

11241



43

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina  
División de Estudios de Posgrado.  
Departamento de Psiquiatría, Psicología  
y Salud Mental.

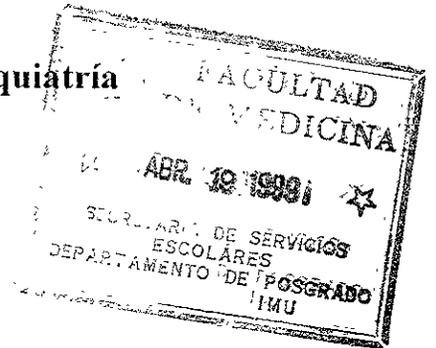


## “CONSTRUCTOS COGNOSCITIVOS RELACIONADOS CON LA DEPRESION INFANTIL”

Pensamientos automáticos, Desesperanza, Anhedonia y Sintomatología Depresiva.

### TESIS

Que para obtener el Título de Especialista en Psiquiatría



Presenta:

DR. RUBEN NUÑEZ ORTIZ

ASESOR TEORICO

DR. JORGE LUIS ESCOTO MORETT

ASESOR METODOLOGICO

DR. FRANCISCO PAEZ ACRAIZ

\*Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Alvarez” S.S.A.

\*\*\*Facultad de Medicina. Dpto. de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental. UNAM.

2000

287200



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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

<b>INTRODUCCION</b> -----	<b>1</b>
<b>MARCO TEORICO</b> -----	<b>1</b>
<b>JUSTIFICACION</b> -----	<b>20</b>
<b>OBJETIVOS</b> -----	<b>21</b>
<b>MATERIALY METODOS</b> -----	<b>22</b>
<b>RESULTADOS</b> -----	<b>28</b>
<b>CONSIDERACIONES ETICAS</b> -----	<b>32</b>
<b>DISCUSION</b> -----	<b>32</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b> -----	<b>36</b>

## B) MARCO TEÓRICO

### INTRODUCCIÓN

La depresión es un problema de salud serio en niños y adolescentes. Se ha estimado que de cada 6 internamientos de niños en Hospitales Psiquiátricos, en Estados Unidos, uno es a consecuencia de un trastorno depresivo. Entre los niños y adolescentes con conductas suicidas, la depresión es uno de los principales diagnósticos de fondo. Durante las pasadas dos décadas, el estudio de la depresión en niños y adolescentes, se convirtió en el campo de acción de numerosos investigadores (Psiquiatras, Psicólogos y otros trabajadores del área de la salud mental). El campo de investigación fue muy amplio; desde la neuroendocrinología hasta los déficits cognitivos, lo cual es sugestivo de que hay un enorme interés de los profesionales en la naturaleza, evaluación y tratamiento de la gente joven que padece esta enfermedad (1).

Estudios de poblaciones de niños y adolescentes, han reportado prevalencias de depresión en niños entre un 0.4% y 2.5% y en adolescentes, entre un 0.4% y 8.3%. Los pocos estudios epidemiológicos acerca de la distimia han reportado una tasa de prevalencia entre 0.6% a 1.7% en niños y 1.6% a 8% en adolescentes. En niños, la depresión mayor ocurre en una proporción similar en hombres y mujeres, mientras que en los adolescentes, la relación mujer-hombre es de aproximadamente 2:1 (2, 3).

Tanto en estudios clínicos, como epidemiológicos, se ha demostrado que un 40% a un 70% de niños y adolescentes con depresión mayor tienen comorbilidad psiquiátrica, y al menos 20% a 50% tienen dos o más diagnósticos adicionales. Los diagnósticos psiquiátricos más frecuentemente asociados a la depresión mayor en niños son: distimia y

trastornos de ansiedad (ambos de 30% a 80%), trastornos de conducta (10% a 80%), y abuso de sustancias (20% a 30%). Excepto para el abuso de sustancias, es más probable que la depresión mayor ocurra después del inicio de los otros trastornos psiquiátricos. Asimismo, los problemas de conducta pueden desarrollarse como complicación de la depresión y persistir después de que los síntomas depresivos remitan. (2, 3, 4).

Aproximadamente 70% de los pacientes que desarrollan una distimia a temprana edad, tienen una depresión mayor superpuesta y un 50% tienen otros trastornos psiquiátricos preexistentes, incluyendo trastornos de ansiedad (40%), trastornos de conducta (30%), trastorno por déficit de atención (24%) y enuresis y encopresis (15%). De todos ellos, 15% tienen al mismo tiempo 2 o más diagnósticos adicionales (2, 3, 4).

Estudios clínicos y epidemiológicos han reportado que la duración promedio de un episodio de depresión mayor es de aproximadamente 7 a 9 meses; aproximadamente 90% de los periodos depresivos mayores remiten en 1.5 a 2 años después del inicio, mientras que el 10% se prolonga más. Estudios de muestras tanto epidemiológicas como clínicas han encontrado consistentemente que la depresión mayor es una condición con una probabilidad acumulada de recurrencia del 40% a los 2 años y de 70% a los 5 años. Muy pocos estudios han investigado los factores biológicos y psicosociales que contribuyen a la recurrencia de la depresión mayor durante la infancia. Por ejemplo, se ha reportado que los niños deprimidos que viven en medios familiares conflictivos, tienen mayor índice de recurrencias que aquellos que viven en familias que tienen pocos conflictos (2, 3, 4).

La distimia de inicio temprano tiene un curso prolongado con una duración promedio de un episodio de 4 años y se asocia con un incremento en el riesgo para depresión mayor

subsecuente (70%), trastorno bipolar (13%) y abuso de sustancias (15%). Los niños con distimia usualmente tienen su primer episodio de depresión mayor 2-a 3 años después del inicio de la distimia, lo cual sugiere que esta enfermedad es como una de las “entradas” para el desarrollo de los trastornos afectivos recurrentes, situación que indica la necesidad de desarrollar estrategias preventivas dirigidas a esta población (2, 3, 4).

Los siguientes factores han sido asociados con el inicio, duración y recurrencia de la depresión de inicio temprano: demográficos (edad, género, estado socioeconómico), psicopatología (por ejemplo diagnósticos psiquiátricos preexistentes, síntomas depresivos subyacentes, estilo cognoscitivo negativo), factores familiares (por ejemplo psicopatología de los padres, inicio temprano de trastornos afectivos, alta carga familiar para trastornos afectivos) y factores psicosociales (por ejemplo: pobre soporte, eventos estresantes de la vida, pobre funcionamiento materno). Estos factores influyen de manera diferente en el inicio y curso natural del trastorno (3, 4).

En total, los niños de padres deprimidos tienen tres veces más posibilidades de desarrollar una depresión mayor a lo largo de su vida, con un riesgo calculado entre un 15% a 45%. El inicio temprano y un cuadro clínico recurrente en los padres, confiere a los hijos más alto riesgo para desarrollar depresión mayor. Este riesgo se incrementa aún más cuando ambos padres tienen trastornos afectivos. Sin embargo, los hijos de padres deprimidos no solo tienen alto riesgo para desarrollar un cuadro depresivo, sino también para psicopatología en general, incluyendo trastornos de ansiedad y trastornos de conducta (2).

Se ha encontrado en diversos estudios una prevalencia de depresión a lo largo de la vida del 20% al 46%, en los parientes de primer grado de niños y adolescentes deprimidos

También se ha encontrado de manera consistente en estudios de familia un incremento de dos a tres veces, en la proporción de trastornos depresivos en los parientes de sujetos deprimidos comparados con controles normales. Asimismo, hay una relación inversa entre la edad de inicio y la densidad de la agregación familiar para depresión. Un inicio tardío de la depresión (a los 60 años o después), se asocia con el menor riesgo para depresión mientras que un inicio temprano (a los 20 años o antes) se asocia con el más alto riesgo para depresión en miembros de la familia (2).

Un estudio reciente de adultos jóvenes con distimia de inicio temprano, demostró que los pacientes con distimia y depresión mayor tienen mayor proporción de depresión en sus parientes comparados con los controles normales. La proporción de distimia, sin embargo, fue significativamente más alta en los parientes de probandos con distimia comparados con los pacientes con depresión mayor y con los controles normales, lo cual indica que puede haber distintos patrones de transmisión familiar para la distimia y la depresión mayor. Similar a la agregación familiar para la depresión mayor, los parientes de los pacientes con distimia de inicio temprano, tienen una alta proporción de trastornos afectivos comparados con los parientes de pacientes con distimia de inicio tardío (2, 3, 4).

Factores del medio ambiente parecen jugar un papel importante, por ejemplo, un medio ambiente familiar caótico ha sido asociado con un incremento en el riesgo para distimia en hijos de padres con depresión mayor. Estudios de adultos deprimidos y sus hijos, y de jóvenes deprimidos, han demostrado que en sus interacciones hay más conflictos, más rechazo, más problemas de comunicación, menor expresión de afecto, menos soporte y más abusos que en la interacción familiar de los controles normales. Sin embargo, pocos

estudios han incluido grupos controles psiquiátricos y en los resultados de estos se ha cuestionado la especificidad de estos hallazgos, ya que se menciona que es posible que los conflictos familiares reflejen una estrategia adoptada en la cual los padres intentan el control de las conductas disruptivas de los hijos. Además, parece que hay un riesgo aumentado para cualquier trastorno psiquiátrico en hijos de madres que tienen un pobre funcionamiento de base, independientemente del estado psiquiátrico de la madre (5).

El mecanismo por el cual la interacción familiar anormal puede incrementar el riesgo para el desarrollo de depresión aún no se ha aclarado. Un posible mecanismo es que las interacciones anormales entre la madre y el niño provoquen que este desarrolle patrones de respuesta al estrés que lo predispongan a deprimirse. Los padres pueden ser que enseñen a sus niños a “rendirse” cuando realizan tareas estresantes, y no los enseñan a modelar patrones adaptativos para regular los afectos negativos (2, 6).

Muchos estudios de adultos deprimidos han demostrado de manera consistente, usando diferentes metodologías, que el 60% a 70% han experimentado uno o más eventos de la vida estresantes severos (particularmente pérdidas) en el año anterior al inicio de la depresión mayor. Algunos estudios usando tanto muestras clínicas como comunitarias de niños y adolescentes deprimidos han reportado una modesta pero significativa relación entre eventos estresantes de la vida y depresión. Eventos específicos, incluyendo pérdidas, divorcios, privaciones, exposición al suicidio solo o junto con otros factores de riesgo, como por ejemplo pérdida del soporte han sido asociados con el inicio de la depresión. La exposición al suicidio es un evento estresante de la vida severo el cual ha sido asociado con un incremento hasta del triple en la depresión mayor aguda y recurrente en amigos, hijos y

madres de las víctimas (2, 7).

En años recientes, los modelos cognoscitivos y conductuales de la depresión en niños y adolescentes, han sido objeto de gran atención por parte de investigadores y clínicos en relación con la etiología, sintomatología y tratamiento de este padecimiento. Para entender esto, es necesario analizarlo desde la perspectiva del desarrollo psicológico del niño y adolescente, y recordar que las manifestaciones clínicas varían en una misma persona a lo largo de las diferentes etapas del desarrollo, y varían también en relación con las manifestaciones en el adulto, en virtud de las diferencias existentes entre ambos (8).

El modelo cognoscitivo de Beck postula la existencia de un esquema psicológico a través del cual los individuos "filtran" e interpretan sus experiencias (9). Este esquema está influenciado por la historia familiar y del desarrollo de la persona, previa al inicio del estrés psicológico. Es importante hacer notar, que varios investigadores, han encontrado que el estilo cognoscitivo negativo de los niños deprimidos, también se encuentra en sus madres, pero no en sus padres (10). Además, los niños y adolescentes reciben en muchos casos mensajes de los miembros de su familia que pueden contribuir a mantener sus pensamientos "depresogénicos". Es común que en las familias de niños y adolescentes deprimidos, los padres les transmitan mensajes verbales y no verbales de rechazo y críticas excesivas, contribuyendo así al desarrollo de un autoesquema negativo (11).

Los individuos susceptibles a desarrollar cuadros depresivos, desarrollan un esquema de distorsiones negativas que permanece latente a lo largo del tiempo y puede ser activado en situaciones de estrés. Cuando esto sucede, se hace evidente la triada cognoscitiva negativa de la depresión postulada en este modelo. Esta triada se caracteriza por una visión negativa

de uno mismo, del mundo y del futuro. La visión negativa de uno mismo se manifiesta por baja autoestima, autoevaluación negativa, aumento en la autocrítica y una infravaloración de las habilidades propias. La visión negativa del mundo, se evidencia en los individuos propensos a la depresión, porque explican de manera negativa los sucesos que ocurren a su alrededor. La visión negativa del futuro, se asocia con el desarrollo de la desesperanza, o expectativa negativa acerca del futuro. De acuerdo con Beck, las personas deprimidas, tienen también un esquema de distorsiones cognitivas, que son, en otras palabras, errores sistemáticos en sus razonamientos. Estas creencias erróneas, se constituyen en reguladores internos de la conducta del individuo, que provocan actitudes disfuncionales que prevalecen sobre una respuesta adecuada a una situación dada. Los errores sistemáticos cognoscitivos, en los individuos deprimidos, incluyen: una influencia arbitraria en la conducta propia y la conducta de los demás, abstracción selectiva, personalización y pensamientos ambivalentes (9, 12).

Los constructos en los que se basa la teoría cognoscitiva de la depresión (desesperanza, distorsiones cognitivas, autoesquema negativo, visión negativa del mundo), pueden ser vistos colectivamente como caminos a través de los cuales los individuos procesan sus experiencias para realizar inferencias y juicios, los cuales son posteriormente usados como base para resolver problemas y tomar decisiones respecto a acciones futuras (9, 12, 13).

Los constructos cognoscitivos que se han mencionado hasta el momento han sido ampliamente investigados en la depresión del adulto (14-19), pero en niños apenas empiezan a aparecer referencias específicas (8, 10, 13, 20, 21, 22 ). Con una perspectiva del desarrollo, es relevante disponer de los instrumentos que evalúen construcciones que habrán

de ser relevantes para condiciones clínicas que se presentan en todas las edades como lo es la depresión. Este trabajo pretende cumplir con el primer paso a realizar con instrumentos cognoscitivos que es establecer su comportamiento e interrelación en niños sanos, como un punto de partida relevante para el estudio de sujetos con patología.

A continuación se hace un análisis teórico de cada uno de los constructos cognoscitivos que fueron evaluados en esta investigación.

## **ANHEDONIA**

La anhedonia se refiere a la disminución en la habilidad o capacidad para experimentar placer, y se refleja en la disminución del interés en eventos o actividades gratificantes o potencialmente gratificantes. En relación con la depresión mayor, la anhedonia tiene especial interés, porque la disminución en la capacidad para experimentar placer, es una manifestación esencial de ese trastorno, es un criterio diagnóstico central y ha sido reconocido de manera unánime que tiene un papel importante en la conceptualización biológica y psicológica del mismo (14, 16, 17). Klein (16) ha hipotetizado incluso, que hay un subtipo de depresión, a la que llama “endogenomórfica”, en la que hay una “verdad en anhedonia” y menciona que este tipo de depresión está asociada con un trastorno disfuncional específico del sistema nervioso central y tiene una respuesta más favorable a los antidepresivos tricíclicos que otros tipos de depresión. Incluso menciona en su teoría, que en un paciente que se está recuperando de un cuadro depresivo de este tipo, la capacidad para experimentar placer, precede a la mejoría de los otros síntomas.

La investigación de la anhedonia en adultos se ha facilitado por el desarrollo de técnicas

alternativas de evaluación (17, 19). Fawcett y cols (24), desarrollaron la escala de Placer, en la cual se califica el grado de placer que experimentan las personas en diversas situaciones o actividades. Los pacientes con el diagnóstico de depresión obtuvieron más baja puntuación en esta escala que sujetos controles no deprimidos, siendo la diferencia estadísticamente significativa; en contraste, los pacientes con manía obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que los controles. De manera similar, MacPhillamy y Lewinsohn (24), encontraron que los adultos deprimidos reportaban una disminución en la capacidad para experimentar placer en diversas actividades. En ambos estudios, la disminución en la capacidad para experimentar placer, fue más específica para los trastornos depresivos en relación con otros trastornos psiquiátricos.

Tanto desde el punto de vista conductual como cognoscitivo, se ha sugerido que la disminución en la capacidad para experimentar placer, es probable que esté relacionada con un estilo atribucional en el cual, los eventos, sus causas y consecuencias son interpretados de manera negativa (9, 24). En los adultos anhedónicos, hay una tendencia general a interpretar gran parte de los eventos que experimentan, como una pérdida (24).

Se han realizado pocos estudios acerca de la anhedonia en niños, en parte ante la falta de las escalas e instrumentos necesarios. En 1988, se publicó un estudio en el cual Kazdin (21) realizó una evaluación del nivel de anhedonia en 232 niños, pacientes psiquiátricos de 5 a 13 años, para lo cual utilizó una escala que adaptó de la Escala de Placer para adultos, desarrollada por Chapman (17) en 1976. Basados en investigaciones previas realizadas en adultos, se pronosticó antes de iniciar este estudio, que los niños con el diagnóstico de depresión mayor tendrían niveles más altos de anhedonia y que a su vez, quienes resultarían

con una baja capacidad para experimentar placer (o con mayor anhedonia), podrían tener un estilo atribucional negativo y poca iniciativa en la búsqueda de experiencias placenteras. Los resultados demostraron que la escala tiene un aceptable nivel de consistencia interna, como se observó en el hecho de que hubo una correlación moderada a alta entre la puntuación total y la puntuación de cada ítem. Además, también correlacionó positivamente con otras escalas que evalúan experiencias placenteras, como la Escala de Depresión para niños de Lang y Tisher (24) la cual tiene una subescala de experiencias positivas. Basados en los resultados del estudio, se podrían clasificar correctamente entre el 67 y 70% de los niños, de acuerdo con el diagnóstico en ellos de depresión. También se observó que en los niños más jóvenes (6 a 9 años), se obtenían niveles significativamente más bajos de anhedonia que en los niños más grandes (10 a 13 años). En los niños en los que se obtuvieron niveles altos de anhedonia, se demostró que tienen un estilo atribucional negativo (similar al encontrado en los adultos), con poco involucramiento en actividades potencialmente gratificantes, y menos expectativas para que sus actividades finalicen satisfactoriamente. Cabe hacer notar, que en los resultados, se pudo observar que no hubo correlación significativa con las puntuaciones obtenidas en las escalas de depresión (21). En estudios con adultos, se ha observado una correlación baja a moderada entre las puntuaciones obtenidas con la escala de placer y escalas de depresión (24).

Este estudio tuvo varias limitaciones; en primer lugar, la muestra estudiada fue de pacientes psiquiátricos, situación que en parte se debió al interés de evaluar la anhedonia en niños deprimidos; esto limita la generalidad de los resultados. Se considera que es esencial la evaluación de la escala en una muestra de población normal. Es importante también

considerar no solo en niños, sino también en adultos, que las escalas solo valoran la experiencia subjetiva del sujeto, y que tal vez sería de gran utilidad en la evaluación de la anhedonia, usar métodos complementarios; por ejemplo, hay investigadores que han evaluado en adultos la capacidad para experimentar placer, a través de la observación directa de su participación en actividades, la expresión afectiva mientras participan en las mismas y psicofisiológicamente, realizando un registro electromiográfico de la musculatura facial, para evaluar expresiones de agrado (27, 28, 29). En niños, algunos autores han hecho evaluaciones a través de observaciones directas de su conducta, que correlacionan con anhedonia (por ejemplo pobre participación en actividades sociales y jugar solos), con lo cual han logrado distinguir niños deprimidos de no deprimidos (27, 28).

## **PENSAMIENTOS AUTOMATICOS**

Los pensamientos automáticos son cogniciones que median entre los sucesos externos y la reacción emocional de la persona al suceso; se conocen también como distorsiones cognoscitivas. Cada trastorno psicopatológico tiene su propio perfil específico de pensamiento distorsionado. Los patrones representan reglas de supuestos generales desadaptativos que guían la vida del paciente. Generalmente, dichas reglas conducen inevitablemente a situaciones frustrantes y más tarde pueden contribuir al desarrollo de un síndrome depresivo (12).

Los pensamientos automáticos tienen ciertas características que los distinguen del flujo ordinario de pensamientos observados en el pensamiento reflexivo o la asociación libre e

incluyen no sólo ideas específicas en forma verbal, sino también imágenes. Cuando la persona experimenta una forma de psicopatología, una gran parte de los pensamientos automáticos refleja el contenido temático específico de este síndrome. Estos pensamientos tienden a ser muy rápidos y generalmente están al margen de la conciencia. Normalmente preceden algún afecto, como la cólera, tristeza o ansiedad, y su contenido es congruente con este afecto. Son completamente plausibles para la persona, que da por supuesto que son exactos. Por último, tienen una cualidad imperativa de forma que, aún cuando la persona intente bloquearlos, tienden a reaparecer. Estas distorsiones cognoscitivas y las percepciones negativas por medio de las cuales los individuos procesan la información que llega a ellos acerca de ellos mismos, del medio ambiente y de su futuro, se basan en experiencias previas del propio individuo (9, 12).

Las distorsiones cognoscitivas negativas, la tendencia a distorsionar la información de una manera consistente con una visión negativa del mundo, de uno mismo y del futuro, juegan un papel central en el desarrollo de la depresión, de acuerdo con la teoría cognoscitiva de la depresión, formulada por Beck en 1976 (9, 12).

Investigaciones con adultos han producido resultados congruentes con los postulados de esta teoría; muchos estudios han revelado que los adultos deprimidos reportan significativamente más distorsiones cognoscitivas negativas en las escalas autoaplicables que sus controles no deprimidos. Los investigadores que han examinado las distorsiones cognoscitivas negativas en niños han encontrado hallazgos similares (8, 21, 22, 23).

Sin embargo, hay autores que cuestionan, al menos en parte, lo comentado anteriormente,

ya que dicen que los pensamientos automáticos se presentan en poblaciones de sujetos normales, y que difieren solo cuantitativa y cualitativamente de los que se presentan en los sujetos deprimidos. Kumari encontró, en un estudio realizado en 1992, que los pensamientos automáticos que se presentan en los individuos deprimidos, reflejan principalmente sentimientos de tristeza y ansiedad, mientras en los sujetos normales, los sentimientos son cólera y ansiedad. Se logró concluir esto, a partir de los temas de los pensamientos automáticos, que en los deprimidos lo más frecuente fue que se refirieran a autodevaluación, desesperanza, rechazo y enfermedad, mientras que en los sanos fue más frecuente como tema percibir al mundo como hostil. (32, 33).

Incluso hay autores que mencionan la necesidad de hacer estudios comparativos sobre como procesan la información, dentro de un estilo cognoscitivo, tanto las personas deprimidas, como las personas normales, pues asumen que no hay una diferencia sustancial (34, 35). Más aún algunos autores refieren haber encontrado datos que sugieren que todos los individuos, incluyendo muestras no clínicas, pueden presentar un estilo distorsionado de procesos cognoscitivos: por ejemplo, deducciones inapropiadas o no normativas, elaboradas a partir del uso de formas heurísticas o “cortocircuitos” en el procesamiento de la información proveniente del medio ambiente, o bien, una forma de pensamiento de “todo o nada”, en la cual la información que está llegando continuamente a un individuo es procesada en términos dicotómicos o de “abstracción selectiva”, lo cual quiere decir que solo algunos aspectos de un estímulo captan la atención. Estos autores, sin embargo, aceptan que hacen falta estudios bien estructurados para demostrar plenamente estos datos, los cuales está demostrado que se presentan en los pacientes deprimidos (32, 33, 35).

A pesar de lo mencionado anteriormente, muchos autores aún sostienen que los procesos cognoscitivos juegan un papel primordial en la etiología, tratamiento, persistencia y remisión de la depresión. Mas aún, hay quienes se plantean como una necesidad el estudio más sistematizado de los aspectos cognoscitivos en la evaluación de la depresión, al considerar que la validación y la obtención de los valores de los coeficientes de confianza no son completos en el momento actual. Proponen asimismo, un orden específico para esto: 1) estudiar la relación entre fenómenos cognoscitivos aún no bien conocidos y su relación con patrones de conducta y expresión de emociones. 2) Estudiar el papel de procesos no conocidos en el desarrollo de distintas psicopatologías y los patrones de conducta asociados. 3) Confirmar los efectos del tratamiento. (36, 37). Aunque continúa el debate acerca del rol preciso del proceso atribucional cognoscitivo, los investigadores han detallado múltiples rasgos de tal proceso. Ha sido muy importante para esto, el desarrollo de escalas para medir pensamientos irracionales, desesperanza, sentimientos de impotencia o incapacidad, y otros constructos cognoscitivos (38).

Entre estas instrumentos desarrollados, se encuentra el Cuestionario de Pensamientos Automáticos (CPA), el cual se diseñó para evaluar la presencia espontánea de pensamientos y autoconceptos negativos (20). La validez de constructo del CPA se apoya en el hecho de que los resultados obtenidos al aplicar este instrumento se correlacionan en grado moderado a alto con medidas de depresión tales como el Inventario de Beck o la Escala de Depresión del MMPI (39, 40).

En 1990, se publicó un estudio en el cual se examinó el CPA, en relación con el proceso cognoscitivo atribucional y depresión en niños. En este estudio se evaluó la consistencia

interna, el criterio, la convergencia y la validez discriminatoria del instrumento. Se estudiaron un total de 250 niños, pacientes psiquiátricos, de 6 a 13 años de edad, con nivel de inteligencia dentro de rango normal, sin evidencia de daño neurológico, sin demencia, sin crisis convulsivas. Aparte del Cuestionario de Pensamientos automáticos, se les aplicaron instrumentos de medición de desesperanza, sintomatología depresiva y funcionamiento social. Los resultados de este estudio demostraron que la escala tiene un adecuado nivel de consistencia interna, como se evidencia en los altos coeficientes de confianza, la moderada a alta correlación de la puntuación total con la puntuación de cada ítem; los niños deprimidos, puntuaron más alto en el total de la escala y en cada uno de los ítems. (22).

La puntuación correlacionó significativamente con otras escalas que miden el proceso atribucional negativo (como el inventario de autoestima, la escala de desesperanza, y la de *locus* de control externo) y con la severidad de la depresión. La validez de criterio del CPA en la delimitación de niños deprimidos de no deprimidos quedó demostrada en este estudio, por el hecho de que con el comportamiento de los ítems de manera individual se pudo clasificar de manera correcta el 90% de los casos. La validez convergente se demostró porque la escala correlacionó significativamente con otras escalas de proceso cognoscitivos y depresión. La validez discriminatoria se demostró porque la escala correlacionó más alto con escalas de procesos cognoscitivos y de depresión, que con escalas de comportamiento social y experiencias afectivas positivas (22).

## DESESPERANZA

La desesperanza o expectativa negativa acerca del futuro, es considerada un aspecto central de la depresión. Beck se refirió en 1976 a la desesperanza, a la visión negativa de uno mismo y a la visión negativa del mundo, como “la tríada cognitiva de la depresión” (9).

Para medir el constructo desesperanza, Beck desarrolló en 1974, la Escala de Desesperanza, cuya validez se sustentó, en que en muchos estudios se encontró que correlacionaba positivamente con escalas de depresión (41); asimismo, se encontró que la puntuación obtenida con el uso de esta escala, disminuía conforme desaparecían los síntomas depresivos, ya fuera por efecto de la farmacoterapia, psicoterapia o ambas (42).

Otro dato de interés, es que en numerosos estudios, se ha demostrado que, en los pacientes deprimidos, a mayor nivel de desesperanza, mayor posibilidad de conductas suicidas (43); incluso, Abramson conceptualiza a la desesperanza como la causa de un subtipo de depresión a la que él llama “desesperanza-depresión”; en los pacientes con este tipo de depresión, hay un gran riesgo de conductas suicidas (44). Este dato concuerda con lo hallado por Beck y colaboradores, quienes reportan que en los pacientes deprimidos, la desesperanza es el mejor predictor de intentos suicidas, e incluso mencionan que una puntuación de 9 o más en la escala, identificó correctamente el 91% de los suicidas potenciales (45).

Muchos autores han cuestionado la especificidad de la desesperanza en la depresión. Por

ejemplo, Stotland (46) ha sugerido que la desesperanza se presenta en una gran variedad de trastornos psiquiátricos, tales como trastornos de ansiedad, esquizofrenia y delincuencia juvenil. De manera similar Akiskal y colaboradores, señalan que la desesperanza se encuentra representada en varias entidades psiquiátricas y mencionan “este sentimiento de derrota y desmoralización, constituye el camino final común de muchos trastornos psicóticos y neuróticos y no es específico de los trastornos afectivos” (47).

Sin embargo, como ya se había demostrado en numerosas investigaciones previas Beck y colaboradores reafirmaron que la desesperanza guarda una relación muy estrecha con la depresión, y que tiene una débil relación con los trastornos de ansiedad o con la psicopatología en general, y que esta relación solo se ve fortalecida, cuando concomitantemente a este grupo de trastornos mencionados, coexiste un trastorno depresivo (9).

Para entender el papel de la desesperanza en la depresión es importante reconocer que el concepto desesperanza es dinámico y no estático: la intensidad de la desesperanza no solo varía de persona a persona, si no que también varía en una misma persona a través del tiempo (48).

Aunque la variación en la desesperanza de un individuo, raramente ha sido fuente de investigación, varios autores han abordado esta situación. Por ejemplo, Blackburn y cols. (49), mencionan que hay un componente de la desesperanza que es estable a través del tiempo y uno que es variable en función de diversas condiciones. De manera similar, Beck menciona que el significado etiológico de la desesperanza se sustenta en los cambios de intensidad de esta a través de tiempo (50).

En el modelo propuesto por Young y colaboradores se menciona que todo individuo tiene una desesperanza con una intensidad de base, que es característica de la persona cuando no está deprimida. Cuando la persona está deprimida, la desesperanza se incrementa en intensidad en función de la severidad de la depresión. Cada persona tiene sus propias características de incremento de la desesperanza en función de la sensibilidad de la desesperanza a la depresión ("*hopelessness sensitivity*"). Como resultado de esto, la desesperanza que observamos en un individuo en un momento dado tiene dos componentes: la desesperanza individual de base; el incremento en la desesperanza en función de la severidad de la depresión y en función de la sensibilidad a la depresión. En este modelo, se propone además que la desesperanza de base y la sensibilidad de la desesperanza son componentes estables a través del tiempo; de esta forma, la desesperanza de base es el componente que en un momento dado, tiene efecto directo sobre el nivel total de desesperanza, mientras que la sensibilidad de la desesperanza a la depresión, es un componente que actúa como un moderador del efecto de la depresión en la desesperanza (50, 51).

La investigación de la desesperanza en niños es interesante por muchas razones. Para empezar, muchos autores opinan que las expectativas negativas acerca del futuro, frecuentemente asociadas con la depresión en el adulto es poco probable que sean evidentes en el niño; la razón, es la poca capacidad de los niños para conceptualizar claramente el futuro. Además, la evaluación de la desesperanza en los niños, depende bastante de la información proporcionada por otros, particularmente padres y maestros. Es poco frecuente la medición de las experiencias privadas de los niños, como un reflejo de sus

sentimientos y cognición. La evaluación de la desesperanza nos da una oportunidad para explorar la experiencia subjetiva en el niño y su correlación. La desesperanza reviste interés más allá de su relación específica con la depresión. Las expectativas negativas pueden estar asociadas o ser el resultado de eventos estresantes (por ejemplo una enfermedad crónica o la muerte de uno de los padres) que pueden suceder durante el curso o desarrollo de la depresión como síntoma o como enfermedad. Finalmente, como ya se ha hecho notar antes, la desesperanza en adultos ha sido demostrado en numerosas ocasiones que predice conductas suicidas (9, 12, 43, 52). Aunque los intentos suicidas son relativamente raros en los niños, la evaluación temprana de la desesperanza puede ayudar a predecir conductas suicidas posteriores. Esta área ha tenido que ser evaluada de manera empírica durante largo tiempo ante la ausencia de un medio para evaluar la desesperanza en niños. En 1983, Kazdin publicó un estudio donde reportó el uso preliminar de una escala autoaplicable de desesperanza para niños. Su muestra fue un pequeño grupo de niños que habían cursado con ideación e intento suicida (53). En 1986, publicó los resultados de la validación de dicha escala, así como sus características psicométricas. En esta ocasión, evaluó a 262 niños de 6 a 13 años, pacientes psiquiátricos. La escala demostró tener una adecuada consistencia interna, correlación moderada entre la puntuación de cada ítem y la puntuación total, la confiabilidad de la prueba contraprueba también se encontró en un rango moderado (después de un periodo de 6 semanas). La desesperanza correlacionó positivamente con depresión, y negativamente con autoestima y conducta social (23).

### C) JUSTIFICACIÓN

Algunos constructos psicológicos, basados en diversas teorías cognoscitivas han demostrado estar relacionados con la depresión mayor en el adulto ( 8, 10, 12-14, 16- 23, 25). Como ha quedado establecido, la depresión mayor es una entidad que se presenta desde la infancia, y es relevante el explorar, con una perspectiva que anteceda a la del desarrollo, como evolucionan estas construcciones cognoscitivas hasta llegar a la vida adulta.

Diversos instrumentos han demostrado ser útiles para captar los aspectos más relevantes de ciertos contenidos del pensamiento y emociones que se han relacionado con el cuadro depresivo mayor. Estos han sido adaptados para su uso en niños (21-23) pero no están disponibles, hasta donde lo arrojaron las bases de datos consultadas en lengua española.

Tal y como lo señalaron Watson y Clark (54) es necesario conocer el comportamiento psicométrico de los instrumentos en poblaciones sanas, antes que en las portadoras de patología, pues se asume, que estas dimensiones tienen una distribución similar a la normal entre la población no enferma. Es relevante observar si los sujetos que portan sintomatología depresiva a niveles leves o moderados (y que no reúnen criterios de depresión mayor) tienen los mismos correlatos en los instrumentos cognoscitivos que las poblaciones enfermas. Esto es, claramente relevante en las visiones dimensionales que analizan a la enfermedad como un proceso, en el que salud y enfermedad se encuentran en un mismo plano.

Por todo lo anterior, en este proyecto se planteó la realización de un estudio en el que, en la población de una escuela primaria pública, se aplicaron instrumentos que exploran la anhedonia, los pensamientos automáticos y la desesperanza, para determinar sus características psicométricas y además relacionarlos con la distribución de la sintomatología depresiva.

#### **D) OBJETIVOS**

- 1.- Determinar la media, desviación estándar y la consistencia interna de la traducción al castellano de la escala de desesperanza en niños de Kazdin.
- 2.- Determinar la media, desviación estándar, la consistencia interna y la estructura factorial de la traducción la español de la escala de pensamientos automáticos de Hollon y Kendall, adaptada para niños por Kazdin.
- 3.- Determinar la media, desviación estándar y la consistencia interna de la traducción al español de la escala de anhedonia en niños de Kazdin.
- 4.- Determinar la media, desviación estándar y la consistencia interna de la traducción la español del Inventario de depresión para niños de Kovacs.
- 5.- Relacionar en forma bivariada y multivariada a la desesperanza, los pensamientos

Por todo lo anterior, en este proyecto se planteó la realización de un estudio en el que, en la población de una escuela primaria pública, se aplicaron instrumentos que exploran la anhedonia, los pensamientos automáticos y la desesperanza, para determinar sus características psicométricas y además relacionarlos con la distribución de la sintomatología depresiva.

#### **D) OBJETIVOS**

- 1.- Determinar la media, desviación estándar y la consistencia interna de la traducción al castellano de la escala de desesperanza en niños de Kazdin.
- 2.- Determinar la media, desviación estándar, la consistencia interna y la estructura factorial de la traducción la español de la escala de pensamientos automáticos de Hollon y Kendall, adaptada para niños por Kazdin.
- 3.- Determinar la media, desviación estándar y la consistencia interna de la traducción al español de la escala de anhedonia en niños de Kazdin.
- 4.- Determinar la media, desviación estándar y la consistencia interna de la traducción la español del Inventario de depresión para niños de Kovacs.
- 5.- Relacionar en forma bivariada y multivariada a la desesperanza, los pensamientos

automáticos y la anhedonia con la sintomatología depresiva en escolares.

6.- Comparar la desesperanza, los pensamientos automáticos, la anhedonia y la sintomatología depresiva entre sexos y grados escolares.

## **E) MATERIAL Y METODOS**

### **a) Diseño**

Se realizó un escrutinio transversal, donde la primera parte fué una investigación de proceso (evaluación del comportamiento de los instrumentos) y la segunda una análisis de las relaciones entre estos.

### **b) Sujetos**

Los sujetos fueron reclutados de una escuela Primaria Federal de la Cd. de México, localizada en la Delegación de Tlalpan, a donde asisten niños de clase social media baja, hijos de comerciantes, empleados y obreros en mayor proporción y algunos hijos de profesionistas. Se seleccionaron para contestar las escalas solo a los niños de los grados tercero a sexto.

### **c) Criterios de Selección.**

\*Criterios de Inclusión.

Cualquier sexo.

Participación voluntaria.

automáticos y la anhedonia con la sintomatología depresiva en escolares.

6.- Comparar la desesperanza, los pensamientos automáticos, la anhedonia y la sintomatología depresiva entre sexos y grados escolares.

## **E) MATERIAL Y METODOS**

### **a) Diseño**

Se realizó un escrutinio transversal, donde la primera parte fué una investigación de proceso (evaluación del comportamiento de los instrumentos) y la segunda una análisis de las relaciones entre estos.

### **b) Sujetos**

Los sujetos fueron reclutados de una escuela Primaria Federal de la Cd. de México, localizada en la Delegación de Tlalpan, a donde asisten niños de clase social media baja, hijos de comerciantes, empleados y obreros en mayor proporción y algunos hijos de profesionistas. Se seleccionaron para contestar las escalas solo a los niños de los grados tercero a sexto.

### **c) Criterios de Selección.**

\*Criterios de Inclusión.

Cualquier sexo.

Participación voluntaria.

#### **d) Variables e instrumentos.**

**Variable:** Anhedonia.

**Instrumento:** Escala de Placer para la evaluación de anhedonia en niños (21).

Esta escala se diseñó para tener una alternativa para la medición de la anhedonia en niños. Consta de 39 reactivos, cada uno de los cuales aborda situaciones a las cuales los niños tienen que contestar: “¿Cómo te sentirías si te pasara lo que dice en la frase?”, habiendo tres opciones de respuesta: “muy feliz”, “feliz” o “me da lo mismo”; y la puntuación que se le da a cada respuesta es de 1 a 3 (en dirección contraria al incremento de la anhedonia). El total de puntuación obtenida al aplicar esta escala está en relación inversamente proporcional con el nivel de anhedonia, es decir, a mayor puntuación, menor nivel de anhedonia y viceversa.

La construcción de esta escala, estuvo influenciada por el trabajo de Chapman, quien en 1976 desarrolló una escala para valorar la anhedonia en adultos (17). De hecho, los ítems se prepararon para englobarse dentro de tres categorías de anhedonia (igual que en la escala de Chapman): anhedonia física, la cual se refleja en la falta de interés del niño en eventos que producen placer físico (por ejemplo: “estás comiendo tu dulce favorito”). Anhedonia social, la cual se refleja en la falta de interés en actividades que implican interacción con otras personas (por ejemplo: “te encuentras un amigo al que le puedes platicar casi todo”). Por último, se elaboraron reactivos que evidencian un tipo de anhedonia que no entra dentro de las dos categorías previamente descritas y que se refleja en la falta de interés en actividades que implican logros y retos personales (por ejemplo: “ganas el primer premio en un concurso de tu escuela”). Los ítems correspondientes a cada tipo de anhedonia fueron los

siguientes: anhedonia física 1, 4, 8, 10, 15, 27, 28. Anhedonia social: 2, 3, 6, 7, 11-13, 18-23, 25, 26, 31, 38. Y por último, los que no pertenecen a ninguna de estas dos categorías. 5, 9, 14, 16, 17, 24, 29, 30, 32-37, 39.

**Variable:** pensamientos automáticos.

**Instrumento:** cuestionario de pensamientos automáticos (22).

Este instrumento fue diseñado por Hollon y Kendall en 1980 (20). Fue aplicada en niños por Kazdin (22). Consta de 30 ítems, que evalúan la frecuencia con que se presentan en los niños pensamientos automáticos. Para cada uno de los 30 reactivos, el niño tiene 5 opciones de respuesta para la pregunta: “¿Qué tan frecuentemente piensas en lo que dice en la frase?”. Las opciones de respuesta son: “nunca”, “algunas veces”, “frecuentemente”, “casi siempre”, “todo el tiempo”. El rango de calificación para cada respuesta varía de 1 a 5, en dirección al incremento de la frecuencia con que los pensamientos automáticos se presentan en cada niño evaluado.

Aunque los reactivos de la escala fueron diseñados originalmente para detectar la presencia de pensamientos negativos intrusivos en adultos deprimidos, en su estudio de validación en niños, se demostró que de la misma manera sus reactivos pueden caracterizar las cogniciones de los niños deprimidos. Se decidió el uso de esta escala en niños, porque sus ítems se refieren a situaciones frecuentemente escuchadas en ellos y porque están formulados en un lenguaje sencillo. La escala es aplicable tanto en niños como en adolescentes y en adultos, lo cual tiene como ventaja que en un momento dado, se puede utilizar en estudios de seguimiento de grupos a diferentes edades.

**Variable:** Desesperanza.

**Instrumento:** Escala de desesperanza de Kazdin. (23).

Esta escala fue diseñada para predecir la posibilidad de intento suicida en el niño deprimido, ya que como se ha observado en adultos, la desesperanza es un factor claramente asociado a los intentos de suicidio. Consta de 17 ítems, a cada uno de los cuales debe contestar el niño con un cierto o falso para él. La calificación máxima, que puede ser de 17, refleja el nivel más alto de desesperanza o expectativas negativas acerca del futuro. Lo normal, sería que los niños contestaran a 9 de los ítems con verdadero (2, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15 y 17) y falso a los 8 restantes. Aunque las preguntas están redactadas en un lenguaje relativamente sencillo, a los escolares más pequeños (6 a 7 años), es útil auxiliarlos en la lectura de las mismas, para facilitar su comprensión. Esto no fue necesario en este estudio, ya que no se incluyeron menores de 8 años.

**Variable:** sintomatología depresiva.

**Instrumento:** Inventario de Depresión para Niños de Kovacs (4).

“The Children Depression Inventory” (CDI) es una escala que evalúa la severidad sintomática de la depresión en niños de edad escolar que sepan leer. Consta de 27 ítems que cubren un grupo de síntomas depresivos de la infancia tales como tristeza, anhedonia, ideación suicida y trastornos del apetito y del sueño. Cada uno de los ítems evalúa un síntoma, el cual presenta tres opciones, graduadas del 0 al 2 en dirección al incremento de la psicopatología. El rango de la calificación total puede variar de 0 a 54. La primera versión del CDI fue una modificación del Inventario de Depresión de Beck para Adultos el

cual consta de 21 ítems. El vocabulario empleado en el inventario para adultos fue modificado con la asistencia de un clínico especialista en niños. Se agregaron 6 ítems que evalúan dificultades en áreas propias de esta edad, presumiblemente causadas por la depresión (por ejemplo problemas de rendimiento escolar). De cada ítem, el niño debe escoger la opción que describa mejor como se ha sentido en las últimas dos semanas. Hay una versión modificada de esta escala que se aplica a niños de 5 a 9 años (55). Durante la década pasada, muchos investigadores utilizaron esta escala y reportaron sus características psicométricas. En general, encontraron coeficientes de confianza y consistencia interna de por lo menos 0.80 (56, 57, 58) y coeficientes de confianza de prueba contrapueba de 0.38 a 0.87 (59, 60, 61). En gran parte, la variabilidad en estos últimos resultados, estuvieron en función del intervalo de tiempo entre las evaluaciones y de las características de las muestras estudiadas. Aunque esta escala no es diagnóstica, ha sido usada por numerosos investigadores para distinguir niños deprimidos de no deprimidos, con resultados variables, pero que tienden en general a mostrar que tiene una baja eficacia diagnóstica. Los resultados varían en función de las características de las muestras estudiadas y del punto de corte utilizado. A pesar de lo anterior, algunos autores reportan que esta escala es superior a otras similares en el diagnóstico de depresión (58).

Otra controversia que se ha suscitado con el uso de esta escala, es el punto de corte que se utiliza para delimitar niveles clínicos de depresión. Dado que la media que se ha obtenido al estudiar poblaciones clínicamente sanas es de 8 a 10, con una desviación estándar de 7 a 8 (58, 59) y la media que se ha obtenido al estudiar grupos de pacientes psiquiátricos es de 12 a 13 (60, 61), algunos autores consideran que el punto de corte debería ser de 19 (58).

Sin embargo, otros han utilizado puntuaciones menores que van de 10 a 17 (56, 57, 61).

#### **d) Procedimiento**

Inicialmente, contactamos con el Director de la Escuela Primaria Federal, "Fuerzas Armadas de México", localizada en la Delegación Tlalpan de la Cd. de México. Le comentamos acerca de los objetivos del proyecto y del procedimiento a seguir. A la vez, cumplimos con los requisitos que se nos indicó eran necesarios para iniciar el proyecto: entregamos una solicitud por escrito de la Institución que avalaría el estudio (Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, de la Secretaría de Salud) dirigida a el mismo, con copia para el Inspector Escolar de Zona; otro de los requisitos cumplidos fue presentar una copia del anteproyecto. Una vez cumplidos estos requerimientos, se nos autorizó aplicar las escalas a los alumnos de tercero a sexto grados.

#### **e) Análisis estadístico**

Se procedió inicialmente a la descripción general de variables, con medias y desviación estándar para las variables continuas y frecuencias para las variables discretas.

Como pruebas de hipótesis se utilizó el ANOVA para comparación de medias.

Como prueba de correlación se utilizará la de Pearson.

El análisis multivariado que se utilizó fue una regresión múltiple con el método

stepwise, con la sintomatología depresiva como variable dependiente y los constructos cognoscitivos como predictores.

Para la evaluación de la consistencia interna de los instrumentos se calculó el alfa de Cronbach. En los casos indicados en los objetivos, se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax.

## **RESULTADOS**

### **a) Descripción general.**

Se estudiaron un total de 256 niños, de los cuales 137 (53.5%) fueron del sexo masculino y 119 (46.5%) del femenino. La edad promedio fue de  $9.84 \pm 1.15$  años con un rango de 7 a 13 años. La distribución por grado escolar fue como sigue: 3er grado, 58 (22.7%); 4o grado, 79 (30.9%); 5o grado, 67 (26.2%) y 6o grado, 52 (20.3%).

### **b) Promedios, desviaciones y consistencia interna de los instrumentos.**

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

stepwise, con la sintomatología depresiva como variable dependiente y los constructos cognoscitivos como predictores.

Para la evaluación de la consistencia interna de los instrumentos se calculó el alfa de Cronbach. En los casos indicados en los objetivos, se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax.

## **RESULTADOS**

### **a) Descripción general.**

Se estudiaron un total de 256 niños, de los cuales 137 (53.5%) fueron del sexo masculino y 119 (46.5%) del femenino. La edad promedio fue de  $9.84 \pm 1.15$  años con un rango de 7 a 13 años. La distribución por grado escolar fue como sigue: 3er grado, 58 (22.7%); 4o grado, 79 (30.9%); 5o grado, 67 (26.2%) y 6o grado, 52 (20.3%).

### **b) Promedios, desviaciones y consistencia interna de los instrumentos.**

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

**Tabla #1. Resultados obtenidos con la aplicación de las escalas (media, desviación estándar y alfa de Cronbach).**

Instrumento	Media ± desviación estándar	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach original
Anhedonia	91.87 13.83	.91	0.96 (21)
Desesperanza	4.54 2.69	.63	0.97 (23)
Pensamientos Automáticos	67.98 15.67	.87	0.96 (22)
Depresión	10.91 5.95	.80	0.80 (56)

**c) Estructuras factoriales.**

El análisis factorial sólo se llevó a cabo en los instrumentos en los que, en el artículo original se hacía referencia a ello. A continuación se presentan los resultados para la escala de desesperanza de Kazdin y la de pensamientos automáticos (tablas 2 y 3).

**Tabla #2. Estructura factorial de la escala de desesperanza**

	ESTRUCTURA FACTORIAL. VERSION ESPAÑOL		ESTRUCTURA FACTORIAL. VERSION ORIGINAL	
	Factor 1	Factor 2	Factor 1	Factor 2
1	-.17	.59	.13	.39
2	.44	.34	.50	.12
3	.08	.48	.30	.28
4	-.04	.45	-.07	.06
5	.26	.49	.15	.43
6	-.03	.36	.21	.39
7	-.02	.48	-.10	.34
8	.44	-.08	.52	.14
9	.62	-.05	.60	.22
10	.67	-.02	.40	.14
11	.20	.39	.08	.57
12	.54	.14	.41	.13
13	.45	.25	.55	.09
14	.46	.007	.60	.16
15	-.10	-.11	.48	-.03
16	.35	.32	.23	.48
17	.64	-.007	.60	.10

**Tabla #3 Estructura factorial de la escala de pensamientos automáticos.**

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

\*En la escala original se encontraron tres factores. El factor uno estuvo comprendido por los ítems 10, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 y 29. El factor dos por los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 13. El factor tres estuvo comprendido por los ítems 12, 14 y 19. Las cargas factoriales no fueron reportadas por los autores originales.

**d) Correlaciones bivariadas.**

En la tabla #4 se ilustran las correlaciones de los valores totales entre instrumentos. Aunque muchas de las correlaciones resultaron ser estadísticamente significativas, casi todas ellas son débiles.

**TABLA #4. Correlaciones bivariadas entre los totales de las escalas y la edad.**

	EDAD	ANHEDONIA	DEPRESION	DESESPERANZA	PENSAMIENTOS AUTOMATICOS
EDAD	1.00	-----	-----	-----	-----
ANHEDONIA	-0.25 (n=253) p<0.00001	1.00	-----	-----	-----
DEPRESION	-0.03 (n=256) p=.539	.26 (n=253) p<.00001	1.00	-----	-----
DESESPERANZA	-0.17 (n=256) p=.005	.23 (n=253) p<.00001	.39 (n=256) p<0.00001	1.00	-----
PENSAMIENTOS AUTOMATICOS	-.12 (n=256) p=.054	.01 (n=253) p=.842	.36 (n=256) p<0.00001	.29 (n=256) p<0.00001	1.00

**e) Contrastes entre sexos y grados escolares.**

En las dos tablas que se muestran a continuación se ilustran los contrastes para cada una de las escalas entre grados escolares y el género. Es relevante destacar que en 3 de las 4 escalas estudiadas se documentaron diferencias significativas entre grados escolares.

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

Escala	3 grado (media±DE)	4 grado (media±DE)	5 grado (media±DE)	6 grado (media±DE)	ANOVA (p)	Comparación múltiple (Bonferroni)
Anhedonia	95.3±12.6	94.9±11.6	90.4±15.2	85.1±13.7	F 7.3 p<0.001	3o y 4o > 5o y 6o
Depresión	12.6±7.3	10.02±5.5	10.5±5.1	10.8±5.5	N.S*	
Desesperanza	5.51±2.9	4.1±2.3	4.2±2.9	3.9±2.4	F 3.6 p=0.01	3o > 6o
Pensamientos automáticos	71± 19.1	70.1±12.3	64.8±14.8	64.9±16.09	F 2.9 p=0.03	N.S

\*N.S No significativo.

**TABLA #6. Contrastes entre los instrumentos de constructos cognoscitivos para niños entre el sexo.**

ESCALA	MASCULINO	FEMENINO	T. de Student
Anhedonia	91.9±13.6	91.8±14.0	N.S*
Depresión	10.5±5.1	11.3±5.7	N.S*
Desesperanza	4.4±2.7	4.6±2.6	N.S*
Pensamientos automáticos	68.4±14.6	67.4±16.7	N.S*

\*N.S No significativo.

## F) CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este proyecto no contraviene ninguno de los estatutos establecidos en la Convención de Helsinki y Hawaii para la investigación en humanos y pacientes psiquiátricos. Este estudio, de acuerdo a la ley General de Salud, es del tipo de proyectos que no implican ningún tipo de riesgo para los evaluados y sólo es requisito el consentimiento informado

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

Escala	3 grado (media±DE)	4 grado (media±DE)	5 grado (media±DE)	6 grado (media±DE)	ANOVA (p)	Comparación múltiple (Bonferroni)
Anhedonia	95.3±12.6	94.9±11.6	90.4±15.2	85.1±13.7	F 7.3 p<0.001	3o y 4o > 5o y 6o
Depresión	12.6±7.3	10.02±5.5	10.5±5.1	10.8±5.5	N.S*	
Desesperanza	5.51±2.9	4.1±2.3	4.2±2.9	3.9±2.4	F 3.6 p=0.01	3o > 6o
Pensamientos automáticos	71± 19.1	70.1±12.3	64.8±14.8	64.9±16.09	F 2.9 p=0.03	N.S

\*N.S No significativo.

**TABLA #6. Contrastes entre los instrumentos de constructos cognoscitivos para niños entre el sexo.**

ESCALA	MASCULINO	FEMENINO	T. de Student
Anhedonia	91.9±13.6	91.8±14.0	N.S*
Depresión	10.5±5.1	11.3±5.7	N.S*
Desesperanza	4.4±2.7	4.6±2.6	N.S*
Pensamientos automáticos	68.4±14.6	67.4±16.7	N.S*

\*N.S No significativo.

## F) CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este proyecto no contraviene ninguno de los estatutos establecidos en la Convención de Helsinki y Hawai para la investigación en humanos y pacientes psiquiátricos. Este estudio, de acuerdo a la ley General de Salud, es del tipo de proyectos que no implican ningún tipo de riesgo para los evaluados y sólo es requisito el consentimiento informado

por parte de los participantes y la autorización del comité científico y de ética de la institución donde se capturen los sujetos.

## G) DISCUSION

Los instrumentos traducidos al castellano de anhedonia, pensamientos automáticos, desesperanza y depresión se comportaron, en términos de consistencia interna en forma similar a sus versiones originales, lo cual los hace útiles para investigaciones futuras en poblaciones de habla hispana.

La escala de anhedonia, adaptada por Kazdin para niños (21), en su versión original, probada en una población psiquiátrica de 232 sujetos arrojó un valor promedio de  $84.8 \pm 18.4$  puntos,, valor similar al encontrado en nuestra muestra de niños escolares, que fue de  $91.8 \pm 13.83$ . Aunque se hubiera esperado que los valores reportados en la versión original debieron haber sido más bajos (si hablamos de una población enferma), quizás la explicación al hecho es que no todos los diagnósticos psiquiátricos incluidos en dicha muestra fueron de la esfera de los trastornos afectivos y por ende, no difiere de una población supuestamente sana como la estudiada por nuestro grupo de trabajo.

La correlación de la versión castellana de la escala de anhedonia con la escala de depresión de Kovacs fue de  $.26$  ( $p < 0.0001$ ). El autor original del instrumento reporta que también se encontró una correlación significativa, pero no menciona el coeficiente de correlación. Aunque significativa, la correlación del instrumento con la escala de

por parte de los participantes y la autorización del comité científico y de ética de la institución donde se capturen los sujetos.

## G) DISCUSION

Los instrumentos traducidos al castellano de anhedonia, pensamientos automáticos, desesperanza y depresión se comportaron, en términos de consistencia interna en forma similar a sus versiones originales, lo cual los hace útiles para investigaciones futuras en poblaciones de habla hispana.

La escala de anhedonia, adaptada por Kazdin para niños (21), en su versión original, probada en una población psiquiátrica de 232 sujetos arrojó un valor promedio de  $84.8 \pm 18.4$  puntos,, valor similar al encontrado en nuestra muestra de niños escolares, que fue de  $91.8 \pm 13.83$ . Aunque se hubiera esperado que los valores reportados en la versión original debieron haber sido más bajos (si hablamos de una población enferma), quizás la explicación al hecho es que no todos los diagnósticos psiquiátricos incluidos en dicha muestra fueron de la esfera de los trastornos afectivos y por ende, no difiere de una población supuestamente sana como la estudiada por nuestro grupo de trabajo.

La correlación de la versión castellana de la escala de anhedonia con la escala de depresión de Kovacs fue de  $.26$  ( $p < 0.0001$ ). El autor original del instrumento reporta que también se encontró una correlación significativa, pero no menciona el coeficiente de correlación. Aunque significativa, la correlación del instrumento con la escala de

desesperanza y la falta de correlación con la escala de pensamientos automáticos le dan valor discriminante a la escala de anhedonia.

La escala de desesperanza en la versión traducida arrojó una media de  $4.5 \pm 2.6$ , y aunque, el artículo original no reporta la media, sino la mediana, esta es de 5.3, que es un valor un poco más elevado, pero su muestra utilizó también niños hospitalizados. Kazdin, y cols. (23) en su estudio original reportan una alfa de 0.97, mientras que nuestra versión traducida resultó de 0.63. La explicación de esta discrepancia puede ser debida a efectos de la traducción. de hecho, se encontró que excluyendo el reactivo número 15, el alfa se elevaba hasta un valor de 0.66. Esta escala es la que amerita una evaluación posterior para corregir los efectos de la traducción. Es, sin embargo, importante resaltar, que las cargas factoriales de la escala en castellano fueron mucho más contrastantes que en la versión original, es decir, los dos factores son mejor discriminados por la versión castellana. Queda como un objetivo para futuras investigaciones el establecer la confiabilidad interevaluador del instrumento traducido.

En cuanto a la escala de pensamientos automáticos, los valores promedio obtenidos en la versión traducida ( $67.9 \pm 15.6$ ) son muy similares a los reportados por Kazdin (22) que fue de  $68.5 \pm 29.7$ . Es relevante mencionar que el estudio original, al igual que los otros instrumentos utilizó muestras psiquiátricas, aunque no puramente afectivas. En cuanto a la consistencia interna, ambas son comparables y se encuentran en el rango de lo bastante aceptable. La correlación de la escala original con la de depresión de Kovacs (21) se

colocó en el orden de 0.57, mientras que en las versiones castellanas fue de 0.39. Esta diferencia puede explicarse en términos de la diferencia de poblaciones. En estudios posteriores con muestras clínicas se pudieran igualar los resultados originales. Como datos de validez discriminante podemos observar que la correlación con la escala de desesperanza y de anhedonia fueron muy discretas.

Finalmente, con respecto a la traducción castellana de la escala de depresión de Kovacs, se encontró una media de  $10.9 \pm 5.9$ . Algunos autores, entre ellos Cole y cols. (56), refieren que en población normal la media se encuentra entre 8 y 10 puntos y la desviación entre 7 y 8 puntos. Nuestros valores caen claramente en dichos rangos. En cuanto a la consistencia interna de ambas versiones se ubicó en 0.80, haciéndolas a ambas suficientemente confiables.

Una de las metas de esta investigación fue la de colocar en el panorama local a una serie de instrumentos confiables para su uso en poblaciones infantiles. Aunque los constructos cognoscitivos evaluados son relevantes para la depresión mayor en el adulto (9, 12, 14, 17, 20), en niños solo se encontraron algunos datos referidos a la desesperanza y la depresión infantil (62). Dicho estudio fue llevado a cabo en población deprimida, y la correlación entre los instrumentos de depresión y desesperanza se colocó en el rango de 0.45. Nuestra población, aunque de sujetos normales, corroboró esta relación entre los niveles de desesperanza y la severidad de los síntomas depresivos.

En conclusión, en poblaciones normales, los instrumentos de desesperanza, pensamientos automáticos, anhedonia y depresión para niños en sus versiones traducidas son confiables y su comportamiento psicométrico es similar al de las versiones originales.

## H) BIBLIOGRAFIA

- 1.-Reynolds WM, Johnston HF. The Nature and Study of Depression in Children and Adolescent. In: Handbook of Depression in Children and Adolescents. Reynold WM, Johntson HF, eds. New York: Plenum Press 1994 pp 3-19.
- 2.- Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DE, Kaufman J, Dahl RE, Perez J, Beverly Nelson, R. N., Childhood and Adolescent Depression: A Review of the Past 10 Years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* November 1996;35(11):1427-1436.
- 3.- Anderson JC, Mc Gee R. Comorbidity of Depression in Children and Adolescents. In Handbook of Depression in Children and Adolescents. Reynold WM, Johnson HF, eds New York: Plenum Press 1994 pp 581-601.
- 4.- Kovacs M, Gatsonis C, Parrone P, Depressive Disorders in Childhood: IV. A Longitudinal Study of Comorbidity with and Risk for Anxiety Disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46:776-782.
- 5.- Asarnow JR, Thompson M, Hamilton EB, Goldstein MJ, Guthrie D. Family-expressed Emotion, Childhood-onset Depression, and Childhood-onset Schizophrenia Spectrum Disorders: is Expressed Emotion a Non-specific Correlate of Child Psychopathology or a Specific Risk Factor for Depression? *J Abnorm Child Psychol* 1994;22:129-146.
- 6.- Boris B, Ryan N, Williamson D, Brent D, Kaufman D. Childhood and Adolescent Depression: A review of the Past 10 Years. Part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, December 1996; 35 (12):1575-1582.
- 7.- Kashani JH, Vaidya AF, Stephen M, Alison C. Life Events and Major Depression in a Sample of Inpatient Children *Comprehensive Psychiatry*. 1990;31 (3):266-274.

- 8.- Kaslow N, Brown T. and Mee I. Cognitive and Behavioral Correlates of Childhood Depression. In Reynolds W., Johnstone H. (Eds.) Handbook of Depression in Children and Adolescents. New York and London: Plenum Press. 1994 pp 97-99.
- 9.- Beck AT. Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York: International Universities Press 1976.
- 10.- Seligman M, Peterson C, Kaslow N, Tanenbaum R, Alloy L. Attributional Styles and Depressive Symptoms Among Children. Journal of Abnormal Psychology. 1984;93:235-238.
- 11.- Stark K, Humprey L, Crook K. Perceived Family Environments of Depressed and Anxious Children: Child's and Maternal Figure's Perspective. Journal of Abnormal Child Psychology. 1990; 18, 527-547.
- 12.- Beck AT. Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects. New York Hoeber. 1967.
- 13.- Rehm L. Cognitive Components of Depression . In Lewis M. and Miller S. (Eds.) Handbook of Developmental Psychopathology. New York. Plenum Press. 1990 pp 342-351.
- 14.- Klein D, Fawcett J, Clark C. Depression and anhedonia. In: Anhedonia and Affect Deficit States ed. D. C. New York PMA Publishing, 1987 pp. 1-14.
- 15.- Whybrow P, Akiskal S, McKinney W. Mood Disorders: Toward a New Psychobiology. New York: Plenum Press 1984
- 16.- Klein D. Endogenomorphic Depression. a Conceptual and Terminological Revision Arch Gen Psychiatry 1974;31:447-454.)
- 17.- Chapman LJ, Chapman JP, Raulin ML Scales for Physical and Social Anhedonia. J

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

Abnormal Psychol 1976 85:374-382.

18.- Watson CG. Anhedonia as a Function of Non-Affective Interpretation of Ambiguous Stimuli and Threshold for Affective and Neutral Stimuli. J Clin Psychol 1977 33:58-63.

19.- Fawcett J., Clarck D., Schefner W. and Gibbons R. Assessing Anhedonia in Psychiatric Patients: The Pleasure Scale. Arch Gen Psychiatry 1983 40:79-84.

20.- Hollon SD, Kendall PC, Cognitive Self-statements in Depression: Development of an Automatic Thoughts Questionnaire. Cognitive Therapy and Research 1980;4:383-395.

21- Kazdin A. Evaluation of the Pleasure Scale in the Assessment of Anhedonia in Children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1989, 28, 3:364-372.

22.- Kazdin AE. Evaluation of the Automatic Thought Questionnaire: Negative Cognitive Processes and Depression Among Children. Journal of Consult Clin Psychol 1990;2(1)73-79.

23.- Kazdin A, The Hopelessness Scale for Children: Psychometric Characteristics and Concurrent Validity. Journal of Consult Clin Psychol 1986;54(2):241-245.

24.- MacPhillamy D. and Lewinson P., Depression as a Function of Levels of Desired and Obtained Pleasure. J Abnorm Psychol, 1974 83:651-657.

25.- Seligman M. and Peterson C. A Learned Helplessness Perspective on Childhood Depression. In: *Depression in Young People: Developmental and Clinical Perspectives*, ed. M. Rutter, C. E. Izard and P. B. Read. New York: Guilford, 1986 pp. 223-249.

26.- Lang M. Tisher M. Children Depression Scale. Victoria, Australia: Australian Council for Educational Research. 1978.

27.- Brown S, Schwartz G, Sweeney D. Dissociation on Self-Reported and Observed

Pleasure in Depression. *Psychosom Med* 1979;40:536-548

28.- Miller R. Method to Study Anhedonia in Hospitalized Psychiatric Patients. *J Abnorm Psychol* 1987;96:41-45

29.- Schwartz G, Fair P, Mandel M. Facial Expression and Imagery in Depression. *Psychosom Med* 1976;38:337-347.

30.- Altmann EO, Gotlib IH. The Social Behavior of Depressed Children. *J Abnormal Child Psychol* 1988;16:29-44.

31.- Kazdin AE, Esveldt D, Sherick R, Colbus D. Assessment of Overt Behavior and Childhood Depression Among Psychiatrically Disturbed Childre. *J Consult Clin Psychol* 1985;51:504-510.

32.- Kumari N, Blackburn M, How Especific are Negative Automatic Thoughts to a Depresses Population? An Exploratory Study. *British Journal of Medical Psychology*. 1992;65:167-176.

33.-Hollon SD, Kriss Mr, Cognitive Factors in Clinical Research and Practice. *Clinical Psychology Review* 1984;4:35-76.

34.- Coyne JC, Gotlib IH, The Role of Cognition in Depression: A Critical Appraisal. *Psychological Bulletin*. 1983,94:472-505.

35.- Ingram RE, Reed MR. Information Encoding and Retrieval Processes in Depression: Findings, issues and Future Directions. In R: E: Ingram (Ed.), *Information Processing Approaches to Clinical Psychology* New York: Academic ress. 1986;cap. 5, pp. 131-150.

36.-Blackburn IM, Jones S, Lewin R. Cognitive Style in Depression. *British Journal of Clinical Psychology*. 1986;25:241-251.

- 37.- Hill CV, Hill MA, Oei TP. An Empirical Investigation of the Specificity and Sensitivity of the Automatic Thoughts Questionnaire and Dysfunctional Attitudes Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 1989;11(4):291-311.
- 38.-Clark D. A. The validity of measures of cognition: A review of the literature. *Cognitive Therapy and Research* 1988;12:1-20
- 39.-Bisno B, Thompson W, Breckenridge J. and Gallagher D. Cognitive Variables and the Prediction of Outcomes Following an Intervention for Controlling Depression. *Cognitive Therapy and Research* 1985;9; 527-538
- 40.-Dopson KS, Breiter HJ. Cognitive Assessment of Depression: Reliability and Validity of Three Measures. *Journal of Abnormal Psychology* 1983;92; 107-109.
- 41.- Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The Measurement of Pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1974;42:861-865.
- 42.- Rush AJ, Beck AT, Kovacs M, Hollon SD, Differential effects of Cognitive Therapy and Pharmacotherapy on Hopelessness and Self Concept. *Am J Psychiatry* 1982;139:861-866.
- 43.- Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Hopelessness and Suicidal Behavior: An Overview. *Journal of the American Medical Association*. 1975;234:1146-1149.
- 44.- Abramson LY, Metalsky GI and Alloy J B. Hopelessness Depression: A Theory-Based Subtype of Depression. *Psychological Review*. 1989;96:358-372.
- 45.- Beck At, Ster R, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and Eventual Suicide: A 10-year Prospective Study of Patients Hospitalized with Suicide Ideation. *American Journal of Psychiatry*. 1985;142:559-563

- 46.- Stotland E, *The Psychology of Hope*. San Francisco: Jossey-Bass. 1969.
- 47.- Akiskal HS, Hirschfeld RM, Yerevanian BI. The Relationship of Personality to Affective Disorders: A Critical Review. *Archives of General Psychiatry* 1983;40:801-810.
- 48.- Young M, Fogg L, Scheftner W, Fawcett J, Akiskal H, Maser J. Stable Traits Components of Hopelessness: Baseline and Sensitivity to Depression. *Journal of Abnormal Psychology*. 1995;105(2):155-165.
- 49.- Blackburn IM, Jones S, Lewin R. Cognitive Style in Depression. *British Journal of Clinical Psychology*. 1986;25:241-251.
- 50.- Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA. Relationship Between Hopelessness and Ultimate Suicide: A Replication with Psychiatric Outpatients. *American Journal of Psychiatry*. 1990;147:190-195.
- 51.- Young M, Fogg L, Scheftner W, Fawcett J, Akiskal H, Maser J. Stable Traits Components of Hopelessness: Baseline and Sensitivity to Depression. *Journal of Abnormal Psychology*. 1995;105(2):155-165.
- 52.- Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA. Relationship Between Hopelessness and Ultimate Suicide: A Replication with Psychiatric Outpatients. *American Journal of Psychiatry*. 1990;147:190-195.
- 53.- Kazdin A, French N, Unis A, Esveldt-Dawson K, Sherick R. Hopelessness, Depression, and Suicidal Intent Among Psychiatrically Disturbed Inpatient Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1983;51:504-510.
- 54.- Clark LA, Watson D. Tripartite Model of Anxiety and Depression: Psychometric Evidence and Taxonomic Implications. *J Abnorm Psychol* 1991;100:316-336.

- 55.-Edelsohn G, Ialongo N, Werthamer L, Crockett L. Self Reported Depressive Symptoms in First-grade Children: Developmentally Transient Phenomena? *J Am Acad Child and Adolesc Psychiatry* 1992;31:282-290.
- 56.- Cole D, Carpentieri S. Social Status and the Comorbidity of Child Depression and Conduct Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1991;58:748-757.
- 57.- Crowley S, Worchel F, Ash M. Self-Report, Peer-Report, and Teacher-Report Measures of Childhood Depression: and Analysis by Item. *Journal of personality Assessment*. 1992;59:189-203.
- 58.- Kazdin A, French N, Unis A. Child, Mother, and Father Evaluation of Depression in Psychiatric Inpatient Children. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1983b;11:167-180.
- 59.- Blumberg S, Izard C. Discriminating Patterns of Emotions in 10-and-11-year-old Children's Anxiety and Depression. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986;51:852-857.
- 60.- Finch A, Saylor C, Edwards G, McIntosh J. Children's Depression Inventory: Reliability Over Repeated Administrations. *Journal of Clinical Child Psychology*. 1987;16:339-341.
- 61.- Kazdin A, French N, Unis A, Esveldt-Dawson K. Assessment of Childhood Depression: Correspondence of Child and Parents Ratings. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. 1983c;22:157-164.
- 62.- Benfield C, Palmer D, Pfefferbaum B, Stowe M. A Comparison of Depressed and Nondepressed Disturbed Children on Measures of Attributional Style, Hopelessness, Life Stress, and Temperament. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1988;16(4):397-410