

Depresión: un estudio sobre el análisis de la demanda y el diagnóstico en la población infantil

Depression: a research about the complaints and their diagnosis in childhood

C. MAGANTO* - S. CRUZ - I MARTÍNEZ DE ICAYA - J. ETXEBERRÍA

RESUMEN

El principal objetivo de esta investigación es ampliar la comprensión de la depresión infantil. El trabajo se ha realizado en un Servicio Público de Salud Mental Infantil en el País Vasco. Se inicia analizando qué pacientes acuden con este motivo de consulta (síntomas depresivos) y qué diagnóstico posterior tienen estos sujetos, frente a los que acuden por otros motivos de consulta. Interesaba también conocer las diferencias entre sujetos depresivos y no depresivos en cuanto a variables asociadas al motivo de consulta.

Palabras clave

Depresión infantil, evaluación psicológica, clasificación taxonómica.

SUMMARY

The main object of this research is to obtain new data about the understanding of depression in childhood. The work has been done in Public Service of Childhood Mental Health in the Vasque Country. We studied the group of patients referred as having problems of depression. The diagnosis of depression was selectively analysed in this group. We have also been interested in the difference between depressive and non depressive patients, regarding to the associated variables of the consulting reason.

Key words

Childhood depression, psychological assessment, taxonomic classification.

* Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco. Avenida de Tolosa, 70. 20009 San Sebastián. Teléf.: 943 44 80 00 (5661). Fax: 943 31 10 55. E-mail: ptpmama@ss.ehu.es.

INTRODUCCIÓN

El interés por la investigación y la comprensión de los problemas psicopatológicos en la infancia ha promovido diversos estudios, epidemiológicos y/o clínicos, en orden a clarificar el enfermar psicológico de la infancia y la adolescencia. Sin embargo, hasta aproximadamente la década de los 60 en que el interés por la prevención cobra singular relieve, no aparecen trabajos focalizados en los trastornos psicopatológicos en la infancia. Lo mismo sucede con el estudio e investigación de cada trastorno específico, y la literatura científica al respecto es bastante escasa. No obstante, el trastorno depresivo, en concreto, ha sido objeto de sucesivas y variadas investigaciones con resultados francamente divergentes. (Domenech y Polaino Lorente, 1990). Una excelente revisión de las investigaciones epidemiológicas sobre depresión en la infancia realizada por dichos autores, da cuenta de estas divergencias.

Por otra parte, el uso tan comúnmente extendido del término depresión ha propiciado que sea mejor aceptado socialmente que otros términos clínicos, y por lo mismo ha originado que la utilización del mismo sea abusiva y no corresponda al diagnóstico profesional clínico.

Cuando los padres acuden a consulta, tanto en servicios públicos como privados, expresan diversas preocupaciones o quejas en relación a sus hijos/as contando entre las más frecuentes los problemas de aprendizaje, y siguiendo en orden de frecuencia, y asociados o no con los anteriores, problemas de conducta relacionados con transgresión de normas, (exceso de actuación, movilidad, inquietud, nerviosismo...), lo que ha venido denominándose conductas externalizantes. Un número algo inferior de demandas psicó-

logicas refiere conductas opuestas: inhibición, timidez, inseguridad, aislamiento... que quizá también podrían categorizarse “grosso modo” como conductas internalizantes. Con más frecuencia, asociadas a estas últimas que a las primeras, los padres refieren de sus hijos actitudes, gestos y conductas de aburrimiento, no saber a qué jugar o qué hacer, falta de sonrisa o alegría, tristeza, y otros síntomas “físicos” como pérdida de apetito, del sueño, dolores de cabeza, etc... que en su conjunto los padres configuran como “depresión”.

En respuesta a esta constatación, nos ha parecido de interés, para ampliar la comprensión de la depresión infantil, focalizar la investigación en estos aspectos: qué pacientes, cuando acuden a consulta, aducen depresión, y cuál es el diagnóstico clínico de estos sujetos. Con qué variables del sujeto, variables familiares u otras, puede estar relacionada esta demanda.

Para definir qué sujetos serían considerados caso/no caso se decidió seguir los siguientes pasos procedimentales:

- 1º. Definición operativa de sujeto con demanda por Síntomas Depresivos (SD) y por Síntomas No Depresivos (SND).
- 2º. Confirmar por parte del profesional clínico el diagnóstico de depresión, para lo cual se diseñaron dos instrumentos de trabajo clínico para dicha investigación: El Cuestionario del Análisis de la Demanda (CDA) y el Análisis de Historias Clínicas (AHC).
- 3º. Se eligió como Manual de Diagnóstico para la depresión la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales de la Infancia y Adolescencia (CFTMEA) (Missès, 1990).

Se eligió este sistema de clasificación nosológica por las siguientes razones: a) era conocida a nivel teórico-práctico por los profesionales del servicio de Salud Mental Infantil donde se iba a realizar el estudio, y conocida también por los investigadores del presente trabajo. Parte del grupo de trabajo pertenece a la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y Adolescente (SEYPNA), que colabora profesionalmente con el equipo francés promotor de dicha clasificación. Además, la CFTMEA es una de las pocas clasificaciones realizadas sólo para la infancia, sin estar, por lo tanto, contaminada del adultomorfismo que la clasificación del DSM-IV presenta, especialmente para los trastornos depresivos.

METODO

Objetivos

1. Recoger la demanda existente en Psiquiatría Infantil y analizar la prevalencia de sujetos que consultan por Síntomas Depresivos (SD) frente a los que consultan por Síntomas No Depresivos (SND).
2. Analizar qué variables del sujeto y del contexto familiar guardan relación de covariación en los sujetos con SD y/o en los sujetos con SND.
3. Comparar las diferencias entre las consultas por depresión y el diagnóstico de depresión propiamente dicho.

Participantes

Se tomó como objeto de estudio la población que consultó por primera vez en el Servicio de Salud Mental, Unidad de Psiquiatría Infantil (UPI), desde Enero a Julio

de un año natural. El número total de sujetos fue de 334. Estos fueron divididos en dos grupos: Sujetos con síntomas depresivos (SD) y Sujetos con Síntomas No Depresivos (SND).

Definición operativa de sujetos depresivos y sujetos no depresivos

Sujetos con Síntomas Depresivos

Hemos incluido en esta categoría a los sujetos que cumplían 2 condiciones:

- a) Los padres referían al menos 4 conductas o síntomas de este tipo o similares: tristeza habitual, depresión, aislamiento social, lloros, aburrimiento, cansancio, insomnio, dependencia, ansiedad de separación, pérdida de apetito, irritabilidad, sentimientos de inutilidad (los recogidos en el DSM-IV).
- b) Podían cursar además con preocupación de los padres por otros síntomas, como problemas en el control de esfínteres, pronunciación, problemas de fracaso escolar... pero la importancia y mayor preocupación de los padres provenía de lo que ellos mismos, de acuerdo al DSM-IV, definían como síntomas depresivos.

Sujetos con Síntomas No Depresivos

Se incluyen en esta categoría los sujetos que consultaban por sintomatología diversa, y cumplían dos condiciones:

- a) La preocupación de los padres o demandantes no era la depresión, sino cualquier sintomatología propia de la psicopatología infantil.
- b) Si aparecían "síntomas depresivos" estos debían ser inferiores a 4.

Diseño y análisis estadístico

Este es un estudio descriptivo y correlacional de la demanda, que tiene como objetivo la optimización de los recursos asistenciales del Servicio de Salud mental Infantil. Los análisis estadísticos necesarios para poder contrastar los objetivos e hipótesis, fueron efectuados haciendo uso del paquete de programas SPSS/PC(+), en sus módulos: BASIC y ADVANCED.

Variables

Variables del sujeto:

- Edad
- Sexo
- Situación conyugal del niño en la familia

Variables de los padres:

- Edad
- Nivel de estudios del padre y de la madre
- Situación laboral

Variables del Análisis de la Demanda:

- Motivo de consulta
- Preocupación por el problema: desde cuándo, cuándo consultan por primera vez
- Profesionales consultados previamente

Variables del proceso diagnóstico-terapéutico:

- Categorías clínicas del Eje I: Diagnóstico principal y secundario
 1. Psicosis
 2. Trastornos neuróticos
 3. Patología de la personalidad
 4. Trastornos reactivos

5. Deficiencias mentales

6. Trastornos de las funciones instrumentales

7. Trastornos relacionados con el uso de drogas y alcohol

8. Trastornos de expresión somática y/o comportamental

9. Variaciones de la normalidad

INSTRUMENTACIÓN

Cuestionario de Análisis de la Demanda (CAD).

Fue elaborado para la investigación y sometido a análisis de varianza interjueces, con resultados del 0,95% de fiabilidad.

Análisis de Historias Clínicas (AHC).

Las historias clínicas fueron recogidas por los profesionales de la Unidad de Psiquiatría Infantil en su actividad laboral regular. En función de los datos que habitualmente se recogen y constatan, se seleccionaron unas variables objeto de estudio, se dieron valores a las mismas, se definieron y operativizaron.

Dichas historias fueron valoradas exclusivamente por la profesional del servicio que dirige la investigación y directora a su vez del citado Servicio. Su criterio aporta, por consiguiente, una homogeneización en la valoración de las mismas, pero quizá, por esta razón, pueden existir errores de sesgo personal.

RESULTADOS**la demanda****Resultados del cuestionario del análisis de Motivo de consulta: sujetos con Síntomas****Tabla 1.—Sujetos con SD y sujetos con SND. Frecuencias y Porcentajes.**

Motivos de Consulta N = 334	Frecuencia	Porcentajes
Con síntomas Depresivos	73	22
Con síntomas No Depresivos	261	78
TOTAL	334	100

Depresivos y con Síntomas No Depresivos

Las categorías de los motivos de consulta se establecieron en función de las conductas que los padres referían, por lo que no tienen significado diagnóstico desde el punto de vista profesional. En esta investigación los motivos de consulta se han dicotomizado entre sujetos con Síntomas Depresivos y sujetos con Síntomas No Depresivos en función de la definición acordada previamente, tal como recoge la tabla 1.

Los padres que consultan por SD son un 22% de la población. Los padres aducían con mayor frecuencia esta agrupación de síntomas:

- 1º. Ansiedad de separación, problemas de sueño, lloros frecuentes y dependencia
- 2º. Irritabilidad, aburrimiento, cansancio e insomnio
- 3º. Pérdida de apetito, tristeza, cansancio y sentimientos de inutilidad

En la categorización SND están agrupados los sujetos que acuden a consulta preferentemente por problemas de comportamien-

Tabla 2.—Edad de los sujetos con y sin síntomas depresivos. Frecuencia, porcentajes y significatividad de la relación.

Edad N = 334	Sujetos con SD		Sujetos con SND	
	F	%	F	%
0-2 años	4	5,5	36	13,8
3-5 años	12	16,4	54	20,7
6-7 años	12	16,4	54	20,7
8-10 años	20	27,4	60	23,0
11-15 años	21	28,8	46	17,6
16-17 años	4	5,5	11	4,2
TOTAL	73	100	261	100

Significatividad de la relación .17478

Coeficiente de contingencia .14729

to, escolares, desarrollo y maduración, pronunciación, alimentación, sueño, control de esfínteres, tartamudez, tics, etc...

Edad de los sujetos con Síntomas Depresivos y con Síntomas No Depresivos

La diferencia entre ambos grupos no es significativa, pero cabe poner de relieve, como indican los datos de la tabla, que a la edad que más se consulta por sintomatología

de depresión es en el inicio de la pubertad y adolescencia. En otro rango de edad donde se aprecia mayor diferencia entre ambos grupos es entre 0 y 2 años a favor del grupo de sujetos con SND. No es el objetivo de esta investigación, pero a esta edad los problemas de desarrollo y maduración, en cualquiera de sus manifestaciones, agrupaban la casi totalidad de los sujetos que consultan a esta edad.

Tabla 3.—Sexo. Frecuencias, porcentajes y significatividad de la relación.

Sexo	Chicos		Chicas		Total	
	F	%	F	%	F	%
N = 334						
Con Síntomas D	38	18,3	35	27,8	73	21,8
Sin Síntomas D	170	81,7	91	72,2	261	78,2
Total	208	100	126	100	334	100

Significatividad de la relación .04154
Coeficiente de contingencia .15380

Sexo

La significatividad de la relación nos habla de las diferencias en los motivos de consulta en relación al sexo. En el caso de sujetos con Síntomas Depresivos, el porcentaje más alto lo representan las chicas superando en un 9% a los chicos; en los sujetos con Síntomas No Depresivos obtenemos que el porcentaje de niños es superior al de niñas. Los Síntomas Depresivos representan para el sexo femenino el primer motivo de consulta, mientras que para los chicos es posterior a la preocupación por problemas escolares y a los problemas del comportamiento.

Variables familiares

De las variables familiares estudiadas: número de hermanos, lugar que ocupa el

sujeto entre los hermanos, edad de los padres, actividad laboral, nivel de estudios y situación conyugal, no se han encontrado diferencias entre ambas muestras. El único dato diferencial es la mayor frecuencia de padres separados entre sujetos depresivos frente a sujetos no depresivos.

Desde cuándo están preocupados por el problema

Se les preguntaba a los padres cuando venían a consultar al Servicio, desde cuándo les preocupaban estos problemas que comentaban. Los resultados fueron:

Los padres están preocupados por los síntomas depresivos que manifiestan sus hijos desde hace más de 1 año en el 43,7% de los casos. Parece ser que esta preocupación fue

**Tabla 4.—Cuándo consultaron por 1ª vez.
Frecuencias, porcentajes y significatividad de la relación.**

Consultaron por 1ª vez N = 334	Síntomas Depresivos		Síntomas No Depresivos	
	F	%	F	%
0 - 6 meses	48	65,3	130	49,8
6 - 12 meses	4	5,6	40	15,3
1 a 3 años	13	18,2	66	25,3
Más de 3 años	8	9,9	25	9,6
TOTAL	73	100,0	261	100,0

Significatividad de la relación .04920

Coefficiente de contingencia .16850

la responsable de que en el 97,3% de los casos que presentan esta sintomatología consultaran con otros profesionales antes de acudir a la UPI. Hay que destacar que la mayor demanda por este motivo la hacen los púberes o adolescentes.

Cuándo consultaron por primera vez con algún profesional

Seguidamente se les sugería que indicaran con la mayor precisión posible cuándo consultaron por primera vez con algún profesional, bien fuera médico, educador, trabajador

social, etc. y se categorizaron los periodos de tiempo que recoge la tabla 4.

De los 73 sujetos que manifestaron síntomas de depresión 65,3% acuden a consultar por este motivo en un espacio inferior a los 6 meses, frente al 50% de los sujetos no depresivos. De los 25 casos restantes de los sujetos depresivos, 34,7% lo hicieron demorándose en el tiempo, es decir, después, de seis meses desde que apareció el problema, frente a un 50% de los sujetos no depresivos.

Parece deducirse que entre un tercio y la mitad de la población cuando consultan con algún profesional, los síntomas ya no son

**Tabla 5.—Profesionales más consultados.
Frecuencias, porcentajes y significatividad de la relación.**

cía	Con SD		Con SND		Significatividad	Coeficiente de contingen-
	F	%	F	%		
Médico	34	46,5	143	54,8	.35043	.09862
Profesor	42	57,5	159	60,9	.89651	.05693
COP	7	9,5	22	8,4	.84210	.06488
Ps. Adultos	18	24,8	28	10,7	.00223	.20440
T. Social	6	8,3	22	8,4	.98672	.04330
Psicólogos	21	28,7	59	22,7	.21370	.13096

recientes, como veremos más adelante. Tampoco algunos profesionales consultados derivan a servicios de psicología con la prontitud que se requeriría para evitar una cronificación sintomatológica o un agravamiento de la problemática.

Profesionales más consultados

Para clarificar el papel de los intervinientes y la prevalencia de consulta sobre los mismos se interrogó acerca de con qué profesionales consultaron, con quién consultaron en primer lugar, si es que hubo más de una consulta, y qué orientación dieron estos profesionales.

Los profesionales de la Salud y de la Educación son preferentemente los más consultados comparados con el resto de los profesionales, y esto es así independientemente del tipo de problema por el que se consulte, depresión o no depresión. Es lógico si se piensa que los padres acuden por otras razones a estos profesionales con cierta asiduidad, lo que se presta a consultas en relación a

sus hijos, especialmente en lo referente al comportamiento, desarrollo, maduración y salud en general.

La significatividad de la relación entre Psiquiatría de Adultos y la consulta por problemas de depresión parece expresar que éste es el motivo por el que más acuden los padres a estos profesionales, consultándoles qué hacer ante la sintomatología que presentan sus hijos. Se les consulta en un 25% de los casos, porcentaje muy superior al resultante en el resto de los problemas tomados en su conjunto.

Tratado antes por éste u otro motivo

Ante la pregunta sobre si antes de acudir a un Servicio Público de Salud Mental Infantil había sido anteriormente tratado, hemos encontrado que:

No existen diferencias significativas entre los dos grupos, pero queremos subrayar que casi el 7% de los sujetos con SD son reincidentes en este problema, es decir, son sujetos que han recibido tratamiento psicológico en

**Tabla 6.—Por qué acuden ahora.
Frecuencias, porcentajes y significatividad de la relación.**

Por qué ahora Depresivos	Síntomas Depresivos		Síntomas No	
	F	%	F	%
N = 334				
Indicación profesionales consultados	37	50,7	147	56,2
Sucesos familiares desencadenantes	4	5,5	3	1,2
Acontecimientos estresantes para el niño	1	1,4	8	3,1
Agrava el problema	17	23,3	35	13,5
No podemos más	-	-	7	2,7
Otras causas	14	19,2	61	23,5
Total	73	100,0	261	100,0

Significatividad de la relación .03545

Coefficiente de contingencia .18614

algún centro o servicio privado, pero por las razones que sean, deben asistir de nuevo a un servicio de salud para tratar su problema.

Por qué deciden acudir ahora a un Servicio de Salud Mental

Nos interesaba conocer, cuando finalmente acuden a un Servicio de Salud Mental, qué les ha movilizado a acudir a dicho Servicio. Se operativizó la variable en las categorías que recoge la tabla 6. En la categoría “otras causas” se incluyen, entre otras razones, la

“propia iniciativa” y “sugerencia de familiares y amigos”.

Observamos que la orientación de los profesionales es la primera causa que alegan para consultar independientemente de la sintomatología presentada. La segunda causa importante que aducen los padres es que acuden porque “se ha agravado el problema”, con claras diferencias significativas entre ambas muestras.

Nos parece importante destacar que un 5,5% de sujetos con SD acuden por un suceso estresante acaecido en la familia, deducién-

**Tabla 7.—Realizan diagnóstico.
Frecuencias, porcentajes y significatividad de la relación.**

Realizan diagnóstico	Sujetos con SD		Sujetos con SND	
	F	%	F	%
N = 334				
SÍ	68	93,2	212	81,2
NO	5	6,8	49	18,8
TOTAL	73	100	261	100

Significatividad de la relación .01443

Coefficiente de contingencia .19011

dose que son las situaciones familiares las que están repercutiendo en los síntomas.

Resultados del proceso diagnóstico

Realizan o no diagnóstico

No a todos los sujetos, 334, que solicitaron consulta se les realizó un diagnóstico. A los padres, tras acudir al Servicio y recoger la demanda, se les cita a fin de iniciar el proceso diagnóstico. Algunos abandonan en este momento el Servicio, es decir, elevaron una demanda o petición de ayuda, pero no respondieron a la cita y no se pudo realizar el

diagnóstico. Las diferencias entre sujetos con SD y con SND en esta variable se expresan en la tabla 7.

A un porcentaje significativamente superior de sujetos con SD frente a sujetos con SND se les realiza el diagnóstico. Solo un 6,8% abandona en este momento el Servicio frente a un 18,8% de los sujetos que acuden con otros síntomas.

Recordemos que un 7% eran ya reincidentes, es decir, habían sido tratados por este motivo, que en un 23,3% el problema se había agravado y un 6% de sujetos vivían en este momento en que se consulta bajo la pre-

sión de sucesos estresantes en el ambiente familiar. Es decir un 36% de sujetos con SD frente a un 20% de sujetos con SND acuden con una problemática emocional importante.

Así pues, la muestra de sujetos que consulta por SD pasa de 73 a 68, al haber abandonado el Servicio, en este momento del proceso, los 5 sujetos citados.

EJE I: DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

La valoración del Diagnóstico Clínico se ha realizado con la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente (CFTMEA)

El Eje I contempla 9 categorías clínicas de base que son las siguientes:

1. Psicosis
2. Trastornos neuróticos
3. Patología de la personalidad
4. Trastornos reactivos
5. Deficiencias mentales
6. Trastornos de las funciones instrumentales
7. Trastornos relacionados con el uso de drogas y alcohol
8. Trastornos de expresión somática y/o comportamental
9. Variaciones de la normalidad

**Tabla 8.—Eje I. Diagnóstico Principal.
Frecuencias, porcentajes y significatividad de la relación.**

Diagnóstico Principal N = 280	Sujetos con SD		Sujetos con SND	
	F	%	F	%
Psicosis	2	2,9	4	1,9
Neurosis	33	48,5	86	40,5
Patología Personal	4	5,8	24	11,3
Trastornos Reactivos	18	26,7	41	19,3
Trastornos Instrumentales	3	4,4	28	13,2
Trastornos Somáticos y/o del Comportamiento	-	-	9	4,3
Variaciones de la Normalidad	8	11,7	20	9,5
TOTAL	68	100	212	100

Significatividad de la relación .04038
Coeficiente de contingencia .19199

Diagnóstico Principal

Con las categorías clínicas mencionadas el glosario aconseja utilizar para el diagnóstico principal las 4 primeras categorías. En caso de

que esto no sea posible se utilizarán las categorías 5 a 8, como diagnóstico principal.

De las 9 categorías clínicas que propone el glosario, dos no han sido utilizadas en el Servicio de Psiquiatría Infantil, Deficiencias Mentales y Trastornos por Drogas y Alcohol.

La Comunidad Autónoma dispone de centros específicos para ellos y se canalizan las demandas a través de estos centros. Los resultados están expresados en la tabla 8 y son los siguientes:

Los datos muestran que entre los sujetos con SD el diagnóstico de neurosis y trastornos reactivos es significativamente superior que entre los sujetos con SND. Por el contrario, el grupo no depresivo es diagnosticado con más frecuencia por trastornos de patología de la personalidad, trastornos instrumentales y problemas somáticos. También hay

más sujetos que consultan sin que el problema sea relevante, es decir, por Variaciones de la Normalidad, entre sujetos con SD que entre sujetos con SND. Sin embargo, debido a que los sujetos con Variaciones de la Normalidad no tienen un diagnóstico clínico propiamente dicho, se excluyeron en este momento de la definición diagnóstica de caso.

Como el diagnóstico de depresión no aparece en las categorías clínicas globales, pero sí en las subcategorías en las que cada una de ellas se subdivide, se analizaron cada

**Tabla 9.—Subcategorías clínicas de los sujetos depresivos.
Frecuencias y porcentajes.**

Diagnóstico de Depresión N= 26	F	Porcentajes
Psicosis distímica	1	3,8
Depresión neurótica	12	46,2
Patología anaclítica, abandonismo, depresión crónica	3	11,5
Depresión reactiva	10	38,5
TOTAL	26	100

una de ellas a fin de hacer un diagnóstico diferencial en función de responder al objetivo propuesto: si los sujetos que consultan por Síntomas Depresivos tienen o no un diagnóstico de depresión, y en qué medida sucede este evento, es decir, quienes eran “caso depresivo” y la tasa de incidencia de los mismos.

DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN

Cada una de las categorías clínicas del Eje I que se aconsejan como diagnóstico princi-

pal contemplan la posibilidad de una variante depresiva. De los 68 sujetos con SD, únicamente 26 (38,2%) tienen depresión, y se distribuyen del modo que recoge la tabla 9.

Las frecuencias más altas, como era de esperar, están en las categoría 2 y 4, es decir, en el diagnóstico de trastorno neurótico y de trastorno reactivo. Sin embargo, la tabla, muestra que los síntomas depresivos son diversos en sus expresiones en el niño y la gravedad muy variable, pudiendo ir desde una patología psicótica hasta una “variación

de la normalidad” definida como momentos depresivos, aunque éstos casos, como ya indicamos anteriormente, no se incluyeron en el diagnóstico clínico de depresión.

EJE I: DIAGNÓSTICO SECUNDARIO

De las 4 categorías clínicas que propone el glosario para el diagnóstico secundario, dos

no han sido utilizadas en el Servicio de Psiquiatría Infantil, Deficiencia Mentales y Trastornos por Drogas y Alcohol. Como hemos dicho anteriormente, la Comunidad Autónoma del País Vasco dispone de centros específicos para ellos y se canalizan las demandas a través de estos centros. Así pues,

**Tabla 10.—Eje I. Diagnóstico Secundario.
Frecuencias, porcentajes y significatividad de la relación.**

Diagnóstico Secundario N = 132	Sujetos con SD		Sujetos con SND	
	F	%	F	%
Trastornos instrumentales	3	14,2	48	43,2
Trast. somáticos y/o comportamentales	18	85,8	63	56,8
TOTAL	21	100	111	100

Significatividad de la relación .04932

Coefficiente de contingencia .16374

dos categorías clínicas agrupan a los sujetos con la siguiente distribución:

Trastornos instrumentales, Trastornos somáticos y/o comportamentales

Los sujetos con SD frente a los sujetos con SND presentan significativamente más problemas somáticos y/o comportamentales que problemas instrumentales. Esto sugiere que los “equivalentes depresivos” en la infancia se manifiestan con más frecuencia a través de una sintomatología de tipo físico y orgánico que a través de problemas de aprendizaje. Las alteraciones somáticas más importantes son los dolores psicofuncionales (cefaleas, migrañas, dolores de vientre...), los trastornos del sueño y, en general, el rechazo a las comidas, pérdida de apetito y vómitos.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El número de sujetos que consulta por síntomas depresivos es 73, lo que corresponde a un 22% frente a 261 sujetos que consulta por sintomatología diversa y múltiple, pero no valorada como depresiva, 78% del total de la población.

Estos resultados obtenidos sobre consulta por síntomas depresivos, 22% en nuestra investigación, son similares a los obtenidos en los estudios de Petti (1981), Alessi y Magen (1988), Puig-Antich y Gittelman (1982), Compas y Grant (1993), Lewinshon y colbs (1993), contrastando con lo que en otras investigaciones se había hallado, en el sentido de que los padres no consultan por depresión (Rutter, Tizard and Whitmore, 1970; Sunyer, 1982). Esto confirma nuestro presupuesto de que en la actualidad comienza

a ser un motivo de consulta con cierta "aceptación social", habiendo perdido el contenido de gravedad clínica que tiene para el profesional.

Con relación a la edad no existen diferencias significativas entre los sujetos con o sin sintomatología depresiva, aunque el porcentaje de consultas por este motivo se incrementa con la edad, especialmente en la adolescencia. Sí que hallamos diferencias significativas con relación al sexo, así obtenemos que el porcentaje de chicas es mayor en el caso de las consultas por síntomas depresivos, mientras que en el caso de las consultas por síntomas no depresivos el porcentaje mayor corresponde a los chicos.

Los resultados sobre prevalencia de edad y género han sido objeto de estudio en la mayor parte de las investigaciones sobre depresión en la infancia y adolescencia. En todas ellas, aunque las tasas obtenidas no sean coincidentes por las condiciones en que se realiza la investigación, hay dos datos en nuestro estudio que se constatan habitualmente: a) que la prevalencia se incrementa con la edad (Domenech y Polaino, 1990; Domínguez y Torres, 1991; Cohen, Cohen, Kagan y cols. 1993; Lewinston, 1993; Reynolds y Johnston, 1994), en nuestro estudio el 28,8% consulta entre los 11 y 14 años; y b) que la frecuencia es significativamente superior en chicas que en chicos, 27,8% y 18,3% respectivamente en nuestro trabajo, incrementándose esta desigual ratio al finalizar la adolescencia, sin que se llegue al 2:1 como suele hallarse en los adultos. A nuestro juicio, poco más se puede afirmar sobre las estimaciones de prevalencia en edad y género, en tanto no se llegue a acuerdos en algo tan aparentemente sencillo como, por ejem-

plo, la edad de inicio de la depresión y la edad de finalización de la adolescencia. Entre tanto, las revisiones realizadas sobre estos datos evidencian más los desacuerdos que las coincidencias, y muestran que ambos, acuerdos y desacuerdos, provienen de otras variables de análisis.

Se tiende a consultar significativamente con mayor prontitud por síntomas depresivos que por otros síntomas, deduciendo de las explicaciones paternas que el agravamiento de los síntomas y sucesos familiares estresantes tienden a movilizar a los padres a solicitar consulta.

Los profesionales más consultados, independientemente del motivo de consulta, son los profesionales de la salud y de la educación, con diferencias claras frente al resto de los profesionales. Sin embargo, las consultas a psiquiatría de adultos son significativamente superiores en la muestra de sujetos con SD. Estos datos nos refuerzan la tesis de que a estos profesionales -psiquiatras de adultos- preferentemente les consultan los padres de los pacientes porque ellos se encuentran en tratamiento psiquiátrico. Estos resultados coinciden con diversos estudios, constatando que los problemas psíquicos de los padres inciden en la sintomatología de los hijos. Los estudios no llegan a confirmar que los hijos depresivos provengan necesariamente de padres depresivos, pero sí que la patología mental es significativamente superior en hijos cuyos padres tienen perturbaciones depresivas. (Rutter y Quinton, 1984; Reynolds y Rob, 1988; Garralda y Bayley, 1986; Cytryn y cols, 1984; Mitchel y cols, 1989; Domínguez y Torres, 1991; Shaw y Vondra, 1994; Shaw y cols, 1994; Lyons-Ruth y Zeanah, 1993).

Los sujetos con síntomas depresivos, una vez realizada la demanda, continúan con el proceso diagnóstico hasta el final, sin abandonar dicho proceso. No así los sujetos con síntomas no depresivos, en los que el número de abandonos en el proceso diagnóstico es significativamente mayor, 18,8% frente a 6,8% de sujetos con SD. Resulta difícil contrastar estos datos con investigaciones previas. Los abandonos del tratamiento han sido investigados ampliamente, pero no así los abandonos en el proceso de consulta y diagnóstico. En centros de salud mental el abandono ha sido recientemente más estudiado en nuestro país, pero no con muestras infanto-juveniles, ni en el proceso inicial de consulta (Freire-Arteta, 1986; Reder y Tyson, 1980; Fernández, Larre y Rodríguez, 1996; Iraurgi, 1998; Martínez de Icaya y cols., 1998).

No es suficiente con conocer la tasa de consultas por depresión. Estos datos pueden dar lugar a errores en las tasas de incidencia y prevalencia si no se confirma con un diagnóstico profesional específico. En nuestro caso, de 334 sujetos 73 consultan por SD, de los 68 sujetos a los que se les realiza un diagnóstico 26 tienen un diagnóstico de depresión propiamente dicho, es decir, la tasa de incidencia es del 9,8% del total de una población clínica. La prevalencia e incidencia ha sido investigada repetidamente sin que existan datos concluyentes sobre las mismas. Casi hace 20 años Petti (1981) afirmaba que los valores sobre estas tasas en poblaciones infantiles dependían, además de la edad y género, de la propia población estudiada, de la metodología empleada y de la definición del propio trastorno. Investigaciones más recientes siguen confirmando estos resultados, es decir que las diferencias encontradas

dependen de las variables objeto de estudio (Kashani y cols. 1986; Domenech y Polaino, 1990; Cicchetti, 1995; Anderson, 1987; Kashani y cols, 1987; Alessi y Magen, 1988; Kazdin, 1990 y 1994; Johnston, 1994; Tarullo, 1995; Wicks-Nelson e Israel 1997).

Al utilizar para el diagnóstico de depresión la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales de la Infancia y Adolescencia (CFTMEA) por las razones previamente expuestas, éramos conscientes de que introducíamos una limitación al estudio. Éste es exclusivamente replicable en los ámbitos donde dicha clasificación se utiliza. Sin embargo, respondía a las necesidades del Servicio donde dicha investigación se realiza y donde su replicabilidad se futuriza. Era una forma de devolver a los clínicos, en un planteamiento de “investigación-acción”, el grado de concordancia o discrepancia entre las demandas de los padres y su juicio clínico profesional, y, a su vez, el grado de concordancia o discrepancia entre su juicio clínico profesional y dicho juicio sometido al criterio externo de la CFTMEA, en el que supuestamente dicho juicio se sustentaba.

El diagnóstico de depresión está con mayor frecuencia dentro de las categorías clínicas de neurosis y trastornos reactivos, existiendo diferencias significativas entre sujetos depresivos y sujetos no depresivos en estas categorías y subcategorías clínicas. Del 9,8% de sujetos diagnosticado de depresión hay un 4,3% de sujetos con neurosis depresivas y un 3,6% son sujetos con una depresión reactiva a un suceso familiar estresante que remitió con relativa rapidez tras la intervención terapéutica.

El Diagnóstico Secundario diferencia también a ambas muestras, presentando más

síntomas somáticos y de conducta los niños depresivos que los no depresivos (85,8% frente a 56,8%) y menos trastornos instrumentales (14,2% frente a 43,2%).

La sintomatología referida a trastornos somáticos o comportamentales se confirma estar significativamente más presente en sujetos diagnosticados de depresión que en el resto de la población clínica. Esta posibilidad de diagnóstico secundario que ofrece el glosario francés permite avanzar en el conocimiento de las manifestaciones sintomáticas de la depresión infantil. No obstante es todavía necesario seguir investigando en dicha fenomenología depresiva, especialmente en su aspecto evolutivo, tarea pendiente en las investigaciones revisadas (Garber, 1984; Kashani, 1986). Este trabajo debería completarse con la clarificación entre síntomas y síndrome en la infancia. Los trastornos de

depresión reactiva diagnosticados con el glosario francés posiblemente vayan más en la línea de síntomas depresivos que de síndrome depresivo que propone el DSM-IV.

A la hora de finalizar el trabajo es preciso reconocer que las divergencias entre investigaciones son más explicables que las concordancias. El sistema nacional de salud de cada país, incluso de cada región o comunidad dentro de un país, difiere lo suficiente como para generar diferencias de partida en el estudio de poblaciones clínicas. La valoración sobre ventajas e inconvenientes en relación a la utilización de diferentes clasificaciones nosológicas y criterios diagnósticos asociados a las mismas, lejos de desalentarnos debe motivarnos a seguir manteniendo aquellas divergencias que generan conocimiento y asumiendo aquellas concordancias que propician caminar conjuntamente.

BIBLIOGRAFÍA

- ALESSI, N.E. y MAGEN, J. (1988). Comorbidity of other psychiatric disturbances in depressed psychiatrically hospitalized children. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1582-1584.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder: DSM-IV*. Author. Washington, D.C.
- ANDERSON, J. C. y Colbs. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children: Prevalence in a large sample from de general population. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69-76.
- ANDONEGUI, J.I. (1979). *Etude de la clientele d'un service de psychiatrie infantile ambulatoire (Guidance Infantile): Mode de Contact*. Tesis Ginebra. Editions Médecine et Hygiène.
- BERNSTEIN, G.A. (1991). "Comorbidity and severity of anxiety and depressive disorders in a clinic sample". *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 30 (1), 43-50.
- BETTES, B.A. & WALKER, E. (1986). "Symptoms Associated with Suicidal Behavior in Childhood and Adolescence". *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 591-604.
- CANTWELL, D. P. y CARLSON, G.A. (1983a). *Trastornos afectivos en la infancia y adolescencia*. Barcelona: Martínez Roca.

- CANTWELL, D.P. (1985). "Depressive disorders in children: Validation of clinical syndromes". *Psychiatric Clinics of North America*, 8, 779-192.
- CARLSON, G.A. y GARBER, J. (1986). "Developmental issues in the classification of depression in children". En M. RUTTER, C.E. IZARD y P.B. READ (Eds.), *Depression in young people: Developmental and clinical perspectives* (pp. 99-434). Nueva York. Guilford Press.
- CICCHETTI, D. Y SCHNEIDER-ROSEN, K. (1984). "Toward a transaccional model of childhood depression". En D. CICCHETTI y K. SCHEIDER-ROSEN (Eds.), *Childhood depression* (pp. 81-105). San Francisco: Jossey-Bass.
- CICCHETTI, D.; COHEN, D.J. (1995). *Developmental psychopathology*. New York. Wiley and Sons.
- COBO, C. (1972). *La depresión infantil*. Madrid: Ediciones Temas de Hoy.
- COHEN, P; COHEN, J. y Colbs. (1993). An epidimiological study of disorders in late childhood and adolescence-I. Age- and gender- specific prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 851-867.
- COMPAS, B. E.; EY, S. y GRANT, K.E. (1993). Taxonomy, assessment, and diagnosis of depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 14, 323-334.
- COMITE PARA LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LAS DEPRESIONES (1989). *Diagnóstico y tratamiento de los trastornos afectivos en la infancia y adolescencia*. Comunicaciones presentadas en el IV Symposium Nacional del Comité para la Prevención y el Tratamiento de las Depresiones, Córdoba.
- CONDE, V. y BALLESTEROS, M.C. (1988). "Criterios diagnósticos de las depresiones infantiles, II". *Anales de Psiquiatría*, 4 (3), 106-117.
- CONSEJERIA DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES. (1990). *Guía para la Salud Infantil en Atención Primaria*. Ed. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla.
- CRUZ, M.S.;; MAGANTO, C.; AVILA ESPADA, A. (1997): Sistemas de objetivación del diagnóstico psicopatológico en la infancia y adolescencia. En A. Avila Espada (Ed.). *Evaluación en psicología clínica. Volumen II. Estrategias cualitativas*. Salamanca. Amarú.
- CYTRYN, L y colbs. (1984). "Developmental issues in risk research: the offspring of affectively ill parents". En M. Rutter, C.D. Izard, y P.B.Read: *Depression in childhood: developmental perspectives*. New York. Guilford Press.
- DEL BARRIO, M.V. (1990). "Situación actual de la evaluación de la depresión infantil". *Evaluación Psicológica*, 6 (2), 171-209.
- DEL BARRIO, V; MESTRE, V. (1989): Epidemiología de la depresión infantil. Valencia. Conselleria de Sanitat y Consum.
- DIGDON, N. y GOTLIB, I.H. (1985). "Developmental considerations in the study of childhood depression". *Developmental Review*, 5, 162-199.
- DOGDE, K.A. (1990). "Developmental psychopathology in children of depressed mothers". *Developmental Psychology*, 26, 3-6.6

- DOMENECH, E. Y POLAINO, A. (1990). Epidemiología de la depresión infantil. Barcelona. Expacs, Publicaciones médicas.
- DOMÍNGUEZ, M.; TORRES, A. (1991): Depresión en la adolescencia: prevalencia y variables asociadas. *Confluencias (V)*, 1, 8-11.
- DOWNEY, G. y COYNE, J.C. (1990). "Children of depressed parents: An integrative review". *Psychological Bulletin*, 108, 50-7.
- FERNÁNDEZ, E.; LARRE, M.C. y RODRIGUEZ, A.J. (1996). Sobre el abandono del tratamiento en tres Centros de Salud Mental. *Revista de la Asociación española de Neuropsiquiatría*, (XVI), 58, 213-234.
- FLEING, J.E. y OFFORD, D.R. (1990). "Epidemiology of Childhood Depressive Disorders": A Critical Review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 571-580.
- FREIRE-ARTETA, B. (1986). Interrupción prematura del tratamiento en psiquiatría. Una revisión bibliográfica. *Revista de la Asociación española de Neuropsiquiatría (VI)*; 16, 22-44.
- FRIAS, D.; MESTRE, M.; DEL BARRIO, V.; GARCÍA-ROS, R. (1990): Déficit cognitivos depresivos y rendimiento escolar. *Revista de Psicología de la Educación*, (2), 5, 61-80.
- GARBER, J. (1984). "Classification of child psychopathology: A developmental perspective". *Child Development*, 55, 30-48.
- GARCÍA GONZÁLEZ, J. y APARICIO BASAURI, V. (1990). *Nuevos sistemas de atención en Salud Mental: Evaluación e investigación*. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Oviedo.
- GARCIA-VILLAMISAN, V.D.A. (1990). *Estudio epidemiológico de la depresión en la adolescencia*. Promolibro.
- GARRALDA, M.; BAYLEY, D. (1986): Children with psychiatric disorders in primary care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry (5)*, 27, 611-624.
- GROVE, W.; CICCETTI, D.; (1991) (Eds): *Thinking clearly about psychopathology*. New York. Wiley.
- JOHNSTON, H. F. y FRUEHLING, J. J. (1994). Pharmacotherapy for depression in children and adolescents. En W. M. Reynolds y H. F. Johnston (eds.). *Handbook of depression in children and adolescent*. New York. Plenum Press.
- IRAURGI, J. (1998). Estimación del riesgo de abandono a los tres y seis meses en un servicio de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XVIII, 65, 9-26.
- JIMÉNEZ, J.L.; SERRADA, M.T. y ALDAMA, E. (1991). Prevalencia de enfermedad mental entre los padres de una muestra de pacientes psiquiátricos. *Actas Luso-Españolas de Neurología Psiquiátrica*, (19), 5, 268-273.
- KASHANI, J.H., SHERMAN, D.D. (1989). "Mood Disorders in children and adolescents". En TASMAN, A., HALES, R. y GRANTANES, A. (Eds.). *Review of Psychiatry*, 18 Washington. *American Psychiatry Press*, 197-216.

- KASHANI, J; HOLCOMB, W.; ORVASHEL, H. (1986): Depression and Depressive symptoms in Preschool Children From the General Population. *American Journal Psychiatric* 143:9, 1138-1143.
- KASHANI, J.; CARLSON, G. y cols. (1987): Seriously depressed preschoolers. *American Journal Psychiatry*, 144, 348-351.
- KASHANI, J.; RAY, J.; CARLSON, G. (1984): Depression and depressive-like states in preschool-age children in a child development unit. *American Journal Psychiatry*, 141, 1397-1402.
- KASLOW, N.J., REHM, L.P. y SIEGEL, A.W. (1984). "Social and cognitive correlates of depression children: A developmental perspective". *Journal Child Psychology*, 12, 605-620.
- KASLOW, N.J., REHM, L.P., POLLACK, S.L. y SIEGEL, A.W. (1988). "Attributional style and self-control behavior in depressed and nondepressed children and their parents". *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 163-175.
- KAZDIN, A.E. (1988). *Childhood depression*. En E.J. MASH y L.G. TERDAL (Eds.), Behavioral assessment of childhood disorders (2ª ed.). Nueva Yor: Guilford Press.
- KAZDIN, A.E., COLBUS, D. & RODGERS, A. (1986). "Assessment of Depression and Diagnosis of Depressive Disorder among Psychiatrically Disturbed Children". *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 499-515.
- KAZDIN, A. E. (1990). Conduct disorders. En A. S. Bellak, M. Hersen y A. E. Kazdin (eds.). *International handbook of behavior modification and therapy*. New York. Plenum Press.
- KAZDIN, A. E. (1994). Informant variability in the assessment of childhood depression. En W. M. Reynolds y H. F. Johnston (eds.). *Handbook of depression in children and adolescent*. New York. Plenum Press.
- KOVACS, M. & Colbs. (1984). "Depressive Disorders in Childhood. I.- A longitudinal Prospective Study of Characteristics and Recovery". *Archives of General Psychiatry*, 41, 229-237.
- KOVACS, M. & Colbs. (1984). "Depressive Disorders in Childhood. II.- A Longitudinal Study of the Risk for a subsequent Major Depression". *Archives of General Psychiatry*, 41, 643-649.
- LEBOVICI, S. (1995). "La clasificación de los trastornos mentales". En S. Lebovici, R. Diatkine y M. Soulé: *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*. T. VII. Madrid. Biblioteca Nueva.
- LERNER, y cols. (1993). Utilization patterns of community mental health services by newly referred patients. *Social Psychiatric Epidemiology*, 28, 1, 17-22.
- LEWIS, M y MILLER, S.M. (1990). *Handbook of developmental psychopathology*. Nueva York: Plenum Press.
- LEWINSOHN, P. M. y cols. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 133-144.
- LYONS-RUTH, K. y ZEANAH, C.H. (1993). The familia context of infant mental health I: Affective development in the primary caregiver relationships. In C.H. Zeanah (Ed.): *The handbook of infant mental health*. New York. Guilford Press.

- MARTÍNEZ DE ICAYA, I.; CRUZ, S. y cols. (1998). Abandono del tratamiento en la clínica infantil. En Varios (comp.). *Psicoanálisis en la Universidad: Cuestiones Metodológicas e Interdisciplinariedad*. San Sebastián. Xangorin.
- MITCHEL, J y cols. (1989). Psychopathology in parents of depressed children and adolescents. *Journal of American Academic childhood and Adolescent Psychiatry*, 28, 352-357.
- MILLER, S.M., BIRNBAUM, A. y DURBIN, D. (1990). "Etiologic perspectives on depression in childhood". En M. LEWIS y S.M. MILLER (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (pp. 311-325). Nueva York: Plenum Press.
- MISSÈS, R. (1990). Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'Enfant*, (38), 10-11, 523-539.
- MULLINS, L.L., SIEGEL, L.J. y HODGES, K. (1985). "Cognitive problem-solving and life event correlates of depressive symptoms in children". *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 305-314.
- NISSEN, G. (1987). "La depresión en la niñez y en la adolescencia: Diagnóstico y tratamiento". *Psicopatología*, 7 (3), 303-314.
- OLLENDICK, T.H. y HERSEN, M. (1986). *Psicopatología infantil*. Barcelona: Martínez Roca.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (1992). CIE 10: *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid. Meditor.
- PAYKEL, E.S. (1985). *Psicopatología de los trastornos afectivos*. Madrid. Pirámide.
- PETTI, T. (1981): Depression in children: A significant disorder. *Psychosomatics*, (22), 5, 444-447.
- POLAINO, A. (1987). "Depresión y suicidio infantil". En R. Alzate (Ed.), *Trastornos de conducta en la infancia*. Bilbao. Universidad del País Vasco.
- POLAINO-LORENTE, A. (1988). *Las depresiones infantiles*. (Dir.). Ed. Morata. Madrid.
- POLAINO-LORENTE, A. y DOMENECH LLABERIA, E. (1993). "Prevalence of childhood depression": Results of the first study in Spain *Journal Child Psychology. Psychiatry*, 34, 6, 1007-1017.
- POZNANSKI, E.O.(1982). "The clinical phenomenology of childhood depression". *American Journal of Orthopsychiatry*, 52 (2), 308-313.
- POZNANSKY, E. & COLBS. (1985). "Diagnostic Criteria in Childhood Depression". *American Journal of Psychiatry*, 142, 1168-1173.
- PUIG-ANTICH, J. y GITTELMAN, R. (1982). "Depression in childhood and adolescence". En E.S. PAYKEL (Ed.), *Handbook of affective disorders* (pp. 379-392). Nueva York: Guilford Press.
- PUIG-ANTICH, J. y RABINOVICH, H. (1986). "Relationship between affective and anxiety disorders in childhood". En R. GITTELMAN (Ed.), *Anxiety disorders of childhood* (pp. 136-156). Nueva York. Guilford Press.
- REDER, P. y TISON, R.L. (1980). Patient dropout from individual psychotherapy: A review and discussion. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 44, 3-9.
- REHM, L.P. y CARTER, A.S. (1990). "Cognitive components of depression". En M. LEWIS y S.M. MILLER (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (pp. 341-351). Nueva York. Plenum Press.

- REYNOLDS, J. y ROB, M.I. (1988). The role of family difficulties in adolescent depression, drug-taking and other problem behavior. *Medical Journal Australian* (5), 149, 250-256.
- REYNOLDS, W. M. y JOHNSTON, H. F. (1994). The nature and study of depression in children and adolescent. En W. M. Reynolds y H. F. Johnston (eds). *Handbook of depression in children and adolescents*. New York. Plenum Press.
- ROJAS, A. *Clasificación francesa de los trastornos mentales en el niño y en el adolescente*. En colaboración con Roger Mises. Próxima a aparecer en la Revista Colombiana de Psiquiatría.
- RUTTER, M.; TIZARD, J.; WHITEMORE, K. (1979): *Education, Health and behavior*. London. Longman Group.
- RUTTER, m.; QUINTON, D. (1984). parental psychiatric disorders: effects on children. *Psychological Med.* 14, 853-880.
- RUTTER, M., IZARD, C.E. y READ, P.B. (1986). *Psychological markers: Effects of age and puberty. Depression in young people. Developmental and clinical perspectives*. Nueva York. Guilford Press.
- RUTTER, M., IZARD, C.E. y READ, P.B. (1986). *Depression in young people: Developmental and clinical perspectives*. Nueva York. Guilford Press.
- SANDERS, M.R., DADDS, M.R., JOHNSTON, B.M. y CASH, R. (1992). "Childhood Depression and Conduct Disorder. 1. Behavioral, Affective, and Cognitive Aspects of Family Problem-Solving Interactions". *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 3, 495-504.
- SCHULTERBRANDT, J.G. y RASKIN, A. (Ed.) (1997). "An empirical clinical approach toward a definition of childhood depression". *Depression in children: Diagnosis, treatment, and conceptual models*. Nueva York. Raven Press.
- SHAFII, M. y SHAFII, S.L. (Ed.) (1992). *Clinical Guide to Depression in Children and Adolescents*. American Psychiatric Press. Washington.
- SHAW, D.S. y VONDRA, J.I. (1994) Chronic family adversity and infant attachment. *Journal and Child Psychology, Psychiatry and Allied Ddisciplines*, 34, 1205-1215.
- SHAW, D.S. y cols. (1994). Chronic family adversity and early child behavior problems: A longitudinal study of low income families. *Journal and Child Psychology, Psychiatry and Allied Ddisciplines* , 35, 1109-1122.
- SHEFERD. M. (1982): The application of the epidemiological method in psychiatry. *Acta Psyquatrira Scandinava*, (296), 65, 9-23.
- SHEFERD, M. (1984): The contribution of epidemiology to clinical psychiatry. *American Journal psychiatry*, 141, 1574-1576.
- SUNYER, M. (1982): Estudi de la població infantil del servei de psicologia i Psiquiatría de l'Hospital civil de Basuro: motius de consulta. Tesis de Licenciatura. Barcelona. Universidad Autónoma.
- TARULLO, L. B. y cols. (1995). Multiple sources in child diagnosis: Parent-child concordance in affectively ill and well families. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 173-183.
- VAZQUEZ, J.L.; PADIERNA, J.A. y DÍEZ, J.F. (1984). El concepto de caso en la investigación psiquiátrica. *Psiquis*, (5), 3, 17-21
- WICKS-NELSON, R.; ISRAEL, A.C. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid. Prentice Hall.