

11241  
2 ej 17

INFORME TECNICO DE LA TESINA

ELABORACION Y APLICACION DE UN INSTRUMENTO

DE RECOLECCION PARA DETECTAR DEPRESION EN ETAPA

ESCOLAR

COORDINADOR DE LA TESINA

DR GUIDO MACIAS VALADEZ

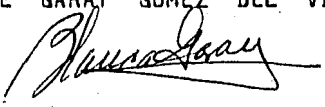


ASESOR ESTADISTICO

DR JESUS REYNAGA OBREGON

RESIDENTE DE TERCER GRADO DE PSIQUIATRIA

DRA BLANCA DE GARAY GOMEZ DEL VILLAR



FALLA DE ORIGEN



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

1.0	RESUMEN
2.0	INTRODUCCION
2.1	ANTECEDENTES
2.2	PROBLEMA
2.3	HIPOTESIS
3.0	METODO
3.1	VARIABLES
3.2	DISEÑO
3.3	PROCEDIMIENTO
3.4	RECURSOS
3.5	CRONOGRAMA
4.0	RESULTADOS
5.0	DISCUSION
6.0	REFERENCIAS

## 1.0 RESUMEN

El estudio consistió en la elaboración y aplicación de un instrumento de recolección de datos específicos para detectar Depresión en escolares seleccionados al azar, durante 5 meses para obtener y completar la muestra necesaria que en este caso fué de 33 escolares que cumplieron con los requisitos de inclusión: edad de 6 a 12 años y que por diversos motivos acuden a consulta psiquiátrica en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro" y en el Centro Comunitario de Salud Mental de la SSA.

El grupo control se seleccionó al azar en 33 escolares de una escuela primaria, a quienes se les aplicó el instrumento de recolección ya citado.

Se utilizaron los criterios diagnósticos de tres instrumentos de recolección específicos: Research Diagnostic Criteria de Spitzer et al; The Children's Depression Rating - Scale de Poznanski et al; Depression in children refered to an Educational Diagnostic Center de Weinberg et al, cuya validez está comprobada estadísticamente, por lo que permiten la validación de este instrumento de recolección.

A través del instrumento de recolección se detectaron 7 casos de Depresión en el grupo estudio y un caso en el grupo control.

Los datos se analizaron estadísticamente por medio de la prueba paramétrica de diferencia de proporciones, observando una diferencia estadística significativa en el grupo estudio y grupo control.

Se midió la sensibilidad del instrumento de recolección para medir la capacidad de la prueba para detectar a los pacientes verdaderamente enfermos, observando un 50 % de sensibilidad para el instrumento de recolección.

## 2.0 INTRODUCCION

### 2.1 ANTECEDENTES

Varios estudios relativos a la frecuencia de la depresión han proporcionado cifras muy discrepantes, que varían desde un 3 % reportado por Weber entre 4000 escolares estudiados, hasta 12.4 % encontrado por Kuhn en 117 niños. Poloni descubrió en una casuística de 7000 niños examinados en el curso de 10 años, 500 depresiones, 75 de ellas consideradas como endógenas.

El Grupo para el avance de la Psiquiatría, específicamente el comité de Paidopsiquiatría publicó un informe en 1966, -- afirmando la existencia de la depresión clínica en la infancia que se manifiesta por alteraciones de la alimentación y del sueño, en la alteración psicomotriz y otras pautas de -- comportamiento desencadenadas por la amenaza de pérdida real o simbólica de una figura parental o de un sustituto de ella. La pérdida de la autoestima, los sentimientos de desprecio -- de sí mismo, la culpa y la ambivalencia hacia la persona amada, pueden estar presentes.

Sperling llegó a la conclusión de que existe una alta incidencia de depresión en los niños que se presenta principalmente por un acting out a través de los canales corporales, -- dando lugar a perturbaciones en el sueño, en el apetito, prurito, migraña.

Rie esboza un desarrollo de las etapas sintomáticas de la depresión en la infancia que van desde perturbaciones en la alimentación y en el sueño, cólicos, llantos y golpes de cabeza hasta problemas de conducta tales como rabietas, desobediencia, travesuras, fugas y propensión a los accidentes.

En 1972 se realizó un estudio en Estocolmo sobre los estados depresivos de la infancia y la adolescencia, en el que -- se revela hasta que punto la depresión clínica de la infancia se ha convertido en una entidad morbose elaborada según el modelo médico y se trata con infinidad de antidepresivos.

Los autores refieren que la variedad infantil reúne a la --

vez tipos exógenos y endógenos; sin embargo están de acuerdo en que la reacción tiende a ser episódica, relativamente breve, clínicamente diferente a la reacción de los adultos y sintomáticamente cambiante no sólo durante el curso evolutivo, sino también durante la enfermedad.

El diagnóstico de la depresión clínica en los niños se suele basar en diferentes combinaciones de indicios y síntomas que se han comprobado empíricamente que se presentan agrupados.

Sandler y Joffe descubrieron nueve datos patognomónicos que caracterizan a la depresión en el niño: está triste, se le ve infeliz y deprimido, retraído, hastiado y desinteresado, descontento, no se satisface prontamente y tiene poca capacidad para el placer tiene sentimientos de no ser amado y ser rechazado y se desvía de los objetos que le decepcionan, incapaz de aceptar ayuda o consuelo, tiende a regresar a la pasividad oral, sufre de insomnio y de otros trastornos del sueño, se entrega a las actividades autoeróticas y a otras de carácter repetitivo, tiene dificultades para mantener un contacto prolongado con su terapeuta.

Otro aspecto de la depresión infantil es su estrecha relación con la situación familiar. Cytrin y Mc Knew llamaron la atención sobre la frecuencia de niños deprimidos por la pérdida parental, por separación, divorcio o muerte, el rechazo y el desprecio por parte de los padres, la falta de interés por el niño o el hecho de no tenerle en cuenta por parte de uno de los padres y la depresión parental, pues el niño se identifica a menudo con el padre o la madre deprimidos.

Malmquist recalca la exigencia familiar sobre la conformidad y dedicación a los deberes y la necesidad de ganar la aprobación de los padres. Estas familias "superyo" obligan constantemente a los niños a encauzarse según pautas de "bondad".

Poznanski y Zrull descubrieron una gran incidencia de depresiones en los padres en las que la depresión se utilizaba manifiestamente para controlar explosiones de ira. Estas familias tenían dificultades especiales para afrontar agresión y hostilidad y los niños se convertían inevitablemente en el chivo expiatorio del --

. proceso. Se les agredía de muy diferentes formas: a golpes, - con desprecios y hasta por medio del rechazo y abandono. Otras ca- racterísticas de estas familias eran la falta de angustia y la os- cilación entre la agresión y la depresión. Los niños experimenta- ban el máximo de depresión cuando no la podían descargar por mo- dio de juegos agresivos.

## 2.2 PROBLEMA

La depresión se manifiesta en forma muy diversa en las dife- rentes etapas del desarrollo del niño, La sintomatología es en al- gunos casos mínima y en otros los síntomas son muy variados, poco objetivos, por lo que es de suma importancia investigar detallada- mente las manifestaciones depresivas a través del interrogatorio- con la madre y la observación del comportamiento del niño.

La depresión es una entidad clínica que ha llamado la aten- ción en la época contemporánea como un fenómeno que está presente en las distintas etapas del desarrollo del niño y se podría atribuir a uno o ambos conjuntos de factores siguientes:

- 1) El reconocimiento de la infancia como componente esencial de - la existencia humana y del potencial psicológico del niño para percibir, pensar y sentir.
- 2) Los cambios recientes en la condición del niño, que se refle- jan en la forma de educación, la actitud de los padres y el pe- so que ejerce la depresión de los adultos sobre el niño.

La sintomatología de la depresión en la infancia es poco ob- jetiva para los padres y los médicos, existiendo una gran dificul- tad en el establecimiento del diagnóstico de la entidad clínica.

El niño que sufre de depresión tiene obstáculos para expre- sar sus síntomas depresivos, porque la comunicación de un senti- miento es una tarea compleja.

Conforme va creciendo y desarrollándose el niño, es capaz de comunicar lo que siente, según su experiencia y la etapa en la -- que se encuentra.

En las diferentes etapas del desarrollo, tienen lugar tres - procesos de diferenciación; la madre diferencia los afectos del -

niño, al clasificarlos, le ayuda a ser consciente de ellos, el niño diferencia los sentimientos del observador (la madre) y los relaciona con circunstancias específicas y el niño diferencia por sí mismo sus propios sentimientos y comienza a clasificarlos y a compararlos con los demás.

Cada acontecimiento afectivo representa una experiencia correctora para el niño y le capacita cada vez más para identificar y clasificar la creciente amplitud y complejidad de sus sentimientos. El desarrollo de sus facultades depende de la creación de cadenas afectivas de respuesta, en las que una situación concreta se percibe en un medio determinado, se aprende en un cierto contexto, se siente de un cierto modo, se expresa por medio de determinados gestos corporales y se comunica verbalmente mediante ciertos términos. A medida que la cadena se hace más amplia y sutil, aumentan las exigencias planteadas a las funciones de cognición, expresividad y aptitud verbal. A lo largo de la etapa más temprana de la infancia, los hábitos de la educación moldean la expresión de las emociones y sentimientos. Los sentimientos se clasifican en "tristes", "malos", "alegres", pero todavía no aparece el término de depresión.

Según las circunstancias individuales, pueden transcurrir varios años antes de que el término depresión pase a formar parte del intercambio regular entre padres y el niño.

De acuerdo con los preceptos sociales y culturales, puede parecer absurdo que un niño esté deprimido antes de alcanzar cierto nivel de maduración.

Piaget postula que existe una íntima relación entre el desarrollo cognitivo y afectivo, por consiguiente sería razonable pensar que la experiencia de la depresión en los últimos años de la infancia, fuese diferente de las experiencias más tempranas.

La depresión misma experimenta un desarrollo a lo largo de toda la evolución del niño y sus características están determinadas por progresos paralelos, en el simbolismo, la representación el lenguaje y las operaciones lógicas.



El niño en etapa escolar tiene mayor posibilidad de comunicar sus sensaciones a través del lenguaje verbal, la expresión corporal y del comportamiento.

En todas las investigaciones clínicas se ha observado una gran dificultad para establecer el diagnóstico preciso de Depresión en la infancia y esto se debe a la variabilidad de la información y de los criterios diagnósticos.

En estudios piloto se ha utilizado el Kiddie-Sads-E que es una entrevista estructurada para registrar episodios pasados sobre desórdenes psiquiátricos en niños y adolescentes, demostrando precisión en el diagnóstico retrospectivo con este instrumento.

Existe otro instrumento paralelo al Kiddie/Sads/P para registrar y diagnosticar episodios presentes de depresión infantil, que se ha aplicado en estudio piloto con buenos resultados, por lo que se ha considerado que ésta y aquél son instrumentos que pueden tener un uso más práctico en el registro de información fidedigna sobre depresión en la infancia.

Existen muchos otros instrumentos con la misma finalidad; el registro de manifestaciones depresivas para determinar la severidad de la depresión infantil y en adolescentes.

Pero en cada uno se han observado limitaciones por la inconsistencia en la amplitud de los síntomas, algunos que tienen la característica de ser autoaplicables, la influencia de la edad y su relación con las variables y la veracidad de la medición de los síntomas depresivos.

Algunos ejemplos son: Children's Depression Inventory de Kovacs y Beck, 1977, que abarca de los 7 a 17 años de edad; el Short Children's Depression Inventory de Carlson y Cantwell, 1979 con un rango de edad de los 7 a 17 años; el Children's Depression Scale de Lang y Fisher, 1978, que incluye de los 9 a 16 años de edad; el Self-Rating Scale de Birmaher, 1981 con una amplitud de 7 a 13 años; el Bellevue Index of Depression de Petti, 1978 con rango de 6 a 12 años; el Children's Depression Rating Scale de Rznanski et al, 1979 con una amplitud de 6 a 12 años; el Children's Affective Rating Scale de Mc Knew et al, 1979 que abarca

de 5 a 15 años; el Interview Schedule for Children de Kovacs, 1978 que incluye de 8 a 13 años; Depression in Children de Weinberg 1973 con un rango de 6 a 12 años; otros instrumentos como el Research -- Diagnostic Criteria de Spitzer, 1977, con criterios para adultos en desórdenes afectivos, que se han utilizado en niños; la Escala de Zung modificada para niños de 10 a 11 años; el Center for Epidemiological Studies Depression Scale de Weissman et al, 1980 con un rango de 6 a 17 años.

En los hospitales psiquiátricos de nuestro país no se tiene un instrumento de recolección específico para detectar la Depresión como entidad clínica, por lo que se considera de suma importancia y la necesidad de elaborar y aplicar un instrumento de recolección de datos específicos que permita la detección temprana y oportuna de la Depresión en escolares, teniendo entonces una utilidad inmediata y de fácil manejo para los psiquiatras, así como para los médicos residentes.

### 2.3 HIPOTESIS

Si a través de la aplicación de un instrumento de recolección específico en pacientes escolares, se detecta en la gran mayoría de los casos la Depresión como entidad clínica

Entonces:

Se confirmará el diagnóstico de Depresión en los pacientes escolares, a los cuales se les proporciona atención psiquiátrica por el diagnóstico citado.

Se detectará Depresión en los pacientes escolares sospechosos, a quienes se les proporciona atención psiquiátrica por otro motivo.

### 3.0 METODO

#### 3.1 VARIABLES

En el estudio de investigación se establecieron las siguientes variables, las cuales están contenidas en la hipótesis:

- 1) Depresión que es la entidad clínica que se pretende detectar-- y corresponde a una variable cualitativa nominal
- 2) Edad de los pacientes que son exclusivamente escolares, con un rango de 6 a 12 años y 06 meses cumplidos y corresponde a una variable cuantitativa continua.
- 3) Sexo de los pacientes escolares que corresponde a una variable cualitativa nominal.
- 4) Otras entidades clínicas que son el motivo de la consulta psiquiátrica del paciente escolar y corresponde a una variable cualitativa nominal.

#### 3.2 DISEÑO

Se establecieron dos etapas en la investigación: la primera corresponde a la elaboración y diseño del instrumento de recolección, en el que se incluyeron tres secciones: la primera sobre datos personales del paciente; la segunda sobre la sintomatología depresiva, la cual contiene 36 síntomas en orden de frecuencia, seleccionados de otros instrumentos de recolección ya validados estadísticamente, como el Research Diagnostic Criteria de Spitzer, el Children's Depression Rating Scale de Poznanski, el Weinberg y otros más como las consideraciones hechas a través de la investigación clínica y bibliográfica de varios autores: Calderón Narvaez Anthony y Benedek, Mc Knew, Kovacs.

La tercera sección corresponde a los factores predisponentes de la Depresión en la etapa escolar, según los autores ya anotados - en párrafo anterior.

La cuarta sección corresponde al examen mental que se debe realizar al paciente y por último la impresión diagnóstica.

Una vez elaborado el formato del instrumento de recolección y con el visto bueno del asesor, se procedió a realizar la segunda etapa del estudio que se refiere a la aplicación del propio instrumento de recolección, previa elaboración de un instructivo.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION PARA DETECTAR DEPRESION EN  
ETAPA ESCOLAR

DATOS PERSONALES

Nombre \_\_\_\_\_

Apellido paterno                      Apellido Materno                      Nombre (s)

Lugar y fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ (años y meses cumplidos)

Sexo   F     M  

Nombre del padre (madre) o tutor (a) \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA                      Tiempo de evolución \_\_\_\_\_

Alteración del apetito:                      Aumento del apetito \_\_\_\_\_

Disminución del apetito \_\_\_\_\_

Alteración del sueño:                      Insomnio \_\_\_\_\_

Hipersomnia \_\_\_\_\_

Alteración psicomotriz:                      Hiperactividad \_\_\_\_\_

Hipoactividad \_\_\_\_\_

Pérdida de interés en actividades placenteras:                      Persistente \_\_\_\_\_

Intermitente \_\_\_\_\_

Pérdida de energía:                      Fatiga \_\_\_\_\_

Pereza \_\_\_\_\_

Disminución de la autoestima:                      Autoreproche \_\_\_\_\_

Sentimiento de culpa \_\_\_\_\_

Lentitud para pensar \_\_\_\_\_

Disminución de la concentración \_\_\_\_\_

Ideación suicida \_\_\_\_\_

Intento (s) de suicidio \_\_\_\_\_

familia \_\_\_\_\_

Retraimiento en la:                      escuela \_\_\_\_\_

Incapacidad para responder con placer a los elogios \_\_\_\_\_

tristeza frecuente \_\_\_\_\_

Estado de ánimo:                      irritabilidad frecuente \_\_\_\_\_

ocasional \_\_\_\_\_

Llanto:                      frecuente \_\_\_\_\_

Ambivalencia hacia los padres \_\_\_\_\_

Dificultad para realizar tareas escolares \_\_\_\_

Distracciones frecuentes \_\_\_\_

Disminución de la memoria \_\_\_\_

Aprovechamiento escolar:

bueno \_\_\_\_

regular \_\_\_\_

malo \_\_\_\_

Timidez \_\_\_\_

Resentimiento \_\_\_\_

Miedo a :

obscuridad \_\_\_\_

quedarse solo \_\_\_\_

escuela \_\_\_\_

ocasional \_\_\_\_

frecuente \_\_\_\_

ocasional \_\_\_\_

frecuente \_\_\_\_

ocasionales \_\_\_\_

frecuentes \_\_\_\_

Actos de rebeldía:

ocasional \_\_\_\_

frecuente \_\_\_\_

ocasional \_\_\_\_

frecuente \_\_\_\_

ocasional \_\_\_\_

Ansiedad:

Pesadillas:

frecuente \_\_\_\_

ocasional \_\_\_\_

frecuente \_\_\_\_

ocasional \_\_\_\_

frecuente \_\_\_\_

Actitud taciturna \_\_\_\_

Dolor abdominal:

Cefalea:

Dolor de garganta:

Descontento:

Capricho:

Trastorno de conducta: impulsiva \_\_\_  
agresiva \_\_\_  
Enuresis \_\_\_  
Encopresis \_\_\_  
Fantasmas de tipo depresivo \_\_\_  
Tendencia a la delincuencia \_\_\_

pérdida del objeto parental: real \_\_\_  
imaginaria \_\_\_  
rechazo \_\_\_  
privación paterna y/o materna: hostilidad \_\_\_  
ambivalencia: \_\_\_

**Factores**

trastornos afectivos de los padres \_\_\_  
enfermedades incapacitantes de los padres \_\_\_  
familia disfuncional \_\_\_  
enfermedades del paciente que ameritan: hospitalización \_\_\_  
inmovilización \_\_\_

**Predisponentes**

asma \_\_\_  
insuficiencia renal \_\_\_  
enfermedades crónicas del paciente: alergia severa \_\_\_  
cardiopatía \_\_\_  
otras \_\_\_  
Trastorno específico del desarrollo \_\_\_  
Retraso mental \_\_\_

**EXAMEN MENTAL :**

**Impresión diagnóstica:**

Instructivo para la aplicación del instrumento de recolección -- para detectar Depresión en etapa escolar.

- 1) El instrumento de recolección se aplicará a escolares de 6 a 12 años y once meses cumplidos.
- 2) En escolares de ambos sexos; masculino y femenino.
- 3) Se realizará una entrevista a través de interrogatorio directo e indirecto, con el escolar y su madre y/o padre respectivamente, para obtener los datos que se indican en el instrumento de recolección.
- 4) Se efectuarán las preguntas pertinentes para cada síntoma que se indica en el instrumento y se marcará con una cruz en el espacio correspondiente, tratando de obtener el mayor número de datos.
- 5) Al final del interrogatorio, se anotará el examen mental observando al paciente directamente y tomando en consideración su comportamiento desde el inicio de la entrevista.
- 6) Para establecer el diagnóstico de Depresión, se utilizarán -- los criterios del Research Diagnostic Criteria de Spitzer, el Children's Depression Rating Scale de Poznanski y el Weinberg criterios que se adjuntan a este instructivo.
- 7) Se anotará al final del instrumento de recolección el diagnóstico tico en el espacio correspondiente.

Spitzer R. L, Endicott y Robins E:  
Research Diagnostic Criteria (RDC)  
For selected group of functional disorders  
3<sup>a</sup> ed New York State  
Psychiatric Institute  
1977

Disforia y/o anhedonia y 4 (probable) o 5 (definitivo) de los siguientes síntomas:

1. Aumento o disminución del apetito y del peso.
2. Alteraciones en el sueño: insomnio o hipersomnía.
3. Disminución de la energía, fatiga.
4. Agitación o retardo psicomotriz.
5. Pérdida de interés en el placer.
6. Autoreproche o culpa excesiva.
7. Disminución en la capacidad de pensar o concentrarse.
8. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

Duración: 1 semana se considera probable  
2 semanas se considera definitivo

Nota: La disforia se caracteriza por los siguientes síntomas:  
tristeza frecuente, irritabilidad frecuente, apatía, --  
falta de iniciativa.



Poznancki E, Grossman J, Benegas M, Nitzberg Y y Gibbons R:  
The Children's Depression Rating Scale: An Update.  
Paper given at the American Academy of Child Psychiatry  
Dallas 1981

Afecto deprimido, conducta o apariencia y 4 (probable) o 5  
(definitivo) de los siguientes síntomas:

1. Aislamiento social.
2. Dificultades en el sueño.
3. Quejas de fatiga.
4. Hipoactividad
5. Anhedonia
6. Disminución de la autoestima o culpa patológica
7. Dificultad en la escuela.
8. Ideación mórbida o ideación suicida

Duración de un mes de la sintomatología depresiva

Weinberg W. A, Rutman J y Sullivan L:

Depression in Children referred to an Educational Diagnostic Center

Journal of Pediatrics

83 (1973): 1054-1072

Animo disfórico (melancolía) e ideación autodeprecatoria.

Dos de los siguientes síntomas:

1. Cambios inusuales en el apetito y/o en el peso.
2. Disminución en la socialización.
3. Alteraciones en el sueño.
4. Pérdida de la energía usual.
5. Cambio en el funcionamiento escolar.
6. Cambio en la actitud hacia la escuela
7. Quejas somáticas
8. Conducta agresiva (agitación psicomotriz)

Duración 1 mes de la sintomatología depresiva

La segunda etapa de la investigación se refiere a la aplicación del instrumento de recolección en un grupo de pacientes escolares que reciben atención psiquiátrica por Depresión o por otros motivos, en el servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro" y en el Centro Comunitario de Salud Mental de la SSA.

Para comprobar la hipótesis planteada y probar la validez del instrumento de recolección, es necesario aplicar el mismo a un grupo control, que en este caso está conformado por escolares "sanos" de una escuela primaria y que no reciben atención psiquiátrica.

Se considera que en el grupo estudio se observarán mayor número de pacientes con Depresión y probable Depresión, en comparación al grupo control en el cual se observarán menor número de escolares con Depresión y probable Depresión.

Se utilizarán los criterios diagnósticos que ya están validados estadísticamente en investigaciones realizadas por sus autores: Research Diagnostic Criteria de Spitzer, The Children's Depression Rating Scale de Poznanski y The Childhood Depression - Criteria de Weinberg, para establecer el diagnóstico de Depresión en los escolares a los que se aplicará el instrumento de recolección, por lo que si se observan los resultados esperados ya anotados en párrafos anteriores, se podrá comprobar la validez del instrumento de recolección.

Se considera que debe existir una diferencia estadística significativa en los resultados obtenidos en el grupo estudio y en el grupo control y para probar la misma se efectuará análisis estadístico por medio de la prueba paramétrica de diferencia de proporciones, en la que es necesaria una muestra de 30 o mayor de este número.

La evaluación del instrumento de recolección como prueba capacidad para detectar a los verdaderamente enfermos, se realizará a través de la fórmula de la sensibilidad, utilizando la tabla de cuatro casillas para evaluación de pruebas.

Por las características ya anotadas, el diseño de investigación es de tipo descriptivo, transversal y no experimental.

### 3.3 PROCEDIMIENTO

La selección de la muestra se efectuó al azar, para evitar la influencia de variables extrañas en el grupo estudio y en el grupo control. El número de unidades de observación para la muestra fue de 33 para el grupo estudio y 33 para el grupo control, ya que es necesario un total de 30 o mayor de 30 para aplicar la prueba de análisis estadístico de diferencia de proporciones. La selección de la muestra para el grupo estudio se realizó en el servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil y en el Centro Comunitario de Salud Mental de la SSA. La selección de la muestra para el grupo control se llevó a cabo en una escuela primaria.

Las unidades de observación para el grupo estudio cumplieron los siguientes requisitos de inclusión: pacientes en edad escolar de 6 a 12 años y once meses cumplidos, del sexo femenino o masculino, que reciben atención psiquiátrica en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro" o en el Centro Comunitario de Salud Mental de la SSA, por diversos motivos.

Las unidades de observación para el grupo control cumplieron los siguientes requisitos de inclusión: escolares de 6 a 12 años y once meses cumplidos, del sexo femenino o masculino, que no reciben atención psiquiátrica en ninguna institución y que estaban en la escuela primaria en la cual se permitió la aplicación del instrumento de recolección.

Teniendo previstas todas estas consideraciones se inició la aplicación del instrumento de recolección en el grupo estudio de la siguiente forma: se explicó al padre y/o madre del paciente escolar el objetivo del estudio, solicitando su colaboración en el mismo, acto seguido se realizó una entrevista a través de interrogatorio directo e indirecto, con el escolar y su madre y/o padre respectivamente, para obtener los datos que se indican en el instrumento de recolección. Se efectuaron las preguntas pertinentes para cada síntoma que se indica en el instrumento y se marcó con una cruz en el espacio correspondiente, tratando de obtener el mayor número de datos. Al final del interrogatorio, se --

anotó el examen mental observando al paciente directamente y tomando en consideración su comportamiento desde el inicio de la entrevista.

Para establecer el diagnóstico de Depresión o probable Depresión se utilizaron los criterios diagnósticos del Research Diagnostic Criteria de Spitzer, The Children's Depression Rating Scale de Poznanski y The Childhood Depression Criteria de Weinberg.

Se anotó también el motivo por el cual el paciente escolar recibe atención psiquiátrica y que corresponde a diferentes entidades nosológicas de la infancia.

La aplicación del instrumento de recolección en el grupo control se efectuó de la siguiente forma; se explicó al padre y/o madre del escolar la finalidad del estudio, solicitando su colaboración en el mismo, inmediatamente después se realizó una entrevista por medio de interrogatorio directo e indirecto, con el escolar y su padre y/o madre respectivamente, para obtener los datos que se indican en el instrumento de recolección. Se efectuaron las preguntas pertinentes para cada síntoma que se indica en dicho instrumento y se marcó con una cruz en el espacio correspondiente, tratando de obtener el mayor número de datos. Al final del interrogatorio se anotó el examen mental, observando al escolar directamente y tomando en consideración su comportamiento desde el inicio de la entrevista. Para determinar el diagnóstico de Depresión o probable Depresión se utilizaron los criterios diagnósticos del Research Diagnostic Criteria de Spitzer, The Children's Depression Rating Scale de Poznanski y The Childhood Depression Criteria de Weinberg.

Las unidades de medida se seleccionaron de la siguiente manera: la variable Depresión se midió a través del número de casos; la variable edad se midió en años y meses cumplidos; el sexo por la frecuencia de masculinos o femeninos; las diversas entidades clínicas por el número de casos de cada una.

El recuento de la información se llevó a cabo con el sistema de palotes. Se elaboraron tablas de frecuencias y de asociación.

gráficos de barras simples, barras apareadas y polígono de frecuencias superpuestos, para mostrar la información estadística. La descripción numérica de la información se realizó por medio de proporciones, que se utilizaron para efectuar el procedimiento de análisis estadístico.

### 3.4 RECURSOS

Los recursos para el estudio de investigación se clasificaron de la siguiente forma: los sujetos de estudio que corresponden a las unidades de observación del grupo estudio y grupo control.

El instrumento de recolección que es el documento en el cual se registraron los datos de cada una de las unidades de observación del grupo estudio y grupo control.

Los recursos humanos para el estudio fueron: el coordinador de la investigación, el asesor estadístico y la residente que realizó el estudio de investigación.

### 3.5 CRONOGRAMA

La primer etapa del estudio consistió en la recolección de antecedentes sobre el problema de la Depresión en la infancia, por medio de la revisión bibliográfica de diferentes revistas en biblioteca. Las referencias se anotan al final del informe. Esta etapa se llevó a cabo durante un mes aproximadamente.

La segunda etapa se dedicó a la elaboración y diseño del instrumento de recolección para detectar la Depresión en la etapa escolar durante dos semanas.

Después del visto bueno del instrumento de recolección, así como del protocolo de investigación por el coordinador de la tesis, se procedió a recoger la información en el grupo estudio y grupo control durante cinco meses por las dificultades que implica la recolección de la información.

La elaboración de la información y del informe técnico se realizó durante un mes aproximadamente.

#### 4.0 RESULTADOS

Después de recoger la información y utilizando los criterios diagnósticos ya citados, se procedió a contar los datos y se elaboraron tablas para presentar la información estadística, observando los siguientes resultados:

En el grupo estudiado se detectaron siete casos de Depresión de los cuales dos casos cumplieron con los criterios diagnósticos de los tres instrumentos específicos: Research Diagnostic Criteria de Spitzer, The Children's Depression Rating Scale de Poznanski y The Childhood Depression Criteria de Weinberg.

Uno de los casos diagnosticados como Depresión correspondió a un paciente masculino de 9 años de edad, atendido en el servicio de la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro", siendo el motivo de la consulta enuresis y encopresis. El segundo caso correspondió a un paciente masculino de 12 años de edad, atendido en el Centro Comunitario de Salud Mental por un trastorno de conducta.

El tercer caso se diagnosticó a través de los criterios del Weinberg y Poznanski, cumpliendo con los requisitos de Depresión definitiva, no así con el RDC de Spitzer, que de acuerdo a los criterios se estableció probable Depresión.

Este caso es un paciente masculino de 12 años de edad que recibe tratamiento psiquiátrico por tartamudeo, en el Centro Comunitario de Salud Mental.

El cuarto y quinto caso de Depresión cumplieron con los criterios diagnósticos del Weinberg y se estableció probable Depresión según criterios de inclusión de Spitzer y Poznanski.

El cuarto caso corresponde a un paciente masculino de 11 años de edad, siendo el motivo de la consulta un trastorno de conducta, atendido en el Centro Comunitario de Salud Mental.

El quinto caso de Depresión es un paciente masculino de seis años de edad, que recibe atención psiquiátrica por trastorno de conducta y probable Depresión en el Centro Comunitario de Salud Mental.

El sexto caso de Depresión corresponde a un paciente masculino que cubrió los requisitos del Weinberg y a través de los criterios diagnósticos de Poznanski se determinó una probable Depresión, no cumplió criterios del RDC de Spitzer.

El paciente tiene una edad de 8 años y el motivo de la consulta fué un trastorno específico del desarrollo en la lecto-escritura atendido en el Centro Comunitario de Salud Mental.

El séptimo caso clínico de Depresión fué determinado por los criterios diagnósticos del Weinberg, no cumpliendo con los requisitos de Poznanski, ni Spitzer. El paciente es masculino de 9 años de edad, el motivo de la consulta psiquiátrica fué por sonambulismo, recibe tratamiento en el Centro Comunitario de Salud Mental.

En el grupo estudio se detectaron 7 casos probables de Depresión de acuerdo a los criterios diagnósticos ya citados. El primer caso de probable Depresión cumplió con los requisitos de Poznanski, Spitzer y Weinberg y corresponde a un paciente masculino de 9 años de edad, cuyo motivo de consulta fué un trastorno específico del desarrollo en la escritura, siendo atendido en el Centro Comunitario de Salud Mental.

El segundo caso clínico cubrió los criterios de probable Depresión a través del Spitzer y Weinberg; se trata de un paciente masculino de 6 años de edad, atendido por trastorno de la atención con hiperquinesia en el Centro Comunitario de Salud Mental.

El tercer caso de probable Depresión se estableció por medio del Spitzer y el Weinberg y corresponde a un paciente masculino de 6 años de edad, a quien se proporciona atención psiquiátrica por retraso mental en el Centro Comunitario de Salud Mental.

El cuarto caso se determinó como probable Depresión por los criterios diagnósticos del Poznanski. El paciente es masculino de 11 años de edad, que recibe atención psiquiátrica por bulimia en el Centro Comunitario de Salud Mental.

El quinto caso de probable Depresión fué establecido por los criterios diagnósticos del Weinberg y corresponde a una paciente



femenina de 10 años de edad, atendida por un trastorno del desarrollo en la articulación del lenguaje en el Centro Comunitario de Salud Mental.

El sexto caso se determinó como probable Depresión por el Spitzer y se trata de una paciente femenina de 7 años de edad, con un trastorno de la atención con hiperquinesia, que recibe atención psiquiátrica en el Centro Comunitario de Salud Mental.

El séptimo caso se detectó como probable Depresión a través del Spitzer, corresponde a una paciente femenina de 10 años de edad, siendo el motivo de consulta un trastorno de conducta, en el Centro Comunitario de Salud Mental.

En el grupo control se detectó un caso de Depresión de acuerdo a los criterios diagnósticos del Weinberg y de probable Depresión por el Spitzer y Poznanski. Este caso corresponde a un escolar masculino de 6 años de edad, que no recibe atención psiquiátrica en ninguna institución <sup>o</sup> psiquiatra particular, que no presenta aparentemente alguna entidad clínica, pero si existen factores predisponentes como familia disfuncional, trastorno afectivo en la madre y ambivalencia de los padres hacia el escolar. (Se canalizó a consulta externa del Centro Comunitario de Salud Mental).

En el grupo control se detectó un caso de probable Depresión de acuerdo a los criterios diagnósticos del Spitzer, Poznanski y Weinberg, se trata de una escolar femenina de 6 años de edad que no es atendida en institución psiquiátrica, ni por psiquiatra particular, no presenta alguna otra entidad nosológica, pero si existen factores predisponentes: familia disfuncional, pérdida imaginaria del objeto parental y ambivalencia de los padres. (Se canalizó a consulta externa del Centro Comunitario de Salud Mental).

En la tabla número uno se puede observar la distribución de los casos clínicos de Depresión 7 para el grupo estudio y uno para el grupo control, 7 casos de probable Depresión en el grupo estudio y uno en el grupo control, 19 casos no deprimidos en

el grupo estudio y 31 casos no deprimidos en el grupo control, de un total de 33 escolares para cada grupo.

La medida de resumen más apropiada para la variable Depresión es la proporción considerando el tamaño de la muestra, que en este caso es de 33 escolares. En el grupo estudio la proporción de 7 casos de Depresión en relación a 33 escolares da como resultado 0.21 y este valor significa que de 33 pacientes escolares, 0.21 están deprimidos, este valor tiene más significancia en la prueba de análisis estadístico, que se presentará posteriormente en este mismo apartado.

En el grupo control la proporción de un caso de Depresión en relación al total de 33 escolares da un valor de 0.03 que se refiere a que de 33 escolares 0.03 están deprimidos.

En la segunda tabla se presenta la distribución de la Depresión en el grupo estudio en relación al sexo, observando que los 7 casos de Depresión corresponden a pacientes masculinos y los casos de probable Depresión corresponden 3 al sexo femenino y 4 al sexo masculino.

En la tabla número tres se observa un caso de Depresión masculino y un caso de probable Depresión del sexo femenino en el grupo control.

En la tabla número cuatro se muestra la distribución de la Depresión en relación a la edad en el grupo estudio, observando 3 casos de Depresión en el grupo de 8 a 9 años, 2 casos en el grupo de 12 años, un caso en el grupo de 6 a 7 años y un caso en el grupo de 10 a 11 años .

Se tienen 3 casos de Probable Depresión en el grupo de 6 a 7 años y 3 casos en el grupo de 10 a 11 años y un caso en el grupo de 8 a 9 años.

En la tabla número cinco se observa la distribución de la Depresión en relación a la edad en el grupo control, un caso de Depresión en el grupo de 6 a 7 años y un caso de probable Depresión en el mismo grupo.

Cada una de las tablas está representada gráficamente de acuerdo al tipo de variable.

TABLA NUMERO UNO

DISTRIBUCION DE DEPRESION ESCOLAR EN GRUPO ESTUDIO Y

GRUPO CONTROL

	GRUPO ESTUDIO	GRUPO CONTROL
DEPRESION	7	1
PROBABLE DEPRESION	7	1
NO DEPRESION	19	31
TOTAL	33	33

DISTRIBUCION DE DEPRESION ESCOLAR EN GRUPO ESTUDIO Y GRUPO CONTROL

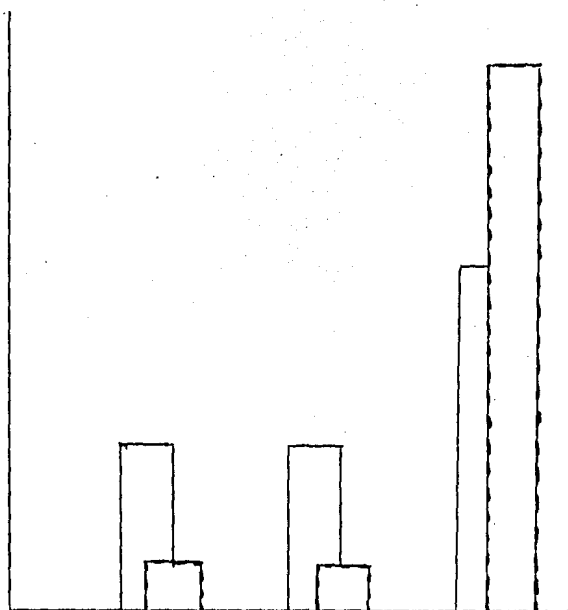
ESTUDIO  
CONTROL

NUMERO  
ESCOLARES

30

20

10



DEPRESION

PROBABLE  
DEPRESION

NO DEPRESION

TABLA NUMERO DOS

DISTRIBUCION DE DEPRESION ESCOLAR SEGUN SEXO EN

GRUPO ESTUDIO

SEXO	DEPRESION	PROBABLE DEPRESION	TOTAL
FEMENINO		3	3
MASCULINO	7	4	11
TOTAL	7	7	14

TABLA NUMERO TRES

DISTRIBUCION DE DEPRESION ESCOLAR SEGUN SEXO EN

GRUPO CONTROL

SEXO	DEPRESION	PROBABLE DEPRESION	TOTAL
FEMENINO		1	1
MASCULINO	1		1
TOTAL	1	1	2

DISTRIBUCION DE DEPRESION ESCOLAR EN GRUPO ESTUDIO  
 Y GRUPO CONTROL  
 SEGUN SEXO

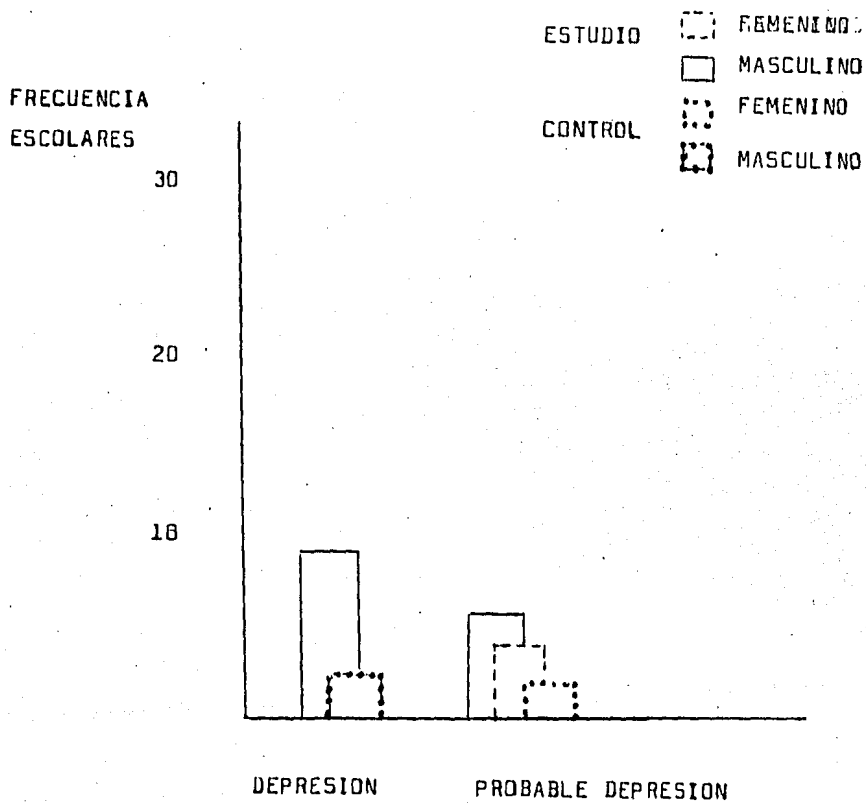


TABLA NUMERO CUATRO

DISTRIBUCION DE DEPRESION ESCOLAR SEGUN EDAD EN

GRUPO ESTUDIO

EDAD	DEPRESION	PROBABLE DEPRESION	TOTAL
6-7	1	3	4
8-9	3	1	4
10-11	1	3	4
12 hasta 11 meses	2		2
TOTAL	7	7	14



DISTRIBUCION DE DEPRESION ESCOLAR SEGUN EDAD EN  
GRUPO ESTUDIO

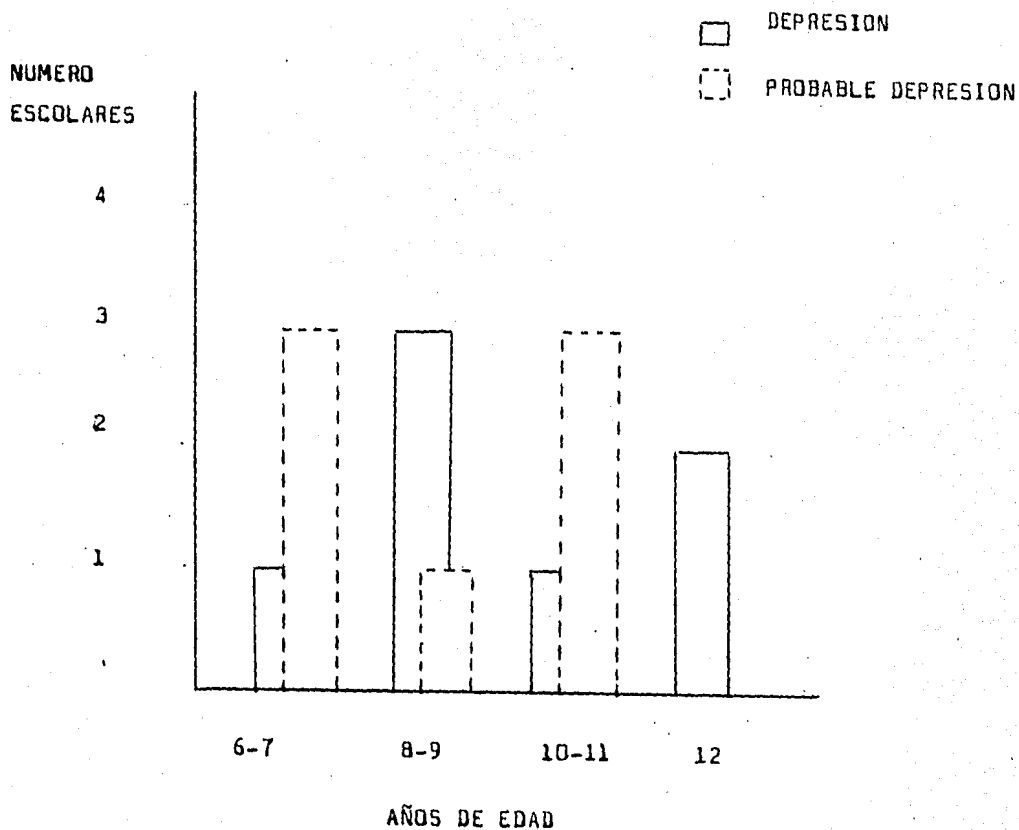


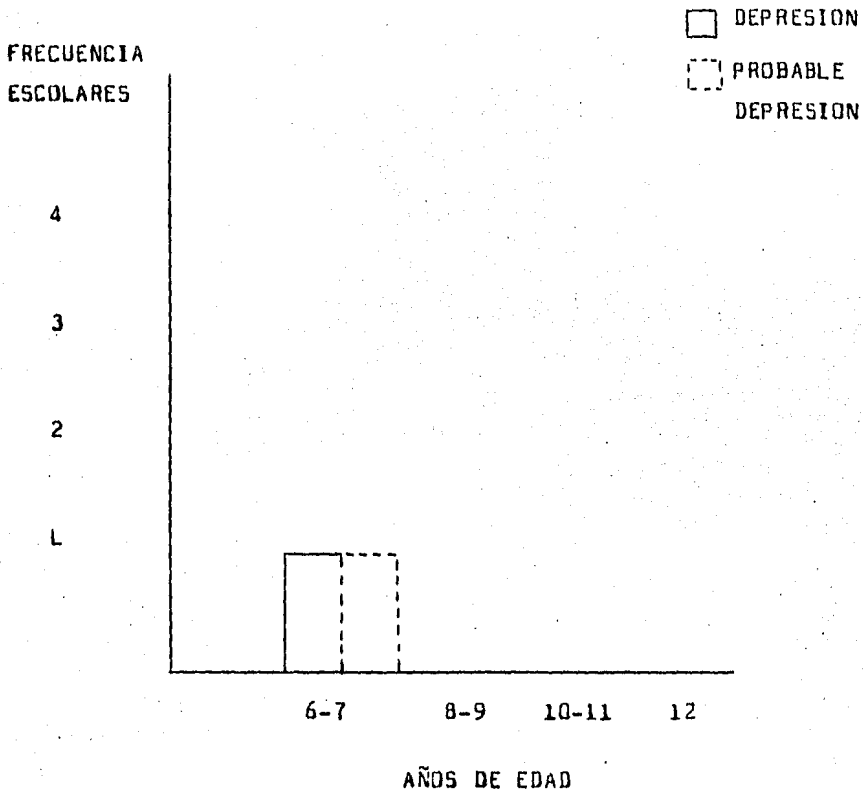
TABLA NUMERO CINCO

DISTRIBUCION DE DEPRESION ESCOLAR SEGUN EDAD EN GRUPO

CONTROL

EDAD	DEPRESION	PROBABLE DEPRESION	TOTAL
6-7	1	1	2
8-9			
10-11			
12 hasta 11 meses			
TOTAL	1	1	2

DISTRIBUCION DE DEPRESION ESCOLAR SEGUN EDAD EN  
GRUPO CONTROL



Prueba de análisis estadístico para comprobar la hipótesis planteada. Se seleccionó la prueba paramétrica de diferencia de proporciones para grupos independientes con una muestra de 30 o mayor a éste y con una distribución muestral de acuerdo a la curva normal.

Para realizar la prueba de análisis estadístico se plantean dos hipótesis:

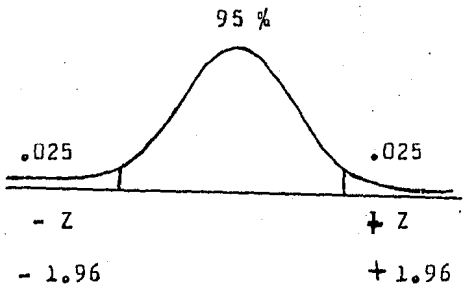
$H_0$   $p_1 = p_2$  La hipótesis nula plantea que la proporción 1 es igual a la proporción 2

$H_1$   $p_1 \neq p_2$  La hipótesis alterna plantea que la proporción 1 es diferente significativamente de la proporción 2

$\alpha = .05$  es la probabilidad del error alfa

$$Z = \pm 1.96$$

Se tiene entonces una hipótesis de dos colas



Regla de decisión: Se rechaza  $H_0$  si  $Z$  calculada es mayor de 1.96 o menor de -1.96

$$Z = \frac{p_1 - p_2}{\sqrt{\frac{p_1 q_1}{n_1} + \frac{p_2 q_2}{n_2}}}$$

en donde;

$p_1$  es la proporción de pacientes escolares deprimidos del grupo en estudio

$p_2$  es la proporción de escolares deprimidos del grupo control

$q$  es el valor que falta para la unidad

n1 es la muestra del grupo estudio

n2 es la muestra del grupo control

por lo tanto:

$$P1 = \frac{\text{número de escolares deprimidos del grupo estudio}}{\text{valor de la muestra del grupo estudio (número de escolares estudiados)}}$$

$$P1 = \frac{7}{33} = 0.21$$

$$q1 = 1 - P1$$

$$q1 = 1 - 0.21 = 0.79$$

$$P2 = \frac{\text{número de escolares deprimidos del grupo control}}{\text{valor de la muestra del grupo control}}$$

$$P2 = \frac{1}{33} = 0.03$$

$$q2 = 1 - P2$$

$$q2 = 1 - 0.03 = 0.97$$

$$Z = \frac{0.21 - 0.03}{\sqrt{\frac{0.21 \times 0.79}{33} + \frac{0.03 \times 0.97}{33}}} =$$

$$Z = \frac{0.18}{\sqrt{\frac{0.16}{33} + \frac{0.02}{33}}} =$$

$$Z = \frac{0.18}{\sqrt{0.0048 + 0.0006}} =$$

$$Z = \frac{0.18}{\quad} =$$

0.0054

$$Z = \frac{0.18}{\quad} =$$

0.073

$$Z = 2.46$$

El valor de  $Z = 2.46$  se encuentra más allá de  $+ Z.1.96$ , del lado derecho de la cola de la curva normal, por lo que se rechaza la Hipótesis nula que plantea que  $P_1$  es igual a  $P_2$

Por lo tanto, se acepta Hipótesis alterna que plantea que  $P_1$  es diferente a  $P_2$ .

Existe una diferencia significativa entre la proporción 1 del grupo estudio y la proporción 2 del grupo control.

Por consiguiente se comprueba la hipótesis planteada en el estudio de investigación así como sus consecuencias verificables.

Tabla de cuatro casillas para evaluar la sensibilidad del instrumento de recolección.

		Resultados verdaderos	
		Enfermos	Sanos
Resultados de la prueba	Positivos	A	B
	Negativos	C	D

La sensibilidad de una prueba es la capacidad de detectar a los verdaderamente enfermos.

$$\text{Sensibilidad} = \frac{A}{A + C} \times 100 \quad \text{en donde:}$$

A es el número de enfermos positivos

A+C es el total verdadero de enfermos

		Resultados verdaderos	
		Enfermos	Sanos
Resultados de la prueba	Positivos	7	1
	Negativos	7	32

En este caso:

A tiene un valor de 7 pacientes escolares deprimidos detectados a través del instrumento de recolección, en grupo estudio.

C tiene un valor de 7 que corresponde a pacientes sospechosos - de Depresión y que se detectaron como probables casos de Depresión a través del instrumento de recolección, en grupo estudio.

B tiene valor de 1 que corresponde a un paciente con Depresión detectado por medio del instrumento de recolección en el grupo control.

D tiene un valor de 32 escolares "sanos" a los que se aplicó el instrumento de recolección no observando ni detectando la entidad clínica del estudio de investigación.

$$\text{Sensibilidad} = \frac{7}{7 + 7} \times 100$$

$$\text{Sensibilidad} = 50 \%$$

El valor 50 % significa que el instrumento de recolección tiene

la capacidad de detectar el 50 % de los verdaderamente enfermos de Depresión.

Esta prueba de la sensibilidad no coincide en el resultado con la prueba de análisis estadístico, en la que se demuestra la diferencia significativa estadística entre los dos grupos: estudio y control.

## 5.0 DISCUSION

El objetivo del estudio de investigación fué probar la validez del instrumento de recolección elaborado y aplicado en dos grupos de estudio y control, para demostrar que a través del instrumento se detectan casos de Depresión en etapa escolar.

Los resultados del estudio de investigación son satisfactorios en relación a la prueba de análisis estadístico, por medio de la que se comprueba una diferencia significativa entre los dos grupos mayor número de pacientes con Depresión en el grupo estudio y menor número de escolares con Depresión en el grupo control.

A través de la prueba de análisis estadístico se comprueba la hipótesis planteada y sus consecuencias verificables, por lo que se establece la validez del instrumento de recolección por dos medios: la aplicación de la prueba de diferencia de proporciones y la utilización de los criterios diagnósticos de tres instrumentos de recolección específicos para detectar Depresión en la infancia con validez estadística comprobada en investigaciones realizadas por sus autores: Spitzer, Poznanski y Weinberg.

La prueba de sensibilidad proporciona un resultado poco satisfactorio, que no coincide con los resultados de la prueba de análisis estadístico, pues se esperaba un resultado mayor al valor de la sensibilidad que fué de 50 % de capacidad para detectar a los verdaderamente enfermos de Depresión en etapa escolar.

Este resultado permite hacer consideraciones importantes en relación a la estructura del instrumento de recolección, con la posibilidad de modificar parte de la estructura y/o realizar una entre



vista más detallada de la sintomatología depresiva del escolar en estudio.

Es necesario recordar que en la literatura sobre el tema, los autores informan una y otra vez la gran dificultad que aún existe para diagnosticar la Depresión en la edad escolar, aunque se tienen instrumentos de recolección, entrevistas estructuradas, escalas de medición, reportes de auto-evaluación, ya que la Depresión como entidad clínica se presenta en forma muy diversa, en ocasiones con escasos síntomas y en otros con múltiples manifestaciones depresivas por lo que este primer intento de elaboración y aplicación de un instrumento de recolección que permita detectar Depresión en etapa escolar, motiva y estimula la búsqueda de bibliografía para documentar y actualizar el presente estudio, con la finalidad de que el instrumento elaborado se aplique en el servicio de consulta externa, previas modificaciones si es necesario, para obtener en las actividades diarias de los psiquiatras y médicos residentes un instrumento útil, de fácil manejo, que permita despertar el interés de los médicos en investigar cuidadosamente en cada uno de sus pacientes un probable episodio de Depresión o la misma como entidad clínica que está presente en el escolar y que por la complejidad y diversidad de los síntomas es difícil su diagnóstico y se olvida en el momento de la entrevista investigar las manifestaciones depresivas que están presentes en diferentes entidades nosológicas de la infancia.

## 6.0 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Spitzer R. I., Endicott J., Robins E.: Research Diagnostic Criteria (RDC) For selected group of functional disorders. 3a ed. New York State. Psychiatric Institute 1977
2. Poznanski E., Grossman J., Banegas M., Nitzberg Y y Gibbons R.: The Children's Depression Rating Scale: An update  
Paper given at the American Academy of Child Psychiatry, Dallas 1981
3. Weinberg W. A., Rutman J y Sullivan L.:  
Depresión in children refered to an educational diagnostic center

Journal of Pediatrics 83 (1973): 1064-1072

4. Carlson Gabrielle.: Diagnosis of childhood depression: a comparison of the Weinberg and DSM III criteria.  
Journal of the American Academy of Child Psychiatry vol 21-3  
May 1982, 247-250
5. Puig-Antich J.: Editorial: The use of RDC criteria for major-depressive disorder in children and adolescents  
Journal of the American Academy of Child Psychiatry Vol 21:3 -  
May 1982, 291-293
6. Kazdin Alan, Patti T.: Self-report and interview measures of-childhood and adolescent depression  
Journal Child Psychology, Psychiatric, vol 23 no 4, 437-457 -  
1982
7. Kazdin E Alan.:  
Assessments of childhood depression: correspondence of child and  
parent ratings.  
Journal of Child Psychology, Psychiatry vol 22 No 2 March 1983  
157-164
8. Lewis Melvin .: .  
Depression in childhood: a biopsychosocial perspective  
American Journal of Psychotherapy 35:3 July 1981, 323-329
9. Little Betsy C.:  
Psychophysiological antenatal predictors of postnatal depressed  
mood.  
Journal of Psychosomatic Research vol 26:4 1982, 419-428
10. Orvaschel H.: Retrospective assessments of prepubertal major de-  
pression with the Kiddie Sads-E  
Journal of American Academy of Child Psychiatry vol 21:4 July -  
1982, 392-397
11. Puig-Antich J.: Major depression and conduct disorder in prepu-  
berty.  
Journal of the American Academy of Child Psychiatry vol 21:2 -  
March 1982, 118-128
12. Birmaher B.: The validity of depressive disorder in childhood-

and the development of a self-rating scale. A research report. Journal of child psychology and Psychiatry, vol 22:1 January - 1981, 73-80

13. Christ Adolph E.:

Depression symptoms versus diagnosis in 10 of 412 hospitalized children and adolescents 1957-1977

American Journal of Psychotherapy vol 35:3 July 1981, 400-412

14. Carlson Gabrielle A.:

Suicidal behavior and depression in children and adolescents.

Journal American Academy of child psychiatry vol 21:4, July -- 1982, 361-360

15. Kovacs M et al.:

Depressive disorders in childhood.

Arch Gen Psychiatry 1984, 41, 643-649

16. Kashani J et al.: Current perspectives on childhood depression an overview

The American Journal of Psychiatry vol 138:2 February 1981

17. Toolan J.: Depression and suicide in children: an overview

American Journal of Psychotherapy vol 35:3 July 1981

18. Kashani J et al.: Depression in children and adolescents with cardiovascular symptomatology: the significance of chest pain

Journal of the American Academy of child Psychiatry vol 21:1 - 187-189, 1982

19. Carlson G et al.: A survey of depressive symptoms, syndrome - and disorder in a child psychiatric population.

Association for Child Psychology and Psychiatry, Neuropsychiatric Institute. Journal American Academy of child psychiatry - 1982

20. Feinstein C et al.: Depressive Symptomatology in a child psychiatric outpatient population: correlations with diagnosis

Official Journal of the American Psychopathological Association vol 25:4 July 1984

21. Malmquist Carl.: Depression in childhood and adolescence

New England Journal of Medicine, 284:887-893 1971