

Pilar MONREAL BOSCH

ESTUDIO DE LA SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA INFANTIL EN LA  
PROVINCIA DE GERONA: ANALISIS DE ALGUNOS FACTORES  
INDIVIDUALES Y PSICOSOCIALES



Tesis doctoral dirigida por la  
Dra. Edelmira DOMENECH LLABERIA

Departamento de Psicología de la Salud  
Facultad de Letras  
Universidad Autónoma de Barcelona  
Año 1988

3.1.3. RESULTADOS PRIMERA FASE

3.1.3.1. CARACTERISTICAS PSICOMETRICAS DE LA PRUEBA CDI

A partir de los estudios piloto y de sus características psicométricas se aplicó la escala a la muestra de la FASE 1 (N= 907).

Del primer análisis realizado en una muestra de N=907 niños, el análisis de los elementos o consistencia interna de los items aportó correlaciones items-test, que oscilaban entre .11 y .41 (véase la TABLA: T.CDI-1). Índice éste bastante cercano al dado por KOVACS en una muestra de N=860 que oscilaban entre .25 y .55.

ESTUDIO EMPIRICO

TABLA: T.CDI-1

		UNCORRECTED TOTAL CORRELATION	ALPHA IF ITEM DELETED
CDI		.3019	.7508
CD1L		.3351	.7471
CD1T		.3125	.7487
CD1A		.1163	.7527
CD1E		.1308	.7519
CD1I		.1614	.7581
CD1T		.3945	.7441
CD1D		.1036	.7488
CD1-		.1677	.7513
CD1A		.3676	.7470
CD1-		.1573	.7532
CD1-		.1718	.7545
CD1A		.3620	.7452
CD1A		.1923	.7495
CD1-		.3539	.7447
CD1A		.2362	.7557
CD1-		.1331	.7528
CD1-		.1943	.7498
CD1-		.10474	.7678
CD1-		.3733	.7447
CD1-		.4104	.7434
CD1-		.3537	.7472
CD1-		.4091	.7428
CD1-		.3488	.7458
CD1-		.3019	.7492
CD1-		.1478	.7521
CD1-		.2304	.7507

RELIABILITY = .7508

N OF ITEMS = 17

N OF ITEMS = 17

ALPHA = .7508

Desde el punto de vista de la fiabilidad de la escala obtenemos un  $\alpha = .75$  en la muestra de  $N=907$ , datos cercanos también, a algunos de los numerosos estudios que se han llevado al respecto:

	MUESTRAS	FIABILIDAD
KOVACS (1981)	N = 875	$\alpha = .86$
KOVACS (1983)	N = 860	$\alpha = .87$
HELSEY & MATSON (1984)	N = 216	$\alpha = .89$
SAYLOR (1984)	N = 105 N = 72	$\alpha = .80$ $\alpha = .94$
MONREAL (1987)	N = 905	$\alpha = .75$

TABLA: T.CDI-2  
INDICES DE FIABILIDAD DE LA ESCALA CDI

Por último fue llevado a cabo un Análisis Factorial del CDI en la muestra de  $N=907$  objeto de nuestro estudio. Mediante el análisis factorial de componentes principales



## ESTUDIO EMPIRICO

y la Rotación Varimax se obtuvieron 8 factores que explican el 47,8% de la variancia. Los valores propios oscilan desde 4.15 el primer factor y los restantes alrededor del 1. Seguidamente detallaremos los items que configuran los diferentes factores y sus pesos.

ITEM	FACTOR 1	PESO FACTORIAL
CDI 25	En realitat ningú m'estima	.60
CDI 7	Me tinc mania	.52
CDI 8	Totes les coses dolentes son per culpa meva	.43
CDI 14	Soc lleig	.41
CDI 12	No vull mai estar amb la gent	.33

Este primer factor que podríamos llamar de autoimagen negativa; explica el 15,4 % de la variancia y está configurado por 5 items con un peso superior a .33.

ITEM	FACTOR 2	PESO FACTORIAL
CDI 1	Sempre estic trist	.67
CDI 17	Sempre estic cansat	.65
CDI 10	Sempre tinc ganas de plorar	.60
CDI 11	Les coses sempre em preocupen	.41

El segundo factor que denominaríamos de tristeza y fatigabilidad; explica el 5,9 % de la variancia, tiene un

ESTUDIO EMPIRICO

valor propio de 1.59 y está configurado por 4 items con un peso superior a .35.

ITEM	FACTOR 3	PESO FACTORIAL
CDI 15	Sempre em costa posarme a fer els deures	.59
CDI 16	Cada nit em costa dormir	.59
CDI 13	No puc decidir-me	.49
CDI 24	Jo no puc ésser tan bo com els altres nens	.46
CDI 18	Qüasi mai tinc ganes de menjar	.45

Este tercer factor de apatía, indecisión y componente somático; explica el 5 % de la variancia, tiene un valor propio de 1.36 y son 5 los items que lo configuran.

ITEM	FACTOR 4	PESO FACTORIAL
CDI 22	No tinc amics	.62
CDI 20	Sempre em sento sol	.62
CDI 5	Sempre soc dolent	-.41

El cuarto factor o factor de aislamiento social explica el 4,8 % de la variancia y lo forman 4 items.

## ESTUDIO EMPIRICO

ITEM	FACTOR 5	PESO FACTORIAL
CDI 3	Tot ho faig malament	.64
CDI 23	Ara me surten molt malament les assignatures	.56
CDI 9	Em vull matar	.43
CDI 2	No en surtiré res bé	.47

El quinto factor (humor depresivo e ideación suicida) explica el 4,6 % de la variancia y está formado por 4 elementos.

ITEM	FACTOR 6	PESO FACTORIAL
CDI 27	Sempre em barallo	.65
CDI 26	Mai faig el que em diuen	.65
CDI 8	Totes les coses dolentes son per culpa meva	.41
CDI 5	Sempre soc dolent	.36

El sexto factor (conducta oposicionista) con un valor propio de 1.12543 explica el 4,2 % de la variancia.

ITEM	FACTOR 7	PESO FACTORIAL
CDI 19	Sempre em preocupo pels mals i les malalties	.78
CDI 6	Estic convençut que em passaran coses terribles	.42
CDI 11	Les coses sempre em preocupen	.35

El séptimo factor (ideación mórbida) con un valor propio de 1.11394 explica el 4,1 % de la variancia.

ITEM	FACTOR 8	PESO FACTORIAL
CDI 4	No hi ha res que em diverteixi	.74
CDI 21	Mai em diverteixo al col·legi	.40

Este último factor o factor de anhedonia, con un valor propio de 1.02581 explica el 3,8 % de la variancia.

Analizados otros estudios factoriales realizados con esta escala, diremos que 3 de los factores (el 1, 2 y 6) resultantes están configurados de forma similar al trabajo realizado por SAYLOR, FINCH et al. en 1984.

Se ha realizado además un análisis factorial boleano al tener en cuenta el tipo de variables que configuran la escala. Los resultados se comentarán en posteriores trabajos, en este se comentan los resultados del análisis factorial de componentes principales ya que es el tipo de análisis que se ha llevado a cabo por la propia autora y

por los demás investigadores que han trabajado las características psicométricas de esta escala.

### 3.1.3.2. CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DEL PNID EN CATALAN.

En primer lugar el estudio piloto sirvió para familiarizarnos con la escala y modificar, a nivel lingüístico algunos ítems, más en relación a estilo que a contenido. En segundo lugar la escala, en su revisión definitiva fue aplicada a un aula (N = 34) de un centro público de Gerona capital con el fin de analizar su fiabilidad. Con un intervalo de 2 meses fue aplicada la escala obteniéndose un coeficiente de fiabilidad test-retest de  $r=.68$  en la escala de depresión;  $r=.64$  en la escala de felicidad. Índices aceptables a nivel de fiabilidad.

### 3.1.3.3. RESULTADOS OBTENIDOS EN LA PRIMERA FASE DEL ESTUDIO

Vamos a comentar a continuación los resultados obtenidos por los sujetos en ambas pruebas de evaluación.

3.1.3.3.1. ESCALA CDI

En la TABLA: T.CDI-3 (Anexo 5) observamos cómo se distribuyen las puntuaciones dadas por los sujetos en esta escala proporcionando un puntuación media igual a 10.16 y una desviación standard de 5.58.

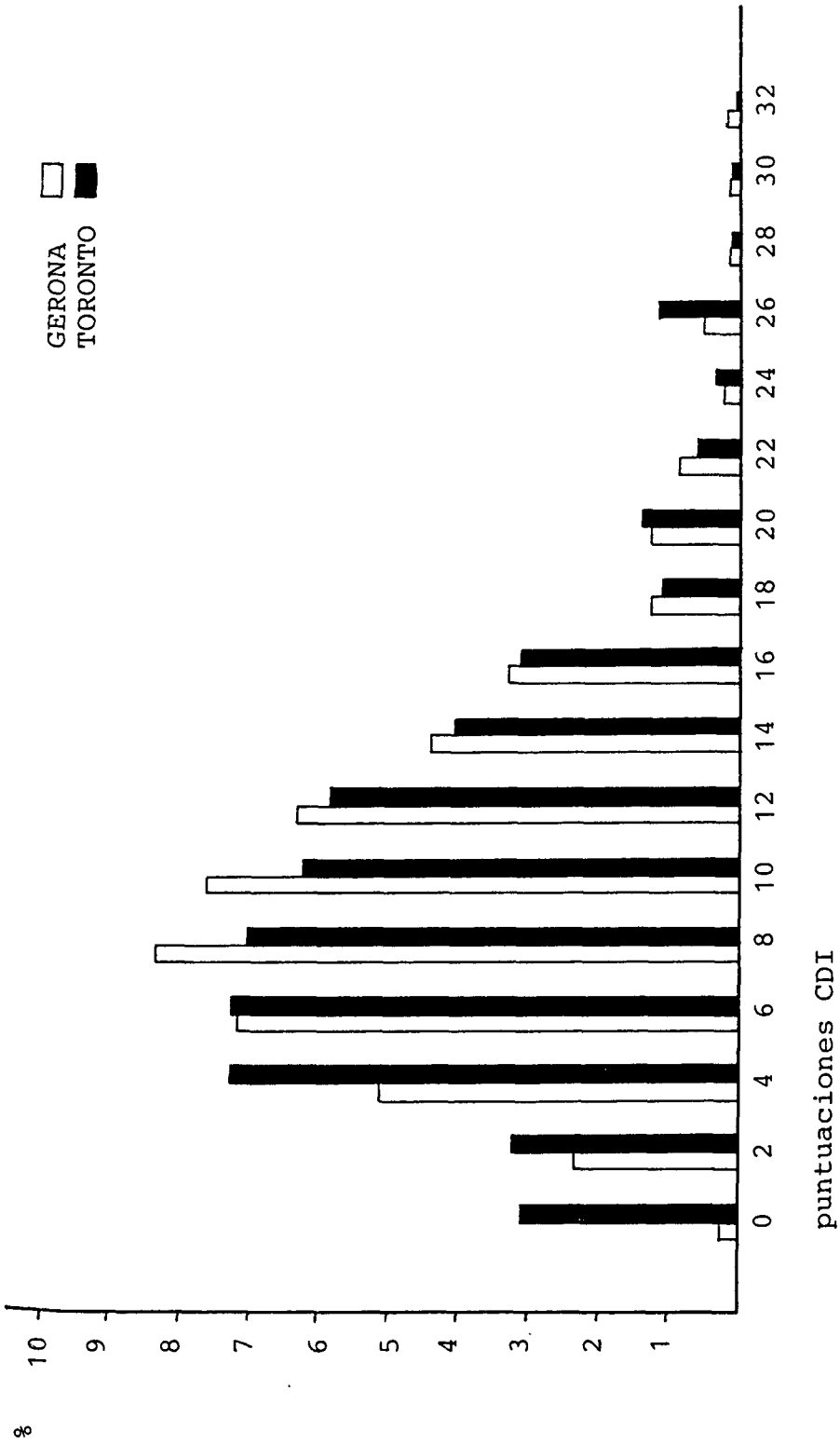
Podemos apreciar tal como queda visualizado en la TABLA: T.CDI-4 que la media de la escala parece ser superior en nuestra muestra (N= 907 sujetos, 491 niños y 416 niñas) que en los datos recogidos del estudio de KOVACS (1983) y de GREEN (1980).

	MEDIA	MODA	SD
TORONTO N= 860	9,28	7	7,30
PENNSYLVANIA N= 680	9,72		7
GERONA N= 907	10,16	8	5,58

TABLA: T.CDI-4  
PUNTUACIONES DEL CDI EN LA MUESTRA DE GERONA

Estas puntuaciones se distribuyen de forma similar en los estudios de Toronto y en Gerona, a pesar de ser algo más alta la media de nuestro estudio y menos dispersas las puntuaciones. La GRAFICA: G.CDI-1 presenta la distribución de las puntuaciones de la muestra tanto de Gerona como de Toronto.

GRAFICA: G.CDI-1



3.1.3.3.2. ESCALA PNID

De la escala sociométrica de PNID, no poseemos actualmente datos sobre la distribución de las puntuaciones en población normal (los artículos revisados han ido dirigidos a poblaciones clínicas). En nuestro estudio hemos diferenciado las 3 escalas que configuran la prueba y así encontramos:

	X	SD
PNID depresión	.42	.54
PNID felicidad	.21	.26
PNID popularidad	.14	.14

3.1.3.4. RESULTADOS CONJUNTOS DE AMBAS PRUEBAS

Las correlaciones entre las tres escalas del PNID y el CDI se muestran a continuación:



## P.N.I.D.

	DEPRESION	FELICIDAD	POPULARIDAD
CDI	.28	-.18	-.18

$p < .001$

Aunque la relación es significativa a un nivel alto de significación, los valores son algo bajos y la relación se muestra en las escalas de depresión (CDI, PNID) en sentido contrario a las escalas de felicidad y popularidad, como ya era de esperar. A continuación aparecen resultados de otros trabajos que están en la misma línea:

## CORRELACIONES ENTRE EL CDI Y PNID

	JACOBSEN et al. 1983 (N=109)	SAYLOR et al. 1984 (N=111)	MONREAL 1987 (N=907)
PNID depresión	$r = .43$	$r = .32$	$r = .28$
	$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$

Se puede constatar que las correlaciones aunque superiores a la nuestra, van en el mismo sentido y continúan siendo algo bajas.

ESTUDIO EMPIRICO

Teniendo en cuenta que hemos utilizado 2 pruebas que evalúan la sintomatología depresiva, una a través del propio sujeto (autoevaluación) y otra mediante los compañeros, y que ambas tienen una correlación positiva, es de esperar que la distribución de los sujetos que puntúan alto en la escala CDI, es decir que se autoevalúen con sintomatología depresiva, puntúen también alto en las nominaciones de los compañeros, es decir sean vistos como triste, que no juega,..etc.

Los resultados obtenidos, al cruzar ambas informaciones arrojan interesantes datos:

PNID CDI	ESCALA FELIC.	CENTRAL	ESCALA DEPRES.
No Depresivos	8 (0,9%)	56 (6,2%)	0
CONTROL	29 (3,2%)	691 (76,2%)	19 (2,1%)
DEPRESIVOS	0	85 (9,4%)	19 (2,1%)

Parece que efectivamente no encontramos en los 907 sujetos ningún caso en que el sujeto se sienta deprimido en el CDI y sea visto por los compañeros como feliz y al contrario ningún sujeto es visto por sus compañeros con sintomatología depresiva y él no se evalúa depresivo.

Por otro lado un 0,9% de los niños que en el CDI no aparecen con sintomatología depresiva son evaluados en la escala de felicidad por sus compañeros, y un 2,1% de los

niños con sintomatología depresiva en el CDI son también detectados por sus compañeros.

Un % bastante alto, sin embargo de niños que se sienten con sintomatología depresiva por el CDI (9,4%) no son detectados ni como deprimidos ni felices por sus compañeros, y un 6,2% de los niños que no son deprimidos por el CDI tampoco son detectados como felices por los compañeros.

El resto de sujetos, ni sintomatológicamente depresivos ni no depresivos por el CDI, son un 3,2% detectados como felices por sus compañeros, un 2,1% como depresivos y un 76,2% no pertenecen a ninguno de las 2 categorías (feliz, depresivo) del PNID.

Estos datos junto a otras formas de evaluación deberán tenerse en cuenta a la hora de determinar quién es deprimido, el que se autoevalúa como tal o el que es observado en su conducta.

### 3.1.4. RESUMEN Y CONCLUSIONES DE LOS RESULTADOS DE LA FASE 1

El procedimiento seguido para nuestro estudio en relación a la selección de la muestra (muestreo aleatorio por conglomerados) nos ha permitido extraer una muestra de 907 sujetos constituido por un 54.1% de niños y un 45.9% de niñas que tal como era nuestro objetivo corresponden a un 64.1% de edad 9 años y un 30.9% de 10 años que cursan 4 curso de EGB.

Como muestra representativa de la provincia de Gerona, las aulas (unidad de muestreo) se reparten por todo el territorio, sin embargo podemos concluir que un 74.2% están situadas en una zona geográfica de "interior" y un 25.8 de "costa". La mayoría de estas aulas (79.2%) corresponde a lo que hemos denominado "llano" siguiendo un 14.1% de "montaña" y un 6.7% de "alta montaña". Son habitantes de municipios urbanos (49.2%) o semirurales (23.6%). Todo ello pensamos que es coherente con las características geográficas de la provincia de Gerona.

En otro sentido, el 50.6% de los niños va a escuelas religiosas y un 49.4% a escuelas laicas, con un ambiente de coeducación (84.2%) y pertenecen a centros públicos (77.1%) sin que ello signifique que no se hayan visto representados los centros privados (22.9%). Son finalmente escuelas que tienen una organización de curso por aula clásica (78.7%), es decir que tienen un aula diferenciada por curso; aunque también las escuelas unitarias quedan reflejadas en el muestreo (2.6%).

La selección efectuada sobre los instrumentos que íbamos a utilizar para llevar a cabo el "screening" de

los niños con sintomatología depresiva creemos ha sido correcta, en el sentido de haber escogido por una lado aquellas escalas que teóricamente venían avaladas por investigaciones anteriores a nosotros y habían sido utilizadas con más frecuencia y por otro lado los resultados de nuestra fase piloto y nuestra adaptación al catalán también han confirmado.

Así la escala CDI ha arrojado datos psicométricos sobre la fiabilidad de los items que componen la escala en la primera prueba piloto y en la definitiva que hemos utilizado. Por otro lado hallamos la fiabilidad total de la escala en el 1 piloto ( $r = .66$ ) y en la escala definitiva ( $r = .757$ ). Estos datos son próximos a los que KOVACS (1981) encontró en poblaciones diferentes ( $r = .86$ ); ( $r = .87$ ) KOVACS (1983).

Por otro lado, en lo que respecta al PNID la fiabilidad fue hallada mediante procedimiento test-retest y arroja índices ( $r = .68$ ), considerados acorde con los que aporta originariamente LEFKOWITZ (1980) ( $r = .79$ ).

En la aproximación hecha a la validez de ambas pruebas, aportamos los estudios de correlación (validez concurrente) entre ambas pruebas ( $r = .28$ ) que son significativas a nivel estadístico, similares a otros resultados (SAYLOR et al. 1984);  $r = .32$  y en la misma dirección (es decir escala de depresión del PNID con CDI en sentido positivo y escala de felicidad y popularidad del PNID con el CDI en sentido negativo). Ya hemos señalado que estamos relacionando 2 formas de evaluación de la sintomatología depresiva diferentes (autoevaluación y evaluación por los compañeros) lo que es perfectamente coherente con el hecho de obtener los índices de correlación que hemos obtenido. En este sentido recogemos la opinión de CANTWELL (1983) que se cuestionaba el PNID

como escala para discriminar a los niños depresivos solamente o síntomas depresivos como parte de otros trastornos. Este autor también encontró correlaciones más bajas con el CDI y más altas con aspectos de rendimiento escolar, habilidades escolares, conducta social, etc.

El análisis de la distribución de las puntuaciones de ambas pruebas, (aceptadas como fiables y válidas) ha aportado 3 resultados interesantes:

1.- El punto de corte que teóricamente KOVACS y otros, señalaban en 19 puntos; queda confirmado por nosotros en población "normal". Esta puntuación (a partir de 18 puntos) corresponde al percentil 95.

2.- No existe ningún sujeto que haya sido seleccionado con alta sintomatología depresiva en el PNID que haya puntuado menos de 19 puntos (punto de corte) en el CDI.

3.- Las características psicométricas de ambas pruebas si bien muestran índices aceptables, hay que decir que la escala CDI posee a este nivel mejores cualidades, lo que queda reflejado más ampliamente en la segunda etapa de nuestro trabajo.

**3.2. SEGUNDA FASE**

## ESTUDIO EMPIRICO

El diseño de nuestra investigación es un diseño de doble fase como ya hemos descrito y que como señala DIEZ MANRIQUE y col.(1984) es el procedimiento más conveniente para un estudio comunitario de salud mental. En la primera fase, mediante procedimientos fiables de cribado hemos seleccionado una muestra que es estudiada más a fondo en esta segunda fase, es decir en la primera fase mediante la aplicación de un instrumento de "screening" se selecciona a los sujetos que por su elevada puntuación, pueden presentar el trastorno que se estudia para posteriormente en la segunda fase trabajar con esa muestra más reducida y examinar en profundidad los sujetos seleccionados y los posibles factores que influyen en la presencia de dicho trastorno.



3.2.1. SUJETOS

3.2.1.1. SELECCION DE LA MUESTRA

Tras haber corregido los dos instrumentos evaluadores de sintomatología depresiva, se procedió a seleccionar ("sreening") la segunda muestra en base a los siguientes criterios:

1.- El niño que más puntos obtuvo (nominaciones de los otros compañeros) en la escala de depresión del PNID se seleccionó para la MUESTRA 2 dentro del grupo de los "depresivos".

2.- Aquel sujeto que en la escala de felicidad del PNID obtuvo más nominaciones se le seleccionó para la MUESTRA 2 dentro de los "no depresivos".

3.- La puntuación de 19 puntos o más en el CDI se utilizó para escoger aquellos sujetos con esta puntuación y considerarlos dentro del grupo de mayor porcentaje de sintomatología depresiva.

4.- El 5% de los sujetos con menor puntuación en el CDI pertenecerán al grupo de baja sintomatología depresiva.

3.2.1.2. DESCRIPCION DE LA MUESTRA

La distribución de los sujetos (N= 223) de la MUESTRA 2 según la comarca, la escuela, tipo de centro, tipo de escuela, es el siguiente:

COMARCA	NIÑOS	%
GIRONES	60	26,9 %
CERDANYA	8	3,6 %
RIPOLLES	12	5,4 %
SELVA	32	14,3 %
ALT EMPORDA	51	22,9 %
BAIX EMPORDA	36	16,1 %
GARROTXA	24	10,8 %
TOTAL	223	100 %

	NIÑOS	%
CENTRO PUBLICO	182	81,6%
CENTRO PRIVADO	41	18,4%
TOTAL	223	100 %

ESTUDIO EMPIRICO

	Niños	%
RELIGIOSO	117	52,5%
LAICO	106	47,5%
TOTAL	223	100 %

De los centros en los que hay coeducación, 191 sujetos (85,7%) configuran la MUESTRA 2 y en los que no la hay 32 sujetos cuyo porcentaje es el 14,3%.

TIPO ESCUELA	Niños	%
UNITARIA	24	10,8%
GRAD. INCOMPLETA	36	16,1%
GRAD. COMPLETA	148	66,4%
EGB & BUP	15	6,7%
TOTAL	223	100 %

Teniendo en cuenta las variables geográficas obtenemos la siguiente distribución:

	COSTA	INTER A.	MONT	MONT LLANO	RURAL	SRURAL	INTER	SURB	URB	
N=	52	171	16	32	175	20	67	30	16	90
%	23,3	76,7	7,2	14,3	78,5	9	30	13,5	7,2	40,4

ESTUDIO EMPIRICO

Por último según las variables sexo y edad se distribuirían tal como se señala a continuación:

SEXO			
	NIÑOS	NIÑAS	
N=	120	103	223
%	53,8	46,2	100 %

EDAD					
	9	10	11	12	
N=	120	87	14	2	223
%	53,8	39	6,3	0,9	100 %

### 3.2.2. METODO DE LA SEGUNDA FASE

En esta segunda fase de nuestro estudio pretendemos analizar los individuos con alta y baja sintomatología depresiva, que se derivan del análisis de resultados de la fase anterior y conocer de las variables recogidas en nuestro trabajo, cuáles son las que explicarían mejor la variabilidad de la variable dependiente que en nuestro caso es la sintomatología depresiva e identificarlas como posibles factores de riesgo para un posterior programa de prevención en salud primaria.

A esos sujetos se les hace un análisis en profundidad a través de las variables utilizadas en esta investigación y cuya operacionalización especificamos a continuación:

#### 3.2.2.1. VARIABLES INDEPENDIENTES

Siguiendo algunos estudios llevados a cabo (PAEZ 1986, ETXEBERRIA 1986) sobre psicología de la salud, hemos diferenciado entre variables que podríamos denominar macrosociológicas las microsociológicas y las psicológicas, es decir aquellas del entorno social del niño, de su entorno más inmediato y las más próximas a él; tal como hemos visto en los apartados de la parte teórica correspondiente.

### 3.2.2.1.1. Variables Macrosociológicas.

EDAD: Hemos considerado al hablar de depresión infantil que se nos planteaban dos alternativas. Podríamos haber trabajado con edades más tempranas (preescolar) dado que la literatura al respecto cada día está abriendo nuevos caminos, pero la dificultad de poder trabajar directamente con los niños a partir de autoinformes nos obligó a rechazar la idea. Por otro lado, si la edad de los niños era próxima a la pubertad o adolescencia, período también interesante desde nuestro punto de vista e interés profesional, llevaba consigo serias dificultades propias de ese momento evolutivo, que podrían interferir en el estudio de la depresión infantil. Por otro lado si cogíamos un intervalo de edad más amplio habían estudios que lo desaconsejaban (RUTTER 1974).

La edad escogida fue la de 9-10 años. Pensamos que esa edad podía ser idónea ya que nos permitía trabajar con los propios niños y aún estaban lejos los efectos de la pubertad o adolescencia.

SEXO: Dadas las diferencias entre niños y niñas encontradas por RUTTER et al. (1970) en los estudios sobre alteraciones psiquiátricas infantiles; hemos considerado correcto tener en cuenta esta variable.

AREA GEOGRAFICA: Desde hace tiempo que se ha venido observando la diferencia en la frecuencia de trastornos psiquiátricos según el área geográfica (RUTTER 1975). En un estudio epidemiológico realizado en la India

se encuentran diferencias de porcentajes de depresión según la distribución geográfica (BAGADIA et al. 1973; Davis et al. 1965 entre otros), por ello y teniendo en cuenta que cataluña está dividida por comarcas hemos creído interesante tener en cuenta esta variable.

Hace referencia al área y situación geográfica donde vive el niño, (en Cataluña, comarcas) y a características tales como número de habitantes de la comarca y posición respecto al nivel del mar.

Entendemos por comarca una extensión de territorio más reducida que una región a la cual dan una cierta unidad, entre otros factores: las relaciones de vecindad entre los lugares que la forman, unas ciertas condiciones naturales y la persistencia de demarcaciones históricas. Según la Enciclopedia Catalana (1982), es la demarcación administrativa en la que el Principado de Cataluña (territorio de las cuatro provincias de Barcelona, Tarragona, Lérida y Gerona) fue dividido en 1936 por el gobierno de la Generalitat de Catalunya. Así tenemos en cuenta a BLAZER (1985) que considera que las comparaciones entre distintas zonas son más adecuadas cuando entre estas zonas existe una contigüidad.

En nuestro caso hemos tenido en cuenta las comarcas que configuran la provincia de Gerona, que son la comarca del Gironès cuya capital es Girona, la de la Cerdanya cuya capital es Puigcerdà, la del Ripollès cuya capital es Ripoll, la de la Selva cuya capital es Santa Coloma de Farnès, la del Alt Empordà cuya capital es Figueres, la del Baix Empordà cuya capital es la Bisbal y la de la Garrotxa cuya capital de comarca es Olot.

GEOGRAFIA FISICA: Hemos diferenciado entre,

costa-interior y entre llano-montaña y alta montaña.

Consideramos costa aquellos municipios que o bien están situados totalmente en la costa o bien por su proximidad, sus medios económicos dependen de ella. Los municipios del interior son aquellos que quedarían definidos por contraste con los anteriores, es decir que su medio de vida y su distancia no dependen directamente del mar y su costa.

Consideramos llano aquellos municipios situados a menos de 200 metros de altitud sobre el nivel del mar. Montaña media, a aquellos situados entre los 400 y 800 metros por encima del mar. Y alta montaña los que sobrepasan los 1.000 metros de altitud.

CARACTERÍSTICAS EXTERNAS Y OBSERVACIONALES DE LA ESCUELA: Se hace referencia a:

- escuela pública/privada; religiosa/laica
- tipo de escuela, atendiendo a la clasificación facilitada por el Departament D'Ensenyament Primari de la Generalitat de Girona; que es la siguiente:
  - Escuela Unitaria: aquellas que están formadas por una sola aula; máximo dos y en las que se encuentran todos los cursos de EGB juntos.
  - Escuela Graduada Incompleta: aquellas en las que hay más de 1 curso por aula. Son escuelas que tienen de 3 a 7 aulas.
  - Escuela Graduada Completa: aquellas que tienen un aula por curso de EGB, es decir hay como mínimo ocho aulas.



- Centros de EGB y BUP: aquellos centros escolares en los que se imparte además de los 8 cursos de EGB, el BUP.

Otro dato o variable importante señalado en estudios, desde el punto de vista de tipo de enseñanza, será el idioma impartido, la coeducación y finalmente la densidad de la misma, es decir número de alumnos y profesores.

Por otro lado se analizan las características del aula, número de niños/niñas, sexo del profesor, características ambientales, etc..

#### MEDIO RURAL-URBANO

Entendemos por zona rural a aquel municipio que tiene menos de 2.000 habitantes y que el porcentaje de población activa agraria es mayor de 40%.

Hablaremos de zona urbana cuando el municipio tenga más de 5.000 habitantes y el porcentaje de población activa agraria sea de 20%.

Hablaremos a su vez de semi-rural cuando los índices señalan una población igual o menor a 2.000 y con un porcentaje de población activa agraria menor de 40%. Semi-urbano correspondería a aquellos municipios de 2.000 a 5.000 habitantes que tienen un porcentaje menor de 25% de población activa agraria.

En el momento de llevar a cabo la grabación de los datos, no poseíamos las estadísticas correspondientes a población activa agraria de 1986, por lo que esta

variable quedó operacionalizada sólo con el indicativo de número de habitantes. Así consideraremos:

RURAL:	municipios de hasta -----	500
		habitantes
SEMI-RURAL:	municipios de 501 ----	2.000
		habitantes
INTERMEDIO:	municipios de 2.001 ----	5.000
		habitantes
SEMI-URBANO:	municipios de 5.001 ----	10.000
		habitantes
URBANOS:	municipios de más de ----	10.000
		habitantes

Actualmente, rectificada la falta de este dato (población activa agraria), ha sido introducido en el estudio epidemiológico llevado a cabo (POLAINO; DOMENECH y colaboradores en prensa).

FACTORES OBSERVACIONALES, IMAGEN EXTERNA DE LA FAMILIA

Esta variable incluye informaciones tales como:

- lugar de nacimiento del padre y de la madre
- situación laboral del padre y de la madre
- trabajo del padre y de la madre
- idioma familiar
- tipo de vivienda (piso, casa urbana, casa rural)
- enfermos en la familia
- muertes recientes

- distancia casa-escuela.

STATUS FAMILIAR: La definición del nivel socio-económico encierra a veces dificultades por las múltiples variables que la configuran. Nosotros nos basaremos en:

- Estudios de los padres (padre y madre).
- Trabajo de los padres
- Situación laboral (retirado, parado, busca trabajo,...)
- Expectativas económicas (cuánto necesita para vivir)
- Número de habitaciones vivienda
- Tipo de vivienda (casa rural, piso, casa urbana)

INMIGRACION: Hace referencia esta variable a la procedencia y a los años de residencia de los padres en el actual municipio de los sujetos. En nuestro caso de las familias de los niños objeto de estudio.

### 3.2.2.1.2. Variables Microsociales

Se han considerado variables microsociales aquellas que hacen referencia a los acontecimientos vitales que el niño puede vivir en relación a su entorno más inmediato, por eso se habla de pérdida de padres, separación de los mismos, (entrada en el colegio...). Estas a veces pueden ser consideradas como desencadenantes o precipitantes (GARCIA, 1986).

-

Por ello, recogeremos en nuestro estudio datos que puedan referirse a la relación padres/hijos, por una parte y a la separación de los niños del marco familiar para iniciar la escolaridad (separación).

Familiares:

Edad de los padres: Nos referimos a la diferencia que puede existir entre padres e hijos en cuanto a edad y la posible diferencia entre padres mayores o más jóvenes y su relación con los hijos.

Personas con las que el niño convive: Recogemos información sobre todos aquellos que configuran el medio familiar. Ello nos permite analizar la constelación familiar (número de hermanos, qué lugar ocupa y la existencia o no de alteraciones (enfermedades, separación, muerte, etc. de alguno de ellos.)

Escolares:

Definimos estas variables como:

Comienzo de la escolaridad: Edad y curso en el que se inicia la escolaridad completa del niño.

Cambios de colegio, (pérdida de continuidad en la escolaridad)

Ausencias a clase, y motivos de las mismas.

### 3.2.2.1.3. Variables Psicológicas

Algunos autores afirman que estas variables psicológicas actúan como mediadoras que inciden creando una mayor o menor vulnerabilidad en los sujetos ante los aspectos macro y microsociales señalados.

RENDIMIENTO: Hace referencia a los resultados académicos tanto del presente curso del niño, como de los anteriores.

INTELIGENCIA: Una buena medida de la misma parece ser en estas edades el análisis del factor "G" y teniendo en cuenta que parte del material está escrito, el análisis de la comprensión verbal de los niños.

ORGANIZACION PSICOMOTORA: Nos referimos a aquellas características relacionadas con la motricidad y percepción que parecen tener, según estudios llevados a cabo (ESTEBAN 1985), una relación con los trastornos emocionales.

CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS: Se refiere a variables temperamentales, y comportamentales de los niños, tales como sociabilidad, autonomía para ir a la escuela, participación en actividades extraescolares,...etc. Igualmente englobaría la autoestima del niño, o valoración que el niño tiene de sí mismo y la ansiedad.

HANDICAPS: Refiriéndonos a la presencia o no de enfermedades crónicas, alteraciones sensoriales y trastornos psicológicos.

### 3.2.2.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Tomamos como variable dependiente en nuestro estudio la depresión entendida como se ha señalado anteriormente como un conjunto de síntomas que afectan a la cognición, a la afectividad, a la sociabilidad, a la actividad, y a su funcionamiento psicofisiológico; síntomas estos que han de perdurar durante un tiempo determinado (2 semanas). Para ello hemos recogido información de las diferentes fuentes posibles, el propio niño, los compañeros, el maestro, el clínico, y los padres; a fin de poder realizar un análisis más exhaustivo y sistemático de la depresión.

### 3.2.3. PROCEDIMIENTO

#### 3.2.3.1. TECNICAS DE EVALUACION UTILIZADAS

Para recoger la información que hacía posible la investigación que nos hemos propuesto, hemos debido proceder en primer lugar a la selección de los instrumentos. En este sentido téngase en cuenta que la primera dificultad encontrada ha sido no tener ningún instrumento de evaluación de la depresión en CATALAN, por lo que este primer paso debía no sólo seleccionar qué técnica iba a utilizarse, sino también adaptarla (que no traducirla solamente) a la población a la que iba dirigida. A fin de comentar todos los pasos llevados a cabo seguiremos tanto para la V. dependiente como para la V. independiente el siguiente esquema:

#### Medidas de la Variable independiente/dependiente

Descripción del test  
Adaptación si ha sido necesario  
Estudio piloto  
Resultados psicométricos  
Escala definitiva

3.2.3.1.1. Escalas de Evaluación de la Variable Independiente

3.2.3.1.1.1. CUESTINARIOS CERRADOS

Se han definido las variables macrosociales, microsociales y psicológicas, basándonos en algunos estudios ya realizados, como aquellos aspectos o características que en nuestro estudio veíamos importante recoger para acceder al segundo objetivo que nos habíamos propuesto. Una vez definidas las variables (operacionalización), encontramos que no existe, obviamente un modelo standard de recogida de esta información (indicadores de estas variables), por lo que se elaboraron 3 tipos de cuestionarios de preguntas cerradas que permitían acceder a la información de:

- El centro escolar donde el niño asistía y sus características.
- El rendimiento del niño y escolaridad efectuada mediante la recogida de algunos datos del ERPA.
- La familia y características de los padres.

3.2.3.1.1.1.1. DATOS SOBRE EL CENTRO

El primer cuestionario lo denominamos DATOS SOBRE EL CENTRO y constaba de 14 items que recogían información



sobre las características del colegio y 11 ítems sobre características del aula a la que el sujeto asistía.

La primera parte tiene como objetivo acceder a aquellas variables definidas como "características del centro" con preguntas tipo:

Tipo: (1) Religioso (2) laico

Dirección: (1) pública (2) privada

Idioma de enseñanza: (1) catalán (2) castellano (3) ambos (4) otro.

Y también, aquellas actividades que si bien no hemos definido como variables específicas, sirven para caracterizar un tipo de colegio. Así por ejemplo:

- Actividades extraescolares (1) Sí (2) No
- Asociación de padres (1) Sí (2) No
- Servicios del Centro
 

Comedor	Patio
Ordenadores	Biblioteca
Gimnasio	Laboratorio
Duchas	Piscina
Campo de deportes	Salón de actos
Talleres	Sala de profesores

La segunda parte también con preguntas cerradas, tenía por objetivo recoger datos sobre las características del aula del colegio, características ambientales que podrían acercarnos a un mejor conocimiento del entorno del niño.

Así preguntas como:

Número de alumnos por clase

Sexo del profesor (1) Hombre (2) Mujer

Iluminación artificial (1) Suficiente  
(2) insuficiente

Sistema de calefacción (1) Central (2) estufa  
(3) No hay

En el ANEXO 6 incluimos este cuestionario completo.

La forma de aplicación se hacía directamente por parte del psicólogo aplicador de todas las pruebas, a través de la entrevista con el director o profesor del aula.

### 3.2.3.1.1.1.2. DATOS SOBRE EL EXPEDIENTE ESCOLAR

El segundo cuestionario lo hemos denominado DATOS EXTRAIDOS DEL ERPA y como queda patente en el título dado, pretende recoger algunos de los datos que nos han parecido más interesantes de los expedientes escolares.

La información recogida eran indicadores de las variables anteriormente definidas. Así tenemos desde:

Item 2

Edad

Item 4

Sexo: (1) Varón (2) Hembra

- Escolaridad del niño:

Item 6:

Curso en que comenzó: (1) Pre 1 (2) Pre 2  
(3) EGB 1 (4) EGB 2  
(5) EGB 3

- Constelación familiar:

Item 9

Número total de hermanos

Item 10

Lugar que ocupa entre ellos.

- Rendimientos escolares, con información sobre las notas obtenidas, desde 1, 2 y 3er. curso.

El cuestionario en total consta de 12 items cerrados a fin de favorecer la tabulación posterior de los mismos. Esta información fue recogida, por el psicólogo aplicador directamente del expediente del niño. (Anexo 7).

3.2.3.1.1.1.3. CUESTIONARIO DE PADRES: CUESPA

El tercer cuestionario consta de 35 preguntas, abiertas y cerradas, que valoramos cuantitativamente. A su vez hay 10 preguntas que no puntuamos pero que a nivel cualitativo nos pueden aportar información interesante.

Un ejemplo de pregunta abierta sería el ítem CUESPA 1 Edad del padre, una pregunta cerrada sería el ítem CUESPA 11 ¿Con quién vive actualmente su hijo/a : 1 ( ) Con su padre y su madre. 2 ( ) Sólo con su padre. 3 ( ) Sólo con su madre. 4 ( ) Con su padre y la compañera del padre. 5 ( ) Con su madre y el compañero de la madre. 6 ( ) Sin sus padres, con un familiar. De las 10 preguntas que no se puntúan una de ellas es el CUESPA 23 que se refiere a la causa de las muertes recientes en la familia.

Este cuestionario hace referencia a variables macrosociales como la clase social, en cuanto que recoge la información de los estudios realizados por los padres, la situación laboral de los mismos, las expectativas económicas; a variables microsociales: incidencias en la convivencia y estructura familiar, muertes recientes en el núcleo familiar, edad de los padres; y también variables psicológicas, como presencia de enfermedad orgánica o psicológica en el niño, si es adoptado, independencia o autonomía del niño respecto a la familia.

La aplicación del mismo se realizó de la siguiente manera: una vez realizado el estudio de screening en la muestra general y conocidos ya los sujetos que pertenecían a la submuestra, se les entregó a los niños de la submuestra en un sobre el CUESPA, el cuestionario

CBCL de ACHENBACH anteriormente comentado, y una carta firmada por el director de la investigación en la que se explicaba el trabajo que realizábamos y pidiéndoseles sus respuestas y agradeciéndoles su colaboración. (El Anexo 8 muestra la carta de presentación del material y el cuestionario a contestar).

### 3.2.3.1.1.2. ESCALA DE ANSIEDAD EPO-J

La sintomatología ansiosa ha sido tradicionalmente, muy frecuentemente asociada a la depresión infantil y a menudo síntomas relacionados con ansiedad estaban incluidos en las listas de síntomas de depresión. La ansiedad es una característica habitual, cuando no constante, en la depresión infantil. Igualmente, los estudios que se realizan de depresión en adultos, se encuentran en la misma línea.

Entre otros trabajos citaremos los de KOVACS (1983); SAYLOR, C.F. et al, (1984); NORVELL, N et al (1985); BLUMBERG, R. (1986) que tienen en cuenta la relación de estos síndromes con la depresión en la población infantil.

En nuestro estudio utilizamos para medir la ansiedad la escala N del test de personalidad EPO-J de EYSENCK, H.J. (1975, TEA 1978). Ver protocolo en el Anexo 9.

En base a nuestra experiencia, la utilización de la versión castellana nos pareció correcta y trabajos

realizados sobre esta escala y su relación con la depresión (CAS) eran satisfactorios (LANG y TISHER 1974); lo que nos decidió a utilizar esta escala en nuestro trabajo.

### 3.2.3 1.1.2.1. DESCRIPCION DE LA ESCALA Y ESTUDIO PILOTO

Esta escala está formada por 20 items a los cuales el sujeto responde poniendo una cruz (X) dentro de la casilla del Si o del No según sean sus pensamientos o sentimientos.

El sujeto con puntuación alta en esta escala se define como ansioso, preocupado, con cambios de humor y frecuentemente deprimido; probablemente duerme mal y se queja de diferentes desórdenes psicósomáticos; es exageradamente emotivo, presenta reacciones muy fuertes a todo tipo de estímulos y le cuesta volver a la normalidad después de cada experiencia que provoca una elevación emocional. Sus fuertes reacciones emocionales le interfieren para lograr una adaptación adecuada, y le hacen reaccionar de una manera irracional y en ocasiones, rígida. (TEA 1978).

El trabajo realizado por LANG & TISHER en 1974 con 193 niños de edades entre 10 y 14 años, comparando los resultados del CDS (CHILDREN DEPRESSION SCALE) con los de la escala N del test EPQ-J, muestra una correlación estadísticamente significativa. Los resultados expresados a continuación así lo manifiestan.

ESCALAS (CDS)	N (EPOJ)
AA	r= .195
RA	r= .444
PS	r= .328
AE	r= .335
PM	r= .417
SC	r= .262
D	r= .408

(LANG &amp; TISHER 1974)

Estos resultados señalan que la escala N (inestabilidad) del EPQ-J correlaciona significativamente con las subescalas "depresivas" del CDS.

Para poner a punto nuestro material realizamos la traducción de la escala al catalán y procedimos a probar la comprensión de los items en un grupo de niños de 4.E.G.B.. Detectamos que algunos items creaban cierta dificultades de comprensión, en algún niño. Así el item 1: Canvia el teu estat d'humor fàcilment?, item 7: Et molesta molt que els grans et neguin allò que demanes? por lo que modificamos la estructura de estos items quedando de la forma siguiente:

Item 1: Canvies fàcilment d'estar de bon humor a estar de mal humor?

Item 7: Et molesta molt que les persones grans et diguin "no" al que tú demanes?

### 3.2.3.1.1.3. TEST GRAFO-PERCEPTIVO (BENDER)

Utilizamos este test (FOPFITZ 1981) a fin de conocer si existía o no una disminución en el rendimiento psicomotor en aquellos niños que presentaban un nivel elevado de sintomatología depresiva. En esta línea se habían hallado algunos resultados en población clínica adolescente (HUMPHRIES et al 1985) y adultos (MORGAN, 1968) y junto a la creencia, por la experiencia clínica, de que los déficits psicomotores podrán constituir un factor de riesgo de depresión infantil llevamos a cabo la aplicación de esta prueba en nuestro estudio de la provincia de Gerona.

La prueba posee cualidades psicométricas que no vamos a describir aquí dado que son sobradamente conocidas por aquéllos habituados al manejo de las mismas y especialista en psicología infantil.

### 3.2.3.1.1.4. ESCALA DE AUTOESTIMA (SEI)

Las investigaciones revisadas, ponían en evidencia una serie de características psicológicas, relacionadas con la depresión infantil y entre ellas la autoestima parece tener "efectos significativos y penetrantes" (COOPERSMITH 1967). Estas investigaciones nos proporcionan información relativamente consistente con relación a la conducta de personas con alta estima de sí y baja estima de sí, y aunque los hallazgos no son



siempre específicos y detallados, indican generalmente qué sujeto con una buena autoestima son más felices y efectivos al hacer frente a las exigencias ambientales que los sujetos con escasa o pobre autoestima. El cuadro es poco agradable para estos sujetos, se muestran retraídos ante otras personas, con sentimientos de angustia, depresión etc. (COOPERSMITH 1967 pág. 19)

La autoestima, constituye la porción evaluativa del autoconcepto, es decir el conjunto de juicios acerca de uno mismo que contiene componentes valorativos y no sólo descriptivos de sí mismo. Este aspecto, ha sido frecuentemente destacado entre la sintomatología depresiva por lo que no es extraño encontrar tanto en estudios teóricos como en trabajos más aplicados, relaciones significativas entre depresión y bajo nivel de autoestima, (FIERRO 1984), BECK y BEAMESDERFER 1974, BATTLE 1978), (KOVACS 1983), adaptación y autoestima (BLOCH y THOMAS 1955), cociente intelectual y variables de ejecución y autoestima (COOPERSMITH 1967), neuroticismo, extraversión ansiedad, etc. (GARCIA 1983).

La autoestima, constituye como señala FIERRO (1984) "una dimensión diferencial de personalidad" y en este sentido, como variable psicológica nos ha interesado controlar en nuestro estudio.

De las diferentes medidas que sobre ella existen, ninguna a excepción de la "escala de autoestima de COOPERSMITH" ha sido utilizada en castellano y de esta conocemos la adaptación efectuada para niños a partir de 12 años (MARTINEZ 1980) por lo que era imposible utilizarla debido a que nuestro estudio hace referencia a niños de 9-10 años. La revisión, por tanto de las características psicométricas de otras pruebas y la

acomodación a nuestra edad de estudio nos llevó a seleccionar la CULTURE-FREE (SEI) de BATTLE 1981.

3.2.3.1.1.4.1. DESCRIPCION DE LA ESCALA SEI Y ESTUDIO PILOTO

La escala en su FORMA B consta de 30 items que se estructuran en subescalas:

- 10 items configuran la Escala general de Autoestima
- 5 items forman la Escala de Autoestima Social
- 5 items forman la Escala de Autoestima Académica
- 5 items forman la Escala de Autoestima familiar
- 5 items forman la Escala de sinceridad

Esta forma B se deriva de la FORMA A que contiene 50 items y tiene como objetivo medir la percepción individual sobre 4 áreas: general, social, escolar y familiar. Los items están divididos en 2 grupos, unos expresan una alta autoestima y los otros baja autoestima, a los que el sujeto responda Si o No.

Esta escala no estaba adaptada al castellano, por lo que después de solicitar al autor permiso para su utilización en la investigación, procedimos a su adaptación del inglés al catalán (ver protocolo en el Anexo 10), realizando un estudio piloto.

Para realizar el estudio piloto en primer lugar se procedió a una traducción del inglés al castellano y al catalán. La primera traducción (PILOTO 1) fue aplicada a un grupo de niños que de forma individual y oralmente fueron contestando a la misma. Con ello pretendíamos

analitzar la terminologia utilitzada en la traducció y corregir los sesgos que la traducció inglesa podria haber producido. Ello nos llevó a rectificar algunos elementos.

La segunda escala (PILOTO 2) queda configurada de la siguiente forma:

Item de la Escala de AE general

---

- 1 Voldria ser més petit
- 7 M'agradaria ser un nen / M'agradaria ser una nena
- \* 10 Normalment fracasso quan intento fer coses import.
- 11 Quasi sempre estic content
- 13 Sovint em sento avergonyit de mí mateix
- 15 Sovint penso que no soc gens bon nen
- 19 Sóc tan feliç com la majoria de nens i nenes
- 20 La majoria de nens i nenes són millors que jo
- 24 Si pogués, canviaria moltes coses de mí mateix
- \* 30 Em preocupo molt per tot

Rectificaciones a partir de la aplicació individual:

- \* Jo fracasso normalment quan intento fer coses importants
- \* Em preocupo molt

Item de la Escala de AE social

---

- 2 Als nens i nenes els hi agrada jugar amb mi
- 5 Només tinc alguns amics
- 14 La majoria de nens i nenes juguen més bé que jo
- 21 M'agrada jugar amb nens més petits que jo
- \* 23 Puc fer coses tan bé com els altres nens i nenes

Rectificaciones a partir de la aplicaci3n individual

- \* Puc fer les mateixes coses que els altres nens i nenes

Item de la Escala de AE acad3mica

---

- 3 Quan el deures de l'escola s3n massa difcils,  
normalment no els faig
- 8 A l'escola s3c un desastre
- 16 La majoria de nens i nenes s3n m3s intel.ligents  
que jo
- 22 Sovint tinc ganes de no anar m3s a l'escola
- 28 El meu professor pensa que no s3c prou b3

Item de la Escala de AE familiar

---

- 6 M'ho passo molt b3 amb els meus pares
- 9 Crec que els meus pares pensen que no s3c prou bon  
nen
- 17 Els meus pares em tenen mania perquè no s3c prou  
bon nen
- 25 Moltes vegades voldria fugir de casa
- 29 Els meus pares pensen que s3c un desastre

Item de la Escala de AE sinceridad

---

- 4 Els meus pares mai s'enfaden amb mi
- 12 Mai he agafat alguna cosa que no fos meva
- 18 M'agrada tothom que conec
- 26 Mai em preocupo per res
- 27 Sempre dic la veritat

Esta segunda revisión fue aplicada a los niños de 4.E.G.B. de nuestra investigación con el fin de llevar a cabo un análisis de las cualidades psicométricas de la prueba que nos permitiera no una estandarización del test sino datos para poder utilizarla en nuestro estudio.

3.2.3.1.1.5. ESCALAS DE INTELIGENCIA WESCHLER  
(WISC CATALAN)

3.2.3.1.1.5.1. CUBOS DE FOHNS (WISC)

En esta prueba (TEA 1974) no se ha producido modificación alguna, ya que consideramos verificado que donde puede haber diferencias socio-culturales es en la parte del test que mide capacidades relacionadas con el lenguaje y no en la parte que requiere habilidades psicomotoras. Este trabajo ya había sido comprobado por los autores de la adaptación al catalán del WISC que recientemente ha sido publicado por TEA (1984).

Estos autores (MARTINEZ, BALAGUER, CASAS 1984); no han rectificado, ni el orden ni la presentación en su trabajo; por ello creímos innecesario hacer nosotros una adaptación de esta prueba al catalán.

Para una muestra de 200 sujetos de edades comprendidas entre los 9 y los 11 años, el coeficiente de fiabilidad (split-half) del subtest CUBOS fue de .87 con un error técnico de medida de 1,12. Para la misma muestra las intercorrelaciones de CUBOS con las otras pruebas del WISC son las siguientes:

FIG.INCOM. HISTORIET. ROMPECAB. CLAVES LABERINTOS

---

CUBOS	.41	.40	.54	.36	.47
-------	-----	-----	-----	-----	-----

La correlación entre la puntuación en el subtest de CUBOS y el TOTAL MANIPULATIVO es .60.

### 3.2.3.1.1.5.2. COMPRESION VERBAL (WISC-catalán)

Tal como consta en el Anexo 11, la escala de Comprensión Verbal incluido en el WISC-catalán (TEA 1984), consta de 10 ítems en orden de dificultad creciente estructurados mediante preguntas de enunciado relativamente largos para que sea necesario haber comprendido el texto a la hora de contestar. Además de

este nivel de comprensión verbal, hay también otro tipo de comprensión de conceptos como:

- más pequeño (1)
- más arriba (2)
- más corta (6)
- más delgada (8)
- más a la izquierda (9) ,..etc.

que miden relaciones entre 2 o más casos. Todos ellos incluyen un proceso de razonamiento verbal que queda aún más patente en el ítem 3, 4, 5 y 10 aunque no se pida una respuesta aritmética.

Por tanto, se puede afirmar que esta prueba mide:

- 1.- Comprensión de enunciados de diferente longitud y dificultad en los que se incluye la respuesta que luego se solicita.
- 2.- Comprensión o conocimiento de ciertos conceptos.
- 3.- Comprensión de relaciones entre diferentes cosas referidas a conceptos citados anteriormente.
- 4.- Capacidad de razonamiento y cálculo, utilizando conceptos no numéricos con el propósito de medir razonamiento lógico.

La prueba se puntúa 1 o 0 en la primera parte (parte A) y de 0 a 2 en la segunda parte (parte B); por tanto la puntuación máxima es de 15 puntos.

El manual del WISC catalán (TEA 1984) y el trabajo experimental llevado a cabo por sus autores (MARTINEZ, BALAGUER y col. 1984), nos informa de datos sobre la

ESTUDIO EMPIRICO

prueba en el sentido de fiabilidad, validez de los items y de la escala total. Igualmente sobre el peso que la escala tiene en el conjunto del Test Wisc Verbal.

El índice de fiabilidad para la edad de 9-10 años es de  $\alpha = .5741$ .

A continuación en la TABLA siguiente podemos observar el Índice de Dificultad (ID) para cada item en las dos partes de la prueba.

TABLA: T.WISC-1

PARTE A	No ITEM	ID	PARTE B	No ITEM	ID
	1	98,5%		6	82,3%
	2	93,4%		7	74,3%
	3	85 %		8	69,7%
	4	76 %		9	66,3%
	5	52,7%		10	31,8%

ERROR TIPICO de MEDIDA

---

COMP. A	.343	.75
B	.474	1.79
TOTAL	.588	1.97



TABLA DE INTERCORRELACIONES DE LA COMPRESION CON LAS  
OTRAS PRUEBAS DE LA ESCALA VERBAL

INFORM. ARITM. DIGIT. SEMEJAN. VOCABUL. ESCALA

TOTAL

---

COMP. A	.26	.30	.20	.25	.24	
B	.60	.62	.49	.55	.59	
TOTAL	.58	.61	.47	.53	.56	.61

3.2.3.1.2. ESCALAS DE EVALUACION DE LA VARIABLE  
DEPENDIENTE

3.2.3.1.2.1. ESCALAS DE DEPRESION DE LA PRIMERA FASE

En esta segunda fase de la investigación, retomamos las escalas de sintomatología depresiva CDI (autoevaluación) y PNID (evaluación de los compañeros), comentadas anteriormente, teniendo en cuenta los resultados que de ellas han obtenido los sujetos, para poder relacionar dichas puntuaciones con las proporcionadas por otras fuentes de información: los maestros, los padres y el clínico.

3.2.3.1.2.2. ESCALA DE EVALUACION POR LOS MAESTROS (ESDM)

Para cubrir el objetivo señalado, es decir el poder tener la información de la evaluación que los maestros hacían de los niños no optamos por la traducción de ningún cuestionario existente. Las informaciones que sobre ellos teníamos eran vagas y desconocíamos cualidades psicométricas o incluso de aquellos que podíamos obtener más información, no evaluaban solamente depresión sino trastornos mucho más generales.

A partir de la sintomatología del síndrome depresivo: humor disfórico, alteraciones cognitivas, disminución de las relaciones sociales, etc.. construimos 16 items con 3 opciones de respuesta para que el maestro evaluara el comportamiento depresivo del niño dentro de la escuela, tanto en el aula como fuera de ella (DOMENECH, MONREAL, EZPELETA 1985).

Los items tienen el siguiente formato:

Item 1 "Creu qu'está trist"	-----+-----+-----
	Quasi      Algunes      Quasi
	mai      vegades      sempre

El maestro debía señalar la conducta observada en el niño poniendo una cruz (X) en la alternativa que él consideraba, y que correspondía a la actuación del niño en las 2 últimas semanas

La puntuación que el niño podía obtener iba desde 0 (no presencia de sintomatología) a 32 (presencia de todos los síntomas evaluados).

En una primera etapa (estudio piloto), cuando se redactaron los items, ya directamente en catalán, (igualmente para la versión castellana) se elaboraron solamente 14 elementos que parecieron los más indicados. Posteriormente en una segunda revisión se añadieron 2 más con el fin de completar la sintomatología depresiva.

item 15 - El seu treball escolar es satisfactori

item 16 - Participa en el joc amb els amics

El ANEXO 12 recoge los dos formatos utilizados. El 1er piloto y la revisión posterior.

### 3.2.3.1.2.3. ESCALA EVALUADA POR LOS PADRES (CBCL)

Tal como hemos señalado con anterioridad, la escala de evaluación de ACHENBACH (1978-79) fue utilizada en bastantes estudios epidemiológicos. Esta escala que recoge la descripción realizada por los padres de la conducta del niño mediante items, es uno de los instrumentos más utilizados en clínica. Por considerar que las otras escalas existentes no hacían referencia a la depresión de forma clara, utilizamos, para recoger información de los padres este material.

Es importante tener en cuenta que, si bien hasta este momento hemos comentado los instrumentos de recogida de información mediante el niño, los compañeros y el maestro y que estos forman parte de un medio escolar definido como "catalán", en el caso de los padres nos pareció oportuno utilizar la escala en castellano pues la procedencia de los padres podía hacer que no se

entendiesen las preguntas. (ver protocolo en el Anexo 13).

Consta de 2 partes diferenciadas, en las que en la primera se recoge información sobre habilidades sociales del niño. Por ejemplo:

III. Enumere los clubes grupos u organizaciones a que su hijo/a pertenece	Comparando con otros jóvenes de su edad „Cuanto participa en cada organización?
0 ninguna	No sé    Menos    Igual    Más
a -----	
b -----	
c -----	

Y en la segunda parte se recoge información sobre problemas de conducta. Por ejemplo:

llora mucho	0	1	2
crUEL con los animales	0	1	2

Los items de esta segunda parte se agrupan en escalas que derivan de estudios factoriales y una de ellas corresponde a la depresión. Esta escala proporciona un perfil comportamental individual.

Los items, puntuables 0, 1 y 2 (total 121) están pensados para ser contestados por los padres de niños de 4 a 16 años de edad.

3.2.3.1.2.4. ESCALA DE EVALUACION DEL CLINICO (CDRS-R)

Se seleccionó como instrumento de evaluación de la depresión la entrevista semiestructurada de POZNANSKI (1984). Este instrumento fue confeccionado precisamente para evaluar la presencia y severidad de la depresión en niños de 6 a 12 años.

La entrevista semiestructurada se configura en 18 items a los que el niño responde. En 14 de ellos el niño debe responder a las preguntas estandarizadas y en los 3 restantes la respuesta es no-verbal.

Se puntúa de 1 a 5 ó de 1 a 7 según las preguntas y esta puntuación refleja ausencia de sintomatología (1) y sintomatología patológica (+ de 5).

Esta técnica comprobadas sus cualidades y adaptada al catalán por TORO y col. (Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de Barcelona) ha sido utilizada por nosotros sin llevar a cabo ninguna modificación (incluimos el material en el ANEXO 14).

Como conclusión de este subapartado, podemos afirmar que hemos seleccionado 5 técnicas de evaluación de la sintomatología depresiva que pretende abarcar la medida de la misma desde los 3 ángulos propuestos:

- desde el propio sujeto
- desde la evaluación de los otros (compañeros, maestros y padres) y
- desde el punto de vista del clínico (como especialista)

Para ello hemos tenido que adaptar al catalán 3 pruebas y las 2 restantes o bien estaban ya adaptadas (CDRS-R) o ha sido aplicada en castellano (CBCL). Los resultados psicométricos parecen indicar unos niveles correctos de fiabilidad y validez que posteriormente, en nuestro estudio intentamos confirmar por otros procedimientos estadísticos.

#### 3.2.3.2. CONDICIONES DE APLICACION DE LAS PRUEBAS

Para esta segunda fase de aplicación, el proceso llevado a cabo fue el siguiente:

1.- Una vez en el aula se explicó al profesor con qué niños se trabajaría en este segundo estudio; sin justificar la razón por la que los niños habían sido seleccionados a fin de que no se influyera a partir de este momento en el trato que el maestro tuviera con el niño y también para no influir en el orden en que el maestro eligiera a los niños para proceder a la segunda aplicación.

Se le proporcionaba al maestro el material a cumplimentar (escala de maestros -ESDM-, datos del

expediente) y se le pedía que uno a uno condujera a los niños al lugar donde se realizaba el siguiente trabajo.

2.- Sin conocer por tanto a qué grupo pertenecían ("depresivos" altos en las escalas de sintomatología depresiva, "no depresivos" bajos en las escalas que valoran sintomatología depresiva); se llevó a cabo la entrevista clínica (CDRS-R). El entrevistador y el observador procuraban acercarse al niño a fin de crear un buen rapport antes de empezar formalmente la entrevista estructurada. Mediante una conversación informal y una breve explicación de lo que se iba a hacer: "vamos a charlar un rato de varias cosas divertidas, por ejemplo...."

A medida que se pasaba de un ítem a otro se procuraba, el entrevistador por un lado y el observador por otro anotar (procurando no ser demasiado exagerados) las respuestas a fin de que al finalizar la entrevista, se pudiera puntuar por separado los ítems teniendo en cuenta los criterios de puntuación de POZNANSKI. A continuación se ponían en común las puntuaciones y en aquellas que no se estaba de acuerdo tras revisarlas, se optaba por poner una puntuación intermedia, o volver a valorarla con el niño.

3.- Al mismo tiempo que se realizaba la entrevista, la función del tercer aplicador era:

a). aplicar las pruebas de screening (PNID y CDI) a aquellos niños que por no estar en clase el día de la primera aplicación (gripe, asma,..) no habían podido contestar las pruebas.

## ESTUDIO EMPIRICO

b). aplicar a los niños de la MUESTRA 2 el test grafo-perceptivo (RENDER), los cubos de Johns (WISC catalán) y la escala de autoestima (SEI).

c). aplicar la escala de comprensión verbal (WISC catalán) y la escala de ansiedad (EPOJ).

d). cuidar de que aquellos items de las escalas (CDI, PNID) que no se podían puntuar por dificultades como señalización dudosa en un item (CDI), letra poco legible (PNID), se cumplimentaran correctamente.

4.- Se les entregaba a los niños un sobre para sus padres que contenía una carta (Anexo 8) en la que se les explicaba el estudio que realizábamos y se les pedía su colaboración para lo que les solicitábamos que rellenaran los dos cuestionarios (CUESPA, CBCL); en el caso que se prefiriera nos ofrecíamos para cumplimentar los datos y dar más información mediante una entrevista personal. Al mismo tiempo se les indicaba a los niños que, una vez contestado lo devolvieran a la escuela a fin de poder recogerlos y analizarlos.

Para finalizar este apartado, diremos que esta segunda fase del estudio, requirió hacer varias sesiones de trabajo con los niños, por lo que acudimos al centro escolar en 2, 3 o más ocasiones, tantas como fueran necesarias para conseguir trabajar con todos los niños de la muestra, consiguiendo así que no hubiera mortalidad experimental, objetivo que nos propusimos al comienzo de la investigación dada la importancia que esto tiene para el estudio epidemiológico.

Hay que decir también que el espacio de tiempo transcurrido desde el principio del trabajo directo con los niños hasta al final de la pasación de las pruebas



## ESTUDIO EMPIRICO

fue de enero a junio, del mismo curso escolar y no fue simultánea a todos los colegios, sino que cuando se terminaban unos se empezaba con otros; consiguiendo que para cada colegio la distancia de tiempo transcurrida entre la primera pasación de pruebas y la última no sobrepasara el período de 2 a 3 semanas.

### 3.2.4.- RESULTADOS SEGUNDA FASE

#### 3.2.4.0.- ETAPAS DEL ANALISIS DE RESULTADOS

Para llevar a cabo los objetivos que nos hemos marcado en este trabajo realizamos técnicas de análisis multivariantes con el fin de que nos proporcione mayor información. Con un relativo costo de información, las técnicas multivariantes proporcionan, básicamente, la estructura subyacente a un conjunto de datos. Una estructura de relaciones y/o dependencias que nos permite comprender la información contenida en el conjunto de los datos analizados.

El procesamiento de datos de esta investigación se ha realizado con los ordenadores del Departamento de Psicología de la Facultat de Letras de la Universidad Autónoma de Barcelona. Los paquetes estadísticos utilizados para tales fines son el Sistema SPSSx (Release 2.2 para VAX/VMS) y el BMDP.

En primer lugar en una fase descriptiva de los instrumentos, se realizaron programas tales como FRECUENCIAS que nos da la distribución de las puntuaciones obtenidas por los sujetos, el Pearson Corr mediante el cual tenemos las correlaciones entre las diferentes variables y el RELIABILITY ANALYSIS que nos proporciona las fiabilidades de las diferentes pruebas.

En segundo lugar, en una fase de análisis exploratorio de la información obtenida realizamos varios análisis factoriales (FACTOR) que tienen como función reducir la

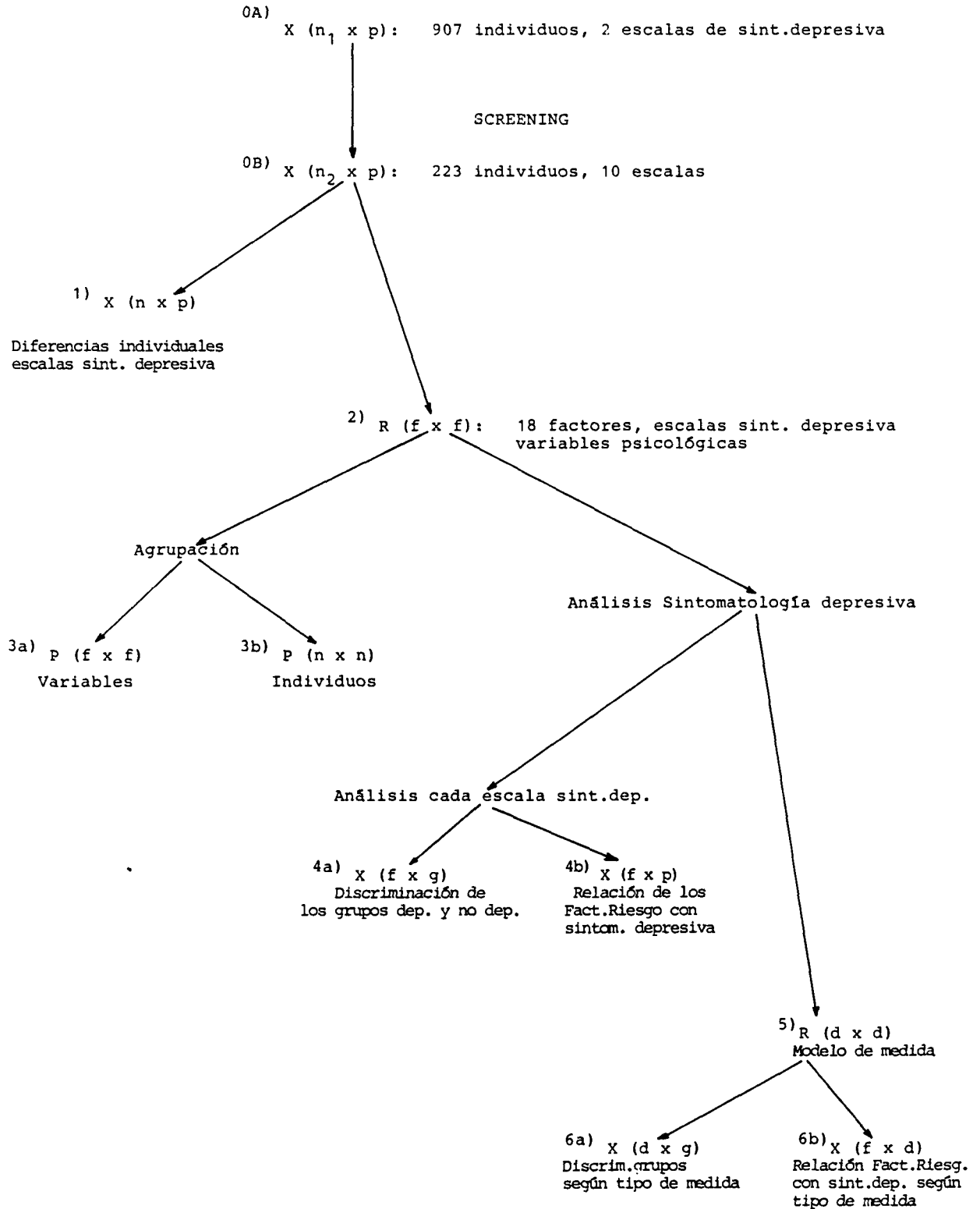
dimensión de un conjunto de "p" variables observables; la de separar o aislar los componentes que están relacionados con la ejecución total de la tarea y la de obtener un número más reducido de variables compuestas que se denominan componentes y que por su mayor relevancia conceptual pueden, en posteriores aplicaciones sustituir a las primitivas variables (SANCHEZ CARRION 1984). También se ha llevado a cabo un análisis de cluster de variables y de individuos (CLUSTER ANALYSIS) que tiene por función la agrupación de individuos o variables semejantes formando grupos diferenciados.

Por último una fase confirmatoria en la que se analiza el modelo de medida de medición de la sintomatología depresiva y a continuación se realiza un análisis discriminante que tiene por función la de diferenciar los grupos, previamente definidos, los más posible teniendo en cuenta exclusivamente la información disponible de cada sujeto y en el mismo sentido, conocer cuáles son las variables más discriminantes, es decir aquellas que mejor discriminan a la muestra en dichos grupos; y una regresión múltiple.

El objetivo que se persigue, con la regresión, es determinar cuál es el conjunto de variables independientes (posibles factores de riesgo) que optimizan la predicción de la variable dependiente (sintomatología depresiva) y eliminar de la ecuación las restantes variables.

El esquema siguiente nos muestra gráficamente las diferentes etapas que se han realizado en el análisis de los datos.

ESQUEMA



La etapa 0a constituye el punto de partida. Como hemos señalado disponemos de 907 individuos, 2 medidas de sintomatología depresiva y las variables censales, que configuran la muestra de la FASE 1.

Tras el criterio de selección (screening) obtenemos la muestra de la FASE 2 (etapa 0b) en la que disponemos de 223 individuos, 10 escalas (5 técnicas de evaluación de sintomatología depresiva, 1 escala de ansiedad, 1 escala de autoestima, 1 cuestionario que recoge datos del expediente escolar del alumno, otro que recoge información del colegio, aula y entorno escolar; la primera parte del CRCL de habilidades sociales y por último otro que recoge datos generales de la familia); y las variables censales.

En la etapa 1 se han realizado un análisis de diferencias de algunas variables en las diferentes medidas de sintomatología depresiva.

Puesto que disponíamos de muchos datos, era necesario reducirlos y para ello, se ha recurrido al análisis factorial. Esta técnica muy conocida en las ciencias sociales, tal como señala ELEJABARRIETA (1986), parte de una matriz de correlaciones para reducir las variables a un conjunto de componentes o factores latentes, que no son empíricamente observables, que pueden explicar la covariación que existe entre las variables originales.

En la etapa 2, obtenemos por tanto, un conjunto de factores (18), menor que el conjunto de variables inicial, disponiendo en su sustitución de un valor para cada individuo en cada factor resultante. Además de los 18 factores, disponemos de las variables medidas de sintomatología depresiva y de las variables psicológicas (escala de ansiedad y autoestima) para cada uno de los

223 sujetos. A partir de este punto el proceso se divide en dos ramas que forman la etapa 3, la 4 y la 5. Una rama tiene como objetivo la de caracterizar la sintomatología depresiva (etapa 3 dividida en 3a y 3b) y la otra la de analizarla y que las configuran la etapa 4 y 5.

La etapa 3 (3a y 3b) analiza distancias o similitudes y procede por agrupamiento, empleando la técnica del "CLUSTER ANALYSIS". Si bien en la etapa 3a lo que se agrupan son factores o variables y por tanto, se obtiene la estructura que conforman las variables; en la etapa 3b se agrupan individuos, formándose grupos que tienen una representación similar.

La rama que parte de la etapa 2 y tiene por objetivo el análisis de la sintomatología depresiva, está formada en primer lugar por la etapa 4 (4a y 4b) que pretende analizar cada escala de sintomatología depresiva. En la etapa 4a se procede mediante la técnica del Análisis Discriminante a una caracterización de los grupos con alta y baja sintomatología depresiva; mientras que en la etapa 4b se pretende, mediante la técnica de Regresión Múltiple, conocer la relación de los factores de riesgo con la sintomatología depresiva medida a través de las diferentes técnicas.

En segundo lugar, en la etapa 5 se quiere confirmar mediante un modelo causal, el modelo de medida propuesto por nosotros, de sintomatología depresiva. A partir de la etapa 5 se lleva a cabo en primer lugar, un análisis discriminante (etapa 6a) con el fin de caracterizar los grupos de alta y baja sintomatología depresiva constituidos a través de los dos tipos de medida propuestos. En segundo lugar un análisis de regresión múltiple (etapa 6b) para cada tipo de medida sintomatológica que nos indicará

qué factores de riesgo son los que se asocian a cada tipo de medida sintomatológica.

#### 3.2.4.1. ANALISIS DE LA CONSISTENCIA INTERNA DE LOS CUESTIONARIOS

Este paso es una etapa previa, necesaria antes de entrar a analizar los datos, por dos motivos:

Las escalas necesitan de una depuración que les proporcione una coherencia interna, aunque después se realice el análisis factorial. Si la consistencia ofrece una idea de la homogeneidad y fiabilidad de la escala, el análisis factorial se preocupa de buscar contenidos latentes a una estructura homogénea. En la medida, por tanto, en que consigamos la máxima fiabilidad de nuestras escalas mejor podrá operar el análisis factorial.

El análisis de consistencia o fiabilidad se nos ofrece como un índice que expresa en qué grado estamos midiendo lo que pretendemos medir. Indudablemente la aportación de este índice es importante para no caer en conclusiones precipitadas a la hora de interpretar los resultados.

Para este análisis hemos utilizado el índice de CRONBACH que se fundamenta en la correlación item-test, y puede interpretarse como una proporción de medida conseguida por la escala.

## ANALISIS DE RESULTADOS

En la TABLA: T.F.1 se encuentran las fiabilidades de cada escala, expresadas a través del coeficiente de CRONBACH además de las medias y las desviaciones.

DIMENSION	ESCALA	$\alpha$	$\bar{X}$	SD
DEPRESION	C.D.I. (N=223)	.88	12.18	8.44
	E.S.D.M. (N=223)	.89	7.87	6.15
	POZNANSKI (N=223)	.81	27.41	9.13
	ACHENBACH-2 (N=223)	.99	342.06	454.96
ANSIEDAD	E.P.Q.J.-N. (N=223)	.73	10.44	3.83
AUTOESTIMA	A.E. TOTAL (N=223)	.78		
	A.E. GENERAL (N=223)	.66	5.60	2.10
	A.E. SOCIAL (N=223)	.50	3.46	1.17
	A.E. ACADEMICA (N=223)	.47	3.37	1.30
	A.E. PARENTAL (N=223)	.50	4.20	1.01
GRAFO-PERCEP.	BENDER (N=223)	.62	3.48	2.51
CUEST. PADRES	CUESPA (N=223)	.88		

TABLA: T.F.1

A continuación se comentará con más detalle, los primeros resultados que son de tipo descriptivo para cada una de las diferentes medidas utilizadas.



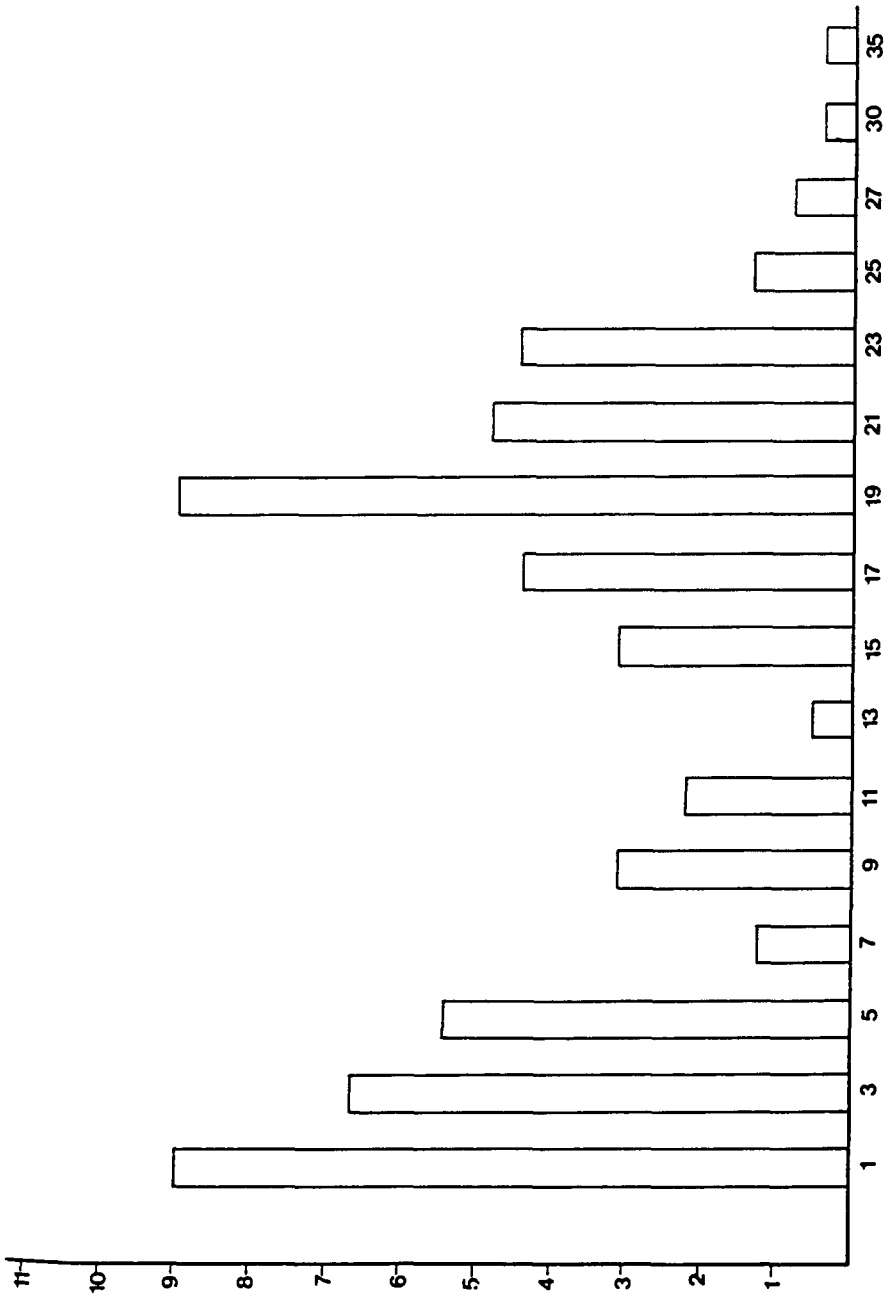
3.2.4.1.1 RESULTADOS DE LAS MEDIDAS DE DEPRESIONCDI

Las características psicométricas de esta escala en la muestra específica de la segunda fase de nuestro estudio las comentaremos a continuación.

Tal como podemos apreciar en la TABLA de frecuencias del CDI (TABLA: T.CDI-5 del Anexo 15) adjunta los valores máximos y mínimos que han sido dados para la escala, se distribuyen entre 0 y 35 puntos. El Q1 es decir el punto de corte que separa el 25% de los sujetos se sitúa en la puntuación 3-4, el 50% de los sujetos Q2 corresponde a una puntuación de 11 y el Q3 es decir el punto que sitúa al 75% de los sujetos está en la puntuación 19. (Puntuación esta que como en la nuestra, en otros estudios se considera punto de "screening"). Podemos apreciar que existen 2 puntuaciones modales el 1 (MO= 20) y el 19 (MO= 20) lo que vendría a mostrar que tenemos una distribución bimodal y que corresponde a los 2 grupos que configuran la muestra (los deprimidos en la muestra general y los no deprimidos).

La GRAFICA: G.CDI-2 visualiza más claramente este hecho en el que podemos ver dos distribuciones con sus puntos más altos (Moda) y que reparten el 50% hacia un extremo (ausencia de sintomatología depresiva) y otro extremo (presencia de síntomas depresivos).

GRAFICA: G.CDI-2



El análisis de los elementos o consistencia interna de los ítems aportó correlaciones ítems-test que giraban entorno a .20 y .55 (TABLA: T.CDI-6 del Anexo 16), índices estos bastante cercanos a los dados por KOVACS en una muestra de N=860 que oscilaban entre .25 y .55.

Desde el punto de vista de la fiabilidad de la escala, obtenemos un  $\alpha = .88$  como hemos señalado anteriormente, datos coincidentes también con algunos numerosos estudios que se han llevado al respecto por KOVACS 1981, 1983; HELSER & MATSON 1984; SAYLOR 1984.

Señalamos también los primeros resultados obtenidos en el estudio de la validez. Hemos llevado a cabo un estudio correlacional entre la escala y otras medidas de depresión y entre la escala y otras medidas de algunos de los síntomas asociados a la depresión. El objetivo es acceder a la validez concurrente de la prueba. La TABLA: T.CDI-7 muestra nuestros resultados en relación a otros resultados obtenidos por los investigadores que habitualmente han trabajado con el CDI.

ANALISIS DE RESULTADOS

TABLA: T.CDI-7

CORRELACIONES ENTRE EL CDI Y OTRAS ESCALAS DE EVALUACION

	KOVACS 1983 (N=55)	JACOBSEN 1983 (N=109)	SAYLOR 1984 (N=111)	KASLOW 1984 (N=106)	MONREAL 1987 (N=223)
Depresión PNID de CDRS-R ESDM		r=.44	r=.32		r=.26 r=.62 r=.45
Ansiedad EPQ-J	r=.65				r=.59
Autoestima  AE fam. AE acad. AE so	r=-.59			r=-.72 (CSEI)	r=-.65 r=-.52 r=-.55 r=-.52

p<.001

PNID

Con la muestra de nuestro estudio se han llevado a cabo estudios de validez concurrente en la línea de los

trabajos de LEFKOWITZ & TESINY (1980,1981,1985). La TABLA: T.PNID-2 muestra los resultados obtenidos en el estudio llevado a cabo por nosotros y algunos datos de otros autores.

TABLA: T.PNID-2  
CORRELACIONES ENTRE PNID Y ESCALAS AUTOEVALUATIVAS  
CUESTIONARIOS DE MAESTROS Y EVALUACION DEL CLINICO.

	PNID							
	ESCALA DEPRESION			ESCALA FELICIDAD		ESCALA POPULARIDAD		
	SAYLOR LEFKOWITZ MONREAL			SAYLOR MONREAL		SAYLOR MONREAL		
	1984	1980	1987	1984	1987	1984	1987	
CDI	N=111 r=.32 ‡	N=672 r=.23 ‡	N=223 r=.26	N=111 r=-.001	N=223 r=-.28	N=111 r=-.018	N=223 r=-.30	
AE ( General)		N=839 r=-.12 ‡	N=223 r=-.19 **		N=223 r=.22		N=223 r=.23	
AE ( Académica)			N=223 r=-.24		N=223 r=.30		N=223 r=.28	
AE ( Social)			N=223 r=-.30		N=223 r=.23		N=223 r=.28	
CUESTIONARIO MAESTROS		N=993 r=.41 ‡	N=223 r=.42		N=223 r=-.34		N=223 r=-.40	
POZNANSKI			N=223 r=.31		N=223 r=-.35		N=223 r=-.30	

‡ p< .001    \*\* p< .002    resto p< .0001

Podemos señalar que tanto en nuestro estudio como en los trabajos de LEFKOWITZ & TESINY (1980, 1985) las correlaciones más altas se dan con la escala de evaluación de los maestros. Ello podría relacionarse como ya se ha señalado, con el hecho de que ambos son "observaciones de

sintomatología" depresiva dentro de un determinado contexto: el aula. A pesar de que las correlaciones no son muy altas (sin embargo son significativas estadísticamente) los índices son aceptables psicométricamente para este tipo de técnicas.

### ESDM

La TABLA: T.ESDM-1 que presentamos en el Anexo 17 visualiza claramente las puntuaciones obtenidas en esta escala de evaluación por los maestros; en los sujetos de la muestra de la fase 2. El 50% de los sujetos obtienen una puntuación 7 en dicha escala, el Q1 o 25% de los sujetos corresponde a una puntuación 2 y el 75% de la distribución Q3 sitúa el punto 11-12.

Podemos apreciar una distribución que no sigue la normalidad, las puntuaciones no se agrupan en torno a la media y mientras el percentil 50 corresponde como decíamos a 7, la moda es precisamente 0.

Los primeros estudios se encaminaron a analizar los items y la fiabilidad de la escala en una muestra de N=223 niños de 4 EGB. En primer lugar la TABLA: T.ESDM-2 del Anexo 18 presenta la correlación de cada item de la escala con la puntuación total (item-total), en la que podemos ver que las correlaciones van desde .25 hasta .71. Estas correlaciones son totalmente aceptables y no consideramos necesario suprimir ninguno de los elementos que configuran la escala ya que la fiabilidad total de la

escala casi no se modificaría ( $\alpha = .89$ ) o aumentaría en todo caso mínimamente.

En segundo lugar la fiabilidad de la escala mediante el  $\alpha$  de CRONBACH fue de .89.

Con el fin de aproximarnos a la validez de esta escala se correlaciona la misma con medidas de autoevaluación (CDI), con escalas de evaluación de los compañeros (PNID), con la valoración del clínico (CDRS-R) y otras medidas relacionadas con los síntomas depresivos (Autoestima y Ansiedad). La TABLA: T.ESDM-3 muestra los resultados obtenidos y los índices de correlación de PEARSON (significativas estadísticamente).

TABLA: T.ESDM-3

CORRELACIONES ENTRE LA ESCALA DE EVALUACION DE LA DEPRESION DEL MAESTRO (ESDM) Y OTRAS ESCALAS DE EVALUACION

ESDM  
(N=223)

DEPRESION	
PNID	r=.42
CDI	r=.45
CDRS-R	r=.45
AUTOESTIMA	
General	r=-.32
Académica	r=-.37
Social	r=-.35

p<.001

Por último se realizó un Análisis Factorial del ESDM en la muestra de 223 sujetos. Mediante el análisis factorial de Componentes Principales y la rotación varimax se extrajeron 4 factores que explican el 67,8% de la varianza. Los valores propios oscilan entre 6.32 el primero y 1.28 el cuarto. Los items se agrupan de la siguiente forma:



## ANALISIS DE RESULTADOS

### FACTOR 1

ESDM 15	El seu treball escolar es satisfactori	.88
ESDM 2	Li costa estar atent a la classe?	.85
ESDM 5	Comprèn les explicacions a classe?	.80
ESDM 14	El considera actiu pel treball?	.80
ESDM 12	Li costa decidir-se?	.54
ESDM 9	Es creu inferior als altres?	.46
ESDM 10	Discuteix i es baralla?	.35

El primer factor explica el 39,5% de la variància y tiene un valor propio de 6.32. Este factor está formado por items que hacen referencia al rendimiento escolar y a la actitud del niño hacia el mismo.

---

### FACTOR 2

ESDM 16	Participa en el joc amb els amics	.86
ESDM 3	Està sol en el pati?	.86
ESDM 6	L'accepten els companys?	.73
ESDM 8	S'acostuma a divertir?	.66
ESDM 1	Creu qu'està trist?	.38

Este segundo factor tiene un valor propio de 1.89 y explica el 11,9% de la variància. Estaría relacionado con la sociabilidad y la capacidad para divertirse.

---

## FACTOR 3

ESDM 11	Tendeix a culpabilitzar-se?	.68
ESDM 1	Creu qu'està trist?	.63
ESDM 9	Es creu inferior als altres?	.59
ESDM 7	S'el veu cansat?	.49
ESDM 12	Li costa decidir-se	.49

Este factor explica el 8,4% de la variancia teniendo un valor propio de 1.34. Son items todos ellos que representan actitudes, que podemos considerar "internalising", que van encaminadas hacia el propio sujeto.

---

## FACTOR 4

ESDM 13	Canvia d'humor	.72
ESDM 4	Flora?	.70
ESDM 10	Discuteix i es baralla?	.63

Con un valor propio de 1.28 explica el 8% de la variancia. Esta formado por items que representan sintomatología más "externalising" tales como el humor disfórico, llanto e irritabilidad.

CDRS-R

Los primeros estudios con la prueba aportaba, fuera de nuestro país índices bastante positivos tanto de fiabilidad como de validez. Hemos querido, siguiendo la tónica de todas las otras pruebas poner a prueba en nuestro contexto el material, antes de utilizarlo para la investigación.

En la TABLA: T.CDRS-R-1 del Anexo 19 se observa la distribución de las puntuaciones de los sujetos. En ella apreciamos el percentil 25 entre las puntuaciones 19 y 20; el percentil 50 se situaría entre las puntuaciones 24 y 25; y el 75% de los sujetos obtienen la puntuación entre 31-32.

Llevamos a cabo un estudio de la fiabilidad o acuerdo entre los entrevistadores, posteriormente un análisis de las pruebas (correlación item-test) y fiabilidad de la misma, y en tercer lugar un estudio de correlación entre otras técnicas de evaluación de la depresión.

Para el primer estudio, una grabación en vídeo, permitía ir anotando y puntuando cada una de las respuestas del niño ante el entrevistador. Posteriormente en una reunión con los especialistas (clínicos) se discutieron los criterios de puntuación y se evaluaba el grado de acuerdo entre los entrevistadores. Se realizaron varias sesiones para tal fin y ello permitió que adquiriéramos una práctica y unos criterios comunes para no sesgar posteriormente la entrevista. También antes de realizar la primera entrevista en nuestro trabajo, nos entrenamos (el entrevistador y el observador) con el objetivo de adquirir más familiaridad con la prueba, realizando la

## ANALISIS DE RESULTADOS

entrevista a tres niños de 4 EGB no pertenecientes a la muestra. He de advertir sin embargo, que en nuestro estudio yo fui el único entrevistador a lo largo de todo el trabajo, junto con el observador.

A continuación la TABLA: T.CDRS-R-2 nos muestra los índices de correlación de los ítems (.09 ; .65) y la fiabilidad total de la técnica ( $\alpha = .81$ ). Resultados estos coherentes con las otras investigaciones.

En cuanto a la validez concurrente observamos que las máximas correlaciones se dan con la escala de autoevaluación CDI (KOVACS), el cuestionario de maestros (ESDM), la escala de ansiedad del EPQ-J y la escala de autoestima general de BATTLE.

TABLA: T.CDRS-R-3

CORRELACIONES ENTRE CDRS-R Y ESCALAS EVALUATIVAS DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA Y OTRAS

	CDRS-R (POZNANSKI) N= 223
DEPRESION	
PNID de	r= .31
fe	r= -.35
CDI	r= .62
ESDM	r= .45
AUTOESTIMA	
familiar	r= -.40
académica	r= -.49
social	r= -.46
general	r= -.55
ANSIEDAD	r= .44

p < .001

CBCL

Puesto que ya teníamos la escala adaptada al castellano no hemos tenido necesidad de rectificarla para

nuestro contexto lingüístico. Aún así llevamos a cabo un estudio de los elementos que la configuran (correlación ítem total) y de la fiabilidad total de la prueba (de CRONBACH).

Los estudios que conocíamos nos señalaban fiabilidades en torno a .80 siendo nuestros resultados bastante más altos. En la muestra de 223 niños, se recogieron 162 cuestionarios de padres y la fiabilidad obtenida es de  $\alpha = .99$ . Destacamos sin embargo que los ítems menos correlacionados son solamente 3 y el resto ya posee un índice de .80.

La literatura al respecto señalaba sus buenas cualidades psicométricas a nivel de fiabilidad, por lo que intentamos comprobar su validez. En este sentido, las correlaciones con otras escalas fueron sorprendentemente bajas, lo que pone en evidencia que la escala global (2 parte) poco tiene que ver con escalas evaluativas de depresión, sino que mide "algo más" de lo que se pretende en este estudio. Las correlaciones con otras escalas evaluativas, o no son significativas o los índices oscilan entre  $r = .12$  ( $p < .03$ ) con la escala de depresión del Poznanski y  $r = .25$  ( $p < .001$ ) con la escala de maestros.

En el Anexo 21 podemos ver más detalladamente estos estudios de fiabilidad y la estructura de la prueba.

Como conclusión de este subapartado, podemos afirmar que hemos seleccionado 5 técnicas de evaluación de la sintomatología depresiva que pretende abarcar la medida de la misma desde los 3 ángulos propuestos:

ANALISIS DE RESULTADOS

- desde el propio sujeto
- desde la evaluación de los otros (compañeros, maestros y padres) y
- desde el punto de vista del clínico.

Para ello hemos tenido que adaptar al catalán 3 pruebas y las 2 restantes o bien estaban ya adaptadas (CDRS-R) o ha sido aplicada en castellano (CBCL).

Las correlaciones obtenidas entre las diferentes medidas de depresión son las siguientes:

	CDI	FNID-DE	FNID-FE	FNID-PO	ESDM	CDSR-R	CBCL
CDI		.26	-.28	-.30	.45	.62	.05**
FNID-DE	.26		-.19*	-.21	.42	.31	.12*
FNID-FE	-.28	-.19*		.64	-.34	-.35	-.04**
FNID-PO	-.30	-.21	.64		-.40	-.30	-.05**
ESDM	.45	.42	-.34	-.40		.45	.25
CDSR-R	.62	.31	-.35	-.30	.45		.07**
CBCL	NS	.12*	NS	NS	.25	NS	

p<.001    \*p<.05    \*\*p>.05 No Significativo

A la vista de este cuadro se observan diferencias significantes entre unas técnicas que podríamos denominar más afines en cuanto a contenido (CDI, CDSR-R y ESDM) y otras menos como el FNID y el CBCL.

Al mismo tiempo se observa que la tendencia de las medidas de sintomatología depresiva (CDI, FNID-DE, ESDM, CDRS-R) van en sentido contrario al de las escalas de felicidad y popularidad del FNID tal como postula la

hipótesis 1. Sin embargo la segunda parte del CBCL (cuestionario de padres) no correlaciona significativamente con las medidas de depresión, ni lo hace en negativo con las de felicidad y popularidad, lo cual confirmaría el hecho de ser una escala de conducta de espectro más amplio, por cual motivo hemos dejado de considerarla una medida de depresión y la hemos tenido en cuenta como variable que informa de alteraciones de conducta.

Los resultados psicométricos parecen indicar unos niveles en general correctos de fiabilidad y validez que posteriormente, en nuestro estudio intentamos confirmar por otros procedimientos estadísticos.

#### 3.2.4.1.2 RESULTADOS DE LAS MEDIDAS DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE

Tal como hemos señalado, además de las medidas de depresión, han sido pasadas otras medidas con el objeto de recoger información sobre aquellas variables macrosociales, microsociales o psicológicas (posibles factores de riesgo) que están relacionadas con la depresión infantil.



EPQ-J

Posteriormente a la traducción inicial y a las modificaciones de la estructura de la escala realizadas, se analizó el índice de fiabilidad en nuestra muestra específica obteniendo un  $\alpha = .73$ .

En la TABLA: T.EPQ-1 del Anexo 22 queda patente, tanto la correlación de los items con la escala total (consistencia interna) como la fiabilidad global de la misma ( $\alpha$  de CRONBACH).

El análisis de items, el intervalo de correlaciones item/total va desde .10 (item 7) hasta .48 (item 18). Por otro lado el estudio de correlaciones entre las distintas pruebas que miden sintomatología depresiva y por tanto incluirían en su contenido ansiedad como un síntoma, arroja los resultados presentados en la siguiente TABLA: T.EPQ-2

TABLA: EPQ-2

CORRELACIONES ENTRE LA ESCALA DE ANSIEDAD Y OTRAS  
ESCALAS DE MEDIDA

		ANSIEDAD EPQ-J
DEPRESION	PNID de	r= .15    p<.01
	CDI	r= .59
	CDRS-R	r= .44
	ESDM	r= .22
AUTOESTIMA		
	familiar	r= -.33
	académica	r= -.39
	social	r= -.36
	general	r= -.56

Podemos apreciar unas correlaciones más altas con el CDI tal como señalaba KOVACS (1983); SAYLOR et al. (1984), con la Autoestima general (obviamente en sentido negativo), la entrevista clínica de POZNANSKI y la Autoestima académica y social, también en sentido negativo.

SEI

Los estudios que poseíamos sobre la prueba, a través del propio BATTLE nos hablaban de una fiabilidad test-retest de la escala total efectuada con 110 sujetos con las siguientes características:

curso	N	r
3	27	.79
4	22	.91
5	28	.92
6	33	.79
Total	110	

En esta línea nuestro estudio formado por N=223 sujetos de 4 EGB arrojan una fiabilidad de consistencia interna de  $\alpha = .78$ , con unas correlaciones item-total en torno de .24 y .62. (Anexo 23) de igual manera, y teniendo en cuenta que la escala se configura en subescalas, llevamos a cabo el estudio para cada una de ellas. (Anexo 24).

En la TABLA: T.SEI-3 recogemos los datos psicométricos del autor y nuestros resultados.

TABLA: T.SEI-3

## FIABILIDAD DE LAS SUBESCALAS DEL SEI

	BATTLE N= 110 (1981)	MONREAL N=223 (1986)
ESCALA GENERAL	Test-retest r= .59 r= .65 r= .64 r= .73	Consistencia = .66 Correlación item-test r= .18 a r= .48
ESCALA SOCIAL	r= .71 r= .80 r= .79 r= .75	= .50 Correlación item-test r= .12 a r= .50
ESCALA ACADEMICA	r= .60 r= .72 r= .49 r= .47	= .47 Correlación item-test r= .18 a r= .37
ESCALA FAMILIAR	r= .67 r= .61 r= .76 r= .64	= .50 Correlación item-test r= .23 a r= .48

Por otro lado se llevó a cabo un estudio correlacional de la escala a fin de aproximarnos a la Validez Concurrente de la misma. En esta línea se correlacionó con la escala CDI (KOVACS 1983), CDRS-R (POZNANSKI 1984), PNID (LEFKOWITZ) y ansiedad (EPQ-J). La TABLA: T.SEI-4 nos muestra los resultados de este estudio.

TABLA: T.SEI-4  
LA ESCALA SEI Y SU RELACION CON OTRAS PRUEBAS (MONREAL 1986)

	AE (general)	AE (social)	AE (académica)	AE (familiar)
CDI (KOVACS)	r = -.65	r = -.52	r = -.56	r = -.53
CDRS-R (POZNANSKI)	r = -.55	r = -.46	r = -.49	r = -.40
PNID (DEPRESION)	r = -.19 **	r = -.30	r = -.24	r = -.19 ***
EPQJ (ANSIEDAD)	r = -.56	r = -.36	r = -.39	r = -.33
AE GENERAL		r = .52	r = .63	r = .44
AE SOCIAL	r = .52		r = .50	r = .40
AE ACADEMICA	r = .63	r = .50		r = .45
AE FAMILIAR	r = .44	r = .40	r = .45	

Nivel de significación  $p < .001$

\*\*  $p < .002$

\*\*\*  $p < .003$

Podemos señalar en las escalas de depresión una correlación alta con las subescalas de autoestima, señalado en trabajos como los de KOVACS (1983) y KASLOW et al. (1984) entre otros; al igual que entre ansiedad y autoestima, lo que ha quedado ya confirmado en otras investigaciones citadas.

BENDER

La prueba posee cualidades psicométricas que no vamos a describir aquí dado que son sobradamente conocidas por aquéllos habituados al manejo de las mismas y especialistas en psicología infantil. Señalamos simplemente algunos resultados obtenidos en nuestra muestra.

El análisis de consistencia interna del test reflejó un índice de fiabilidad de  $\alpha = .62$  para los 223 sujetos. Por otro lado el estudio correlacional de esta prueba con otras técnicas queda patente en la siguiente TABLA: T.BEND-1

TABLA: T.BEN-1

CORRELACION ENTRE EL TEST DE BENDER Y OTRAS PRUEBAS

		BENDER	
DEPRESION	PNID de	r= .11	p<.05
	CDI	r= .20	p<.01
	CDRS-R	r= .14	p<.01
	ESDM	r= .20	p<.001
ANSIEDAD	EPQJ (N)	r= .15	p<.01
FACTOR G	CUBOS (WISC)	r= -.31	p<.001

Consideramos que estos índices, aportan una información nueva a la prueba que por otro lado es suficientemente conocida y utilizada en población infantil como para permitirnos utilizarla sin ningún tipo de modificación.

#### CUBOS y COMPRENSION

Estas dos subescalas del WISC poseen conocidas cualidades psicométricas en población catalana, que hemos resumido cuando se han descrito en el apartado correspondiente a la descripción de las técnicas de medida empleadas, por lo que no hemos creído necesario ahondar más en ello.

Los resultados obtenidos en el análisis de correlación con las medidas de depresión son las siguientes:

TABLA: T.WISC-1

CORRELACIONES ENTRE LAS ESCALAS DE  
DEPRESION Y LAS MEDIDAS DEL WISC UTILIZADAS

	CDI	FNID	ESDM	CDRS-R	CBCL
CUBOS (WISC)	-.09 p<.09		-.20 p<.01	-.18 p<.01	-.12 p<.01
COMPRENSION (WISC)	-.17 p<.01	-.19 p<.01	-.24 p<.001	-.09 p<.07	-.16 p<.01
BENDER	.20 p<.01	.11 p<.05	.20 p<.001	.14 p<.01	

Al relacionar estas tres técnicas entre sí, obtenemos los siguientes índices:

	CUBOS	COMPRENSION	BENDER
CUBOS		.29	-.31 p<.001
COMPRENSION			-.17 p<.01

Las correlaciones si bien moderadas, son significativas a nivel estadístico y van en el sentido esperado.



3.2.4.2 ANALISIS DE DIFERENCIAS DE DEPRESION

En este apartado pretendemos analizar las diferencias que algunas de las variables pueden presentar al caracterizar grupos de individuos con respecto a las medidas de depresión.

Al realizar una comparación de medias con las variables sexo, repetición de curso, cambio de colegio, e idioma de enseñanza conseguimos las siguientes diferencias:

	Niño (n=120)	Niña (n=103)	T	P
CDI	12.8	11.5	1.07	N.S.
PNID-de	0.7	0.6	0.9	N.S.
POZ	26.9	28	-0.93	N.S.
MAE	8.6	7.1	1.81	.07 *

En la variable cualitativa sexo encontramos diferencias en relación a las medidas de depresión dando una diferencia cercana a la significación (p=.07) únicamente en la escala de maestros. Podríamos deducir de ello que los maestros tienden a ver más depresivos a los niños que a las niñas y por otro lado también se podría relacionar con el hecho de que el maestro tenga unas expectativas y nivel de exigencia diferentes para los niños que para las niñas por lo que a los niños que no respondieran tanto al patrón de conducta que les

corresponde serían más fácilmente clasificados como depresivos.

	CASTELLANO		T	P
	CATALAN (n=171)	Y CATALAN (n=52)		
CDI	11.9	13	-0.85	N.S.
PNID-de	0.7	0.7	-0.66	N.S.
PDZ	26.7	29.8	-2.21	.02 *
MAE	7.1	10.5	-3.63	.001*

Tras observar esta tabla diremos que la variable idioma de enseñanza presenta diferencias significativas al comparar sus categorías (catalán y castellano-catalán) con la evaluación de sintomatología depresiva vista por el clínico y por el maestro; al mismo tiempo que la escala autoevaluativa (CDI) y la escala de evaluación por los compañeros (PNID-de) no muestran diferencias significativas en relación a esta variable.

Según el punto de vista del clínico y el maestro hay un porcentaje mayor de sujetos con sintomatología depresiva en los centros que imparten la enseñanza en catalán y castellano que en los que tienen como idioma de enseñanza el autóctono. Seguramente este resultado más que referirse al hecho de la enseñanza bilingüe se referiría a las características que están asociadas a los centros en que deben impartir la docencia en castellano y catalán porque los alumnos no pueden verse sumergidos en un plan de catalanización rápido.

ANALISIS DE RESULTADOS

	COSTA (n=52)	INTERIOR (n=171)	T	P
CDI	13.4	11.8	1.17	N.S.
PNID-de	0.7	0.7	0.28	N.S.
POZ	30.8	26.4	3.07	.05 *
MAE	8.7	7.6	1.09	N.S.

En este caso solamente es la evaluación por el clínico la que muestra diferencias significativas con la variable escogida que en este caso es la situación de lejanía o proximidad con respecto al mar. Mostrando la entrevista clínica diferencias significativas a nivel estadístico, con un peso mayor en la costa que en el interior.

Este resultado se podría atribuir a la influencia de las características de la zona costera más sujeta a cambios en la población, en el tiempo, en el trabajo frente a una postura más conservadurista de la zona de interior.

	SI REPETICION DE CURSO (n=50)	NO REPETICION DE CURSO (n=155)	T	P
CDI	14.7	11.0	2.74	.01 *
PNID-de	0.8	0.6	1.38	N.S.
POZ	28.8	26.4	1.76	.08 *
MAE	10.4	6.5	4.16	.001 *

ANALISIS DE RESULTADOS

Estos resultados muestran que tanto en la autoevaluación como en la entrevista clínica como en la evaluación del maestro hay diferencias significativas para aquellos sujetos que han repetido algún curso. Mientras que la técnica de evaluación por los compañeros no presenta dicha diferencia.

	SI CAMBIO DE COLEGIO (n=41)	NO CAMBIO DE COLEGIO (n=164)	T	P
CDI	12.9	11.7	0.82	N.S.
PNID-de	0.6	0.7	-0.72	N.S.
POZ	27.1	26.9	0.11	N.S.
MAE	7.5	7.5	0.00	N.S.

Esta tabla muestra que no hay diferencias significativas en ninguna de las técnicas de evaluación para la variable cambio de colegio.

El análisis de varianza realizado con la variable rural-urbano que recordamos se refiere al número de habitantes del municipio en que se halla la escuela muestra los siguientes datos:

## ANALISIS DE RESULTADOS

	RURAL (n=20)	SEMIRURAL (n=67)	INTERMEDIO (n=30)	SEMIURB. (n=16)	URBANO (n=90)	F	P
CDI	7.9	11.4	14.0	14.3	12.7	2.18	.07
PNID-de	0.8	0.6	0.8	0.6	0.6	0.38	N.S
POZ	24.0	25.3	31.0	29.6	28.2	3.31	.01
MAE	6.2	6.8	8.8	8.3	8.6	1.41	N.S

Solamente presentan diferencias significativas con las técnicas autoevaluativas y entrevista clínica los municipios llamados semi-urbanos en el CDI y los intermedios en el POZNANSKI.

Los resultados también nos dicen que la diferencia existente entre los pares de grupos semirural y semiurbano para la variable POZ (Entrevista clínica Poznanski) es significativa al nivel estadístico .05.

Deduciríamos de ello que aquellos municipios que por tener un número de habitantes lo suficientemente alto como para no considerarlos rurales y lo suficientemente pequeños como para no considerarlos urbanos presentan diferencias significativas en las dos técnicas antes comentadas de evaluación de sintomatología depresiva.

Como comentario global cabe destacar que:

- no hay una constancia en el sentido de las diferencias en los anteriores análisis.

- la técnica PNID, de evaluación por los compañeros, no ha mostrado en ninguno de los análisis diferencias significativas.

- la escala de maestros nos muestra diferencias en variables escolares tales como el idioma de enseñanza, la repetición de curso y la variable sexo.

-- la escala autoevaluativa nos muestra diferencias en la variable repetición de curso y en la rural-urbano.

- la entrevista clínica señala diferencias en variables escolares (idioma de enseñanza, repetición de curso), geográficas como costa-interior y demográficas como rural-urbano.

#### 3.2.4.3 REDUCCION DE LAS VARIABLES DIRECTAS FACTORES DE RIESGO

La gran cantidad de datos que se poseían nos llevó a trabajar no con los items de los cuestionarios (Erpa, Centro..) sino que se analizó de forma separada, todos los datos recogidos sobre las áreas que en principio teóricamente habían sido los que nos habían llevado a configurar los instrumentos. Estas áreas fueron las siguientes:

1. Area o marco escolar, en la que reuníamos las variables relacionadas con la escuela, el aula y su entorno. Así, tanto recogíamos aquí la información que hacía referencia a las características físicas de la

escuela (número de aulas, tipo de escuela unitaria, graduada; características urbano-rurales y geográficas del municipio en que se halla la escuela,) como las características de ideario escolar, es decir centro público/privado, laico/religioso, número profesores, como las características del aula (número de niños, distribución,).

2. Area o marco rendimiento, recogemos información del expediente escolar del alumno; así datos tales como inicio de la escolarización, repetición de curso, necesidad de clases de apoyo, rendimiento (notas) de los cursos anteriores, cambios de colegio, capacidad del alumno hacia las tareas escolares, etc.

3. Area o marco familiar en el que incluimos la información de los que configuran la familia, miembros que la forman, lugar de nacimiento y estudios de los padres, situación laboral y tipo de trabajo de los mismos, cambios de domicilio, acontecimientos ocurridos en la familia como separación, muerte, enfermedad; motivos de las alteraciones de la situación y/o convivencia familiar; idioma familiar, etc..

4. Area o marco personal que está formado por variables psicológicas, pertenecientes al propio individuo, así actividades deportivas que realiza, capacidad de relacionarse con las personas y también con las cosas,.etc

Trataremos pues en este apartado de la interpretación de los factores, resultado de la etapa 1. El método usado ha sido el análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, el más indicado por el carácter exploratorio de la factorización que realizamos. Los análisis factoriales se han efectuado

con los resultados directos de todos los sujetos sacados de los cuestionarios: CUESPA, DATOS ERPA, DATOS CENTRO, DATOS AULA, CBC-1.

No hemos procedido a una estandarización de las variables antes del análisis factorial ya que, precisamente, esta técnica realiza esta función al calcular las puntuaciones factoriales de cada individuo haciendo que las medias globales de cada factor tengan valor 0 y una desviación tipo de 1. De hecho una estandarización previa del tipo conversión en puntuaciones  $z$  con el método que usamos no hubiera afectado los resultados. Por otra parte, la estandarización que ofrece el análisis factorial nos sirve para corregir el error de medida de haber utilizado diferentes sistemas de medición. Al estar estandarizadas las puntuaciones factoriales, todas los grupos de variables se convierten en comparables sin quedar afectados por el error de haberse medido con diferentes magnitudes escalares.

#### 1.- ANALISIS FACTORIAL MARCO RENDIMIENTO ESCOLAR

El análisis factorial realizado sobre las variables que forman el factor rendimiento escolar, nos permite desgajar los principales componentes ligados a esta dimensión.

Los 4 factores resultantes que tienen un valor propio superior a 1; explican el 69.8% de la varianza total, siendo los dos primeros con 29% y 17,9% los que más contribuyen a lograr ese porcentaje. Los restantes



factores aportan 11,7% y 11,2% respectivamente a la varianza explicada.

En el Anexo 25 aparecen los pesos factoriales de cada ítem en los factores correspondientes. Se han conservado los pesos superiores a .30 y por este motivo se han eliminado los menores a esta puntuación de la Tabla.

Para cada análisis factorial incluiremos la GRAFICA G- A.F. correspondiente, que es la representación del lugar que ocupa cada ítem en relación con los dos primeros factores. Este tipo de gráficas que proporciona el análisis factorial no suelen merecer generalmente más que el carácter de complemento estético, no obstante son muy útiles cuando hay dos factores que se pueden considerar dimensiones cruzadas. Cuando hay un factor general la gráfica ofrece menos interés. (ELEJABARRIETA 1986).

FACTOR REND-1. Absentismo escolar e integración en el aula.

Este factor tiene un valor propio de 3.19 y explica el 29% de varianza total. Las variables que en él pesan, son:

faltas a clase	FALCL	(.94)
causa de las faltas	CAUFAL	(.93)
lugar dentro del aula	LUGAU	(.55)

Los items que configuran este factor y que más peso tienen tratan de la frecuencia del absentismo escolar relacionándola con una causa no justificada y el lugar que ocupa el niño dentro del aula. Podríamos interpretar este factor como la relación que hay entre la poca motivación, su actitud e integración dentro del aula y la causa de la frecuencia en faltar a la escuela.

La posición en las últimas filas de la clase favorecería la menor integración social y la motivación hacia la participación física en este caso, la ausencia, del sujeto.

#### FACTOR REND-2. Escolaridad continuada y rendimiento

Se trata de un factor con valor propio de 1.96 y explica un porcentaje de la varianza total de 17.9%. Las variables que tienen un mayor peso en este factor son:

cambio de colegio	CAMCOL	(.90)
repetición de curso	REPCUR	(.89)
notas	GLOB2	(.38)

El hecho de padecer una escolaridad interrumpida, con lo que esto supone, cambios de grupo, cambios en el sistema pedagógico, cambios en el entorno, cambios en las exigencias y valores educativos estaría relacionada con la mayor posibilidad de repetir cursos y su repercusión negativa en el rendimiento, es decir las notas.

FACTOR REND-3. Inicio de la escolaridad y rendimiento

En este factor que tiene un valor propio de 1.28 y explica el 11,7% de la varianza total, se conjugan las siguientes variables:

curso inicio escol.	CURIN	(.89)
edad inicio escol.	INESC	(.88)
notas	GLOB2	(-.35)

El hecho de un inicio tardío de la escolaridad está relacionado por supuesto con una mayor edad en el comienzo de la escolaridad y negativamente con el rendimiento académico. En la práctica es frecuente observar casos de niños que inician la escolaridad a una edad posterior, por ejemplo a los 6 años, y que presentan mayores dificultades de adaptación al grupo, a la escuela y esto juntamente con la falta de adquisición de los primeros aprendizajes sus rendimientos son menores.

FACTOR REND-4. Capacidad cognitiva para el aprendizaje

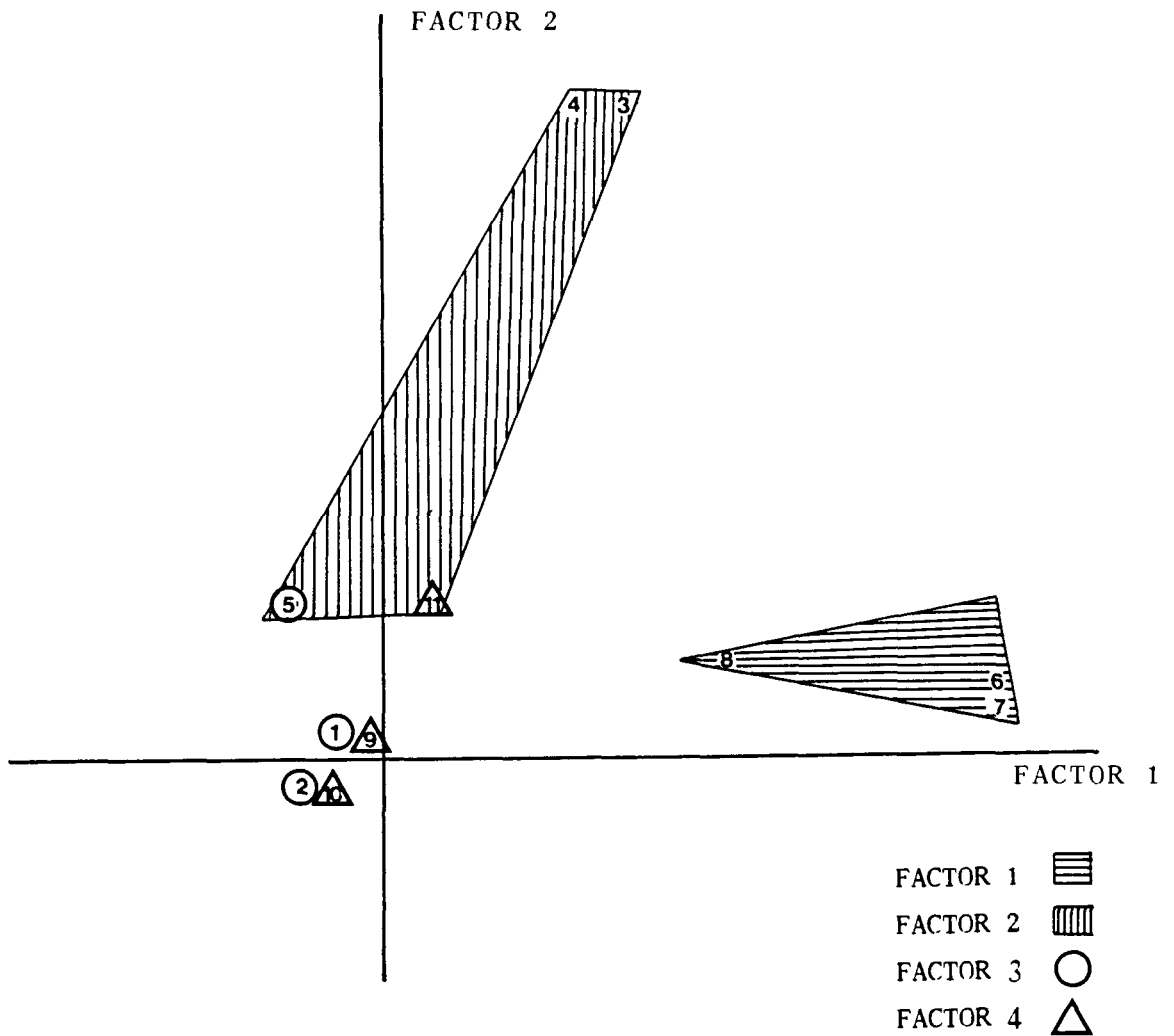
Este factor con un valor propio de 1.23, explica el 11,2% de la varianza total y las variables que intervienen junto con sus pesos son:

factor G	TOTALCUB	(.79)
comprensión verbal	TOTCOM	(.73)
inmadurez percept.-mot.	TOTBEN	(-.52)

Los items que pesan en este factor, ponen en evidencia la relación que hay entre las diferentes capacidades cognitivas tenidas en cuenta, como son la inteligencia general, el razonamiento verbal y la madurez perceptiva en el campo del rendimiento escolar. Es decir, que a mayor capacidad cognitiva menor inmadurez perceptiva.

Podemos visualizar los resultados en la GRAFICA:  
G.A.F.-1

GRAFICA: G.A.F.-1



- 1 INICIO ESCOLARIDAD
- 2 CURSO DE INICIO
- 3 REPETICION DE CURSO
- 4 CAMBIOS COLEGIO
- 5 NOTAS
- 6 FALTAS A CLASE
- 7 CAUSAS DE LAS FALTAS A CLASE
- 8 LUGAR DENTRO DEL AULA
- 9 TOTAL COMPRESION VERBAL
- 10 TOTAL CUBOS
- 11 INMADUREZ PERCEPTIVA

INTERPRETACION GLOBAL DE LOS FACTORES DEL MARCO RENDIMIENTO

Por medio de la Gráfica G.A.F.1 conocemos la situación de cada ítem respecto a los dos primeros factores y también la proximidad de los restantes ítems respecto a estos factores.

El eje horizontal es el del factor 1 (absentismo escolar e integración en el aula) y el vertical el del factor 2 (escolaridad continuada y rendimiento).

2.- ANALISIS FACTORIAL MARCO FAMILIAR

En el análisis factorial realizado sobre las variables que forman el factor familiar, se refleja la existencia de 6 factores principales. Los 6 factores explican un buen porcentaje de la varianza total del factor, el 71,3%. La repartición de los porcentajes de varianza total que explica cada factor varían desde los primeros (33% y 11,8%) hasta los 4 restantes (9,3%, 6,6%, 5,9% y 4,6%). La TABLA: T.A.F.-2 del Anexo 25 ofrece la pertenencia correspondiente de las variables a los factores y el peso que tienen en ellos.

Para este análisis se han conservado los pesos superiores a .35, índice que consigue una mejor distribución de las variables. El análisis de cada factor de esta TABLA es lo que vamos a tratar seguidamente.

FACTOR FAM-1. Características generales de la familia

Tiene este factor, un valor propio de 7.92 y explica un 33% de la varianza total. Lo forman las siguientes variables:

enfermos en la familia	CUESPA 22	(.92)
situac. labor. madre	CUESPA 10	(.91)
situac. labor. padre	CUESPA 9	(.88)
idioma familiar	CUESPA 28	(.88)
tipo de vivienda	CUESPA 29	(.88)
muertes recientes	CUESPA 23	(.86)
trabajo de la madre	CBC2	(.83)
encargado contest. cuest.	CBC3	(.82)
trabajo del padre	CBC1	(.72)
lugar nacimient. madre	C4	(.66)
distancia casa-escuela	C33	(.63)
lugar nacimient. padre	C3	(.52)

Este factor compuesto por un número considerable de items, lo consideraríamos un factor que explica un amplio espectro familiar. Contiene información sobre los padres, lugar de nacimiento, idioma familiar, existencia de enfermos y muertes en la familia, tipo de vivienda, problemas laborales, tipo de trabajo y la lejanía que existe de casa a la escuela. Por ello lo calificaríamos como un factor general de características que contribuyen a formar una imagen de la familia.

**FACTOR FAM-2. Formación parental y "nivel socio-económico"**

Se trata de un factor que explica el 11,8% de la varianza total y posee un valor propio de 2.82. Las variables que intervienen y sus pesos son:

estudios de la madre	CUESPA 8	(.78)
estudios del padre	CUESPA 7	(.76)
expectativas económicas	CUESPA 26	(.68)
n habitaciones vivienda	CUESPA 27	(.58)

Los items que mayor pesan en este factor son los relacionados con el nivel de estudios o nivel de formación de los padres. También forman el factor, aunque con menor peso, algunos indicadores del nivel socioeconómico familiar. Así relacionaría el nivel formación de los padres con el "nivel socioeconómico" de la familia.

**FACTOR FAM-3. Posición del sujeto en la familia**

Este factor con un valor propio de 2.23, explica el 9,3% de la varianza total y está formado por las siguientes variables:

número de hermanos	HERM	(.93)
lugar que ocupa entre her.	LUG	(.89)

Las características psicológicas que parecen estar relacionadas con el hecho de ser hijo único o pertenecer



a una familia más o menos numerosa y las características asociadas al hecho de ser el primogénito, el mediano o el pequeño serían las que estarían representadas en este factor.

#### FACTOR FAM-4. Edad parental

También este factor está formado por dos variables, que explican el 6,6% de la varianza teniendo un valor propio de 1.58. Estas dos variables son:

edad de la madre	CUESPA 2	(.93)
edad del padre	CUESPA 1	(.89)

El hecho de que los padres sean más o menos jóvenes puede inducir a que se adopten actitudes más o menos protectoras, rígidas, complacientes, etc. La distancia generacional parecería estar representada en este factor.

#### FACTOR FAM-5. Estructura familiar diferente a la clásica

Su valor propio es de 1.42 y explica un 5,9% del valor de la varianza. Está formado por las dos variables siguientes:

motivos conviven. niño con	CUESPA 13	(.83)
familiares no viven casa	CUESPA 20	(.79)

Los dos items que configuran este factor representan el grado de estructuración familiar y a su vez las situaciones en las que hay algún tipo de alteración en la estructura familiar que podríamos llamar "clásica". Estos items están referidos al hecho de que el niño viva con familiares que no sean sus padres ya sea por motivos de trabajo, ya sea por motivos de separación, muerte, otros.

#### FACTOR FAM-6. Asentamiento temporal de la familia

El último de los factores del marco familiar, explica un 4,6% de la varianza total y posee un valor propio de 1.11. Está formado igualmente que los anteriores por dos variables.

años resid. madre en ciudad	CUESPA 6	(.85)
años resid. padre en ciudad	CUESPA 5	(.80)

Hay que tener en cuenta el hecho de que en Cataluña, el fenómeno de la inmigración ha tenido gran importancia en nuestro siglo, con todo lo que esto supone, mezcla de idiomas, de culturas, etc.

Consideramos estos dos items relacionados con el factor arraigo, es decir cuantos más años haga que residan en la ciudad se supone que más arraigados, más integrados estarán con la cultura del lugar.

Se observa en este análisis factorial 2 que en las diferentes variables que forman parte de distintos factores dentro del marco familiar, tales como situación

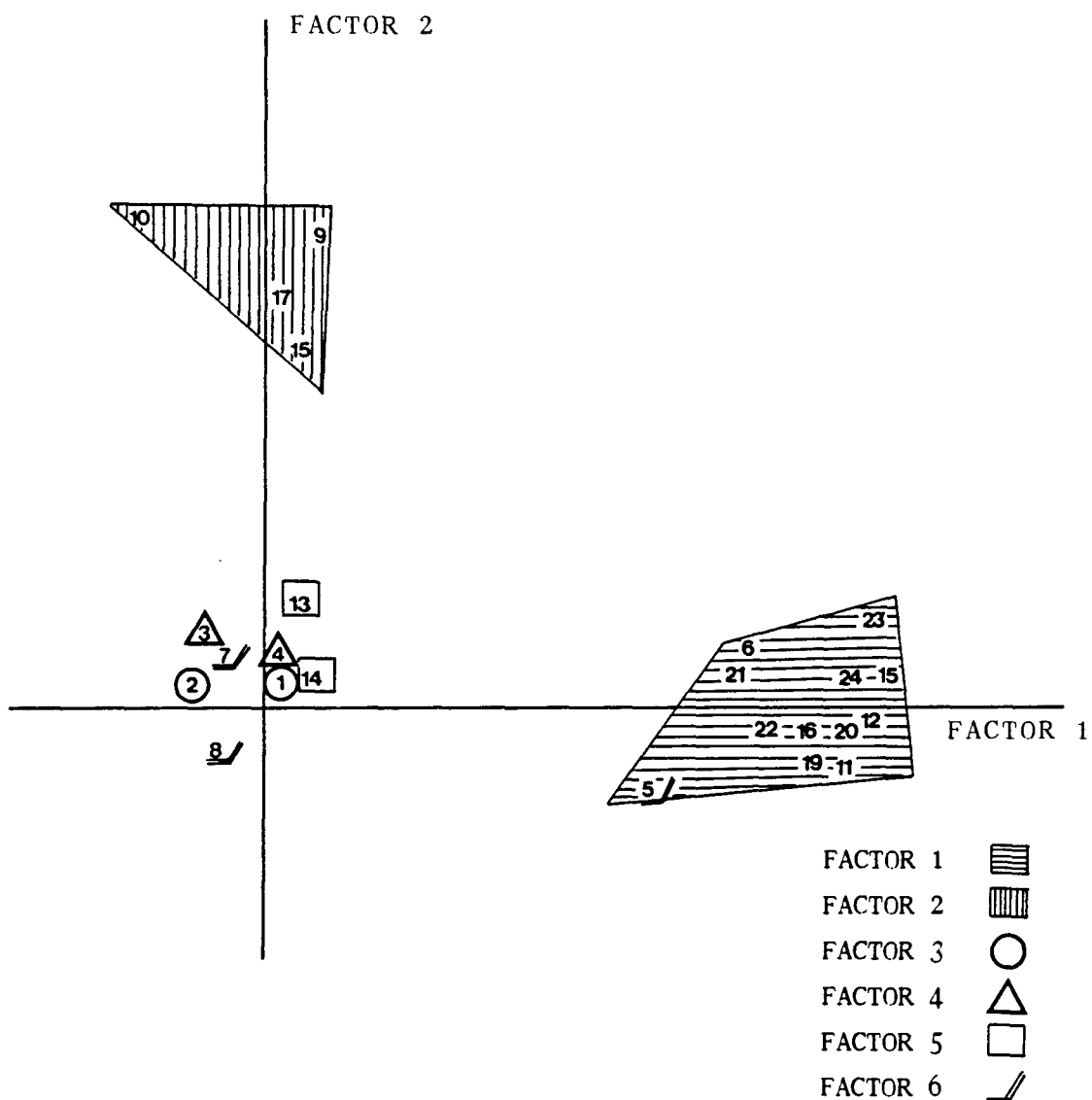
laboral, lugar nacimiento, estudios, edad, años de residencia en la ciudad; tiene siempre un peso superior la información que hace referencia a la madre que al padre.

#### INTERPRETACION GLOBAL DE LOS FACTORES DEL MARCO FAMILIAR

Por medio de la Gráfica G.A.F.2 conocemos la situación de cada ítem respecto a los dos primeros factores igualmente que la proximidad de los restantes ítems respecto a estos factores.

El eje horizontal es el del factor 1 (características generales de la familia) y el vertical el del factor 2 (formación parental y nivel socioeconómico).

GRAFICA: G.A.F.-2



- |    |                                    |    |           |
|----|------------------------------------|----|-----------|
| 1  | N HERMANOS                         | 12 | CUESPA 10 |
| 2  | LUGAR QUE OCUPA ENTRE LOS HERMANOS | 13 | CUESPA 13 |
| 3  | EDAD PADRE                         | 14 | CUESPA 20 |
| 4  | EDAD MADRE                         | 15 | CUESPA 22 |
| 5  | LUGAR NACIMIENTO PADRE             | 16 | CUESPA 23 |
| 6  | LUGAR NACIMIENTO MADRE             | 17 | CUESPA 26 |
| 7  | AÑOS RESIDENCIA PADRE              | 18 | CUESPA 27 |
| 8  | AÑOS RESIDENCIA MADRE              |    |           |
| 9  | ESTUDIOS PADRE                     |    |           |
| 10 | ESTUDIOS MADRE                     |    |           |
| 11 | CUESPA 9                           |    |           |

3.- ANALISIS FACTORIAL MARCO ESCOLAR Y GEOGRAFICO

El análisis factorial sobre las variables referentes a la escuela refleja la existencia de 6 factores que explican el 71,9% de la varianza total. Los dos primeros factores tienen un valor propio superior a 2 (4.34 y 2.41 respectivamente) y los 4 restantes van desde el valor de 1.85 hasta el 1.30 pasando por los valores de 1.57 y 1.44.

La TABLA T.A.F.-3 del Anexo 25 nos presenta la distribución de las variables en los factores y los pesos que tienen. Las puntuaciones factoriales en esta escala se han limitado a .45 por ser el límite que mejor distribución ofrece.

FACTOR EDU-1. Dimensiones y equipamientos de la escuela

Este factor explica un 24,1% de la varianza total, tiene un valor propio de 4.34 y lo configuran las distintas variables:

n total alumnos	NAL	(.89)
tipo de escuela	TIPOESC	(.88)
servicios técnic.	SERTEC	(.74)
servicios alumn.	SERAL	(.73)
n habit. municip.	RURAL	(.73)
hab. munic. vive	HAMUNVIU	(.53)

Los items que mayor peso tienen en este factor son los que hacen referencia al tamaño de la escuela en cuanto a número de aulas y cantidad de alumnado, servicios técnicos (laboratorios, ordenadores, biblioteca.) y servicios a los alumnos (piscina, ). Aspectos estos que caracterizan el hecho que sea un tipo de escuela unitaria, graduada incompleta, graduada completa o un centro en el que se imparte EGB y BUP y aspectos todos ellos que guardan relación con el tipo de municipio (número de habitantes) en el que está situado el centro escolar.

#### FACTOR EDU-2. Características de la comarca

Tiene este factor un valor propio de 2.41 y explica el 13,4 de la varianza total. Pesan en el las siguientes variables:

habit. comarca vive	HACOMVIU	(.90)
comarca donde vive	COMVIU	(-.74)
altitud	LLANO	(.63)

Los items que configuran este factor están relacionados con las características del área geográfica donde viven, la comarca, el número de habitantes de la misma y la situación (proximidad o lejanía) con respecto al mar.

FACTOR EDU-3. Tipo de educación escolar

Explica el 10,3% de la varianza total y tiene un valor propio de 1.85. Está formado por las siguientes variables:

coeducación	COEDU	(.89)
tipo de dirección	DIRE	(.83)
n alumnos/profes.	NTOT	(-.62)

Los items que mayor peso tienen en este factor son los que hacen referencia a los centros en que se imparte coeducación relacionándolos con el tipo de dirección (pública- privada) de la escuela y la cantidad de alumnos por profesor que les corresponde.

FACTOR EDU-4. Situación geográfica del municipio de la escuela

Lo componen dos variables explicando el 8,8% de la varianza y teniendo un valor propio de 1.57. Estas variables y sus pesos son las siguientes:

situación respect mar	COSTA	(-.85)
situación respect alt.	LLAND	(.73)

Este factor está formado por variables relacionadas con la geografía del lugar donde está la escuela, relacionando las variables que hacen referencia a la

proximidad o lejanía del mar con la mayor o menor altura del nivel del mar donde está situado el centro escolar

FACTOR EDU-5. Idioma de enseñanza

Este factor tiene un peso de 1.44 y explica el 8% de la varianza. Lo componen estas variables:

idioma escolar	IDIOM	(.81)
municip. vive	MUNVILL	(.73)

Los items que configuran este factor hacen referencia a la relación que guarda el idioma de enseñanza con el municipio, es decir que el hecho de que en la escuela se enseñara en catalán, en castellano o en ambos u otros idiomas, dependería según el municipio, probablemente de sus características lingüísticas, cantidad de población inmigrada, entre otros.

FACTOR EDU-6. Características de la escuela

Explicando un 7,2% del valor de la varianza total, este factor tiene un peso de 1.30 y está formado por tres variables que son:

religiosa-laica	TIPO	(.75)
asisten. Psicol.	PSICOL	(.67)
sexo profesor	SEXPRO	(.64)



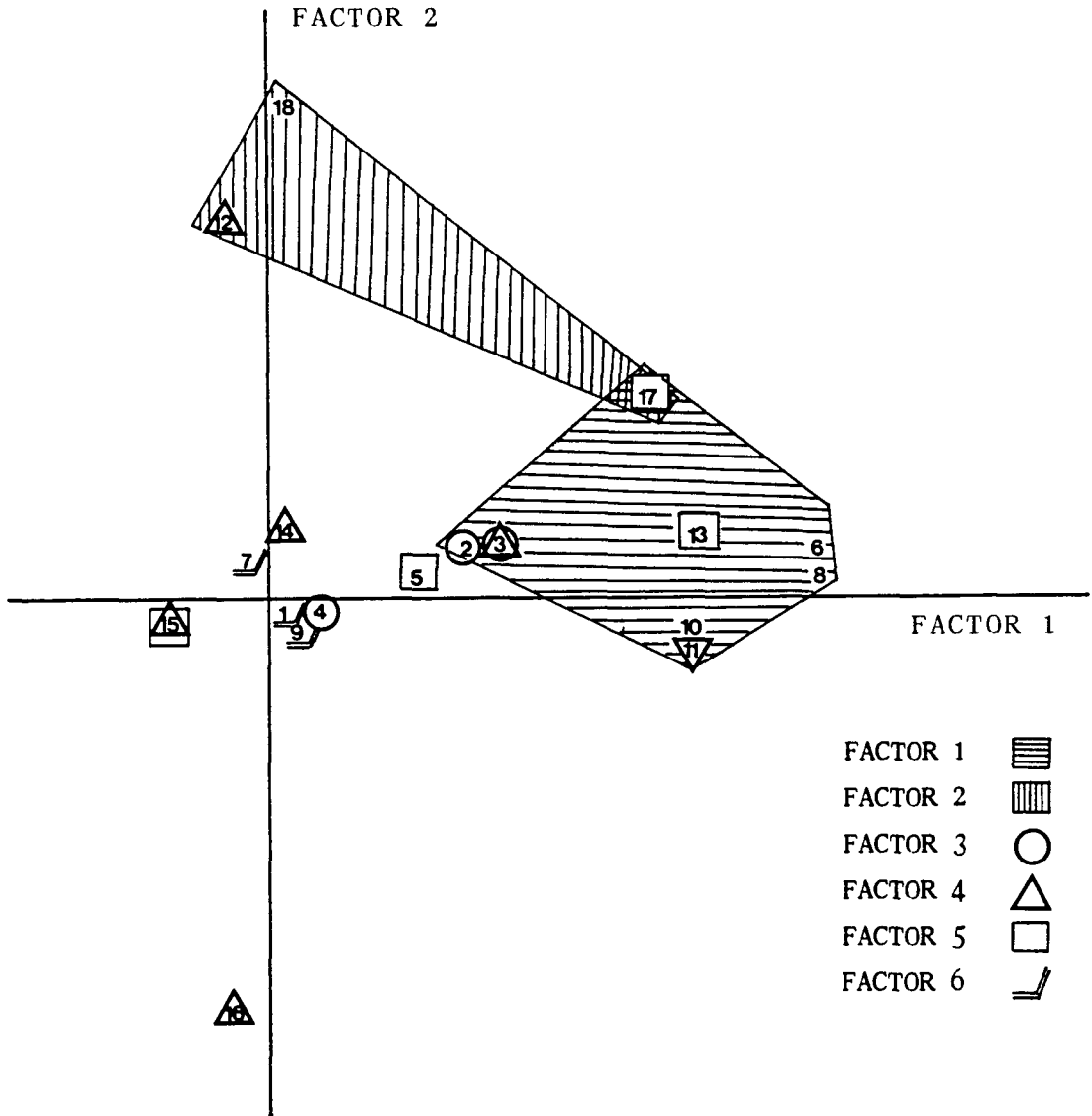
Este factor está formado por tres variables podríamos decir que residuales y con una baja comunalidad por lo que es difícil de poder interpretar y denominar. Lo consideramos un factor residual que denominamos de características de la escuela.

#### INTERPRETACION GLOBAL DE LOS FACTORES DEL MARCO ESCOLAR Y GEOGRAFICO

Mediante la GRAFICA: G.A.F.-3 podemos observar la situación de cada ítem respecto a los dos primeros factores y la proximidad de los restantes ítems respecto a estos factores.

El eje horizontal es el del factor 1 (dimensiones y equipamientos de la escuela) y el vertical el del factor 2 (características de la comarca).

GRAFICA: G.A.F.-3



- |    |              |    |          |
|----|--------------|----|----------|
| 1  | TIPO ESCUELA | 11 | SERAL    |
| 2  | DIRE         | 12 | LLANO    |
| 3  | N ALUMNOS    | 13 | RURAL    |
| 4  | COEDU        | 14 | COSTA    |
| 5  | IDIOMA       | 15 | MUNVIU   |
| 6  | NAL          | 16 | COMVIU   |
| 7  | SEXPRO       | 17 | HAMUNVIU |
| 8  | TIPOESC      | 18 | HACOMVIU |
| 9  | PSICOL       |    |          |
| 10 | SERTEC       |    |          |

## 4.- ANALISIS FACTORIAL MARCO PERSONAL

El análisis factorial de variables personales ha reflejado 2 únicos factores que explican el 69,7% de la varianza total, teniendo un valor propio de 3.85 el primero y de 1.02 el segundo. La repartición de los porcentajes de varianza total que explica cada factor es de 55,1% y 14,6% respectivamente. Las variables que configuran los 2 factores son las siguientes:

FACTOR PER-1. Sociabilidad.

amigos que tiene	CBC16	(.92)
veces sale con amig.	CBC17	(.91)
tareas que realiza	CBC13	(.85)
actividades, jueg.hace	CBC7	(.79)
deportes que particip.	CBC4	(.75)
clubs,grupos,organ.,	CBC10	(.47)

Los items que configuran este factor hacen referencia todos ellos a la capacidad del sujeto a relacionarse, a participar en actividades colectivas, a colaborar con los otros, por lo que consideramos oportuno denominarle factor de sociabilidad, de conductas adaptadas, sociables, abiertas.

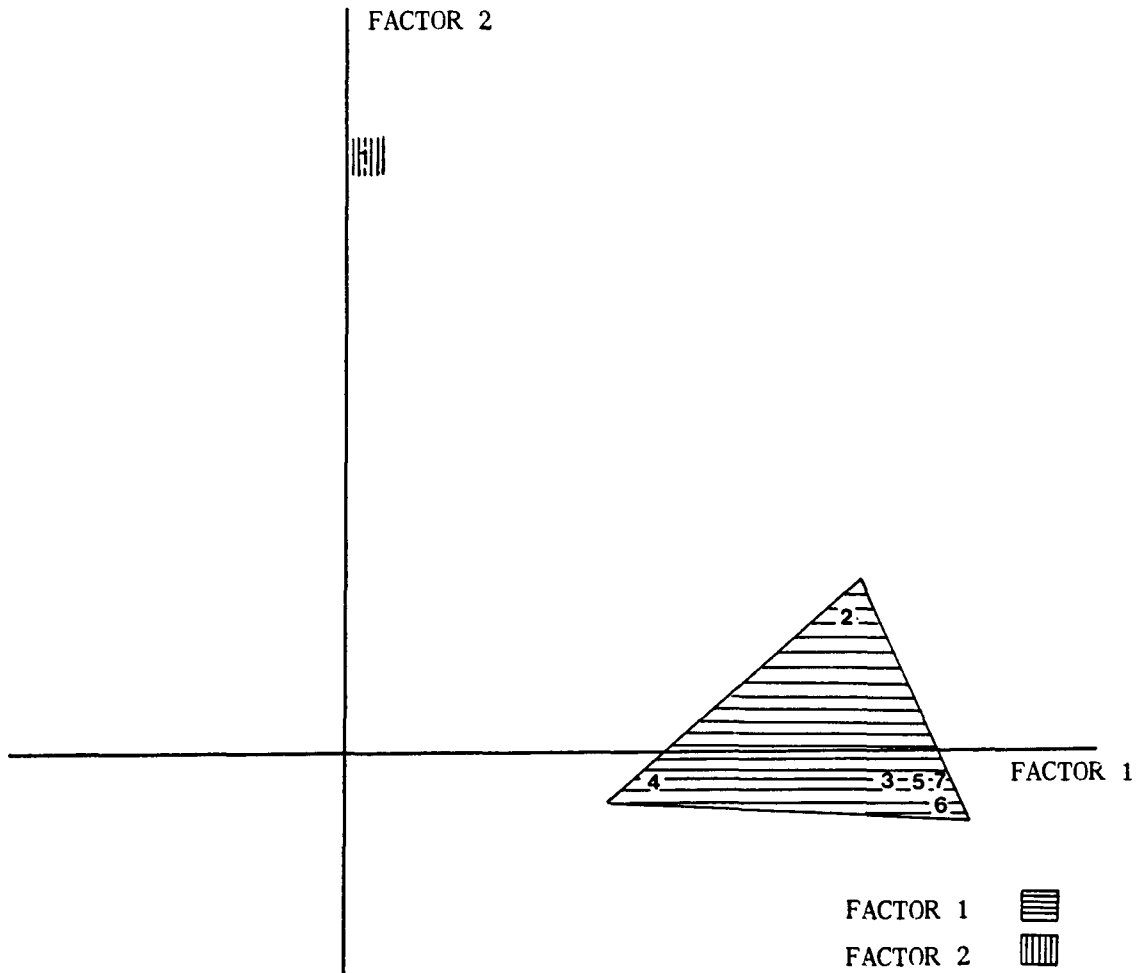
## FACTOR PER-2. Edad

edad	EDAD2	(.98)
------	-------	-------

Este factor configurado por un sólo item queda explicado por sí mismo.

La GRAFICA: G.A.F.-4 muestra la situación de cada item respecto a los dos factores. En el eje vertical se encuentra el factor 1 (sociabilidad) y en el vertical el factor 2 (edad).

GRAFICA: G.A.F.-4



- 1 EDAD
- 2 CBC4
- 3 CBC7
- 4 CBC10
- 5 CBC13
- 6 CBC16
- 7 CBC17

#### 3.2.4.4. ANALISIS DE LA ESTRUCTURA CONJUNTA DE LOS FACTORES DE RIESGO Y VARIABLES DE DEPRESION

El análisis de Clusters, tiene por función la agrupación de individuos o variables semejantes formando grupos diferenciados (ANDERBERG, M.R. 1973). Con este análisis y dado un conjunto de variables, nos es posible obtener agrupaciones de las mismas en función de un criterio de similitud previamente establecido. El análisis de "cluster de variables" trata la agrupación de las variables, mientras que en el otro "cluster de individuos" se busca la formación de grupos de individuos con características similares.

La técnica de ambos procedimientos es la misma; parte de una matriz de individuos y variables que, con un criterio de similitud impuesto, construye una matriz sea de similitud entre individuos, sea de similitud entre variables (ELEJABARRIETA 1986). A esta matriz se le aplica un algoritmo de clasificación, que termina por ofrecernos una representación gráfica, descriptiva de la estructura de los grupos de variables o de individuos.

Para ambos procedimientos, en la construcción de la matriz de similitud, hemos utilizado una medida de distancia euclidiana, pero el tipo de clasificación de los grupos ha sido diferente. Para agrupar las variables, en nuestro caso factores, medidas de depresión, autoestima y ansiedad, se ha empleado un sistema de clasificación jerárquica ya que nos interesaba ver la relación entre los grupos de variables a medida que decrecía su homogeneidad. En la agrupación de individuos hemos utilizado la clasificación aglomerativa, en la que el conjunto se subdivide progresivamente,

dicotómicamente, hasta llegar al grado de subdivisión más idóneo (CUADRAS 1981 citado en ELEJABARRIETA 1986).

La agrupación de las variables ha sido realizada mediante el método "Complete Linkage" o Método de las distancias máximas que recoge la distancia máxima entre grupos y que permite conocer cuál es la relación entre los clusters, teniendo en cuenta que la homogeneidad de los mismos, disminuye progresivamente.

Entrando ya en la agrupación de las variables y el análisis de la estructura de las mismas en la TABLA: T.C.V.1 se encuentra la lista de aglomeraciones sucesivas de las variables. En ella aparece la etapa en la que se da cada agrupación entre qué dos variables se combinan, el coeficiente que expresa la distancia cuadrática euclidiana en valores no absolutos, la formación de agrupaciones simples en primera etapa y la etapa próxima.

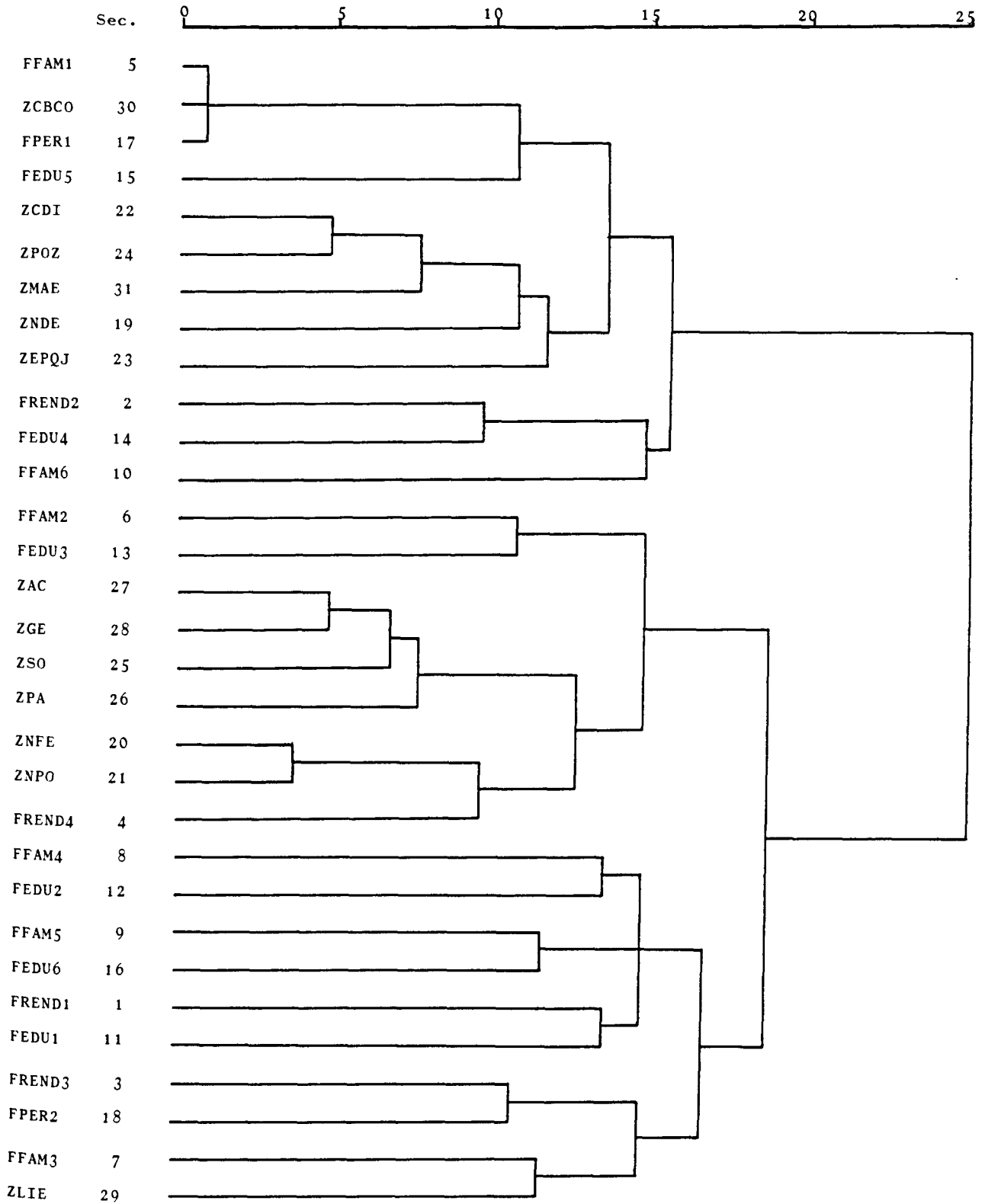
TABLA: C.V.1

Etapa	CLUSTER COMBINADOS		Coeficiente	CLUSTER aparecidos en la primera etapa		Próxima etapa
	Cluster1	Cluster2		Cluster1	Cluster2	
1	5	30	.888351	0	0	2
2	5	17	.870971	1	0	14
3	20	21	.641716	0	0	10
4	27	28	.630862	0	0	6
5	22	24	.618732	0	0	7
6	25	27	.504838	0	4	8
7	22	31	.450863	5	0	11
8	25	26	.396966	6	0	18
9	2	14	.311956	0	0	22
10	4	20	.279724	0	3	18
11	19	22	.264919	0	7	17
12	6	13	.238090	0	0	26
13	3	18	.230858	0	0	25
14	5	15	.230251	2	0	21
15	7	29	.166544	0	0	25
16	9	16	.164009	0	0	23
17	19	23	.149264	11	0	21
18	4	25	.101512	10	8	26
19	8	12	.064040	0	0	24
20	1	11	.039862	0	0	23
21	5	19	.037707	14	17	27
22	2	10	.008178	9	0	27
23	1	9	.000000	20	16	24
24	1	8	-.004700	23	19	28
25	3	7	-.005812	13	15	28
26	4	6	-.025951	18	12	29
27	2	5	-.086070	22	21	30
28	1	3	-.108325	24	25	29
29	1	4	-.242382	28	26	30
30	1	2	-.654832	29	27	0

La GRAFICA: G.C.V.1 nos proporciona la visualización de estos datos mediante la figura del "dendograma" o árbol de agrupación de las variables. El interés de la gráfica reside obviamente en el análisis de su contenido. Este dendograma utiliza un rango arbitrario 0 : 25 para mostrar la intensidad de la similitud entre las variables. Las uniones que se producen muy próximas a



GRAFICA: G.C.V.-1



cero, corresponden a un alto grado de similitud y aquellas que se producen cercanas a 25, son, proporcionalmente, menos semejantes.

De su visualización se desprenden tres grandes grupos de componentes que a su vez están formados por subbloques, que van de la secuencia 5 a la 10 el primero; de la 6 a la 4 el segundo y del 8 al 29 el tercero. Veamos la composición de los grupos.

El primer grupo de componentes está formado por la unión de 3 subgrupos. El primer subgrupo (A) lo forman tres factores de mucha similitud, que denominaríamos de condiciones familiares, adaptación social y alteraciones de conducta que marcan el inicio de la constitución de los cimientos a la que se les suma un cuarto factor (FEDU 5) por lo que se podría denominar a este conjunto: de características generales familiares - municipales con situación bilingüe a la familia y a la escuela.

Es la unión de este último factor FEDU 5 la que proporciona la estructura final del primer subbloque, siendo la similitud más baja.

El subbloque (B) aparecen las medidas de depresión CDI, CDRS-R, ESDM, PNID depresión junto la medida de ansiedad EPQ-J. La depresión se muestra bien caracterizada como bloque dentro de la caracterización de las variables; apareciendo una jerarquización de las agrupaciones; así en primer lugar se agrupan el CDI y CDRS-R que a su vez se agrupan con ESDM, PNID y se relaciona por último la depresión con la ansiedad EPQ-J.

En el subbloque 3 formado por la agrupación de los factores FREN 2, FEDU 4 y FFAM 6 es más difícil de preestablecer un sentido a la agrupación. Entre FREN 2 y

FFAM 6 (cambios de colegio y asentamiento familiar) es lógica la relación pero al incluir el otro factor (situación geográfica) hace más difícil la tarea de denominación, sin embargo podríamos considerar un conjunto de características ambientales tanto de la escuela como familiares y geográficas.

Diremos que el primer gran bloque está formado por tres agrupaciones, la primera (A) y la segunda (B) forman un bloque que podría ser una caracterización de la depresión y el comportamiento que se une a una serie de factores ambientales (subbloque 3) referidos a la escolaridad y a la situación geográfica.

El segundo gran bloque incluye 3 subbloques. El primero de ellos configurado por los factores cantidad de formación de los padres, nivel socioeconómico y el tipo de educación que dan a los hijos. A este primer subbloque le sigue la agrupación de las medidas de autoestima, bien caracterizadas como segundo subbloque y a continuación se relaciona con la imagen positiva que dan y la capacidad cognitiva.

El tercer gran bloque con menos similitud incluye 2 subbloques que son: El primero una serie de factores familiares y educacionales fundamentalmente pero puesto que las agrupaciones de este se realiza en un nivel de distancia muy alto, no es posible establecer totalmente la jerarquía de las agrupaciones y únicamente podemos comentar las variables combinadas que son: FFAM4, FEDU2, FFAM5, FEDU6.

La otra subagrupación incluye una secuencia lógica, formada por el inicio escolar y rendimiento (FREN3), la edad (FPER2), la posición del sujeto en la familia (FFAM3), y lo interesante es que se une la escala de

sinceridad (ZLIE) por lo que se establece una relación entre la edad, la posición del sujeto en la familia y la sinceridad.

Como comentario general diremos que globalmente los núcleos estructuradores de las variables que tenemos son la adaptabilidad y características de la familia; la depresión; la autoestima y capacidad de aprendizaje, pero es interesante comenzar a señalar que en las uniones de las estructuras, a niveles muy básicos de estructuración, aparecen factores educacionales, familiares, de rendimiento, personales y ambientales junto a núcleos psicológicos muy estructurados del sujeto como la depresión y la autoestima.

A modo de conclusión podemos decir que los factores están entremezclados unos con otros excepto en la depresión, lo que nos lleva a confirmar que son varias las variables que están relacionadas con la depresión y que a su vez actúan de forma combinada; es la interacción de variables psicológicas, escolares, familiares y ambientales en general las que actúan como factores de riesgo; lo que apoyaría la hipótesis 2 formulada.

#### 3.2.4.5 ANALISIS EXPLORATORIO DE LA ESTRUCTURA DE GRUPOS OBSERVADOS PARTIENDO DE LA ESTRUCTURA CONJUNTA DE VARIABLES

Hemos empleado la técnica del CLUSTER ANALYSIS en este caso con una matriz de similitud entre individuos,

teniendo en cuenta las mismas variables anteriores. Siguiendo un sistema de clasificación aglomerativa y utilizando el método "k-means" (del paquete BMDP) que minimiza la varianza en cada grupo partiendo de una configuración previa, al azar, de los grupos, mejorándose a cada paso. Este método es útil cuando, no deseando conocer la estructuración jerárquica de los individuos, se persigue obtener el número de individuos que forman cada grupo y sus características. (ELEJABARRIETA 1986). Es la técnica pues, más idónea para hacer una clasificación exploratoria de los individuos que es lo que nos interesa en este momento.

La primera matriz de datos se configura con la distancia euclidiana de cada individuo a todos los demás. Un individuo cualquiera pertenecerá al grupo o cluster cuya distancia a su centroide desde el individuo sea más pequeña. Así diremos que sobre la línea de puntos es posible observar la distancia desde cualquier individuo del cluster al centroide de dicho cluster. Naturalmente cuanto más cerca del centroide están los componentes del grupo, más homogéneo será el grupo, aunque también hay que decir que, por muy lejanos que estén del centro, están más próximos al centroide de este grupo que a otro cualquiera.

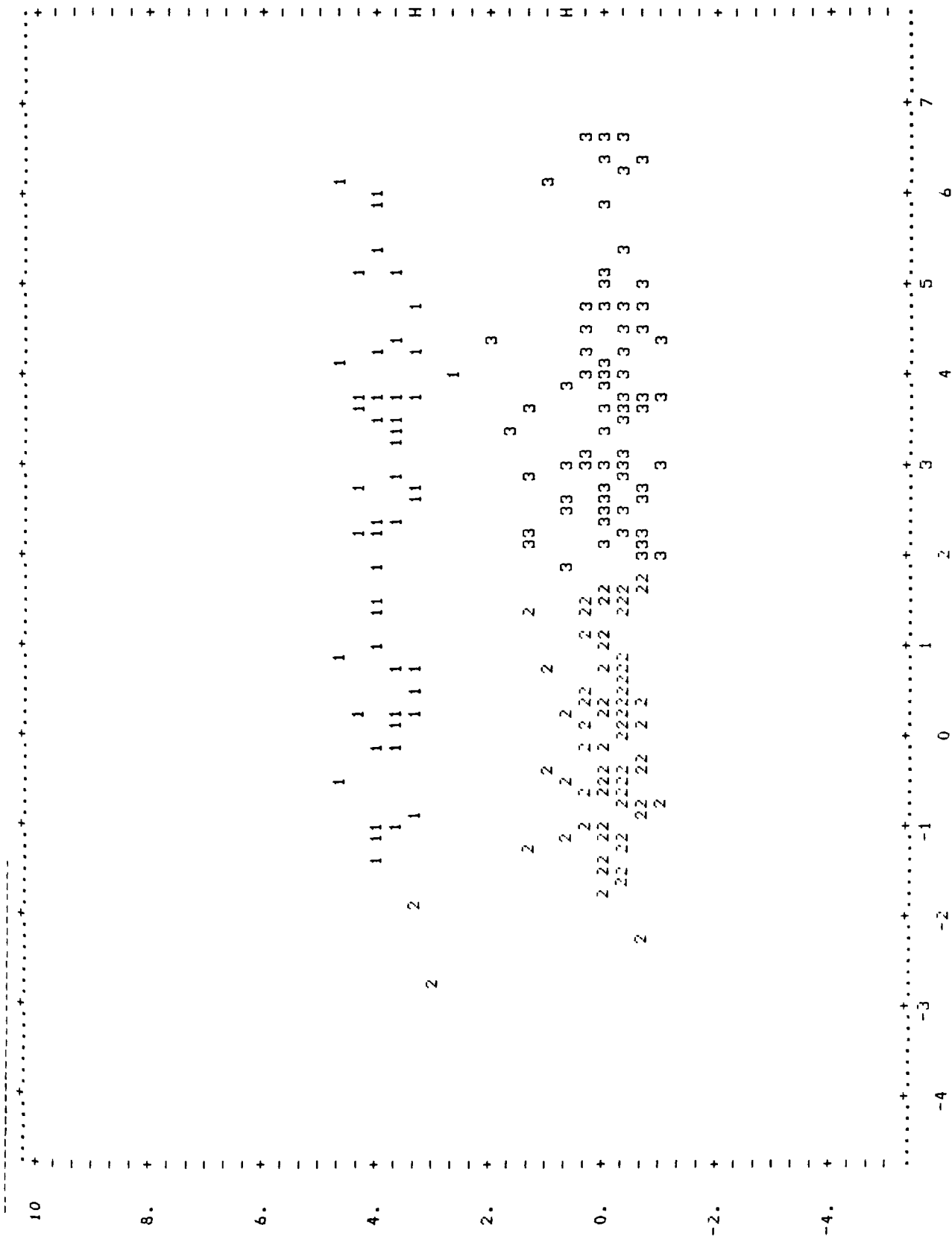
Tras sucesivas pruebas con distintos números de grupos la mejor clasificación de nuestra muestra viene dada por tres grupos, cuya matriz de distancias entre centros se obtiene a continuación en la TABLA: T.A.C.I.-1

TABLA: T.A.C.I. 1

	1	2
2	4.45304	
3	4.14343	3.78639

Como puede observarse los valores de las distancias entre los centros son altas, lo que comprobamos también al analizar las diferencias entre los tres grupos para cada variable de las utilizadas. Si proyectamos todos los individuos en las dimensiones representadas por los centroides de los grupos obtenemos la GRAFICA: G.A.C.I.1; este gráfico nos muestra geoméricamente y más claramente la distancia o proximidad entre unos grupos y otros, e incluso entre los individuos de un mismo grupo.

GRAFICA: G.C.I.-1



PLANE THROUGH THE CENTERS OF CLUSTERS 2, 3, AND 1.

## ANALISIS DE RESULTADOS

Tras observar la gráfica se puede apreciar que los individuos se diferencian de forma clara en los tres grupos.

Hemos obtenido tres grupos de los que debemos analizar sus características. La información más importante para ello es ver el comportamiento de los factores en cada grupo. En las TABLAS: T.A.C.I.2, T.A.C.I.3, T.A.C.I.4 se encuentra la información necesaria para estudiar este aspecto. Estas tablas nos proporcionan el centro o media del factor en el grupo, los valores mínimo y máximo y la desviación estándar. A través de esta información podemos descubrir la tendencia que se oculta en cada uno de los cluster.

Aunque sólo sea posible el análisis descriptivo de estas tablas, resulta interesante. De su observación podemos ver cuáles son los factores que "constituyen" fundamentalmente cada grupo y las tendencias de cada grupo. Los grupos con desviaciones estándar altas y mínimos y máximos también altos, son grupos que no están excesivamente arraigados. Por tanto, para analizar estas tablas, debemos encontrar medias altas que indiquen que el factor es significativo del grupo, unos valores mínimos y máximos próximos a la media y poca desviación estándar que indicará que el factor no se dispersa en los individuos.

El análisis de la varianza proporciona diferencias significativas ( $p < .05$ ) en 21 variables de las 31 utilizadas, lo que corrobora la distribución óptima de los tres grupos. A continuación se pasa a describir y a caracterizar los grupos:

En el primer grupo contiene 52 casos, es decir un 23% de la muestra. En la TABLA: T-ACI.2 se presentan los



## ANALISIS DE RESULTADOS

datos descriptivos de este grupo a través de los centros y desviaciones standard de cada variable utilizada en el análisis.

TABLA: T.A.C.I.-2

VARIABLE	MINIMOS	CENTROS	MAXIMOS	DESVIAC. ST.
1 FREN1	-1.0658	0.0363	1.9348	0.9054
2 FREN2	-1.1878	0.2064	3.2494	1.2655
3 FREN3	-1.2574	-0.0932	3.0549	0.8915
4 FREN4	-2.5007	-0.1716	1.8327	1.0232
5 FFAM1	0.1218	1.6142	1.8270	0.4654
6 FFAM2	-1.6675	0.0223	2.2938	0.4864
7 FFAM3	-1.2818	-0.0691	4.4495	1.0411
8 FFAM4	-1.4137	-0.0380	3.1496	0.5590
9 FFAM5	-3.1357	0.0120	0.3175	0.4852
10 FFAM6	-2.1566	-0.0475	0.1133	0.3810
11 FEDU1	-2.0141	-0.0142	0.9332	0.7976
12 FEDU2	-1.6245	0.0883	1.9176	1.0887
13 FEDU3	-0.8987	0.4241	2.4356	1.2246
14 FEDU4	-2.1314	0.0190	2.0354	1.0743
15 FEDU5	-1.0563	0.5078	2.6925	1.2080
16 FEDU6	-1.4281	0.0475	1.5581	0.9063
17 FPER1	0.6619	1.6168	1.6429	0.1353
18 FPER2	-1.0036	-0.1164	3.8341	1.0957
19 ZNDE	-0.8238	0.1882	4.1822	1.1245
20 ZNFE	-0.7809	-0.1554	2.5862	0.9294
21 ZNPO	-1.0000	-0.1684	2.8887	0.9253
22 ZCDI	-1.4427	0.1006	1.8716	1.0017
23 ZEPQJ	-2.2031	0.0799	2.4933	0.9539
24 ZPOZ	-1.1401	0.1001	2.5828	1.0188
25 ZSO	-2.0921	-0.0003	2.1568	1.0300
26 ZPA	-2.1842	0.0052	0.7858	0.9671
27 ZAC	-1.8225	0.0686	1.2506	0.9312
28 ZGE	-2.1862	-0.0065	1.6078	0.9543
29 ZLIE	-2.1828	-0.1335	2.3326	0.9976
30 ZCBCO	1.6417	1.6417	1.6417	0.0000
31 ZMAE	-1.2797	0.4601	3.4304	1.1432

En esta tabla se ve que está caracterizada por las variables:

FFAM1	1.61
FEDU3	.42
FEDU5	.50
FFER1	1.61
CBCO	1.64
MAE	.46

De forma conjunta caracterizaríamos al cluster de individuos 1 mediante estas variables, que se refieren a sujetos sociables, activos en la participación de tareas, que presentan ciertas alteraciones de conducta tanto en casa como en la escuela, con unas características generales de la familia de procedencia, con cierta inestabilidad laboral, bilingües, de vida urbana con ausencia de enfermedades, y en el medio escolar de enseñanza bilingüe y privada junto al menor número de alumnos por profesor. Podríamos hablar de un grupo de individuos con unas ciertas características comportamentales ("inquietos") pero que no tienen relación con la sintomatología depresiva.

El segundo grupo tiene 90 casos, es decir el 40% de la muestra. La descripción de los datos se encuentra en la TABLA: ACI.3. que presentamos a continuación:

ANALISIS DE RESULTADOS

VARIABLE	MINIMOS	CENTROS	MAXIMOS	DESVIAC. ST.
1 FREND1	-1.3576	-0.1233	2.0095	1.0018
2 FREND2	-1.1660	-0.1040	3.9025	0.7765
3 FREND3	-1.4862	-0.0611	3.1402	0.9926
4 FREND4	-2.5692	0.2643	1.9220	0.9858
5 FFAM1	-1.0451	-0.5237	1.7872	0.4040
6 FFAM2	-2.4645	0.1962	5.4695	1.2225
7 FFAM3	-1.4609	-0.0540	6.5664	1.0062
8 FFAM4	-2.3645	0.0743	3.0356	1.1427
9 FFAM5	-4.4998	0.1040	0.9259	0.8656
10 FFAM6	-2.7816	0.0975	2.3937	1.1530
11 FEDU1	-2.6874	-0.1051	1.7954	1.1431
12 FEDU2	-1.4831	-0.0174	1.9176	1.0449
13 FEDU3	-1.2355	-0.0045	2.2687	0.9327
14 FEDU4	-2.1557	-0.1624	2.0354	0.9436
15 FEDU5	-1.1298	-0.1390	2.3936	0.8597
16 FEDU6	-1.4334	0.0132	1.5581	1.0344
17 FPER1	-1.1444	-0.5608	1.6427	0.4857
18 FPER2	-1.1563	-0.1307	2.5280	0.8385
19 ZNDE	-0.8548	-0.2956	2.8489	0.7163
20 ZNFE	-0.7809	0.3666	4.5600	1.2103
21 ZNFO	-1.0000	0.3655	5.0866	1.1420
22 ZCDI	-1.4427	-0.7483	1.0430	0.5981
23 ZEPQJ	-2.4641	-0.5739	1.9715	0.8844
24 ZPOZ	-1.1401	-0.6255	0.9403	0.4635
25 ZSO	-1.2423	0.5706	1.3071	0.6884
26 ZPA	-2.1842	0.4888	0.7858	0.5443
27 ZAC	-1.0542	0.6189	1.2506	0.6369
28 ZGE	-1.2377	0.6435	1.6078	0.6337
29 ZLIE	-2.1828	-0.1057	1.4295	0.9226
30 ZCBCD	-0.7408	-0.5342	1.6417	0.4738
31 ZMAE	-1.2797	-0.5344	1.6438	0.6955

Las variables principales en la formación son:

FFAM1	-.52
FPER1	-.56
ZCDI	-.74
ZPOZ	-.62
ZSO	.57
ZPA	.48
ZAC	.61
ZGE	.64
ZCBCO	-.53
ZMAE	-.53

Este cluster estaría caracterizado por aquellos individuos con baja sintomatología depresiva vista por ellos mismos, por el clínico y el maestro; alta autoestima en general tanto parental como académica y social, con pocos trastornos de conducta, con características generales familiares tales como situación laboral activa es decir sin problemas laborales, de habla catalana, residentes en zonas de menor número de habitantes y sujetos con poca participación en actividades grupales. Podríamos hablar en este caso de un grupo de individuos centrales, que estarían caracterizados por una baja sintomatología depresiva junto a una autoimagen positiva y una cierta inhibición comportamental.

El tercer grupo contiene 81 casos y los datos que lo describen están en la TABLA: T.A.C.I.4

ANALISIS DE RESULTADOS

VARIABLE	MINIMOS	CENTROS	MAXIMOS	DESVIAC. SI.
1 FREN01	-1.2383	0.1137	2.0215	1.0511
2 FREN02	-1.2293	-0.0170	3.3178	1.0213
3 FREN03	-1.5034	0.1278	3.3551	1.0704
4 FREN04	-2.7284	-0.1834	1.8253	0.9459
5 FFAM1	-0.9729	-0.4544	1.8054	0.4940
6 FFAM2	-1.8975	-0.2323	4.0042	0.9291
7 FFAM3	-1.9696	0.1043	3.0381	0.9696
8 FFAM4	-2.3438	-0.0581	2.6161	1.0548
9 FFAM5	-5.0541	-0.1232	0.9367	1.3281
10 FFAM6	-2.2481	-0.0778	2.6888	1.0887
11 FEDU1	-2.7262	0.1259	1.8752	0.9419
12 FEDU2	-1.4831	-0.0373	1.9176	0.8933
13 FEDU3	-1.2355	-0.2673	2.4346	0.8137
14 FEDU4	-2.1314	0.1683	1.9007	0.9950
15 FEDU5	-1.4610	-0.1715	2.6234	0.8964
16 FEDU6	-1.4240	-0.0452	1.5873	1.0282
17 FPER1	-1.3268	-0.4148	1.6151	0.5230
18 FPER2	-1.2227	0.2200	2.6374	1.0726
19 ZNDE	-0.8548	0.2077	3.3552	1.1104
20 ZNFE	-0.7809	-0.3075	2.3499	0.5763
21 ZNFO	-1.0000	-0.2979	2.4013	0.7209
22 ZCDI	-1.0876	0.7668	2.7002	0.7110
23 ZEPQJ	-1.1595	0.5864	2.2324	0.7758
24 ZPOZ	-0.9212	0.6307	3.7872	1.0123
25 ZSD	-2.9418	-0.6338	1.3071	0.8936
26 ZFA	-4.1642	-0.5464	0.7858	1.1305
27 ZAC	-2.5908	-0.7317	1.2506	0.8915
28 ZGE	-2.6605	-0.7108	1.1335	0.8777
29 ZLIE	-2.1828	0.2031	2.3326	1.0619
30 ZCBCO	-0.7167	-0.4604	1.6417	0.4875
31 ZMAE	-1.2797	0.2984	2.2935	0.9246

Las variables principales en la formación son:

FFAM1	-.41
FPER1	-.41
ZCDI	.76
EPOJ	.58
ZPOZ	.63
ZCBCO	-.46

Este cluster estaría caracterizado por individuos con sintomatología depresiva vista tanto por ellos mismos como por el clínico y sintomatología ansiosa, que presentan pocos trastornos de conducta, con poca participación en tareas grupales y con ciertas características generales familiares tales como situación laboral activa es decir sin problemas laborales, de habla catalana, residentes en zonas de menor número de habitantes, y con presencia de enfermedades y muertes recientes dentro de la familia.

Este grupo correspondería a aquellos sujetos con mayor sintomatología depresiva y ansiosa que presentan cierta inhibición en su comportamiento tanto en lo que se refiere a conductas sociables como a alteraciones de conducta. Se diferenciaría de los otros grupos principalmente en la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa positiva.

La misma información sobre la configuración de los 3 grupos o clusters de individuos, podemos visualizarla en la Gráfica G.C.I.2 de forma más clara que nos da la representación gráfica de los perfiles de los clusters y el orden de las variables que los configuran. Es pues una gráfica que nos resume complementariamente algunos de estos datos y que nos ofrece, para el conjunto de los grupos, la dispersión de cada variable, su media y su orientación.

Según esta gráfica, veamos cuáles son las características concretas de cada grupo y su estructura.

CLUSTER PROFILES - VARIABLES ARE ORDERED BY F-RATIO SIZE

Variable	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3
ZCBCD	1	2-	3-
FPER1	1	2-	3-
FFAM1	1	2-	3-
ZCD1	1	2-	3-
ZGE	-1-	-2-	-3-
ZAC	-1-	-2-	-3-
ZPDZ	-1-	-2-	-3-
ZSD	-1-	-2-	-3-
ZEPQJ	-1-	-2-	-3-
ZPA	-1-	-2-	-3-
ZMAE	-1-	-2-	-3-
ZNFE	-1-	-2-	-3-
ZNPD	-1-	-2-	-3-
FEDU5	-1-	-2-	-3-
FEDU3	-1-	-2-	-3-
ZNDE	-1-	-2-	-3-
FREND4	-1-	-2-	-3-
FFAM2	-1-	-2-	-3-
FPER2	-1-	-2-	-3-
ZLIE	-1-	-2-	-3-
FEDU4	-1-	-2-	-3-
FREND2	-1-	-2-	-3-
FREND1	-1-	-2-	-3-
FEDU1	-1-	-2-	-3-
FFAM5	-1-	-2-	-3-
FREND3	-1-	-2-	-3-
FFAM6	-1-	-2-	-3-
FFAM3	-1-	-2-	-3-
FFAM4	-1-	-2-	-3-
FEDU2	-1-	-2-	-3-
FEDU6	-1-	-2-	-3-

EACH COLUMN DESCRIBES A CLUSTER  
 THE CLUSTER NUMBER IS PRINTED AT THE MEAN OF EACH VARIABLE  
 DASHES INDICATE ONE STANDARD DEVIATION ABOVE AND BELOW

GRAFICA: G.C.I.-2

Después de haber estudiado la salida de datos, podemos dar información sobre el tipo de personas que componen cada grupo y en qué grupo se encuentra la mayor probabilidad de albergar a los sujetos con sintomatología depresiva en un próximo estudio.

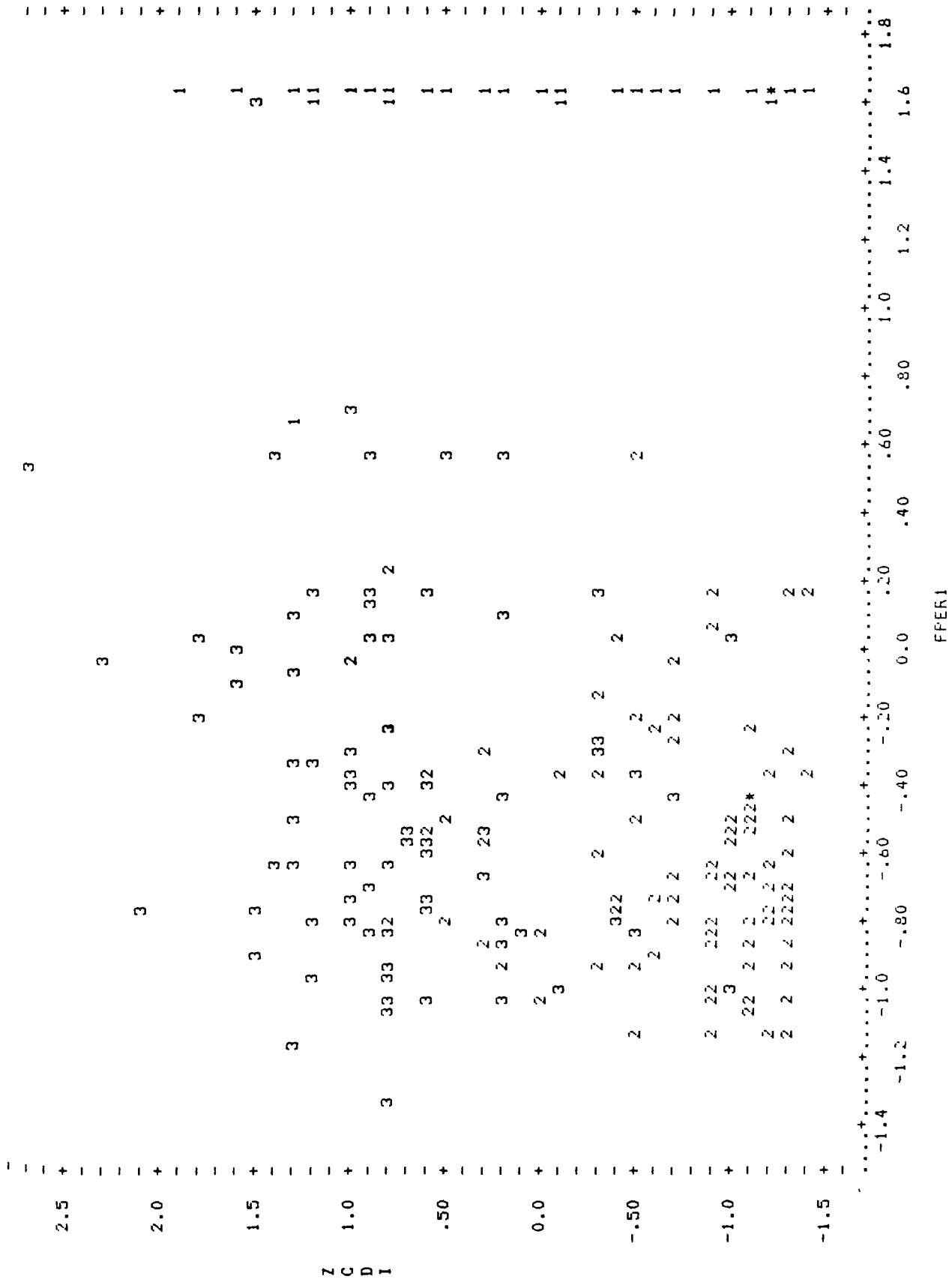
En los grupos 2 y 3 interviene la depresión, hay presencia de depresión en ambos grupos uno en negativo (grupo 2) y otro en positivo (grupo 3); mientras que en el grupo 1 hay ausencia de la misma.

Las GRAFICAS: G.A.C.I.3 y G.A.C.I.4 muestran cómo se distribuyen los grupos o clusters de individuos en función de dos variables, por un lado una medida de depresión (CDI en la primera y POZNANSKI en la segunda) y por el otro el factor FPER 1 que hace referencia a la sociabilidad del individuo.

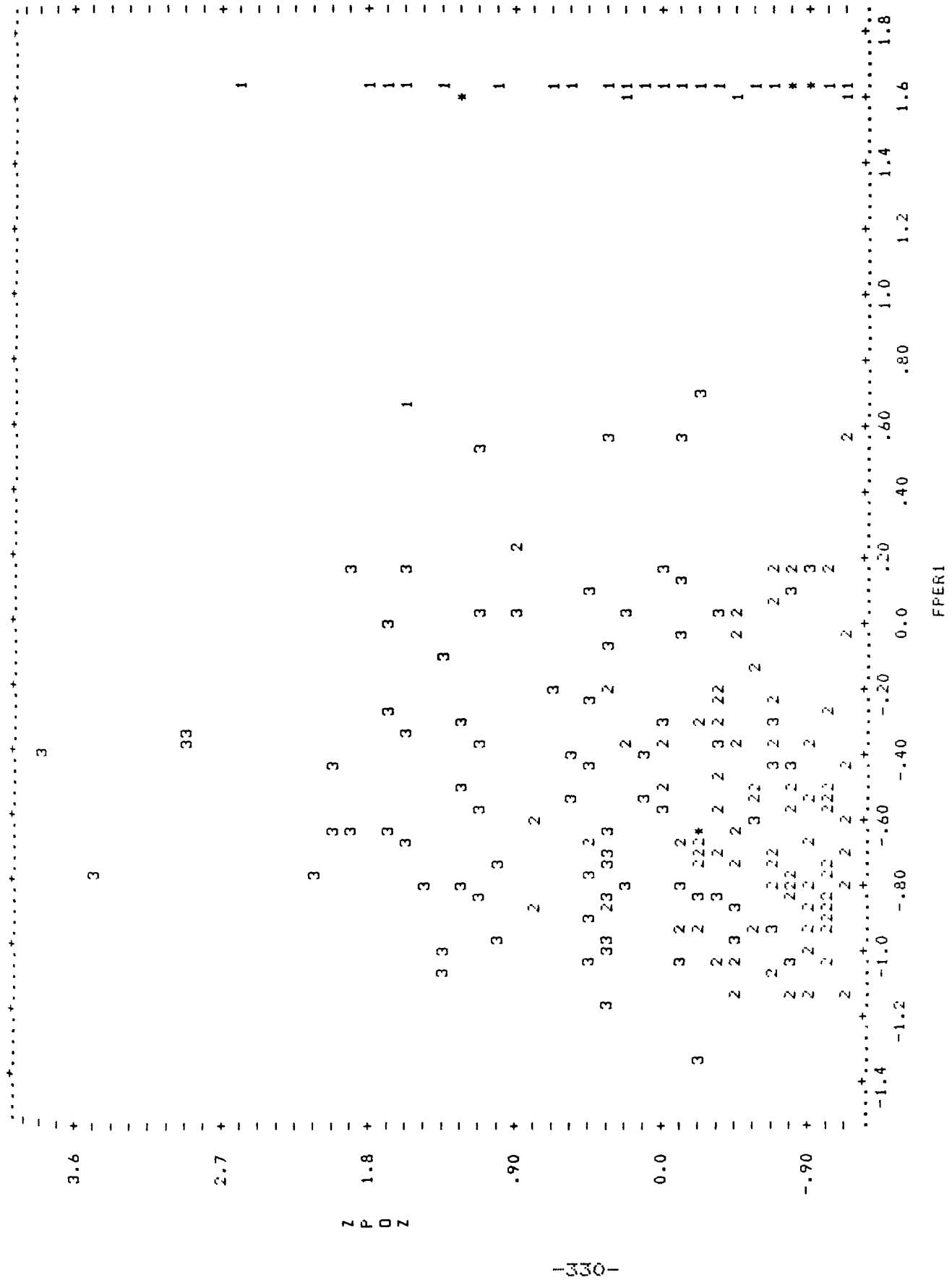
Estas gráficas en los dos casos reflejan una clara diferenciación de los tres grupos y de entre ellos una también clara diferencia y distancia entre los grupos en los que intervienen las variables de depresión (2 y 3) y en el que no constan dichas variables (1).



GRAFICA: G.C.I.-3



GRAFICA: G.C.I.-4



#### 3.2.4.6. DISCRIMINACION DE GRUPOS DE DEPRESION EN LA SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA

El próximo análisis tiene por objeto detectar los factores de riesgo que están asociados a la sintomatología depresiva y ver cómo caracterizan al individuo una vez ha sido caracterizado de depresivo o no depresivo; es decir detectar cómo discriminan los factores de riesgo a los sujetos deprimidos y a los no deprimidos. Para ello hemos realizado un análisis discriminante.

El análisis discriminante es una excelente técnica, para poner en evidencia las diferenciaciones existentes entre dos o más grupos, mediante la función o funciones discriminantes. Esta función está compuesta por variables de la investigación que se incorporan progresivamente al análisis, hasta que ninguna de las que aún no ha entrado a formar parte de la misma, sea capaz de incrementar el poder discriminante de la función. Así la función discriminante resultante es una nueva variable, combinación lineal de las que la integran.

Como señala MARTINEZ RAMOS (en SANCHEZ CARRION 1984), la función discriminante no es otra cosa que un factor, una nueva variable combinación lineal de las anteriores. Puede haber tantas funciones discriminantes como variables menos una, pero generalmente las primeras son las que explican una mayor cantidad de varianza.

Un primer objetivo consiste en determinar si en función de las variables con las que hemos caracterizado a los grupos, éstos quedan suficientemente discriminados.

Un segundo objetivo, encaminado a predecir una variable, consiste en atribuir o asignar un individuo, del que no conocemos a qué grupo pertenece a priori, a uno de ellos, con un cierto grado de riesgo, siempre en función de la información disponible.

Para que una variable pueda introducirse en la función discriminante debe aportar "algo" a la separación entre grupos, es decir debe contribuir a la discriminación. Para medir esta aportación utilizamos una serie de criterios, por ejemplo la F (cuanto mayor sea F, mejor; diremos que la variable es muy discriminante. El mínimo valor por encima del cual deja de ser significativa la F es 0.001).

Teniendo en cuenta las condiciones necesarias para introducir una variable en la función discriminante hemos incluido la variable CDI pero no el PNID-de por no haber tenido en cuenta en esta escala un punto de corte uniforme que nos permitiera a partir de él discriminar a los individuos. Como ya se ha señalado anteriormente el punto de corte del CDI seleccionado para nuestro estudio es el 19.

Para el análisis discriminante del CDI utilizamos los factores obtenidos en el análisis factorial de componentes principales, las escalas de autoestima y la escala N del EPQJ.

En la muestra de la Fase 2, se incluyen sujetos con alta sintomatología depresiva y sujetos con baja sintomatología depresiva. Si clasificamos en función de este criterio, tenemos en esta muestra 75 niños con alta sintomatología depresiva (33.6%) pertenecientes al grupo 1 y 148 no depresivos (66.4%) pertenecientes al grupo 2.

Realizamos el análisis discriminante obteniendo una capacidad de predicción del 81.61%. El valor propio de la función obtenida es de 0.76592 y está compuesta por 10 variables.

La TABLA: T.A.D.1 nos muestra las diferentes variables con sus valores Lambda de Wilks que incluye el análisis discriminante del CDI.

TABLA: T.A.D.1

VARIABLE	LAMBDA WILKS
ZGE	0.72735
ZPA	0.66307
FEDU1	0.64044
ZAC	0.62230
ZEPQJ	0.60737
FEDU5	0.59412
FREND1	0.58491
FEDU3	0.57845
FPER1	0.57134
FREND4	0.56628

La variable más discriminante es la ZGE (autoestima general), porque de acuerdo con las tablas es la que ha obtenido un mayor valor en el estadístico F o un menor valor en el estadístico Lambda de Wilks. Observamos que el valor  $F = 82.84$ , en ZGE es mayor que cualquiera de los valores de F en el resto de variables. Aparecen a continuación otras variables psicológicas como la autoestima familiar y académica, la ansiedad y la

sociabilidad, junto con variables relacionadas con el ámbito escolar.

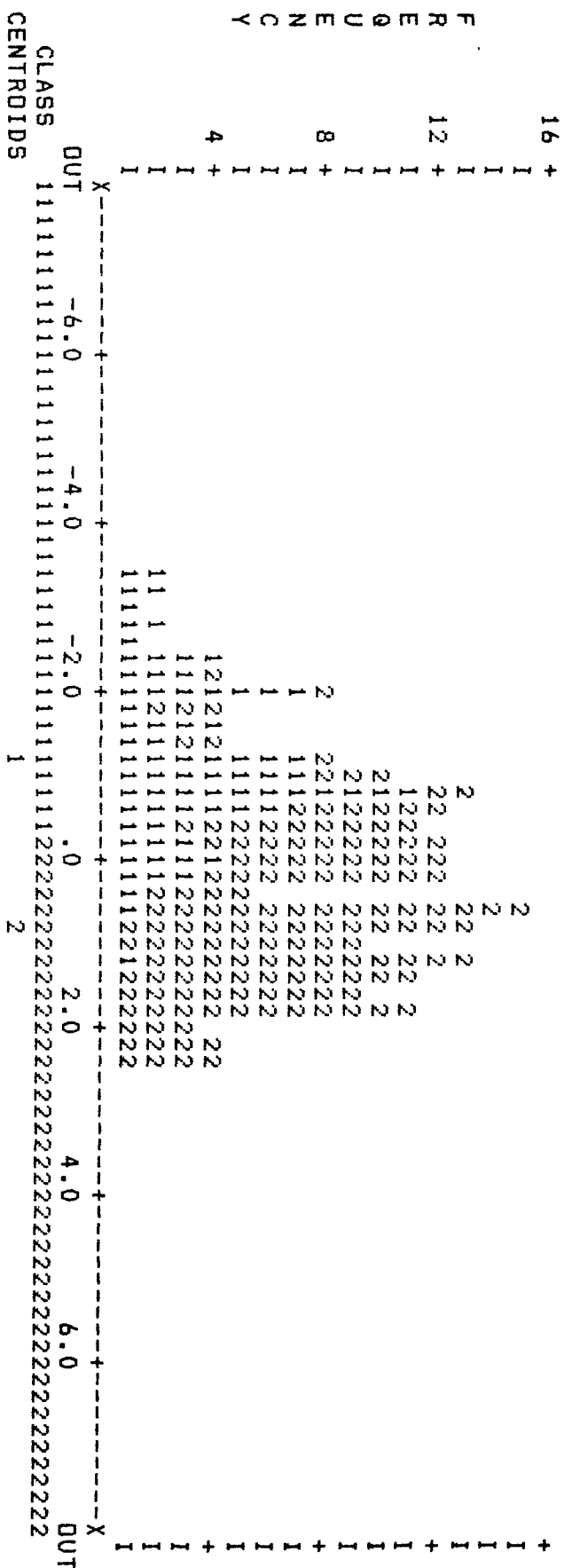
La clasificación por grupos, tras aplicar el análisis discriminante utilizando como variable nominal el CDI, aparece en la TABLA: T.A.D.2

TABLA: T.A.D.2

GRUPO ACTUAL	N	GRUPO PREDICHO	
		DEPRESIVOS	NO DEPRESIVOS
GRUPO 1	75	62 (82.7%)	13 (17.3%)
GRUPO 2	148	28 (18.9%)	120 (81.1%)

Observamos en la tabla unos resultados muy satisfactorios al obtener unos porcentajes de clasificación correctos tan elevados y dado que el porcentaje de clasificación correcto es casi el mismo para el grupo con sintomatología depresiva alta que para el grupo con baja sintomatología. La Gráfica G.A.D. refleja de forma más clara cómo quedan delimitados los dos grupos, su buena delimitación.

ANALISIS DE RESULTADOS



GRAFICA: G.A.D.-1

ANALISIS DE RESULTADOS

Como se ha dicho anteriormente la función discriminante tiene un valor propio de .76592 y la alta distancia entre centroides evidencia grupos homogéneos y muy diferenciados entre sí.

GRUPO 1 (depresivos)	-1.22387
GRUPO 2 (no depresivos)	0.62020

En la TABLA: T.A.D.3 figuran las variables de la función discriminante con el peso de cada variable en la función, por medio del coeficiente standarizado.

TABLA: T.A.D.3

VARIABLES	COEFICIENTE STANDARIZADO EN LA FUNCION DISCRIMINANTE
-----	
ZGE	0.36824
ZFA	0.35400
FEDU1	-0.31522
ZAC	0.28723
ZEPQJ	-0.25173
FEDU3	0.19767
FREND1	-0.17100
FPER1	-0.16734
FREND4	0.14760
FEDU5	-0.14028

La función que nos da el análisis discriminante del CDI, incluye variables psicológicas tales como la



## ANALISIS DE RESULTADOS

autoestima, la ansiedad, la sociabilidad y la capacidad cognitiva para el aprendizaje; variables escolares y educativas como el tipo de educación escolar recibida, el absentismo e integración en el aula y el idioma de enseñanza y también variables ambientales como es la FEDU1 que se refiere a las dimensiones y equipamientos de la escuela.

Al considerar los coeficientes standarizados y teniendo en cuenta la tendencia de los factores conocemos cuáles son los factores que se agrupan en los polos. El polo positivo en el que se agrupan los sujetos no depresivos, está compuesto por los siguientes factores:

ZGE	.36824	(autoestima general)
ZPA	.35400	(autoestima familiar)
ZAC	.28723	(autoestima académica)
FEDU3	.19767	(tipo de educación escolar)
FREND4	.14760	(capacidad cognitiva para el aprendizaje)

El polo negativo, niños depresivos, está formado por los factores:

FEDU1	-.31522	(dimensiones y equipamientos de la escuela)
ZEPQJ	-.25173	(ansiedad)
FREND1	-.17100	(absentismo escolar e integración en el aula)
FPER1	-.16734	(sociabilidad)
FEDU5	-.14028	(idioma de enseñanza)

Al tener en cuenta la tendencia de los factores, diremos que en el polo positivo se encuentran los sujetos no depresivos caracterizados por variables psicológicas tales como la autoestima general, la familiar y la académica con un coeficiente estandarizado superior a .25 y la capacidad cognitiva para el aprendizaje y el tipo de educación escolar recibida con un peso algo bajo aunque significativo en la función. Así podemos decir que las variables que más discriminan el grupo de los no depresivos son mayormente variables psicológicas, tales como la autoestima factor este ya conocido y comentado anteriormente, de riesgo de la depresión infantil. En segundo lugar estaría el tipo de educación escolar recibida como variable interviniente junto con la autoestima.

Relacionando lo anterior diríamos que un tipo de educación más estimulante y reforzante influiría en la autoestima del sujeto y a su vez mostraría menor presencia de sintomatología depresiva.

Otros dos factores con peso superior a .25 se sitúan en el polo negativo FEDU1 (dimensiones y equipamientos de la escuela) y ZEPQJ (ansiedad). Podríamos comentar al respecto que a medida que las dimensiones de la escuela (más niños, más aulas, más cursos, más servicios,..) son mayores proporciona más competitividad y a su vez más ansiedad, más impersonalidad, mayor probabilidad de aislamiento y al contrario, las escuelas con menos niños permiten tener un clima más cordial, más integrador, de mayor compañerismo, más relajante y con menos tensiones y menor sintomatología depresiva. Al mismo tiempo aunque en un segundo término por tener un peso más bajo en la función, aparecen las variables FREN1 (absentismo escolar e integración en el aula), FPER 1 (sociabilidad) y FEDU 5

(idioma de enseñanza) que nos indicarían factores educativos y comportamentales relacionados con la sintomatología depresiva.

Resumiendo diremos que las variables que mayor discriminan a los grupos, son en un primer término la autoestima en general que caracterizaría al grupo de los no deprimidos y las dimensiones y características físicas de la escuela junto con la ansiedad en primer lugar; y el absentismo escolar, la sociabilidad junto con el hecho de que en la escuela se hable el mismo idioma familiar u otro caracterizarían al grupo de los deprimidos.

La oposición entre ambos grupos es notoria, tanto por la distancia entre centroides, como por el contenido de los polos.

#### 3.2.4.7. INCIDENCIA Y EXPLICACION DE LA ESTRUCTURA DE FACTORES DE RIESGO EN LAS MEDIDAS SINTOMATOLOGICAS DE LA DEPRESION

El objetivo que se persigue es determinar cuál es el conjunto de variables independientes (posibles factores de riesgo) que optimizan la predicción de la variable dependiente (sintomatología depresiva con varias medidas de depresión) y eliminar de la ecuación las restantes variables. El método de análisis que nos da más elementos de juicio para poder seleccionar el conjunto óptimo de variables predictivas es el método STEPWISE. Este método consiste en establecer varias ecuaciones de regresión, de

modo que las variables independientes se van incluyendo de una en una.

El criterio utilizado para determinar el orden de inclusión es el siguiente: la primera variable que intervendrá en la ecuación será aquella que explique una mayor proporción de la varianza de Y, es decir aquella que esté más altamente correlacionada con la variable dependiente; en la segunda ecuación se incluirá la variable que explique una mayor proporción de aquella parte de la varianza de Y que todavía queda por explicar y así sucesivamente (DOMENECH-RIBA 1985).

El método STEPWISE es el que se ha seleccionado para analizar nuestros datos. Los resultados proporcionan los valores de los diferentes coeficientes:

- Coeficiente BETA, es el coeficiente de regresión estandarizado. Se interpreta como el número de desviaciones estándar que aumenta "y" cuando "x" aumenta una desviación estándar; refleja la contribución relativa de cada variable independiente en la ecuación de regresión.

- Multiple R, es el índice de correlación múltiple.

- R Square, indica el tanto por ciento de la varianza explicada con todas las variables que entran en la ecuación.

- Signif. F Change, señala la significación del incremento en la explicación de la varianza, aportado por la última variable. Es válido si es menor que 0.05.

- Signif. F, es el grado de significación de la explicación de la varianza por la regresión.

ANALISIS DE RESULTADOS

La interpretación de la ecuación de regresión sólo tiene sentido hacerla cuando todas las variables independientes incluidas han aportado un aumento significativo del coeficiente de correlación múltiple. A continuación pasamos a analizar los datos obtenidos en nuestro trabajo tras ejecutar el programa REGRESSION en el que hemos incluido como variables independientes la escala autoevaluativa CDI, la entrevista clínica CDRS-R, la escala de maestros ESDM y el FNID o escala de evaluación por los compañeros.

La variable seleccionada en la primera ecuación ha sido el CDI (escala autoevaluativa de sintomatología depresiva) que da una  $R = .77$  (equivale a  $r$  puesto que se trata de la correlación entre dos variables) y explica un 59% de la varianza (R Square). Cumpliéndose todas las condiciones de aplicación requeridas por el programa.

La TABLA: T.R.1 nos muestra las variables que entrarían en este primer paso y la significación de los parámetros BETA.

TABLA: T.R.1

VARIABLES	BETA	SE BETA	CORREL	Multiple R	R Square
TOT GE	-.31	.06	-.65	.65	.43
TOT PA	-.23	.05	-.53	.71	.50
TOT EPQJ	.26	.05	.59	.75	.56
TOT SO	-.17	.05	-.52	.76	.58
FEDUJ	-.10	.04	-.17	.76	.58
FPER1	.09	.04	.12	.77	.59

ANALISIS DE RESULTADOS

Teniendo en cuenta todo el conjunto diremos que los factores o variables que explicarían mejor la sintomatología depresiva medida mediante el CDI, serían la autoestima general, la autoestima familiar, la ansiedad, la autoestima social y el tipo de educación escolar y la sociabilidad en último lugar. Dicho de otra manera la autoestima en general incluyendo por tanto la escala general, la familiar y social y la ansiedad serían las variables que mejor explicarían la sintomatología depresiva evaluada con el CDI.

En el cálculo de una segunda ecuación de regresión se incluye la variable POZ (entrevista clínica, CDRS-R) con una R= .67 y explica el 45% de la varianza, siendo igualmente significativa y cumpliéndose las condiciones de aplicación.

Las variables que entran en esta segunda ecuación son las siguientes:

TABLA: T.R.2

VARIABLES	BETA	SE BETA	CORREL	Multiple R	R Square
TOT GE	-.14	.08	-.55	.55	.30
TOT SO	-.17	.06	-.46	.59	.34
FEDU4	.12	.05	.13	.60	.36
TOT EPQJ	.17	.06	.44	.62	.38
TOT AC	-.18	.07	-.49	.63	.40
FFAM5	-.15	.05	-.24	.65	.42
TOT PA	-.15	.06	-.40	.66	.43
FFEDU5	.12	.05	.16	.67	.45

Tras observar la Tabla anterior se observa que las variables que explican esta ecuación, según el orden de aparición son las siguientes:

La autoestima general con un  $-.14$ , la autoestima social con un  $-.17$ , la situación geográfica donde se halla la escuela con un  $.12$ , la ansiedad con  $.17$ , la autoestima académica ( $-.18$ ), la estructura familiar diferente a la clásica ( $-.15$ ), la autoestima familiar ( $-.15$ ), y por último la relación entre el idioma de enseñanza y las características geográficas y ambientales del municipio en que viven ( $.12$ ).

En conjunto apreciamos variables tales como autoestima en el sentido más amplio y ansiedad unidas a factores educativos y familiares. Diríamos que cuando entra la variable CDRS-R en la ecuación, las variables que la explican provienen de fuentes más diversas, así información del propio sujeto, de la familia, de la escuela, de su entorno físico-ambiental y tienen en cuenta informaciones más amplias.

La tercera ecuación incluye la variable MAE (cuestionario de maestros ESDM), con una  $R = .62$ , explica el  $.38\%$  de la varianza. Cumple las condiciones de aplicación y los niveles de significación exigidos.

La TABLA: T.R.3 nos muestra las variables que la constituyen con los parámetros correspondientes:

TABLA: T.R.7

VARIABLES	BETA	SE BETA	CORREL	Multiple R	R Square
TOT AC	-.23	.06	-.37	.37	.14
FPER1	.23	.06	.29	.46	.22
FPER2	.19	.06	.27	.52	.27
TOT SO	-.15	.06	-.35	.55	.30
FEDU5	.10	.06	.24	.57	.32
FFAM4	-.15	.05	-.12	.58	.34
FREND2	.14	.06	.16	.59	.35
FREND3	.14	.06	.20	.61	.37
FREND4	-.12	.06	-.28	.62	.38

De forma global diremos que las variables que la explican son:

La autoestima académica (-.23) la sociabilidad (.23), la edad (.19), la autoestima social (-.15), el idioma de enseñanza (.10), la edad parental (-.15), la escolaridad continuada y el rendimiento (.14), el inicio de la escolaridad y el rendimiento (.14), y la capacidad cognitiva para el aprendizaje (-.12). Observamos pues la inclusión de variables psicológicas tales como la autoestima desde el punto de vista académico y social; la sociabilidad, la edad junto con factores de rendimiento, escolares y familiares. Variables todas ellas con gran relación con el ámbito escolar y a la vez muy valoradas dentro del contexto académico.

La cuarta y última ecuación incluye el PNID (escala de evaluación por los compañeros de sintomatología



ANALISIS DE RESULTADOS

depresiva) que presenta una  $R = .33$  y explica el 11% de la varianza, siendo también significativa.

Las variables que la constituyen son la autoestima social y la sociabilidad, la cantidad y capacidad de establecer relaciones con el entorno. Factores estos más fácilmente valorados y observados por los compañeros del aula.

VARIABLES	BETA	SE BETA	CORREL	Multiple R	R Squa
TOT SO	-.30	.06	-.30	.30	.09
FPER1	.13	.06	.15	.33	.11

Podemos concluir diciendo que la regresión múltiple es la prueba más adecuada para analizar la incidencia de los factores de R sobre cada una de las medidas de Depresión.

3.2.4.8. CONFIRMACION DE LAS MEDIDAS DE DEPRESION Y  
CORROBORACION DE LA ESTRUCTURA DE FACTORES DE  
RIESGO

3.2.4.8.1. MODELO DE MEDIDA DE LA DEFRESION

La Psicología es una ciencia que amenudo utiliza en la formulación de teorías los constructos hipotéticos, variables cuya medida es especialmente dificultosa; variables que sólo se pueden medir a través de indicadores que pueden incluir errores de medida; errores que pueden ser simplemente debidos al azar (sujetos que den respuestas diferentes al mismo cuestionario) o bien sistemáticos inducidos por el tipo de instrumento que se utiliza para realizar la medida.

Es a este tipo de error al que nos referimos cuando hablamos de error de medida.

Como señala VISAUTA (1986), conviene distinguir entre variables observables o manifiestas que son las que se miden directamente (por ejemplo las variables censales) y variables latentes, no observables directamente y únicamente medibles a través de indicadores con error, que es el caso de la depresión.

Cuando se hable de modelo de medida, nos referimos a las conexiones que unen las variables latentes con sus indicadores, relaciones que establecemos para liberar la variable latente (depresión en nuestro caso) de este tipo de errores. Tal como señala SANCHEZ CARRION (1984) estas

relaciones han sido especificadas ampliamente en psicología por el desarrollo de ideas sobre validez, fiabilidad y análisis factorial. Los modelos de medida tal como aquí los entendemos, no son nada más que la vertiente confirmatoria de este tipo de análisis.

Por regla general se asume que el valor observado de una variable está formado por el verdadero valor de la variable más el error de medida, donde la esperanza del error es cero.

El modelo de medida se refiere a la relación entre las variables no observables y sus indicadores.

Nuestra pretensión con este modelo de medida es explicar la sintomatología depresiva en función de las variables que se miden para detectar la sintomatología depresiva de los sujetos de la muestra. La variabilidad de los indicadores (sintomatología medida a través del CDI, POZ, MAE, PNID-de) se ve afectada por la variabilidad de las variables latentes que es la depresión.

Sin embargo esta variable latente depresión, no es posible analizarla mediante un modelo causal que recoja diferentes observaciones o medidas de depresión. De hecho metodológicamente sería incorrecto según lo postulado por nuestra hipótesis 1.1. En esta hipótesis especificábamos que entre las medidas directas de la depresión que hemos tomado (CDI, POZNANSKI I, ESDM, PNID), y la depresión en sí misma como constructo explicativo existe una variación debida al tipo de medida que se utiliza para evaluar la sintomatología depresiva; es decir que entre las mediciones sintomatológicas que utilizamos en este trabajo y la estimación del constructo depresión deberemos situar 2 variables que se referirán a los dos

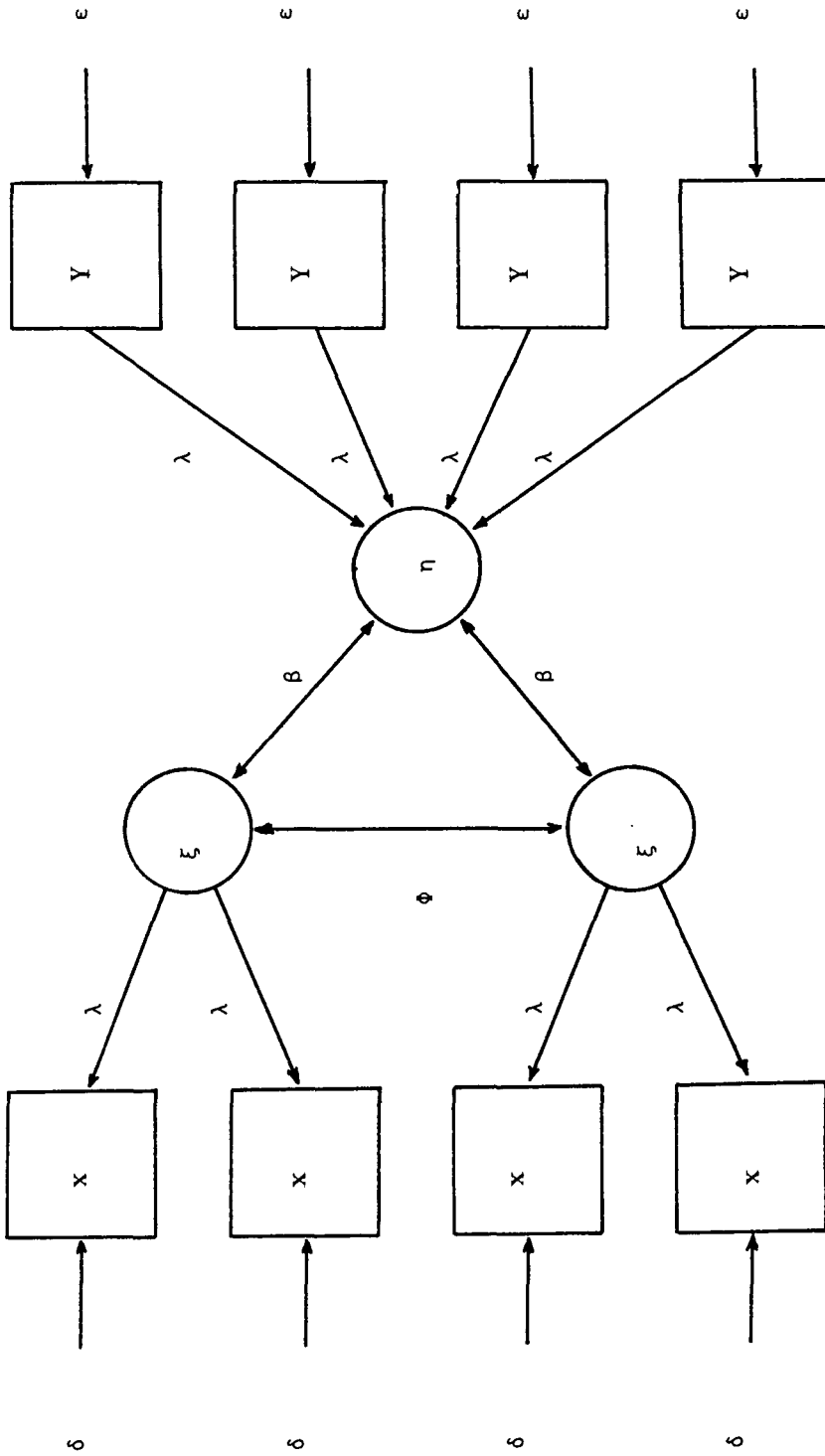
tipos posibles de medida propuestos por nuestra hipótesis: autoinformación, heteroeinformación.

No se trata en este caso de que agrupemos las pruebas utilizadas en función de su forma de obtención de información característica sino que ese tipo de obtención de información (oral del sujeto y observación comportamental) son variables lo suficientemente relevantes en el estudio de la depresión como para que puedan ser consideradas constructos antecedentes de la evaluación de la depresión. En otras palabras, cualquier evaluación de la depresión se verá modificada en cierto modo por, no tanto la prueba utilizada como indicador sino por el tipo de información que caracteriza la prueba.

Lo que intentamos en nuestro caso mediante un modelo causal es confirmar que el tipo de medida utilizado, fundamentalmente su forma verbal u observacional, proporciona evaluaciones de la depresión diferentes y complementarias.

La siguiente GRAFICA (path-diagram) nos ayuda a visualizar el modelo de medida que acabamos de describir mediante el cual podemos ver que la variabilidad de los indicadores variará en función de las diferentes características del tipo de medida de depresión y la depresión variará en función, teóricamente de los factores de riesgo.

GRAFICA: G.A.C.-1



Para llevar a cabo el análisis del modelo propuesto en la gráfica, en nuestro trabajo hemos analizado en un primer paso el modelo de medida de los indicadores de depresión (CDI, POZNANSKI, ESDM, PNID). En un segundo paso hemos realizado el análisis de las relaciones entre los factores de riesgo y cada una de los tipos de medida de depresión (autoinformación y heteroeinformación).

Estos dos pasos se han realizado independientemente; el primero mediante un modelo causal y el segundo mediante sendos análisis de regresión múltiple. La razón de no efectuar el análisis del conjunto del modelo es la siguiente:

Tal como postula nuestra hipótesis 2 y como hemos contrastado anteriormente los factores de riesgo son una estructura que incide sobre la depresión y en esta estructura se puede observar la importancia de cada factor de riesgo en la variabilidad de la depresión. Estos dos conocimientos nos permitirán diseñar ahora el conjunto de mediaciones y la organización concreta de relaciones entre todos los elementos: los indicadores de depresión, las variables latentes "tipos de medida de depresión", la variable latente depresión y los factores de riesgo además de sus relaciones y sus mediaciones sobre la depresión.

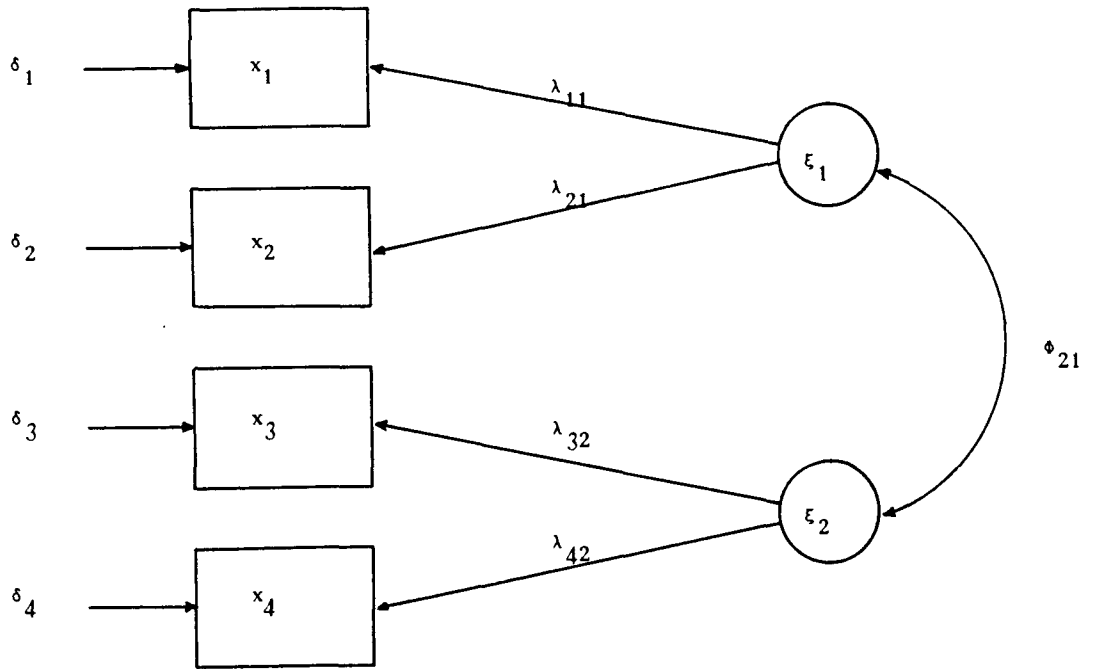
De hecho con una considerable falta de honestidad por nuestra parte, podríamos haber dibujado este diagrama si no hubiéramos incluido los análisis de regresiones múltiples efectuados. Estos análisis sí que nos permiten dibujar el modelo, pero evidentemente no es la forma adecuada de hacerlo, ya que los modelos causales no deben partir de análisis confirmados previos, sino de teorías y modelos teóricos que pretendemos confirmar. Dicho de otra manera, podíamos haber omitido los análisis realizados,

suponiendo el no haber realizado esos análisis para construir un modelo; un modelo que en nuestro caso no hubiera sido teórico sino evidentemente empírico. Así sólo hubiéramos conseguido confirmar lo explorado, lo cual no deja de ser tautológico y por lo tanto absurdo.

Hemos preferido no establecer y presentar todos estos datos en un solo modelo causal porque siendo fieles a la forma y al objetivo del trabajo este esquema causal sólo se ha aplicado al modelo de la depresión, realizándose la confirmación de la incidencia de los factores de riesgo sobre la depresión de modo independiente.

Por lo tanto el modelo de medida que hemos confirmado y que expondremos en este apartado, con su notación matemática correspondiente se encuentra en la diferente GRAFICA: G.M.2.

GRAFICA: G.A.C.-2



DONDE:

$x_1, x_2, x_3, x_4$ , son los indicadores de depresión, es decir las variables observables (CDI, POZ, PNID, MAE respectivamente)

$\delta_1, \delta_2, \delta_3, \delta_4$  son los términos de error asociados a cada indicador o variable observable  $x$

$\xi_1, \xi_2$  son las variables latentes a estimar y confirmar por el modelo es decir la medida autoinformativa  $\xi_1$  y la medida heteroformativa  $\xi_2$

$\lambda_{11}, \lambda_{21}, \lambda_{32}, \lambda_{42}$  son los efectos de los indicadores de depresión ( $x_1$  y  $x_2$ ) sobre la medida autoinformativa y los efectos de los indicadores de depresión ( $x_3$  y  $x_4$ ) sobre la medida heteroformativa

$\phi_{21}$  es la covariación entre las variables latentes  $\xi_1, \xi_2$ , es decir medida autoinformada de sintomatología depresiva y medida heteroformativa.



Se observará en la gráfica anterior que el modelo de medida analizado no incluye una variable latente depresión que determine las variables hipotetizadas como mediaciones de las evaluaciones observadas. Si se prefiere, que no lleguemos a un modelo que confirmara la existencia de "una única variable" latente depresión no observable directamente pero sí evaluable por inferencia de los efectos de las observaciones realizadas. El motivo es bien sencillo, aún cuando este objetivo tenga un sentido y una justificación teórica, metodológicamente carecemos del sistema y técnicas adecuadas para corroborarlo. Siempre y cuando, por supuesto, hayamos aceptado el postulado de mediación de los dos tipos de evaluación de la depresión que propone nuestra hipótesis 1.1. En concreto no podemos hacer depender una variable latente como la depresión, de otras dos variables latentes que serían los dos tipos de medición de la depresión.

El análisis estadístico realizado sobre el modelo de medida propuesto se ha llevado a cabo mediante el programa LISREL VI (Linear Structural Relationship) incluido en el paquete de programas SPSS: como un programa complementario. Este programa es utilizado fundamentalmente para el análisis de modelos causales lineales y ha sido desarrollado por JORESKOG & SORBOM (1984).

Concretamente ha sido utilizado también un modelo causal de la depresión por ANESHENSEL & YOKOPENIC (1985), en una comparación de dos condiciones de entrevista personal y por teléfono. No nos referiremos al modelo utilizado por estos autores ya que su objetivo fundamental consistía en la diferenciación del canal de información y esto condiciona su construcción de un modelo causal sobre la depresión y la enfermedad.

El método de estimación utilizado es el U.L.S. o Método de estimación de Mínimos Cuadrados no Ponderados que es el idóneo como señala LOPEZ FEAL (1985) cuando los datos empíricos vulneran claramente el supuesto de distribución normal multivariante.

Es este nuestro caso ya que los datos de sintomatología depresiva recogidos en nuestra muestra no siguen ley normal, no siguiendo distribución normal ninguna de las escalas de depresión utilizadas: CDI, PNID, POZNANSKI (entrevista), ESDM. Los datos tomados como punto de partida del análisis han sido la matriz de correlaciones entre las cuatro variables observables.

En primer lugar todo modelo causal impone una condición necesaria: su identificación. Esta identificación se realiza mediante un parámetro aritmético que concierne al número de parámetros de partida y número de parámetros a calcular (VISAUTA 1986).

Concretamente la identificación del modelo viene dada por el cálculo de:

$$UI = \frac{n(n+1)}{2}$$

Donde UI es el número de varianzas-covarianzas observadas y n es el número de variables que intervienen. La condición necesaria es que el número de parámetros a estimar debe ser más pequeño o igual que el número de unidades de información. ( $UI - P = v \geq 0$ ).

En nuestro caso:

$$P = 6 \qquad UI = \frac{4 \times 5}{2} = 10$$

$$UI - P = 4 \quad 0$$

Con lo que se cumple esta condición de identificación del modelo.

Por otra parte como puede observarse en el path-diagram expuesto, cada ecuación del modelo será diferente de las demás o de cualquier ecuación lineal entre ellas; lo que constituye la segunda condición de identificación del modelo.

A continuación pasamos a comentar los resultados. En primer lugar describiremos las fiabilidades de cada medición sintomatológica de la depresión, teniendo en cuenta el conjunto de los efectos del modelo, es decir que si fuéramos a evaluar las dos medidas de sintomatología depresiva este valor nos proporcionaría la fiabilidad de cada prueba.

Los valores de fiabilidad obtenida en nuestro modelo son los siguientes:

## FIABILIDAD

CDI	.59
POZNANSKI	.65
PNID	.27
ESDM	.66

Son valores satisfactorios en general, a excepción del PNID que como ya hemos observado en anteriores análisis muestra una cierta diferencia en su consistencia.

Además los resultados nos ofrecen la fiabilidad del conjunto de variables observables, de medidas sintomatológicas de la depresión que es de .90. Valor que nos ofrece la posibilidad de extraer dos conclusiones:

1. El conjunto de medidas utilizadas para la evaluación sintomatológica de la depresión, en conjunto es altamente fiable.

2. Habiendo observado anteriormente ciertas carencias en el análisis aislado de la fiabilidad de cada prueba, este valor nos muestra la complementariedad entre pruebas o si se prefiere la parcialidad de cada una de ellas para analizar la sintomatología depresiva y al mismo tiempo que unas proporcionan información que no proporcionan las otras siendo por tanto su agrupación no redundante sino acumulativa.

Los resultados principales de nuestro modelo de medida vienen dados por los índices de bondad de ajuste, en concreto estos índices son el índice de bondad de ajuste (GOODNESS of FIT INDEX, GFI) que es una medida de

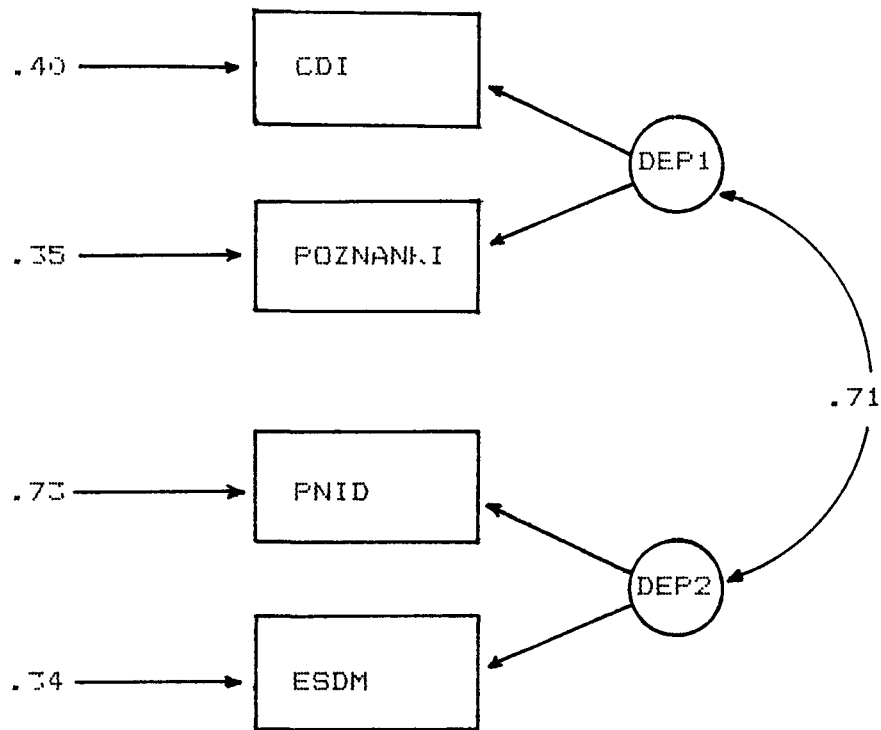
la matriz de varianzas-covarianzas de una muestra estimada por el modelo (LOPEZ FEAL 1985). Este valor se sitúa entre 0 y 1 siendo el ajuste del modelo, es decir su bondad, tanto mayor cuanto el valor GFI se aproxime a 1.

Los resultados nos ofrecen un valor GFI de 1, de lo que podemos deducir que la bondad de ajuste de nuestro modelo es en principio total.

La segunda medida de ajuste que nos proporciona el programa es este mismo índice GFI ajustado teniendo en cuenta el número de grados de libertad del modelo. Al igual que en la medida anterior también esta se encuentra comprendida entre 0 y 1. Hemos obtenido un valor GFI ajustado de .998; lo que ya nos permite concluir que el ajuste de nuestro modelo, su pertinencia empírica y por lo tanto su valor teórico es altamente satisfactorio.

Dada la alta calidad de nuestro modelo pasemos a comentar los efectos y los parámetros estimados que nos permiten conocer el contenido concreto de su funcionamiento. Para evitar múltiples presentaciones de tablas y hacer más fácil su comprensión los presentamos incluidos en el path-diagram diseñado como especificación del modelo.

GRAFICA: G.M.3



Los resultados de la GRAFICA: 3 muestran los efectos de cada una de las escalas sintomatológicas de depresión sobre las medidas de las variables latentes (tipo de evaluación de la sintomatología) la covariación entre dos tipos de evaluación sintomatológica y el error asociado con respecto a la fiabilidad de cada escala utilizada. Estos errores no son propiamente términos de error de las variables del modelo, sino que es la cantidad de fiabilidad que le falta a cada prueba y que como hemos comentado solo es de resaltar en el caso del PNID.

Para cada variable latente, tipo de medida sintomatológica de depresión, las contribuciones correspondientes son .77 para el CDI en DEP1 y .80 para

el POZNANSKI en DEP1. Estas contribuciones son bastante altas lo que podemos decir que la medida DEP1 " tipo de medida sintomatológica autoinformada " se encuentra bien analizada.

Por su parte la medida sintomatológica heteroinformada tiene unas contribuciones de .81 de la escala de maestros y .52 por el PNID. Siendo en esta medida las contribuciones menos homogéneas podemos considerar que la medición de esta variable se debe fundamentalmente a la información de los maestros, con lo que nos volvemos a encontrar una vez más las carencias de esta escala PNID, frente a el satisfactorio comportamiento de las otras escalas CDI, POZNANSKI y ESDM cuando son analizadas en función del tipo de medida sintomatológica a la cual corresponde.

Finalmente nos queda por resaltar que aún cuando sea pertinente teórica y empíricamente como hemos demostrado la separación de dos tipos de medida sintomatológica de depresión, esto no nos debe inducir a pensar que se trata de dos variables de diferente naturaleza puesto que existe un coeficiente de covariación entre ellas de .71 como se observa en la gráfica.

En resumen estos resultados nos permiten concluir que si bien es imprescindible considerar los tipos de medida sintomatológica aisladamente, estos están direccionados en un sentido único hacia la evaluación sintomatológica de la depresión, con lo cual se nos confirma la hipótesis 1.1.

La explicación de este hecho podría encontrarse en una posible asociación entre el contenido de la evaluación y la forma de evaluación.

Nuestros resultados inducen a pensar que existe una dependencia de contenido de qué síntomas se evalúan a cómo es obtenida la información sobre esos síntomas.

En conjunto estos resultados profundizarían y proporcionarían nuevos elementos de información, señalada por algunos autores (DOMENECH 1987) sobre la consideración del síndrome depresivo como una estructura que aúna subtipos de depresión.

A continuación los coeficientes de la tabla siguiente:

	CDI	POZNANSKI	PNID	MAESTROS
DEP1	.392	.472	.048	.162
DEP2	.129	.155	.180	.607

presentan las regresiones bivariadas estimadas de  $\xi_1$   $\xi_2$ , nombradas por nosotros DEP1 (autoinformación) y DEP2 (heteroeinformación); y que LISREL en su modelo denomina k.SI1 y k.SI2. Corresponden a las variables latentes estimadas en todas las variables observadas y que han sido calculadas mediante la fórmula (LAWLEY & MAXWELL 1971, pág. 109):

$$\hat{A} = \hat{\Phi} \hat{\Lambda} \hat{\Sigma}^{-1}$$

La matriz  $\hat{A}$  ha sido salvada y usada para calcular las puntuaciones factoriales estimadas  $\hat{\xi}_{\alpha}$  para cada individuo con puntuaciones observadas  $X_{\alpha}$  mediante la fórmula JORESKOG & SORBOM 1984:

$$\hat{\xi}_{\alpha} = \hat{A} X_{\alpha}$$



Por este sistema, obtenemos las puntuaciones individuales de las dos variables latentes DEP1 (autoinformación) y DEP2 (heteroeinformación); para poder corroborar ahora con estas dos variables latentes, los análisis realizados en etapas anteriores con las cuatro medidas de sintomatología depresiva.

Aunque a primera vista pueda parecer redundante, de hecho no lo es; anterior al análisis del modelo de medida se han realizado análisis discriminante y regresiones con las cuatro medidas de depresión sin que esta hubiera estado confirmada. Por el contrario, ahora partimos de un modelo de medida y de una puntuación factorial de cada sujeto para cada una de las dos medidas de depresión: DEP1 y DEP2 y queremos analizar y corroborar la relación de estas con la estructura de los factores de riesgo.

#### 3.2.4.8.2. DISCRIMINACION DE GRUPOS DE DEPRESION EN LOS TIPOS DE MEDICION SINTOMATOLOGICA DE DEPRESION ESTIMADOS

Con la intención de determinar si en función de las variables DEP1 y DEP2 con las que hemos caracterizado a los grupos, estos quedan suficientemente discriminados realizamos un análisis discriminante para cada tipo de medida de la depresión; y para conocer qué estructura de factores de riesgo sería la que explicaría la DEP1 y la DEP2 posteriormente se han realizado regresiones múltiples que nos permitirán saber cuál es el conjunto de variables o factores de riesgo que optimizan la

predicción de cada tipo de medición de sintomatología depresiva.

Realizamos el análisis discriminante para el tipo de medida de sintomatología depresiva DEPI (autoinformación); obteniendo una capacidad de predicción del 85.65% . El valor propio de la función obtenida es de 1.09065 y está compuesta por 15 variables.

La TABLA: T.A.D.2.1 nos muestra las diferentes variables con sus valores Lambda de Wilks que incluye el análisis discriminante de la Depi.

TABLA: A.D.2.1

VARIABLE	LAMBDA WILKS
ZGE	.68189
ZPA	.62042
ZEPQ-J	.59481
ZSD	.56722
ZFEDU1	.54797
ZAC	.53073
FFAM1	.52097
FFAM5	.51220
FFAM3	.50587
FEDU2	.49824
FREND4	.49068
FFAM4	.48718
FREND1	.48411
ZLIE	.48101
FREND3	.47832

ANALISIS DE RESULTADOS

La clasificación por grupos, tras aplicar el análisis discriminante utilizando como variable nominal la DEPR1, aparece en la siguiente tabla:

GRUPO ACTUAL	N	GRUPO PREDICHO	
		DEPRESIVOS	NO DEPRESIVOS
GRUPO 1	111	95 (85.6%)	16 (14.4%)
GRUPO 2	112	16 (14.3%)	96 (85.7%)

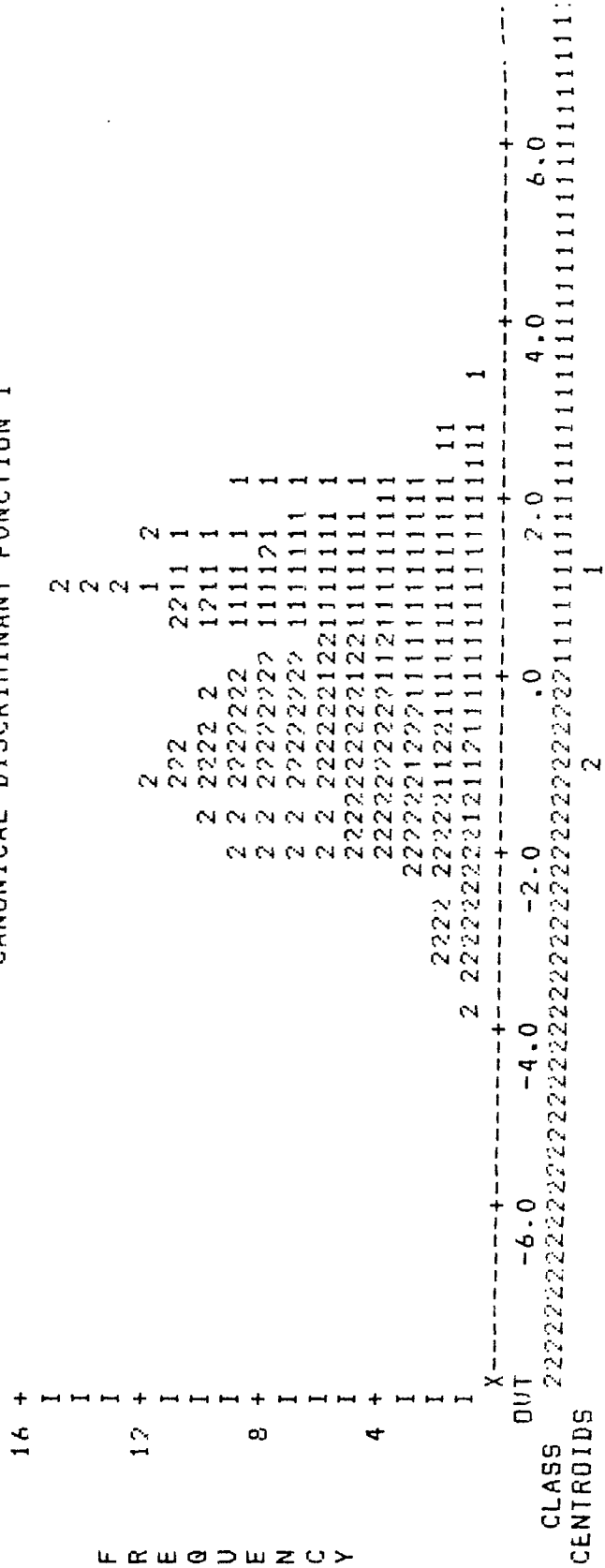
Observamos en la tabla unos resultados muy satisfactorios al obtener unos porcentajes de clasificación correctos tan elevados y dado que el porcentaje de clasificación correcto es casi el mismo para el grupo con sintomatología depresiva alta que para el grupo con baja sintomatología. La GRAFICA: G.A.D.2 refleja cómo quedan delimitados los grupos y en este caso su buena delimitación.

gráfica

SPSS-X RELEASE 2.2 FOR VAX/VMS DEC VAX-8800 VMS V4.5  
 C.C.U.A.B.

ALL-GROUPS STACKED HISTOGRAM

CANONICAL DISCRIMINANT FUNCTION 1



La función discriminante posee la distancia entre centroides siguiente:

GRUPO 1	1.04432
GRUPO 2	-1.03500

La alta distancia entre centroides evidencia grupos homogéneos y muy diferenciados entre sí.

En la TABLA: T.A.D.2.3 figuran las variables de la función discriminante con el peso de cada variable en la función, por medio del coeficiente estandarizado.

TABLA: T.A.D.2.3

VARIABLES	COEFICIENTE STANDARIZADO EN LA FUNCION DISCRIMINANTE
ZEPQ-J	-0.37489
ZFA	0.30177
FEDU1	-0.26788
ZAC	0.24288
ZGE	0.24238
ZSO	0.23562
FREND4	0.19575
FFAM1	-0.19459
FEDU2	0.18794
FFAM5	0.18304
FFAM3	-0.17025
FFAM4	0.13286
FREND1	-0.11734
ZLIE	-0.11693
FREND3	-0.10679

La función que nos da el análisis discriminante de la Dep 1, incluye en los pesos superiores a .20; variables psicológicas tales como la ansiedad, autoestima familiar, académica, general y social; variables macrosociales como las dimensiones y equipamientos escolares; y a un segundo nivel se encuentran variables familiares (características generales de la familia, estructura familiar diferente a la clásica, posición del sujeto en la familia, edad parental); psicológicas como la capacidad cognitiva para el aprendizaje; y también factores escolares de rendimiento y ambientales, con un peso bajo.

Al considerar los coeficientes standarizados y teniendo en cuenta la tendencia de los factores conocemos cuáles son los factores que se agrupan en los polos. El polo positivo, el de los sujetos no depresivos, está compuesto por los siguientes factores:

ZPA	0.30177	(autoestima familiar)
ZAC	0.24288	(autoestima académica)
ZGE	0.24238	(autoestima general)
ZSO	0.23562	(autoestima social)
FREND4	0.19575	(capacidad cognitiva para el aprendizaje)
FEDU2	0.18794	(características comarca)
FFAM5	0.18304	(estructura familiar diferente a la clásica)
FFAM4	0.13286	(edad parental)

## ANALISIS DE RESULTADOS

El polo negativo, el grupo de los depresivos, está formado por los factores:

EPO-J	-0.37489	(ansiedad)
FEDU1	-0.26788	(dimensiones y equipamientos de la escuela)
FFAM1	-0.19459	(características generales de la familia)
FFAM3	-0.17025	(posición del sujeto en la familia)
FREND1	-0.11734	(absentismo escolar e integración en el aula)
ZLIE	-0.11693	(escala sinceridad)
FREND3	-0.10679	(inicio escolaridad y rendimiento)

Al tener en cuenta la tendencia de los factores diremos que en el polo positivo se encuentran los sujetos no depresivos caracterizados por variables psicológicas como la autoestima en general, la capacidad cognitiva para el aprendizaje; variables microsociales como la estructura familiar diferente a la clásica y la edad parental y por último variables macrosociales como las características de la comarca donde vive. Se puede concluir diciendo que teniendo en cuenta los pesos, las variables que más discriminan son las psicológicas (superiores a .19) y las restantes con pesos bajos se encuentran entremezcladas.

En el polo negativo se encuentran los sujetos con alta sintomatología depresiva y los factores que aparecen con mayor peso (superior a .19) son la ansiedad y las dimensiones y equipamientos de la escuela junto con las características generales de la familia. En un segundo

término y con pesos ya bajos se encuentran factores familiares (posición del sujeto en la familia) y escolares.

El análisis discriminante del tipo de medida sintomatológica depresiva DEP2 (heteroeinformación) ofrece una capacidad de predicción del 78.48%, una función con un valor propio de 0.48917 y está compuesta de 10 variables.

La siguiente Tabla nos muestra las variables que incluye el análisis y sus valores Lambda de Wilks.

TABLA: T.A.D.3.1

VARIABLE	LAMBDA WILKS
ZAC	.83010
FREND4	.79165
FFAM1	.77085
FREND3	.74721
FFAM4	.72745
FREND2	.70736
FEDU1	.69586
FPER2	.68662
ZEPQ-J	.67708
ZSO	.67151

La clasificación por grupos, tras aplicar el análisis discriminante utilizando como variable nominal la DEPR2, aparece en la siguiente tabla:



## ANALISIS DE RESULTADOS

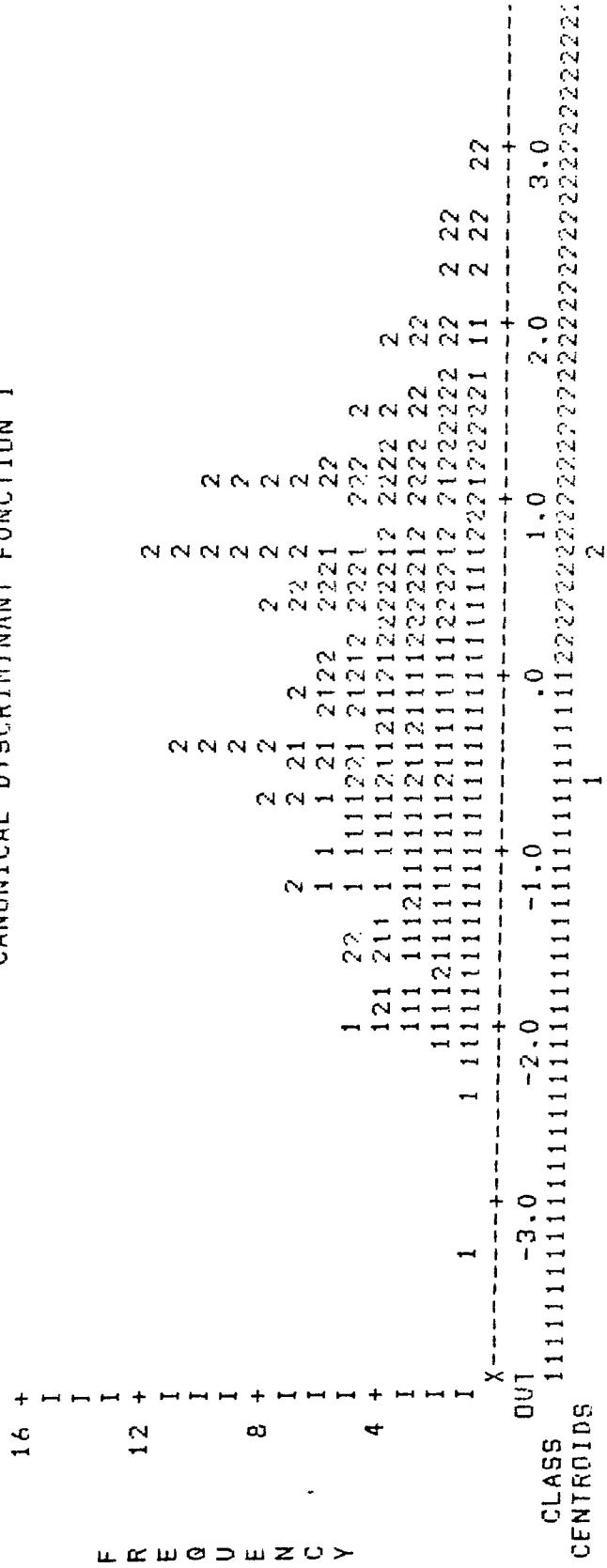
GRUPO ACTUAL	N	GRUPO PREDICHO	
		DEPRESIVOS	NO DEPRESIVOS
GRUPO 1	111	89 (80.2%)	22 (19.8%)
GRUPO 2	112	26 (23.2%)	86 (76.8%)

Observamos en la tabla unos resultados muy satisfactorios al obtener unos porcentajes de clasificación correctos elevados y dado que el porcentaje de clasificación correcto es casi el mismo para el grupo 1 que para el grupo 2. La GRAFICA: G.A.D.2 refleja cómo quedan delimitados los grupos y en este caso su buena delimitación.

SPSS-X RELEASE 2.2 FOR VAX/VMS  
 C.C.U.A.B. DEC VAX-8800 VMS V4.5

gráfica

ALL-GROUPS STACKED HISTOGRAM  
 CANONICAL DISCRIMINANT FUNCTION 1



La alta distancia entre centroides evidencia grupos homogéneos y muy diferenciados entre sí.

GRUPO 1	-0.69939
GRUPO 2	0.69315

En la TABLA: T.A.D.3.3 figuran las variables de la función discriminante con el peso de cada variable en la función, por medio del coeficiente estandarizado.

TABLA: T.A.D.3.3

VARIABLES	COEFICIENTE STANDARIZADO EN LA FUNCION DISCRIMINANTE
ZAC	-0.52167
FREND4	-0.35598
FFAM4	-0.33787
FREND2	0.31944
FFAM1	0.28341
FEDU1	0.24552
FREND3	0.23325
FPER2	0.22879
ZEPQ-J	0.18437
ZSO	-0.18033

La función que nos da el análisis discriminante de la Dep 2, incluye variables psicológicas tales como autoestima académica y social, capacidad cognitiva para el aprendizaje y ansiedad; variables familiares como la edad parental, las características generales de la familia; variables escolares tales como la escolaridad

continuada y el rendimiento, el inicio de la escolaridad y el rendimiento. En definitiva variables muy relacionadas con los valores escolares.

Al considerar los coeficientes standarizados y teniendo en cuenta la tendencia de los factores conocemos cuáles son los factores que se agrupan en los polos. El polo positivo donde se encuentran los sujetos con alta sintomatología depresiva, está compuesto por los siguientes factores:

FREND2	0.31944	(escolaridad continuada y rendimiento)
FFAM1	0.28341	(características generales de la familia)
FEDU1	0.24552	(dimensiones y equipamientos de la escuela)
FREND3	0.23325	(inicio escolaridad y rendimiento)
FPER2	0.22879	(edad)
ZEPQ-J	0.18437	(ansiedad)

El polo negativo, el grupo de los no depresivos, está formado por los factores:

ZAC	-0.52167	(autoestima académica)
FREND4	-0.35598	(capacidad cognitiva para el aprendizaje)
FFAM4	-0.33787	(edad parental)
ZSO	-0.18033	(autoestima social)

Al tener en cuenta la tendencia de los factores y el peso en la función, diremos que en el polo positivo se

entremezclan factores escolares y de rendimiento con la edad del sujeto y la ansiedad, esta última con un peso más bajo.

En el polo negativo correspondiente al grupo de los no deprimidos está formado por factores psicológicos como la autoestima académica y social; y la capacidad cognitiva para el aprendizaje y factores familiares como la edad parental.

#### 3.2.4.8.3. CORROBORACION DE LA INCIDENCIA DE LA ESTRUCTURA DE FACTORES DE RIESGO SOBRE LOS TIPOS DE MEDICION SINTOMATOLOGICA DEPRESIVA ESTIMADOS.

Mediante el método de análisis STEPWISE efectuamos las regresiones múltiples. Este método es el que nos da más elementos de juicio para poder seleccionar el conjunto óptimo de variables predictivas para cada tipo de medida de sintomatología depresiva DEP1 y DEP2.

La TABLA: T.R.2.1 nos muestra las variables que entrarían en este primer paso y la significación de los parámetros BETA, Multiple R y R Square.

TABLA: T.R.2.1

VARIABLES	BETA	SE BETA	CORREL	Multiple R	R Squ
TOTGE	-.20	.07	-.65	.65	.42
TOTSD	-.21	.05	-.56	.70	.49
TOTALEPO	.21	.05	.54	.72	.52
TOTPA	-.16	.05	-.49	.74	.55
TOTAC	-.20	.06	-.59	.75	.56
FEDU5	.10	.05	.16	.76	.58
FEDU4	.12	.04	.10	.77	.59
FPER1	.10	.04	.16	.78	.60

Tras observar la Tabla anterior se observa que las variables que mejor explican la DEP1 (autoinformación) son variables psicológicas tales como la autoestima en general; la ansiedad y la sociabilidad; junto a variables ambientales y escolares: situación geográfica del municipio donde vive e idioma de enseñanza.

Un segundo análisis se efectúa para el tipo de medida DEP 2 (heteroeinformación), obteniéndose tal como muestra la tabla siguiente, las variables que entran en este paso y la significación de los parámetros más importantes..

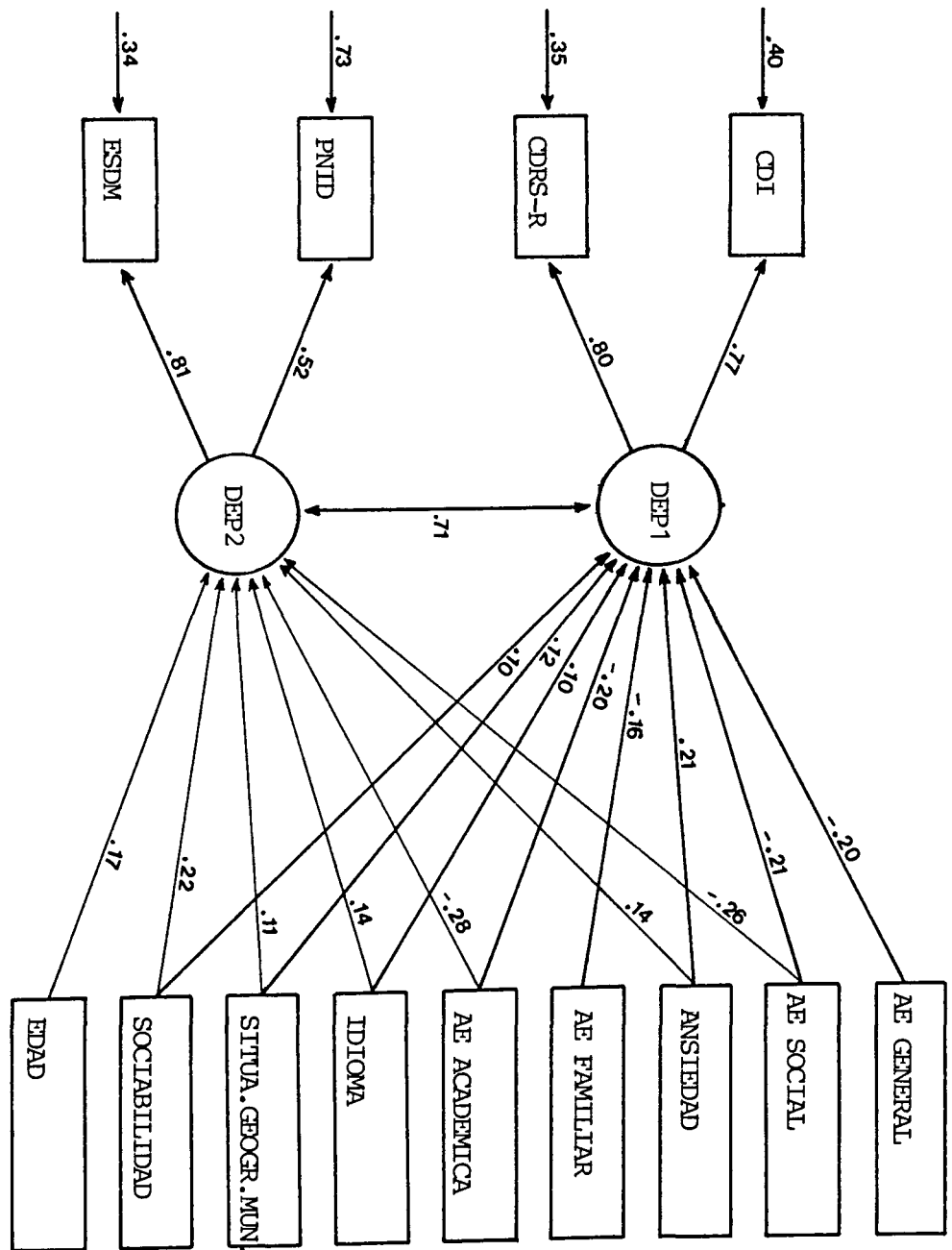
TABLA: T.R.2.2

VARIABLES	BETA	SE BETA	CORREL	Multiple R	R Squa
TOTAC	-.28	.06	-.48	.48	.23
TOTSO	-.25	.06	-.47	.55	.30
FPER1	.21	.05	.27	.60	.36
FPER2	.17	.05	.22	.63	.39
FEDU5	.14	.05	.22	.64	.41
TOTEPO-J	.14	.06	.35	.66	.43
FEDU4	.11	.05	.08	.66	.44

Comentamos tras observar la Tabla anterior que junto a variables psicológicas tales como autoestima académica, social, sociabilidad y ansiedad; aparecen factores escolares (idioma de enseñanza); ambientales (situación geográfica del municipio) y la edad.

Para finalizar este apartado diremos que como se ha podido observar, hemos pretendido en lugar de trabajar con 4 medidas de sintomatología depresiva, trabajar con 2 confirmadas y corroborar en un modelo de medida las estructuras de riesgo analizadas anteriormente. En la GRAFICA: G.M.4 podemos conjugar los resultados obtenidos en la regresión y en el modelo de medida; aunque no se haya analizado anteriormente.

GRAFICA: G.A.C.-4





## ANALISIS DE RESULTADOS

Tras observar la gráfica podemos decir que para cada tipo de medida de sintomatología depresiva hay asociados unos "factores de riesgo" comunes (autoestima social, autoestima académica, la ansiedad, la sociabilidad, el tipo de idioma de enseñanza y la situación geográfica del municipio) y otros diferentes. Así, únicamente para la DEP1 (autoinformación o medidas directas) se asocian factores tales como la autoestima general y la autoestima familiar; y para la DEP 2 (medidas indirectas) se le asocia la edad.

### 3.2.5. RESUMEN DE LA FASE 2

El procedimiento seguido para seleccionar los sujetos que componen la Fase 2 de nuestro estudio está en función de los criterios ya señalados.

La muestra resultante está formada por 223 sujetos de los cuales el 53.8% son chicos y un 46,2% chicas de edades comprendidas entre 9 años (53.8%) y 10 años (39%). En relación a la 1a Fase podemos ver que en ambas muestras hay más chicos que chicas y a diferencia de la 1a Fase los niños seleccionados son en proporción más numerosos los de 10 años en esta segunda fase.

Las comarcas que se ven representadas con un % mayor son el Gironès (26.9%) y el Alt Empordà (22.9%) y sólo en un 3.6% la Cerdanya. Las escuelas pertenecen a lo que hemos denominado zona de interior (76.7%) y llano (78.5%) se ubican en un entorno urbano (40.4%) o semirural (30%). Características obviamente similares a las de la muestra origen.

Igualmente las características de los centros corresponden a escuelas públicas (81%), religiosas (52.5%) o laicas (47.5%) y con una escolaridad clásica (66.4%) en el sentido de distribución curso por aula.

1.- la metodología utilizada ha permitido extraer una muestra representativa de las aulas de 4 curso de EGB de la provincia de Girona y por tanto recoge las características geográficas, ambientales y educativas de las comarcas.

2.- Las técnicas utilizadas abarcan un panorama amplio de recogida de información ya que son tanto de tipo autoinformativas o medidas directas (autoevaluativas y entrevista) como heteroeinformativas o medidas indirectas (evaluación del maestro, compañeros, padres); recogiendo así información de diferentes fuentes y destacando la importancia de la evaluación por varios informantes.

A esta segunda muestra se les aplicó en función de las hipótesis planteadas y una vez operacionalizadas las variables, todo un conjunto de pruebas, que a modo de conclusión, y dando por sentado que ya nos hemos extendido anteriormente, vamos a resumir. Estas pruebas podríamos dividir las, en aquellas que miden sintomatología depresiva, siendo a su vez subdivididas en autoinformativas o medidas directas (CDI, CDRS-R) y heteroeinformativas o medidas indirectas (ESDM, PNID, CBCL); y otras que recogen información sobre los diferentes campos en los que se mueve el sujeto, para extraer de la información, lo que hemos denominado factores de riesgo.

Además de las pruebas ya comentadas en la Fase 1 y que nos han permitido extraer la muestra de esta Fase 2, recogimos información del niño mediante técnicas de evaluación de sintomatología depresiva contestadas por el maestro, los padres y el clínico. Los resultados de estas pruebas, que obviamente también han sido adaptadas (escala de maestros), arrojan índices psicométricos consecuentes con la información que tenemos de material similar.

La escala de maestros con una fiabilidad total .39 y unos valores entre  $r = .25$  y  $r = .71$  en los análisis de elementos (correlación ítem-total); está constituida

por 4 factores (análisis factorial de componentes principales) que hemos denominado: "rendimiento escolar y la actitud hacia el; sociabilidad y capacidad para divertirse, conductas "internalizing" y conductas "externalizing".

La escala de padres con una fiabilidad de los items en torno a  $r = .80$  y una fiabilidad total de  $r = .99$  y la entrevista clínica con índices altos igualmente de fiabilidad  $\alpha = .81$  (fiabilidad total) y con una correlación item-total alrededor de  $r = .40$ .

Cabe señalar que las correlaciones entre todas las medidas de sintomatología depresiva fueron positivas siendo la CDI con la entrevista clínica (Poznanski) la de un índice más alto ( $r = .62$ ) y la de CDI con la escala de maestros ( $r = .45$ ) e igualmente la de Poznanski con la escala de maestros ( $r = .45$ ). Ello no significa que los restantes índices no sean significativos estadísticamente, sólo que están por debajo de estos valores.

Por otro lado vemos que las correlaciones son negativas tal como postulaba la 1ª Hipótesis, entre las escalas de depresión y las escalas del PNID de felicidad, por ejemplo con la escala de maestros ( $r = -.34$ ); y popularidad ( $r = -.40$ ) también con la misma escala. Así pues la Hipótesis 1 quedaría confirmada.

Con respecto a las otras técnicas utilizadas para recoger información del entorno del sujeto y que hemos denominado variables psicológicas o del propio sujeto, variables microsociales o de la relación niño-entorno más próximo, y variables macrosociales o del entorno; comentaremos algunos de los resultados más interesantes.

Estas técnicas son en algún caso escalas conocidas sobradamente para los que trabajan en contextos infantiles y clínicos y otras son las que hemos construido para recoger aquellas variables operacionalizadas que en estudios de depresión infantil aparecen más o menos ligadas a la depresión (datos expediente escolar, datos del centro y del aula, características generales de la familia .etc.). No vamos a referirnos a las cualidades psicométricas de las mismas pues efectivamente y como era de esperar confirman resultados clásicos de los manuales de las pruebas (fiabilidad y validez).

Pensamos que lo más interesante, desde nuestro punto de vista es que la ingente información recogida para poder ser trabajada tuvo que ser sometida a una serie de análisis. Comentamos en primer lugar el análisis factorial. Mediante este procedimiento estadístico redujimos la información (sin perderla) en factores para las diferentes áreas sobre los que íbamos a trabajar. Así se llevó a cabo dicho análisis sobre el área escolar que aglutinaba información sobre la escuela, el aula y su entorno; el área rendimiento que se refiere a toda la información del expediente escolar del alumno, área familiar recogiendo información de las características familiares en general y área personal que está formada por variables como la edad y habilidades sociales.

Con respecto al AREA ESCOLAR se extrajeron 6 factores que explicaban el 71.9% de la variancia total. El Factor 1 hace referencia a las "Dimensiones y Equipamientos de la Escuela"; el Factor 2 a las "Características de la Comarca"; el Factor 3 al "Tipo de educación Escolar"; el Factor 4 a la "Situación Geográfica del Municipio de la Escuela"; el Factor 5 al

"Idioma de Enseñanza" y finalmente el Factor 6 son las "Características de la Escuela".

La información sobre el AREA RENDIMIENTO se estructura en 4 factores (69.8% de la variancia total), que corresponde a: 1er Factor denominado "Absentismo Escolar e Integración en el Aula"; el Factor 2 hace referencia a "Escolaridad Continuada y Rendimiento"; el Factor 3 corresponde a "Inicio de la Escolaridad y Rendimiento" y finalmente el 4 Factor es "Capacidad Cognitiva para el Aprendizaje".

Sobre el AREA FAMILIAR se extrajeron 6 Factores (71.3% de la variancia total), que hemos denominado Factor 1 "Características Generales de la Familia"; Factor 2 "Formación Parental y Nivel Socio-económico"; Factor 3 "Posición del Sujeto en la Familia"; Factor 4 "Edad Parental"; Factor 5 "Estructura Familiar Diferente a la Clásica" y el Factor 6 "Asentamiento Temporal de la Familia".

Finalmente sobre el AREA PERSONAL se extrajeron 2 Factores que explican el 69.7% de la variancia y que hacen referencia a Factor 1 "Sociabilidad" y Factor 2 "Edad".

De forma más esquemática diremos que la información recogida queda reducida mediante el primer análisis a los siguientes factores o variables:

- AREA ESCOLAR: Dimensiones y equipamientos de la escuela  
Características de la comarca  
Tipo de educación escolar  
Situación geográfica del municipio  
Idioma de enseñanza  
Características de la escuela
- AREA RENDIMIENTO: Absentismo escolar e integración en el aula  
Escolaridad continuada y rendimiento  
Inicio de la escolaridad y rendimiento  
Capacidad cognitiva para el aprendizaje
- AREA FAMILIAR: Características generales de la familia  
Formación parental y nivel socioeconómico  
Posición del sujeto en la familia  
Edad parental  
Estructura familiar diferente a la clásica  
Asentamiento temporal de la familia
- AREA PERSONAL: Sociabilidad  
Edad

A partir de este momento (una vez realizado el análisis factorial) obtenemos un conjunto de variables (factores) menor que el conjunto de valores iniciales y dejamos de trabajar por tanto con las variables originales de cada escala para hacerlo con los factores

de cada área (escolar, rendimiento, familiar y personal). Estas variables junto a las medidas de autoestima, ansiedad, alteraciones de conducta y depresión fueron analizadas mediante 2 procedimientos: Análisis de Cluster de variables y análisis de cluster de individuos.

Mediante estos análisis podemos ver cómo se agrupan los individuos de esta segunda muestra y las variables semejantes para formar grupos diferenciados. Queda claro que al hablar de variables aquí nos referimos a los factores extraídos (ya comentados), las medidas de sintomatología depresiva y las variables psicológicas (autoestima y ansiedad) analizadas. Es importante señalar aquí que la segunda parte de la escala contestada por los padres (CBCL) ha sido eliminada como medida de sintomatología depresiva dada su poca validez expresada ya anteriormente y su poca especificidad respecto a la depresión; pero se ha conservado como variable que informa de alteraciones de conducta.

Del Cluster de Variables se desprenden tres grandes grupos de componentes que a su vez están formados por subbloques. El primer gran bloque está formado por 3 agrupaciones: la primera y la segunda forman un bloque que podría considerarse una caracterización de la sintomatología depresiva y el comportamiento, uniéndose esta a una serie de factores ambientales (agrupación 3) referidos a la escolaridad y a la situación geográfica.

El segundo gran bloque que incluye también 3 subbloques lo configuran: los factores "cantidad de formación de los padres", "nivel socioeconómico" y el "tipo de educación escolar", seguido por la agrupación de las medidas de autoestima bien caracterizadas como segundo bloque y a continuación se relaciona con la



imagen positiva dada por los compañeros y la capacidad cognitiva.

Por último el tercer gran bloque con menos similitud incluye 2 subbloques: el primero con una serie de factores familiares y educacionales y el segundo establece una relación entre edad, posición del sujeto en la familia y la sinceridad.

Podemos decir a modo de conclusión, que las variables se estructuran en 3 grandes clusters con diferentes configuraciones en los que se ven entremezclados los diferentes factores de riesgo y que estos factores están entremezclados unos con otros, excepto en la depresión, lo que nos lleva a confirmar que son varias las variables que están relacionadas con la sintomatología depresiva y que a su vez actúan de forma combinada. Por lo tanto diremos que es la interacción de variables psicológicas, escolares, familiares y ambientales en general las que actúan como factores de riesgo de la depresión lo que confirmaría lo postulado en la hipótesis 2.

Por otro lado el Cluster de Individuos, nos permite hacer una clasificación exploratoria de los individuos, dándonos a conocer el número de individuos que forman cada grupo y sus características. Los 3 grupos de individuos que hemos obtenido, aparecen claramente diferenciados (el análisis de variancia proporciona diferencias significativas en 21 variables de las 31 que teníamos) y quedan configurados de la siguiente manera:

El 1er grupo (52 casos), está caracterizado por sujetos con ciertas características comportamentales (que ya hemos descrito anteriormente) pero que no tienen relación con la sintomatología depresiva.

El 2 grupo (90 casos) se caracteriza por una baja sintomatología depresiva, una autoimagen positiva y cierta inhibición comportamental.

Finalmente el 3er grupo (81 casos) estaría configurado por los individuos con sintomatología depresiva vista tanto por ellos como por el clínico; ansiedad y cierta inhibición en su comportamiento tanto respecto a sus conductas sociales como a sus alteraciones de conducta.

Podemos concluir de lo dicho que el análisis de cluster de individuos, diferencia 3 grupos de individuos; un grupo en el que no interviene la depresión y los otros dos (grupo 2 y 3) que caracterizan la sintomatología depresiva en sentidos opuestos.

Un 3er análisis se llevó a cabo para detectar cómo discriminan las variables factores de riesgo a los sujetos con alta sintomatología depresiva y aquellos con baja sintomatología; es decir intentábamos detectar los factores de riesgo que estarían asociados a la sintomatología depresiva medida por el CDI; que era la medida a partir de la cual se diferenciaron los dos grupos.

Esta técnica (análisis discriminante), hemos considerado que era la adecuada para poner en evidencia las diferenciaciones existentes entre los 2 grupos (alta sintomatología depresiva, baja sintomatología depresiva) que queremos estudiar. Los resultados son bastante positivos ya que la capacidad de predicción (81.6%) a la hora de caracterizar los grupos de alta y baja sintomatología depresiva es alta. Las variables que diferencian mejor los grupos serían por un lado la autoestima general, la autoestima familiar y académica,

el tipo de educación escolar y la capacidad cognitiva para el aprendizaje; variables estas psicológicas que caracterizarían el grupo de baja sintomatología depresiva y en el otro extremo, en el grupo de alta sintomatología depresiva estarían la ansiedad, el factor "absentismo escolar e integración en el aula", "sociabilidad", el "idioma de enseñanza" y las "dimensiones y equipamiento escolar".

Hay que destacar sin embargo que de todas las variables señaladas son las psicológicas (autoestima y ansiedad) y las características de "dimensiones y equipamientos de la escuela", las que tienen un mayor peso.

Finalmente, para concluir esta parte descriptiva y exploratoria del trabajo, se ha llevado a cabo un cuarto análisis (regresiones múltiples), con el objeto de conocer cuál es el conjunto de variables, posibles factores de riesgo, que mejor explicarían la predicción de la sintomatología depresiva medida a través de las diferentes escalas (CDI, PNID-DE, POZNANSKI, MAESTROS).

Cuando la variable seleccionada en la ecuación es el CDI ( $R=.77$  y explica un 59% de la variancia), podríamos concluir que las variables que mejor explicarían la sintomatología depresiva evaluada por esta técnica; son la autoestima (general, familiar y social) y la ansiedad.

Al incluir la variable Poznanski en la ecuación, que tiene una  $R=.67$  y explica el 45% de la variancia; las variables que la explican son: la autoestima (general, social, familiar y académica); la ansiedad; factores ambientales (situación geográfica del municipio donde está la escuela); factores escolares (idioma de

enseñanza) y factores familiares (estructura familiar diferente a la clásica). Puede observarse que las variables que la explican provienen de fuentes más amplias (del propio sujeto, de la familia, escolares y ambientales) que en el caso anterior cuando se seleccionaba el CDI.

Un tercer análisis de regresión múltiple se realizó seleccionando como variable a incluir la escala evaluativa de sintomatología depresiva de maestros, consiguiendo una  $R=.62$  y explicando el 38% de la varianza. Las variables que la explican son la sociabilidad, la autoestima académica y social, la edad, la edad parental, escolaridad continuada y rendimiento, inicio de la escolaridad y rendimiento, la capacidad cognitiva para el aprendizaje y el idioma de enseñanza; en definitiva factores relacionados con el rendimiento escolar y el comportamiento dentro del marco escolar.

La última ecuación incluye el PNID (escala de evaluación por los compañeros), que presenta una  $R=.33$  y explica el 11% de la varianza. Las variables que la explican son la autoestima social y la sociabilidad; ambas estrechamente relacionadas con el aula escolar.

Los resultados del análisis discriminante y la regresión múltiple son coincidentes, lo que es lógico ya que nos interesaba discriminar el grupo de individuos con alta sintomatología depresiva y el grupo de baja sintomatología (caracterizar mediante un conjunto de variables a los individuos) y explicar una medida de evaluación de sintomatología depresiva, es decir averiguar qué conjunto de variables son las que la explican.

El análisis discriminante posee poder de discriminación y de predicción pero no cuánto explica, en cambio el porcentaje de explicación de los factores de riesgo lo da la regresión. Por lo tanto diremos que ambas técnicas de análisis se complementan.

En la fase confirmatoria de nuestro trabajo hemos pretendido en lugar de trabajar con 4 medidas de depresión, trabajar con 2 confirmadas y corroborar en un modelo de medida las estructuras de riesgo examinadas anteriormente. Para ello hemos analizado en primer lugar el modelo de medida de los indicadores de sintomatología depresiva (CDI, POZNANSKI, ESDM, PNID) mediante un modelo causal y en segundo lugar se ha analizado las relaciones entre los factores de riesgo y cada una de los tipos de medida de sintomatología depresiva: medidas directas o autoinformación (CDI, POZNANSKI) y medidas indirectas o heteroeinformación (ESDM y PNID) mediante análisis de regresiones múltiples.

Los resultados expuestos anteriormente, indican valores de fiabilidad positivos en general, si bien el PNID o escala de evaluación sintomatológica por los compañeros muestra cierta diferencia en su consistencia (.27) frente a las otras técnicas (.59), (.65) y (.66). Sin embargo la fiabilidad del conjunto de medidas de sintomatología depresiva es de .90 lo que nos permite confirmar que el conjunto de medidas utilizadas para la evaluación sintomatológica de la depresión es altamente fiable.

Al mismo tiempo, teniendo en cuenta que se han observado anteriormente ciertas carencias en el análisis aislado de la fiabilidad de cada prueba; este valor nos muestra la complementariedad entre pruebas, es decir que

unas proporcionan información que no proporcionan las otras siendo por tanto su agrupación acumulativa no redundante.

El hecho de haber separado dos tipos de medida sintomatológica de depresión, no nos debe hacer pensar que se trata de dos variables de diferente índole ya que existe un coeficiente de covariación entre ellas de .71. Estas dos variables pues, están direccionadas en un mismo sentido que es la evaluación de la sintomatología depresiva.

Posteriormente al modelo causal, y con la intención de determinar si en función de las variables DEP1 y DEP2 con las que hemos caracterizado a los grupos, estos quedan suficientemente discriminados se realizaron análisis discriminantes para sendos tipos de medida, obteniendo una capacidad de predicción del 85.65% en la DEP1 y un 78.48% en la DEP2 y una alta distancia entre centroides en los dos casos lo que evidencia grupos homogéneos y muy diferenciados entre sí.

Las variables que más los diferencian son la presencia de variables psicológicas como la autoestima en general, la ansiedad la capacidad cognitiva y variables ambientales como las dimensiones y equipamientos escolares en la DEP1 (medidas directas) y las variables psicológicas: autoestima académica, capacidad cognitiva para el aprendizaje, variables familiares: edad parental y variables escolares: la escolaridad continuada y rendimiento. Observamos pues ciertas diferencias en las variables que forman la función discriminante para cada uno de los tipos de evaluación.

Por último a fin de conocer qué estructura de factores de riesgo sería la que explicaría la DEP1 y la

DEF2 se realizaron regresiones múltiples, para saber cuál es el conjunto de variables o factores de riesgo que optimizan la predicción de cada tipo de medida sintomatológica depresiva.

Las variables que mejor explican las medidas autoinformativas (DEF1) son la autoestima en general, la ansiedad, la sociabilidad, el idioma de enseñanza y la situación geográfica del municipio. Por otro lado las variables que mejor explican las medidas indirectas (evaluación maestro y compañeros) son la autoestima académica y social, la sociabilidad, la edad, el idioma de enseñanza, la ansiedad y la situación geográfica.

#### **IV. - CONCLUSIONES GENERALES**



Algunos puntos pueden servirnos de conclusiones generales:

1.- Todas las medidas de sintomatología depresiva utilizadas tenían una relación entre ellas, ya sea positiva (las que miden sintomatología depresiva) como negativa (las que miden popularidad o felicidad); lo que confirma la Hipótesis 1.

2.- De todas las medidas utilizadas para evaluar sintomatología depresiva, las que han mostrado índices de fiabilidad más elevados son la escala autoevaluativa CDI, la entrevista clínica CDRS-R, y la escala de maestros ESDM.

3.- Es importante utilizar técnicas de evaluación o de medida específicas. En el caso de la sintomatología depresiva, usar técnicas destinadas a la medida de sintomatología depresiva exclusivamente y que no abarquen un campo más amplio ya que resta especificidad a la prueba.

4.- La sintomatología depresiva medida a través del CDI (que nos ha servido de punto de corte para elegir la segunda muestra) ha mostrado discriminar con un alto poder de predicción 2 grupos, uno de alta y otro de baja sintomatología depresiva; principalmente caracterizados por variables psicológicas como la autoestima y la ansiedad y variables del entorno como la dimensión y equipamientos de la escuela.

5.- Una vez más en el estudio de la evaluación de la sintomatología depresiva; confirmamos la diferencia

existente entre los 2 tipos de medida sintomatológica depresiva; por un lado la autoinformación y por el otro la evaluación por los otros (heteroeinformación), corroborando como se cita en otros trabajos, que el mejor informador es el propio sujeto; aunque esto no quiere decir que no sea conveniente tener en cuenta las medidas sintomatológicas evaluadas por personas significativas en el mundo del sujeto.

6.- La precisión de una medida de depresión vendría dada por la combinación de la utilización de estos dos tipos de medidas de sintomatología depresiva: autoinformativas y heteroeinformativas.

7.- La fiabilidad del conjunto de medidas de sintomatología depresiva utilizadas en el modelo de medida, nos permite confirmar este conjunto de medidas encaminadas a la evaluación sintomatológica de la depresión es altamente fiable.

8.- En el modelo de medida se confirma nuevamente que individualmente el CDI (autoevaluación), el Poznanski (entrevista clínica) y el ESDM (escala de maestros) son más fiables que el PNID (escala de evaluación por los compañeros).

9.- Los índices de bondad de ajuste de nuestro modelo de medida sintomatológica indican que este modelo de medida es altamente satisfactorio.

10.- Se cumplen las Hipótesis 1 y la 1.1. de nuestro estudio al confirmarse que la relación que guardan, entre sí, las medidas autoinformativas y heteroeinformativas, es menor que la que guardan entre las de su mismo tipo.

11.- Son varios los campos de los factores que intervienen en la sintomatología depresiva; el psicológico, el educacional, el familiar y el ambiental; lo que confirmaría la Hipótesis 2.

12.- Las variables que explican la estructura de los factores de riesgo mediante las diferentes escalas utilizadas, permiten señalar diferencias.

En el caso de las heteroeinformativas (evaluación por los compañeros y por el maestro) los factores de riesgo guardan una relación más estrecha con el aula o contexto escolar (autoestima académica y social, sociabilidad, capacidad cognitiva para el aprendizaje, escolaridad continuada y rendimiento, inicio de la escolaridad y rendimiento, idioma escolar) y en el caso de las autoinformativas (autoevaluación y entrevista clínica), los factores de riesgo se refieren a un contexto más generalizado (autoestima en general, ansiedad, sociabilidad, situación geográfica del municipio).

13.- Los factores psicológicos o variables relacionadas con el propio sujeto son las que aparecen, en los diferentes análisis efectuados, como más estrechamente relacionados con la sintomatología depresiva. Podríamos considerarlas como factores de riesgo de "primer orden" seguidas de mezcla de factores escolares, familiares y ambientales sin que pueda especificarse el orden, lo que confirmaría la Hipótesis 2.2.

V. BIBLIOGRAFIA

- ABRAHAM, K. (1968). Notes on the Psychoanalytic Investigation and Treatment of manic-depressive insanity and allied conditions. In GAYLIN, W. (ed). The Meaning of Despair. New York: Science House, Inc.
- ABRAMSON, L.Y.; SELIGMAN, M.E. et al. (1978). Learned Helplessness in Humans Critique and Reformulation. Journal of Abnormal Psychology, 87, 49-74.
- ACHENBACH, T.M. (1978). The Child Behavior Profile: I. Boys Aged 6-11. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, No 3, 478-488.
- ACHENBACH, T.M. & EDELBROCK, C.S. (1978). The Classification of Child Psychopathology: a Review and Analysis of empirical Efforts. Psychological Bulletin, 85, 1275-1301.
- ACHENBACH, T.M. & EDELBROCK, C.S. (1979). The Child Behavior Profile: II. Boys Aged 12-16 and Girls Aged 6-11 and 12-16. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47, No 2, 223-233.
- ACHENBACH, T.M. (1982). Assessment and Taxonomy of Children's Behavior Disorders. In: LAHEY, B.B.; KAZDIN, A.E. eds. Advances in Clinical Child Psychology, Vol. 5. New York: Plenum Press.
- ACHENBACH, T.M. (1982). Developmental Psychopathology. New York: Wiley.
- ACHENBACH, T.M. & EDELBROCK, C.S. (1983). Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavioral Profile. Department of Psychiatry, University of Vermont.
- AGRAS, S.T. (1959). The Relationship of School Phobia to Childhood Depression. American Journal Psychiat., 116, 533-536.
- AHLBOM, A. & NORELL, S. (1987). Fundamentos de Epidemiología. Madrid. Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- AKISKAL, H. (1985). Interaction of Biologic and Psychologic Factors in the Origin of Depressive Disorders. Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum, 71, No 319, 131-139.
- AKISKAL, H.S. & MCKINNEY, W. (1975). Overview of recent research in depression. Archives of General Psychiat.,

32, 285-305.

- ALBERT, N. & BECK, A.T. (1975). Incidence of Depression in Early Adolescence: A Preliminary Study. Journal of Youth and Adolescence, 4, 301-307.
- ALVAREZ CERBERO (1985). La Depresión: Definición y Modelos. En CARROBLES, A.I.: Análisis y Modificación de la Conducta II, UNED.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, D.C. Traducción española en Toray, Barcelona 1983.
- ANDERBERG, M.R. (1973). Cluster Analysis for Applications. New York, Academic Press.
- ANDERSON, J.C.; WILLIAMS, S. et al. (1985). The Prevalence of DSM-III Disorders in a Large Sample of Pre-adolescent Children from the General Population. Unpublished Manuscript. University of Otago. Medical School, Dunedin, New Zealand.
- ANDERSON, J.C., et al. (1987). DSM-III Disorders in Preadolescent Children: Prevalence in a Large Sample From the General Population. Archives Gen. Psychiatry, 44, 69-76.
- ANDREWS, ROBINSON et al. (1986). Risk Principal of Case Classification and the Prevention of Residential Placements: An Out-come Evaluation of the Share the Parenting Program. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, No 2, 203-207.
- ANESHENSEL, C. S. & YOKOPENIC, P.A. (1985). Tests for the Comparability of a Causal Model of Depression Under Two Conditions of Interviewing, Journal of Personality and Social Psychology, 49, No 5, 1337-1348.
- ANTHONY, E.J. (1970). Behavior Disorders. Citado en Garcia 1983.
- ANTHONY, E.J. (1986). Terrorizing Attacks of Children by Psychotic Parents. Journal of The American Academy of Child Psychiatry, 25, 326-335.
- ANTHONY, E.J. & BENEDECK, T. (1981). Depresión y Existencia Humana. Barcelona, Salvat ed.
- ARNAU, J. (1978). Métodos de Investigación en las Ciencias Humanas. Barcelona, Edit. Omega.
- AYUSO, J.L. (1985). Aspectos Psicosociales de las Depresiones. Psiquis, 6, No 2, 26-32.

- BAGADIA et al. (1973). A Study of Demographic Factors in 223 cases. Indian Journal Psychiat., 15, 209.
- BAGLEY, C. (1973). Occupational Class and Symptoms of Depression. Citado en PAYKEL 1982, 1985.
- BALAGUER, M.; MARTINEZ, C. y col. (1986). Escala D'Intel·ligència de WECHSLER per a nens. Adaptació Catalana. Madrid, TEA Ediciones S.A.
- BARRY, H. & LINDEMANN, E. (1960). Critical Ages for Maternal Bereavement in Psychoneuroses. Psychosomatic Medicine, 22, 166-181.
- BATLLE, J. (1978). The Relationship Between Self-Esteem and Depression. Psychological Reports, 42, 745-746.
- BATTLE, J. (1980). Culture-Free SEI. Self-Esteem Inventories for Children and Adults. Seattle, Special Child Publications.
- BATTLE, J. et al. (1986). Standardization of the Lie Scale of the Culture-Free Self-Esteem Inventory for Children. Psychological Reports, 59, 231-234.
- BECK, et. al. (1961). An Inventory for Measuring Depression. Archives of General Psychiatry, 4, 53-63.
- BECK, A.T. (1967). Depression, Clinical, Experimental and Theroretical Aspects. Citado en ALVAREZ CERBERO 1985.
- BECK, A.T. (1976). Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York, International Universities Press.
- BECK, A.T. & BEAMESDERFER. (1974). Assessment of Depression: The Depression Inventory. In PICHOT, P. (eds.), Psychological Measurements in Psychopharmacology, modern problems in Pharmacopsychiatry, vol. 7, 151-169.
- BECK, A.T.; RUSH, A. et al. (1979). Cognitive Therapy of Depression. New York. The Guilford Press.
- BEHAR, J. (1986). Representación Social de la Pubertad en Niñas Púberes y Pre-púberes. Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona.
- BEITCHMAN, M.; BELL, I. et al. (1978). Types of Disorders and Demographic Variables in a Canadian Child Psychiatry Population. Can. Psychiat. Assoc. Journal, 23, 91-23.
- BEITCHMAN, et al. (1986). Prevalence of Psychiatric Disorders in Children with Speech and Language Disorders. Journal of The American Academy of Child

- Psychiatry, 25, No 4, 528-535.
- BELLE, D. et al. (1982). Stress, Depression and the Mother-Child Relationship: Report of a Field Study. International Journal of Sociology of the Family, 12, 251-263.
- BEMPORAD, J. (1982). Childhood Depression from a Developmental Perspective. En LESTER GRINSPOON, ed. Psychiatry. Washington. American Psychiatric Press.
- BERGER, M.; YULE, W. et al. (1975). Attainment and Adjustment in Two Geographical Areas. II- The Prevalence of Specific Reading Retardation. British Journal of Psychiatry, 126, 510-519.
- BIBRING, E. (1953). The Mechanism of Depression. In GREENACRE, P. (eds.), Affective Disorders. New York: International Universities Press, Inc, 13-48.
- BILLINGS, A.; MOOS, R. (1983). Comparison of Children of Depressed and Nondepressed Parents: A Social-Environmental Perspective. Journal of Abnormal Child Psychology, 11, No 4, 463-486.
- BIRLESON, P.; HUDSON, I. et al (1987). Clinical Evaluation of a Self-Rating Scale for Depressive Disorder in Childhood (Depression Self-Rating Scale). Journal Child Psychology Psychiatry, 28, No 1, 43-60.
- BIRCHNELL, J. (1970). Early Parent Death and Mental Illness. British Journal Psychiat., 116, 281-288.
- BLAU, G.J. (1985). Relationship of Extrinsic, Intrinsic and Demographic Predictors to Various Types of Withdrawal Behaviors. Journal of Applied Psychology, 70, No 3, 442-450.
- BLAZER, M.D. (1985). Psychiatric Disorders: A Rural/Urban Comparison. Archives of General Psychiatry, 42, 651-656.
- BLECHMAN, E.A., et al. (1985). Childhood Competence and Behavior Problems. Journal of Abnormal Psychology, 94, No 1, 70-77.
- BLECHMAN, E.A.; McENROE, M.J. et al. (1986). Childhood Competence and Depression. Journal of Abnormal Psychology, 95, No 3, 223-227.
- BLUMBERG, M.L. (1978). Depression in Children on a General Pediatric Service. American Journal of Psychotherapy, 32, 20-32.



- BLUMBERG, S.H. & IZARD, C.E. (1985). Affective and Cognitive Characteristics of Depression in 10 and 11 Year-Old Children. Journal of Personality and Social Psychology, 49, No 1, 194-202.
- BLUMBERG, S.H. & IZARD, C.E. (1986). Discriminating Patterns of Emotions in 10- and 11-Year-Old Children's Anxiety and Depression. Journal of Personality and Social Psychology, 51, No 4, 852-857.
- BOOKMAN LIVINGOOD, A; DAEN, P. et al. (1983). The Depressed Mother as a Source of Stimulation for Her Infant. Journal of Clinical Psychology, 39, No 3, 369-375
- BOSWELL, J.I.; LEWIS, C.P. et al. (1967). Hyperthyroid Children: Individual and Family Dynamics: A study of twelve cases. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 6, 64-85.
- BOWLBY, J. (1960). Grief and Mourning in Infancy and early Childhood. Psychoanalytic Study of the Child, 15, 9-52.
- BOWLBY, J. (1969). Attachment and Loss. Vol. 1. Attachment. London: Hogarth Press.
- BOWLBY, J. (1973). Attachment and Loss. Vol. 2. Separation, Anxiety and Anger. London: Hogarth Press.
- BOWLBY, J. (1979). The Making and Breaking of Affectional Bonds. Tavistock Publications Ltd. Traducción española en Ediciones Morata, Madrid 1986.
- BOYD, J.H. & WEISSMAN, M. (1981). Epidemiology of Affective Disorder. Archives of General Psychiatry, 38, 1039-1049.
- BOYD, H. & WEISSMAN, M. (1982). Epidemiología. En PAYKEL: Psicopatología de los Trastornos Afectivos. Traducción española en editorial Pirámide.
- BOYLE, G. (1985). Self-Report Measures of Depression: Some Psychometric Considerations. British Journal of Clinical Psychology, 24, 45-59.
- BRODY, G.H. & FOREHAND, R. (1986). Maternal Perceptions of Child Maladjustment as a Function of the Combined Influence of Child Behavior and Maternal Depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, No 2, 237-240.
- BROWN, F & EPPS, P (1966). Childhood Bereavement and Subsequent Crime. British Journal of Psychiatry, 112, 1043-1048.

BIBLIOGRAFIA

- BROWN, G.; HARRIS, T. et al. (1977). Depression and Loss. British Journal of Psychiatry, 130, 1-18.
- BROWN, E. & HARRIS, T. (1978). Social Origins of Depression. London, Tavistock Publications.
- BROWN, G.; HARRIS, T. et al. (1986). Long-Term Effects of Early Loss of Parent. In RUTTER: Depression in Young People. London, Guilford Press.
- BRUMBACH, R. et al. (1977). Depression in Children to an Educational Diagnostic Center—diagnosis and Treatment and Analysis of Criteria and Literature Review. Citado en CANTWELL & CARLSON 1983.
- BUNNEY, W. & DAVID, J. (1965). Norepinephrine in Depressed Reactions. Citado en PAYKEL 1982, 1985.
- BURBACH, D.J. & BORDUIN, C.M. (1986). Parent-Child relations and the etiology of Depression. Clinical Psychology Review, 6, 133-153.
- BURBACH, D.; FARHA, J. et al (1986). Assessing Depression in Community Samples of Children Using Self-Report Inventories: Ethical Considerations. Journal of Abnormal Child Psychology, 14, No 4, 579-589.
- BURGESS, E. (1955). Mental Health in Modern Society. Mental Health and Mental Disorders. New York, A.M. Rose.
- BURGIN, D. (1986). Depression in Children and Adolescents. Psychopathology, 19, Supple. 2, 148-155.
- BUTLER, L.; MIEZITIS, S. et al. (1980). The Effect of Two School-based Intervention Programs on Depressive Symptoms in Preadolescents. American Educational Research Journal, 17, No 1, 111-119.
- BYRNE, C. & CADMAN, D. (in press). Prevention of the Adverse Effects of Hospitalization in Children. Journal of Preventive Psychiatry.
- CAMPBELL, J.D. (1952). Manic-depressive Psychosis in Children: Report of 18 Cases. Journal of Nervous Mental Disorders, 116, 424-439.
- CANALDA, G. (1987). El Estrés en la Infancia. En ALZATE DE HEREDIA, R. Transtornos de Conducta en la Infancia. Bilbao 1987, Servivio Editorial Universidad del País Vasco.
- CANTWELL, D.P. & BAKER, L. (1982). Depression in Children with Speech, Language and Learning Disorders. Journal Child Contemporary Society, 15, 51-59.

- CANTWELL, D.P. & CARLSON, G. (1979). Problems and Prospects in the Study of Childhood Depression. Journal Nerv. Ment. Dis. 167, 522-529.
- CANTWELL, D.P. & CARLSON, G.A. (1981). Factor Analysis of a Self-Rated Depressive Inventory for Children: Factor Structure, and Nosological Utility. Citado en SAYLOR & SPIRITO et al. 1984.
- CAPLAN, M. & CANTWELL, D.P. (1980). A survey of Depressive Symptoms, Syndrome and Disorder in a Child Psychiatric Population. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 21, 19-25.
- CARBONELL, C. (1984). Aspectos Epidemiológicos y Transculturales. Pathos.
- CARLSON, G.A. & CANTWELL, D.P. (1979). A Survey of Depressive Symptoms in a Child and Adolescent Psychiatric Population. Journal American Acad. Child Psychiatry, 18, 587-599.
- CARLSON, G.A. & CANTWELL, D.P. (1980). Unmasking Masked Depression in Children and Adolescents. American Journal Psychiatry, 137, No 4, 445-449.
- CARLSON, G.A. & CANTWELL, D.P. (1983). Affective Disorders in Childhood and Adolescence. New York, Spectrum Publications Medical & Scientific Books. Traducción española en Martínez Roca, Barcelona 1987.
- CASSEL, S. (1982). The Development of the Concept of Childhood Depression. Presented at Southeastern Psychological Association meeting, New Orleans.
- CHAPANIS, (1961). Citado en MARTINEZ 1984.
- CHESS, S.; THOMAS, A. (1977). A Temperamental Individuality from Childhood to Adolescence. J. of the Amer. Acad. of Child Psychiatr., 16, 218-226.
- CLAYTON, P. & BARRET, J. (1983). Treatment of Depression: Old Controversies and New Approaches. Raven Press.
- COCHRAN, W. (1986). Técnicas de Muestreo. México, CECOSA.
- COHEN, N.J.; WEHRSPANN, W. et al. (1985). Concurrent Validity of the Internalizing and Externalizing Profile Patterns of the Achenbach Child Behavior Checklist. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53, No 5, 724-728.
- COMMINS, S. & HEISLER, A.B. (1980). Depression in Children and Adolescents. Pediatric Annals, 9, No 7, 263-269.

- CONGRES DE CULTURA CATALANA (1977). La Divisió Territorial de Catalunya, Barcelona, Seix y Barral Hnos, S.A.
- CONNELL, H.M. (1972). Depression in Childhood. Child Psychiat. Hum. Devel., 4, 71-85.
- CONNELL, H.; IRVINE, L. et al. (1982). The Prevalence of Psychiatric Disorder in Rural School Children. Australian and New Zealand Journal Of Psychiatry, 16, 43-46.
- CONNERS, C. (1976). Classification and Treatment of Childhood Depression and Depressive Equivalents. Citado en KOVACS 1983.
- CONNERS, C.; HIMMELHOCH, J. et al. (1979). Children of Parents with Affective Illness. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 18, 600-607.
- COOPERSMITH, S. (1967). The Antecedents of Self-Esteem. San Francisco: Freeman.
- COSTELLO, C.G. (1972). Depression: Loss of Reinforcers or Loss of Reinforcer Effectiveness?. Behavior Therapy, 3, 240-247.
- COSTELLO, CH.G. (1980). Childhood Depression: Three Basic but Questionable Assuptions in the LEFKOWITZ and BURTON Critique. Psychol. Bull., 87, 185-190.
- COSTELLO, A.J.; EDELBROCK, C. et al. (1984). Development and Testing of the NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) in a Clinic Population: Final Report. ROCKVILLE, MD: Center for Epidemiological Studies, NIMH.
- COSTELLO, E.J., EDELBROCK, C. et COSTELLO, A. (1985). Validity of the NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children: A comparison between pediatric and psychiatric referrals. Journal of Abnormal Child Psychology, 13, 579-595.
- COSTELLO, A.J. (1986). Assessment and Diagnosis of Affective Disorders in Children. Journal Child Psychology Psychiatry, 27, No 5, 565-574.
- CROCKER, J.; TABACHNIK, K.N. et al. (1985). Comparing The Self with Others in Depressed and Nondepressed College Students: Reply to Mc CANLEY. Journal of Personality and Social Psychology, 48, No 6, 1579-1583.
- CRONBACH, L.J. (1951). Coefficient Alpha and the Internal Structure of test. Psychometrika, 16, 297-334.

- CROWELL, B.A.; GEORGE, L.K. et al. (1986). Psychosocial Risk Factors and Urban/Rural Differences in the Prevalence of Major Depression. British Journal of Psychiatry, 149, 307-314.
- CYTRYN, L. & MCKNEW, D. (1971). Depressive Illness in Children. British Medical Journal, 2, 237.
- CYTRYN, L. & MCKNEW, D. (1972). Proposed Classification of Childhood Depression. American Journal Psychiatry, 129, No 2, 149-155.
- CYTRYN, L. & MCKNEW, D. (1974). Factors Influencing the Changing Clinical Expression of the Depressive Process in Children. American Journal of Psychiatry, 131, 879-881.
- CYTRYN, L.; MCKNEW, D. et al. (1980). Diagnosis of Depression in Children: A Reassessment. American Journal of Psychiatry, 137, No 1, 22-25.
- CYTRYN, L.; MCKNEW, D.; et al. (1984). A Developmental View of Affective Disturbances in the Children of Affectively ill Parents. Am. Journal Psych., 141:2, 219-222.
- CYTRYN, L.; MCKNEW, D. et al. (1986). Developmental Issues in Risk Research: The Offspring of Affectively Ill Parents. In RUTTER: Depression in Young People. London, Guilford Press.
- DAVIS, R.; GUPTA, N. (1965). The First Ten Years: Some Phenomena of a Private Psychiatric Hospital. Indian Journal Psychiat., 7, 231.
- DEPUE, R.A. & MONROE, S.M. (1978). Learned Helplessness in the Perspective of the Depressive Disorders: Conceptual and Definitional Issues. Journal of Abnormal Psychology, 87, 3-20.
- DIEZ MANRIQUE y col (1984). Los Estudios Comunitarios de Salud Mental. Su Diseño y Método. Rev. Asoc. Espa. Neuropsiquiatría. Vol.IV, N 11, 319-329.
- DIXON, W.J. (1980). BMDP Biomedical Computer Programs. Los Angeles, UCLA.
- DOWRENSEND, B.; DOWRENSEND, B. (1971). The Prevalence of Psychiatric Disorders in Urban versus Rural Settings in Psychiatry. Proc 6th World Congress Psychiatry. México. (Excerpta Medica. Amsterdam).
- DOHRENWEND, B.S. & DOHRENWEND, B.P. (1972). Stressful Life Events: Their Nature and Effects. New York: Wiley.

- DOHRENWEND, B.P. & DOHRENWEND, B.S. (1974). Psychiatric Disorders in Urban Settings. In ARIEBI, SILVANO (ed): American Handbook of Psychiatry. New York, Basic Books.
- DOHRENWEND, B.S. & DOHRENWEND, B.P. (1984). Stressful life Events & their Contexts. Rutgers University Press.
- DOMENECH, E. (1987). Prevención de la Depresión Infantil. En POLAINO-LORENTE: Depresiones Infantiles. Madrid, ed. Morata (en prensa).
- DOMENECH, E. (1987). Concepto y Prevalencia de la Depresión Infantil. En prensa.
- DOMENECH, E.; COSTAS, C. (1987). Factores de Riesgo Psicopatológico en el Recien Nacido y en el Lactante. En prensa.
- DOMENECH, E.; MONREAL, P.; EZPELETA, L. (1985). Escala de Depresión Infantil para Maestros, ESDM. Universidad Autónoma de Barcelona. Manuscrito No publicado.
- DOMENECH, E. Y POLAINO, A. (1987). Epidemiología de la Depresión Infantil en España. En prensa.
- DOMENECH, J.M. (1983). Técnicas de Muestreo y División Aleatoria. Barcelona, Documentos del Laboratorio de Psicología Matemática de la Universidad Autónoma de Barcelona.
- DOMENECH, J.M. y RIBA, D. (1985). Métodos Estadísticos. Modelo Lineal de Regresión. Barcelona. Editorial Herder.
- DOUGLAS, J. (1975). Early Hospital Admissions and Later Disturbances on Behaviour and Learning. Developmental Medicine and Child Neurology, 17, 456-480.
- DUBE, K.C. (1964). Survey of Mental Morbidity in India at Mental Hospital Agra. Indian Journal Psychiat., 6, 98.
- DUGAS, M. (1984). La Depression Chez l'Enfant. Paris. Edition Médecine et Enfance.
- DYSON, W.L. & BARCAI, A. (1970). Treatment of Children of Lithium-Responding Parents. Current Therapeutic Research, 12, 286-290.
- EARLS, F. & RICHMAN, N. (1980). The Prevalence of Behavior Problems in Three-year-old Children of West Indian-born Parents. Journal Child Psychol. Psychiatr., 21, 99-106.
- EARLS, F. (1982). Application of DSM-III in an Epidemiological Study of Pre-school Children. Am. J.

- Psychiat. 193: 2, 242-243.
- EATON, J.W.; WETL, R.J. (1955). Culture and Mental Disorders: a Comparative Study of the Hutterites and other Populations. Glencoe, Illinois: Free Press.
- EDELBROCK, C. & COSTELLO, A.J. (1984). Structured Psychiatric Interviews for Children and Adolescents. In G.GOLDSTEIN & HERSEN (Eds), Handbook of Psychological Assessment. New York: Pergamon.
- EDELBROCK, C.; COSTELLO, A.J. et al. (1985). Age Differences in the Reliability of the Psychiatric Interview of the Child. Child Development, 56, 265-275.
- EDELBROCK, C.; COSTELLO, A.J. et al. (1986). Parent-Child Agreement on Child Psychiatric Symptoms Assessed Via Structured Interview. Journal Child Psychology Psychiatry, 27, No 2, 181-190.
- EIDUSON, B. (1984). Conflict and Stress in non Traditional Families: Impact on Children. En Ann. Progress in Child Psychol. and Child Develop. 251-262.
- ELEJABARRIETA, F.J. (1986). La Representación Social de la Informática y algunos Efectos Psicosociales de la Informatización. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona.
- EME, R.F. (1979). Sex Differences in Childhood Psychopathology: A Review. Psychological Bulletin, 86, 574-595.
- EMERY, R.; WEINTRAUB, S. et al. (1982). Effects of Marital Discord on the School Behavior of Children of Schizophrenic, Affectively Disordered, and Normal Parents. Journal of Abnormal Child Psychology, 10, 215-228.
- ENDICOTT, J. & SPITZER, R.L. (1978). A Diagnostic Interview: The Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia. Archives of General Psychiatry, 35, 837-844.
- ESTROFF, T.W.; HERRERA, C. et al. (1984). Maternal Psychopathology and Perception of Child Behavior in Psychiatrically Referred and Child Maltreatment Families. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 23, No 6, 649-652.
- ETXEBARRIA, A. (1986). Factores Psicosociales de Riesgo en las Enfermedades Isquémicas Coronarias: Aspectos Teóricos y Metodológicos. Tesis Doctoral, País Vasco.
- EYSENCK, H.J. & EYSENCK, S.B. (1978). Cuestionario de

Personalidad EPQ-J. Madrid, TEA.

- FARIS, R.E. & DUNHAM, H.W. (1939). Mental Disorders in Urban Areas: An Ecological Study of Schizophrenia and other Psychoses. En PAYKEL 1982, 1985.
- FAULSTICH, M.E. et al. (1986). Assessment of Depression in Childhood and Adolescence: An Evaluation of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC). American Journal of Psychiatry, 143, 1024-1027.
- FAVARELLI, C.; SACCHETTI, E. et al. (1986). Early Life Events and Affective Disorder Revisited. British Journal of Psychiatry, 148, 288-295.
- FERSTER, C.B. (1965). Classification of behavior pathology. In ULLMAN KRASNER (eds.): Research in Behavior Modification. Holt, Rinehart y Winston; New York.
- FERSTER, C.B. (1966). Animal Behavior and Mental Illness. Psychological Records, 16, 345-346.
- FERSTER, C.B. (1974). Behavioral Approaches to Depression. In FRIEDMAN, R.J. & KATZ, M.M. (eds.): The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research. Washington, DC: VH Winston and Sons.
- FERSTER, C.B. (1981). A Functional Analysis of Behavior Therapy. In REHM, L.P. (eds.): Behavior Therapy for Depression: Present Status and Future Directions. Academic Press, New York.
- FIERRO, A. (1984). Autoestima Implícita: Su Medición y sus Correlatos. Comunicación personal presentada al I Congreso de Evaluación Psicológica. Madrid.
- FINCH, A. J. & SAYLOR, C.F. (1984). An Overview of Child Depression. In BURNS, W. & LAVIGNE, J.: Progress In Pediatric Psychology, Grune & Stratton, 201-239..
- FINCH, A.J.; SAYLOR, C.F. et al. (1985). Children's Depression Inventory: Sex and Grade Norms for Normal Children. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53, No 3, 424-425.
- FINE, S. (1986). Divorce: Cultural Factors and Kinship Factors in the Adjustment of Children. Child Psychiatry and Human Development, 17, No 2, 121-128.
- FIRTH, M.A. & CHAPLIN, L. (1987). Research Note: The Use of the Birlson Depression Scale with a Non-Clinical Sample of Boys. Journal Child Psychology Psychiatry, 28, No 1, 79-85.



- FISCHER, M. & GOTTESMAN, I. (1980). A Study of Parents both Hospitalized for Psychiatric Disorders. In ROBINS et al. (eds): The Social Consequences of Psychiatric Illness. New York, Brunner/Mazel, 77-90.
- FLEMING, C. & KELLY, M. (1982). Valid Assessment of Childhood Depression. Citado en FINCH & SAYLOR 1984.
- FORREST, A.D.; FRASER, R.H. et al. (1965). Environmental Factors in Depressive Illness. Briti. Journal Psychiat. 111, 243-253.
- FREUD, S. (1917). Mourning and Melancholia. London: Hogarth Press Ltd.
- FREUD, S. (1923). The Ego and the Id. London: Hogarth Press Limited. Traducción castellana Alianza Editorial 1978.
- FRIEDMAN, R.J. & BUTLER, L.F. (1979). Development and Evaluation of a Test Battery to Assess Childhood Depression. Ontario Institute for Studies in Education. Unpublished manuscript.
- FROMMER, E. (1967). Treatment of Childhood Depression with Antidepressant Drugs. British Medical Journal, 1, 729-732.
- FROMMER, E. (1968). Depressive Illness in Childhood. Child Psychiat., 2, 117-123.
- FUNDUDIS, T.; BERNEY, T. et al. (1986). Childhood Depression. Reliability and Validity of Self Rating Measures. Comun. XI Congrès International de Psychiatrie de l'Enfant et de l'adolescent. Paris, juillet.
- GAENSBAUER, T. (1980). Anaclitic Depression in a three-and-one-half-month-old Child. American Journal of Psychiatry, 137, No 7, 841-842.
- GAENSBAUER, T.; HARMON, R.; CYTRYN, et al (1984). Social/affective Development in Proband Infants: Study of Infants of Parents with Bipolar Illness. American Journal of Psychiatry, 141, 223-230.
- GALANTE, R. & FODA, D. (1986). An Epidemiological Study of Psychic Trauma and Treatment Effectiveness for Children after a Natural Disaster. Journal Of the American Academy of Child Psychiatry, 25, 357-363.
- GARCIA VILLAMISAR, A.D. (1983). Análisis Experimental de un Modelo Cognitivo Procesual Integrativo de Desamparo Aprendido en Adolescentes. Tesis Doctoral. Santiago de Compostela.

- GARCIA VILLAMISAR, A.D. y POLAINO-LORENTE, A. (1985). Depresión Infantil: Una Revisión Conceptual desde la Perspectiva Clínica (I),(II). Revista Pediátrica Española, 43, No 9, 249-253, 254-258.
- GARFIELD, E. (1981). What Do We Know About Depression? Part 1: Etiology. 19, 5-12.
- GARMEZY, N. (1986). Developmental Aspects of Children's Responses to the Stress of Separation and Loss. In RUTTER: Depression in Young People. London, Guilford Press.
- GASTPAR, M. (1986). Epidemiology of Depression (Europe and North America). Psychopathology, 19, Suppl. 2, 17-21.
- GENERATITAT DE CATALUNYA: DEPARTAMENT D'ENSENYAMENT, (1985). Centres Públics i Privats de les Comarques de Girona, Pre-escolar, EGB i Educació Especial. Barcelona, Gener.
- GHODSIAN, M.; ZAJICEK, E. et al. (1984). A Longitudinal Study of Maternal Depression and Child Behavior Problems. Journal Child Psychology Psychiatry, 25, No 1, 91-109.
- GLASER, K. (1967). Masked Depression in Children and Adolescents. American Journal of Psychotherapy, 21, 565-574.
- GOMEZ DE TERREROS, M. Influencia del Factor Temperamento sobre la Hospitalización de Niños Lactantes. Manuscrito en prensa.
- GONZALEZ INFANTE, J.M. y col. (1985). Algunas Consideraciones en Torno a la Epidemiología Psiquiátrica en España. Psicopatología, 5, No 4, 341-351.
- GONZALEZ RIVERA, J.L.y MORERA, A. (1983). La Valoración de los Sucesos Vitales: Adaptación Española de la Escala de HOLMES & RAHE. Psiquis, 4, 20-25.
- GOODYER, I.; KOLVIN, I. et al (1985). Recent Undesirable Life Events and Psychiatric Disorder in Childhood and Adolescence. British Journal of Psychiatry, 147, 517-523.
- GOODYER, I.M.; KOLVIN, I. et al. (1986). Do Age and Sex Influence the Association Between Recent Life Events and Psychiatric Disorders in Children and Adolescents?— A Controlled Enquiry. Journal Child Psychology Psychiatry, 27, No 5, 681-687.
- GORE, S. (1984). Stress-Buffering Functions of Social

- Sopport: an Appraisal and Clarification of Research Models. Citado en ETXEBARRIA 1986.
- GRAHAM, P.J. (1974). Depression in Pre-pubertal Children. Develop. Med. Child Neurol., 16, 340-349.
- GRAHAM, P.J. (1986). Behavioral and Intellectual Development. British Medical Bulletin, 42, No 2, 155-162.
- GRANVILLE-GROSSMAN, I.L. (1966). Early Bereavement and Schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 112, 1027-1034.
- GREEN, B.J. (1980). Depression in Early Adolescence: An Exploratory Investigation of its Frequency, Intensity, and Correlates. Citado en KOVACS 1983.
- GRINKER, R.R. (1961). Phenomena of Depression. New York. Paul B. Hober, Inc.
- GRUENBERG, E. (1980). Epidemiology. En KAPLAN; et al.: Comprehensive Textbook of Psychiatry. Traducción española en Salvat 1982.
- GUY, W. (1976) Citado en CANTWELL & CARLSON 1983.
- HAMMEN, C.; MAYOL, A. et al. (1986). Initial Symptom Levels and the Life-events-Depression Relationship. Journal of Abnormal Psychology, 96, No 2, 114-122.
- HANDFORD, H.A.; MAYES, S.D. et al. (1986). Child and Parent Reaction to the Three Mile Island Nuclear Accident. Journal of The American Academy of Child Psychiatry, 25, 346-356.
- HARE, E. (1956). Mental Illness and Social Conditions in Bristol. Journal Mental Science, 102, 349-357.
- HAWTON, K.; ROBERTS, J. et al (1985). The Risk of Child Abuse Among Mothers Who Attempt Suicide. British Journal of Psychiatry, 146, 486-489.
- HELSEL, W.J. & MATSON, J.L. (1984). The Assessment of Depression in Children: The Internal Structure of the Child Depression Inventory (CDI). Behav. Res. Ther., 22, No 3, 289-298.
- HERJANIC, B.; HERJANIC, M. et al (1975). Are Children Reliable Reporters?. Journal Abnormal Child Psychology, 3, 41-48.
- HETHERINGTON, E.M.; COX, M.; et al. (1978). The Aftermath of Divorce. Citado en OFFORD 1987.

- HETHERINGTON, E.; COX, E. et al. (1979). Family Interaction and the Social Emotional and Cognitive Development of Children Following Divorce. Citado en GARMEZY 1986.
- HETHERINGTON, E.; COX, E. et al. (1981). Effects of Divorce on Parents and Children. In LAMB (ed): Non-Traditional Families. Citado en RUTTER 1986.
- HILL, D.W. & PRINCE, J. S. (1967). Childhood Bereavement and Adult Depression. Brit. Journal Psychiat., 113, 743-751.
- HIRSCH, M.; PAEZ, P.; CHAMBERS, W. et al. (1980). Diagnosis of Childhood Psychopathology by Semistructured Interview. Citado en FINCH & SAYLOR 1984.
- HIRSCHFELD, R. & CROSS, C.K. (1982). Epidemiology of Affective Disorders. Psychosocial Risk Factors. Arch Gen Psychiatry, 39, 35-46.
- HODGES, K.; McNEW, D.; CYTRYN, L. & KLINE, J. (1982). The Child Assessment Schedule (CAS) Diagnostic Interview: a Report on Reliability and Validity. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 21, 468-473.
- HODGES, K.; SIEGEL, L.J. et al. (1983). Factor Analysis of the Children's Depression Inventory. Psychological Reports, 53, 759-763.
- HODGES, K.; McNEW, D. et al. (1984). Diagnostic Concordance Between Two Structured Interviews for Children: The Child Assessment Schedule and the KIDDIE-SADS. Citado en COSTELLO 1986.
- HODGES, K.; KLINE, J.J. et al. (1985). Depressive Symptoms in Children with Recurrent Abdominal Pain and in Their Families. The Journal of Pediatrics, 107, No 4, 622-626.
- HOKANSON, J.; SACCO, P. et al. (1980). Interpersonal Behavior of Depressive Individuals in a Mixed-motive Game. Journal of Abnormal Psychology, 89, 3, 320-332.
- HOLLON, S.D. (1980). Test Review: Children's Depression Scale. Journal Child Psychology and Psychiatry, 21, 371-372.
- HOLMES, T. & RAHE, R. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. Citado en CANALDA 1987.
- HORNEY, K. (1950). Neurosis and Human Growth: The Struggle Toward Self Realization. Citado en OLLENDICK 1986.
- HUMPHRIES, L.; GRUBER, J. et al. (1985). Motor Proficiency in

- Depressed Adolescent Inpatients: Biochemical and Clinical Diagnostic Correlates. Developmental and Behavioral Pediatrics, 6, No 5, 259-262.
- HUSAINI, B.A.; NEFF, J.A. et al. (1980). Depression in Rural Communities: Validating the CES-D Scale. Journal of Community Psychology, 8, 20-27.
- JACOBSEN, R.H.; LAHEY, B.L. et al. (1983). Correlates of Depressed Mood in Normal Children. Journal of Abnormal Child Psychology, 11, No 1, 29-40.
- JANOWSKI, D.S.; EL-YOUSEF, M. et al. (1972). A Cholinergic Adrenergic Hypothesis of Mania and Depression. Citado en PAYKEL 1982, 1985.
- JOHNSON, J.H. (1982). Life Events as Stressors in Childhood and Adolescence. In LAHEY, B.B. & KAZDIN, A.E. (eds): Advances in Clinical Child Psychology, vol. 5. New York: Plenum Press.
- JORESKOG, K. & SORBOM, D. (1984). LISREL VI Analysis of Linear Structural Relationships by the Method of Maximum Likelihood. USA, Scientific Software, Inc.
- KAFFMAN, M. & ELIZUR, E. (1983). Bereavement Responses of Kibbutz and Non-kibbutz Children Following the Death of the Father. Journal Child Psychol. Psychiatr., 24, No 3, 435-442.
- KAGAN, A. (1978). Childhood and Adolescence: Objectives, Definitions, Problems. In LEVI, L. (eds.): Society, Stress and Disease. II Childhood and Adolescence. London: Oxford University Press.
- KANDEL, D. & DAVIES, M. (1982). Epidemiology of Depressive Mood in Adolescents. Archives General Psychiatry, 39, 1205-1212.
- KANE, J. & LAWER, E. (1978). Methods of Peer Assessment. Psychological Bulletin, 85, 555-586.
- KANFER, F. (1970). Self-Regulation: Research Issues and Speculations. In NEURINGER & MICHAEL eds: Behavior Modification in Clinical Psychology. New York.
- KANNER, A.D.; COYNE, J.C. et al. (1981). Comparison of Two Modes of Stress Measurement: Daily Hassles and Uplifts Versus Major Life Events. Journal of Behavioral Medicine, 4, 1-37.
- KAPLAN, H.B. (1983). Psychosocial Stress: Trends in Theory and Research. Academic Press, New York.

- KAPLAN, S.; HONG, G.; WEINHOLD, CH. (1984). Epidemiology of Depressive Symptomatology in Adolescents. J. Am. Acad. Child Psychiat. 23, 91-98.
- KASHANI, J. & SIMONDS, J. (1979). The Incidence of Depression in Children. American Journal Psychiatry, Sep., 136-139.
- KASHANI, J.H.; BARRERO, G.J. et al. (1981). Depression in Hospitalized Pediatric Patients. Journal American Academ. Child Psychiatr., 20, 123-134.
- KASHANI, J.; HODGES, K. et al. (1981). Life Events and Hospitalization in Children: A Comparison with a General Population. British Journal Psychiatry, 139, 221-225.
- KASHANI, J.; HUSAIN, et al. (1981). Current Perspectives on Childhood Depression: An Overview. American Journal Psychiat., 138, 143-153.
- KASHANI, J.H.; VENZKE, R. et al. (1981). Depression in Children Admitted to Hospital for Orthopaedic Procedures. British Journal Psychiatry, 138, 21-25.
- KASHANI, J.H. (1982). Epidemiology of Childhood Depression. In LESTER-GRESSPOON: Psychiatry 1982, Annual Review, American Psychiatric Press.
- KASHANI, J.H.; MCGEE, R.O. et al. (1983). Depression in a Sample of 9-Year-Old Children. Arch. Gen. Psychiatry, 40, 1217-1223.
- KASHANI, J.H.; RAY, J.S. et al. (1984). Depression and Depressive-Like States in Preschool Age Children in a Child Development Unit. American Journal Psychiatry, 141, 1397-1402.
- KASHANI, J.H.; HOLCOMB, W.; ORVASCHEL, H. (1986). Depression and Depressive Symptoms in Preschool Children from the General Population. American Journal of Psychiatry, 143, 1138-1143.
- KASHANIN, J. (1931). The Affective Psychosis in Children. American Journal of Psychiatry, 10, 897-926.
- KASLOW, N.J.; REHM, L.P. & SIEGEL, A.W. (1984). Social-Cognitive and Cognitive Correlates of Depression in Children. Journal of Abnormal Child Psychology, 12, No 4, 605-620.
- KASLOW, N.J.; TANENBAUM, R. et al. (1983). Problem-Solving Deficits and Depressive Symptoms among Children. Journal of Abnormal Child Psychology, 11, 497-502.

- KASTRUP, M. (1976). Psychic Disorders Among Pre-school Children in a Geographically Delimited Area of Aartius County, Denmark. Acta Psychiat. Scand., 54, 29-42.
- KASTRUP, M. (1977). Urban-Rural Differences in 6-Year Olds. In GRAHAM, P.H.: Epidemiological Approaches in Child Psychiatry, London, Pergamon Press.
- KAUFMAN, I.C. & ROSENBLUM, L.A. (1969). Effects of Separation from Mother on the Emotional Behavior of Infant Monkeys. Annals of the New York Academy of Science, 159, 681-695.
- KAZDIN, A.E. (1981). Assessment Techniques for Childhood Depression. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 20, 358-375.
- KAZDIN, A.E. & FETTI, T.A. (1982). Self-Report and Interview Measures of Childhood and Adolescent Depression. Journal Child Psychol. Psychiat., 23, No 4, 437-457.
- KAZDIN, A.E.; FRENCH, N.H et al. (1983). Assessment of Childhood Depression: Correspondence of Child and Parent Ratings. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 22, No 2, 157-164.
- KAZDIN, A.E.; MOSER, J. et al. (1985). Depressive Symptoms Among Physically Abused and Psychiatrically Disturbed Children. Journal of Abnormal Psychology, 94, No 3, 298-307.
- KAZDIN, A.E. (1987). Children's Depression Scale: Validation With Child Psychiatric Inpatients. Journal Child Psychology Psychiatry, 28, No 1, 29-41.
- KELLY, (1982). A Comparison of the Personality Inventory for Children (PIC) and the Child Behavior Checklist (CBCL) with an Independent Behavior Checklist Completed by Clinicians. Tesis Doctoral no publicada. DUKE, Univ.
- KENDELL, R.E. (1976). The Classification of Depressions: A Review of Contemporary Confusion. British Journal Psychiat., 129, 15-28.
- KINZIE, J.D.; SACK, W.H. et al. (1986). The Psychiatric Effects of Masive Trauma on Cambodian Children. I The Children. Journal of The American Academy of Child Psychiatry, 25, 370-376.
- KORPITZ, E.M. (1976). El test gestaltico visomotor para niños. Buenos Aires. Guadalupe.
- KORUP, U. (1985). Parent and Teacher Perception of Depression in Children. Journal of School Health, 55,

367-369.

- KOVACS, M. & BECK, A. (1977). An Empirical Clinical Approach Towards a Definition of Childhood Depression: In SCHULTERBRANDT & RASKIN (ed), Depression in Children: Diagnosis, Treatment and Conceptual Models. New York: Raven Press.
- KOVACS, M. & BECK, A. (1978). Maladaptive Cognitive Structures in Depression. American Journal of Psychiatry, 135, 525-533.
- KOVACS, M. (1978). Interview Schedule for Children (ISC). University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, Pennsylvania.
- KOVACS, M. (1981). Rating Scales to Assess Depression in School-Aged Children. Acta Paedopsychiatria, 46, 305-315.
- KOVACS, M. (1983). The Interview Schedule for Children: Interrater and parent-Child Agreement. Unpublished manuscript.
- KOVACS, M. (1983). The Children's Depression Inventory: A Self-rated Depression Scale for School-aged Youngsters. Unpublished manuscript, University of Pittsburgh School of Medicine.
- KOVACS, M. et al. (1984). Depressive Disorders in Childhood. Archives General Psychiatry, 41, 229-239; 643-649.
- KOVACS, M. (1985). The Children's Depression Inventory. Psychopharmacology Bulletin, 21, 995-998.
- KOVACS, M. (1986). A Developmental Perspective on Methods and Measures in the Assessment of Depressive Disorders: The Clinical Interview. In RUTTER: Depression in Young People. London, Guilford Press.
- KRAKOWSKI, A.J. (1970). Depressive Reactions of Childhood and Adolescence. Psychosomatics, 11, 429-433.
- KUHN, R. (1963). The Occurrence and Treatment of Endogenous Depression in Children. Cited in OLLENDICK 1986.
- KUPERMAN, S. & STEWART, M. (1979). The Diagnosis of Depression in Children. Journal Of Affective Disorders, 1, 213-217.
- LACHAR, D. & GDOWSKI, C.L. (1979). Actuarial Assessment of Child and Adolescent Personality: An Interpretative Guide for the Personality Inventory for Children Profile. Los Angeles: Western Psychological Services.



- LACHAR, D. (1982). Personality Inventory for Children (PIC) Revised Format Manual Supplement. Los Angeles: Western Psychological Services.
- LACHAR, D.; GDOWSKI, C.L. et al (1984). External Validation of the Personality Inventory for Children Profile and Factor Scales. Parent, Teacher and Clinician Ratings. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52, 155-164.
- LANG, M. & TISHER, M. (1978). Children's Depression Scale. Victoria, Australia. Australian Council for Educational Research.
- LANGER, T.; MICHAEL, S. (1963). Life Stress and Mental Health. New York, Free Press of Glencoe.
- LAVIK, N.J. (1977). Urban-Rural Differences in Rates of Disorder. In GRAHAM, P.H.: Epidemiological Approaches in Child Psychiatry, London, Pergamon Press.
- LAWLEY, D. & MAXWELL, A. (1971). Factor Analysis as a Statistical Method. London, Butterworths.
- LAYNE, C. & BERRY, E. (1983). Motivational Deficit in Childhood Depression and Hyperactivity. Journal of Clinical Psychology, 39, No 4, 523-531.
- LAZARUS, A. (1968). Learning Theory and the Treatment of Depression. Behavior Research and Therapy, 6, 83-89.
- LEFCOURT, H. (1984). Locus of Control and Stressful Life Events. In DOHRENWEND & DOHRENWEND: Stressful Life Events and their Contexts. USA: Rutgers University Press.
- LEFKOWITZ, M. & BURTON, N. (1978). Childhood Depression: A Critique of the Concept. Psychological Bulletin, 85, 716-726.
- LEFKOWITZ, M.M. (1980). Childhood Depression: A Reply to COSTELLO. Psychological Bulletin, 87, 191-194.
- LEFKOWITZ, M.M. & TESINY, E.P. (1980). Assessment of Childhood Depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48, 43-50.
- LEFKOWITZ, M.M. & TESINY, E.P. (1981). Peer Nomination Inventory. Department of Mental Hygiene. New York, January
- LEFKOWITZ, M.M. & TESINY, E.P. (1985). Depression in Children: Prevalence and Correlates. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53, No 5, 647-656.

- LEIGHTON, D.C.; HARDING, J.S.; et al. (1963). The Cherectes of Danger. N. York Basic Books Inc.
- LEON, G.R.; KENDALL, P.C. et al. (1980). Depression in Children: Parent, Teacher and Child Perspectives. Journal of Abnormal Child Psychology, 8, No 2, 221-235.
- LESSE, S. (1974). Depression Masked by Acting out Behavior. American Journal of Psychotherapy, 28, 352-361.
- LEWINSOHN, P.M. (1974). A Behavioral Approach to Depression. In FRIEDMAN, R. & KATE, M.: The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research, New York, Winston & Sons.
- LEWINSOHN, P.M.; BIGLAN, A. et al. (1976). Behavioral Treatment of Depression. In DAVIDSON, P.: The Behavioral Management of Anxiety, Depression and Pain, New York, Brunner-Mazel.
- LEWINSOHN, P.M. et al. (1979). Reinforcement of Depression. Citado en GARCIA 1983. LEWINSOHN, P.M. et al. (1980). Social Competence and Depression. Journal of Abnormal Psychology, 89, 2.
- LIEM, R. & LIEM, J.H. (1984). Relations among Social Class, Life Events, and Mental Illness: a Comment on Finding and Method. In DOHRENWEND & DOHRENWEND: Stressful Life Events & Their Contexts.
- LILIENFELD, A.M. & LILIENFELD, D.E. (1980). Foundations of Epidemiology. New York: Oxford University Press. (Traducción española: Fundamentos de Epidemiología. México, Fondo Educativo Interamericano).
- LIN, N; SIMEONE, R.; et al. (1979). Social Support, Stressful Life Events and Illness: A Model and Empirical Test. Journal Of Health and Social Behavior, 20, 108-119.
- LINDGREN, S.D.; HARPER, D.C., et al. (1986). Environmental Influences and Perinatal Risk Factors in High-Risk Children. Journal of Pediatric Psychology, 11, No 4, 531-547.
- LING, W.; OFTEDAL, G. et al (1970). Depressive Illness in Childhood Presenting as Severe Headache. American J. of Diseases of Children, 120, 122-124.
- LOBOVITS & HANDAL (1985). Childhood Depression: Prevalence using DSM-III criterion and Validity of Parent and Child Depression Scales. Journal of Pediatric Psychology, 10, 45-54.
- LOCKE, B.Z. & SLABY, A.E.. (1984). Preface: Stressful Life

- Events. In DOHRENWEND & DOHRENWEND : Stressful Life Events & Their Contexts.
- LONFELLOW, C.; RELLE, D. (1984). Stressful Environments and their Impact on Children. In HUMPHREY: Stress in Childhood. New York, Ams Press, 63-78.
- LOPEZ FEAL, R. (1985). Interpretación de "Outputs" del programa de computadora LISREL VI. Departamento de Psicología Experimental. Universidad de Barcelona.
- LORR, M. (1982). On the Use of Cluster Analytic Techniques. Journal of Clinical Psychology, 38, No 2, 461-462.
- MAHLER, M.S. (1961). On Sadness and Grief in Infancy and Childhood: Loss and restoration of the Symbiotic Love Object. Psychoanalytic Study of the Child, 16, 332-351.
- MAIER, S.F. & SELIGMAN, M. (1976). Learned Helplessness: Theory and Evidence. Journal of Experimental Psychology: General, 105, 3-46.
- MAKITA, K. (1973). The Rarity of Depression in Childhood. Acta Psychiatrica, 40, 37-44.
- MALMQUIST, C. (1971). Depression in Childhood and Adolescence I y II. Citado en GARCIA 1983.
- MALMQUIST, C.P. (1975). Depression in Childhood. In FLACH & DRAGHI (eds.): The Nature and Treatment of Depression. New York: Wiley, 33-59.
- MALMQUIST, C.P. (1977). Childhood Depression: A Clinical and Behavioral Perspective. En SHULTERBRANDT, RASKIN ed: Depression in Children: Diagnosis, Treatment and Conceptual Models. New York, Raven press.
- MALMQUIST, C.P. (1986). Children Who Witness Parental Murder: Post-traumatic Aspects. Journal of The American Academy of Child Psychiatry, 25, 320-325.
- MARTINEZ, C. (1980). Estudio de la autoestima en un contexto psicoeducativo. Tesis Doctoral no publicada.
- MARTINEZ, C. (1984). Psicometría. Memoria de Oposición presentada al área de Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Barcelona.
- MARX, (1966). Citado en MARTINEZ 1984.
- MATUSSEK, P. & WIEGAND, M. (1984). Partnership Problems as Causes of Endogenous and Neurotic Depressions. Acta Psychiatrica Scandinavica, 71, 95-104.

- MEDIR, R. M. Y MINISTRAL, M. (1986). Les Comarques Gironines, Aproximació a la Realitat Sòcio-geogràfica. Girona, Diputació de Girona, Servei d'Estudis, Documentació i Informació.
- MESA, F. (1986). La Depresión Infantil: Entre la Ambigüedad Conceptual y la Definición Clínica. Apuntes 2 Trimestre.
- MEZZICH, A.C. & MEZZICH, J.E. (1979). Symptomatology of Depression in Adolescence. Journal of Personality Assessment, 43, 267-275.
- MILGRAM, N.A. (1982). War Related Stress in Israeli Children and Youth. In GOLDBERGER, L. & BREZNITZ, S. (eds.): Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects. New York: The Free Press.
- MILLER, P.; DEAN, C. et al. The Epidemiology of Life Events and Long-term Difficulties, with some Reflections on the Concept of Independence. British Journal of Psychiatry, 148, 686-696.
- MILLER, W. & SELIGMAN, M. (1975). Depression and Learned Helplessness in man. Journal of Abnormal Psychology, 84, 228-238.
- MILLER, S. & SELIGMAN, E. (1984). Modelo Reformulado de Desamparo y la Depresión. En NEUFELD: Psicopatología y Stress. Barcelona, Ed. Toray.
- McGEE, R.; ANDERSON, J. et al. Cognitive Correlates of Depressive Symptoms in 11-Year-Old Children. Journal of Abnormal Child Psychology, 14, No 4, 517-524.
- McKINNEY, W. (1977). Animal Biological/Behavior Models Relevant to Depressive and Affective Behaviors in Humans. In SCHULTERBRANDT, J.G. & RASKIN (eds.): Depression in Children: Treatment and Conceptual Models. New York: Raven Press.
- McKNEW, D.H.; CYTRYN, L.; et al. (1979). Offspring of Patients with Affective Disorders. British Journal of Psychiatry, 134, 148-152.
- MONROE, M.S. et al. (1983). Prediction of Psychological Symptoms under High-Risk Psychosocial Circumstances: Life Events, Social Supports and Symptom Specificity. Citado en PAEZ, 1986.
- MOORE, T. (1978). Stress in Normal Childhood. En LEVI (ed): Society, Stress and Disease II: Childhood and Adolescence. Citado en CANALDA 1987.

- MORGAN, W. (1968). Selected Physiological and Psychomotor Correlates of Depression in Psychiatric Patients. The Research Quarterly, 39, No 4, 1037-1043.
- MORILLO, E. & GARDNER, L. (1979) Citado en PETTI 1983.
- MORRISON, H.L. (1983). Children of Depressed Parents. New York, Grune & Stratton.
- MOUREN, M.C. (1980). Les Troubles de l'humeur Chez l'Enfant de Moins de 13 ans. Paris, Presses Universitaires de France.
- MUNRO, A. & GRIFFITHS, A. (1968). Further Data on Childhood Parent-loss in Psychiatric Normals. Acta Psychiatrica Scandinavica, 44, 385-400.
- MUÑOZ, P.E. et al. (1979). Estudios Epidemiológicos. PASN-3: Psiquiatría vol. I, II, III. Pamplona. Diputación Foral de Navarra.
- NEFF, J.A. (1983). Urbanicity and Depression Reconsidered. The Evidence Regarding Depressive Symptomatology. The Journal of Nervous and Mental Disease, 171, No 9, 546-552.
- NEWMAN, C.J. (1976). Children of Disaster: Observations at Buffalo Creek. American Journal of Psychiatry, 133, 306-312.
- NISSEN, G. (1971). Depressive Syndrome in Kindes-und Jugendalter. Berlin, Springer Verlag.
- NISSEN, G. (1986). La Depresión es Frecuente en los Niños. El País, 26 noviembre.
- NOGUEIRA, R. Y MONREAL, P. (1988). Relación de Variables demográficas con la depresión infantil. En DOMENECH y FOLAINO: Estudio Epidemiológico de la Depresión Infantil en España. En prensa.
- NOLEN-HOEKSEMA, S.; SELIGMAN, M.E. et al. (1986). Learned Helplessness in Children: A Longitudinal Study of Depression, Achievement, and Explanatory Style. Journal of Personality and Social Psychology, 51, No 2, 435-442.
- NORVELL, N.; BROPHY, CH. et al. (1985). The Relationship of Anxiety to Childhood Depression. Journal of Personality Assessment, 49, No 2, 150-153.
- NORVELL, N. & TOWLE, P.O'B. (1986). Self-Reported Depression and Observable Conduct Problems in Children. Journal of Clinical Child Psychology, 15, No 3, 228-232.

- OFFORD, D.R. (1987). Prevention of Behavioral and Emotional Disorders in Children. Journal Child Psychol. Psychiat., 28, No 1, 9-19
- O'HARA, M.W.; KOHOUT, F.J.; WALLACE, R.R. (1985). Depression Among The Rural Elderly. Journal Nerv. Ment. Disease, 173, 582-589.
- OLLENDICK, T. & HERSEN, M. (1983). Handbook of Child Psychopathology. New York, Plenum Press. Traducción española en Martínez Roca S.A., Barcelona 1986.
- ORCAJADA, J. (1985). Un Estudio Epidemiológico acerca del Síndrome Esquizofrénico en la Región de Murcia. Psiquis, 6, No 3, 17-24.
- ORVASCHEL, H.; WEISSMAN, M. et al (1980). The Children of Depressed Parents; The Childhood of Depressed Patients; Depression in Children. Journal of Affective Disorders, 2, 1-16.
- ORVASCHEL, H.; WEISSMAN, M.M. et al. (1981). Assessing Psychopathology in Children of Psychiatrically Disturbed Parents: A Pilot Study. Journal Amer. Acade. Child Psychiatry, 20, 112-122.
- ORVASCHEL, H.; PUIG-ANTICH, J.; CHAMBERS, W. et al. (1982). Retrospective Assessment of Prepubertal Major Depression with the Kiddie-SADS-E. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 21, 392-397.
- OSSOFFSKY, H.J. (1974). Endogenous Depression in Infancy and Childhood. Citado en OLLENDICK 1986.
- OVELLETE, S. & PUCCETTI, M. (1983). Personality and Social Resources in Stress Resistance. Journal of Personality and Social Psychology, 45, No 4, 839-850.
- PAEZ, D. y col. (1986). Salud Mental y Factores Psicosociales. Madrid, Editorial Fundamentos.
- PAYKEL, E.S.; MYERS, J.K. et al. (1969). Life Events and Depression. Archives General Psychiatr. 21, 753-760.
- PAYKEL, E.S. (1982). Handbook of Affective Disorders. Edimburgo, Churchill Livingstone. Traducción española en Pirámide, Madrid 1985.
- PEARCE, J. (1977). Depressive Disorders in Childhood. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 18, 79-83.
- PEDRO-CARROLL, J.L. & COWEN, E.L. (1985). The Children of Divorce Intervention Program: An Investigation of the Efficacy of a School-Based Prevention Program. Journal

- of Consulting and Clinical Psychology, 53, No 5, 603-611.
- PERRIS, C.; HOLMGREN, S. et al. (1986). Parental Loss by Death in the Early Childhood of Depressed Patients and of their Healthy Siblings. British Journal of Psychiatry, 148, 165-169.
- PETTI, T.A. (1978). Depression in Hospitalized Child Psychiatry Patients: Approaches to Measuring Depression. Journal of the American Academy of Child Psychiatry,
- PETTI, T.A. (1981). Depression in Children. A Significant Disorder. Psychosomatics, 22, 444-447.
- PETTI, T.A. (1983). Depression and Withdrawal in Children. In OLLENDICK & HERSEN : Handbook of Child Psychopathology. New York, Plenum Press.
- PHIFER, J.F. & MURRELL, S.A. (1986). Etiologic Factors in the Onset of Depressive Symptoms in Older Adults. Journal of Abnormal Psychology, 95, No 3, 282-291.
- PHILLIPS, I. (1979). Childhood Depression: Interpersonal Interactions and Depressive Phenomenon. American Journal of Psychiatry, 136, 511-515.
- PHILLIPS, I. (1980). Research Directions in Child Psychiatry. American Journal of Psychiatry, 137, 1436-1438.
- PHILLIPS, I. & FRIEDLANDER, S. (1982). Conceptual Problems in the Study of Depression in Childhood. In LESTER GRISPOD: Psychiatry 1982 Annual Review. American Psychiatric Press, Inc.
- PIPP (1979). Actuarial Analysis of Adolescent Personality: Self-Report Correlates for the PIC Profile Scales. Tesis Doctoral no publicada. Wayne State University. Detroit.
- POLAINO-LORENTE, A. (1984). Depresión: Actualización Psicológica de un Problema Clínico. Madrid, editorial Alhambra.
- POLAINO-LORENTE, A. (1985). La Depresión. Barcelona, Martinez Roca ed.
- POLAINO-LORENTE, A. y col (1987). Las Depresiones Infantiles. En prensa.
- POLITANO, P.M. et al. (1985). Factor Analytic Evaluation of Differences Between Black and Caucasian Emotionally

- Disturbed Children on the Children's Depression Inventory. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 8, No 1, 1-7.
- POZNANSKI, E. & ZRULL, J. (1970). Childhood Depression: Clinical Characteristics of Overtly Depressed Children. Archives of General Psychiatry, 23, 8-15.
- POZNANSKI, E.; KRAHENBUHL, V.; ZRULL, J.P. (1976). Childhood Depression: A Longitudinal Perspective. J. Am. Acad. Child Psychiat. 15, 491-501.
- POZNANSKI, E.O.; COOK, S.C. et al. (1979). A Depression Rating Scale for Children. Pediatrics, 64, No 4, 442-450.
- POZNANSKI, E. (1983). Controversy and Conflicts in Childhood Depression. En PETTI, T. (ed). Childhood Depression. New York, Haworth Press, 3-10.
- POZNANSKI, E. (1984). Children's Depression Rating Scale-Revised. Department of Psychiatry, Luke's Medical Center, Chicago.
- POZNANSKI, E. (1984). Preliminary Studies of the Reliability and Validity of the Children's Depression Rating Scale. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 23, No 2, 191-197.
- POZNANSKI, E. (1985). Children's Depression Rating Scale-Revised. Psychopharmacology Bulletin, 21, No 4, 1985.
- POZNANSKI, E.; MOKROS, H.B. et al. (1985). Diagnostic Criteria in Childhood Depression. American Journal Psychiatry, 142, No 10, 1168-1173.
- PRITCHARD, M. & GRAHAM, P. (1966). An Investigation of a Group of Patients Who Have Attended both the Child and Adult Departments of the Same Psychiatric Hospital. British Journal of Psychiatry, 112, 603.
- PUIG-ANTICH, J. (1986). Psychobiological Markers: Effects of Age and Puberty. In RUTTER & IZARD et al.: Depression in Young People. London, Guilford Press.
- PUIG-ANTICH, J.; BLAU, S. et al. (1978). Prepubertal major depressive disorders. A pilot study. Journal Am. Acad. Child Psychiat., 17, 695-707.
- PUIG-ANTICH, J. & CHAMBERS, W. (1978). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-age Children (6-16 years). Columbia University, Unpublished manuscript. New York State Psychiatric Institute.



- PUIG-ANTICH, J.; CHAMBERS, W. et al. (1979). Cortisol Hypersecretion in Prepubertal Depressive Illness: A Preliminary Report. Psychoneuroendocrinology, 4, 191-197.
- PUIG-ANTICH, J.; ORVASCHEL, H. et al. (1980). The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-age Children-Epidemiologic version (Kiddie-SADS-E), New York: Wiley & Sons, 1-42.
- PUIG-ANTICH, J. & GITTELMAN, R. (1982). Depression in Childhood and Adolescence. In PAYKEL (ed). Handbook of Affective Disorders. New York: Churchill Livingstone.
- PUIG-ANTICH, J.; CHAMBERS, W. et al. (1983). The Clinical Assessment of Current Depressive Episodes in Children and Adolescents: Interviews with Parents and Children. In CANTWELL, D.P. & CARLSON, G.A.: Affective Disorders in Childhood and Adolescence-An Update. Spectrum Publications.
- PYNDOOS, R.S. & ETH, S. (1986). Witness to Violence: The Child Interview. Journal of The American Academy of Child Psychiatry, 25, 306-319.
- RADLOFF, L. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. Applied Psychological Measurement, 1, 385-401.
- REITE, M.; SHORT, R. et al. (1981). Attachment, Loss, and Depression. Journal Child Psychology Psychiatry, 22, 141-169.
- RESCHLY, D.J. & JIPSON, F.J. (1976). Ethnicity, Geographic Locale, Age, Sex, and Urban-Rural Residence as Variables in the Prevalence of Mild Retardation. American Journal Of Mental Deficiency, 81, No 2, 154-161.
- RHEM, L.P. (1977). A Self-Control Model of Depression. Behavior Therapy, 8, 784-804.
- RHEM, L.P. & GLAZER, H. (1981). Depression Behavioral and Directive Intervention Strategies. Garland, New York.
- RIE, H.E. (1966). Depression in Childhood. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 5, 653-685.
- RIGAMER, E.F. (1986). Psychological Management of Children in a Natural Crisis. Journal of The American Academy of Child Psychiatry, 25, 364-356.
- ROBINS, L.; HELZER, J.E. et al. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: its

- History, Characteristics, and Validity. Archives of General Psychiatry, 38, 381-389.
- ROBINS, L.; HELZER, J. et al. (1984). Lifetime Prevalence of Specific Psychiatric Disorders in Three Sites. Archives Of General Psychiatry, 41, 949-958.
- ROCHLIN, G. (1959). The Loss Complex. Journal American Psychoan. Ass., 7, 299-316.
- RODRIGUEZ SACRISTAN, J.; CARDOZE, D. y col. (1984). Aspectos Evaluativos y Diagnósticos de las Depresiones Infantiles. Sistemas Objetivos de Medida: Experiencias con el Inventario Español de Depresiones Infantiles (CEDI) Modificado. De KOVACS & BECK. Revista de Neuropsiquiatría Infantil, 2, No 3, 65-74.
- ROLF, J. & GARMEZY, N. (1974). The School Performance of Children Vulnerable to Behavior Pathology. Citado en ORVASCHEL, et al. 1980.
- ROSENBAUM ASARNOW, J. & CARLSON, G.A. (1985). Depression Self-Rating Scale: Utility with Child Psychiatric Inpatients. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53, No 4, 491-499.
- ROSENBERG, L.A. & JOSHI, P. (1986). Effect of Marital Discord on Parental Reports on the Child Behavior Checklist. Psychological Reports, 59, 1255-1259.
- ROTNEM, D.; GENEL, M. et al. (1977). Personality Development in Children with Growth Hormone Deficiency. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 16, 412-426.
- ROTTER, J. (1966). Generalized Expectancies for Internal Versus External Control of Reinforcement. Citado en ETXEBARRIA 1986.
- ROTUNDO, N. & HENSLEY, V.R. (1985). The Children's Depression Scale. A Study of its Validity. Journal Child Psychol. Psychiat. 26, No 6, 917-927.
- ROY, A. (1987). Five Risk Factors for Depression. British Journal of Psychiatry, 150, 536-541.
- RUTTER, M. (1966). Children of Sick Parents. An Environmental and Psychiatric Study. Institute of Psychiatry, Maudsley Monographs, Núm. 16. Londres: Oxford University Press.
- RUTTER, M. (1967). A Children's Behaviour Questionnaire for Completion by Teachers: Preliminary Findings. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 8, 1-11.

- RUTTER, M.; TIZARD, J. et al. (1970). Education Health and Behaviour. London, Longman Group Ltd.
- RUTTER, M. (1971). Parent-Child Separation: Psychological effects on the Children. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 12, 233-260.
- RUTTER, M.; YULE, R. et al. (1974). Attainment and Adjustment in Two Geographical Areas: III- Some Factors Accounting for Area Differences. British Journal Psychiatry, 125, 520-533.
- RUTTER, M.; YULE, W. et al. (1974). Children of West Indian Immigrants. I Rates of Behavioural Deviance and of Psychiatric Disorders. Journal Child Psychol. Psychiatry, 15, 241-262.
- RUTTER, M.; COX, A. et al. (1975). Attainment and Adjustment in Two Geographical Areas: I- The Prevalence of Psychiatric Disorder. British Journal Psychiatry, 126, 493-509.
- RUTTER, M.; TIZARD, J.; YULE, W. et al. (1976). Isle Of Wight Scales 1964-1974. Psychological Medicine, 6, 313-332.
- RUTTER, M. (1981). The City and The Child. Am. Jour. Orthopsychiat. 51, (4), 610-625.
- RUTTER, M. (1982). Surveys to Answer Questions. Some Methodological Considerations. Acta Psychiatrica Scandinavica. Suppl. 296, vol. 65, 64-76.
- RUTTER, M. (1985). Family and School Influences on Behavioral Development. J. Child Psychol. Psychiatr., 26, (3), 340-368.
- RUTTER, M.; IZARD, C.E. et al. (1986). Depression in Young People. Developmental and Clinical Perspectives. New York, Guilford Press.
- RUTTER, M. (1987). The Rol of Cognition in Child Development and Disorder. The British Journal of Medical Psychology, 1-16.
- SACHAR, E.; ASNIS, G. et al. (1980). Neurotransmitter Regulation of Cortisol Secretion in Depression. Citadu en PAYKEL 1982, 1985.
- SACCO, W. & GRAVES, D. (1985). Correspondence Between Teacher Rating of Childhood Depression and Child Self-rating. Journal of Clinical Psychology, 14, 353-355.

- SANCHEZ CARRION, J.J. (1984). Introducción a las Técnicas de Análisis Multivariable Aplicadas a las Ciencias Sociales. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas.
- SANTISTEBAN, E.; GOMEZ, M.L. y col. (1984). Adaptación y Experiencias con la Escala de Depresiones Infantiles de Birlson. Revista de Neuropsiquiatría Infantil, 2, 137-147.
- SAYLOR, C.F.; FINCH, A.J. et al. (1984). Children's Depression Inventory: Investigation of Procedures and Correlates. Journal of the American of Child Psychiatry, 23, No 5, 626-628.
- SAYLOR, C.F.; FINCH, A.J. et al. (1984). The Children's Depression Inventory: A systematic Evaluation of Psychometric Properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52, No 6, 955-967.
- SAYLOR, C.F.; FINCH, A.J. et al. (1984). Construct Validity for Measures of Childhood Depression: Application of Multitrait-Multimethod Methodology. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52, No 6, 977-985.
- SHILDRAUT, J. (1965). The Catecholamine Hypothesis of Affective Disorders: A Review of Supporting Evidence. Citado en PAYKEL 1982, 1985.
- SCHILDRAUT, J. & PETY, S. (1967). Biogenic Amines and Emotion. Citado en PAYKEL 1982, 1985.
- SCHULTERBRANDT, J. & RASHIN, A. (1977). Depression in Children: Diagnosis, Treatment and Conceptual Models. New York: Raven Press.
- SCHWAB, J.; WARHEIT, G. et al. (1974). Mental Health: Rural-Urban Comparisons. Mental Health Soc., 1, 265-274.
- SELIGMAN, M.E. (1974). Depression and Learned Helplessness. Citado en RUTTER 1986.
- SELIGMAN, M.E. (1975). Helplessness. Traducción española: Indefensión. Madrid, editorial Debate. 1981.
- SELIGMAN, M. & PETERSON, C. (1986). A Learned Helplessness Perspective on Childhood Depression: Theory and Research. In RUTTER: Depression in Young People. London, Guilford Press.
- SELIGMAN, M.E.; MAIER, S. (1981). A Learned Helplessness Point of View. En RHEM (ed): Behavior Therapy for Depression: Present Status and Future Directions. New

York, Academic Press.

- SELIGMAN, M.E.; PETERSON, C. et al. (1984). Attributional Style and Depressive Symptoms Among Children. Journal of Abnormal Psychology, 83, 235-238.
- SHAPIRO, M.R. (1983). Self-Reported Feelings in Clinical Depression: An Analysis of Published Data. British Journal of Medical Psychology, 56, 211-223.
- SHEPHERD, M. (1982). The Application of the Epidemiological Method in Psychiatry. Acta Psychiatr. Scandinav., Suppl. 296, vol. 65, 9-23.
- SIEGELMAN, M. (1966). Psychometric Properties of the Wiggins and Winder Peer Nomination Inventory. Journal of Psychology, 64, 143-149.
- SIMON & NEWELL (1963). Citado en MARTINEZ 1984.
- SKINNER, B.F. (1953). Science and Human Behavior. McMillan, New York. Traducción española: Ciencia y Conducta Humana. Fontanella, Barcelona.
- SPITZ, R.A. (1946). Anaclitic Depression. Psychoanal. Study Child, 2, 313-341.
- SPITZER, R.L.; ENDICOTT, J. et al. (1978). Research Diagnostic Criteria. Archives of General Psychiatry, 35, 773-782.
- SPSS Inc. (1984). SPSSx User's Guide. New York, Mc Graw-Hill.
- STEVENSON, D.T. & ROMNEY, D. M. (1984). Depression in Learning Disabled Children. Journal of Learning Disabilities, 17, No 10, 579-582.
- STODDARD, F.; CONNELL, K.. (1983). Dysphoria in Children with Severe Burns. In PETTI, T. Childhood Depression. New York, Haworth Press.
- STONE, A. (1982). The Objectivity and Subjectivity of Life Events. Journal of Clinical Psychology, 38, No 2, 333-340.
- SYMONDS, M. (1968). The Depression in Childhood and Adolescence. American Journal of Psychoanalysis, 28, 189-195.
- SYMONDS, M. (1970). Depression in Adolescence. Citado en OLLENDICK 1986.
- TENNANT, C.; BEBBINGTON, P. et al. (1980). Parental Death in

- Childhood and Risk of Adult Depressive Disorders: A Review. Annual Progress in Child Psychiatry and Development, 238-257.
- TENNANT, C.; HURRY, J. et al. (1982). The Relation of Childhood Separation Experiences to Adult Depressive and Anxiety States. British Journal Psychiat. 141, 475-482.
- TERR (1981). Psychic Trauma in Children: Observations Following the Chowchilla School-bus kidnapping. American Journal of Psychiatry, 138, 14-19.
- TESINY, E.P.; LEFKOWITZ, M.M. (1980). Childhood Depression, Locus of Control, and School Achievement. Journal of Educational Psychology, 72, No 4, 506-510.
- THOITS, P. (1983). Dimensions of Life Events that Influence Psychological Distress: An evaluation and Synthesis of the Literature. In KAPLAN, H.B. (Eds).
- THOMAS, A.; CHESS, S.; BIRCH, H.G. et al. (1963). Behavioral Individuality in Early Childhood. New York, University Press.
- THOMAS, A. & CHESS, S. et al. (1978). Temperament and Behavior Disorder in Children. New York, University Press.
- TISHER, M. & LANG, M. (1982). The Children's Depression Scale: Review and Further Developments. In CANTWELL & CARLSON (eds): Childhood Depression. New York, Spectrum.
- TISHER, M. & LANG, M. (1983). The Children's Depression Scale: Review and Futher Developments. In CANTWELL, D.P. & CARLSON, G.A.: Affective Disorders in Childhood and Adolescence. Spectrum Publications.
- TONKIN, GG. & HUDSON, A. (1981) Citado en CANTWELL & CARLSON 1983.
- TOOLAN, J.M. (1962). Depression in Children and Adolescents. American Journal of Orthopsychiatry, 32, 404-414.
- TURNER, R. (1983). Direct, Indirect and Moderating Effect of Social Support on Psychological Distress and Associated Condition. Citado en ETXEBARRIA 1986.
- VAN EERDEWEGH, M.; BIERI, M. et al (1982). The Bereaved Child. British Journal Psychiatr., 140, 23-29.
- VARSAMIS, J. & McDONALD, S.M. (1972). Manic Depressive Disease in Childhood: A Case Report. Canadian

- Psychiatric Association Journal, 17, 279-281.
- VAZQUEZ BARQUERO, J.L. (1980). Metodología de la Investigación Epidemiológica Psiquiátrica: Los Estudios Transversales en dos Fases de la Comunidad. Revista de Psiquiatría y Psicología Médica, Tomo XIV, No 7, 153-160
- VAZQUEZ BARQUERO, J.L.; MUÑOZ, P.E. y col. (1981). La Incidencia de los Factores Socioculturales Sobre la Morbilidad Neurótica en la Comunidad. Revista de Psiquiatría y Psicología Médica, No 2, 67-85.
- VAZQUEZ BARQUERO, J.L. Y DIEZ MANRIQUE, J.F. (1982). Las Fuentes de Información en la Investigación Epidemiológica en Psiquiatría. Psiquis, 3, 9-15.
- VERHUIST, F.; AKKERHUIS, G. et al. (1985). Mental Health in Dutch Children: (I) A Cross-Cultural Comparison. Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl. 323, vol. 72.
- VERNON, P. (1980). Inteligencia y Entorno Cultural. Madrid, Marova.
- VIKAN, A. (1985). Psychiatric Epidemiology in a Sample of 1510 Ten-year-old Children.- I. Prevalence. Journal Child Psychol. Psychiatr., 26, No 1, 55-75.
- VISAUTA, B. (1986). Técnicas de Investigación Social. Modelos Causales. Barcelona. Editorial Hispano Europea.
- VIZCARRO, C. Y GARCIA MARCOS, J.A. (1987). Los Autoinformes. En FERNANDEZ BALLESTEROS, R Y CARROBLES, J.A.I.: Evaluación Conductual: Metodología y Aplicaciones. Madrid, Ediciones Pirámide.
- WALLERSTEIN, J. (1983). Children of Divorce: Stress and Developmental Tasks. In GARMEZY 1986.
- WALLERSTEIN, J.; KELLY, J. (1980). Surviving the Breakup: How Children and Parents Cope with Divorce. New York, Basic Books.
- WEINBERG, W.A.; RUTMAN, J. et al. (1973). Depression in Children Referred to an Educational Diagnostic Center: Diagnosis and Treatment. Journal of Pediatrics, 83, 1065-1072.
- WEINER, B. (1974). Achievement Motivation and Attribution Theory. Morriston. N.J. General Learning Press.
- WEINER, I. (1975). Depression in Adolescence. Citado en ORVASCHEL et al. 1980.

- WEINTRAUB, S. NEALE, J.M. et al. (1975). Teacher Ratings of Children Vulnerable to Psychopathology. American Journal Orthopsychiat., 45, 839-845.
- WEINTRAUB, S.; WINTERS, I. et al. (1986). Competence and Vulnerability in Children with an Affectively Disordered Parent. In RUTTER: Depression in Young People. London, Guilford Press.
- WEISSMAN, M. (1979). Depressed Parents and their Children: Implications for Prevention. Citado en GARMEZY 1986.
- WEISSMAN, M. (1987). Advances in Psychiatric Epidemiology: Rates and Risks for Major Depression. American Journal of Public Health, 77, No 4, 445-451.
- WEISSMAN, M. & KLERMAN, G. (1977). Sex Differences and The Epidemiology of Depression. Archives of General Psychiatry, 34, 98-111.
- WEISSMAN, M. & KLERMAN, G. (1978). Epidemiology of Mental Disorders Emerging Trends in U.S. Archives Gener. of Psychiatry, 35, 705-712.
- WEISSMAN, M.; PRUSOFF, B.A. et al. (1984). Psychopathology in the Children (Ages 6-18) of Depressed and Normal Parents. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 23, No 1, 78-84.
- WEISZ, J.R.; WEISS, B. et al. (1987). Control-Related Beliefs and Depression Among Clinic-Referred Children and Adolescents. Journal of Abnormal Psychology, 96, No 1, 58-63.
- WELLER, E. & WELLER, R. (1985). Clinical Aspects of Childhood Depression. Psychiatric Annals, 15, No6, 370-374.
- WELLS, V. & KLERMAN, G. et al (1987). The Prevalence of Depressive Symptoms in College Students. Social Psychiatry, 22, 20-28.
- WELNER, Z.; WELNER, A.; et al. (1977). Psychopathology of Children of Inpatients with Depression. Citado en PETTI 1983, 1986.
- WELNER, Z. (1978). Childhood Depression: An Overview. Journal of Nervous and Mental Disease, 166, 588-593.
- WIGGINS, J.S. & WINDER, C.L. (1961). The Peer Nomination Inventory: An Empirically Derived Sociometric Measure of Adjustment in Preadolescent Boys. Psychological Reports, Suppl. 5, V 9, 643-677.



## BIBLIOGRAFIA

- WILLIAMS, S. & HARPER, J. (1979). Depression in Childhood: I. Clinical Correlates of Depressed Children Admitted for Treatment to a Residential Program. Citado en FINCH & SAYLOR 1984.
- WILLIAMS, J.B. (1986). Proposed Revisions in the Childhood Classification. DSM-III-R Preview. Hospital and Community Psychiatry, 37, No 8, 789--790.
- WIRT, R.D.; LACHAR, D. et al. (1977). Multidimensional Description of Child Personality: A Manual for the Personality Inventory for Children. Los Angeles, Western Psychological Services.
- WOLKIND, S. & RUTTER, M. (1985). Separation, Loss and Family Relationships. En RUTTER & HERSOV (eds): Child and Adolescent Psychiatry. Modern Approaches. London. Blackwell Scientific Publications.
- WOLPE, J. & LAZARUS, A. (1966). Behavior Therapy Tecniques: A Guide to the Treatment of Neuroses. Pergamon Press.
- WRATE, R.M.; ROONEY, A.C. et al. (1985). Postnatal Depression and Child Development a Three-year follow-up Study. British Journal of Psychiatry, 146, 622-627.