

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL.

VALIDEZ CONCURRENTE DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS (CDI) Y LA
ESCALA DE BIRLESON (DSRS) EN ESCOLARES DE 8 A 12 AÑOS.

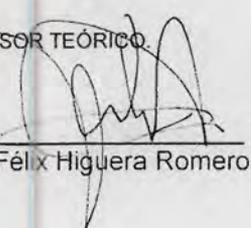
8.0 W
DR. BORBÓN

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE "ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA"

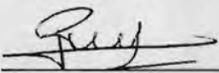
PRESENTA EL ALUMNO (A)

Laura León Mejía.

ASESOR TEÓRICO.


Dr. Félix Higuera Romero.

ASESOR METODOLÓGICO.


Dra. Rosa Elena Ulloa Flores.

Vo. Bo.

DRA. MA. DEL CARMEN LARA MUÑOZ
JEFA DEL DEPARTAMENTO



FEBRERO 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

	Página
ANTECEDENTES	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
JUSTIFICACIÓN	8
OBJETIVOS	9
IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES	10
MATERIAL Y MÉTODO	15
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	16
RESULTADOS	19
DISCUSIÓN	23
BIBLIOGRAFÍA	25
ANEXOS.	27

MARCO TEÓRICO.

ANTECEDENTES.

El trastorno depresivo mayor (TDM) en la infancia y en la adolescencia se ha convertido en una de las líneas de investigación más importantes a nivel internacional. Los síntomas depresivos parecen ser más comunes y persistentes de lo que previamente se creía(1). Hace 40 años, algunos médicos dudaban de la existencia de un trastorno depresivo significativo en los niños, primero por que creían que los niños no presentaban una madurez en la estructura cognitiva y psicológica necesaria para experimentar estos problemas. La depresión llegó a ser un problema de salud pública concerniente a generaciones sucesivas en el grupo de edad pediátrica (6).

Se ha escrito mucho sobre depresión infantil, especialmente en los últimos 25 años. Se ha reportado que la depresión infantil es similar a la del adulto y se manifiesta de acuerdo con la etapa de desarrollo del niño. Así, en un estudio de Nissen se intentó establecer la correspondencia entre la etapa evolutiva y la distinta manifestación de la depresión infantil. Señaló que en la edad escolar, los niños con depresión se caracterizan por irritabilidad, dificultades en el aprendizaje, inseguridad, y resistencia a jugar; otros autores agregan componentes como apatía, humor depresivo, enlentecimiento psicomotor y descenso en el rendimiento de las tareas diarias. Sin embargo, el fracaso escolar, las dificultades en el aprendizaje y la disminución del rendimiento académico, pueden ser causa y consecuencia de la depresión infantil, manifestación de ésta y factor suscitador de ella (5).

La demanda atendida en los servicios de salud mental en los centros de salud de la ciudad de México ha mostrado que una tercera parte corresponde a niños. En la población general la estimación de la prevalencia de los trastornos mentales en niños entre los 3 a 12 años de edad arrojó una cifra de 15.6% (3). La prevalencia de las tasas de depresión en niños varía entre 0.4 y 2.5% y de 0.4 a 8.3% en adolescentes. Se menciona que la prevalencia de los trastornos depresivos en los niños es la siguiente: se presenta como trastorno depresivo mayor entre un 15% a un 20%, mientras que el trastorno distímico se

presenta entre el 0.6% al 1.7% en niños, (siendo su frecuencia similar en niños y niñas), y de 1.6% a 8.0% en adolescentes (6,8).

Kovacs y cols, mencionan que existe un gran riesgo para desarrollar un trastorno depresivo en edades tempranas (9). Aproximadamente del 10-15% de la población general en California reportó niveles de síntomas depresivos de moderados a severos. Niños con niveles elevados de síntomas depresivos tendían a tener un estilo pesimista al narrar algún suceso, deficiencias en sus relaciones sociales, y pobre dominio en los escenarios(4).

En los Estados Unidos, la prevalencia del trastorno depresivo mayor es del 1% aproximadamente en preescolares y 2% en niños de edad escolar (6).

Varias investigaciones han documentado cambios con la edad, el género, la raza y la clase social en la prevalencia de síntomas depresivos, particularmente en la transición de la infancia hacia la adolescencia. En la etapa prepúber la presentación en niñas y niños es de 1:1, y durante la adolescencia cambia hasta 2:1(1,2,6,8). En otras encontraron que el auto-reporte de síntomas depresivos en las niñas se mantenía estable hasta los 17 años de edad, posterior a esta edad se incrementaba, en los niños permanecía constante hasta los 15 años, posteriormente se incrementaba(2).

Las diferencias de sexo aún no son claras, algunos teóricos argumentan que los cambios fisiológicos en la pubertad en las niñas, incrementa el riesgo de sufrir depresión, se han atribuido factores genéticos, incremento en la prevalencia de trastorno de ansiedad, predisposición cognitiva y factores socioculturales(8). La distribución por sexo demuestra que las niñas depresivas son generalmente tranquilas e inhibidas, mientras que los niños se caracterizan por presentar aislamiento, combinado con inhibiciones del aprendizaje y de irritabilidad, pueden conducir a dificultades escolares y agresividad. Los hispanos tienen tasas más altas de depresión que otros grupos, como los negros y los blancos. En cuanto al estatus socioeconómico el nivel bajo tiene una prevalencia más alta de depresión(2).

Cerca de un 40% a un 70% del total de los niños con trastorno depresivo presentan comorbilidad con algún otro trastorno psiquiátrico, entre los cuáles se encuentran: trastornos de ansiedad en un 30% a 80%, trastornos de conducta hasta del 10% al 80%, abuso de sustancias de 20% a 30%. Así mismo, los trastornos de conducta pueden revelar una complicación de la depresión y persistir aún después de que remite el cuadro depresivo. Javad H. y Kashani entre otros describieron a la actitud agresiva y al enojo como dos de las principales manifestaciones de la depresión infantil. Históricamente algunos autores han considerado a la agresión como una “máscara de la depresión” en éste grupo etéreo. Este tipo de conductas se han observado con mayor frecuencia en niños procedentes de familias hostiles y disfuncionales, describiendo a la expresión de los sentimientos negativos de la familia(6,7).

Dentro de los síntomas depresivos en los niños, además de los antes mencionados podemos encontrar: baja autoestima, trastornos somáticos, desobediencia y ansiedad, los cuáles son descritos como síntomas iniciales para el desarrollo clínico de este trastorno. Los niños que presentan un trastorno distímico pueden así mismo desarrollar trastorno depresivo mayor, cuando existe la presencia de ambos se llama al cuadro clínico doble (7).

Estudios clínicos y epidemiológicos han reportado que cerca del 90% de los niños con trastorno depresivo mayor remite entre 1.5 a 2 años después del inicio, mientras que el 10% se prolonga; los niños deprimidos que viven en medios familiares conflictivos, tienen mayor índice de recurrencias que aquellos que viven en familias funcionales (6,7,).

La distimia de inicio temprano tiene un curso prolongado con una duración promedio de un episodio de 4 años y se asocia con un incremento en el riesgo para depresión mayor subsecuente 70%, trastorno bipolar 13%, y abuso de sustancias 15%. Los niños con distimia usualmente tienen su primer episodio de depresión mayor 2 a 3 años después del inicio de la distimia, lo que indica la necesidad de desarrollar medidas preventivas dirigidas a esta población (8).

Los siguientes factores han sido asociados con el inicio, duración y recurrencia de la depresión de inicio temprano :

A) Demográficos:

- Edad.
- Género.
- Estado socioeconómico.

B) Psicopatología:

- Diagnósticos psiquiátricos preexistentes.
- Síntomas depresivos subyacentes.
- Estilo cognoscitivo negativo.

C) Factores familiares:

- Psicopatología de los padres.
- Inicio temprano de los trastornos afectivos en los padres.
- Antecedentes familiares de trastornos depresivos.

D) Factores psicosociales:

- Pobre soporte.
- Eventos estresantes de la vida.
- Pobre funcionamiento familiar. Estos factores influyen de manera diferente en

el inicio y curso natural de ésta patología (6, 8,10,11).

Hasta el momento, no hay estudios en la población general de México acerca de qué manifestaciones motivarían a los padres a solicitar ayuda en salud mental para sus hijos. Lo anterior tiene que ver con la falta de conocimiento que existe en torno a la percepción de la necesidad para atender los problemas de salud mental en la infancia y la adolescencia. Por otra parte, hay evidencias de que la búsqueda de atención se emprende con un retraso considerable; esto es, de un año para los trastornos emocionales y de hasta ocho años para el retraso mental. Por ello, en la práctica médica general y en los programas de vigilancia de la salud en la comunidad, se requieren instrumentos sencillos, confiables y válidos en nuestra población para la detección y el tratamiento oportuno de las alteraciones psicopatológicas (12) .

Escalas para trastornos del humor.

Beck Depression Inventory (BDI). Es la escala más empleada en adolescentes. Evalúa los componentes cognitivo, conductual, afectivo y somático. Muchos estudios han demostrado su consistencia interna, estabilidad y validez, siendo esta última establecida en correlación directa con otras medidas de depresión. Tiene buena sensibilidad y especificidad, pero parece no poder discriminar entre niveles de depresión en adolescentes como lo hace en adultos. La brevedad y rapidez de su aplicación y su capacidad de distinguir los trastornos de ansiedad y de conducta son de gran utilidad. Se le ha criticado por no tener reactivos relacionados con la escuela y por no tener formas de evaluación para padres y maestros, lo que impide obtener información en paralelo de adultos significativos.

Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD). Escala ampliamente empleada en adolescentes en sus versiones de 14 y 17 reactivos, muestra utilidad al evaluar la efectividad de la farmacoterapia. Su confiabilidad es buena, pero no se ha reportado su estabilidad.

Reynolds Adolescent Depression Scale and Reynolds Child Depression Scale (RADS and RCDS). Basadas en los criterios para depresión del DSM-III, evalúa la presencia del trastorno en las últimas dos semanas. Ayudan a examinar la fenomenología y efectos de la depresión, suicidio, violencia, así como síntomas depresivos en relación a situaciones sociales. En la validación de escalas para depresión y suicidio. Su principal desventaja es su uso predominante en muestras escolares durante su desarrollo, lo que disminuye su utilidad con muestras clínicas.

Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D). Amplio uso en adolescentes, sus reactivos proceden de otras escalas para depresión en adultos. Su versión modificada para niños y adolescentes (CES-DC) evalúa la depresión en la última semana. Su validez y sensibilidad son moderadas. Tiene utilidad limitada en muestras clínicas, pero es de gran utilidad como instrumento de filtro en muestras de comunidad.

Childrens Depresión Inventory (CDI). Es una extensión de BDI, posee 5 factores: humor disfórico, acting out, pérdida del interés social o personal, auto devaluación y síntomas vegetativos. Los factores 1,3 y 5 están más relacionados con la depresión,

mientras que el factor 2 se relaciona con el acting out y el factor 5 con la ansiedad. Poca concordancia niño-adulto, lo cual mejora con la madurez del niño. Su validez está apoyada por su concordancia con otros instrumentos, incluyendo aquellos que miden constructos relacionados con la autoestima, distorsiones cognitivas, locus de control y estilo atribucional. Frecuentemente utilizada y mejor estudiada para depresión juvenil, sus propiedades psicométricas son fuertes, ha mostrado sensibilidad al tratamiento. Dentro de sus problemas se encuentran su formato, que puede no ser accesible para los niños.

Childrens Depression Scale (CDS). Segunda mejor estudiada de las escalas para depresión. Los niños leen y colocan tarjetas con un código de color en 5 categorías, existiendo 8 subescalas: afecto, problemas sociales, autoestima, preocupación por enfermedad, culpa, depresión miscelánea, disfrute y positivo misceláneo. El instrumento discrimina niños deprimidos de controles sanos, de controles clínicos y de niños enojados pero no deprimidos. Su mayor utilidad se encuentra al estudiar la correlación de la depresión con la auto-eficacia, el autoconcepto, el estilo cognitivo y el ausentismo escolar.

Depression Self-Rating Scale (DSRS). Realizada sobre el patrón de la escala de depresión de Zung, mide los síntomas afectivos, cognitivos y somáticos de la depresión en la última semana. Sus mayores ventajas incluyen su accesibilidad, su lenguaje fácil, su brevedad, su uso y calificación fáciles. Es la primera escala validada en México en población adolescentes.

Childrens Depression Rating Scale-Revised (CDRS-R). Desarrollada para niños en base a la HRSD, usada junto a escalas de auto-reporte y medidas de evaluación global, permite evaluar el curso de los síntomas depresivos durante el tratamiento farmacológico.

Mania Rating Scale (MRS). Aplicada por el clínico, evalúa la sintomatología maniaca en adultos, se ha usado en dos estudios pequeños en niños con trastorno bipolar y en niños con trastorno bipolar y déficit de atención (13).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En nuestro país la demanda de atención psiquiátrica en el grupo de escolares, ha ido en aumento, si consideramos al trastorno depresivo mayor como una patología grave, que causa deterioro en su funcionamiento, el reconocimiento de los síntomas es crucial para su tratamiento temprano, en la actualidad no contamos con instrumentos validados en nuestro país que nos permitan cuantificar la severidad de depresión en niños.

JUSTIFICACIÓN.

El trastorno depresivo en niños es cada vez más frecuente, en el HPIJNN es la segunda causa de morbilidad, es necesario contar con instrumentos que puedan medir los síntomas, la severidad de la depresión y sean útiles para valorar la respuesta al tratamiento.

OBJETIVOS.

Realizar la validez de constructo de las escalas de Kovacs y Birleson en niños de 8 a 12 años de edad.

IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES.

Variable independiente: Trastorno depresivo mayor.

Los puntajes obtenidos de las escalas:

Escala de Kovacs para trastorno depresivo mayor en la infancia.

Escala de Birlson para trastorno depresivo mayor en la infancia.

Escala de medición de la variable independiente: Ordinal.

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES.

Variable Independiente: Depresión.

Definición conceptual: Tristeza persistente, pérdida de interés o placer por las actividades ordinarias, disminución de la energía, fatiga, alteraciones del sueño, alteraciones del apetito, dificultad para concentrarse, sentimiento de culpa y de infelicidad, irritabilidad y llanto excesivo.

Definición Operacional:

Criterios del DSM-IV (14).

Variables Dependientes:

Puntaje obtenido de la escala de depresión de Kovacs, que conforma 27 reactivos.

Puntaje Global = 54.

Puntaje mayor o igual a 19 indica depresión

Puntaje obtenido de la escala de depresión de Birlson, que conforma 18 reactivos.

Puntaje Global= 36.

Puntaje mayor o igual a 14 indica depresión

DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS:

A) Inventario de depresión para niños (CDI). Kovacs M. 1985: Es una escala que evalúa la severidad sintomática de la depresión en los niños de la edad escolar que sepan leer. Consta de 27 reactivos que cubren un grupo de síntomas depresivos de la infancia tales como tristeza y/o irritabilidad, anhedonia, dificultad para concentrarse, alteraciones del apetito y del sueño, sentimientos de culpa y de infelicidad, llanto. La primera versión del CDI fue una modificación del Inventario de Depresión de Beck para adultos; ésta se aplica a niños de 5 a 9 años. En éste instrumento se encontraron coeficientes de confiabilidad y consistencia interna de 0.80 y coeficientes de confiabilidad de prueba y contraprueba de 0.38 a 0.87. En Alemania en 1990 por Rehinhard HG y Cols. Se demostró su consistencia y validez por el alfa de Cronbach entre 0.81 y 0.87 y bajo prueba y contraprueba de 0.80 (contraprueba de 0.80).

Es un instrumento de investigación clínica apropiado para que sea utilizado con niños y adolescentes de 8 a 17 años de edad. Sin embargo, en estudios recientes se ha empleado en poblaciones que oscilan entre los 6 y 17 años de edad (Nelson y Politano et al, 1987) con una duración promedio de 10-15 minutos. Evaluando los síntomas cognoscitivos, emocionales y psicosomáticos; los problemas escolares, sociales y otras conductas.

El CDI de María Kovacs se ha utilizado desde 1980-81 para medir clínicamente la depresión en niños y adolescentes. Es un instrumento de auto-reporte de 27 reactivos, el cual es una extensión posterior al Inventario de Depresión para Adultos de Beck, de 21 reactivos.

El CDI debe administrarse en un cuarto tranquilo, bien iluminado, y en cada entrevista debe mantenerse la atención y motivación adecuada del entrevistado. Si el niño o adolescente parece estar perdiendo el interés, es aconsejable interrumpir la aplicación del cuestionario y proceder a entablar una conversación informal o una actividad de juego antes de continuar.

El CDI puede administrarse de manera individual o en pequeños grupos de niños y adolescentes. La aplicación individual es aconsejable en la población con

trastornos psiquiátricos o por si hay alguna pregunta que se relacione con la capacidad de resistir una tarea del jovencito.

Instrucciones para el entrevistador.

Al jovencito se le entrega una copia del inventario en el que marcará las respuestas. El entrevistador leerá los reactivos en voz alta de otro CDI, se colocará de manera tal que pueda observar las respuestas marcadas. Esto permitirá al entrevistador asegurarse que las instrucciones son comprendidas, sin embargo, el entrevistador no debe cernerse sobre el entrevistado.

Si el jovencito hace preguntas éstas deberán contestarse brevemente y con precisión. Se tendrá cuidado de no influenciar en las respuestas a través de alguna comunicación verbal o no verbal. Hay que asegurarse que el entrevistado haya leído con el entrevistador las tres oraciones de un ítem antes de que las responda.

Instrucciones verbales para el entrevistado.

Primero se entrega al niño o adolescente el inventario y se le dice:

“Aquí hay algo que nos ayudará a comprender los diferentes sentimientos y pensamientos que tienes algunas veces. Estos son grupos de oraciones que describen los sentimientos y pensamientos. Estamos tratando de descubrir si los jóvenes pueden distinguir oraciones que se apliquen mejor para ellos”.

“Déjame mostrarte cómo funciona esto. Leeré en voz alta y tú lo harás conmigo”. (Se leen las instrucciones de la página 1 del CDI, y el entrevistador tiene que contestar el reactivo tomado como ejemplo).

Después de que las instrucciones son leídas y de que el entrevistador ha completado el reactivo tomado como ejemplo se le pregunta si tiene alguna duda. Se asegura de recordarle al entrevistado que se está cuestionando acerca de sus sentimientos e ideas en las últimas una o dos semanas. La advertencia será repetida durante la administración del CDI.

Cada reactivo del CDI es leído en voz alta, el mismo procedimiento se lleva a cabo para la administración en grupo. Después de leer un reactivo, se le da tiempo al niño o adolescente antes de que continúe con el siguiente reactivo. Con un adolescente, se puede interrumpir el leer en voz alta después de hacerlo con

algunos reactivos si queda claro, si el muchacho comprendió qué va a hacer y puede desarrollar la tarea.

Si el niño o adolescente está inseguro acerca de qué reactivo va a elegir para marcarlo, o si dice que ninguno es verdadero para ellos, entonces hay que animarles para que indiquen el reactivo seleccionado que mejor describa cómo han estado sus sentimientos y pensamientos en las últimas una o dos semanas.

Si el niño o adolescente parece estar disgustado con la variación de los reactivos escogidos, es permisible admitir que ninguna de las selecciones pueden describirlo en un cien por ciento.

Uno puede decirle: “Si algunas de las oraciones no se refieren a ti en un cien por ciento, sólo selecciona la oración, la única oración que se aproxime más a como eres tú”. Como un prelude para calificar el inventario hay que examinar el formato y asegurarse que el entrevistado haya seleccionado una oración para cada reactivo. En el caso que el menor haya dejado algún ítem en blanco habrá que comentarlo con él y buscar una oración que más se acerque a su estado de ánimo o pensamiento que haya tenido en las últimas dos semanas, incluyendo el día en que se aplicó el inventario.

Posteriormente, las respuestas se califican con los números 0,1 y 2 en cada una de las oraciones seleccionadas de los 27 reactivos del cuestionario. Así, cada una de las respuestas elegidas representan una sintomatología, ya sea leve, moderada o severa de la depresión, respectivamente. La puntuación obtenida en los registros oscila desde cero hasta 54, donde los resultados obtenidos de 0-18 corresponden a una depresión leve, 19-36 representan una depresión moderada y de 37-54 a una depresión severa. (2,5,15,16*)

B) ESCALA DE BIRLESON (DSRS): Fue diseñada para cuantificar la severidad de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes, y puede utilizarse para supervisar la respuesta al tratamiento. El instrumento es una escala autoaplicable tipo Lickert que consta de 18 reactivos; todos pueden puntuar de 0 a 2, siendo la máxima calificación 36. Diez de los 18 reactivos se califican de 0 a 2 (1,2,4,7,8,9,11,12,13 y 16), y 8 reactivos se califican del 2 a 0

(3,5,6,10,14,15,17y18). El tiempo de respuesta del instrumento varía, dependiendo de cada sujeto, entre 5 y 10 minutos.

La escala de Birlson es conocida también por sus siglas en inglés, DSRS (Depresión Self Rating Scale); ésta es la primera escala validada en México con población adolescente por el Dr. Francisco de la Peña y cols. Se incluyeron en la investigación 349 adolescentes entre 13 y 19 años de edad, agrupado en una población clínica de 138 y otra población abierta de 211 sujetos. Todos respondieron la escala previamente traducida con el sistema de doble traductor y adaptada. La población clínica fue entrevistada utilizando una entrevista semiestructurada diseñada ad hoc para la investigación, que estaba relacionada con los criterios del DSM-IV, la cual funcionó como estándar de oro. Se hizo el análisis de discriminación de reactivos utilizando el método de grupos extremos de Jonson. La utilización del DSRS como prueba diagnóstica presentó una sensibilidad de 87% y una especificidad del 74% cuando el punto de corte fue de 14. El valor alfa de Cronbach fue de 0.85. El análisis factorial explicó con un solo elemento el 28.8% de la varianza. Esta escala puede ser utilizada de manera amplia en investigaciones clínicas y epidemiológicas para la evaluación de la depresión en niños y adolescentes. (1,17,18).

MATERIAL Y MÉTODOS.

POBLACIÓN A ESTUDIAR

Universo. Participaran 200-300 escolares entre 8 y 12 años de edad, agrupados en dos poblaciones: Población Clínica de 150 sujetos que acudan al servicio de Admisión, Urgencias del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” y la segunda población abierta de 150 sujetos provenientes de escuela primaria particular de tercero a sexto grado.

Criterios de inclusión.

1. Hombres y mujeres.
2. De 8 a 12 años de edad.
3. Alfabetas que hablen fluidamente el idioma español.
4. Consentimiento escrito de participación por parte de los padres.
5. Sujetos que llenen adecuada y completamente las escalas de Birleson y Kovacs.

Criterios de exclusión.

1. No aceptación de participación.
2. Falta de cooperación por parte del paciente.
3. Que presenten trastornos generalizados del desarrollo.
4. Que presenten sintomatología psicótica.
5. Pacientes que no concluyan con el llenado de los instrumentos.

DISEÑO

Tipo de estudio.

Prospectivo, transversal, observacional y comparativo.

PROCEDIMIENTO.

Se les informará a los padres de manera verbal sobre el desarrollo de la investigación. Después de dar su consentimiento por escrito para participar en el estudio. Todos los niños de 8 a 12 años de edad que acudan al servicio de admisión, urgencias durante los meses de Noviembre y Diciembre de 2005, responderán ambos instrumentos frente a un clínico, se revisará cada escala con el fin de confirmar el llenado correcto.

A la población abierta se les aplicará a alumnos de 3º, 4º, 5º y 6º grado de primaria.

La entrevista.

Después de contestadas las escalas, y ciego a resultados de ésta, 30 sujetos de la población clínica serán entrevistados, utilizando los criterios del DSM IV, que funcionará como estándar de oro. La entrevista estará elaborada para establecer diagnóstico de trastorno depresivo mayor.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se utilizará estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes y promedios) y comparativa (prueba t de Student) para analizar las características demográficas y clínicas de la muestra.

La consistencia interna de los instrumentos se evaluará a través del coeficiente alpha de Cronbach en todas las entrevistas. La validez de criterio externo se estimará a través de la correlación de las puntuaciones de cada una de las escalas con el diagnóstico de acuerdo al DSM-IV. También se realizará correlación entre los puntajes de cada escala para determinar la validez convergente de éstas. El nivel de significancia estadística se establecerá con $p < 0.05$.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.

Criterios del DSM-IV para depresión (K-SADS).

La escala de Birlson: Depresión Self Rating Scale (DSRS).

Inventario de Depresión para Niños (CDI).

RECURSOS.

Humanos. Un Médico residente de 2o año de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia y dos Médicos Paidopsiquiatras.

Físicos. Área física de los servicios de urgencias y consulta externa de la clínica de emociones del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro de la S.S.A.

Técnicos. Formatos impresos de las escalas, hojas de concentración de datos, lápices y gomas.

FACTIBILIDAD.

Esta investigación se considera factible ya que cuenta con los recursos humanos, físicos y técnicos. El Hospital de Psiquiatría Infantil Dr. Juan N Navarro de la S.S.A. es un centro de tercer nivel de atención de salud y se puede obtener el número adecuado de pacientes para el estudio.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Se apegará a las consideraciones bioéticas que existen a nivel internacional, nacional e institucional para los estudios de investigación en seres humanos.

Aceptación voluntaria de los padres para la participación de sus hijos: Se deberá explicar con un lenguaje claro a los padres acerca de los objetivos del estudio, así mismo se explicará de la misma forma a los pacientes para el llenado de las escalas.

Elaborar carta de consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

Teóricas: constituyen la búsqueda bibliográfica para la elaboración de los antecedentes, planteamiento del problema y objetivos.

Metodológicas: son aquellas que permitirán delimitar el ámbito de estudio, definición de la población, definición de criterios de inclusión, no inclusión y exclusión. La definición del tipo de estudio y la variable de estudio.

Instrumentación: se refiere a la búsqueda del instrumento válido y confiable que será validado en nuestra población(país).

Estadísticas: consiste en una secuencia de procedimiento para el manejo de datos que tiene como propósito la comprobación a través de la recolección (medición), recuento (computo), presentación, descripción y análisis.

Reporte: se refiere al contenido esencial del resumen, introducción, material y método.

RESULTADOS.

El total de la muestra comprendió 299 sujetos, 149 (49.8%) correspondió a la población clínica y 150 (50.2%) a la población escolar, de los cuales 148 eran mujeres y 151 eran hombres, representando el 49.5% y 50.5%, respectivamente.

La edad promedio del grupo en conjunto fue de 9.89 (1.41) años. La escolaridad expresada en años cursados fue de 4.60 (1.33).

La calificación promedio de la escala de Kovacs fue 13.3 ± 8 puntos y de la de Birleson fue 10.6 ± 5 puntos.

Los resultados de alfa de Cronbach para cada escala fueron de 0.86 para Kovacs y 0.79 para Birleson.

De la población escolar que fueron 150 (50.2%) sujetos, en el reporte de ambas escalas: 16 concordaban en estar deprimidos, 21 querían morir, 23 presentaban puntajes aproximados a los puntos de corte (15/10, Kovacs, Birleson, respectivamente) y 5 no concordaban en sus respuestas entre las dos escalas.

De la población clínica que fueron 148 (49.8%) sujetos, en el reporte de ambas escalas: 41 concordaban en estar deprimidos, 43 querían morir, 10 presentaban puntajes aproximados a los puntos de corte (15/10, Kovacs, Birleson, respectivamente) y 18 no concordaban en sus respuestas entre las dos escalas.

La correlación entre las dos escalas de depresión (Kovacs y Birleson) se presenta en la tabla 1, resultando significativas con una $p < 0.01$.

Se utilizó el método de componentes principales en el análisis factorial sobre los datos de la muestra total de ambas escalas y realizado mediante rotación

varimax, proporcionó en la escala de Kovacs 5 factores que explican el 44.6% de la varianza , y en la escala de Birleson 4 factores que explican el 45.8% de la varianza. Estos factores se muestran en las tablas 2 y 3.

En la submuestra de 22 pacientes a los que se realizó la entrevista K-SADS no se encontró una correlación significativa entre el puntaje de las escalas y la calificación de la entrevista.

Tabla 1

Correlations

		KTOTAL	BTOTAL
KTOTAL	Pearson Correlation	1.000	.815**
	Sig. (2-tailed)	.	.000
	N	299	299
BTOTAL	Pearson Correlation	.815**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.000	.
	N	299	299

** . Correlation is significant at the 0.01 level

Tabla 2. Muestra el análisis factorial de la escala de kovacs.

Factor	1 Síntomas depresivos	2 Síntomas alimentarios	3 Conducta	4 Síntomas ansiosos	5 Estado físico.
Valor Eigen	6.4	1.7	1.3	1.2	1.2
% de varianza	24 %	6.5%	5%	4.5%	4.4%
Componentes	Triste. Salir mal las cosas. Ocurrir cosas malas Divertirse. Ser malo. No gustarse Sentir culpa. Pensar en matarse. Llorar. No estar con la gente Decidir. No gustar aspecto. No hacer deberes. Dormir. Cansado. Solo. No divertirse en el colegio. Amigos. Mal en el colegio. No ser bueno como otros niños. No sentirse querido. Pelearse.	Comer.	Hacer mal las cosas. Obedecer.	Preocupado	Salud.

Tabla 3. Muestra el análisis factorial de la escala de Birleson.

Factor	1	2	3	4
	Síntomas depresivos	Conducta.	Interacción social.	Autonomía
Valor Eigen	4.3	1.5	1.2	1.1
% de varianza	24 %	8.5%	6.8%	6.2%
Componentes	Dormir. Llanto. Dolor. Pesadillas. Soledad. Tristeza. Aburrido.	Energía. Comer. Ser bueno. Disfrutar. Animarse.	Interesarse. Escapar. Vivir. Familia. Amigos.	Defenderse.

DISCUSIÓN.

El uso de muestras de población clínica y abierta permitió evaluar el comportamiento global de sujetos deprimidos y no deprimidos.

Las características demográficas de nuestra población son comparables para las variables de edad y sexo a las reportadas en estudios de población española y americana.

La consistencia de las pruebas, medidas a través del alfa de Cronbach es de .86 para Kovacs y .79 para Birleson; lo que resulta adecuado y similar a los datos de investigaciones realizadas por V. del Barrio (1999) y F. de la Peña (1996), respectivamente.

Los resultados de este estudio muestran una validez convergente a través de la correlación entre los instrumentos de depresión de Kovacs y Birleson, esto nos hace suponer que estamos utilizando un instrumento idóneo para evaluar este constructo. Respecto de la validez de constructo, se ha encontrado que aquellos sujetos (> 50%) que tienen una sintomatología depresiva alta en el Inventario de Kovacs son también los que ostentan las puntuaciones más altas en la Escala de Birleson, lo que confirma la validez.

En lo que respecta a k-sads no se encontró significancia estadística en los resultados de la correlación. Conviene recordar que el Inventario de Depresión de Kovacs establece como punto de corte una puntuación de 19 y la Escala de Birleson de 14 para el diagnóstico de depresión, como es el caso del presente estudio. Sin embargo, la entrevista fue aplicada por un entrevistador altamente calificado y familiarizado con el DSM IV quién identificó los siguientes diagnósticos: episodio depresivo mayor, distimia, trastorno adaptativo y trastorno depresivo no especificado. Diagnósticos que no están contemplados como tal en

dichas escalas. Este hecho puede modificar el efecto de la significación al hacer la comparación. Además de otros acontecimientos como: el que la entrevista no hubiera sido el mismo día de la aplicación de las escalas, ésta se haya realizado en el hospital y la variación de intensidad de los síntomas tomando en cuenta el transcurrir de los días y la edad del escolar.

Se obtuvo una sensibilidad del 66% y una especificidad del 70% para ambas escalas, con un punto de corte de 19 para el Inventario de Kovacs y 14 para la escala de Birleson, probablemente en esta población un punto de corte menor, aumentaría la sensibilidad.

La estructura factorial, muestra concomitancia y diferencias pero todo ello con una gran proximidad con los hallazgos de otros autores (Weiss y cols.1991, Craighead 1998, V. del barrio 1999). Tocante a la escala de Birleson no se encontró un análisis factorial previo, lo que los resultados del presente estudio incrementan la información sobre su validez.

Podemos concluir que las características de las pruebas cumplen las condiciones para que puedan ser empleadas en la población infantil mexicana.

Valdría la pena realizar un estudio de sensibilidad y especificidad con un punto de corte menor, en futuras investigaciones.

S.S.A.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “ DR. JUAN N NAVARRO”.

Carta de consentimiento informado para el procedimiento de investigación.

A quien corresponda:

Yo _____

Declaro que por voluntad propia autorizo se recabe toda la información necesaria para llevar a cabo la investigación denominada: validez concurrente del inventario de depresión para niños (CDI) y la escala de Birleson (DSRS) en escolares de 8 a 12 años, una vez que se me ha proporcionado información suficiente y clara para dicho procedimiento.

México, D. F. a ____ de _____ de ____.

Paciente: _____.

Nombre.

Padre o tutor: _____.

Nombre y firma.

Testigo 1: _____

Nombre y firma.

ANEXO

CDI

P.D.	T	P.C.

Nombre:

Fecha:

Centro escolar:

Dirección:

Edad:

Curso:

|

Las personas como tú tienen diferentes sentimientos e ideas. En esta prueba recogemos distintos tipos de sentimientos e ideas. Cada una de ellas se presenta en tres frases. Señala aquella que mejor describa cómo te has sentido durante las dos últimas semanas. Si alguna pregunta no describe exactamente tu situación, contesta la que más se aproxime a tus sentimientos. Una vez hayas terminado con un grupo de frases, pasa al siguiente.

No hay contestaciones correctas o incorrectas. Únicamente tienes que señalar la frase que describa mejor cómo te has encontrado últimamente. Por una cruz (X) en el círculo que hay junto a tu respuesta.

Hagamos un ejemplo. Pon una cruz junto a la frase que MEJOR te describa:

Ejemplo:

- ESTOY ENFADADO/A MUY A MENUDO
- ESTOY ENFADADO/A DE VEZ EN CUANDO
- NUNCA ESTOY ENFADADO/A

Supongamos que has marcado la frase intermedia:

- ESTOY ENFADADO/A MUY A MENUDO
- ESTOY ENFADADO/A DE VEZ EN CUANDO
- NUNCA ESTOY ENFADADO/A

Esto quiere decir que no te enfadas ni todos los días ni todas las semanas sino solo de vez en cuando.

RECUERDA QUE DEBES SEÑALAR LAS FRASES QUE MEJOR DESCRIBAN TUS SENTIMIENTOS O TUS IDEAS EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS

1. ESTOY TRISTE DE VEZ EN CUANDO
 ESTOY TRISTE MUCHAS VECES
 ESTOY TRISTE SIEMPRE
2. NUNCA ME SALDRA NADA BIEN
 NO ESTOY SEGURO/A DE SI LAS COSAS ME SALDRAN BIEN
 LAS COSAS ME SALDRAN BIEN
3. HAGO BIEN LA MAYORIA DE LAS COSAS
 HAGO MAL MUCHAS COSAS
 TODO LO HAGO MAL
4. ME DIVIERTEN MUCHAS COSAS
 ME DIVIERTEN ALGUNAS COSAS
 NADA ME DIVIERTE
5. SOY MALO/A SIEMPRE
 SOY MALO/A MUCHAS VECES
 SOY MALO/A ALGUNAS VECES
6. A VECES PIENSO QUE ME PUEDEN OCURRIR COSAS MALAS
 ME PREOCUPA QUE ME OCURRAN COSAS MALAS
 ESTOY SEGURO DE QUE ME VAN A OCURRIR COSAS TERRIBLES
7. ME OUDIO
 NO ME GUSTA COMO SOY
 ME GUSTA COMO SOY
8. TODAS LAS COSAS MALAS SON CULPA MIA
 MUCHAS COSAS MALAS SON CULPA MIA
 HABITUALMENTE NO SOY CULPABLE DE QUE OCURRAN COSAS MALAS
9. NO PIENSO EN MATARME
 PIENSO EN MATARME PERO NO LO HARIA
 QUIERO MATARME
10. TENGO GANAS DE LLORAR TODOS LOS DIAS
 TENGO GANAS DE LLORAR MUCHOS DIAS
 TENGO GANAS DE LLORAR DE VEZ EN CUANDO
11. LAS COSAS ME PREOCUPAN SIEMPRE
 LAS COSAS ME PREOCUPAN MUCHAS VECES
 LAS COSAS ME PREOCUPAN DE VEZ EN CUANDO
12. ME GUSTA ESTAR CON LA GENTE
 NO ME GUSTA ESTAR CON LA GENTE MUY A MENUDO

- 0 NO QUIERO EN ABSOLUTO ESTAR CON LA GENTE
13. 0 NO PUEDO DECIDIRME
0 ME CUESTA DECIDIRME
0 ME DECIDO FACILMENTE
14. 0 TENGO BUEN ASPECTO
0 HAY ALGUNAS COSAS DE MI ASPECTO QUE NO ME GUSTAN
0 SOY FE/O/A
15. 0 SIEMPRE ME CUESTA PONERME A HACER LOS DEBERES
0 ME CUESTA PONERME A HACER LOS DEBERES
0 NO ME CUESTA PONERME A HACER LOS DEBERES
16. 0 TODAS LAS NOCHES ME CUESTA DORMIRME
0 MUCHAS NOCHES ME CUESTA DORMIRME
0 DUERMO MUY BIEN
17. 0 ESTOY CANSADO/A DE VEZ EN CUANDO
0 ESTOY CANSADO/A MUCHOS DIAS
0 ESTOY CANSADO/A SIEMPRE
18. 0 LA MAYORIA DE LOS DIAS NO TENGO GANAS DE COMER
0 MUCHOS DIAS NO TENGO GANAS DE COMER
0 COMO MUY BIEN
19. 0 NO ME PREOCUPA EL DOLOR NI LA ENFERMEDAD
0 MUCHAS VECES ME PREOCUPA EL DOLOR Y LA ENFERMEDAD
0 SIEMPRE ME PREOCUPA EL DOLOR Y LA ENFERMEDAD
20. 0 NO ME SIENTO SOLO/A
0 ME SIENTO SOLO/A MUCHAS VECES
0 ME SIENTO SOLO/A SIEMPRE
21. 0 NUNCA ME DIVIERTO EN EL COLEGIO
0 ME DIVIERTO EN EL COLEGIO SOLO DE VEZ EN CUANDO
0 ME DIVIERTO EN EL COLEGIO MUCHAS VECES
22. 0 TENGO MUCHOS AMIGOS
0 TENGO ALGUNOS AMIGOS PERO ME GUSTARIA TENER MAS
0 NO TENGO AMIGOS
23. 0 MI TRABAJO EN EL COLEGIO ES BUENO
0 MI TRABAJO EN EL COLEGIO NO ES TAN BUENO COMO ANTES
0 LLEVO MUY MAL LAS ASIGNATURAS QUE ANTES LLEVABA BIEN
24. 0 NUNCA PODRE SER TAN BUENO/A COMO OTROS NIÑOS

- 0 SI QUIERO PUEDO SER TAN BUENO/A COMO OTROS NIÑOS
0 SOY TAN BUENO/A COMO OTROS NIÑOS
25. 0 NADIE ME QUIERE DE VERDAD
0 NO ESTOY SEGURO/A DE QUE ALGUIEN ME QUIERA
0 ESTOY SEGURO/A DE QUE ALGUIEN ME QUIERE
26. 0 GENERALMENTE HAGO LO QUE ME DICEN
0 MUCHAS VECES NO HAGO LO QUE ME DICEN
0 NUNCA HAGO LO QUE ME DICEN
27. 0 ME LLEVO BIEN CON LA GENTE
0 ME PELEO MUCHAS VECES
0 ME PELEO SIEMPRE
-

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

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- De la Peña, F. Lara, M. Cortés, J. Nicolini, H. Páez, F. Almeida, L. (Octubre 1996). Traducción al español y validez de la escala de Birlson (DSRS) para el trastorno depresivo mayor en la adolescencia. *Salud Mental*, 19 Suplemento, 17-23.
- 2.- Twenge, J. Nolen, S. (2002). Age, gender, race, socioeconomic status, and birth cohort differences on the childrens depression inventory: A meta-analysis. *Journal of Abnormal psychology*, 11(4):578-88.
- 3.- Caraveo, J. (Abril, 1996). La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población mexicana. Estado actual y perspectivas. *Salud mental* 19 Suplemento 8-13.
- 4.-Nolen, S. Seligman, M. Girgus, J. (1992). Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: A 5-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(3):405-22.
- 5.-Buela, G. Carretero, H. Santos, M. (junio 2001). Relación entre la depresión infantil y el estilo de respuesta reflexivo-impulsivo. *Salud Mental*, 24(3): 17-23.
- 6.-Sung, E. Jeffrey, T. (November 2000). Depression in children an adolescents. *American Academy of Family Physicians*, 62(10):2311-25.
- 7.-Birmaher B. Childhood and Adolescent Depression: A Review of the Past 10 Years. Part II. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry* 1996 vol 35 (12) 1575-1583.
- 8.-Birmaher B. Childhood and Adolescent Depression: A Review of the Past 10 Years. Part I. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry* 1996 vol 35 (11) 1427-1439.
- 9.-Kovacs M. First Episode Major Depressive and Dystimic Disorder in Childhood: Clinical and Sociodemographic Factors in Recovery. *J. Am. Acad. Child. Adolesc.* 1997 vol 36 (6) 777-784.

- 10.-Goodyer I. Short-Term Outcome of Major Depression: II Life-events, Family Disfunction, and Friendship Difficulties as Predictors of Persistent Disorder. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry* 1997 vol 36 (4) 474-480.
- 11.-Andrews, L. Szabo, M. Burns, J. (2002). Preventing major depression in young people. *British Journal of Psychiatry*, 181: 460-62.
- 12.-Caraveo, J. Colmenares, E. Martínez, N. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 44(6):492-97.
- 13.-Myers, K. Winters, N. (2002). Ten-year review of rating scales II: scales for internalizing disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41(6): 634-59.
- 14.-American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Text revision.* Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
- 15.-Kovacs, M.(1985). The Children's depression Inventory (CDI) *Psychopharmacology Bulletin*, 21(4):995-98.
- 16.-Del Barrio, V. Moreno, C. López, R.(1999). El Children's Depression Inventory (CDI): Kovacs (1992). Su aplicación en población española. *Clínica y Salud*, 10(1): 393-416.
- 17.-Birleson, P. (1981). 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.