



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Contenido

Introducción	3
Antecedentes	3 - 9
Trastornos Depresivos	3 - 6
Instrumentos y Escalas	7 - 9
Planteamiento del Problema	9 - 11
Objetivo de la Investigación	12
Diseño	12
Material y Método	12 - 16
Población	12
Criterios de Inclusión	12
Criterios de Exclusión	13
Instrumentos	13 - 14
Procedimiento	15 - 16
Análisis Estadístico	16
Resultados	16 - 20
Discusión	20 - 25
Agradecimientos	25
Bibliografía	26 - 30

INTRODUCCION

El proceso de validación de una escala para la determinación de la intensidad de la depresión mayor (TDM) en un grupo de población como lo es la adolescente, exige hablar sobre algunas de las características más importantes en torno a los siguientes elementos: los aspectos clínicos del fenómeno depresivo en esa edad, los epidemiológicos, los relacionados con la génesis del mismo y los propios de los instrumentos que se han desarrollado para la determinación diagnóstica a través de entrevistas semiestructuradas y de diversas escalas para depresión. En los antecedentes se habla sobre cada uno de estos apartados tratando de exponer los aspectos más relevantes en las diferentes áreas.

ANTECEDENTES

Trastornos Depresivos

Los TDM en la infancia y la adolescencia son entidades nosológicas bien establecidas y reconocidas, comparten junto con los TDM de los adultos muchas características clínicas (1, 2), sin embargo se diferencian por la duración de los síntomas y por las manifestaciones clínicas propias del desarrollo afectivo en esta etapa de la vida y del desarrollo en otras áreas como la cognoscitiva (3, 4, 5, 6).

Existen diferencias cualitativas entre el TDM del adulto y el TDM del niño y del adolescente; algunos síntomas aumentan con la edad: la anhedonia, el predominio matutino, la desesperanza, el retardo psicomotor y los delirios; otros disminuyen con la edad: la apariencia depresiva, la baja autoestima y las quejas somáticas; hay algunos que mantienen una relación curvilínea (se presentan más en el periodo prescolar y del adulto): la fatiga, la agitación y la anorexia; y finalmente los que no mantienen relación con la edad: el ánimo depresivo, la pobre concentración, el insomnio e las ideas o intentos suicidas (4). De forma global pareciera que los síntomas cognitivos son más frecuentes en los adolescentes y los síntomas vegetativos son más frecuentes en los adultos. La hipersomnia es más común que el insomnio en los adolescentes y los sentimientos depresivos pueden ser identificados por este grupo como vacío, irritabilidad y aburrimiento (7).

Estas diferencias no obligan a la consideración del trastorno depresivo como una entidad diferente entre los niños, los adolescentes y los adultos, se ubican sólo como elementos de fineza clínica y la entidad nosológica puede ser reconocida de manera isomórfica con los criterios de la taxonomía internacional descrita en el DSM en todas las edades.

La frecuencia de los TDM en la adolescencia aumenta comparativamente con la que se presentan en la infancia, el sexo y la edad correlacionan para la manifestación de los síntomas depresivos,

prepuberalmente la presentación niña-niño es de 1:1, y durante la adolescencia cambia hasta 2:1 (8); algunos autores han descrito la adrenarquía, (aumento en la liberación de andrógenos adrenales que ocurren entre los 6-8 años y que precede aproximadamente dos años los cambios que se presentan en la pubertad), como uno de los elementos importantes en el inicio de los síntomas depresivos en la pubertad y adolescencia (9); se asocia igualmente con variables como la disfunción familiar y la baja autoestima, la psicopatología en familiares en 1° y 2° grado, la comorbilidad de diferentes trastornos depresivos como la distimia y el trastorno adaptativo con síntomas depresivos, los trastornos de ansiedad como el trastorno de ansiedad de separación, además de los trastornos de conducta y el trastorno por déficit de atención (10, 11, 12, 13).

La prevalencia del padecimiento ha sido determinada hasta en el 27% de los adolescentes que son atendidos en servicios psiquiátricos (14). En población abierta (estudiantes de secundaria), la prevalencia a lo largo de la vida para la depresión mayor fue del 4.0% (4.5% mujeres y 2.9% hombres), y para la distimia 4.9% (5.3% mujeres y 2.3% hombres), (8).

La observación naturalística del fenómeno depresivo en niños y adolescentes, ha permitido establecer el inicio temprano entre los 8 a 9 años para la distimia y entre los 10 a 11 años para el TDM. El inicio de la distimia a esta edad, es un marcador temprano de episodios depresivos recurrentes en la adolescencia (15).

Las actuales aproximaciones al fenómeno depresivo en la adolescencia, consideran la multifactorialidad en la génesis y manifestación de la enfermedad. Conceptualizar la interacción de las variables bioquímicas, experienciales, conductuales y psicológicas ha servido como marco teórico a las últimas investigaciones, ésto permite visualizar los aspectos del desarrollo involucrados en la patología depresiva del adolescente (15, 16).

Algunos autores han buscado elementos clínicos que permitan demostrar que la depresión en la adolescencia no es una entidad diagnóstica independiente, han analizada los resultados de las escalas "Children Behavioral Check List" (CBCL-P) aplicadas a pacientes hospitalizados y han establecido dos categorías clínicas: la primera, una categoría distintiva de una depresión nuclear menos frecuente y la segunda, un síndrome depresivo no categórico explicable a través de un modelo dimensional asociado con la distimia, más frecuente en este grupo de edad (17). Este modelo dimensional, o distímico, ha sido investigado y clasificado considerando el curso de la enfermedad y la respuesta al tratamiento. La clasificación lo subdivide en tres grupos: el depresivo ansioso, el depresivo hostil y el depresivo asociado a trastornos de la personalidad (18, 19, 20). Algunos estudios epidemiológicos han reportado la prevalencia de síntomas depresivos en los adolescentes desde una quinta parte hasta la mitad de la población, sin que cumplan con criterios para un trastorno depresivo mayor (9).

Instrumentos y Escalas

Aunque es posible determinar de forma clínica las aproximaciones al fenómeno depresivo, ha sido difícil el establecimiento de instrumentos capaces de valorar en términos de desarrollo el inicio y la comorbilidad del mismo en los adolescentes.

Las entrevistas estructuradas y semiestructuradas más frecuentes de uso en la infancia y adolescencia son: el "Children's Assessment Schedule" (CAS) de 1978, diseñado para valorar originalmente enfermedades psicosomáticas en niños, cuenta con una revisión de 1983 para la coincidencia diagnóstica con el DSMIII y es apropiado para edades de los 7 a los 16 años; el "Diagnostic Interview for Children and Adolescents" (DICA) diseñado en 1969 y revisado para la correlación diagnóstica con el DSMIII en 1981, evalúa a personas entre los 6 y 17 años y consta de tres partes, la primera donde el padre y el niño comparten la entrevista, la segunda donde se separan en entrevistas individuales y la tercera orientada a la historia clínica general del paciente; el "Diagnostic Interview Schedule for Children" (DISC), fue diseñado para pacientes entre los 6 a 17 años y se considera la entrevista más altamente estructurada; el "Interview Schedule for Children" (ISC) fue desarrollada específicamente para el estudio naturalístico efectuado por M. Kovacs, su implementación requiere de experiencia clínica previa y entrenamiento por el entrevistador y del conocimiento del DSMIII en el cual se fundamenta, es la única

entrevista semiestructurada que permite codificación, limitada, para el eje II, finalmente el "Kiddie SADS" que es una versión modificada del SADS para adultos, sin embargo es la única que ofrece una versión denominada "life time", es decir una visión a lo largo de la vida (21).

Si buscamos conocer las características propias de la depresión en la adolescencia, la comorbilidad, así como la psicopatología presentada a lo largo de la vida, será necesario utilizar una entrevista que ofrezca la consignación clara de estos datos, tanto en una versión para el adolescente como para los padres. La utilización de cualquiera de los instrumentos señalados requiere un adiestramiento específico, una traducción y un proceso de validación, elementos que conforman por si mismos un proyecto de investigación, además los instrumentos ahora disponibles están en proceso de revisión para su adecuación a la nueva taxonomía internacional del DSM-IV. Por estos motivos se ha decidido desarrollar para fines específicos de esta investigación una entrevista semiestructurada que permita identificar la sintomatología fundamental del paciente, a través de la obtención de datos con el adolescente y con el padre o madre, identificar los antecedentes que lleven al diagnóstico más certero, que correlacione con los criterios específicos del DSM-IV y que sirva como antecedente a investigaciones orientadas en entrevistas semiestructuradas.

Las escalas o listados que determinan la intensidad del TDM tienen en conjunto la problemática de ser instrumentos de adultos adaptados para niños o adolescentes, v. gr. la escala de Poznanski se adaptó a partir de la escala de Hamilton, la escala de Kovacs se adaptó a partir de la escala de Beck (22, 23, 24, 25, 26).

La intensidad del TDM en los adolescentes ha podido ser determinada, a partir de la utilización de escalas para adultos, modificadas y no modificadas, la escala de Beck parece ser la más utilizada en este grupo de población. Existe una mayor confiabilidad en las escalas cuando son autoaplicables a diferencia de las aplicadas por clínicos (27, 28, 29, 30). En 1994, Ivarsson et al, publicaron la utilización de la "Birleson Depression Self-Rating Scale (DSRS)" para su utilización en adolescentes, ésta consta de 18 reactivos con 3 niveles de intensidad que discrimina de manera confiable adolescentes deprimidos y no deprimidos además de exigir un menor esfuerzo cognoscitivo, que la escala de Kovacs, para la población deprimida (31).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La importancia de contar con un instrumento cuyo comportamiento en población clínica y abierta sea conocido es una de las metas iniciales en cualquier programa o línea de investigación que

busque desarrollarse. Para el estudio del TDM resulta fundamental contar con escalas validadas en nuestra población que posteriormente sirvan a los investigadores como el elemento objetivo que buscan ser.

Los estudios de validación de estos instrumentos en población infantil y adolescente en español y más específicamente en América latina son muy escasos. Existe la validación de la escala de depresión denominada en inglés "Children's Depression Rating Sacale" (CDRS) (24, 25) en el Hospital Psiquiátrico Infantil de la ciudad de México (32) con muestras de población clínica y abierta, sin embargo presenta algunos errores metodológicos en la valoración del estándar de oro en la población abierta que limitan la utilización de los resultados. Otros autores dentro del mismo hospital intentaron la validación de otros instrumentos como es el "Children's Depression Inventory" (CDI) (26) sin que se concluyan las investigaciones. Existe la validación del "Beck Depression Inventory" en una población clínica de un hospital cardiológico pero la población estudiada es de adultos (33).

De forma general puede decirse que los instrumentos utilizados hasta la fecha han sido preferentemente escalas diseñadas para adultos y adaptadas para niños y adolescentes como son los casos del CDRS que fue diseñada a partir de la escala de depresión de Hamilton (34) y del CDI que fue diseñada a partir de la escala de Beck (27). Debe mencionarse que algunas escalas para adultos han

sido utilizadas con adolescentes como es el caso de la escala de Hamilton (35, 36) y mucho más comunmente la escala de Beck (34, 35, 28, 37, 38, 39, 40).

La escala de Hamilton y la escala de Beck han sido estudiadas de forma comparativa en un grupo de adolescentes con trastorno depresivo mayor, obteniéndose la correlación de 0.72 entre ellas, lo que pareciera indicar la posibilidad de utilizar el reporte que el adolescente hace por si mismo al que se obtiene por el clínico (41).

La posibilidad de utilizar una escala autoaplicable y que además fuera diseñada partiendo de criterios de una definición operacional específica para determinar el TDM en la infancia y la adolescencia, permite obtener una confiabilidad importante y utilizarla como una herramienta útil en las diferentes investigaciones (42). Este instrumento el DSRS ha sido utilizado en otros países con poblaciones clínicas y abiertas (43, 44, 45) por lo que creemos que nuestros resultados podrán sumarse al conocimiento que de la escala se tienen, compararlos con éstos y servirnos como escalas validadas para futuras investigaciones.

Por motivos de disponibilidad de la población clínica obtuvimos la muestra de tres instituciones.

OBJETIVO DE LA INVESTIGACION

Validar la escala de Birleson (DSRS) para depresión en adolescentes mexicanos como instrumento de diagnóstico comparándola con los criterios diagnósticos del DSM-IV.

DISEÑO

Se trata de un estudio de proceso para validez de criterio externo y validez de constructo.

MATERIAL Y METODO

Población

Participaron dentro de la investigación 349 adolescentes entre los 13 y los 19 años agrupados en dos poblaciones, la primera de población clínica de 138 y la segunda de población abierta de 211 sujetos.

Criterios de Inclusión

1. Adolescentes mujeres y hombres entre los 13 y los 19 años cumplidos.
2. Consentimiento informado y por escrito de participación.
3. Alfabetas y que llenen adecuada y completamente la escala

DSRS.

4. Sujetos de contacto reciente (primeras 48 horas posteriores al primer contacto), en la población clínica.

Criterios de Exclusión

1. Adolescentes mujeres y hombres fuera del rango de los 13 a los 19 años.

2. Negativa a participar posteriormente a la información.

3. Analfabeta o que llenen de forma inadecuada y incompleta la escala DSRS.

5. Sujetos fuera del periodo de 72 horas posteriores al primer contacto en la población clínica.

Instrumentos

Después de contestado el cuestionario todos los sujetos fueron entrevistados por el mismo entrevistador especializado utilizando una entrevista clínica semiestructurada diseñada especialmente para la investigación y que funcionó como el estandar de oro, la entrevista tiene una duración de 40 minutos y está elaborada para el establecimiento de diagnósticos con los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico para Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana en su cuarta edición (DSM-IV).

Las preguntas fueron diseñadas especialmetne para diagnosticar las siguientes entidades: TDM, trastorno de ansiedad de separación, trastorno de conducta, trastorno por déficit de atención, abuso y dependencia a alcohol y sustancias, trastorno obsesivo compulsivo, distimia, trastornos adaptativos, esquizofrenia, trastorno esquizotípico; no se exploraron trastornos específicos y profundos del desarrollo de manera intensionada, los trastornos específicos en lecto-escritura fueron investigados sólo cuando se reportaba la pérdida de dos o más ciclos escolares por motivos de conducta o académicos. Los pacientes eran valorados como sanos cuando no se encontraba una patología mental sin que se excluyera la posibilidad de una patología dermatológica o cardiológica. Los pacientes detectados con psicopatología en el INC y GEA fueron canalizados para atención dentro de los servicios de psiquiatría de cada uno de los hospitales.

Todos respondieron una traducción desarrollada a través del sistema de traducción-retraducción elavorada por los Drs. Elizabeth Brunner R. y Manuel Sánchez de Carmona LP psiquiatras del IMP de la versión original en inglés realizada por el Dr. P. Birleson de la "Depression Self-Rating Scale" (DSRS) (42); este instrumento es una escala tipo Lickert que consta de 18 reactivos pueden puntuar de 0 a 2, diez de estos reactivos se califican de 0 a 2 (1, 2, 4, 7, 8, 9, 11, 12, 13 y 16) y ocho reactivos se califican de 2 a 0 (3, 5, 6, 10, 14, 15, 17 y 18) escala anexa.

Procedimiento

Los sujetos de la población clínica (N=138), fueron captados en tres instituciones de la zona de hospitales en Tlalpan, Distrito Federal, México: del Instituto Mexicano de Psiquiatría, Servicio de Urgencias-Filtro (IMP) (N=65), del Instituto Nacional de Cardiología, Servicio de Pediatría (INC) (N=19) y del Hospital General Gea González, Servicio de Dermatología (GEA) (N=54) durante el periodo de mayo a septiembre de 1995.

Los sujetos dentro de las tres grupos fueron captados durante las siguientes 48 hrs. posteriores al primer contacto con la institución. En el IMP e INC los pacientes respondieron el DSRS posteriormente a la entrevista del servicio de urgencias-filtro y pediatría respectivamente en cada institución; en el GEA los pacientes respondieron el cuestionario antes de la consulta del servicio de dermatología. Todos los sujetos aceptaron participar voluntariamente y por escrito dentro de la investigación, ninguno rehusó reponder.

La población abierta (N=211) se obtuvo de la escuela secundaria y preparatoria más cercana geográficamente al IMP (El Colegio Franco-Español). Se estableció comunicación con los directivos y se acordó la aplicación durante la segunda quincena de septiembre de 1995. La aplicación del DSRS se realizó en dos días consecutivos. El primer día el investigador aplicó el cuestionario a un grupo

de tercer año de secundaria con el fin de detectar preguntas en el llenado, el segundo día a una misma hora después del descanso principal se dió un juego de escalas a cada maestro para su aplicación realizando el censo de la escuela, ningún estudiante rehusó participar. Ninguno de los sujetos de este grupo fue entrevistado por el clínico.

Análisis Estadístico

Se realizó un análisis de discriminación de reactivos utilizando el método de grupos extremos de Johnson (27% superior; 27% inferior) a través de la utilización de t de Student. Las comparaciones múltiples se llevaron a cabo con t de Student para muestras independientes. La sensibilidad y la especificidad se calcularon de acuerdo a las normas establecidas (46, 47, 48), además se construyó una curva ROC (Receiver Operating Controller) en atención a las recomendaciones para evaluar una prueba diagnóstica (48). Se elaboró de igual forma una Curva de encuentro Sensibilidad y Especificidad conforme lo estipulado (49). Se realizó un análisis factorial para la determinación de la validez de constructo con los resultados de la muestra de la población clínica.

RESULTADOS

La muestra de la población clínica comprendió a 138 sujetos de

los cuales 60 fueron mujeres y 78 hombres representando el 43.47% y 56.52% respectivamente; todos los resultados demográficos se expresan en medias y desviaciones estandar (DE), la edad para este grupo fue de 16.38 (1.60) para mujeres, 16.35 (1.84) para hombres y 16.36 (1.73) total; la escolaridad expresada con la media y DE de los años cursados fue para mujeres de 9.75 (1.85), para hombres 9.14 (1.87) mostrando una tendencia con $P < 0.10$ y total de 9.43 (1.88) (tabla 1).

Al analizar las características demográficas de la población clínica (N=138) por subgrupos diagnósticos se encontraron diferencias significativas por edad entre los pacientes con TDM 16.43 (1.73) y Sanos 15.43 (1.68) con un valor de $P < 0.01$ y entre el grupo de sanos 15.43 (1.68) y el de portadores de otro padecimiento psiquiátrico 16.66 (1.74) con un valor de $P < 0.001$. No se encontraron diferencias significativas entre los subgrupos y la escolaridad expresada en años cursados (tabla 2).

La muestra de la población abierta obtenida de la escuela secundaria y preparatoria comprendió a 211 sujetos de los cuales 28 fueron mujeres y 183 fueron hombres representando el 13.27% y el 86.72% respectivamente, la edad para mujeres fue de 15.85 (1.65), para hombres fue de 15.70 (1.65) y el total de 15.76 (1.61), la escolaridad fue de 10.38 (1.29) para mujeres, 9.44 (1.49) para hombres cuya diferencia obtuvo un valor de $P < 0.01$ y 10.5 (1.4) en el total (tabla 3).

Las puntuaciones medias de las escalas con la DE para cada una de las muestras fue la siguiente: para la población clínica en mujeres (N=60) 15.98 (5.82), para hombres (N=78) 11.74 (5.62) cuya diferencia obtuvo un valor de $P < 0.001$ y total (N=138) 13.58 (6.07). Para la población abierta en mujeres (N=28) 11.48 (4.77), para hombres (N=183) 9.62 (4.71) cuya diferencia obtuvo un valor de $P = .05$ y total (N=211) 10.29 (4.81) (tabla 4).

Las puntuaciones medias con la DE para cada uno de los subgrupos de la población clínica mostró una diferencia significativa entre los tres grupo con un valor de $P < 0.001$, para los deprimidos (N=41) con 18.68 (4.01), para los sanos (N=43) con 8.25 (4.03) y para otro padecimiento psiquiátrico (N=54) con 13.96 (5.19) (tabla 5).

En la tabla 6, se muestran los valores de la sensibilidad y especificidad del DSRS como prueba diagnóstica para los TDM utilizando diferentes puntos de corte. Es evidente que entre 14 y 15 puntos se obtiene el mejor equilibrio entre la sensibilidad y la especificidad. Con 14 una sensibilidad de 87% y especificidad de 74%, con 15 una sensibilidad de 75% y especificidad de 81%.

La figura 1 muestra la curva ROC que corrobora la utilidad del DSRS. La figura 2 expresa la curva de encuentro entre la sensibilidad y la especificidad de la DSRS entre los puntos de corte 14 y 15.

Con el objetivo de poder contar con una representación visual clara de los resultados para cada uno de los subgrupos de la muestra clínica y para la muestra de la población abierta, se determinaron los promedios de respuesta por cada uno de los diferentes 18 reactivos como se muestra en la figura 3. Las puntuaciones por arriba de 1 en el subgrupo clínico de deprimidos corresponden a los reactivos 3, 5, 6, 7, 11, 12, 14, 15, 16, 17 y 18 (expresado en amarillo). Las puntuaciones por arriba de 1 en el subgrupo clínico de sanos corresponde al reactivo 18 (expresado en rojo). Las puntuaciones por arriba de 1 en el subgrupo clínico de otro padecimiento psiquiátrico corresponden a los reactivos 12, 15 y 18 (expresado en azul). Las puntuaciones por arriba de 1 en el grupo de población abierta corresponden a los reactivos 7, 15 y 17 (expresado en verde) (figura 3).

El consistencia interna del instrumento se evaluó por medio de la prueba alfa de Cronbach tanto para el grupo de población clínica con los tres subgrupos de deprimidos, sanos y otros trastornos psiquiátricos obteniéndose máxima varianza con un valor alfa de 0.85; para el grupo de población abierta la máxima varianza se obtuvo con un valor alfa de 0.77.

El análisis factorial sólo se realizó para el grupo de población clínica utilizando el método de componentes principales sin rotación, encontrándose un primer factor que explica el 28.8% de la varianza total, lo que según las criterio de Armor (50),

significa que la escala es unidimensional, es decir, que mide un sólo constructo teórico, el depresivo.

DISCUSION

Las características demográficas de nuestra población clínica son comparables para las variables de edad y sexo sólo con la investigación de Ivarsson (45), quien estudia por primera ocasión a un grupo de adolescentes.

La edad promedio en nuestra investigación es de 16.36 años discretamente mayor a la del estudio mencionado que es de 15.7 años, probablemente esta diferencia esté relacionada con el hecho que Ivarsson incluye a adolescentes desde los 11 años, mientras que nuestro criterio de selección es más estricto al sólo incluir adolescentes de 13 a 19 años.

Algo que resulta llamativo es la diferencia en la relación mujer/hombre, nuestra investigación obtuvo una de 60/78 mientras que el estudio de Ivarsson de 67/31. Si bien el número de mujeres es similar llama la atención el número de hombre que es superior al doble, probablemente esto se deba al tipo de muestra que

obtuvimos, es decir sujetos no sólo de una institución sino de tres diferentes hospitales por lo que será necesario en un futuro analizar más profundamente los resultados y determinar la proporción específica para los pacientes dermatológicos, cardiológicos y psiquiátricos.

Las otras investigaciones sobre el instrumento que incluyen poblaciones clínicas, abarcan muestras que comparadas con la nuestra $N=138$ y con la de Ivarsson $N=110$, resultan pequeñas y con menos potencia estadística, la muestra original de Birleson se basó en una $N=34$ (42), y el segundo trabajo del mismo autor con $N=55$ (43). Debe mencionarse que estas últimas dos muestras fueron realizadas con población infantil y no adolescente; probablemente sea relevante remarcar que la utilización de este instrumento en niños no sufre modificaciones excepto en el reactivo cuatro, en donde se pregunta si gusta salir a jugar en lugar de preguntarse si gusta salir con sus amigos.

Dentro de nuestra investigación encontramos diferencias significativas en la edad dentro de los subgrupos de la población clínica, entre los deprimidos vs los portadores de otro padecimiento ($P<0.01$) y los sanos vs los portadores de otro padecimiento ($P<0.001$), estas diferencias que señalan a los sanos como un grupo más joven exige un análisis más detallado para poder evaluar aspectos clínicos que pudieran ser prodrómicos y no

considerados dentro de la taxonomía utilizada (DSM-IV), o bien periodos de ventana dentro de las manifestaciones clínicas del fenómeno depresivo o de otros presentes durante la infancia y la adolescencia descritos ya por María Kovacs (15).

Las características demográficas de nuestra población abierta son marcadamente diferentes a las del estudio de Ivarsson, la relación mujer/hombre en los estudios fue de 28/183 y de 288/214 respectivamente. Evidentemente existe una diferencia en el tamaño de la muestra, nosotros sólo estudiamos la población de una escuela, mientras que Ivarsson lo realizó con tres diferentes instituciones; además cabe observar las diferencias en la relación mujer/hombre dentro de nuestra muestra donde la cantidad de hombres es aproximadamente 6 veces mayor a la de las mujeres, esta característica demográfica probablemente influya en los resultados si consideramos la tendencia a puntuaciones superiores en las mujeres. Por consiguiente si esta limitante reduce las posibilidades de manejo de la información normativa en nuestra investigación, será necesario en futuras investigaciones ampliar la muestra de población abierta y determinar nuevos comportamientos del instrumento.

El nivel de escolaridad fue valorada tanto en nuestra población clínica como en la abierta y las diferencias ($P < 0.01$) en ambos casos entre mujeres y hombres podría interpretarse como una característica cultural o social que requiere de mayor investigación.

Debe observarse que nuestras puntuaciones dentro de la población clínica son muy similares a las reportadas en su investigación por Ivarsson, para el grupo de deprimidos obtuvo este autor 18.7 y para el de no deprimidos 14.5, nuestras puntuaciones para el grupo de deprimidos fue de 18.68 y para el de no deprimidos u otro padecimiento fue de 13.96; la gran similitud encontrada ofrece una alta seguridad para la utilización del instrumento y ofrece estabilidad transcultural que puede ser un elemento fundamental en la comparación de resultados en investigaciones diversas dentro del área de los fenómenos depresivos. Debe observarse sin embargo que las diferencias por sexo reportadas por Ivarsson no son las mismas que las encontradas por nosotros, mientras que él sólo reporta una tendencia ($P < 0.104$), nuestras investigaciones encuentran importantes diferencias tanto en el grupo de población clínica ($P < 0.001$) y en el grupo de población abierta ($P = 0.05$).

La sensibilidad y la especificidad con el mismo punto de corte es diferente en nuestra población a la reportada por todas las demás investigaciones, empero ninguna de ellas entre sí reporta similitudes exactas. A un punto de corte de 15 obtuvimos una sensibilidad de 75% y especificidad de 81%, Ivarsson obtuvo con el mismo punto de corte una sensibilidad del 69% y una especificidad del 57%; éstas diferencias probablemente asociadas a las características del abordaje diagnóstico nos favorezcan para la utilización del instrumento no sólo en estudios clínicos sino también en investigaciones epidemiológicas.

Al respecto del abordaje diagnóstico debe mencionarse que esta es la primera investigación que utiliza los criterios diagnósticos del DSM-IV a diferencia de la investigación de Ivarsson que utiliza los del DSM-III. Ivarsson no utilizó un instrumento semiestructurado como nuestro listado de preguntas, hecho que probablemente nos otorgue mayor capacidad diagnóstica. La confiabilidad interevaluador de Ivarsson es una limitante que no ampliaremos pues nuestra muestra fue valorada por el mismo entrevistador igualmente capacitado en adolescentes a los que se refiere la investigación nórdica. Las otras investigaciones del DSRS han utilizado los criterios operacionales ya descritos previamente por Birlson (42) o bien de la ICD-9 (44).

Finalmente cabe observar que la consistencia interna en ambas investigaciones de adolescentes, la nuestra y la Ivarsson, es reportada con una alfa de Cronbach similar 0.85 nosotros y 0.90 ellos.

Queda aun para futuros análisis la determinación de la validez concurrente, que hemos buscado con la escala de Beck y que será objeto de investigaciones posteriores.

Podemos concluir que la escala de Birlson para depresión en adolescentes, es un instrumento útil en investigaciones clínicas y epidemiológicas y que permite distinguir de una manera clara los grupos de pacientes deprimidos de aquellos que cursan con

otra enfermedad o bien son sanos. Si bien la información normativa del instrumentos obtenida en una escuela secundaria y preparatoria nos ofrece puntuaciones similares a las del grupo con otro padecimiento psiquiátrico esto se deba a la falta de discriminación de los posibles casos y evalúa de manera global las características en esta población.

Em futuras investigaciones se deberá determinar las diferencias por hospital.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la participación de las diferentes autoridades, médicos y enfermeras del Hospital General "Manuel Gea González", del Instituto Nacional de Cardiología y de la Escuela Franco-Español por las facilidades prestadas, además a la Universidad Autónoma de Puebla por el apoyo brindado y a todo el equipo de médicos que participo en urgencias del IMP: Drs. Luis Almeida, Jaime López, Fernando Coello y Manuel Sánchez de Carmona.

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association, "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders", Fourth Edition, Washington, DC, 1994.
2. Weller E & Weller R, "Mood Disorders", in Child and Adolescent Psychiatry A Comprehensive Textbook, ed by M. Lewis, Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland, p 646-664, 1991.
3. Poznanski E, "The Clinical Phenomenology of Childhood Depression", Am J Orthopsychiatry, 52:308-313, 1982.
4. Carlson G & Kashani J, "Phenomenology of Major Depression From Childhood Through Adulthood: Analysis of Three Studies", Am J Psychiatry, 145:1222-1225, 1988.
5. Mitchell J, McCauley E, Burke P, Moss S, "Phenomenology of Depression in Children and Adolescents", J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 27:12-20, 1988.
6. Kotsopoulos S, "Phenomenology of Anxiety and Depressive Disorders in Children and Adolescents", Psychiatric Clinics of N Am, 12:803-813, 1989.
7. Hawkins D, Taub J, Van de Castle R, "Extended Sleep (Hypersomnia) in young Depressed Patients", Am J. Psychiatry, 142:905-910, 1985.
8. Angold A, "Childhood and Adolescent Depression I. Epidemiological and Aetiological Aspects", British J Psychiatr, 152:601-607, 1988.
9. Angold A, Worthman CW, "Puberty Onset of Gender Differences in Rates of Depression: A Developmental, Epidemiologic and Neuroen-

- ocrine Perspective", *J Affective Disorders*, 29:145-158, 1993.
10. Fleming J, Offord DR, "Epidemiology of Childhood Depressive Disorders: A Critical Review", *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29:571-580, 1990.
 11. Kovacs M, Feinberg TL, et al, "Depressive Disorder in Childhood I: A Longitudinal Prospective Study of Characteristics and Recovery", *Arch Gen Psychiatry*, 41:229-237, 1984.
 12. Kovacs M, Feinberg TL, et al, "Depressive Disorders in Childhood II: A Longitudinal Study of the Risk for a Subsequent Major Depression", *Arch Gen Psychiatry*, 41:643-649, 1984.
 13. Kovacs M, Gatsonis C, et al, "Depressive Disorders in Childhood IV: A Longitudinal Study of Comorbidity with and Risk for Anxiety Disorders", *Arch Gen Psychiatry*, 46:776-782, 1989.
 14. Robbins DR, Alessi NE, et al, "The use of the research diagnostic criteria (RDC) for depression in adolescent psychiatric inpatients", *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr*, 21:251-255, 1982.
 15. Kovacs M, Akiskal H, et al, "Childhood-Onset Dysthymic Disorder", *Arch Gen Psychiatry*, 51:365-374, 1994.
 16. Akiskal H, William MD, et al, "Overview of Recent Research in Depression", *Arch Gen Psychiatry*, 32:285-305, 1975.
 17. Nurcombe B, Seifer R, et al, "Is Major Depressive Disorder in Adolescence a Distinct Diagnostic Entity?", *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 28:333-342, 1989.
 18. Paykel ES, "Classification of depressed patients: a cluster analysis derived groupin", *Br. J. Psychiatry*, 120:147-156, 1971.

19. Paykel ES, "Depressive Typologies and response to amitrypta-
line", Br. J. Psychiatry, 120:147-156, 1972.
20. Paykel ES, Klerman GL & Prusoff BA, "Prognosis of depression
and endogenous-neurotic distinction", Psychol. Med., 4:57-64,
1974.
21. Orvaxhel H, "Psychiatric Interviews Suitable for Use in
Research with Children and Adolescents", Psychopharmacology
Bull, 21:737-745, 1985.
22. Chambers WJ, Puig-Antich J, et al, "The Assessment of Affec-
tive Disorders in Children and Adolescents by Semistructured
Interview", Arch Gen Psychiatry, 42:696-702, 1985.
23. Petti T, "Scales of Potencial Use in the Psychopharmacologic
Treatment of Depressed Children and Adolescents", Psychopharma-
cology Bull, 21:951-977, 1985.
24. Poznanski E, et al, "A Depression Rating Scale for Children",
Pediatrics, 64:442-450, 1979.
25. Poznanski E., et al, "Preliminary Studies of the Reliability
and Validity of the Children's Depression Rating Scale", J Am
Acad Child Psychiatry, 23:191-197, 1984.
26. Kovacs M, "Rating Scales to Asses Depression in Schoolages
Children" Acta Paedopsychiatry, 46:305-315, 1980/81.
27. Beck A, et al, "An Inventory for Measuring Depression", Arch
Gen Psychiatry, 4:561-571, 1961.
28. Chiles JA, Miller ML, et al, "Depression in an Adolescent
Delinquent Population", Arch Gen Psychiatry, 37:1179-1184, 1980.
29. Shain BN, Naylor M, et al, "Comparison of Self-Rated Clini-

cian-Rated Measures of Depression in Adolescents", Am J Psychiatry, 147:793-795, 1990.

30. Roberts RE, Lewinsohn PM, et al, "Screening for Adolescent Depression: A Comparison of Depression Scales", J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 30:58-66, 1991.

31. Ivarsson T, Lidberg A, et al, "The Birlson Depression Self-Rating Scale (DSRS) Clinical evaluation in an adolescent inpatient population", J Affective Disorders, 32:115-125, 1994.

32. De la Peña F, Ortiz S y cols, "Validación de la Escala de Poznanski para Depresión en Niños", Tesis de la Especialidad en Paidopsiquiatria, Hospital Psiquiatrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" SSA, 1992.

33. Torres Castillo M, Hernández M, Ortega H y cols, "Validez y Reproductibilidad del Inventario para Depresión de Beck en un Hospital de Cardiología", Salud Mental, 14:1-7, 1991.

34. Hamilton M, "A Rating Scale for Depression", J Neurol Neurosurg Psychiatry, 23:56-62, 1960.

35. Boulos C, Kutcher S, et al, "Response to desipramine Treatment in Adolescent major Depression", Psychofarmacology Bull, 27:59-65, 1991.

36. Kutcher S, Boulos C, Ward B, et al, "Response to Desipramine Treatment in Adolescent Depression: A fixed Dose, Placebo-Controlled Trial", J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 33:686-694, 1994.

37. Kashani J, Carlson Gm Beck N et al, "Depression, Depressive

Symptoms and Depressed Mood among a Community Sample of Adolescents", *Am J Psychiatry*, 144:931-934, 1987.

38. Kashani J, Daniel D, y cols, "Utility of the Beck Depression Inventory with Clinical-Referred Adolescents", *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29:278-282, 1990.

39. De la Peña FR, Berlanga C, Lara MC et al, "Validación de la Escala de Birleson (DSRS) y Beck en Adolescentes Mexicanos", material no publicado, 1995.

40. Roberts RE, Lewinsohn PM & Seeley JR, "Screening for Adolescent Depression: A Comparison of Depression Scales", *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30:58-66, 1991.

41. Shain BN, Naylor M & Alessi N, "Comparison of Self-Rated and Clinician-Rated Measures of Depression in Adolescents", *Am J Psychiatry*, 147:793-795, 1990.

42. Birleson P, "The Validity of Depressive Disorder in Childhood and The Development of a Self-Rating Scale: A Research Report", *J Child Psychol Psychiatry*, 22:73-88, 1980.

43. Birleson P, Hudson I, y cols, "Clinical Evaluation of a Self-Rating Scale for Depressive Disorder in Childhood (Depression Self-Rating Scale)", *J Child Psychol Psychiatry*, 28:43-60, 1987.

44. Firth MA & Chaplin L, "Research Note: The Use of the Birleson Depression Scale with a Non-Clinical Sample of Boys", *J Child Psychol Psychiatry*, 28:79-85, 1987.

45. Ivarsson T, Lidberg A & Gillberg C, "The Birleson Depression Self-Rating Scale (DSRS). Clinical Evaluation in an Adolescent Inpatient Population", *J Affective Disorders*, 32:115-125, 1994.

46. Metz CE, "Basic Principles of ROC analysis", Sem Nuclear Med, 8:283-298, 1983.
47. Murphy JM, Berwik DM y cols, "Performance of Screening and Diagnostic Test", Arch Gen Psychiatry, 44:550-555, 1987.
48. Nierenberg AA, Feinstein AR, "How to Evaluate a Diagnostic Marker Test" JAMA, 259:1699-1702, 1988.
49. Cortés J. y cols, "Curva de Encuentro Sensibilidad/Especificidad como Parte de la Expresión de Validez de Criterio Externo", Instituto Mexicano de Psiquiatría, material no publicado, 1995.
50. Armar DJ, "Theta Reliability and Factor Scales" in Costner H.L. Ed. Sociological Methodology, Sn Fco., Jossey-Bays, 17-50, 1973-1974.
51. De la Peña FR, Lara MC, Nicolini H y cols, "Validez Concurrente de la Escala de Beck en una Población Adolescente", Instituto Mexicano de Psiquiatría, material no publicado, 1995.

Tabla 1. Características Demográficas de la Población Clínica

	Mujeres (N=60)	Hombres (N=78)	Total (138)
Edad	16.38 (1.60) (a)	16.35 (1.84) (b)	16.36 (1.73)
Escuela años cursados	9.75 (1.85) (c)	9.14 (1.87) (d)	9.43 (1.88)

a-b: [t(136)=0.10;ns]

c-d: [t(136)=1.90;P<0.10]

Resultados expresados: media (desviación estandar)

Tabla 2. Características Demográficas de la Población Clínica por Subgrupos

	TDM (N=41)	Sanos (N=43)	Otro Pad. (N=54)
Edad	16.43 (1.73) (a)	15.43 (1.68) (b)	16.66 (1.74) (c)
Escuela años cursados	9.58 (2.12) (d)	9.51 (1.72) (e)	9.25 (1.83) (f)

a-b: [t(82)=2.68;P<0.01]

d-e: [t(82)=0.17;ns]

a-c [t(93)=0.64;ns]

d-f: [t(93)=0.81;ns]

b-c: [t(95)=3.51;P<0.001]

e-f: [t(95)=0.74;ns]

Resultados expresados: media (desviación estandar)

Tabla 3. Características Demográficas de la Población Abierta

	Mujeres (N=28)	Hombres (N=183)	Total (211)
Edad	15:85 (1.65) (a)	15.70 (1.61) (b)	15.76 (1.61)
Escuela años cursados	10.38 (1.29) (c)	9.44 (1.49) (d)	10.5 (1.4)

a-b: [t(209)=0.46;ns]

c-d: [t(209)=3.16;P<0.01]

Resultados expresados: media (desviación estandar)

**Tabla 4. Puntuaciones de la Escala
en la Población Clínica y en la Abierta**

	Mujeres	Hombres	Total
Clínica	15.98 (5.82) (a) (N=60)	11.74 (5.62) (b) (N=78)	13.58 (6.07) (N=138)
Abierta	11.48 (4.77) (c) (N=28)	9.62 (4.71) (d) (N=183)	10.29 (4.81) (N=211)

a-b: [t(136)=4.32;P<0.001]

c-d: [t(209)=1.94;P=0.05]

Resultados expresados: media (desviación estandar)

Tabla 5. Puntuaciones de la Escala en la Población Clínica por Subgrupos

Deprimidos (N=41)	Sanos (N=43)	Otro Pad. (N=54)
18.68 (4.01) (a)	8.25 (4.03) (b)	13.96 (5.19) (c)

a-b: [t(82)=11.88;P<0.001]

a-c: [t(93)=4.82;P<0.001]

b-c: [t(95)=5.92;P<0.001]

Resultados expresados: media (desviación estandar)

Tabla 6

Escala de Birleson para Depresión en Adolescentes

Valores de Sensibilidad y Especificidad

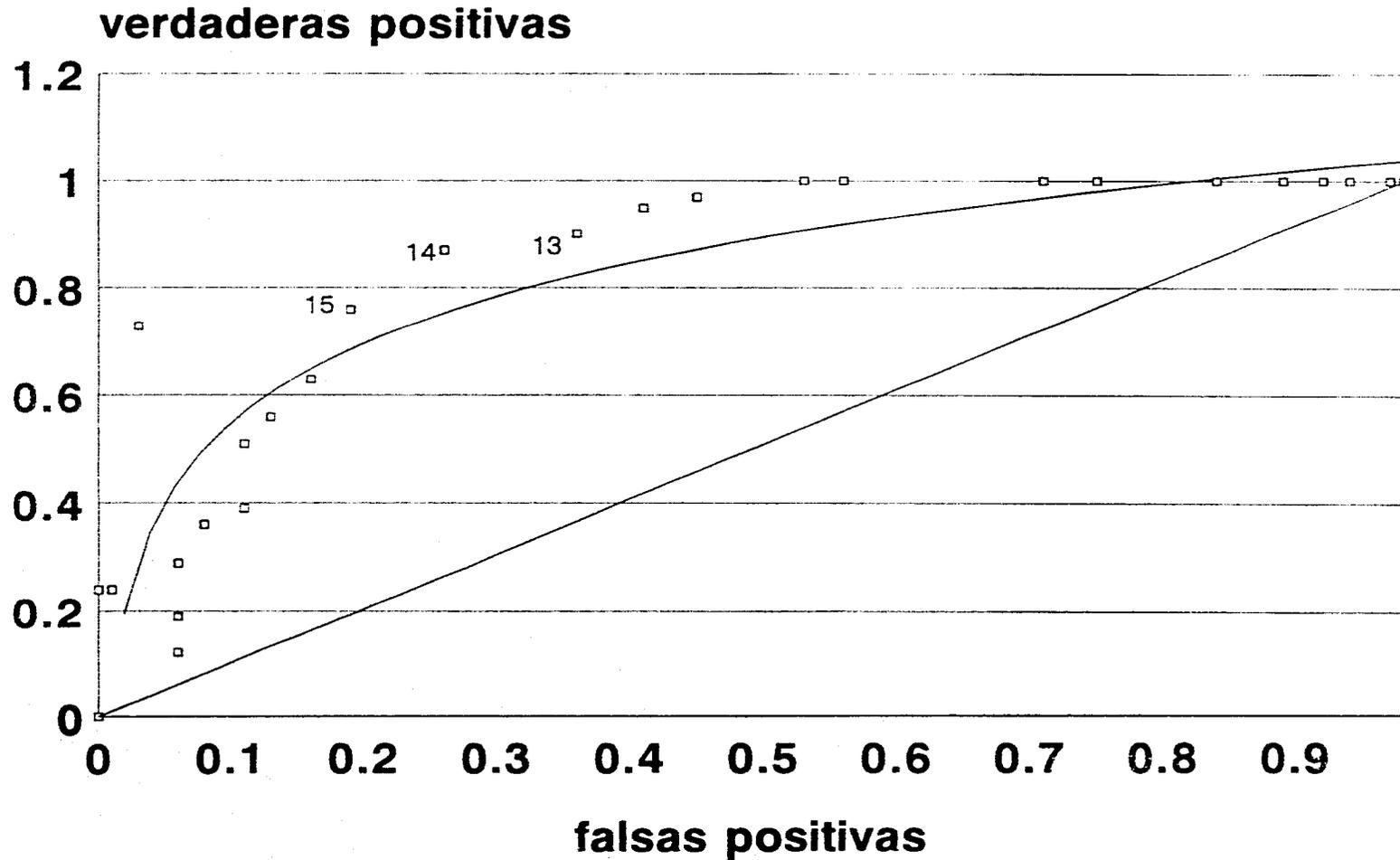
Punto de Corte	Sensibilidad	Especificidad
12	95	59
13	90	64
14	87	74
15	75	81
16	63	84
17	56	87

De la Peña FR, Lara MC et al, IMP, 1995

Figura 1

Escala de Birleson para Depresión en Adolescentes

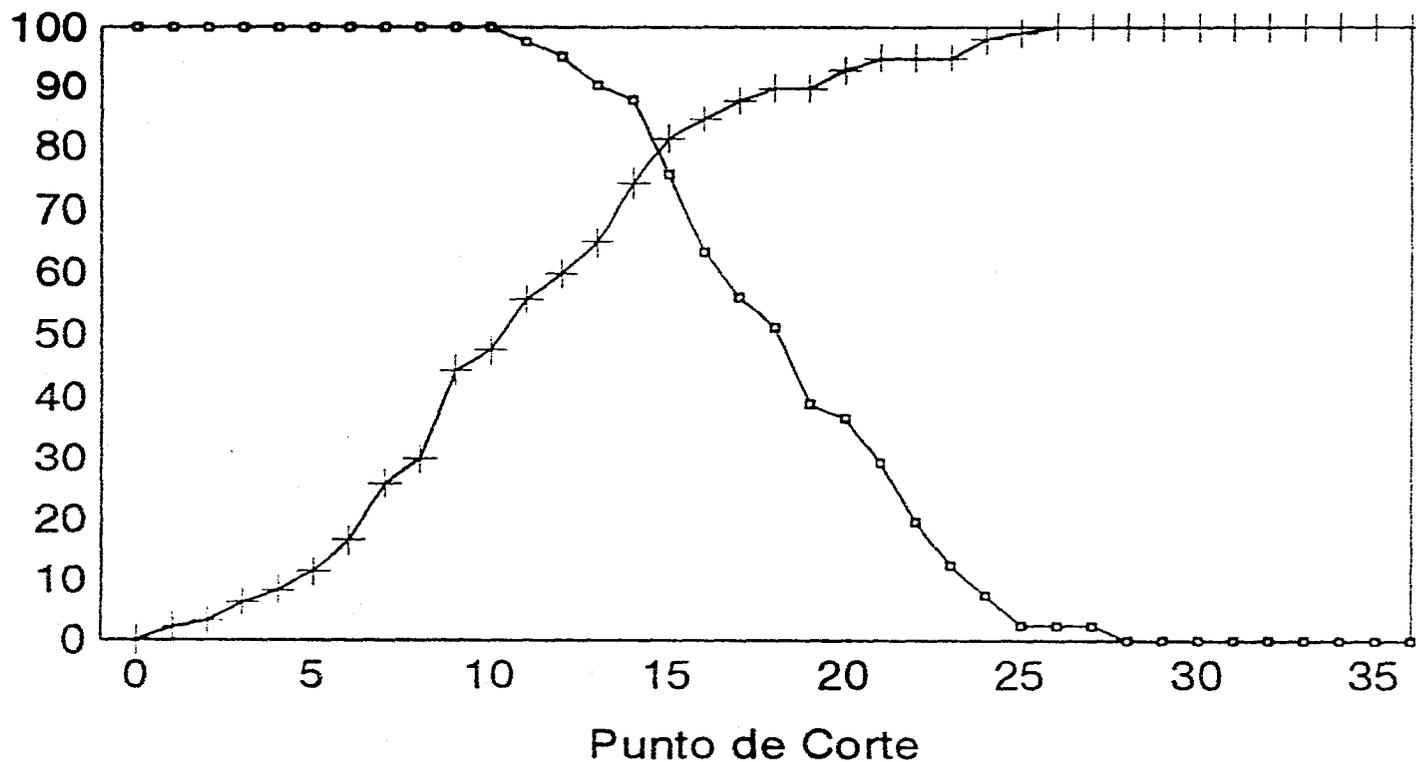
Curva ROC



Validación Mexicana de la Escala de DSRS en Adolescentes IMP, 1995

Escala de Birleson para Depresión en Adolescentes

Curva de Encuentro Sensibilidad/Especificidad



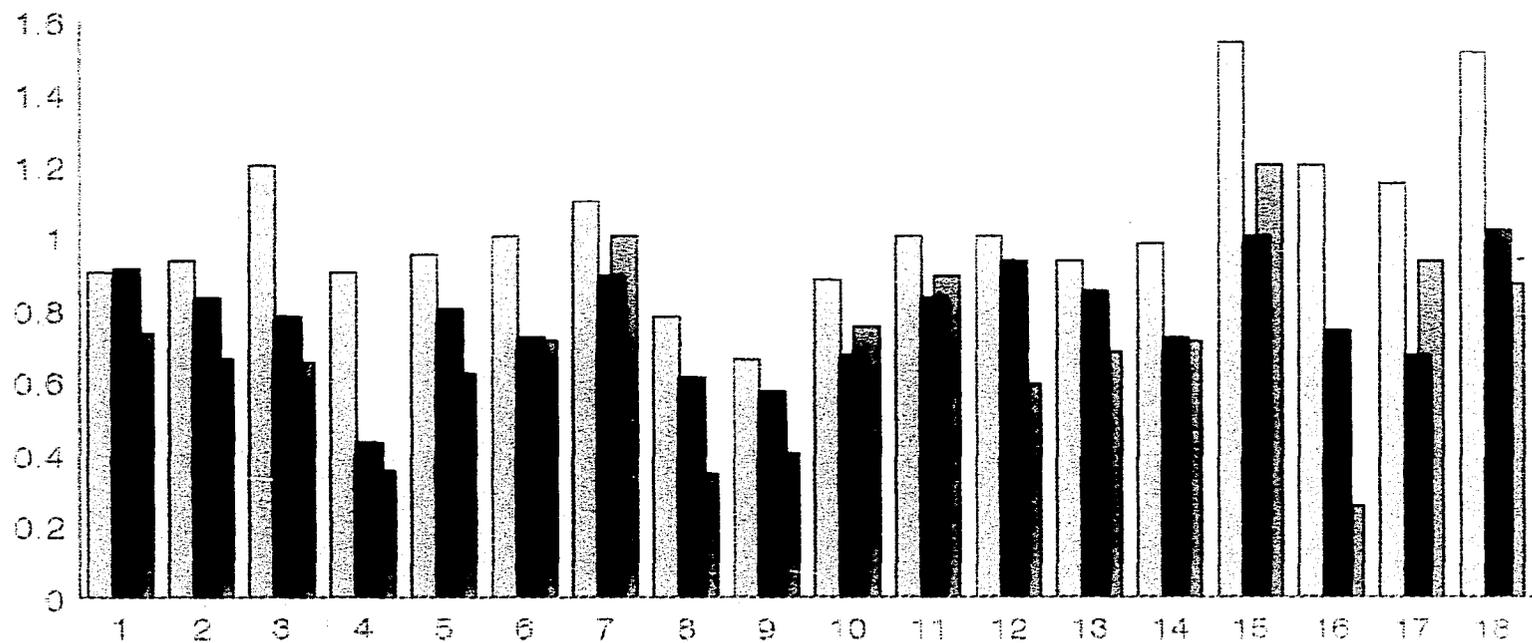
—□— SENSIBILIDAD + ESPECIFICIDAD

Depto. Informática IMP (Ing. José Cortés), 1995

Figura 3

Promedios de Respuesta por Reactivos en los Diferentes Grupos Clínicos y Abierto

Escala de Birleson para Depresión en Adolescentes



Grupos de Población Clínica y Abierta

Deprimidos
 Sanos Clínicos
 Otro Padecimiento
 Escolares

DSRS

Instrucciones: Por favor responde honestamente cómo te has sentido las últimas dos semanas. No hay respuestas buenas o malas. Gracias.

	Siempre	Algunas veces	Nunca
1. Me interesan las cosas tanto como antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Duermo muy bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me dan ganas de llorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me gusta salir con mis amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Me gustaría escapar, salir corriendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me duele la panza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tengo mucha energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Disfruto la comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Puedo defenderme por mí mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Creo que no vale la pena vivir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Soy bueno para las cosas que hago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Disfruto lo que hago tanto como lo hacía antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Me gusta hablar con mi familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tengo sueños horribles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Me siento muy solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Me animo fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Me siento muy aburrido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>