



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

Concepto epidemiológico de depresión empleado en esta investigación: criterios diagnósticos y definición e identificación de caso

E. Domènech Llaberia y A. Polaino-Lorente

Introducción

La delimitación clara y rigurosa de lo que se va a considerar un caso de depresión en un estudio epidemiológico tiene una importancia decisiva respecto del valor del estudio en cuestión. La unidad básica, en un estudio epidemiológico, es el caso identificado (Graham, 1979). Y para poder identificar un caso, el requisito previo es definirlo lo más operativamente posible.

En este estudio el caso que se debe definir e identificar es el de depresión infantil. Hoy pensamos que es ésta una tarea difícil, pero no imposible. No era ésta la opinión que prevalecía antes de 1980, fecha en que se publicó la clasificación de los trastornos mentales, según el DSM-III.

Anteriormente a esta fecha, Lefkowitz y Burton habían señalado que las características comportamentales utilizadas para el diagnóstico de depresión infantil se daban también con mucha frecuencia en los niños normales, por lo que el diagnóstico de este síndrome era altamente cuestionable (Lefkowitz et al., 1978). A partir de 1980 la idea de la depresión infantil, como síndrome, va penetrando cada vez con más pujanza entre los investigadores. Costello, después de cuestionar la afirmación de Lefkowitz y Burton, dio por sentado que la depresión infantil era un «cluster» de características relativamente coherentes (Costello, 1980). Cuando Costello hacía esta afirmación ya se habían identificado en poblaciones psiquiátricas infantiles, niños que satisfacían los criterios establecidos por el DSM-III para el diag-

nóstico de depresión infantil, incluyendo en esos criterios los síntomas y su duración. Además, se habían encontrado también en estos niños algunas de las características bioquímicas que definían la depresión en los adultos (Puig-Antich, Perel, Lupatkin et al., 1978).

Por aquel entonces no se habían identificado todavía, con semejantes criterios diagnósticos, depresiones infantiles en poblaciones no psiquiátricas. Con razón podían decir Jacobson, Lahey y Strauss (1983) que, desgraciadamente, no existían suficientes datos sobre la distribución del «cluster» con características depresivas en población normal. Ese mismo año, Kashani publicaba un estudio epidemiológico de la depresión infantil en la población general, con una muestra de niños de nueve años de edad (Kashani, McGee, Claryson et al., 1983). Seis años más tarde este tipo de estudios continúan siendo escasísimos.

Dejamos sentado, pues, que los estudios epidemiológicos de la depresión infantil son posibles. Pero tales estudios de poco sirven cuando no se hace previamente una buena definición de «caso». Además para poder comparar unos trabajos con otros (realizados en distintos momentos y en diferentes regiones), es preciso contar con una definición de caso lo más estándar posible. Cuando las definiciones de caso varían, las prevalencias encontradas, obviamente varían (Wig, 1982). La única manera para realizar estudios epidemiológicos en distintas áreas geográficas y poder comparar los porcentajes obtenidos es disponer de una definición de caso que, al menos, esté basada en criterios idénticos.

Desgraciadamente, estos requisitos no se han seguido en la mayoría de los estudios epidemiológicos efectuados hasta hoy en paidopsiquiatría. Esta constituye una de las principales causas del desconocimiento de la incidencia y prevalencia de muchas de las alteraciones mentales en los niños. La literatura sobre este tema está repleta de críticas a los trabajos que no han definido el caso o que lo han definido mal (Kramer, 1976; Anderson, Williams, McGee y Silva, 1987, etc.).

No nos sirve de consuelo el hecho de que este fenómeno haya sucedido también en la investigación epidemiológica de la depresión en el adulto. Como señalan Boyd y Weissman, la no fiabilidad de los diagnósticos psiquiátricos y la variabilidad de la definición de caso, de unos estudios a otros, constituyen la mayor fuente de discrepancias entre los resultados obtenidos (Boyd et al., 1981). Los anteriores autores hicieron una amplia revisión de los estudios epidemiológicos de los trastornos afectivos publicados en lengua inglesa y llegaron a la conclusión de que estos estudios son difíciles de interpretar debido, precisamente, a las diferencias entre ellos en lo relativo a la definición de caso. En este mismo sentido se manifiestan otros muchos autores. Ni los criterios diagnósticos, ni los métodos de evaluación han sido estandarizados tanto en la investigación clínica como en la investigación epidemiológica de la depresión infantil (Hirschfeld y Cross, 1982).

Desde hace poco, la precaria situación de la investigación epidemiológica de esta alteración está mejorando. Probablemente ello se deba al conocimiento, cada día mayor, de lo que son los trastornos afectivos en el adulto. El evidente retraso de las aportaciones científicas (tanto bioquímicas como clínicas), en el ámbito de la depresión infantil respecto a la depresión en el adulto, hace todavía más difícil cualquier estudio epidemiológico en la infancia. Sin embargo, también en el caso del niño se está avanzando, tanto en lo relativo a la clasificación de esta entidad clínica, como en las técnicas de evaluación y de identificación de la depresión (Graham, 1986). En lo que todavía hay mucho por hacer es en la definición de caso. La mayoría de los trabajos de epidemiología paidopsiquiátrica tratan de la psicopatología general del niño o de los trastornos emocionales, pero sin ir más allá de estos otros ambiguos conceptos. De aquí que sean poquísimos los que se atreven a plantear la epidemiología específica de algo tan concreto como las depresiones infantiles.

Aquí de lo que se trata es, precisamente, del estudio concreto de la epidemiología de la depresión infantil que hemos realizado, por lo que, lógicamente, nos hemos tenido que enfrentar a la definición y delimitación de caso.

En este capítulo consideramos tres partes: la primera tratará de la definición de caso; en la segunda, abordaremos la identificación del caso y, en la tercera, expondremos la definición operacional de caso elaborada para esta investigación epidemiológica de la depresión infantil en España.

PRIMERA PARTE: DEFINICIÓN DE CASO

En la evaluación de las alteraciones mentales en la comunidad, el primer paso debería consistir en definir claramente los casos-sujetos a identificar (Davidian, 1982). El problema que se plantea es saber a qué llamamos caso en psicopatología infantil en general y, más concretamente, en la depresión infantil. A continuación comentaremos los distintos modelos que pueden seguirse para la definición de caso, los problemas que plantea la elección de unos criterios para una investigación como ésta y, finalmente, justificaremos los criterios sobre los que se ha fundamentado el presente estudio.

Distintos modelos de definición de caso en psicopatología infantil

1. Un primer criterio concreto y operativo para decir que un individuo es un caso, es la *demandada de ayuda médica o psicológica*. Según esto, caso es todo aquel que por esta causa visita una consulta. Si se sigue este criterio, los mejores informantes de los casos a detectar en este estudio serían los médicos de familia, los médicos de pueblo y los pediatras. El médico de familia se encontraría, como dice Sheperd (1982), en una situación privilegiada, pues podría proporcionarnos información de la mayor parte de la población para un estudio de campo de patología mental. De acuerdo con este criterio, el propio Sheperd define el caso, como aquel paciente cuyos síntomas, trastorno o malestar le hacen pedir consulta médica en la cual un profesional cualificado hace un diagnóstico psiquiátrico.

Pero esta definición de caso no nos sirve para

la depresión ni para la psicopatología infantil. Únicamente puede ser útil para sujetos adultos y para según qué tipo de enfermedad. En el caso de la depresión, sabemos que una parte importante de los pacientes depresivos no acuden al médico ni al psiquiatra. Concretamente en España el número de deprimidos sin tratar es alto (80 %) y del bajo porcentaje de depresiones tratados, sólo el 10 % lo son por psiquiatras (Polaino-Lorente, 1986). En los niños, el criterio es todavía más inadecuado, ya que a la mayoría de los niños con alteraciones psicológicas no se les lleva a un centro especializado (Rutter, Tizard y Whitmore, 1970). Esta tendencia a no pedir consulta para el niño portador de una supuesta psicopatología es todavía más acentuada, cuando el trastorno psicopatológico es de carácter depresivo. En el caso de los niños, las demandas de consulta las suelen hacer los padres y éstos encuentran una especial dificultad para aceptar la presencia de una depresión en sus hijos. Casi siempre, por eso, la depresión del hijo pasa inadvertida.

2. Un segundo criterio sería el de definir como caso a todo aquel que ha sido así *diagnosticado en un centro psiquiátrico*. En el fondo, este modelo es una variante del primero. Aquí el informante no sería el médico de familia o el pediatra, sino el propio psiquiatra de un centro psiquiátrico. La misma crítica que se han hecho en el apartado anterior sería válida para este segundo criterio. Hay demasiadas patologías mentales infantiles no diagnosticadas ni tratadas, como para poder utilizar este criterio —con cierta validez social— en una definición de caso en epidemiología. Tal vez este criterio se podría utilizar en un estudio epidemiológico del autismo infantil, porque el autismo es una patología muy objetiva que lleva a la familia a consultar y porque los autistas suelen constar en las historias clínicas de los centros psiquiátricos (Polaino-Lorente, 1982). Pero la depresión infantil es mucho más frecuente que el autismo y no se hace notar tan fácilmente como aquél.

Hay un estudio de la incidencia de depresión infantil que utiliza ese modelo. Se trata de una investigación realizada en Cracovia con una muestra de sujetos cuyas edades estaban comprendidas entre 5 y 19 años (Bomba, Bielska y Josefik, et al., 1984). El estudio se basó en la frecuencia del diagnóstico de depresión en varios servicios de salud mental. Los autores hallaron una tasa de de-

presión del 1,23 % en centros ambulatorios y del 13,9% en los hospitales. Los propios autores critican su estudio al hallar diferencias muy grandes de un centro de salud a otro, debido a las distintas formas de realizar el diagnóstico.

Además, estos estudios en poblaciones clínicas no nos permiten conocer la prevalencia de la depresión en la población general. En esta última el criterio diagnóstico empleado por el psiquiatra resulta inaplicable, como ya se ha dicho la mayoría de los niños deprimidos todavía están por descubrir y diagnosticar.

Un estudio realizado en el País Vasco sobre los motivos de consulta en psiquiatría infantil (Sunyer Martin, 1982) demuestra que se ignora por completo la depresión infantil. Las demandas de ayuda son fundamentalmente por dificultades escolares y deficiencia mental. A éstas siguen, por orden de frecuencia, las dificultades de adaptación y las conductas antisociales, en los varones, y los trastornos psicósomáticos, en las niñas. Curiosamente, durante los cuatro años que duró el estudio, no apareció ningún motivo de consulta a causa de la depresión.

Como señalaron Orvaschel, Sholomskas y Weissman (1980), las tasas de incidencia y prevalencia de las alteraciones psiquiátricas no se pueden basar solamente en el estudio de poblaciones sometidas a tratamiento, ya que esta fuente de datos está sujeta a errores y da lugar a muchos sesgos. Cuando se toma el criterio anterior, nos encontramos con que las conductas agresivas motivan más consultas que la patología emocional. De otro lado, variables como la severidad del trastorno o los factores sociodemográficos también influyen en el motivo de la consulta. Por contra, los niños maltratados y apaleados, entre los que hay un porcentaje elevado de deprimidos, no generan ninguna petición de consulta al psiquiatra, por parte de los padres.

3. Un tercer criterio para definir el caso, dentro de la misma línea que los anteriores, sería el *criterio del maestro*, consistente en considerar caso a todo niño que el maestro lo identifique como tal. En el lenguaje de los pedagogos se hace a menudo alusión a los «niños problemas», tratándolos como si fueran un caso. «Este año —dicen— tengo dos casos en mi clase; la profesora de la clase de al lado tiene cuatro.»

Este criterio podría utilizarse para el estudio epidemiológico de las dificultades en el rendimiento escolar o de la hiperactividad, pero difícilmente

para el estudio de la depresión infantil, porque ésta fácilmente pasa inadvertida en el aula.

De otra parte, este criterio puede prestarse a muchos sesgos como el que proviene de la propia subjetividad del maestro o de su nivel de tolerancia frente a la conducta desadaptada del niño. Otra causa de error puede estar relacionada con el tiempo en que el maestro emite el juicio. A principio de curso los maestros suelen considerar niño problemático o «caso» a muchos de sus alumnos. El psicólogo escolar experimentado sabe muy bien que si espera solamente un mes para atender a los niños que quieren mandarle para que los examine, los presuntos casos se habrán reducido a menos de la mitad.

Además, muchos de los niños que constituyen un «caso» para los maestros, paradójicamente no lo son para los padres ni para el clínico. A estos niños que sólo son calificados como «caso» en un determinado ambiente se les podría mejor denominar «caso situacional». Creemos que el elemento situacional o contextual aquí señalado constituye un importante factor a considerar en los estudios epidemiológicos en la infancia.

Finalmente, señalemos que hay maestros que dicen siempre tener muchos «casos» en su clase y otros que siempre tienen muy pocos. Uno se pregunta si el maestro que tiene muchos es porque tiene mayor sensibilidad para detectarlos o porque él mismo actúa como facilitador de la aparición de nuevos casos, o, tal vez, como un factor causal del aumento de incidencia de esa concreta patología.

Sin embargo, este criterio del maestro tiene también sus ventajas, puesto que los niños pasan una parte muy importante de su tiempo en la escuela, en donde el maestro puede observarles. A pesar de ello, el criterio del maestro presenta, como se ha señalado, muchos posibles errores para la detección de los casos, por lo que jamás debiera erigirse en el único ni en el principal criterio.

4. Hace más de un cuarto de siglo que la Organización Mundial de la Salud proporcionó una *definición operacional de caso* para los estudios epidemiológicos de las alteraciones mentales (WHO, 1960).

Los criterios en los que se fundamentaba esta definición consistían en la presencia en el sujeto de una alteración severa del funcionamiento mental, claramente reconocible, y la incapacidad laboral y legal del individuo. Esa definición tuvo en aquel momento una cierta utilidad y representó

una salida a la situación de *impasse* en que nos encontrábamos. Pero, como señala Wig (1982), su defecto es el de ser rígida y de concentrarse únicamente en los casos extremadamente severos. A nuestro juicio, su rigidez e inoperancia la hacen inviable en la actualidad. Los criterios diagnósticos para una definición de caso han de poder adaptarse a cada estudio en cuestión. De otra parte, los expertos que propusieron esta definición debieron olvidarse de que también hay una psicopatología infantil, a la que en modo alguno se adaptan los elementos de esta definición por ser totalmente inadecuados para la infancia.

5. Según el *criterio estadístico de definición de caso*, será considerado «caso» todo individuo que presente un tipo de comportamiento que se dé en una determinada proporción en el contexto de esta población. Se tiene que especificar el porcentaje obviamente, a partir del cual se considerará que los individuos, aquí niños, son considerados como casos.

Este criterio fue utilizado por Sheperd, Oppenheim y Mitchell en 1971. En su investigación consideraron como caso a aquellos niños cuyas conductas ocurrían en menos del 10 % de los sujetos de la misma edad en aquella población.

En la actualidad este método parece poco preciso, sobre todo si no se tiene en cuenta la edad del niño. Hay muchos comportamientos que a una edad determinada ocurren en un alto porcentaje de niños, y que en otra cierta edad aparecen en un porcentaje muy bajo. Este es el caso, por ejemplo, de la anorexia o falta de apetito. A los seis años, aproximadamente, un tercio de los pacientes manifiestan esta conducta. A los nueve años, en cambio, únicamente lo presentan el 7,5 % de los niños (MacFarlane et al., 1954). Por tanto, para estudiar la prevalencia de la anorexia no se puede definir estadísticamente el caso sin especificar la edad. Esto parece tan obvio que resulta sorprendente que el sintoma tipificado como trastorno del apetito aparezca en varios de los criterios diagnósticos establecidos para la depresión infantil, sin que se valore el distinto peso de este síntoma, en función del cuál sea la edad del niño.

Incluso suponiendo que el criterio estadístico para la definición de caso se aplicará a una edad determinada, tampoco se tiene en cuenta en este caso cuál es la severidad del comportamiento trastornado. De otra parte, hay comportamientos que ocurren en menos del 5 % de la población y que

no por eso pueden ser etiquetados como psicopatológicos.

6. En este epígrafe incluimos aquellos criterios para la definición de «caso» que están basados en la presencia de unos síntomas concretos (*criterios sintomatológicos*). Con este procedimiento lo que se va a identificar son únicamente los niños que manifiestan estos síntomas.

Se habla de criterios sintomatológicos, en plural, por considerar que los casos así definidos pueden ser de dos tipos:

a) Caso definido por la presencia de unos síntomas escogidos de forma arbitraria.

b) Caso definido por la presencia de varios síntomas escogidos dentro de los que figuran en un listado predeterminado y referido a una patología concreta. A esta definición de «caso» se le ha denominado con el término de *symptom loading* o acumulación de síntomas.

El criterio sintomatológico tipo a) ha sido utilizado desde hace bastante tiempo en varios estudios de epidemiología psiquiátrica (Lapousek y Monk, 1964; Werry y Quay, 1971; Lagner, Gersten y Eisenberg, 1974, etc.).

Así, por ejemplo, en el trabajo, Werry y Quay se seleccionaron 55 síntomas aislados cuya ocurrencia se habrá observado que era más frecuente entre los niños que asistían a una consulta clínica ambulatoria de tipo psiquiátrico.

Los estudios que utilizaron estos criterios para la definición de caso se realizaron en la década anterior o incluso antes.

Esta técnica para definir el caso ha sido muy cuestionada, porque muchas de las conductas o de los síntomas seleccionados forman parte también del repertorio comportamental de un niño normal. Éste es el caso de los miedos, temores, actos compulsivos, etc., que se presentan a lo largo de la evolución normal del niño y que pueden estar presentes en los niños sanos durante una determinada etapa evolutiva, como han puesto de manifiesto los estudios epidemiológicos realizados en la población general.

La mayoría de los procedimientos de *screening* que actualmente se utilizan están basados en la definición de caso por el sistema de la *symptom loading*, como indicador de trastornos psicopatológicos. Los instrumentos de detección más frecuentemente empleados por estos procedimientos son las escalas de evaluación conductual y los inventarios denominados *check-list*.

En diseños epidemiológicos de doble fase, co-

mo el aquí empleado para el estudio de la prevalencia de la depresión infantil en España, la primera fase consiste en el *screening* de una muestra muy amplia de población.

En esta primera fase de *screening*, los instrumentos utilizados en nuestra investigación fueron la escala de autoevaluación de depresión infantil CDI o *Children's Depression Inventory* (Kovacs, 1983) y la escala de evaluación por iguales o *Peer-Nomination Inventory of Depression* (PNID) (Lefkowitz y Tesiny, 1981).

El criterio sintomatológico tipo b) empleado en la primera fase de la investigación que se expone en este manual, ya fue utilizado como único procedimiento en 1975, por Richman, Stevenson y Graham en un estudio epidemiológico de alteraciones de conducta en niños londinenses de tres años de edad. Este procedimiento ha sido también empleado por Lefkowitz y Tesiny (1985), en un reciente estudio de epidemiología de la depresión infantil en la población general.

El objetivo de esta técnica de la *symptom loading* es descubrir en una determinada población a aquellos niños que pueden considerarse como «casos», según el criterio sintomatológico referido. Para ello se aplican a todos los niños de una muestra los instrumentos de evaluación señalados, identificándose a aquellos que obtienen un elevado nivel de puntuación, a partir de la suma de los diversos síntomas, formalizados en forma de ítems en la escala de evaluación.

Un problema que se plantea con esta técnica es cómo establecer el límite de puntuación, a partir del cual un niño será o no considerado como «caso». A este límite se le denomina punto de corte (*cut-off*) de la escala. El *cut-off* es dependiente del instrumento utilizado y de la población en la que se aplica. Así, por ejemplo, el *cut-off* que estableció Richman en un estudio epidemiológico en niños de tres años, con el BSQ (*Behaviour Screening Questionnaire*) fue de 10; en cambio, Kovacs estableció el punto de corte del CDI, para la población infantil norteamericana, en 19.

La mayoría de los puntos de corte para definir el caso a través de los diferentes instrumentos de *screening* empleados se determinan comparando las puntuaciones obtenidas en las escalas entre un grupo de niños que padecen el trastorno y otro que no lo padece.

Con este sistema siempre quedan algunos niños sin detectar, bien porque padezcan el trastorno a pesar de no haber alcanzado el límite establecido por el *cut-off* (falsos negativos), o bien

porque han obtenido una puntuación superior al *cut-off*, a pesar de no padecer el trastorno (falsos positivos). Se dice de un instrumento que es *sensible*, cuando permite detectar el mayor número posible de casos; y que es *específico*, cuando consigue el mínimo de falsos positivos. Como puede observarse la sensibilidad y la especificidad son interdependientes.

Según cuál sea el objetivo del estudio, unas veces convendrá que el instrumento sea muy sensible, mientras que en otras ocasiones lo que se le pedirá es que sea muy específico. En una investigación de doble fase (en dos etapas), es importante que el instrumento sea muy sensible para que no pasen inadvertidos casos potenciales; pero, en cambio, la baja especificidad que pueda resultar como consecuencia de la mayor sensibilidad del instrumento (incremento de falsos positivos), podrá corregirse durante la segunda fase del estudio. Siempre debe conocerse la *sensibilidad* y la *especificidad* de cada instrumento para la población con la que se trabaja.

Es preciso advertir que el procedimiento de la *symptom-loading* para definir un caso ha representado un avance con respecto a otros procedimientos anteriormente empleados. Sin duda alguna constituye una de las técnicas que pueden hacer progresar más a la epidemiología psiquiátrica.

Pero no debe olvidarse que ésta es una técnica basada en un criterio sintomatológico, es decir, en síntomas, sin que su acumulación llegue a configurar, en sentido estricto, un cuadro clínico específico. Por consiguiente, mediante este procedimiento no se podrá nunca hacer un diagnóstico clínico, ni decir que en esa investigación epidemiológica se han detectado cuadros clínicos específicos. Aplicando este sistema a la depresión infantil, lo único que pueden apresarse son síntomas de depresión infantil, pero jamás cuadros clínicos, síndromes o una determinada entidad nosológica. Como puede apreciarse el diagnóstico epidemiológico no es coincidente ni isomórfico con el diagnóstico clínico.

7. El planteamiento clínico difiere esencialmente del sintomatológico que se acaba de exponer, también puede llegarse a la *definición de «caso» en función de los criterios clínicos*.

El criterio sintomatológico, antes referido, es un criterio cuantitativo. No hay una discontinuidad —o al menos no se ha probado— entre el normal y el caso, sino únicamente una diferencia ma-

yor o menor en las puntuaciones obtenidas en las pruebas empleadas para la evaluación. El límite entre el caso y el que no es, es una frontera artificial, un *cut-off* que convencionalmente se puede situar más arriba o más abajo. Según se sitúa más alto o más bajo, variará la sensibilidad y la especificidad del instrumento para una población determinada, pero nunca encontraremos una distinción fija y radical entre el «caso» y el normal. El criterio clínico, en cambio, establece y postula una diferencia cualitativa entre el normal y el «caso». Este último reúne un conjunto de condiciones que no están presentes en el otro.

De otra parte, el criterio sintomatológico es más psicológico que psiquiátrico. El criterio sintomatológico arranca de la tradición psicométrica, muy tradicional en psicología (Dohrenwend y Dohrenwend, 1982). Los instrumentos de identificación del «caso», basados en este criterio, son principalmente pruebas psicométricas y escalas de evaluación conductual. De aquí que la desviación psicológica que evalúan sea una medida directa de la alteración psiquiátrica que diagnostica el clínico (Rutter, Tizard, Yule y Graham, 1976).

El criterio clínico, en cambio, procede del diagnóstico clínico empleado en psiquiatría. Es decir, es el resultado del juicio realizado por un clínico, sea psiquiatra o psicólogo clínico, sobre el que recae la responsabilidad de no equivocarse. El clínico tiene aquí un importante papel por ser a la vez el informante y el que interpreta el significado de los signos y síntomas, cuya valoración última termina por establecer el diagnóstico de caso. El error diagnóstico dependerá, en este caso, de su experiencia como clínico, del nivel de conocimientos que tenga y de su arte en entrevistar al sujeto. Aquí el instrumento que se utilizará para conseguir el objetivo propuesto no es un test, sino una entrevista clínica.

La aplicación de la técnica de entrevista en la investigación epidemiológica se inicia después de la Segunda Guerra Mundial (Dohrenwend, 1982). En un principio, la entrevista directa con el sujeto la hacía un solo psiquiatra (Dohrenwend y Dohrenwend, 1974), quien realizaba la entrevista y la historia clínica, fundamentándose la delimitación de «caso» en el protocolo del psiquiatra. Posteriormente, para reducir el error diagnóstico, se realizaron investigaciones en las que se exigía que el sujeto fuese entrevistado por más de un clínico (por dos en general) y que existiera un acuerdo en el diagnóstico de ambos.

Estas primeras entrevistas fueron totalmente

abiertas. Ello daba lugar a una gran variabilidad de los diagnósticos psiquiátricos de unos y otros clínicos, de unos hospitales a otros y de unos países a otros. A causa de ello era imposible comparar los resultados de los diferentes estudios, lo que obligó a buscar unos procedimientos estandarizados de examen. Así surgieron en Gran Bretaña y en Estados Unidos las llamadas entrevistas semiestructuradas y estructuradas.

La tendencia actual en los trabajos epidemiológicos es utilizar este tipo de procedimientos. Un ejemplo de entrevista semiestructurada para niños es la CDRS (Poznanski, Cook y Carroll, 1979). Se trata de una entrevista semiestructurada y específica para la depresión infantil. Su forma revisada (Poznanski, Freeman y Mokros, 1984) se ha utilizado en esta investigación epidemiológica de la depresión infantil en España.

Una cuestión muy importante en la evaluación clínica con cualquier tipo de entrevista es determinar en función de qué criterio se hace el diagnóstico. En principio, éste puede hacerse en función de la idea que tenga el psiquiatra que evalúa la patología que se investiga, por lo que las variaciones de un psiquiatra a otro pueden ser muy amplias, o bien, en base a unos criterios operacionales que definan el «caso» clínico en cuestión.

Con esto entramos en el meollo del problema. Consideramos que en la definición de caso basado en la entrevista clínica y destinado a ser utilizado en una investigación epidemiológica, es esencial contar con unos criterios concretos bien especificados y, en la medida de lo posible, operativos para el diagnóstico. Sin ellos la tasa de prevalencia obtenida en una patología no podrá ser ni comunicable ni replicable.

Una vez fijado este requisito fundamental, la entrevista deviene en un instrumento que permite descubrir si un sujeto determinado reúne todos los elementos o criterios operativos, previamente fijados, para ser así diagnosticado. En el caso de la depresión infantil, el modelo de entrevista semiestructurada o estructurada que se quiera utilizar debería contener, en su estructura (para conseguir el objetivo propuesto), todos los elementos necesarios que permiten satisfacer los criterios operativos de diagnóstico de depresión infantil.

En nuestra opinión, la entrevista clínica es uno de los elementos más válidos con que contamos para llegar a identificar los casos sindrómicos en los estudios epidemiológicos en psiquiatría infantil, que de momento nada puede suplirla, aunque

quizá en un futuro próximo podamos disponer de ciertos criterios biológicos rigurosos.

Esta afirmación, no obstante, no invalida el que la entrevista clínica pueda complementarse con otras técnicas, bien porque, a veces, ella sola puede no ser suficiente para satisfacer todos los criterios diagnósticos que configuran operacionalmente un cuadro clínico, o bien porque se quiera configurar la fiabilidad de un determinado diagnóstico.

Antes de zanjar este apartado sobre los modelos de definición de caso, quisiéramos señalar que el tema no está agotado ni es, por el momento, definitivo. Nuevas aportaciones al conocimiento científico de la depresión infantil obligarán, sin duda alguna, a modificar los términos de la definición de «caso» o tal vez emerjan nuevos modelos más actualizados y útiles que éstos de que disponemos ahora. Hasta tanto esto no ocurra, nos manifestamos a favor de un modelo clínico definido según criterios diagnósticos operacionales. Aunque puede ocurrir que en el futuro, para según qué tipo de investigación epidemiológica, sea preferible utilizar, por ejemplo, un modelo bioquímico. Hasta hoy las alteraciones biológicas que se han encontrado en las depresiones infantiles (Puig-Antich, 1986) aparecen como importantes hallazgos, pero no son todavía todo lo satisfactorias que debieran, para construir, a partir de aquí, un modelo de caso de depresión infantil.

Es preciso llamar también la atención sobre los aspectos evolutivos a la hora de establecer la definición de caso en psicopatología infantil. Las definiciones de enfermedad varían en la historia, lógicamente, al ser influidas por las nuevas observaciones, los métodos de investigación y las ideas científicas (Esisenberg, 1986).

A medida que cambian los modelos de definición, los probandos considerados como «caso» pueden encontrarse adscritos a distintas categorías o formar parte de otras nuevas categorías. En la medida que la ciencia progresa, las definiciones antes basadas en síntomas y signos clínicos, pueden tener que buscar otra fundamentación en factores etiológicos, psicopatológicos o mixtos, de muy diversa naturaleza.

En la actualidad, el estatus científico de la depresión infantil hace que sea considerada como un síndrome clínico constituido fundamentalmente por un *cluster* de síntomas, por lo que nuestra definición de «caso» se fundamenta básicamente en los criterios clínicos de este síndrome. Si ana-

lizamos este síndrome clínico, a la luz de las aportaciones más recientes, hemos de admitir que no es una entidad única y que en él pueden diferenciarse algunos subtipos diferentes de depresión infantil. La tendencia actual es distinguir varias formas clínicas en este síndrome, que hasta hace poco aparecía como un todo homogéneo a los ojos del clínico.

Criterios diagnósticos para la definición de caso en las depresiones infantiles

La necesidad de adherirse a unos concretos criterios operacionales (para la definición de caso), representa un gran progreso en los estudios epidemiológicos, no sólo de la depresión infantil, sino de toda la psicopatología infantil.

Una vez tomada esta importante decisión, queda todavía otra cuestión por resolver: ¿Con qué criterios diagnósticos se va a estudiar la prevalencia de una patología determinada? Sobre este tema no existe una opinión unánime ni una solución totalmente satisfactoria.

Este problema era prácticamente insoluble, cuando no existía todavía un sistema uniforme de clasificación de las alteraciones mentales. El desarrollo de la clasificación internacional de las enfermedades mentales (OMS) y la publicación, poco después, de la clasificación americana (DSM-III), representaron un gran avance para la investigación, tanto clínica como epidemiológica. Actualmente, la tercera edición del DSM y la novena clasificación de la OMS (ICD-9), han resuelto muchos de los problemas relativos a la clasificación de la psicopatología del adulto. Para los niños, en cambio, no disponemos todavía de un sistema de clasificación de las alteraciones mentales que reúna los suficientes requisitos para que podamos considerarlo como definitivamente satisfactorio (Graham, 1979). Entre 1979 y 1987 la situación aquí no ha mejorado y si el sistema de clasificación es insatisfactorio para los niños de 6 a 12 años, por debajo de 6 años podemos afirmar que es prácticamente inexistente.

Tal precaria situación de la psicopatología infantil justifica que la mayoría de los investigadores de la depresión infantil hayan tenido que apelar y servirse de los criterios disponibles para el estudio de la depresión en el adulto. Podemos di-

vidir los criterios diagnósticos de que disponemos para la depresión infantil en dos grupos:

En un primer grupo se engloban a todos aquellos investigadores —por otra parte, la mayoría— que utilizan para los niños los mismos criterios diagnósticos que para la depresión en el adulto; sin apenas ninguna modificación. Dentro de este grupo estaría Puig-Antich, quien en 1979 ya utilizó los *Research Diagnostic Criteria* de Spitzer, Endicott y Robbins (1978).

También englobamos en este grupo a los investigadores que trabajan con los criterios del DSM-III. Kashani, por ejemplo, utilizó por primera vez estos criterios en un estudio epidemiológico de depresión infantil, realizado en 1979, en colaboración con Simmonds. En él estudiaron una muestra de 103 niños de Columbia, de edades comprendidas entre los siete y los doce años, y hallaron una prevalencia de depresión del 1,9 %. Kashani ha seguido utilizando estos mismos criterios en sus trabajos epidemiológicos posteriores (1981, 1983, 1984, 1986).

Otros investigadores que han seguido también los criterios del DSM-III son entre otros Carlsson y Cantwell (1979 y 1980); Cytrin, McNew y Bunney (1980); Lobovitz y Handal (1985); etc.

En un segundo grupo incluiríamos a los investigadores que se han esforzado en diseñar unos criterios relativamente específicos para los niños. Como más representativos de este segundo grupo debemos citar a Weinberg y a Poznanski. El primero diseñó unos criterios diagnósticos para la depresión infantil (Weinberg, Rutman, Sullivan et al., 1973), mientras que el segundo empleó y sigue empleando en la actualidad una versión, modificada para niños, de los criterios de depresión en el adulto (Poznanski et al., 1979).

La elección de unos criterios diagnósticos para un estudio epidemiológico es de vital importancia, dado que la tasa de prevalencia que obtengamos variará en función de los criterios diagnósticos diseñados. Al plantearnos esta cuestión crucial para nuestro estudio, hemos querido saber qué diferencias de prevalencia tendríamos, según que se utilizaran unos u otros criterios.

Que hagan referencia a este problema hemos encontrado únicamente dos estudios. El primero es un estudio de Carlson y Cantwell (1982), comparando los criterios del DSM-III y de Weinberg, en el diagnóstico de depresión infantil. La coincidencia de diagnóstico se dio solamente en un 79,4 % de los casos. El número total de deprimidos obtenidos fue más alto con los criterios de

Weinberg. El segundo estudio es un trabajo de Poznanski (1985). Esta autora compara el diagnóstico de depresión en una muestra de 65 niños, de seis a doce años, utilizando cuatro criterios diagnósticos distintos: RDC, DSM-III, y los de Poznanski y Weinberg. El acuerdo aquí obtenido fue superior al encontrado en el trabajo de Carlson y Cantwell. El diagnóstico de depresión, en el estudio de Poznanski, coincidió para los cuatro tipos de criterios en un 86 % de los niños. La discrepancia en este trabajo fue de un 14 %, dato a tener presente cuando utilizamos el DSM-III en estudios de epidemiología infantil.

En las líneas que siguen pasaremos revista al contenido y estructura de los criterios postulados para el diagnóstico operativo de depresión infantil. Nos limitaremos a sólo dos, los más empleados de ellos: los de DSM-III y los de Poznanski. La razón de esta elección es la siguiente: El DSM-III es el sistema diagnóstico más utilizado, hasta este momento, por los estudios epidemiológicos de depresión infantil, en las investigaciones que son consideradas más válidas tanto por su diseño como por su metodología. Si deseamos realizar un estudio en España que pueda compararse con los de otros países —como era nuestro propósito—, era obligado utilizar criterios diagnósticos semejantes a los de otros investigadores. De otra parte, una de las principales críticas que se han hecho al DSM-III es la de no valorar los signos y síntomas en relación a la edad de los probandos infantiles, crítica que afectaría muy poco a la definición de caso de nuestro estudio, puesto que nos hemos limitado al estudio de unas edades, cuyo rango de variabilidad era muy pequeño. Consideramos además los criterios de Poznanski, por decidimos también a emplear la entrevista semiestructurada de Poznanski como instrumento de detección de casos. A continuación se exponen sumariamente los criterios del DSM-III y de Poznanski, antes aludidos.

Criterios del DSM-III para el diagnóstico de depresión

1) Criterios del DSM-III para el diagnóstico de depresión mayor (DM):

- A. Estado de ánimo disfórico o anhedonia.
- B. Por lo menos 4 de los siguientes síntomas:
 1. Poco apetito o pérdida significativa de peso.
 2. Insomnio o hipersomnia.

3. Agitación o enlentecimiento psicomotor.
4. Pérdida de interés o placer en las actividades habituales.
5. Pérdida de energía o fatiga.
6. Sentimientos de inutilidad, autorreproche o culpa excesiva.
7. Quejas o pruebas de disminución de la capacidad de concentración o pensamiento.
8. Pensamientos repetitivos de muerte, ideación suicida, deseos de estar muerto o intentos de suicidio.
- C. Duración mínima: dos semanas.
- D. Ausencia de esquizofrenia, ideas delirantes, conducta extraña o alucinaciones.

2) Criterios del DSM-III para el diagnóstico de trastorno distímico (TD):

- A. Durante el último año, el sujeto ha presentado síntomas característicos del síndrome depresivo, pero no con la suficiente gravedad o duración para cumplir los criterios de un episodio depresivo mayor.
- B. Las manifestaciones del síndrome depresivo pueden ser relativamente persistentes o estar separadas por periodos de estado de ánimo normal.
- C. Durante los periodos depresivos, llamativo estado de ánimo disfórico o anhedonia.
- D. Durante los periodos depresivos, están presentes, como mínimo, tres de los siguientes síntomas:
 1. Insomnio o hipersomnia.
 2. Bajo nivel de energía o cansancio crónico.
 3. Sentimientos de incapacidad, pérdida de autoestima, autolamentaciones o desaprobación.
 4. Disminución de la efectividad o productividad en la escuela.
 5. Disminución de la atención, concentración o capacidad para pensar con claridad.
 6. Retraimiento social.
 7. Pérdida de interés o disfrute de las actividades placenteras.
 8. Irritabilidad o cólera excesiva (expresada hacia los padres o monitores).
 9. Incapacidad para responder con placer a los elogios o refuerzos.
 10. Menos activo o hablador de lo habitual, o sensación de lentitud o inquietud.
 11. Actitud pesimista hacia el futuro, rumiación negativa de acontecimientos pasados o sentimientos de lástima hacia uno mismo.

12. Llanto o sollozo.
13. Pensamiento repetitivo de muerte o suicidio.

E. Ausencia de síntomas psicóticos.

F. El estado de ánimo deprimido se diferencia claramente de un posible trastorno mental preexistente.

Criterios de Poznanski para el diagnóstico de depresión infantil

A. Humor, conducta o apariencia depresiva.

B. Por lo menos cuatro (probabilidad) o cinco (seguridad) de los siguientes síntomas:

1. Retraimiento social.
2. Problemas de sueño.
3. Quejas o fatiga.
4. Hipoactividad.
5. Anhedonia.
6. Baja autoestima o culpa patológica.
7. Dificultad en el trabajo escolar.
8. Ideación mórbida e ideación suicida.

C. Duración mínima: un mes.

Análisis y comentarios de los criterios de DSM-III y de Poznanski para el diagnóstico de la depresión infantil

Los criterios de los tres *cluster* anteriores se componen de una serie de síntomas de desigual importancia. Algunos constituyen una condición *sine qua non* para el diagnóstico de depresión. Éste es el caso de los criterios de las categorías «A», a los que algún autor ha denominado «síntomas esenciales» (Poznanski, Mokros, Grossman y Freeman, 1985). En estos síntomas esenciales se diferencian claramente los señalados por el DSM-III y por Poznanski. En el DSM-III, el estado de ánimo disfórico como síntoma esencial puede ser sustituido por la anhedonia. Recordemos que los criterios del DSM-III están diseñados para el adulto y que éste puede padecer un estado depresivo, sin que presente humor triste o disfórico. Por otra parte, cuando lo presenta puede llegar a verbalizarlo, si es interrogado adecuadamente. En el niño, en cambio, no está tan claro que pueda estar deprimido sin disforia. De otro lado, puede no ser capaz de verbalizarlo. Por ello, probablemente, en este criterio se habla no

solamente de humor, sino también de conducta y apariencia depresiva. Esta apariencia puede manifestarse a través de los gestos, la mímica y la comunicación no verbal del pequeño.

Los criterios tipo «B» se caracterizan porque entre ellos no hay ninguno que sea condición *sine qua non* para el diagnóstico de depresión infantil. Si comparamos los criterios tipo «B» del DSM-III, para la depresión mayor, con los de Poznanski, podemos observar que tienen muchos aspectos en común y dos diferencias significativas, que son las siguientes: Poznanski no contempla el síntoma de las *alteraciones del apetito o peso*. Esto no nos sorprende, si recordamos que los criterios de Poznanski suponen una adaptación para el niño de los criterios diseñados para el adulto. Los trastornos del apetito son actualmente tan comunes en los niños que no se les puede considerar como síntomas de depresión, a no ser que se especifique muy bien la edad. A nuestro juicio, este síntoma puede tener valor a los nueve años (edad de la muestra de nuestro estudio) y no tener valor a los seis o siete.

Otro síntoma diferencial es el *retraimiento social*, que el DSM-III no contempla y sí es incluido entre sus criterios por Poznanski. Pensamos que el retraimiento social y la inhibición son frecuentes en el niño y acompañan, a menudo, a distintos cuadros psicopatológicos de la infancia, entre los cuales, lógicamente, está la depresión.

En cuanto a los demás síntomas especificados, los *cluster* del DSM-III y de Poznanski coinciden; únicamente varía, en alguno de ellos, la manera en que están redactados. Así, por ejemplo, la dificultad de concentración y *de* pensamiento es sustituida en Poznanski, por dificultad para el trabajo escolar, cosa que en el adulto no tendría sentido. Lo mismo sucede respecto del entecimiento psicomotor que es sustituido por la hipoactividad. Coincidimos con Poznanski en señalar que la agitación psicomotora es tan frecuente en los niños, que resulta muy dudoso considerarla como un síntoma específico de depresión infantil. De otra parte, este síntoma es más específico de otro cuadro propio de la infancia, e independiente de la depresión, como es el síndrome hiperquinético. Por último, señalaremos que la ideación mórbida, la culpa excesiva, la pérdida de placer por las actividades habituales y las alteraciones del sueño coinciden en los dos listados sintomatológicos tipo «B».

Poznanski, además, no hace distinción entre depresión mayor y trastorno distímico. Esta dis-

tinción del DSM-III nos parece, sencillamente, muy afortunada.

Acuerdos y desacuerdos en el diagnóstico de depresión infantil, utilizando distintos criterios diagnósticos

Resulta interesante conocer las discrepancias que puede haber en el diagnóstico de la depresión infantil, según que se utilicen unos u otros criterios operacionales.

A pesar de su interés, tanto para la clínica como para la epidemiología, este problema ha sido hasta ahora muy poco estudiado.

Conocemos solamente dos estudios, ya mencionados, que se hayan dedicado a examinar las discrepancias en el diagnóstico de la depresión infantil, cuando se utilizan diferentes sistemas operativos de diagnóstico. El primero es un trabajo de Carlson y Cantwell (1982). Estos autores compararon los criterios de Weinberg y del DSM-III en un grupo de 107 niños y adolescentes. El acuerdo en el diagnóstico realizado con los dos criterios fue del 79,4 % (85 niños). Los criterios de Weinberg, por ser menos exigentes, deberían permitirnos diagnosticar más casos de depresión que los criterios del DSM-III. Sin embargo, hubo seis niños diagnosticados como depresivos por el DSM-III, que no lo fueron con los criterios de Weinberg y para los cuales, los autores no pudieron encontrar una explicación satisfactoria de estas discrepancias.

El segundo estudio es el de Poznanski, Mokros, Grossman y Freedman (1985). Este grupo de investigadores comparó el diagnóstico de depresión obtenido a partir de cuatro criterios diagnósticos distintos: el DSM-III (para la depresión mayor), el RDC (para la depresión mayor) y los criterios de Poznanski y de Weinberg, para la depresión infantil. Los autores aplicaron los cuatro criterios a una muestra de 65 niños, de 6 a 12 años, que habían sido consultados en dos ambulatorios psiquiátricos por padecer un cuadro depresivo. Los niños fueron sometidos a una entrevista clínica abierta y a una entrevista independiente por dos psiquiatras. Se recabó también información de los padres. Cada caso fue calificado de deprimido o no deprimido, según cada uno de los cuatro criterios diagnósticos.

El acuerdo se consiguió en 56 de los 65 niños. De los 56 niños, 38 fueron considerados deprimidos

y 18 no deprimidos, según estos cuatro criterios. El acuerdo fue por tanto del 86 %. Sólo hubo desacuerdo en 9 de los 65 niños.

De estos nueve casos en que hubo desacuerdo, siete resultaron deprimidos, según los criterios de Weinberg y Poznanski, mientras fueron calificados como no deprimidos, según los criterios del DSM-III y del RDC. De los casos restantes, un niño resultó deprimido, según los criterios de Poznanski, RDC y DSM-III y no deprimido según los criterios de Weinberg; el otro niño fue clasificado de deprimido por el DSM-III y el RDC y de no deprimido por los criterios de Poznanski y de Weinberg.

La mayor fuente de discrepancias la proporcionaron los criterios denominados «esenciales», es decir el humor disfórico y la anhedonia. Un interesante resultado encontrado por este estudio fue la baja sensibilidad y la elevada especificidad del síntoma de la anhedonia. Este síntoma resultó mucho menos frecuente que el humor disfórico. Sólo lo presentó el 28 % de los niños, pero cuando estuvo presente siempre se asoció al diagnóstico de depresión. Por tanto, cabe concluir que este síntoma discrimina bien entre deprimidos y no deprimidos.

Otro dato interesante de esta investigación es la información resultante de las discrepancias en las entrevistas a padres y niños, lo que corrobora los resultados encontrados en estudios anteriores. La discrepancia entre estas dos fuentes de información (padres y niños) se produjo en un tercio de los casos. Como no existen criterios para integrar las discrepancias entre las diferentes fuentes de información en relación a la depresión infantil, este dato constituye una dificultad más y un elemento tal vez de confusión, a la hora de elaborar una definición operativa de caso para un estudio epidemiológico.

SEGUNDA PARTE: IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Una vez definido lo que es un caso de depresión infantil y elegidos ya los criterios para diagnosticar el caso, hay que dar un segundo paso para detectar los casos de depresión infantil en la población en la que se quiera estudiar la prevalencia de este síndrome. Es necesario disponer para ello de unos instrumentos que permitan identificar los casos que se encuentran inmersos entre los niños que no son «caso», en la población.

A continuación plantearemos una serie de cuestiones estrechamente relacionadas con el proceso de identificación de los casos:

¿Dónde hacer la identificación de los casos?

De la revisión de los estudios epidemiológicos anteriores, se desprende que los lugares más frecuentes para la identificación de casos psicopatológicos han sido los siguientes:

Hospitales generales y dispensarios de pediatría.

Centros psiquiátricos hospitalarios y ambulatorios.

Registros oficiales de las administraciones.

Población general.

Las estadísticas de los centros de registro de las administraciones tienen escasa utilidad en psicopatología. Una excepción lo constituye el estudio epidemiológico del suicidio infantil y juvenil; pero incluso en este caso la identificación a través de los registros oficiales ofrece ciertos problemas, puesto que muchos casos de suicidio no llegan a los juzgados porque se certifican como muerte natural.

Los centros clínicos hospitalarios y ambulatorios, tanto psiquiátricos como pediátricos, han sido, hasta el momento, los lugares más utilizados para la identificación de casos en epidemiología psiquiátrica. No obstante, de seguirse este procedimiento quedarían muchos casos por identificar ya que, como se recordará, un número importante de niños con patología psiquiátrica no acude a ningún tipo de consulta, ni psiquiátrica ni general. De otra parte, cualquier niño enfermo, sobre todo si es un paciente crónico, es mucho más propenso a padecer una alteración emocional, por lo que la prevalencia de patología mental obtenida en poblaciones clínicas suele ser muy elevada y no corresponde a la realidad de la población infantil general.

Estos motivos han hecho que para el estudio epidemiológico de la depresión infantil en España se eligiera la población general como muestra y lugar más conveniente para nuestra investigación. Esta elección conlleva una serie de dificultades metodológicas, como lo pone de manifiesto el hecho de que existan poquísimos estudios de identificación de depresión infantil en la población general, a pesar del interés despertado por este tipo de investigaciones.

¿Qué zona geográfica debe escogerse para el estudio epidemiológico en la población general?

Hay varias posibilidades entre las cuales los investigadores pueden decidirse. Una primera opción es elegir entre una zona pequeña y bien delimitada, que permita examinar a todos los niños (una isla, por ejemplo) y una comunidad amplia, como es la ciudad de Madrid. En este segundo caso habrá que buscar una muestra representativa de los niños de Madrid, ante la imposibilidad material de examinar a todos los niños que allí viven. Otras opciones consistirían en decidir entre una muestra urbana o una muestra rural, una zona interior o marítima, etc.

En nuestro estudio se decidió trabajar en cuatro grandes ciudades: Madrid, Barcelona, Sevilla y Valencia, porque los investigadores trabajaban en las Universidades allí ubicadas. Por otra parte, se eligieron dos zonas rurales (una en Galicia y otra en Cataluña, en la provincia de Gerona). Esta opción no permitiría examinar a todos los niños y nos obligaría a ser muy rigurosos, tanto en la técnica de muestreo, como en evitar que se perdieran casos de la muestra. Este segundo requisito se consiguió totalmente en la primera fase, en la que la mortalidad experimental fue casi despreciable.

Así, pues, en el estudio epidemiológico de la depresión infantil en España se ha hecho simultáneamente la investigación de casos en seis muestras, cuatro urbanas y dos urbano-rurales. Además, debe señalarse que la población elegida para la identificación de los casos, en las seis muestras, ha sido la población escolarizada. Esta opción supone una limitación: la de que quedan fuera de la muestra los niños no escolarizados. Sin embargo, por la edad elegida para nuestro estudio, la mayoría de los niños estaban escolarizados e integrados en alguna escuela.

¿Hay que fijar límites de edad para la identificación de los casos?

La mayoría de los estudios anteriores al nuestro eligen unos límites de edad muy amplios para detectar casos de psicopatología y, más concretamente, de depresión infantil. Tanto es así que en algunos trabajos integran a niños prepúberes con adolescentes. En estos estudios la tasa de prevalencia de depresión hallada es muy alta, tal vez

porque la frecuencia de depresión aumenta a partir de la pubertad. Ejemplo de ello es el trabajo, por otra parte muy citado, de Albert y Beck (1975), que obtuvo una prevalencia del 33 %.

En nuestro trabajo se decidió no sólo no incorporar a ningún adolescente, sino además tener en cuenta la probable variación de la sintomatología depresiva, según la edad y el desarrollo del niño. Estas consideraciones nos llevaron a elegir unos límites de edad muy estrechos, con el fin de no estudiar a los niños en muy distintas etapas evolutivas, como si fueran una población homogénea. De otra parte, se consideró que los niños matriculados en un mismo grado académico, tendrían un nivel evolutivo más semejante que los niños de una misma o distinta edad cronológica. De aquí que se eligiera un grado académico determinado: cuarto curso de EGB. En este nivel académico las edades de los niños suelen oscilar entre ocho y once años, aunque la mayoría de ellos tienen nueve o diez años de edad.

Un niño o una niña de nueve o diez años tiene ya un suficiente desarrollo cognitivo, lo que le permite responder fácilmente a los ítems de las escalas de autoevaluación, a la vez que todavía no incide sobre él/ella, los efectos del desarrollo puberal.

Por último, queremos plantear la cuestión de si a esta edad los síntomas de la depresión infantil se dan con más frecuencia que en otras etapas evolutivas. En apoyo de esta hipótesis hay dos estudios. Poznanski y Zrull (1970) realizaron un estudio epidemiológico en el que ya hicieron una delimitación de caso de depresión infantil, con unos criterios concretos, indicando el grado de severidad y señalando una más alta concentración de síntomas entre 9 y 11 años. Más recientemente, en un estudio realizado en Suecia, se ha encontrado un incremento de psicopatología depresiva a la edad de nueve años (Sennestam, Hogberg, 1987 y Lagerheim, 1987). Esta hipótesis del incremento de sintomatología depresiva a los nueve años, tendría que confirmarse a través de estudios epidemiológicos llevados a cabo en diferentes edades, estudios que están todavía por hacer.

¿Qué debe identificarse: el caso real o el potencial?

Otra cuestión problemática es la relativa a los casos declarados de depresión infantil y a los casos sólo calificados como de riesgo o potencia-

les. El interrogante que uno se plantea es el siguiente: ¿Qué es preciso identificar: los casos reales o los potenciales?

Para algunos autores, ambos conceptos están contenidos en el término de caso. Según esto, un caso sería, entonces, no sólo toda persona portadora de un trastorno psiquiátrico, sino también el que tiene un riesgo elevado de padecerlo (Earls, 1980).

Está claro que la definición de caso que hemos hecho en nuestro estudio se refiere a los casos reales y declarados de depresión, incluyendo en este concepto a todos aquellos que reúnen los criterios de diagnóstico de depresión mayor de trastorno distímico, según el DSM-III, y teniendo en cuenta el grado de severidad de los distintos síntomas que componen el *cluster* depresivo.

Otro problema consiste en saber si los sujetos que reúnen diversos síntomas de depresión infantil, sin satisfacer todos los exigidos por el síndrome depresivo, pueden ser considerados como casos potenciales. De ser así, los sujetos detectados a través de instrumentos de *screening*, como el *Children Depression Inventory* o el *Peer-Nomination*, que se emplearon en la primera fase de nuestra investigación, podrían ser calificados como sujetos potenciales o de alto riesgo de depresión infantil.

Pero no tenemos elementos suficientemente acreditados para afirmar que esto sea así. La relación entre síntomas de depresión y síndrome depresivo no está suficientemente explicitada, en la actualidad (Hirschfield et al., 1982), en lo que se refiere a los sujetos adultos. Más oscura está todavía esta relación en lo que se refiere a los niños.

A pesar de ello, la mayoría de los estudios epidemiológicos, en psicopatología infantil, se han basado únicamente en los síntomas. Así, por ejemplo, el paciente estudio de Lefkowitz y Tesiny (1985), el cual nos da una tasa del 5,2 %. Estos autores basan su estudio de prevalencia en síntomas medidos con un solo instrumento, el PNID (*Peer-Nomination Inventory of Depression*), utilizando por tanto un modelo de definición de caso, únicamente sintomatológico y cuantitativo.

En el estudio de la depresión infantil en España se pretende identificar a los casos reales con síndrome depresivo, además de tener en cuenta los síntomas, pero nos faltan datos para poder definir lo que podría considerarse como un «caso potencial» de depresión infantil.

¿Qué debe estudiarse: la prevalencia o la incidencia?

Otro tema que debe de plantearse es el de la incidencia y prevalencia, es decir: ¿Qué casos se van a identificar: los que hay en una población, en un momento determinado (prevalencia), o los nuevos casos que aparecen en una población en un intervalo de tiempo definido (incidencia)?

En nuestro estudio la respuesta es clara: la primera opción. Y ello, no porque no se considere muy interesante el conocimiento de la incidencia de la depresión infantil en la población española, sino porque esto requiere un estudio más complicado de tipo longitudinal, que no fue posible realizar, dadas las posibilidades materiales con que ahora contamos.

Hasta el momento se han hecho muy pocos estudios de incidencia en psicopatología infantil, tal vez porque presentan muchas dificultades. Incluso los mismos estudios de prevalencia, en la población general, tienen unos requisitos muy definidos y concretos que es preciso satisfacer, lo que no siempre es posible, como la definición de caso, el contar con un procedimiento de medición de la alteración que se quiera estudiar y el tener un profundo conocimiento de la población de la que se desea extraer la muestra.

¿Qué tipos de depresión infantil deben identificarse?

Durante mucho tiempo la depresión infantil formaba parte de las alteraciones emocionales de los niños, no identificándose como tal. Posteriormente, se iniciaron estudios epidemiológicos de depresión infantil en poblaciones clínicas y algunos, muy pocos, en la población general. En la mayoría de ellos se habla de depresión como un *totus*, sin distinguir en ella formas ni tipos. Recientemente se ha acrecentado el interés por los subtipos de depresión infantil. Uno de los primeros trabajos en recoger este interés fue el de Kashani et al. (1983), quien en una muestra de 955 niños, de nueve años, distingue entre depresión mayor y depresión menor.

En la presente investigación se tendrán en cuenta los tipos de depresión infantil, según han sido claramente definidos por los criterios diagnósticos del DSM-III, como depresión mayor o forma severa (DM) y trastorno distímico (TD) o forma menos severa. De otra parte, se considerará

el nivel de severidad de cada uno de los síntomas que componen el *cluster* depresivo, a través de la entrevista semiestructurada de Poznanski.

¿A quién se pedirá información para la identificación de los casos?

Estamos persuadidos, en primer lugar, de que el mejor informante para el síndrome depresivo es el propio niño. Un niño de cuarto de EGB tiene normalmente un desarrollo cognitivo suficiente como para proporcionar datos válidos sobre su estado emocional, si se le interroga debidamente. Por esta razón, centramos nuestra atención en el propio sujeto, tanto en la fase de *screening* (en la cual se decidió someter al niño a una escala de autoevaluación de depresión), como en la segunda fase, en la que se trabajó con una entrevista.

En segundo lugar, estamos plenamente de acuerdo con los diversos autores que afirman que en la depresión infantil hay que recabar información del mayor número posible de informantes. Por ello, la identificación de caso en este estudio se hace a través de todos los informantes siguientes:

1. El niño mismo.
2. Los compañeros de clase del niño.
3. El maestro del niño.
4. Los padres del niño.

¿Cuándo realizar la identificación?

Teniendo en cuenta la posible influencia de las estaciones sobre la depresión y el impacto de las vacaciones (próximas o pasadas) sobre el estado de humor de los niños, se tomó la decisión de efectuar todas las exploraciones durante el segundo trimestre del curso escolar 1985-1986. Dichas exploraciones tenían que efectuarse lejos del período de vacaciones (tanto de Navidad como de Semana Santa) y con un lapso de tiempo muy corto (entre una y otra fase en la aplicación de las pruebas), en los niños estudiados, según el diseño de doble fase, que habíamos concebido.

En el primer trimestre del curso escolar no se comenzó el estudio por considerar que no se tendrían todavía los listados de todos los niños y niñas que cursaban 4.º de EGB, en las seis zonas geográficas, de donde se iban a extraer las muestras a estudiar. De otra parte, al realizar las pruebas en el segundo trimestre, se garantizaba el que

los maestros habrían tenido más tiempo para conocer a todos sus alumnos y, de este modo, proporcionarían una información más completa y fidedigna de los niños.

¿Cuál fue la técnica de identificación que se empleó?

Los niños de cuarto de EGB, en cada una de las seis zonas elegidas para nuestro estudio, eran tan numerosos que no se podía entrevistar a todos ellos.

En esta situación se optó por el empleo del diseño de doble fase, desarrollado por Goldberg (1972) y empleado por Rutter en el estudio epidemiológico de la isla de Wight.

Esta técnica es también la que ha sido más utilizada en los estudios epidemiológicos realizados en Gran Bretaña, a partir de entonces (Rutter y Sandberg, 1985).

El diseño epidemiológico de doble fase consiste en realizar un primer *screening*, al que son sometidos todos los niños de la población a estudiar o una muestra representativa de ella para, posteriormente, estudiar más a fondo los niños seleccionados en esta primera fase de *screening*. Esto quiere decir que los niños fueron examinados, por tanto, en dos momentos distintos. Es importante que el tiempo que medie entre las dos exploraciones de cada niño no sea excesivo, puesto que los niños pueden sufrir variaciones en su sintomatología, en un plazo relativamente breve. Ahora bien, de otra parte, el que trascurren unas semanas entre la primera y la segunda fase permite que se cumpla el criterio de mínima duración de los síntomas exigido tanto por los criterios del DSM-III, para la depresión mayor, como por Poznanski, para la depresión infantil.

La técnica del diseño de doble fase será explicada en detalle en otro capítulo de esta publicación (véase capítulo 7)

¿Qué instrumento elegir para la identificación del caso?

Obviamente, los instrumentos elegidos no pueden ser los mismos para la primera y la segunda fase. En la fase de *screening*, deben utilizarse instrumentos que puedan aplicarse fácil y rápidamente y que, a ser posible, tengan una elevada sensibilidad. Mientras que, en la segunda fase, en

la que el niño va a ser evaluado individualmente y con un enfoque clínico, será preciso disponer de instrumentos clínicos como la entrevista semiestructurada, lo cual no impide que junto a ella se puedan utilizar todo tipo de escalas y cuestionarios. Estos últimos son los que nos van a permitir obtener información de fuentes muy diversas.

No vamos a entrar aquí en la descripción de los instrumentos de identificación empleados en nuestro estudio, puesto que esa información se recoge ampliamente en otro capítulo más adelante (véase capítulo 6).

En las líneas que siguen nos centraremos en la definición de caso y expondremos cuál ha sido la definición operacional que hemos elaborado para esta investigación.

TERCERA PARTE: DEFINICIÓN OPERACIONAL DE CASO PARA ESTA INVESTIGACIÓN

La decisión que tomaron los responsables de esta investigación, después de larga discusión en la que se estudiaron diversas alternativas, fue definir el caso basándose en el *modelo clínico*, de la forma que se expone a continuación. Existe un acuerdo bastante unánime de que, hoy por hoy, el modelo clínico sigue siendo el más adecuado para el diagnóstico en psicopatología infantil. En ausencia de un *goldstandard* eficaz y válido, el empleo de los criterios clínicos constituye el método más aceptado (Links, 1983).

La utilización de un modelo clínico comporta basar la recogida de datos en una entrevista clínica, a partir de la cual el clínico debe evaluar al sujeto en cuestión. Esta entrevista clínica puede ser de muchos tipos. En este estudio se decidió utilizar una entrevista semiestructurada. Entre las entrevistas semiestructuradas se eligió la CDRS-R (Poznanski et al., 1984), por estar construida para niños y ser específica para la depresión infantil.

Una vez recogida la información, a través de la entrevista, el clínico debía formular un diagnóstico, basándose en los criterios del DSM-III. El niño evaluado debería cumplir los criterios del DSM-III para el diagnóstico de depresión mayor, o bien los criterios del DSM-III, para el trastorno distímico, y podía ser diagnosticado de no deprimido, sólo si no reunía los criterios para ninguno de los dos diagnósticos anteriores.

Los dos elementos básicos para el diagnóstico operacional de caso en este estudio han sido por tanto:

- la entrevista clínica semiestructurada CDRS-R, constituida por 18 ítems, y
- los criterios del DSM-III, para el diagnóstico de depresión mayor y de trastorno distímico.

De los criterios del DSM-III para la depresión mayor y para el trastorno distímico ya nos hemos ocupado, líneas atrás, en este mismo capítulo.

La entrevista de Poznanski, en su forma revisada, que es la que se utilizó, está formada por los dieciocho ítems siguientes (versión castellana provisional del Dr. J. Toro):

1. Escolaridad
2. Capacidad de diversión
3. Retraimiento social
4. Sueño
5. Apetito
6. Fatiga excesiva
7. Quejas somáticas
8. Irritabilidad
9. Culpabilidad
10. Autoestima
11. Sentimientos depresivos
12. Ideas mórbidas
13. Ideas de suicidio
14. Llanto
15. Afecto deprimido
16. Tempo del habla
17. Hipoactividad
18. Labilidad de humor.

La puntuación en cada ítem se hace según una escala de 7 puntos (excepto los ítems 16 y 17, que se puntúan de 0 a 5). Para que quede claro pondremos un ejemplo de la puntuación del ítem:

N.º 15: «Afecto deprimido»

Puntuación:

1. Claramente no deprimido. Expresión facial y voz animadas durante la entrevista.
2. Leve supresión de afecto. Cierta pérdida de espontaneidad.
3. Pérdida global de espontaneidad. Parece estar claramente triste durante algunas etapas de la entrevista. Incluso puede sonreír, cuando se trata de temas que no le resultan amenazadores.
4. Estado intermedio entre 3 y 5.
5. Restricción moderada de afecto durante la mayor parte de la entrevista. Pasa por períodos prolongados y frecuentes en que parece estar claramente triste.
6. Estado intermedio entre 5 y 7.

7. Serio. Parece triste. Distante. Interacción verbal mínima durante la entrevista. Lloro o puede estar lloroso.

Con esta graduación, la entrevista de Poznanski permite evaluar el grado de severidad de los síntomas. Este concepto de severidad también entra a formar parte de la definición operacional de caso para esta investigación.

Una vez presentados los dos elementos básicos de la definición operacional del caso es preciso exponer cómo, a partir de la entrevista, un niño en un determinado ítem satisface uno de los criterios establecidos por el DSM-III para el diagnóstico de depresión. El primer paso fue vaciar los 18 ítems de la entrevista CDRS-R, en función de los criterios del DSM-III para la depresión mayor (DM) y para el trastorno distímico (TD). Debe señalarse que los 18 ítems de la CDRS-R cubren todos los síntomas exigidos para el diagnóstico de DM y casi todos los del TD, del DSM-III. Para determinar los ítems que debían incluirse en cada criterio del DSM-III, se exigió el acuerdo de dos psicólogos clínicos y de dos psiquiatras.

Inmediatamente pasamos a explicar cómo se ha conseguido, siguiendo este procedimiento, una definición operacional de caso para la depresión mayor y una definición operacional de caso para el trastorno distímico.

Definición operacional de caso para la depresión mayor

El resultado del acuerdo de los cuatro expertos para la depresión mayor aparece en la Tabla 5.1. En la primera columna vertical se encuentran los 18 ítems de la entrevista CDRS-R y, en la primera fila, los ítems del DSM-III para la depresión mayor.

Como puede observarse, el criterio A-1 de DM del DSM-III puede detectarse con cuatro ítems distintos de la escala de Poznanski (11-14-15 y 18). Con la presencia de uno de ellos es suficiente. El criterio B-8 puede identificarse con dos ítems, el 12 y el 13, siendo también suficiente la presencia de uno solo de ellos. Los demás criterios se han hecho corresponder a un solo ítem de la CDRS-R. También se observa que varios ítems de la entrevista no han sido señalados por los expertos para identificar los síntomas concretos exigidos en el DSM-III para la depresión mayor.

Otro punto importante es el siguiente: para que un ítem de la CDRS-R (señalado con un asteris-

co en la tabla) pueda considerarse que realmente ha sido capaz de detectar un síntoma de los criterios del DSM-III, el niño debe haber obtenido en este ítem una puntuación a partir de un determinado grado de severidad. Este grado de severidad ha sido fijado en nuestro estudio, por los expertos, alrededor de 4 para cada ítem. O sea que el ítem es considerado positivo cuando el niño ha obtenido en él una puntuación de 4 o superior. Y decimos expresamente alrededor de 4, porque se ha variado ligeramente la puntuación de algún ítem, al hacer un ajuste de las puntuaciones, por provincias, para compensar el sesgo de las diferencias entre los entrevistadores de las distintas submuestras del estudio.

Así, la *definición operacional de caso para la depresión mayor queda de la forma siguiente:*

Para que un niño pueda ser considerado como un caso de depresión mayor debe satisfacer los criterios siguientes:

A. *Estado de ánimo disfórico:* presencia de cualquiera de los 4 ítems de humor disfórico de la CDRS-R (severidad 4):

CDRS-R 11 (sentimientos depresivos),

CDRS-R 14 (llanto),

CDRS-R 15 (afecto deprimido) y

CDRS-R 18 (labilidad de humor).

o bien:

Pérdida de interés o placer: (anhedonia) presente en el ítem 2 de la CDRS-R (pérdida de interés o placer o de la capacidad para divertirse).

B. Por lo menos *cuatro* de los siguientes síntomas:

B1. *Cambios en el apetito o peso:* presencia del ítem 5 de la CDRS-R (apetito o pautas de ingesta).

B2. *Insomnio o hipersomnias:* presencia del ítem 4 de la CDRS-R (sueño).

B3. *Agitación o retraso psicomotor:* presencia del ítem 17 de la CDRS-R (hipoactividad).

B4. *Pérdida de interés o placer en las actividades habituales:* presencia del ítem 2 de la CDRS-R (capacidad de diversión).

B5. *Pérdida de energía o fatiga:* presencia del ítem 6 de la CDRS-R (fatiga excesiva).

B6. *Sentimientos de inutilidad, autorreproche o de culpa excesiva o inapropiada:* presencia del ítem 9 de la CDRS-R (culpa).

B7. *Disminución de la capacidad de concentración o pensamiento (enlentecimiento del pensamiento o indecisión):* presencia del ítem 1 de la CDRS-R (escolaridad).

B8. *Pensamientos repetitivos de muerte, ideación suicida, deseos de estar muerto o intentos de suicidio:* presencia de cualquiera de los ítems 12 o 13 de la CDRS-R (ideas mórbidas e ideación suicida).

Definición operacional de caso para el trastorno distímico:

Se hizo con el mismo procedimiento empleado para la depresión mayor y según los criterios diagnósticos del DSM-III para el trastorno distímico. El grado de severidad con que se puntuó cada ítem de la entrevista Poznanski, para poder considerarlo positivo, fue también de cuatro como mínimo. La definición operacional de caso para el trastorno distímico quedó de la forma siguiente:

1. *Estado de ánimo depresivo (triste, melancólico abatido, bajo):*

— Presencia al menos de uno de los cuatro ítems de humor disfórico siguientes, de la CDRS-R:

CDRS-R, 11 (sentimientos depresivos), CDRS-R, 14 (llanto), CDRS-R, 15 (afecto deprimido) y CDRS-R, 18 (labilidad de humor).

o bien:

Pérdida de interés o placer (anhedonia): presencia del ítem 2 de la CDRS-R (pérdida de interés o placer o de la capacidad para divertirse).

II. *Estar presentes además, como mínimo, tres de los siguientes síntomas:*

1. *Insomnio o hipersomnias:* presencia del ítem 4 de la CDRS-R (sueño).

2. *Bajo nivel de energía o cansancio crónico:* presencia del ítem 6 de la CDRS-R (fatiga excesiva).

3. *Sentimientos de incapacidad, pérdida de autoestima, autolamentaciones o desaprobación:* presencia del ítem 10 de la CDRS-R (autoestima).

4. *Disminución de la efectividad o productividad en la escuela o en casa:* presencia del ítem 1 de la CDRS-R (escolaridad).

5. *Disminución de la atención, concentración o capacidad para pensar con claridad:* presencia del ítem 1 de la CDRS-R (escolaridad).

6. *Retraimiento social:* presencia del ítem 3 de la CDRS-R (retraimiento social).

7. *Pérdida de interés o de disfrute de las ac-*

tividades placenteras: presencia del ítem 2 de la CDRS-R (capacidad para divertirse).

8. *Irritabilidad o cólera excesiva (expresada hacia los padres o monitores)*: presencia del ítem 8 de la CDRS-R (irritabilidad).

9. *Incapacidad para responder con placer a los elogios o refuerzos*: ítem ausente en la CDRS-R.

10. *Menos activo o hablador de lo habitual, o sensación de lentitud o inquietud*: presencia del ítem 16 de la CDRS-R (tempo del habla).

11. *Actitud pesimista hacia el futuro, rumiación negativa de acontecimientos pasados, o sentimientos de lástima hacia uno mismo*: ítem ausente en la CDRS-R.

12. *Llanto o sollozo*: presencia del ítem 14 de la CDRS-R (llanto).

13. *Pensamiento repetitivo de muerte o suicidio*: presencia de cualquiera de los ítems 12 o 13 de la CDRS-R (ideación mórbida e ideación suicida).

El grado de severidad exigible para cada ítem del trastorno distímico, identificado a través de la CDRS-R, fue fijado por los cuatro expertos (dos psiquiatras y dos psicólogos clínicos), alrededor de la puntuación de 4, es decir, la misma que se había fijado para la depresión mayor. Se aplicaron aquí los mismos ajustes en las puntuaciones, que los que se realizaron para la depresión mayor.

Un punto importante es el que se refiere al criterio de duración de la sintomatología. El DSM-III exige para el diagnóstico de depresión mayor un tiempo de dos semanas de permanencia de la sintomatología y, de un año, para el trastorno distímico. En este estudio se ha respetado el criterio temporal exigido para la depresión mayor. No ha sido posible, sin embargo, hacer un seguimiento de un año para comprobar la duración de los síntomas, respecto del trastorno distímico. Con esto queremos dejar claro que cuando hablamos de depresión mayor nos referimos al diagnóstico del síndrome de depresión mayor, puesto que los casos que se han encontrado reúnen todos los síntomas exigidos por los criterios diagnósticos del DSM-III para la depresión mayor. En cambio, cuando hablamos de trastorno distímico, nos estamos refiriendo a la presencia de la sintomatología propia de este trastorno en un estudio transversal, como el aquí realizado, pero esto no sería suficiente para decir que nos encontramos ante un niño diagnosticado de trastorno distímico de forma definitiva. Señala-

mos también que los ítems de la escala de Poznanski cubren todos los criterios del DSM-III para la depresión mayor. Para el trastorno distímico, en cambio, hay dos criterios del DSM-III (de los 13 no fundamentales), que no pueden detectarse con la escala de Poznanski. Hemos querido señalar esta cuestión, a pesar de que de los 13 criterios, solamente se exijan que tres estén presentes para establecer el diagnóstico de trastorno distímico. Por otra parte, los dos criterios para el diagnóstico de trastorno distímico que no cubre la escala de Poznanski, han sido recientemente eliminados de los criterios diagnósticos establecidos por la nueva clasificación de los trastornos mentales (DSM-III-Revisada), que acaba de publicarse (1987). Esto nos permite afirmar que la entrevista semi-estructurada de Poznanski sí que cubre todos los criterios exigidos por el DSM-III, tanto para la depresión mayor como para el trastorno distímico.

La definición operacional del caso que acabamos de exponer es la que hemos utilizado, como referencia básica, para el estudio epidemiológico de la depresión infantil en España.

Antes de tomar esta opción se habían estudiado varias definiciones alternativas, como diagnóstico de referencia, que tuvieron que descartarse por insatisfactorias.

De todas ellas queremos mencionar aquí la alternativa que hemos denominado «diagnóstico confirmado» y que es parecido al que hemos presentado, pero con unos requisitos de exigencia muy superiores al anterior. En esta alternativa, el diagnóstico básico se obtiene exactamente como se ha señalado en este capítulo; para el diagnóstico de referencia se exige que la sintomatología encontrada sea también confirmada por otra prueba de evaluación, independientemente de la entrevista aplicada, como puede ser el CDI, la ESDM o la CBC. Obviamente, cuando se aumenta la exigencia del nivel criterial para establecer el diagnóstico de depresión, forzosamente disminuirá el número de casos que satisfacen los exigentes criterios establecidos y, por tanto, disminuirá también la tasa de prevalencia.

La adhesión a unos criterios más estrictos hubiera supuesto la disminución del número de falsos negativos, pero a cambio de pasar inadvertidos bastantes casos potencialmente depresivos en la población general. De aquí que considerásemos como más importante el que se pudiera detectar el mayor número de casos que acaso son susceptibles de una intervención temprana y eficaz.

Bibliografía

- ALBERT, N.; BECK, A. T. (1975): Incidence of Depression in Early Adolescence. *J. of Youth and Adolescence*, 4, 301-307.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1984): *DSM-III Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona. Masson, S. A.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1987): *DSM-III-R. Diagnostic and Statistical of Mental Disorders* (3.ª edición revisada). Whashington D. C.
- ANDERSON, J. C.; WILLIAMS, S.; MC GEE, R.; SILVA, P. A. (1987): The Prevalence of DSM-III Disorders in a large sample of Preadolescent Children from the General Population. *Arch. Gen. Psychiatry*, Jan, 44, 69-76.
- BAASHER, T. A. (1982): Epidemiological Surveys in Developing Countries: potential and constraints. *Acta Psychiatr. Scand. (Suppl. 296)*, 65, 45-51.
- BLUM, R. (1962): Case identification in Psychiatric Epidemiology: Methods and Problems. *Milbank Memorial Fund. Quarterly*, 40, 253-288.
- BOMBA, J.; BIELSKA, A.; JOSEFIK, B. et al. (1984): The Incidence of Depression in Children and Adolescents, as determined by the frequency of Diagnoses of the Disorders in Mental Health Services. *Psychiatr. Pol.*, 18, 4, 327-332.
- BOYD, J.; WEISSMAN, M. (1981): Epidemiology of Affective Disorders. *Arch. Gen. Psychiatry* 38, 1039-1046.
- CARLSON, G.; CANTWELL, D. (1979): A Survey of Depressive Symptoms in a Child and Adolescent Pediatric Population. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 18, 587-599.
- CARLSON, G.; CANTWELL, D. P. (1982): Diagnosis of Childhood Depression: a comparison of Weinberg and DSM-III criteria. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 21, 247-250.
- CEDERBLAD, M. (1987): The nine-year old a «Problem» of our time. Manuscrito no publicado. Sweden Lund Universitetets forlaget.
- COOPER, J. E. (1982): Diagnostic Processes and Classification of Mental Disorders. *Acta Psychiatr. Scand. (Suppl. 296)*, 65, 16-23.
- COSTELLO, C. G. (1980): Childhood Depression: Three basic but questionable assumptions in the Lefkowitz and Burton Critique. *Psychol. Bull.*, 87, 1, 185-190.
- CYTRIN, L.; MC KNEW, D. H.; BUNNEY, W. (1980): Diagnosis of Depression in Children: A reassessment. *Am. J. Psychiatry* 137, 22-25.
- DAVIDIAN, H. (1982): Practical problems in psychiatric field surveys. *Acta Psychiatr. Scand. (Suppl. 296)*, 65, 87-93.
- DOHRENWEND, B.; DOHRENWEND, B. (1974): Social and cultural influences on psychopathology. NAPS document n.º 62130 supplementary material pp. 417-452. N.I.M.H.U.S. Public Health Service.
- DOHRENWEND, B.; DOHRENWEND, B. (1982): Perspectives on the Past and Future of Psychiatric Epidemiology. *Am. J. Public Health*, 72, 11, 1271-1279.
- DWECK, C.; GITTELMAN-KLEIN, R.; MC KINNEY, W.; WATSON, J. C. (1977): Summary of the Subcommittee on Clinical Criteria for Diagnosis of Depression in Children. En Schultebrandt, J.; Raskin, A. *Depression in Childhood: Diagnosis and conceptual Models*. New York, Raven Press., 1977, p. 153-154.
- EARLS, F. (1980): Epidemiologic Methods for Research in Child Psychiatry. En Earls, F. *Studies of Children*. New York, Prodist.
- EISENBERG, L. (1986): When is a Case a Case? En Rutter, M.; Izard, C. y Read, P. *Depression in young people: Developmental and Clinical Perspectives*. New York, Guilford Press.
- FEINSTEIN, C.; BLOUIN, A.; EGAN, J.; CONNERS, K. (1984): Depressive Symptomatology in a Child Psychiatric Outpatient Population: Correlates with Diagnosis. *Compr. Psychiatry*, 25, 4, 379-391.
- GELLER, B.; CHESTNUT, E.; MILLER, D.; PRICE, D.; YATES, E. (1985): Preliminary Data on DSM-III Associated Features of Major Depressive Disorder in Children and Adolescents. *Am. J. Psychiatry*, 142, 5, 643-644.
- GOLDBERG, D. P. (1972): The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire Mandsley Monographs 21. London. Oxford University Press.
- GOODMAN, N.; TIZARD, J. (1962): Prevalence of Imbecility and idiocy among children in a metropolitan area. *Br. Med. J.*, 1, 216.
- GRAHAM, Ph. (1979): Epidemiological Studies in Quay-Werry (2.ª ed.). *Psychopathological Disorders of Childhood*. Chichester. John Wiley Sons, pp. 185-209.
- GRAHAM, Ph. (1986): Behavioural and intellectual Development. *Br. Med. Bull.*, 42, 2, 155-162.
- HIRSCHFIELD, R.; CROSS, C. (1982): Epidemiology of affective Disorders, *Arch. Gen. Psychiatry*, 39, 35-46.
- JABLENSKY, A. (1987): Prediction of the Course and Outcome of Depression. *Psychol. Med.*, 17, 1-9.
- JACOBSEN, R.; LAHEY, B.; STRAUSS, C. (1983): Correlates of Depressed Mood in Normal Children. *J. Abnorm. Child Psychol.*, 11, 1, 29-40.
- KASHANI, J.; SIMMONDS, J. F. (1979): The Incidence of Depression in Children. *Am. J. Psychiatry*, 136, 1203-1205.
- KASHANI, J.; VENZKE, R.; MILLER, E. (1981): Depression in Children admitted to hospital for Orthopaedic Procedure. *Br. J. Psychiatry*, 138, 21-25.
- KASHANI, J.; MC GEE, R.; CLARYSON, S. et al. (1983): Depression in a sample of 9-year-old Children. *Arch. Gen. Psychiatry*, 40, 1217-1223.
- KASHANI, J. H.; RAY, J. S.; CARLSON, G. A. (1984). Depression and Depressive-like States in Preschool-age Children in a Child Development Unit. *Am. J. Psychiatry*, 141, 1397-1402.

- KASHANI, J. H.; HOLCOMB, W. R.; ORVASCHEL, H. (1986): Depression and Depressive Symptoms in Preschool Children from the General Population. *Am. J. Psychiatry*, 143, 1138-1143.
- KOVACS, M. (1983): The Children's Depression Inventory. A self-rated Depression Scale for school-aged youngsters. University of Pittsburgh. School of Medicine. Manuscrito no publicado.
- KRAMER, M. (1986): Issnesin development of statistical and epidemiological data for mental health services research. *Psychol. Med.*, 6, 185.
- LAGERHEIM, B. (1987): A depressive crisis at the age nine in handicapped children. Danderyds Hospital, Sweden. Manuscrito no publicado.
- LANGNER, T. S.; GERSTEN, J.; EISENBERG, J. (1974): Approaches to measurement and definition in the epidemiology of behavioural Disorders: Ethnic background and child behaviour. *Int. J. Health Serv.*, 4, 483-501.
- LAPOUSE, R.; MONK, M. (1964): Behaviour Desviations in a representative Sample of Children: Variation by sex, age, race, social class and family size. *Am. J. Orthopsychiatry*, 34, 436-445.
- LEFKOWITZ, M.; BURTON, N. (1978): Childhood Depression: A Critique of the Concept. *Psychol. Bull.*, 85, 4, 716-726.
- LEFKOWITZ, M. M.; TESINY, E. P. (1981): Peer Nomination Inventory. New York State Department of Mental Hygiene.
- LEFKOWITZ, M. M.; TESINY, E. P. (1985): Depression in Children: Prevalence and Correlates. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 53, 5, 647-656.
- LEWIS, E. O. (1929): Report on an investigation into the incidence of mental deficiency in six areas, 1925-1927. Report of the Mental Deficiency Committee of the Board of Education and Board of control. Part. IV. London. H.M.S.O.
- LINKS, P. (1983): Community Surveys of the Prevalence of Childhood Disorders: A Review. *Child Dev.*, 54, 531-548.
- LOBOVITZ, D.; HANDAL, F. (1985): Depression: Prevalence using DSM-III Criteria and Validity of Parent and Child Depression Scales. *J. Pediatr. Psychol.*, 10, 1, 45-54.
- MC CONVILLE, B.; RAE-GRANT, Q. (1985): The Diagnosis and Treatment of Depressive Sub-Types in Children. En Stevenson, J. E. (ed.) Recent Research in Developmental Psychopathology. Oxford. Pergamon Press. 125-133.
- MAC FARLANE, J. W.; ALLEN, K.; HONZIK, M. P. (1954): Developmental study of the Behaviour Problems of Normal Children between twenty-one months and fourteen years. Berkeley. Los Angeles. University of California Press.
- OFFORD, D. R. (1985): Child Psychiatric Disorders: Prevalence and Perspectives. *Psychiatr. Clin. North Am.*, 8, 4, 637-652.
- ORVASCHEL, H.; SHOLOMSKAS, D.; WEISSMAN, M. (1980): Assessing Children in Psychiatric Epidemiologic Studies. En Earls, F. *Studies of Children*. New York. Prodist.
- ORVASCHEL, H.; WEISSAN, M. (1986): Epidemiology of anxiety. Disorders in Gittelman, R.; *Anxiety Disorders of Childhood*, Chichester. John Wiley Sons.
- POLAINO-LORENTE, A. (1986): *La depresión*. Barcelona. Martínez-Roca.
- POLAINO-LORENTE, A. (1987): *Las depresiones infantiles*. Madrid. Alhambra.
- POLAINO-LORENTE, A. (1982): *Introducción al estudio científico del autismo infantil*. Madrid. Alhambra.
- POZNANSKI, E.; ZRULL, J. (1970): Childhood Depression: Clinical Characteristics of Overtly Depressed Children. *Arch. Gen. Psychiatr.*, Development 1971, pp. 455-469.
- POZNANSKI, E.; COOK, S.; CARROLL, B. (1979): A Depression Ratin Scale for Children *Pediatrics*, 64, 442-450.
- POZNANSKI, E.; FREEMAN, L.; MOKROS, H. (1985): Children's Depression Rating Scale Revised (Sept. 1984). *Psychopharmacol. Bull.*, 21, 4, 979-989.
- POZNANSKI, E.; MOKROS, H.; GROSSMAN, J.; FREEMAN, L. (1985): Diagnostic Criteria in Childhood Depression. *Am. J. Psychiatry*, 142, 1168-1173.
- PUIG-ANTICH, J. (1986): Psychological Markers: Effects of Age and Puberty. En Rutter, M.; Izard, E.; Read, P. *Depression in Young people: Developmental and Clinical Perspectives*. New York. Guilford Press., pp. 341-381.
- PUIG-ANTICH, J.; PEREL, J. M.; LUPATKIN, W. et al. (1979): Plasma level imibramine and desmethylimipramine and clinical response in prepubertal major depressive disorder: a preliminary report. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 18, 616-627.
- RICHMAN, N.; STEVENSON, J. E.; GRAHAM, Ph. (1975): Prevalence of Behaviour Problems in 3 year old Children: An epidemiological study in a London Borough. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 16, 277-287.
- RUTTER, M.; TIZARD, J.; WHITMORE, K. (1970): *Education, Health and Behaviour*. London. Longman Group Ltd.
- RUTTER, M.; TIZARD, J.; YULE, W.; GRAHAM, Ph.; WHITMORE, K. (1976): Isle of Wight Studies 1969-1974: Research report. *Psychol. Med.*, 6, 313-332.
- RUTTER, M.; SANDBERG, S. (1985): Epidemiology of Child Psychiatric disorder: Methodological Issues and son substantive findings. *Child Psychiatry Hum. Dev.*, 15, 209-233.
- SENNESTAM, R.; HOGBERG, G. (1987): A Depressive crisis at the age of nine? Masterneninge, Sweden. Manuscrito no publicado.
- SHEPERD, M. (1982): The application of the epidemiological method in psychiatry. *Acta Psychiatr. Scand. (Suppl. 296)*, 65, 9-23.

- SHEPERD, M.; OPPENHEIM, B.; MITCHELL, S. (1971): *Child Behav. Ment. Health*. New York. Grune & Stratton.
- SPITZER, R. L.; ENDICOTT, J.; ROBBINS, E. (1978): Research Diagnostic Criteria: rationale and reliability. *Arch. Gen. Psychiat.*, 35, 773-782.
- SUNYER MARTIN, M. (1982): Estudi de la població infantil del servei de Psicologia i Psiquiatria de l'hospital civil de Basurto: motius de consulta. Tesis de Licenciatura. Unidad de Psicopatología Infantil. Universidad Autónoma de Barcelona.
- WEINBERG, W. A.; RUTMAN, J.; SULLIVAN, L. et al. (1973): Depression in children referred to an educational diagnostic center: diagnosis and treatment. *Behav. Pediatrics*, 83 1065-1072.
- WHO EXPERT COMMITTEE ON MENTAL HEALTH. (1960): Epidemiology of mental disorders. Who. Techn. Rep. Ser. 185.
- WERRY, J. S.; QUAY, H. C. (1971): The prevalence of behavioural symptoms in younger elementary school children. *Am. J. of Orthopsychiatry*, 41, 136-143.
- WIG, N. N. (1982): Methodology of data collection in field surveys. *Acta Psychiatr. Scand. (Suppl. 296)*, 65, 77-86.