

# Revista de Psicología

# GEPU

*Vol. 5 No. 2*



Diciembre de 2014

[www.revistadepsicologiagepu.es.tl](http://www.revistadepsicologiagepu.es.tl)



REVISTA DE PSICOLOGÍA GEPU  
Vol. 5 No. 2 – Diciembre de 2014  
ISSN 2145-6569



#### Editores

Argeli Arango Vasquez / Andrey Velásquez Fernández  
[argeli.arango@correounivalle.edu.co](mailto:argeli.arango@correounivalle.edu.co) / [andreyvelasquez@psicologos.com](mailto:andreyvelasquez@psicologos.com)

#### COMITÉ EDITORIAL

|                                                          |                                                                |                                                            |                                                             |                                                        |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <b>Ruben Dario Yepes</b><br>Universidad del Valle        | <b>Laura Daniela de los Rios</b><br>Universidad Javeriana Cali | <b>Fernando Palau</b><br>Investigador Independiente        | <b>Nataly Chacon Morales</b><br>GEPU                        | <b>Angelica Arias Montoya</b><br>Universidad del Valle |
| <b>Juan Camilo Gomez Diaz</b><br>Circulo Social del Self | <b>Erika Yuliana Castro</b><br>UCC Cali                        | <b>Gillian Bradbury Jaramillo</b><br>Universidad del Valle | <b>Christian Mauricio Quintero</b><br>Universidad del Valle | <b>Jose Alejandro Niño</b><br>ANEPSI                   |

#### CONSULTORES NACIONALES

|                                                                |                                                                |                                                               |                                                     |                                                           |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>Leonel Valencia Legarda</b><br>Universidad San Buenaventura | <b>Jorge Alexander Daza</b><br>Universidad Católica de Pereira | <b>Andrés de Bedout Hoyos</b><br>Universidad San Buenaventura | <b>Ximena Ortega Delgado</b><br>Universidad Mariana | <b>Daniel Hurtado Cano</b><br>Universidad Manuela Beltrán |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|

#### CONSULTORES INTERNACIONALES

|                                                                     |                                                           |                                                                        |                                                             |                                                             |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <b>Marcela Alejandra Parra</b><br>Universidad Autónoma de Barcelona | <b>Blanca Hurtado Caceda</b><br>Universidad Alas Peruanas | <b>María Amparo Miranda Salazar</b><br>Universidad del Valle de México | <b>Adriana Savio Corvino</b><br>Universidad de la República | <b>Hilda Janett Caquias</b><br>Escuela de Medicina de Ponce |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|

#### COORDINADORES DE DISTRIBUCION

|                                                                   |                                                    |                                                                                   |                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Margarita Ojeda</b><br>Asociación Paraguaya de Neuropsicología | <b>Mario Rosero Ordoñez</b><br>Universidad Mariana | <b>Nora Couso</b><br>Área de Medición Educativo Provincia del Chubut de Argentina | <b>Pablo Antonio Vásquez</b><br>Corporación para la Intervención Neuropsicopedagógica y la Salud Mental |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### INDEXACIONES



#### AUSPICIADORES



Agradecimientos especiales en este número a la Asistente Editorial Diana Cristina Mosquera. La **Revista de Psicología GEPU** es publicada por el Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle, 5 piso, Edificio 385, Ciudadela Universitaria Meléndez, Universidad del Valle, Santiago de Cali, Colombia. Los artículos son responsabilidad de sus autores y no reflejan necesariamente la opinión del Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle.

Hecho en Colombia - Sudamérica.

Safe Creative Código 1507194665200

Revista de Psicología GEPU Vol. 5 No. 2 by Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle is licensed under a Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported License. Creado a partir de la obra en <http://revistadepsicologiagepu.es.tl/Vol.--5-No.--2.htm>



**Kelly Romero Acosta\***

**Corporación Universitaria del Caribe (CECAR) / Colombia**

# LA COMORBILIDAD DE SÍNTOMAS ANSIOSOS Y DEPRESIVOS EN LA NIÑEZ. NUEVAS DIRECTRICES DE INVESTIGACIÓN

15

## THE COMORBIDITY OF ANXIETY AND DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY IN CHILDREN: NEW RESEARCH GUIDELINES

**Referencia Recomendada:** Romero-Acosta, K. (2014). La Comorbilidad de síntomas ansiosos y depresivos en la niñez. Nuevas directrices de investigación. *Revista de Psicología GEPU*, 5 (2), 15-31.

**Resumen:** *Objetivo:* Examinar el fenómeno de la comorbilidad de síntomas de ansiedad y de depresión en niños. *Metodología:* Revisión de los artículos disponibles en la base de datos PsycINFO y en la base de datos de la Universidad Autónoma de Barcelona utilizando como palabras clave: síntomas de ansiedad, síntomas depresivos y comorbilidad. *Resultados:* Los síntomas de ansiedad y de depresión tienen una alta prevalencia en la infancia. Algunos niños y niñas, sin cumplir todos los criterios para diagnosticar un trastorno, presentan síntomas que alteran el funcionamiento escolar, social y/o familiar. Frecuentemente estos dos grupos de síntomas se encuentran comórbidos en un mismo individuo, produciendo dificultades en el proceso del tratamiento. Aproximadamente, desde hace veinte años, se han realizado estudios sobre el fenómeno de la comorbilidad entre trastornos psicológicos, tales como ansiedad y depresión. Los resultados de esos trabajos abrían la posibilidad de que existiera un nuevo trastorno mixto ansiedad/depresión con peores consecuencias para la salud. El DSM-5 tenía entre sus posibles nuevos trastornos el trastorno mixto de ansiedad-depresión, sin embargo lo ha rechazado a finales de 2012 puesto que consideró que había muy poca investigación que confirme la existencia de este nuevo trastorno. A lo largo de este trabajo profundizaremos más al respecto. **Palabras**

**Clave:** Síntomas de ansiedad, Síntomas de depresión, Comorbilidad.

**Abstract:** *Objective:* To examine the comorbidity phenomenon of anxiety and depressive symptoms in children. *Methodology:* Review of available articles in the PsycINFO data basis and in the data basis of the University Autonomous of Barcelona using as key words: anxiety symptoms, depressive symptoms and comorbidity. *Results:* Anxiety and depressive symptoms have a high prevalence in childhood. Some children, without fulfilling all criteria for diagnosing psychological disorders, report symptoms that cause impairment at school, at home or with friends. Frequently, both groups of symptoms are in the same individual leading to difficulties in the treatment process. Approximately, for twenty years it has been studied about the comorbidity phenomenon between psychological disorders, such as, anxiety and depression. The results of these research works opened the possibility of a new mixed anxiety/depression disorder with worse health outcomes. The DSM-5 considered among its possible new disorders the mixed anxiety-depression disorder, but rejected it in late 2012 because it was deliberated that there was not enough research to confirm the existence of this new disorder. Throughout this work we will discuss the matter further. **Key Words:** Anxiety symptoms, Depression symptoms, Comorbidity.

**Recibido:** 29 de Julio de 2014

**Aprobado:** 13 de Diciembre de 2014

---

\* Licenciada en Psicología. Magíster en psicología clínica infanto-juvenil por la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). PhD. de psicopatología de niños, adolescentes y adultos por UAB. Actualmente trabaja como Docente Investigador en la Corporación Universitaria del Caribe. Correo electrónico: [k.kellyromeroacosta@gmail.com](mailto:k.kellyromeroacosta@gmail.com) - Autor de correspondencia. Dirección: Departamento de psicología de la Corporación Universitaria del Caribe (CECAR), Sincelejo (Sucre).

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos ansiosos y depresivos tienen una alta prevalencia en la población infantil. Infortunadamente, son poco tratados en atención primaria, y esto hace que reciban menos tratamiento en comparación con los niños que padecen trastornos externalizantes, tales como trastorno por déficit de atención con hiperactividad o trastorno de conducta (Diler, Birmaher, Brent, Axelson, Firinciogullari, et al., 2004). Además, según Angold, Costello y Erkanli (1999) los trastornos de ansiedad han recibido menos atención y han sido menos investigados que los trastornos de conducta y del humor.

Algunos pequeños sin cumplir todos los criterios diagnósticos presentan síntomas que impiden un adecuado funcionamiento escolar, social y/o familiar. Bernstein, Brochardt y Perwien (1996) señalan que los niños con alta sintomatología ansiosa que no cumplen los criterios para ser diagnosticados con trastorno de ansiedad, experimentan dificultades en la escuela, la familia y con los amigos. De ahí que el estudio de los síntomas internalizantes en la infancia sea de vital importancia para procurar tratamientos adecuados a niños que, si bien no cumplen los requisitos diagnósticos, presentan problemas en diferentes dimensiones de la vida cotidiana.

Por otra parte, las fluctuaciones sintomáticas en la infancia son mayores que en el adulto. Los síntomas aparecen, desaparecen o pueden ser incluso expresiones normativas de la edad (Cabasés, 2006). Ruiz y Gómez-Ferrer (2006), señalan que los cuadros graves y bien establecidos no son de difícil diagnóstico, sin embargo lo son, por el contrario, los casos leves (síntomas) de instauración lenta y que presentan comorbilidad.

La comorbilidad es la co-existencia de dos, o más, trastornos psicológicos en un mismo individuo que en la mayoría de los casos implica un incremento del nivel de gravedad de los síntomas, un peor pronóstico y una peor respuesta al tratamiento (Angold, et al., 1999; Axelson & Birmaher, 2001; Silverman & Ollendick, 2005). El estudio de la comorbilidad se ha venido realizando con entrevistas clínicas que nos dan un claro diagnóstico de los trastornos. No obstante, hasta hace poco se ha investigado la comorbilidad de síntomas ansiosos y depresivos en niños de 8 a 12 años (Romero, Canals, Hernández-Martínez, Jané, Viñas, et al., 2010). En estos estudios se ha encontrado un alto porcentaje de comorbilidad entre síntomas depresivos y ansiosos y entre grupos de síntomas ansiosos. El DSM-5 tenía en consideración este nuevo trastorno hasta finales de 2012, no obstante, finalmente decidió quitarlo del manual debido a que el consejo de administración estimó que no había

suficiente investigación como para colocarlo en la nueva versión del manual. No obstante, la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima versión (CIE-10) contempla en el apartado de los trastornos de ansiedad la existencia del trastorno mixto de ansiedad y de depresión. En el siguiente trabajo se abordará el tema de la comorbilidad entre síntomas ansiosos y depresivos y su valoración como trastorno. También, se intentará discernir nuevas líneas de investigación en el estudio de la ansiedad y de la depresión en la infancia.

## METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda exhaustiva de artículos científicos en la base de datos PsycINFO y en la base de datos de la biblioteca de la Universidad Autónoma de Barcelona, teniendo en cuenta como palabras clave: síntomas ansiosos, síntomas depresivos y comorbilidad. En total se encontraron 130 artículos publicados desde 2005 hasta 2010. Para la revisión bibliográfica se siguió el siguiente proceso de exclusión: que el rango de edad de los trabajos comprendiera el período de la niñez (20 artículos); que los artículos fueran escritos en idioma inglés o español (19 artículos). Posteriormente se revisó la bibliografía de cada artículo estudiado y se enriqueció nuestro trabajo con textos de la biblioteca de la Universidad Autónoma de Barcelona.

## RESULTADOS

### 1. *La Sintomatología Ansiosa en la Niñez*

La ansiedad es una característica innata en el ser humano cuya finalidad es preparar al individuo para reaccionar ante situaciones de peligro. Cabasés (2006), señala que la ansiedad frente a extraños y la ansiedad por separación son dos reacciones ansiosas normales antes de los seis años de edad. En los primeros años de vida, la ansiedad de separación constituye una protección para los pequeños puesto que evita que se alejen de la madre o se marchen con extraños. Es en estas circunstancias donde la ansiedad sirve para alertar de situaciones potencialmente peligrosas.

No obstante, cuando la ansiedad se desarrolla de manera inapropiada, no es específica de una edad determinada, tiene una duración prolongada y afecta tanto la esfera social, familiar y/o escolar, se habla de trastorno de ansiedad. Por ejemplo, la ansiedad adquiere un carácter patológico cuando se siente miedo desproporcionado por alejarse de los padres a la edad de once años (no es característica en estas edades) e impide al chico o chica salir con sus amigos o asistir a la escuela de forma regular (afecta la esfera social y escolar del chico o chica).

Al hablar de los trastornos de ansiedad encontramos que en el conjunto sintomático de cada uno de ellos aparecen síntomas comunes. Todos los trastornos de ansiedad tienen como característica común el proceso

de evitación y activación fisiológica por medio del cual se desarrolla el trastorno, sin embargo, difieren en el contenido o foco de la aprehensión (Silverman & Ollendick, 2005). De modo concreto, el contenido de la fobia específica consiste en la preocupación excesiva frente a un objeto o evento determinado mientras que el de la fobia social se centra en las situaciones en las cuales se hace muy probable la evaluación social. Los síntomas fisiológicos en la presentación de ambas situaciones pueden ser los mismos, esto es, sudoración, palpitaciones, temblores, mareos, entre otros, pero el motivo o la causa son diferentes.

Según Cabasés (2006), la ansiedad en la infancia puede desencadenarse por factores de riesgo de tipo personal (constitución biológica, temperamento); familiar (psicopatología de padres, mal ambiente familiar, ansiedad materna); social y escolar. En cuanto a los factores de riesgo de tipo familiar, Taboada, Ezpeleta y de la Osa (1998) encontraron que los síntomas depresivos en la madre y la ansiedad fóbica en el padre son también factores de riesgo para la presentación de ansiedad en la infancia y la adolescencia.

## *2. Prevalencia y Evaluación de los Síntomas Ansiosos en la Infancia*

Según la bibliografía consultada, el primer estudio epidemiológico sobre síntomas de ansiedad en niños (6 a 12 años) fue

realizado por Lapouse y Monk en 1958 (1958). Desde entonces se han venido realizando estudios epidemiológicos en la infancia que estiman que, hoy por hoy, los trastornos de ansiedad son los problemas psicológicos más diagnosticados en este grupo de edad (Echeburúa & Corral, 2003).

La prevalencia de los síntomas ansiosos en la niñez puede encontrarse entre 2,6% y 47% (Romero, et al., 2010; Cartwright-Hatton, McNicol, Doubleday, 2006; Boyd, Kostanski, Gullone, Ollendick, Shek, 2000). Sin embargo, no todos los grupos sintomáticos tienen la misma tasa de presentación en población general. Los dos grupos de síntomas ansiosos más prevalentes en los niños son la ansiedad por separación y la ansiedad generalizada (Romero, 2010; Cartwright-Hatton, et al., 2006). Son las niñas las que suelen informar de más síntomas de ansiedad, especialmente de ansiedad por separación (Angold, et al., 1999).

Tanto en el área de investigación como en la práctica clínica, se usan mucho los auto-informes por su fácil administración y porque tienen en cuenta el punto de vista de los niños. Entre los auto-informes más utilizados en el ámbito de la investigación y la clínica se encuentran los siguientes: el State-Trait Anxiety for Children (S-TAIC) (Spielberger, 1973) y la Revised Children's Manifest Anxiety Related Emotional Disorders (RCMAS) (Reynolds & Richmond, 1985). Estos auto-informes se crearon entre

las décadas del setenta y del ochenta. Sin embargo, a finales de los años 90 se construyeron tres nuevos instrumentos que miden sintomatología ansiosa:

Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) (March, Parker, Sullivan, Stalling & Conners, 1997). Contiene 39 ítems que evalúan cuatro dimensiones en niños de 8 a 17 años: síntomas físicos, ansiedad social, ansiedad por separación y evasión al peligro. Estos ítems se puntúan teniendo en cuenta cuatro opciones de respuesta: 0 = nunca, 1 = casi siempre, 2 = a veces y 3 = frecuentemente. Tiene buenas propiedades psicométricas tanto en población normal como en clínica (Silverman & Ollendick, 2005), además, el MASC correlaciona significativamente con el RCMAS (March, 1997).

Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) (Spence, 1998). El SCAS consta de 38 ítems que evalúan síntomas de ansiedad generalizada; ansiedad por separación; fobia social; trastorno de pánico y agorafobia; trastorno obsesivo compulsivo y fobia específica. Este instrumento puede ser aplicado a niños de 8 a 12 años de edad. Los ítems del SCAS pueden ser respondidos a partir de cuatro opciones de respuesta: 0 = nunca, 1 = a veces, 3 = frecuentemente y 4 = siempre. Asimismo, el SCAS posee buenas propiedades psicométricas (Spence, 1998).

Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) (Birmaher, Brent, Chiapetta, Bridge, Monga, et al., 1999, Birmaher, Khetarpal, Cully, 1997). Se diseñó teniendo en cuenta la experiencia clínica con niños, esto aumenta su valor puesto que no es una réplica o adaptación de un instrumento utilizado para adultos. Tiene tres opciones de respuesta: 0 = nunca o casi nunca, 1 = algunas veces y 3 = casi siempre o siempre. Posee cinco factores: pánico/somático, ansiedad generalizada, ansiedad de separación, fobia social y fobia escolar. Ha mostrado buena consistencia interna (.93) y buena fiabilidad test-retest (.90).

### 3. Síntomas Depresivos en la Infancia

La depresión forma parte de los trastornos del estado de ánimo, esta psicopatología tiene como signo patognomónico una alteración del humor. Al igual que la ansiedad, sentir tristeza es un sentimiento normal en el ser humano, sin embargo, se considera patológico cuando durante al menos dos semanas el individuo cae en un estado de ánimo deprimido que conlleva a una pérdida de interés o de placer en casi todas las actividades de su vida.

Durante muchos años se consideró que el trastorno depresivo era exclusivo de los adultos. No obstante, los síntomas depresivos en la infancia ya fueron señalados en el siglo XIX por Descuret (1857) y más entrado el siglo XX por Spitz (1946).

En las últimas versiones del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (APA, 2002), los criterios diagnósticos del trastorno de depresión mayor no están descritos concretamente para niños. Por lo tanto, para diagnosticar trastornos depresivos a niños y adolescentes se utilizan los criterios diagnósticos para adultos del DSM-IV (1994) o del DSM-IV-TR (2002).

La sintomatología depresiva infantil, en comparación con la del adulto, puede variar en intensidad, duración o expresión. Los síntomas más comunes de depresión en los niños pueden ser: culpabilidad, tristeza, irritabilidad, sentimiento de vacío y síntomas somáticos (Toros, Bilgin, Bugdayci, Sasmaz & Kurt, 2004). Domènech y Polaino-Lorente (1990), indican que detrás de la inhibición, de la profunda desmotivación o del aburrimiento, puede hallarse un cuadro depresivo infantil y, añaden, que estos síntomas pueden pasar inadvertidos para los adultos (padres, maestros y/o cuidadores) e incluso para el clínico.

Ruiz y Gómez-Ferrer (2006), señalan que al realizar la exploración psicopatológica en niños con sospecha de depresión, se debe tener en cuenta la siguiente sintomatología: disminución en la concentración y en la memoria; humor triste o irritable; pensamiento con contenido predominantemente de dolor, culpa o inutilidad; aumento o disminución en la psicomotricidad; alteración de sueño y

apetito; baja autoestima. También, añaden que entre los predictores de recurrencia de la depresión infantil se encuentran: el inicio del cuadro a una edad precoz y la comorbilidad con otros trastornos.

Entre los factores de riesgo que pueden influir en la aparición de la depresión infantil se encuentran la edad, la clase social, la historia psiquiátrica, el funcionamiento familiar y la raza (Angold, 1998; Canals, Domènech, Pagés, Ballart & Henneberg, 1991). Silverman y Ollendick (2005) indican que el temperamento, la psicopatología de los padres y los errores cognitivos son también factores de riesgo para desarrollar depresión en la infancia.

#### *4. Prevalencia y Evaluación de Síntomas Depresivos en la Infancia*

Una de las primeras investigaciones longitudinales sobre epidemiología de síntomas depresivos en España, se realizó en la ciudad de Reus (provincia de Tarragona, España), con niños de 11 a 13 años de edad (Canals, et al., 1991). Se halló una prevalencia de 9,8% el primer año y de 9,7% el segundo. También, Romero et al. (2010), en la ciudad de Reus, pero en niños de 8 a 12 años, hallaron 11,5% de prevalencia de síntomas depresivos. Estos porcentajes son similares a los encontrados por Ollendick y Yule (28) quienes compararon la sintomatología depresiva en niños británicos (9,5%) y estadounidenses (10%). De igual modo, en Italia se encontró

un 10,6% de niños (8-12 años) con síntomas depresivos (Frigerio, Pesenti, Molteni, 2001); y en Finlandia, por el contrario, una prevalencia de 6,2% (Almqvist, Kumpulainen, Ikkäheimo, Linna, Henttonen, et al., 1999).

Con respecto a la prevalencia de síntomas depresivos en niños y niñas, Sorensen y sus colegas (Sorensen, Nissan, Mors, Thomsen, 2005), no encontraron ninguna diferencia significativa de género en individuos de 8 a 13 años de edad. No obstante, encontraron diferencias entre los síntomas de los niños dependiendo de la edad. Esto es, anhedonia, hipersomnia, pérdida de apetito y decremento de la capacidad de concentración fueron los síntomas más frecuentes en niños mayores. La irritabilidad, retardo psicomotor, pérdida de control y quejas somáticas fueron más frecuentes en niños de 8 a 11 años.

Tampoco Bennett y sus colegas (2005) encontraron grandes diferencias en la prevalencia y en la severidad de los síntomas depresivos en niñas y niños. Aunque, las niñas deprimidas presentaron un porcentaje mayor de síntomas tales como: culpa, problemas con la imagen corporal, decepción para consigo mismas, y sentimientos de fracaso; mientras que los niños presentaron más anhedonia, humor depresivo en la mañana y fatiga.

Algunas investigaciones muestran diferencias considerables de género en la manifestación de síntomas depresivos

(Toros, Bilgin, Bugdayci, Sasmaz, Kurt, 2004, Angol, 1998). Los índices se incrementan en niñas adolescentes en comparación con niñas más jóvenes (Canals et al., 1995). Estas diferencias de género en la adolescencia quizá puedan deberse a factores endocrinos y/o neurobiológicos que ocurren en la adolescencia temprana (Axelson & Birmaher, 2001).

El estudio de los síntomas depresivos en niñas y niños se realiza, así como en la ansiedad, utilizando auto-informes. Dos de las escalas más usadas para medir sintomatología depresiva según un análisis realizado por Klein, Doughert y Olinio (2005) son las siguientes:

Mood and Feelings Questionnaire (MFQ) (Angold, Costello, Messer, Pickles, 1995): Fue desarrollada para evaluar depresión en niños de 8 a 18 años en base a las 2 semanas anteriores a la administración del instrumento. Consiste en 32 ítems basados en los criterios diagnósticos del DSM-III-R (1987) y en algunos síntomas adicionales tales como soledad y sentimiento de no ser atractivo. El tiempo aproximado de aplicación puede ser de 10 minutos. La MFQ tiene buena consistencia interna y buena fiabilidad test-retest (Angold, et al., 1995).

Children's Depression Inventory (CDI) (Kovacs, 1983). Es utilizado en diferentes culturas debido a su fácil corrección, aplicación y buenas propiedades psicométricas (Canals & Doménech, 1990).

Está especialmente diseñado para individuos que tengan entre 7 y 17 años de edad y su tiempo de aplicación consta de 10 a 20 minutos. El niño o adolescente elige la opción de respuesta que más describa sus sentimientos basándose en lo acontecido durante las últimas dos semanas. Si al sumar el puntaje total de los 27 ítems, el niño obtiene una puntuación de 17, o más, estaría en el grupo de niños que posiblemente tiene depresión (Canals & Doménech, 1990).

### 5. La Comorbilidad

Es frecuente que la depresión curse con la ansiedad en niños y adolescentes (Cabasés, 2006); a este fenómeno se le llama comorbilidad. La comorbilidad puede ser entendida como la co-ocurrencia de dos o más trastornos en un mismo sujeto, y, como la manifestación de múltiples trastornos durante el tiempo de vida del individuo (Seligman & Ollendick, 1998).

Seligman y Ollendick (1998) señalan que dos trastornos pueden ser comórbidos cuando presentan un alto índice de síntomas co-ocurriendo al mismo tiempo; cuando un constructo subyace en la división de dos o más trastornos (por ejemplo, comorbilidad entre los trastornos de ansiedad); cuando un trastorno causa o incrementa el riesgo de desarrollar un segundo trastorno; o cuando los trastornos comparten factores de riesgo o etiología. Sobre esto último, Rutter (1990), refiriéndose a su primer estudio en la Isla de Wight, señala que la comorbilidad de

síntomas puede ser causada por compartir factores de riesgo tales como temperamento adverso o discordia familiar. Todavía no se tiene claro si algunos trastornos tienen una base etiológica similar o si solo la comorbilidad se debe a una definición inadecuada de las psicopatologías (Romero, 2010). Trastornos como la depresión y la ansiedad, con síntomas parecidos, que suelen co-ocurrir frecuentemente sin importar edad ni género, son trastornos que pueden tener una misma génesis en tanto son internalizantes. No obstante, también resultan ser comórbidos cuadros psicopatológicos que no tienen mucho en común, como por ejemplo, los trastornos de conducta y los depresivos (externalizantes los primeros e internalizantes los últimos). Estas son cuestiones que poco a poco se están estudiando y se espera que con más trabajos longitudinales se puedan llegar a comprender (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler & Angold, 2003).

Costello y sus colegas (2003) realizaron un estudio longitudinal en niños (de 9 a 16 años) y encontraron una fuerte continuidad heterotípica desde depresión a ansiedad, aunque también se presentó la relación contraria, pero no tan significativa. Del mismo modo, Romero et al. (2010) hallaron alta comorbilidad ansiedad/depresión en niños de 8 a 12 años. Un 82% de niños con síntomas depresivos presentó al mismo tiempo algún grupo de síntomas ansiosos, mientras que un 20% de niños con alta

sintomatología ansiosa presentó al mismo tiempo síntomas depresivos.

#### *6. La Comorbilidad entre la Ansiedad y la Depresión*

Axelson y Birmaher (2001) realizaron un análisis sobre la relación de ansiedad y depresión en la infancia y en la adolescencia. Argumentan que síntomas como fatiga, dificultad de concentración, insomnio, preocupación y quejas somáticas pueden encontrarse presentes tanto en cuadros de ansiedad como de depresión. Sin embargo, preocupaciones sobre eventos futuros, cuestiones académicas, relaciones entre compañeros o problemas en el hogar, son síntomas que se manifiestan más a menudo en trastornos de ansiedad que de depresión. El sentimiento de no ser querido, la anhedonia, el humor deprimido y la culpa excesiva son síntomas más específicos de niños deprimidos.

De igual modo, Cabasés (2006) señala que la preocupación por el futuro, propia de la ansiedad, se traduce en la depresión como pesimismo y preocupación centrada en el pasado y en el presente. Además, añade que los niños deprimidos suelen tener problemas de despertar precoz, mientras que, los ansiosos, problemas de conciliación del sueño. Esto nos indica que la ansiedad y la depresión son entes nosológicos distintos pero que muchas veces cursan en el mismo individuo en el transcurso del tiempo o de manera simultánea.

La comorbilidad depresión-trastornos de ansiedad varía de 30% a 75%, en población general y de 8% a 86% en población clínica (Angold & Costello, 1993, Moreno, 2000).

Por otra parte, en un estudio realizado en una institución psiquiátrica con 95 niños y adolescentes de 6 a 18 años de edad se encontró comorbilidad del trastorno depresivo mayor con ansiedad de separación (58%), y fobias (45%) (Ryan, Puig-antich, Ambrosini, Rabinovich, Robinson, 1987). En este trabajo también se halló que la ansiedad de separación y el trastorno depresivo mayor se encuentran asociados a deterioro funcional, y que la comorbilidad ansiedad/depresión es más frecuente en niños que en adolescentes.

Lo anterior indica que la comorbilidad ansiedad/depresión, varía según los trastornos de ansiedad (Last, Perrins, Hersen & Kazdin, 1992; Romero, 2008, Polaino, Canals & Domènech-Llaberia, 2002). Romero et al. (2010) encontraron que los niños con alta sintomatología depresiva presentaron al mismo tiempo síntomas del trastorno de ansiedad de separación y del trastorno de ansiedad generalizada.

También, Sorensen et al. (2005) hallaron en una muestra clínica infantil (de 8 a 13 años de edad) que la depresión mayor co-ocurrió con ansiedad generalizada (24 casos), ansiedad por separación (11 casos) y anorexia nerviosa (8 casos). Al menos un trastorno comórbido estuvo presente en el

90% de los casos de depresión mayor. Igualmente, Polaino, Canals y Domènech-Llaberia (2002) señalan que el trastorno de pánico en los niños suele ir acompañado principalmente de depresión.

Todavía no se tiene claro si la comorbilidad ansiedad/depresión se deba a una relación en el tiempo o a una relación causal (Romero, 2010). Sin embargo, existe evidencia de que los síntomas ansiosos aumentan el riesgo de desarrollar depresión (Axelson & Birmaher, 2001; Sanford, Szatmari, Spinner, Munroe-Blum, Jamieson, Walsh, et al., 1995). Ruiz y Gómez-Ferrer (2006), señalan que la depresión se manifiesta tras el inicio de otro trastorno psiquiátrico, siendo en los niños más frecuente la ansiedad por separación y otros trastornos de ansiedad.

### *7. El Trastorno Mixto Ansiedad/Depresión*

Algunas clasificaciones diagnósticas consideran como válido un nuevo trastorno que tenga en cuenta tanto síntomas depresivos como ansiosos, le llaman trastorno mixto de ansiedad y depresión (Echeburúa & Corral, 2003). La CIE-10, establece como categoría diagnóstica el trastorno mixto ansioso depresivo (F41.2) y estima que esta categoría debe emplearse tan solo si están presentes síntomas de ansiedad y de depresión pero ninguno de ellos predomina sobre el otro ni tienen la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. Esta categoría no

debe usarse cuando ambas series de síntomas son lo suficientemente graves como para establecer un diagnóstico individual. En este caso deben establecerse ambos trastornos y no se hará uso de la categoría de trastorno mixto ansiedad/depresión. Asimismo, le da prioridad a la depresión mayor si por razones prácticas de codificación solo se puede colocar un diagnóstico. La CIE-10 señala que este tipo de enfermos visitan frecuentemente la consulta de atención primaria pero la mayor parte de los afectados raramente demanda cuidados médicos o psiquiátricos.

La quinta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, siglas en inglés, the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) será publicada en mayo del 2013. En un principio, se estimó conveniente establecer grupos de trabajo para revisar los trastornos existentes y plantear nuevos trastornos que poseyeran el suficiente bagaje investigativo como para su inclusión en esta última versión del DSM (APA, DSM-5). A lo largo del 2012 se pudo ver su proceso de adaptación e incluso se podía aportar información y pruebas científicas si se tenían; para ello, podíamos visitar la página web: [www.dsm5.org](http://www.dsm5.org).

Entre los nuevos trastornos planteados por los grupos de trabajo del DSM-5 se encontraba el trastorno mixto de ansiedad y depresión independiente de los trastornos de ansiedad y del trastorno de depresión

mayor. El grupo de estudio de este nuevo trastorno determinaba que los pacientes con trastorno mixto ansiedad/depresión tenían que presentar tres de los cuatro principales síntomas del trastorno de depresión mayor (incluidos anhedonia y humor deprimido) y dos o más de los siguientes síntomas de ansiedad: preocupación irracional, problemas para relajarse, tensión motora, miedo de que algo terrible pasará y preocupación por pensamientos desagradables. Igualmente, se especificaba que para diagnosticarse este trastorno ningún otro cuadro psicopatológico podía estar presente y ambos, ansiedad y depresión, debían cursar simultáneamente.

El pasado 01 de diciembre de 2012 se hicieron públicos los cambios definitivos de la nueva versión del DSM con su respectiva fecha de publicación en formato papel (mayo de 2013). El nuevo DSM-5 contará con tres secciones. En la primera sección se hará una introducción del nuevo manual con instrucciones de cómo usarlo correctamente. En la sección dos se encontrarán las categorías diagnósticas finalmente establecidas y la sección tres incluirá una serie de trastornos que requieren investigación adicional para ser considerados como trastornos formales. La comisión de estudio determinó excluir el trastorno mixto de ansiedad/depresión debido a la falta de pruebas científicas existentes. Ni siquiera dejó el trastorno mixto de ansiedad/depresión en el apartado tres,

en el que se encuentran los trastornos que requieren más investigación.

A pesar del rechazo de un nuevo cuadro psicopatológico en el DSM-5 que, por ahora continúa estando la CIE-10, consideramos que la comorbilidad ansiedad/depresión es un constructo que aún necesita ser estudiado. Su importancia radica en que se asocia a un peor curso del cuadro y a una peor respuesta al tratamiento. Es necesario aunar esfuerzos para descubrir cuál es la etiología de la comorbilidad y cuáles pueden ser sus ventajas y sus desventajas en los trastornos psicopatológicos.

## FUTURAS DIRECTRICES DE INVESTIGACIÓN Y CONCLUSIONES

Los síntomas de ansiedad y de depresión son altamente prevalentes en la infancia. Si bien pueden no cumplir los criterios diagnósticos para considerarse trastornos, su presencia puede afectar la vida cotidiana de los niños (escuela, familia, amigos). Frecuentemente tanto la sintomatología ansiosa como la depresiva cursan en un mismo individuo, provocando mayor severidad de síntomas y peor respuesta al tratamiento. La investigación clínica y epidemiológica de los síntomas ansiosos y depresivos va poco a poco en aumento, en la medida en que clínicos e investigadores se hacen conscientes del deterioro funcional que puede producir la presentación simultánea de síntomas en los niños.

Todavía no están claras las causas de esta tendencia a co-ocurrir síntomas ansiosos y depresivos, sin embargo, algunos clínicos consideran que esta comorbilidad debe tratarse como un trastorno diferente de los trastornos de ansiedad y de depresión (Echeburúa & Corral, 2003; Domènech-Llaberia, Jané, Canals, Ballespí, Esparó, 2004). Teniendo en cuenta que el fenómeno de la comorbilidad de los trastornos internalizantes necesita ser más investigado, las posibles directrices de investigación tanto en epidemiología como en clínica infantil son las siguientes:

1) Realización de estudios epidemiológicos amplios que permitan dar información sobre la prevalencia de la comorbilidad de estos trastornos en población general. Los estudios epidemiológicos pueden dar luz sobre los factores de riesgo y la etiología de las enfermedades o trastornos psicológicos, de allí radica su importancia (Domènech & Polaino-Lorente, 1990).

2) Desarrollo de nuevos auto-informes o mejora de los ya existentes. El desarrollo de auto-informes que puedan ser utilizados en el ámbito pediátrico es otro tema de estudio a tener en cuenta. En la práctica clínica y de atención primaria es más fácil utilizar auto-informes que entrevistas diagnósticas. Los auto-informes suelen ser de fácil administración y de corta duración. Por lo tanto, se requiere desarrollar auto-informes con muy buenas propiedades psicométricas, que midan lo que pretenden medir y,

sobretudo, que estén adaptados a la población en la que se utilizan.

No obstante, el uso de auto-informes tanto en investigación como en clínica, debe realizarse con mucho cuidado. Es poco recomendable estimar los resultados de un auto-informe tan válidos como los obtenidos de una entrevista diagnóstica (Comer & Kendall, 2005). Fristad, Emery y Beck (1997) indican que cuando se utilicen auto-informes en investigación, es recomendable evitar términos como "trastorno", puesto que el diagnóstico de los trastornos psicológicos solo se debe realizar con entrevistas diagnósticas. También, es aconsejable aclarar como limitación la falta de entrevista diagnóstica para considerar los resultados como válidos.

3) Desarrollo de nuevas entrevistas clínicas o mejora de las ya existentes. La escasez de instrumentos adaptados y validados en una comunidad o país incrementa el grado de dificultad para llevar a cabo estudios epidemiológicos fiables (Domènech & Polaino-Lorente, 1990). Teniendo en cuenta esto, el desarrollo de entrevistas clínicas diseñadas para niños y adolescentes es muy útil no solo para la investigación sino, también, para la práctica clínica.

4) Realización de más investigaciones en el ámbito clínico. Las investigaciones en la clínica son escasas y más aún si se trata de probar la eficacia de nuevos tratamientos. Con frecuencia, investigadores y clínicos se

centran en el desarrollo de instrumentos y en la realización de estudios poblacionales, dejando a un lado el estudio de técnicas que nos ayuden a disminuir síntomas que causan deterioro funcional en los niños. Esta línea de investigación es ardua pero deja la satisfacción de proporcionar soluciones a los problemas en gran medida descritos y cuantificados.

5) Por último, una nueva e interesante línea de exploración psicopatológica se abre en relación a los niños y niñas más pequeños, los pre-escolares. La identificación temprana de niños con síntomas internalizantes puede ayudar a los pediatras, psiquiatras y psicólogos, a prevenir el ulterior desarrollo de estas psicopatologías en la infancia y en la adolescencia (Domènech-Llaberia, et al., 2004; Domènech-Llaberia, Viñas, Pla, Jane, Mitjavila, 2009). También se requieren instrumentos de medición adaptados a estas edades, y sería en gran medida útil la realización de estudios epidemiológicos multi-informantes, especialmente en ansiedad y depresión.

Hoy en día, la psicopatología infantil cuenta con grandes avances pero, también, con muchos vacíos. El estudio de los síntomas ansiosos y depresivos en niños y su tendencia a co-ocurrir juntos, debe seguir llevándose a cabo. Posiblemente, con los resultados de más estudios podamos contribuir al planteamiento de una nueva entidad nosológica en el próximo DSM: el trastorno mixto de ansiedad/depresión que

no se encuentra en el DSM-5 pero sí en la CIE-10.

## REFERENCIAS

Almqvist, F., Kumpulainen, K., Ikäheimo, K., Linna, S., Henttonen, I., Huikko, E., et. al. (1999). Behavioural and emotional symptoms in 8-9-yr-old children. *European Child & Adolescent Psychiatry* 8(4), 7 – 16.

American Psychiatric Association [APA]. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3<sup>rd</sup> ed., revised ed.). Washington: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association [APA]. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th Ed.). Washington: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association [APA] (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association [APA]. DSM-5 development. [internet]. 2011 Nov 3. Disponible en: <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=407>

Angold. A. (1988). Childhood and adolescent depression. Epidemiological and aetiological aspects. *British Journal of Psychiatry*, 152, 601 – 617.

- Angold, A. & Costello, J. (1993). Depressive Comorbidity in Children and Adolescents: empirical, theoretical, and methodological issues. *The American Journal of Psychiatry*, 150(12), 1779 – 1791.
- Angold, A., Costello, E. J., Messer, S. C., & Pickles, A. (1995). Development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 5, 237 –249.
- Angold, A. Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of child psychology and psychiatry*, 40(1), 57 – 87.
- Axelsson, D., & Birmaher, B. (2001). Relation between anxiety and depressive disorders in childhood and adolescence. *Depression and Anxiety*, 14, 67 – 78.
- Bennett, D., Ambrosini, P., Kudes, D., Metz, C. & Ravinovich, H. (2005). Gender difference in adolescent depression: do symptoms differ for boys and girls?. *Journal of Affective Disorders*, 89, 35 – 44.
- Bernstein, G., Brochardt, C., & Perwien, A. (1996). Anxiety disorders in Children and Adolescents: a review of the past 10 years. *Journal of American academy of child and adolescent Psychiatry*, 35(9), 1110 – 1119. [Artículo especial].
- Birmaher, B., Brent, D., Chiapetta, L., Bridge, J., Monga, S., & Baugher, M. (1999). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): A replicaton study. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 38, 1230–1236.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., & Cully, M. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 36, 545–553.
- Boyd, C., Gullone, E., Kostanski, M., Ollendick, T., y Shek, D. (2000). Prevalence of Anxiety and Depression in Australian Adolescents: Comparisons with Worldwide Data. *The Journal of Genetic Psychology*, 161(4), 479-492.
- Cabasés, S. S. (2006). *Trastornos por ansiedad en la infancia y adolescencia*. En Ballesteros, M. C. (Coord.). *Práctica clínica paidopsiquiátrica: historia clínica, guías clínicas*. (pp. 150 - 163) Madrid: Adalia.
- Canals, J., & Domènech, E. (1990). Síntomas de ansiedad en las depresiones puberales: primeros resultados de un estudio epidemiológico longitudinal. *Revista de la Facultad de Psiquiatría de Barna*. 173 – 181.
- Canals, J., Doménech, E., Pagés, R., Ballart, J., & Henneberg, M. (1991). Síntomas de depresión en la etapa puberal: primeros resultados de un estudio epidemiológico

longitudinal. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines* 19(3), 155 – 161.

Canals, J., Marti-Henneberg, C., & Fernandez-Ballart, J., & Domènech, E. (1995). A longitudinal Study of Depression in an Urban Spanish Pubertal Population. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 4(2), 102 – 111.

Cartwright-Hatton, S., McNicol, K., & Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review*, 26(7). Special issue: Anxiety of Childhood and adolescent: Challenges and opportunities, 817 – 833.

Comer, J.S. & Kendall, P.C. (2005). High-End specificity of the Children's Depression Inventory in a sample of Anxiety-Disordered youth. *Depression and Anxiety*, 22: 11 – 19.

Costello, J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. & Angold A. (2003). Prevalence and Development of Psychiatric Disorder in Childhood and Adolescence. *Archive General of Psychiatry*, 60, 837 – 844.

Descuret, F. (1852). *La médecine des passions, ou les passions considérées dans leurs rapports avec les maladies, les lois et la religion*. 2ª Edición española, Barcelona, 1857, pp. 382-387.

Diler R., Birmaher, B., Brent, D., Axelson, D., Firinciogullari, S., Chiapetta, L., & Bridge, J. (2004). Phenomenology of Panic Disorder in Youth. *Depression and Anxiety*, 20, 39 – 43.

Domènech, E., & Polaino-Lorente, A. (1990). *Epidemiología de la depresión infantil*. Publicaciones médicas Espaxs. Barcelona, 1990.

Domènech-Llaberia, E., Jané, M.C., Canals, J., Ballespí, S., Esparó, G., Garralda E. (2004). Parental reports of somatic symptoms in preschool children: prevalence and associations in a Spanish Sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(5): 598 – 604.

Domènech-Llaberia, E., Viñas, F., Pla, E., Jane, M., Mitjavila, M., Corbella, T. et al. (2009). Prevalence of major depression in preschool children. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18: 597 – 604.

Echeburúa, E., & Corral, P. (2009). *Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia*. Madrid: edición Pirámide

Frigerio, A., Pesenti, S., & Molteni, M. (2001). Depressive symptoms as measured by the CDI in a population of northern Italian children. *European Psychiatry* 16(1), 33 – 37.

Fristad, M. A., Emery, B. L., & Beck, S. J. (1997). Use and abuse of the Children's Depression Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4), 699 – 702.

Klein, D. N., Doughert, L. R., & Olino, T. (2005). Toward Guidelines for Evidence-Based Assessment of Depression in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 412 – 432.

Kovacs, M. (1983). *The Children's Depression Inventory: A self-rated depression scale for school-aged youngsters*. Manuscrito no publicado. University of Pittsburgh.

Last, C.G., Perrins, S., Hersen, M., Kazdin, A.E. (1992). DSM-III-R anxiety disorders in children: sociodemographic and clinical characteristics. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 31: 1070 – 1076.

Lapouse, R & Monk, M. A. (1958). An epidemiological study of behaviour characteristics in children. *American Journal of Public Health*, 48, 1134 – 1144.

March, J., Parker, J., Sullivan, K., Stalling, P., & Conners, C. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children: Factor structure, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 36, 554 – 565.

Moreno, M.A. (2000). *Comorbilidad de los trastornos por ansiedad en niños y adolescentes*. Tesis dirigida por: Lourdes Ezpeleta. Universidad Autónoma de Barcelona; 2000. Biblioteca de Comunicació i Hemeroteca General. TUAB/5325.

Ollendick, T., & Yule, W. (1990). Depression in British and American children and its relation to anxiety and fear. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 126 – 129.

O.M.S.: CIE-10. *Trastornos Mentales y del comportamiento. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.

Polaino, A., Canals, J., Domènech-Llaberia, E. (2002). Comorbilidad ansiedad-depresión en la infancia y en la adolescencia. *Psicopatología*, 22(4): 235 – 255.

Reynolds, C., & Richmond, B. (1985). *Revised Children's Manifest Anxiety Scale: Manual*. Los Angeles. Western psychological services.

Romero, K., Canals, J., Hernández-Martínez, C., Jané M.C., Viñas, F., & Domènech-Llaberia, E. (2010). Comorbilidad entre los factores del SCARED y la sintomatología depresiva en niños de 8-12 años. *Psicothema*, 22, 613–618.

Romero K. *Sintomatología ansiosa y depresiva en niños de 4to de primaria*. [tesina de máster dirigida por Edelmira Domènech-Llaberia y Fina Canals]. Universidad Autónoma de Barcelona; 2008. Biblioteca de Humanitats-Dipòsit. TES/5100.

- Ruiz, M. J. & Gómez-Ferrer, C. (2006). *Trastornos depresivos en el niño y adolescente*. En Ballesteros, M. C. (Coord.). *Práctica clínica paidopsiquiátrica: historia clínica, guías clínicas*. (pp. 203 - 209) Madrid: Adalia.
- Rutter, M. (1990). Isle of Wight Revisited: Twenty-Five Years of Child Psychiatric Epidemiology. *Annual Progress in Child Psychiatry & Child Development*, 131 – 179.
- Ryan, N. D., Puig-antich, J., Ambrosini, P., Rabinovich, H., Robinson, D., Nelson, B., Iyengar, S., & Twomey, J. (1987). The clinical picture of Major Depression in children and adolescents. *Archive General of Psychiatry*, 44, 854 – 861.
- Sanford, M., Szatmati, P., Spinner, M., Munroe-Blum, H., Jamieson, E., Walsh, C., & Jones, D. (1995). Predicting the one year course of adolescent major depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1618 – 1628.
- Seligman, L., & Ollendick, T. (1998). Comorbidity of Anxiety and depression in Children and Adolescents: An integrative Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1(2), 125 – 144.
- Silverman, W. & Ollendick, T. (2005). Evidence-based assessment of anxiety and its disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(3), 380 – 411.
- Sorensen, J., Nissan J., Mors, O., & Thomsen, P. (2005). Age and gender difference in depressive symptomatology and comorbidity: an incident sample of psychiatrically admitted children. *Journal of affective disorders*, 84, 85 – 91.
- Spence, S. (1998). Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study. *Journal of abnormal psychology*, 106, 280 - 297.
- Spielberger, C.D. (1973). *Manual for the state-trait inventory for children*. Palo Alto, C.A: Consulting Psychologists Press.
- Spitz, R. (1946). Anaclitic Depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 313 - 242.
- Taboada J., Ezpeleta A., de la Osa C. (1998). Trastornos por ansiedad en la infancia y adolescencia: Factores de Riesgo. *Ansiedad y Estrés*, 4(1), 1-16.
- Toros, F., Bilgin, G., Bugdayci, R., Sasmaz, T., Kurt, O., & Camdeviren, H. (2004). Prevalence of Depression as Measured by the CBDI in a Predominantly Adolescent School Population in Turkey. *European Psychiatry*, 19, 264 – 271.