

Evaluación de constructos cognitivos relacionados con la depresión en niños

F. Páez*, R. Núñez**, R. Robles-García***, L. Aguayo**, R. Nieto** y M. A. Atriano**

* Instituto Jalisciense de Salud Mental. Secretaría de Salud. Jalisco, México. ** Hospital Psiquiátrico «Fray Bernardino Álvarez». Secretaría de Salud. México. *** Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Cognitive constructs related to depression in children

Resumen

La anhedonia, la desesperanza y los pensamientos automáticos se han relacionado con la presencia de depresión mayor y de síntomas depresivos.

Objetivo. El propósito de este trabajo fue traducir al español y obtener las propiedades psicométricas de las escalas de desesperanza, de pensamientos automáticos, de anhedonia y de sintomatología depresiva para niños, así como determinar la relación entre estos constructos cognoscitivos y los síntomas depresivos en infantes normales.

Método. Fueron evaluados niños de ambos sexos de tercero y sexto grado de primaria de la Escuela Primaria Federal «Fuerzas Armadas de México».

Resultados. La muestra de estudio fue de 256 niños, 53% chicos y 46% chicas, con una edad promedio de 9.8 ± 1.15 años. Las consistencias internas de los instrumentos fueron, para la escala de anhedonia 0.91; para la de desesperanza 0.63; para la de pensamientos automáticos 0.87; y para la de síntomas de depresión 0.80. Las estructuras factoriales de los instrumentos fueron similares a las reportadas por sus autores originales. Las correlaciones entre los instrumentos variaron entre -0.17 y 0.39 . La escala de pensamientos automáticos y los síntomas depresivos mostraron la correlación más alta ($r = 0.39$). Se encontraron diferencias significativas entre grados escolares, con menores valores promedio a mayor escolaridad.

Conclusión. Los instrumentos evaluados demostraron consistencia interna de mediana a alta y las estructuras factoriales que se había predicho. Los síntomas depresivos en población infantil normal se relacionan débil pero significativamente con los constructos cognoscitivos estudiados, tal y como se ha reportado en adultos normales.

Palabras clave: pensamientos automáticos, desesperanza, anhedonia, depresión, niños.

Summary

Hopelessness, anhedonia and automatic thoughts have all been related to major depression and depressive symptoms. Few research has been done on these constructs in children, specially together.

Aim. The aim of this study was to translate into Spanish and validate the hopelessness scale for children, the pleasure scale for children, the automatic thoughts scale and the Kovak's child depression inventory, and then to relate the cognitive constructs to depressive symptoms in a sample of normal children.

Methods. Children were recruited from the Federal Primary School «Mexican Air Forces» of Mexico City. All Children from the 3rd to 6th grades were included.

Results. 256 children were included, 53% male and 46% female, mean age 9.8 ± 1.15 years. Internal consistencies for instruments were as follows: anhedonia scale 0.91, hopelessness scale 0.63, automatic thoughts 0.87 and depression 0.80. The factor structures of the translated versions were similar to those reported by their original authors. Interinstruments correlations ranged from -0.17 to 0.39 . Automatic thoughts and depressive symptoms reached the highest significant value ($r = 0.39$). 6th graders rated significantly lower in all instruments than their 5th and 3rd peers.

Conclusion. All measures studied demonstrate moderate to high internal reliability and the factor structures predicted. Depressive symptoms among normal children related weakly but significantly to the cognitive constructs studied, just as seen in normal adults.

Key words: automatic thought, hopelessness, anhedonia, depression, children.

CORRESPONDENCIA:

F. Páez Agraz.
Subdirector de Calidad y Desarrollo Institucional.
Instituto Jalisciense de Salud Mental.
Complejo de Salud Pública Nuevo Milenio.
Avenida Zoquipán esquina Lago Titicaca. CP 45170, Zapopán, Jalisco, México.
Correo electrónico: paezagrazfco@hotmail.com.

INTRODUCCIÓN

La depresión infantil es una condición clínica frecuente en la población general que conduce a sufrimiento personal y familiar, por lo que su estudio, evaluación y tratamiento tienen una importancia evidente¹. Existen, entre otras, tres teorías psicológicas cognitivo-conductuales

que pretenden explicar la presentación clínica y el mantenimiento de los cuadros depresivos: *a)* la presencia de un esquema de distorsiones negativas sobre uno mismo, el mundo y el futuro se asocian a la depresión^{2,3}; *b)* la desesperanza conduce a la depresión^{4,5}; y *c)* la pérdida de la capacidad para experimentar placer, a consecuencia de la disminución real y/o percibida de reforzamientos positivos del ambiente se relacionan con la depresión⁶.

De las teorías mencionadas se derivan tres fenómenos cognitivos que son centrales para entender la depresión: los pensamientos automáticos, la desesperanza y la anhedonia. Los *pensamientos automáticos* se definen como cogniciones que median los sucesos externos y la reacción emocional de una persona ante los mismos. Estos representan reglas o supuestos cognitivos centrales que sirven de guía conductual y emotiva a los individuos y que, en caso de constituir un sistema desadaptativo de pensamiento, conducen inevitablemente a situaciones frustrantes que pueden contribuir al desarrollo del síndrome depresivo⁷. La *desesperanza*, por su parte, se define como la presencia de expectativas negativas acerca del futuro, y su relación con la depresión y la ideación e intentos suicidas en adultos ha sido ampliamente documentada^{7,8}. Finalmente, la *anhedonia* es un constructo que hace referencia a la disminución en la capacidad para experimentar placer, que se refleja en el decremento del interés por eventos o actividades placenteras o potencialmente gratificantes; y resulta un elemento tan frecuente de la depresión, que se considera como una de sus manifestaciones sintomáticas⁹⁻¹¹.

En las últimas décadas se han desarrollado instrumentos válidos y fiables para evaluar la depresión y los constructos cognoscitivos relacionados con la misma^{12,13}. La gran mayoría de las escalas con las que se cuenta hasta la fecha han sido elaboradas para población adulta, y en lo que respecta a aquellas diseñadas para niños, son francamente escasos los estudios de adaptación al castellano.

En esta dirección, el presente trabajo tuvo por objetivos:

1) Determinar las propiedades psicométricas de la traducción al español de cuatro escalas de constructos relacionados con la depresión para población infantil.

2) Determinar las relaciones entre las diferentes medidas de constructos cognitivos y la severidad de sintomatología depresiva en niños.

Las escalas sujetas a estudio son: *a)* el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (*Children's Depression Inventory*)¹⁴, *b)* el Cuestionario de Pensamientos Automáticos (*Automatic Thoughts Questionnaire*)¹⁵, *c)* la Escala de Desesperanza Infantil (*The Hopelessness Scale for Children*)¹⁶, y *d)* la Escala de Evaluación de Anhedonia (*Pleasure Scale*)¹⁷.

MÉTODO

Sujetos

En una muestra tipo censo, se evaluaron a todos los niños, de ambos sexos, que cursaban de tercero a sexto

grado de primaria en la Escuela Primaria Federal «Fuerzas Armadas de México», en la Delegación Tlalpan, al sur de Ciudad de México. Se solicitó y obtuvo la autorización para la realización del proyecto a la dirección de la escuela y a la Sociedad de Padres de Familia de la misma. Se explicó que el proyecto no implicaba ninguna maniobra de riesgo para los niños y que los resultados serían manejados de forma confidencial.

Instrumentos

Inventario de Depresión Infantil

Es un instrumento de autoaplicación diseñado por Kovacs¹⁴ para evaluar la severidad de los síntomas de depresión en niños de edad escolar, que sepan leer. Esta escala fue desarrollada tomando como base el Inventario de Depresión de Beck para adultos¹⁸, por lo que fue preciso modificar el vocabulario con la ayuda de un clínico especialista en niños, y agregar seis reactivos que evalúan dificultades propias de la infancia, presumiblemente relacionadas con la depresión (por ejemplo, problemas de rendimiento escolar). Así, el Inventario de Depresión Infantil (IDI) consta de 27 reactivos que abarcan síntomas afectivos, cognoscitivos y conductuales de la depresión infantil. Cada reactivo representa un síntoma, y el niño elige una de tres oraciones que lo describan mejor en las últimas dos semanas, en una escala del 0 a 2 puntos, en dirección del incremento gradual de la psicopatología. De tal manera, la puntuación total de la escala puede variar en rango de 0 a 54 puntos.

Este es, sin duda, uno de los instrumentos para evaluar sintomatología depresiva en infantes más utilizados en la última década. Ello, entre otras razones, porque ha demostrado validez y adecuados índices de fiabilidad (alpha de Cronbach de al menos 0,80, y coeficientes prueba contra prueba de 0,38 a 0,87)¹⁹⁻²³. Finch et al²⁴ sugieren incluso que la escala es superior a otras similares para determinar el diagnóstico de depresión infantil.

Cuestionario de Pensamientos Automáticos

El Cuestionario de Pensamientos Automáticos (CPA) fue diseñado por Hollon y Kendall en 1980¹⁵ para evaluar la frecuencia con que se presentan pensamientos automáticos en un individuo. La versión original del instrumento fue desarrollada para evaluar pensamientos intrusivos con contenido negativo en adultos deprimidos. Empero, en estudios posteriores con población infantil se demostró que la escala puede evaluar también, de manera válida y fiable, las cogniciones características de esta población²⁰.

La versión para niños consta de 30 reactivos con cinco opciones de respuesta para la pregunta: «¿con qué frecuencia piensas en lo que dice en la frase?». Las opciones de respuesta son: «nunca», «algunas veces», «frecuentemente», «casi siempre», «todo el tiempo». El rango de ca-

lificación para cada respuesta varía de 1 a 5, en dirección al incremento de la frecuencia con que los pensamientos automáticos se presentan en cada niño evaluado.

Escala de Desesperanza de Kazdin

Esta escala fue diseñada para predecir la posibilidad de intento suicida en el niño deprimido por medio de 17 reactivos que se contestan como «cierto» o «falso». La calificación máxima refleja el nivel más alto de desesperanza o expectativas negativas acerca del futuro que puede presentar un sujeto. La versión original de la escala demostró validez y fiabilidad adecuadas¹⁶.

Escala de Evaluación de Anhedonia

Instrumento de autoaplicación para evaluar la anhedonia en niños, diseñado con base en la escala de anhedonia para adultos desarrollada por Chapman en 1976¹¹. Esta escala consta de 39 reactivos que representan situaciones a las que los niños responden cómo se sentirían, marcando una de tres opciones: *a)* «muy feliz», *b)* «feliz», y *c)* «me da lo mismo». El total de puntuación de la escala está en relación inversamente proporcional con el nivel de anhedonia (a mayor puntuación, menor nivel de anhedonia y viceversa). Al igual que la versión para adultos, la escala de anhedonia para niños evalúa tres dimensiones: *a)* la anhedonia física, referente a la falta de interés en eventos que producen placer físico (por ejemplo, el niño contesta cómo se sentiría ante esta situación: «estás comiendo tu dulce favorito»), *b)* la anhedonia social, o falta de interés en actividades que implican interacción con otras personas (por ejemplo: «te encuentras un amigo al que le puedes hablar de casi todo»), y *c)* la falta de interés en actividades que implican logros y retos personales (por ejemplo: «ganas el primer premio en un concurso de tu escuela»). Los reactivos correspondientes a cada tipo de anhedonia son: para anhedonia física: 1, 4, 8, 10, 15, 27 y 28; para anhedonia social: 2, 3, 6, 7, 11-13, 18-23, 25, 26, 31 y 38; y el resto: 5, 9, 14, 16, 17, 24, 29-30, 32-37 y 39, evalúan el interés por actividades de logro y/o reto personal.

Los estudios psicométricos de la versión original (en inglés) del instrumento lo caracterizan como una medida de alta consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,96) y en términos generales permiten concluir su utilidad para evaluar este constructo de manera válida y fiable en población general y clínica de escolares (17).

Procedimiento

Se aplicaron el total de las escalas a todos los estudiantes de tercer y sexto grado de primaria de la Escuela Primaria Federal «Fuerzas Armadas de México» que aceptaron participar voluntariamente en el proyecto. Posteriormente se llevó a cabo la calificación de los instru-

mentos y el análisis estadístico de los resultados. El nivel alfa fijado fue de 0,05.

Análisis estadístico

En primer lugar se describió la muestra por medio de media y desviación estándar para las variables continuas y con frecuencias para las categóricas. Posteriormente se determinaron las propiedades psicométricas de los instrumentos, se llevaron a cabo los análisis de relación bivariada y multivariada de los constructos cognitivos y la sintomatología depresiva, y se realizaron las comparaciones pertinentes entre sexos y grados escolares. Las pruebas de hipótesis que se utilizaron fueron ANOVA para la comparación de medias, la prueba de correlación de Pearson, y una regresión múltiple, en donde la variable dependiente fue la sintomatología depresiva, y como predictores se incluyeron a todos los constructos cognitivos evaluados. La consistencia interna de los instrumentos se calculó por medio del alfa de Cronbach y la validez factorial se obtuvo con base en un análisis de componentes principales con rotación de varimax.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 256 niños, de los cuales 137 (53,5%) corresponden al sexo masculino y 119 (46,5%) al femenino. La edad promedio fue de $9,84 \pm 1,15$ años con un rango de 7 a 13 años. La distribución por grado escolar fue la siguiente: 58 niños de tercer grado (22,7%); 79 niños de cuarto grado (30,9%); 67 niños de quinto grado (26,2%); y 52 niños de sexto grado (20,3%).

En la tabla 1 se muestran las medias con desviación estándar, así como el alfa de Cronbach para cada uno de los instrumentos. En la última columna se anotan los valores de alfa encontrados por los autores originales.

En la tabla 2 se muestra la estructura factorial de la escala de desesperanza que se obtuvo en el presente trabajo y la reportada para la versión original. Por su parte, la tabla 3 contiene las estructuras factoriales de la escala de pensamientos automáticos.

En la tabla 4 se presentan las correlaciones entre los valores totales de los instrumentos.

Y, finalmente, en la tabla 5 se exponen los contrastes de cada una de las escalas entre grados escolares y género. Como puede observarse, en tres de las cuatro escalas estudiadas se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre grados escolares.

DISCUSIÓN

Las versiones en castellano de los instrumentos de depresión, pensamientos automáticos, desesperanza y anhedonia del presente estudio mostraron validez e índices de fiabilidad satisfactorios, y su comportamiento psico-

TABLA 1 Promedios, desviaciones y consistencia interna de los instrumentos

<i>Instrumento</i>	<i>Media ± desviación estándar</i>	<i>Alfa de Cronbach</i>	<i>Alfa de Cronbach original</i>
Anhedonia	91,87 ± 13,83	0,91	0,96
Desesperanza	4,54 ± 2,69	0,63	0,97
Pensamientos automáticos	67,98 ± 15,67	0,87	0,96
Depresión	10,91 ± 5,95	0,80	0,80

métrico es francamente similar al obtenido para las versiones originales de los mismos.

La Escala de Anhedonia demostró además cierto valor discriminante. Ello en tanto que las puntuaciones totales de la misma se correlacionaron positivamente con la escala de desesperanza y no se relacionaron con la puntuación de la escala de pensamientos automáticos.

La versión de la Escala de Desesperanza arrojó una puntuación promedio menor que la reportada para la versión original (media de 4,5 ± 2,6 frente a mediana de 5,3). Ello puede deberse a que el estudio de la versión original se llevó a cabo con niños hospitalizados, en donde se espera que las puntuaciones sean mayores debido a que su disfunción y circunstancias vitales son más adversas que en la población general. Además, en este estudio se obtiene un coeficiente de consistencia interna de 0,97, que difiere notablemente del que mostró la versión en español (0,63). Esta discrepancia puede ser efecto de la traducción que se llevó a cabo. Así, por ejemplo, el valor alfa se elevó hasta 0,66 con el solo hecho de excluir el reactivo 15. Resulta evidente que esta escala en particular amerita una evaluación posterior para corregir los efectos de la traducción al castellano

TABLA 2 Estructura factorial de la Escala de Desesperanza

<i>Reactivo</i>	<i>Versión español</i>		<i>Versión original</i>	
	<i>Factor 1</i>	<i>Factor 2</i>	<i>Factor 1</i>	<i>Factor 2</i>
1	-0,17	0,59	0,13	0,39
2	0,44	0,34	0,50	0,12
3	0,08	0,48	0,30	0,28
4	-0,04	0,45	-0,07	0,06
5	0,26	0,49	0,15	0,43
6	-0,03	0,36	0,21	0,39
7	-0,02	0,48	-0,10	0,34
8	0,44	-0,08	0,52	0,14
9	0,62	-0,05	0,60	0,22
10	0,67	-0,02	0,40	0,14
11	0,20	0,39	0,08	0,57
12	0,54	0,14	0,41	0,13
13	0,45	0,25	0,55	0,09
14	0,46	0,007	0,60	0,16
15	-0,10	-0,11	0,48	-0,03
16	0,35	0,32	0,23	0,48
17	0,64	-0,007	0,60	0,10

del presente trabajo. Empero, cabe resaltar que las cargas factoriales de la versión en español fueron, por mucho, más contrastantes que las de la versión original, con lo que es posible suponer que los dos factores que la integran son mejor discriminados por la versión del presente estudio (en contraste con la original). Sin duda alguna, uno de los objetivos de un trabajo posterior debe ser establecer la fiabilidad interevaluador del instrumento.

En cuanto a la Escala de Pensamientos Automáticos, los valores promedio que se obtuvieron en la versión en español (67,9 ± 15,6) son muy similares a los reportados

TABLA 3 Estructura factorial de la Escala de Pensamientos Automáticos

<i>Reactivo</i>	<i>Factor 1</i>	<i>Factor 2</i>	<i>Factor 3</i>
1	-0,04	0,50	0,30
2	0,03	0,67	-0,03
3	0,20	0,57	0,002
4	-0,06	0,55	0,01
5	0,55	0,23	-0,29
6	0,07	0,64	0,12
7	-0,10	0,37	0,48
8	0,04	0,49	0,13
9	-0,02	0,55	0,07
10	0,55	0,15	0,11
11	0,28	0,50	0,05
12	0,46	0,21	0,21
13	0,23	0,49	0,17
14	0,43	0,07	0,41
15	0,19	0,20	0,54
16	0,58	0,04	0,11
17	0,70	0,02	-0,06
18	0,26	0,37	0,17
19	0,59	-0,07	0,06
20	0,31	-0,13	0,59
21	0,53	0,10	0,24
22	0,70	-0,004	0,01
23	0,50	0,19	0,16
24	0,62	0,10	0,23
25	0,33	0,39	0,25
26	0,11	0,18	0,59
27	0,65	0,02	0,12
28	0,42	0,10	0,17
29	0,33	0,38	0,22
30	0,19	0,30	0,43

TABLA 4 Correlaciones bivariadas entre los totales de las escalas

Variables	Anhedonia	Depresión	Desesperanza	Pensamientos automáticos
Anhedonia	1,00	-	-	-
Depresión	-0,26 (n= 253) p= 0,0000	1,00	-	-
Desesperanza	-0,23 (n= 253) p= 0,000	0,39 (n= 256) p= 0,000	1,00	-
Pensamientos automáticos	-0,01 (n= 253) p= 0,842	0,36 (n= 256) p= 0,000	0,29 (n= 256) p= 0,000	1,00

TABLA 5 Contrastes entre los instrumentos de constructos cognoscitivos para niños entre los grados escolares

Escala	3.er grado (media± DE)	4.º grado (media± DE)	5.º grado (media± DE)	6.º grado (media± DE)	ANOVA (p)	Comparación múltiple (Bonferroni)
Anhedonia	95,3± 12,6	94,9± 11,6	90,4± 15,2	85,1± 13,7	F 7,3 p< 0,001	3.º y 4.º > 5.º y 6.º
Depresión	12,6± 7,3	10,02± 5,1	10,5± 5,1	10,8± 5,5	No significativo	No significativo
Desesperanza	5,51± 2,9	4,3± 2,3	4,2± 2,9	3,9± 2,4	F 3,6 p= 0,01	3.º > 6.º
Pensamientos automáticos	71± 19,1	70,4± 12,3	64,8± 14,8	64,9± 16,09	F 2,9 p= 0,03	No significativo

para la versión original (68,5 ± 29,7). En cuanto a la consistencia interna, ambas versiones presentaron coeficientes en rangos similares. Empero, la correlación de la escala original con la de sintomatología depresiva fue de 0,57, mientras que en la versión castellana fue de 0,39. Esto bien puede deberse a la evidente discrepancia entre las poblaciones evaluadas en cada estudio. Entre los datos respecto a la validez discriminante de este instrumento se encuentra que las correlaciones con las escalas de desesperanza y de anhedonia resultaron francamente discretas.

Finalmente, y con respecto a la versión en español de la Escala de Depresión de Kovacs, se encontró una media de 10,9 ± 5,9. Este valor se ubica entre los rangos obtenidos para sintomatología depresiva en población normal (en donde la media está entre 8 y 10 puntos y la desviación entre 7 y 8 puntos²⁰). En cuanto a la consistencia interna, cabe resaltar que ambas versiones presentaron un coeficiente de fiabilidad satisfactorio (0,80).

En esta dirección es posible sugerir la utilización de las versiones en español de las Escalas de Depresión, Pensamientos Automáticos, Desesperanza y Anhedonia para niños de habla hispana. Sin embargo, resulta evidente la necesidad de dirigir estudios de réplica en poblaciones clínicas, así como de determinar la extensión en que las diferentes medidas predicen eventos futuros en la adolescencia y/o adultez.

Como un objetivo secundario del trabajo se determinó la relación entre los diferentes constructos cognitivos y la severidad de la sintomatología depresiva. Al respecto puede concluirse que la correlación entre la desesperanza y la sintomatología depresiva de esta muestra de niños escolares fue al menos similar a la obtenida para población psiquiátrica (0,45)²⁵.

La posibilidad de evaluar de manera válida y fiable los fenómenos cognitivos permite proceder a probar los diferentes modelos psicológicos de la depresión y determinar si tales aspectos cognitivos son sólo uno de varios componentes de la depresión²⁶, o pueden entenderse como factores causales de la misma²⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kovacs M, Gatsonis C, Parrone P. Depressive disorders in childhood: IV. A longitudinal study of comorbidity with and risk for anxiety disorders. Arch Gen Psychiatry 1989;46:776-82.
2. Beck AT. Cognitive Therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press; 1976.
3. Beck AT. Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects. New York: Harper & Row; 1967.
4. Abramson LY, Seligman MGP, Teasdale JD. Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. J Abnorm Psychol 1978;87:49-74.

5. Seligman MCP. Helplessness: On depression, development and death. San Francisco: Freeman; 1975.
6. Lewinsohn PM. A behavioral approach to depression. En: Friedman R, Katz M, editores. The psychology of depression: Contemporary theory and research. New York: Wiley; 1974.
7. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Hopelessness and suicidal behaviour: An overview. JAMA 1975;234:1146-9.
8. Wetzell RD, Margulies T, Davis R, Karam E. Hopelessness, depression and suicide intent. J Clin Psychiatry 1980;41:159-60.
9. Klein D, Fawcett J, Clark C. Depression and Anhedonia. En: Anhedonia and Affect Deficit States. New York: PMA Publishing; 1987. p. 1-14.
10. Klein D. Endogenomorphic depression: A conceptual and terminological revision. Arch Gen Psychiatry 1974;31:441-54.
11. Chapman LJ, Chapman JP, Raulin ML. Scales for Physical and Social Anhedonia. J Abnorm Psychol 1976; 85:374-82.
12. Blaney PH, Behar V, Head R. Two measures of depressive cognitions: Their association with depression and with each other. J Abnorm Psychol 1980; 89:678-82.
13. Dobson KS, Breiter HJ. Cognitive assessment of depression: Reliability and validity of three measures. J Abnorm Psychol 1983;92:107-9.
14. Kovacs M. Rating Scales to assess depression in school aged children. Acta Paedopsych 46:305-15.
15. Hollon SD, Kendall PC. Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. Cognitive Ther Res 1980;4:383-95.
16. Kazdin A. The Hopelessness Scale for Children: Psychometric characteristics and concurrent validity. J Cons Clin Psychol 1986;54:241-5.
17. Kazdin A. Evaluation of the Pleasure Scale in the Assessment of anhedonia in children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1989;28:364-72.
18. Beck AT. Inventario de Depresión de Beck. Arch Gen Psychiatry 1961;4:561-71.
19. Blumberg S, Izard, C. Discriminating patterns of emotions in 10 and 11 year old children's anxiety and depression. J Pers Soc Psychol 1986;51:852-7.
20. Cole D, Carpentieri S. Social Status and the comorbidity of child depression and conduct disorder. J Consulting Clin Psychol 1991;58:748-57.
21. Crowley S, Worchel F, Ash M. Self-Report, Peer-Report, and Teacher-Report Measures of childhood depression: and analysis by item. J Pers Assess 1992; 59:189-203.
22. Kazdin A, French N, Unis A, Esveldt-Dawson K. Assessment of childhood depression: Correspondence of child and parents ratings. J Am Child Psychiatry 1983;22:157-64.
23. Kazdin A, French N, Unis A. Child, mother, and father evaluation of depression in psychiatric inpatient children. J Abnorm Child Psychol 1983;11:167-80.
24. Finch A, Saylor C, Edwards G, McIntosh J. Children's Depression Inventory: Reliability over repeated administrations. J Clin Child Psychol 1987;16:339-41.
25. Benfield CY, Palmer DJ, Pfefferbaum B, Stowe ML. A comparison of depressed and nondepressed disturbed children on measures of attributional style, hopelessness, life stress, and temperament. J Abnorm Child Psychol 1988;16:397-410.
26. Coyne JCA. A critique of cognitions as causal entities with particular reference to depression. Cognitive Ther Res 1982;6:3-13.
27. Beck AT. The diagnosis and management of depression. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1967.