología de la depresión infantil*. Barcelona: Ed. Espaxs.
- Domènech, E., y Polaino, A. (1990). La escala ESDM como instrumento adicional en el diagnóstico de la depresión infantil. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 17, 105-113.
- Domènech, E., Subirá, S., Comellas, M.J., Cuxart, E., Mitjavila, M., y Gras, M.E. (1995). Children's Emotional Disturbances in a sample of Adolescents between 13-14 years. *IV European Congress of Psychology*. Atenas.
- Dong, A, Yang, B. y Ollendick, T.H. (1994). Fears in Chinese children and adolescents and their relations to anxiety and depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 351-363.
- Echeburúa, E. (1993). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Eisenberg, N., Fabes, R.A., Murphy, B. Maszk, P. Smith, M. y Karbon, M. (1995). Role of emotionality and regulation in children's social functioning: A longitudinal study. *Child Development*, 66, 1360-1384.
- Ekman, P. y Friesen, W.V. (1978). *Unmasking the face*. Englewood cliffs. New Jersey: Prentice-Hall.
- Emslie, G.J., Rush, A.J. Weimberg, W. A. et al., (1990). Children with major depression show reduced rapid eye movement latencies. *Archives of General Psychiatry*, 47, 119-124.
- Endler, N.S. y Okada, M. (1975). A multidimensional measure of anxiety trait: The SR Inventory of General Trait Anxiousness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 319-329.
- Eysenck, H.J. (1975). The Measurement of emotion: Psychological parameters and Methods. En L. Levi (Ed.). *Emotions. Their Parameters and Measurement*. New York: Raven Press, Publishers.
- Eysenck, H. J. y Eysenck, S.B.G. (1978) *EPQ-J Cuestionario de Personalidad*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Ezpeleta, L. (1990). Entrevistas Estructuradas para la Evaluación de la Psicopatología Infantil. *Evaluación Psicológica*, 6, 33-64.
- Ezpeleta, L., Domènech, E., y Polaino, A. (1988). Escalas de evaluación de la depresión infantil. En A. Polaino-Lorente (Dir.). *Las depresiones infantiles*. Madrid: Ed. Morata, S.A..
- Faulstich, M. E., Carey, M. P., Ruggiero, L., Enyart, P. y Gresham, F. (1986). Assessment of Depression in Childhood and Adolescence: An evaluation of the Center of Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC). *American Journal of Psychiatry*, 143, 1024-1027.
- Frías, D., del Barrio, V., y Mestre, V. (1991). Children's Depression Inventory. *Evaluación Psicológica/Psychological Assessment*, 7, 377-391.
- García Villamizar, D. y Ezpeleta, L. (1990). Instrumentos de evaluación empleados en esta investigación. En E. Domènech y A. Polaino. *Epidemiología de la depresión infantil*. Barcelona: Ed. Espaxs.
- Gillis, J.S. (1980). *Manual for the Child Anxiety Scale*. Champaign, Illinois: IPAT. (Versión española: Cuestionario de Ansiedad Infantil (1989). Madrid: TEA Ediciones, S.A.)
- Gittelman, R. (1980). Role of psychological test for differential diagnosis in child psychiatry. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 19, 413-438.
- Gómez, D. y Pulido, M.T. (1989). *Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS)*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Gómez, D. y Spielberg, C. (1990). Assessment Anxiety in Spanish Elementary School Children. En C. Spielberg et al. (Eds.). *Cross-cultural Anxiety*, vol. IV, Hemisphere Publishing Corporation.
- Gotlib, I.H. (1995). Symptoms versus a diagnosis of depression differences in psychosocial functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 90-100.
- Graziano, A.M. y Mooney, K.C. (1984). *Children and Behavior Therapy*. New York: Aldine.
- Gulbro-Leavitt, C. y Schimmel, B. (1991). Assessing depression children and adolescent using the diagnostic Drawing Series (DDS). *Arts in Psychotherapy*, 18, 353-356.
- Hamilton, M. (1960). A Rating Scale for Depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Harris, P.L., Olthof, T. y Terwogt, M.M. (1981). Children's knowledge of emotion. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, 247-261.
- Haviland, J.M. y Lelwica, M. (1987). The induced affect response: 10 week-old infants' responses to three emotional expressions. *Developmental Psychology*, 23, 97-104.

- Herjanic, B. y Reich, W. (1982). Development of a structured interview for children: Agreement between child and parent on symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 5, 127-134.
- Hodges, K. K. (1990). Depression and anxiety in children: A comparison of self-report questionnaires to clinical interview. *Psychological Assessment*, 2, 376-381.
- Hodges, K.K. y Siegel, L. (1985). Depression in children and adolescents. En E.E. Beckman y W.R. Leber (Eds.) *Handbook of Depression In children and adolescents*. Illinois: Dorsey Press.
- Ines, T.M. y Sacco, W.P. (1993). Factors related to correspondence between teacher ratings of elementary students depression and student self-ratings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 140-142.
- Izard, C.E. y Dougherty, L.M. (1982). Two complementary systems for measuring facial affect. En Izard (Ed.) *Measuring emotions in infants and children* (pp. 97-126) Cambridge: Cambridge University Press.
- Izard, C.E. (1971). *The face of emotions*. New York: Meredith.
- Izard, C.E. (1980). *Affect: A system for identifying affect expression by holistic judgments*. University of Delaware: Autor.
- Joiner, T. E. y Barnett, J. (1994). A test of interpersonal theory of depression in children and adolescents using a projective technique. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 595-609.
- Kashani, J., Dahlmeier, J. M., Borduin, C. M., Soltys, S. y Reid, J.C. (1995). Characteristics of anger expression in depressed children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 322-326.
- Kashani, J., Holcomb, W.R. y Orvaschel, H. (1986). Depression and depressive symptoms in preschool children from general population. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1138-1143.
- Kashani, J., Ray S. J. y Carlson, G. A. (1984). Depression and depressive states in preschool age children in a child development unit. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1397-1402.
- Kazdin, A.E. (1988). The Diagnosis of Childhood Disorders: Assessment Issues and Strategies. *Behavioral Assessment*, 10, 67-94.
- Kazdin, A. (1990). Childhood depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 121-160.
- Kazdin, A., Esveltd-Dawson, K., Unis, A.S. y Rancurello, M.D. (1983). Child and parent evaluation of depression and aggression in psychiatric inpatient children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11, 401-413.
- Kendall, P.C., Hollon, S.D., Beck, A.T., Hammen, C.L. y Ingram, R.E. (1987). Issues and recommendations regarding the use of the Beck Depression Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 289-299.
- Kendall, P.C., Cantwell, D. y Kazdin, A. (1989). Depression in children and adolescents: Assessment Issues and recommendations. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 109-146.
- Klein, R.G. y Last, C.G. (1989). *Anxiety Disorders in Children*. New York: Sage Publications Inc.
- Klein, R.G. (1991). Parent-Child Agreement in Clinical Assessment of Anxiety and Other Psychopathology: a Review. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 187-198.
- Knight, D., Hensley, V.R., y Wathers, B. (1988). Validation of the children's depression scale and the children's depression Inventory in a pubertal sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29, 853-863.
- Kovacs, M. (1982). *Interview Schedule for Children*. Manuscrito no publicado. Pittsburg: University of Pittsburg. Raskin (Drs.). *Depression in childhood, diagnosis, treatment and conceptual models*. New York: Raven Press.
- Kovacs, M. (1983a). *The Children's Depression Inventory. A self-rated depression scale for school-aged youngsters*. Manuscrito no publicado. Pittsburg: University of Pittsburg School of Medicine.
- Kovacs, M. (1983b). *Interview Schedule for Children (ISC): Interrater and parent-child agreement*. Manuscrito no publicado. Pittsburg: University of Pittsburg.
- Kovacs, M. (1985a). The Natural History and Course of Depressive Disorders in Childhood. *Psychiatric Annals*, 15, 387-389.
- Kovacs, M. (1985b). The Children's Depression Inventory. *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 995-998.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory, CDI*. Toronto: Multi-Health Systems, Inc.
- Kovacs, M., Betof, N. G., Celebre, J.E., Manshein, O.A., Petti, L.H. y Raymak J.T., (1977). *Childhood depression: Myth or clinical syndrome?*. Pennsylvania University. Trabajo no publicado.
- Kovacs, M., y Beck A.T. (1977). An empirical-clinical approach toward a definition of childhood depression. En J. G. Schulterbrandt. *Depression in Childhood: diagnosis, treatment and conceptual models*. New York: Raven Press.
- Kratochwill, T.R., Accardi, A. y Morris, R.J. (1988). Anxiety and Phobias: Psychological Therapies. En J.L. Matson (Ed.). *Handbook of Treatment Approaches in Childhood Psychopathology*. New York: Plenum Press.
- Küller, R. (1991). Environmental assessment from a neuropsychy-

- chological perspective. En T. Gärling y G.W. Evans (Eds.). *Environment, cognition and action: An integrating approach*. New York: Oxford University Press.
- Kuttner, L. y Lepage, T. (1989). Face Scales for the Assessment of Pediatric Pain: A Critical Review. *Canard. Journal Behav. Sci.*, 21, 198-209.
- Laike, Th. (1995). Observing the emotional state of healthy children. *Children's Environments*, 12, 328-339.
- Lang, M. y Tisher, M. (1978). *CDS Childrens Depression Scale*. Australia, Victoria: ACER.
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lefkowitz, M. M. y Tesing E. P. (1981). Assessment of childhood depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 43-50.
- Lewis, M. y Michalson, L. (1982). The measurement of emotional state. En C. Izard (Ed.). *Measuring emotions in infants and children*. Cambridge, Mass: Mitt Press.
- Libet, J. y Lewinsohn, P. M. (1973). Concept of social skills with special references to the behavior of depressed persons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 304-312.
- Liebowitz, M.R. y Klein, D.F. (1979). *Assessment and treatment of phobic anxiety*. *Journal of Clinical Psychiatry*, 42, 720-736.
- Ling, W. et al. (1980). Severe childhood headaches as sign of depression. *Journal of Child Disease*, 120, 122-124
- Lopez, N. (1985). *Assessing depressive symptoms using the Child Depression Scale and the Children's Depression Inventory: A cross cultural comparison of children in Puerto Rico and the United States*. Tesis Doctoral. University of Wisconsin-Madison.
- Maganto, C. (1993). Revisión actualizada de los instrumentos de personalidad en niños. En J.M. Zumalabe y C. Maganto (eds.). *Tendencias actuales en el estudio y la evaluación de la personalidad*. San Sebastian: Universidad del País Vasco.
- Martini R., Strayhorn, J. y Puig-Antich, J. (1990). A Symptom Self-report Measure for Preschool Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 594-600.
- Martini, R. (1987). *Preschool Symptoms Self-Report PRESS*. Chicago, Illinois: The Children's Memorial Hospital (manuscrito no publicado)
- Mash, E.J. y Terdal, L.G. (1988). *Behavioral Assessment of Childhood Disorders*. Nueva York: Wiley.
- Mestre, V., García, R., Frías, D. y Moreno, C. (1993). Validación y factorización de la "Escala de sintomatología depresiva para maestros" (ESDM) en población adolescente. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 1, 29-34.
- Mestre, V. (1992). *La depresión en población adolescente valenciana*. Valencia: Conselleria de Sanitat i Consum.
- Miguel Tobal, J.J. y Cano Vindel, A. R. (1986). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)*. Madrid: TEA.
- Moltó, J. (1995). *Psicología de las emociones*. Valencia: Albatros Ediciones.
- Monkros, H.B. y Poznanski, E. O. (1995). Procedimientos normalizados para la evaluación clínica de la depresión. En M. Shafii y S. L. Shafii. *Depresión en niños y adolescentes*. Barcelona: Martínez Roca.
- Moreno, C. y Domènech, E. (1995). Evaluación de la depresión en la edad preescolar En E. Domènech, (Ed.) *Actualizaciones en Psicopatología infantil (0-5 años)*. Barcelona: PPU.
- Moreno, C. y Domènech, E. *Preschool Symptoms Self-Report (PRESS)* Versión en castellano (manuscrito no publicado). Madrid: UNED.
- Moreno, C., López, R. y Roa, L. (1995). Trastornos de Ansiedad en la infancia. *A Distancia, Otoño*, 62-67.
- Nolen-Hoeksema, S. Girgus, J.S. y Seligman, M.E.P. (1992). Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: A 5-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 405-422.
- Öhman, A. y Birbaumer, N. (1993) Psychological and cognitive-clinical perspective of emotion: Introduction and overview. En N. Birbaumer y A. Öhman (Eds.) *The structure of emotion. Psychophysiological, cognitive and clinical aspects*. Seattle: Hogrefe and Huber.
- Ollendick, T.H. y Yule, W. (1990). Depression in British and American Children and its relation to Anxiety and Fear. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 126-129.
- Orvaschel, H. y Kashani, J. (1987). *General Rating of Affective Symptoms (GRASP)*. Florida: Nova University (Manuscrito no publicado).
- Passalacqua, A. (1995). La depresión en adolescentes estudio epidemiológico a través del Rorschach. *Revista Ibero-americana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1, 102-122.
- Petti, T. A. (1978). Depression in hospitalized child psychiatry patients. An approach to measure depression. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17, 49-59.
- Polaino, A y Domènech, E. (1988). *La depresión en niños españoles de 4º de EGB*. Barcelona: Geigy.

- Polaino, A y Domènech, E. (1990). Utilidad y limitaciones de la escala PNID en la evaluación diagnóstica de la depresión infantil. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 17, 12-22.
- Polaino, A y García Villamizar, D. (1993). *La depresión infantil en Madrid*. Madrid: Editorial AC.
- Porter, R.B. y Cattell, R.B. (1982). *CPQ Cuestionario de Personalidad*. Madrid: TEA Ediciones S.A.
- Puig-Antich, J. (1987). Affective disorder in children and adolescent: Diagnosis, validity and psychobiology. En H.Y. Meltzer (Ed.) *Psychopharmacology: The third generation of progress*. New York: Raven.
- Puig-Antich, J., Goetz, R., y Hanlon, C. et al. (1982). Sleep architecture and REM sleep measures in prepuberal children with major depression: a controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 39, 932-939.
- Puig-Antich, J., Goetz, R., Davies, M. et al. (1984). Growth hormone secretion in prepuberal children with major depression, II: sleep-related plasma concentrations during a depressive episode. *Archives of General Psychiatry*, 41, 463-466.
- Puig-Antich, J., Raymond, G., y Hanlon, C. et al. (1983). Sleep architecture and REM sleep measures in prepubertal major depressives: studies during recovery from depressive episode in a drug-free state. *Archives of General Psychiatry*, 40, 187-192.
- Radloff, L. (1977). The CES-D scale: A self report depression scale for research in general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Renouf, A. G. y Kovacs, M. (1994). Concordance between mothers' reports and children's self-reports of depressive symptoms: a longitudinal study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 208-216.
- Reynolds, C. R. y Graves, A. (1989). Reliability of children's reports of depressive symptomatology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17, 647-655.
- Reynolds, C.R. y Richmond, B.O. (1978). What I Think and Feel: A revised measure of children's manifest scale. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 271-280.
- Reynolds, C.R. (1980). Concurrent validity of What I Think and Feel: the Revised Children's Manifest Anxiety Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 774-775.
- Reynolds, W.M. (1987). *Reynolds Adolescent Depression Scale. Professional Manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Reynolds, W.M. (1989). *Reynolds Child Depression Scale. Professional Manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Roberts, R. E., Andrews, J. A., Lewinsohn, P.M. y Hops, H. (1990). Assessment of depression in adolescents using the center for epidemiologic studies depression scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 122-128.
- Rosenthal, P., Doherty, M. y Rosenthal, S. (1988). Depressive symptomatology and dexamethasone suppression test in preeschool age children. *Journal of Clinical Psychiatry*, 10, 3-15.
- Rotundo, N. y Hensley, V. R. (1985). The Children's Depression Scale: A study of its validity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 917-927.
- Rutter, M., Tizard, J. y Whitmore, K. (1970) *Education, Health and Behaviour*. Londres: Longman.
- Sarason, S.B., Davidson, K.S., Lighthall, F.F., Waite, R.R. y Ruebush, B.K. (1960). *Anxiety in elementary school children*. Nueva York: Wiley and Sons.
- Saylor, C. F., Finch, A. J. Basking, C. H., Furey, W. y Kelly, M. M. (1984a). Construct validity for measures of childhood depression: Application of multitrait-multimethod methodology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 977-985.
- Saylor, C.F., Finch, A. J., Sprito, A. y Bennett, B. (1984b). The Children's Depression Inventory: A systematic evaluation of psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 955-967.
- Schwartz, G. E. et al. (1978). Facial electromyography in the assessment of improvement in depression. *Psychosomatic Medicine*, 40, 355-360.
- Seisdedos, N. (1983, 1994). *CDS Cuestionario de Depresión para Niños Manual*. Madrid: TEA
- Shafii, M., Foster, M.B., Greenberg, R.A. et al. (1990). The pineal gland in depressive disorders in children and adolescents. En M. Shafii y S.L. Shafii (Eds.) *Biological rhythms, mood disorders, light therapy and pineal gland*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Siegmán, A.W. y Boyle, S. (1993). Voices of fear, anxiety and sadness and depression: The effects of speech rate and loudness of fear, anxiety and sadness and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 433-437.
- Silva, F. (1995). *Evaluación psicológica en niños y adolescentes*. Madrid: Ed. Síntesis, S.A.
- Sosa, C.D. (1990). *Adaptación Española de la Revised Children's Manifest Anxiety Scale: Un estudio psicométrico*. Trabajo presentado en el III Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Valencia.
- Sosa, C.D., Capafons, J.I., Flores, P., Navarro, A.M. y Silva, F. (1993). Escala de Ansiedad Infantil. En F. Silva y C. Martorell *Evaluación*

- de la Personalidad Infantil y Juvenil (vol. III). Madrid: MEPSA.
- Spielberger, C.D. (1973). Manual for the State/Trait Anxiety Inventory in Children. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press (versión española, TEA, 1988).
- Spielberger, C.D., Edwards, C.D., Montuori, J. y Platzek, D. (1973). *State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press. (Versión española: *Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo en Niños* (1990). Madrid: TEA Ediciones, S.A.)
- Spigelman, A. y Spigelman, G. (1991). Indications of depression and distress in divorce and nondivorce children reflected by Rorschach test. *Journal of Personality Assessment*, 57, 120-129.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B.W., Gibson, M. y First, M. B. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID): I. History rationale and description. *Archives of General Psychiatry*, 49, 624-629.
- Stark K. D. (1984). *A comparison of the relative efficacy of self-control therapy and behavior for the education of depression in children*. Tesis Doctoral. University of Wisconsin-Madison.
- Steingard, R., Biederman, J. Keenan, K. y Moore, C. (1990). Comorbidity in the interpretation of dexametason suppression test results in children: a review report. *Biological Psychiatry*, 28, 193-202.
- Tennen, H.Hall, J.A. y Affeck, G. (1995). Depression research methodologies in the Journal of Personality and Social and Clinical Psychology. *Journal of Personality and Social and Clinical Psychology*, 68, 870-884.
- Toolan, J. (1962). Depression in Children and adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 32, 404-415.
- Watson, D. y Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235.
- Weingberg, W. A., Rutman, J. Sullivan L., Penitck, E.C. y Dietz, S.J. (1973). Depression in children referred to an education diagnostic center: diagnosis and treatment. *Journal of Pediatrics*, 83, 1065-1072.
- Weiss, B.Weisz, J.R., Politano, M., Carey, M., Nelson, W.M. y Finch, A.J. (1991). Developmental differences in factor structure of Children's Depression Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 38-45.
- Weissman, M.M., Orvaschel, H. y Panadian, N. (1980) Children's symptom and social functioning self-report scales: Comparison of mothers' and children's reports. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 736-740.
- Weller, E. B. y Weller, R.A., Fristad, M.A. et al. (1985). The dexamethasona suppression test in prepubertal depressed children. *Journal of Clinical Psychiatry*, 46, 511-513.
- Wilde, J. (1996) *Treating anger, anxiety and depression in children and adolescents*. Washington: Accelerated Debevelopment.
- Williams, J. G. (1972). Behavior Measurement of Severe Depression. *Archives of General Psychiatry*, 27, 330-337.
- Wirt, R. D., Lachar, D., Klinedienst, J. K., y Seat, P.D. (1977). *Multidimensional description of child personality. A manual of the personality Inventory for Children*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Yaylayan, S., Wellwr, E. B. y Weller, R.A. (1995). Neurobiología de la depresión. En M. Shafii y S. L. Shafii. *Depresión en niños y adolescentes*. Barcelona: Martínez Roca.