

M.L. Mediano Cortés¹
A. Polaino-Lorente²
R. Martínez Arias³

- 1 Clínica Psiquiátrica Ntra. Sra. de la Paz
Hermanos de San Juan de Dios. Madrid
- 2 Cátedra de Psicopatología
Universidad Complutense de Madrid.
- 3 Cátedra de Metodología de las Ciencias del Comportamiento.
Universidad Complutense de Madrid

Correspondencia:

María Luz Mediano Cortés
Clínica Psiquiátrica Ntra. Sra. de la Paz
López de Hoyos, 259; 28043 Madrid

RESUMEN

La CDRS-R es un instrumento de evaluación-clínica diseñado para medir la presencia y severidad de depresión en niños entre los 6 y 12 años. El presente estudio informa sobre algunas propiedades psicométricas de fiabilidad y validez de la CDRS-R, en su versión castellana, tras su administración a una muestra de 1.309 niños de ambos sexos, extraída de la población general escolar madrileña de 3º, 4º y 5º curso de Educación General Básica.

El elevado grado de acuerdo inter-evaluadores y los valores de los coeficientes de consistencia interna, indican la *fiabilidad* de la CDRS-R.

Los *índices de homogeneidad* de los 17 ítems de la CDRS-R en relación a la puntuación total, indican que miden el mismo contenido psicopatológico.

Las correlaciones entre la «puntuación total» de la CDRS-R y la evaluación clínica mediante los criterios del DSM III R, indican la *validez referida a criterio* del instrumento (*predictiva y concurrente*). Distintas evidencias operacionalizadas tanto de la conducta depresiva «verbal» como «no verbal», evaluadas con la CDRS-R, permiten inferir la presencia de depresión infantil (*validez de constructo*). La fiabilidad de los resultados aquí analizados, y las distintas evidencias

de validez, permiten considerar a la CDRS-R como un instrumento científico de evaluación de la depresión infantil.

Spanish adaptation of CDRS-R and its diagnostic application in general school-aged population. Reliability and validity studies

PALABRAS CLAVE

Evaluación de depresión infantil; Diagnóstico; Instrumentos de evaluación; CDRS-R; Fiabilidad y Validez.

ABSTRACT

The Children's Depression Rating Scale Revised (CDRS-R) is a clinician-rated instrument for the assessment of the presence and severity of depression in children between 6 and 12 years old.

This study reports on some of the psychometric properties of reliability and validity of the CDRS-R, applied to a sample of 1.309 children of both sexes pulled out among a school-aged population of Madrid (3º, 4º and 5º educative level of EGB).

The great agreement inter-observers and the coefficients value of internal consistency, show the reliability of the CDRS-R.

The homogeneity rates of the CDRS-R 17 items in relation to its total score, indicate us that they measure the same psychopathologic contents. The correlations between the CDRS-R total and the clinical assessment by means of DSM-III-R criteria show the criterion-related validity of that instrument (predictive and concurrent). Several operative evidences of «verbal» and «nonverbal» behavior assessed by means of CDRS-R, allow us to infer the presence of children depression (construct validity). The reliability of results found in this study and the several evidences of validity, allow to consider CDRS-R like a scientific instrument of children depression assessment.

KEY WORDS

Childhood depression assessment; Clinician-rated instrument; CDRS-R; Studies of the reliability and validity.

INTRODUCCIÓN

«La depresión infantil, ¿es algo que está desde antiguo entre nosotros, o se trata de algo nuevo y perturbador que se ha introducido en la vida humana? ¿es una moda científica o es un estilo nuevo de enfermar en la infancia?»⁽⁶⁾.

Estas cuestiones, descartando de entrada que estamos ante una moda, pueden servir para despertar el interés por este tema, pero las razones que nos llevan al estudio de la depresión en la infancia, hay que buscarlas en causas más complejas, que nacen de los importantes cambios neurobiológicos y conductuales que se producen a lo largo de esta edad, así como de las diferentes demandas y expectativas que la familia y la propia sociedad van a plantear al niño^(22,39).

El interés que este tema despertó en los años sesenta, ha aumentado progresivamente siendo, en estos momentos, uno de los núcleos centrales en la investigación de la psicopatología infantil^(24,27,28).

Actualmente, la mayoría de los psiquiatras infantiles admiten la existencia de la depresión infantil como una entidad clínica independiente, con distintos grados de severidad, que puede presentarse en distintas formas y

aparecer desde edades muy tempranas. Ahora bien, a pesar del acuerdo mayoritario en la conceptualización de la depresión infantil como un síndrome, su diagnóstico sigue siendo difícil y controvertido, lo que lleva a que, tanto clínicos como investigadores, dirijan sus esfuerzos fundamentalmente hacia la búsqueda de un mayor esclarecimiento en el diagnóstico de la depresión en la infancia, ya que quedan aún muchas cuestiones por resolver.

Por otro lado, también hay que decir que el reiterado vacío en las revisiones más recientes de las clasificaciones diagnósticas internacionales de las enfermedades mentales (ICE-10, DSM-III-R y DSM-IV), contribuye a que la depresión infantil sea todavía una entidad clínica problemática y no bien definida hasta el momento, dificultando su comprensión y dando lugar, no pocas veces, a confusiones.

Aunque, hoy por hoy, las distintas corrientes científicas evalúan de modo diferente, la clínica depresiva en los niños, podemos decir, que según los resultados y las pruebas que aportan los distintos investigadores parecen coincidir en señalar que: 1) Existe sin lugar a dudas un síndrome clínico de depresión infantil cuyos síntomas esenciales se manifiestan de manera similar a como se presentan en el síndrome depresivo del adulto; 2) Además, es cierto que muchos niños presentan una sintomatología asociada, que puede dificultar el diagnóstico real y primario de depresión, pero no «enmascarar» dicha sintomatología esencial; 3) Es lógico pensar que la expresión clínica de la sintomatología depresiva en el niño, se vea afectada por el desarrollo.

En esta dirección, sí parece probada por ejemplo, una tendencia, en la medida en que el niño se hace mayor, a sustituir los síntomas somáticos por psicológicos, más específicos de la depresión en el adulto⁽³²⁾.

Nuestra opinión es que la nosología de la depresión en el adulto actualmente vigente, no puede trasladarse sin ninguna matización al ámbito infantil. La depresión en el niño, al menos sintomatológicamente, es algo distinto a la depresión en el adulto⁽³²⁾. La edad es una variable no sólo interviniente, sino moduladora, más aún, configuradora del modo en que se manifiesta clínicamente la depresión en cada momento evolutivo⁽¹⁸⁾.

En cualquier caso, la edad es una variable que debe tenerse en cuenta a la hora de detectar o diagnosticar un trastorno depresivo en un niño. Y quizá esto, que puede ser lo más difícil a la hora de delimitar el cuadro clínico de la depresión infantil, es lo que, por otro lado, abre

196 nuevas tentativas diagnósticas: técnicas de observación conductual, aplicación de escalas y cuestionarios específicos de evaluación, pruebas neurofisiológicas y de neuroimagen, determinaciones bioquímicas, neuroinmunológicas, etc.^(1,13,23,30,38,39,47).

Por lo tanto desde el punto de vista conceptual y a modo de síntesis, se puede decir que la depresión infantil en la actualidad es considerada como un trastorno básico del estado de ánimo, que puede ser triste (*melancólico*) o irritable (*disfórico*), con pérdida de interés en todas o casi todas las actividades (*anhedonia*), de etiología variable, de la que se pueden inferir elementos genéticos, biológicos, ambientales, sociales, familiares y de la personalidad; de curso y clínica variables, en ocasiones equiparable al trastorno del adulto, y con abundancia de síntomas asociados, característicos de cada fase o etapa del desarrollo, que modularán su expresión clínica en función del nivel evolutivo alcanzado.^(12,17,19,20,29,38,39,48)

La vieja polémica entre sintomatología y estructura continúa viva debido al peso que las estructuras del desarrollo arrojan sobre las manifestaciones sintomatológicas depresivas.

El síndrome depresivo está compuesto de signos y síntomas en las áreas *afectiva, cognitiva, psicomotora y vegetativa*.

Sin embargo, la participación de estas esferas puede ser expresada de forma diferente según la edad e incluso según el sexo.

Por otro lado, hay que decir que todavía no está claro si estas manifestaciones sintomatológicas implican, forzosamente o no, la existencia de una estructura psicopatológica de tipo depresivo.

La gran versatilidad de los síntomas psicopatológicos infantiles, pueden fundamentar más de un diagnóstico, pero aunque no es éste el momento de poder profundizar en este tema, sí queremos resaltar los riesgos que tiene el empleo del llamado «doble diagnóstico», en cuanto a la posibilidad de enmascarar la entidad clínica. Esto conduce al planteamiento de que quizá, en muchas ocasiones, lo más coherente para el clínico será reconocer honradamente que el niño presenta unas alteraciones que a veces no es posible considerarlas como una entidad clínica independiente. Puede ser más conveniente, en algunos casos, hablar de síntomas, signos o conductas, y no de diagnósticos⁽³⁶⁾.

Al margen de las cuestiones que quedan por resolver, en cuanto a la determinación clínica del cuadro

depresivo infantil, hay que decir que gracias al enfoque clínico-conductual se han realizado notables avances en los estudios neurobiológicos, cognitivos e incluso genéticos, que han servido entre otras cosas, para comprender mejor la necesidad de una concepción multidimensional a la hora de enfocar el diagnóstico del síndrome depresivo infantil, lo cual proporcionará mayor precisión y rigor, en el momento de la evaluación.

Por otra parte, es importante señalar que sería un grave error pretender llegar a un diagnóstico de depresión infantil a partir de una sola fuente de información o de un único procedimiento de evaluación. La información del estado afectivo del niño por las personas relacionadas con él (padres, tutores, educadores, compañeros de colegio, etc.) se considera importante, pero no debe olvidarse que la información proporcionada por el propio niño, tanto verbal como no verbal (expresión postural, tono de voz, tempo del habla, facies, nivel de actividad, etc.), es siempre prioritaria⁽⁶⁾.

Para finalizar esta introducción, resaltar dos aspectos concretos en la especificidad de la evaluación diagnóstica en la depresión infantil: por un lado, la veracidad del niño como informador de su sintomatología afectiva, confirmada ya por numerosos estudios^(7,12,14,21,38-40,42,44,46); y por otro lado, la influencia determinante y altamente interviniente en el desarrollo del niño, de los contextos en los que habitualmente se desenvuelve, fundamentalmente el familiar y el escolar^(4,5,19,33,45).

Este último aspecto manifiesta la importancia de analizar las conductas psicopatológicas infantiles en los lugares («*settings*») en los que éstas se producen, a fin de minimizar los efectos de distorsión provocados por los fenómenos de exploración en contextos artificiales o de laboratorio.

Poznanski y cols.⁽⁴⁵⁾, lo expresan con las siguientes palabras: «...*Children in psychiatric settings are more likely to give guarded responses or withhold information than in nonpsychiatric settings such as schools*».

La importancia del colegio en la evaluación de la depresión infantil, es un aspecto valorado y estudiado cada día más en paidopsiquiatría, y que algunos autores lo denominan «*contexto académico, como factor situacional*»⁽³³⁾. Según estos mismos autores, hay alteraciones psicopatológicas de la infancia, que sólo se manifiestan en casa, mientras que otras lo hacen principal, pero no exclusivamente, en la escuela. Incluso allí, unas se expresan únicamente en el aula, mientras que otras aparecen durante el recreo, cuando el niño se interrelaciona con sus compañeros.

En definitiva, la valoración del contexto, como determinante situacional, dota de mayor validez la evaluación de la depresión infantil en la fase de análisis, y por consiguiente, aporta mayor certeza y solidez a las decisiones posteriores de intervención o de tratamiento⁽¹⁹⁾.

Ahora bien, nunca habrá que olvidar, de cara al diagnóstico de depresión infantil, el papel primordial de la anamnesis familiar y personal, el examen pediátrico, las determinaciones de laboratorio, etc., e incluso, como indican Poznanski y cols.⁽⁴⁵⁾, la conveniencia de utilizar otros criterios diagnósticos como el DSM-III-R o el RDC-R.

En los casos en que el diagnóstico es seguro, la CDRS-R puede ser de gran utilidad como base para un seguimiento en el tiempo del niño.

El trabajo que presentamos a continuación, encabeza los resultados de una investigación de mayores dimensiones, que engloba una serie de análisis estadísticos seleccionados como proceso de validación de la CDRS-R en su versión castellana, y que es nuestro propósito ofrecer en próximas publicaciones.

El objetivo de este primer trabajo es verificar, en una población general de escolares madrileños de ambos sexos, que la *Children's Depression Rating Scale Revised*⁽⁴⁵⁾ en su versión castellana, es un instrumento científico de evaluación, capaz de medir la *presencia y severidad* de la depresión en niños prepuberales de 8 a 11 años de edad; y demostrar, que puede ser además, una prueba adicional de gran utilidad en el diagnóstico clínico de depresión infantil, a través de la información que se recoge directamente del niño mediante dicha entrevista, tanto de su conducta verbal como no verbal.

Para demostrar su acreditación como tal instrumento científico de evaluación diagnóstica, en el estudio de *validación (criterio, contenido, constructo)*, se han empleado los criterios sintomatológicos del DSM-III-R.

MÉTODO

Sujetos

En el presente estudio han sido evaluados directamente 1.309 niños de ambos sexos, en edades comprendidas entre los 8 y 11 años, que en el momento del estudio cursaban 3º, 4º o 5º de EGB en colegios de Madrid, de enseñanza pública, privada y concertada. La

participación tanto de los colegios como de sus alumnos, fue voluntaria y las respuestas de los niños se custodiaron con la exigida confidencialidad.

La composición de la muestra fue determinada mediante un muestreo aleatorio estratificado y proporcional a la población diana, según el tipo de enseñanza, resultando así un 33% de escolares de la pública (N = 432), un 54% escolares de la concertada (N = 705) y un 13% de la privada (N = 172), y el curso escolar (3º, 4º y 5º de EGB). En total resultaron, 648 niños y 661 niñas.

Considerando el total de la población como infinito, en términos estadísticos, y por ser ésta lo suficientemente restrictiva, dentro de los cánones habituales, se estimó como válido un valor de precisión con un error inferior a $e = 0,028$ y con un riesgo de $\alpha = 0,05$. En las proporciones de respuesta se ha estimado un error inferior a $\pm 10\%$.

Instrumento

Los 1.309 niños han sido evaluados con la *Children's Depression Rating Scale-Revised*⁽⁴⁴⁾.

La CDRS-R es una entrevista clínica semiestructurada diseñada por sus autores para medir la presencia y severidad de depresión en niños entre los 6 y 12 años de edad.

La CDRS-R está constituida por 17 ítems: 14 son evaluados en base a las respuestas de los niños a las siguientes preguntas estandarizadas:

1) rendimiento en el trabajo escolar, 2) anhedonia, 3) retraimiento social, 4) alteraciones en el sueño, 5) cambios en el apetito, 6) fatiga excesiva, 7) quejas somáticas, 8) irritabilidad, 9) culpabilidad patológica, 10) disminución de la autoestima, 11) sentimientos depresivos, 12) ideación mórbida, 13) ideación suicida, y 14) llanto excesivo.

Los tres ítems restantes de la CDRS-R deben ser evaluados por el clínico en base a la conducta «no verbal» que presenta el niño durante la entrevista: 15) *afecto deprimido*, 16) *tempo del habla*, y 17) *hipoactividad*.

Cada ítem de la CDRS-R es puntuado según el grado de severidad reflejado por las respuestas del niño entrevistado a las preguntas del clínico. Para los ítems: *alteraciones del sueño, cambios en el apetito y tempo del habla*, la puntuación es una escala numérica de 1 a 5; el valor de 1 indica ausencia de signos patológicos y un valor de 5 en estos tres ítems, indica patología severa;

198 para el resto de los 14 ítems de la CDRS-R, la evaluación se realiza en base a una escala numérica de 1 a 7; cuando una respuesta es puntuada con 1, se quiere indicar ausencia de signos patológicos; una puntuación de 7 indica patología severa.

Según Poznanski y cols.⁽⁴⁵⁾, un valor de 3 indica afectación *leve* del síntoma. Un valor de 4, sintomatología *entre leve y moderada*. Un valor de 5 o más, en cualquiera de los ítems, *presencia de sintomatología psicopatológica clara*.

Esta entrevista semi-estructurada está fundamentalmente diseñada, como ya se ha dicho, para ser aplicada a niños de 6 a 12 años de edad, pero también puede ser administrada a los padres, profesores, trabajadores sociales, o a otras personas que puedan informar sobre el estado afectivo del niño. Cuando la entrevista es administrada a otras personas que no son el propio niño, no se evalúan los tres últimos ítems (conducta «no verbal»).

La duración aproximada de la entrevista es entre 20 y 30 minutos. Como es lógico, en el caso de que el niño presente algún síntoma, este tiempo se verá prolongado.

Normas para aplicación de la prueba:

- 1) Según indicaciones de los autores en la primera versión de la CDRS-R⁽⁴²⁾, cada niño debe ser valorado, simultáneamente, por dos evaluadores clínicos, un entrevistador y un observador, que después de la entrevista puntuarán, independientemente, cada uno de los ítems para posteriormente, mediante la suma de éstos, obtener la puntuación total de la CDRS-R. De este modo, resultarán dos evaluaciones del mismo sujeto y en el mismo momento, la del entrevistador y la del observador. Después discutirán las posibles discrepancias entre sus valoraciones, puntuando de nuevo la CDRS-R de modo conjunto, obteniendo una tercera evaluación del sujeto. La evaluación global de la CDRS-R, tiene cinco posibles resultados diagnósticos: 1 no depresión; 2 depresión dudosa; 3 depresión media; 4 depresión moderada; 5 depresión severa.
- 2) La entrevista ha de llevarse a cabo con el consentimiento voluntario del niño, en ningún caso debe realizarse de un modo impositivo.
- 3) Cualquier entrevistador que utilice la CDRS-R, tiene que esforzarse en adaptar su lenguaje a la edad del niño, así como a su nivel socio-cultural.
- 4) El estilo escalar de evaluación, maximiza la valoración clínica, pero requiere un entrenamiento siste-

mático por parte del clínico y una utilización apropiada y cautelosa de las definiciones de contenido psicopatológico en las que se basa la evaluación.

- 5) El entrevistador debe crear un ambiente distendido en la entrevista, pero al mismo tiempo tiene que evitar elicitar respuestas en el niño, que son supuestamente normales o que por el contrario, se esperan de un niño con trastornos de tipo depresivo.
- 6) Según nuestra experiencia⁽²⁶⁾, en los estudios de campo para detectar sintomatología depresiva en los ámbitos escolares, se aconseja no mostrar excesiva resonancia afectiva, tanto positiva como negativa. En el primer caso, hay que tener en cuenta que si el niño crea una relación afectiva demasiado intensa, puede acusar la «separación» con respecto al entrevistador, ya que posiblemente no volverá a entrevistarse con el niño. En el segundo caso, mostrar extrañeza o sorpresa ante una respuesta del niño, puede hacer que oculte otros síntomas depresivos, o de cualquier otro tipo, que resultaría beneficioso para el niño verbalizar, para poder recibir la ayuda necesaria.

Procedimiento

El tamaño de la muestra del presente trabajo de campo, exigió la selección de un equipo de investigación con los conocimientos suficientes sobre la depresión infantil, que fue esmeradamente adiestrado en el manejo de la CDRS-R por el clínico responsable de este estudio, con experiencia en el empleo de la CDRS-R en niños.

Cada uno de los niños del presente estudio ha sido evaluado individualmente, en su ámbito escolar habitual, empleando la CDRS-R, por dos miembros del equipo investigador: un entrevistador y un observador. En todos los casos, el entrevistador formulaba las preguntas al niño, en presencia de un observador que tomaba nota escrita de las respuestas.

A continuación y en ausencia del niño, siguiendo las indicaciones de los autores de la CDRS-R, entrevistador y observador evaluaban por separado cada uno de los 17 ítems contestados; y, finalmente, ambos realizaban una evaluación conjunta del niño, discutiendo las posibles discrepancias en sus puntuaciones individuales, obteniendo así una tercera evaluación del niño en los 17 ítems de cuya suma se obtendrá una puntuación total de la CDRS-R.

Tabla 1 Media y desviación típica en la puntuación de los ítems de la CDRS-R

Nº Item	Contenido del ítem	Media	Desviación típica	Casos
E 1	Trabajo escolar	1,6417	1,1424	1309,0
E 2	Anhedonia	1,6348	1,0975	1309,0
E 3	Retraimiento social	1,6035	1,0365	1309,0
E 4	Insomnio	1,6066	1,0667	1309,0
E 5	Cambios apetito	1,3545	0,7489	1309,0
E 6	Fatiga excesiva	1,4668	1,0352	1309,0
E 7	Quejas somáticas	1,5966	1,0762	1309,0
E 8	Irritabilidad	1,9228	1,1263	1309,0
E 9	Culpabilidad	1,5332	0,9203	1309,0
E 10	Autoestima	1,9595	1,3688	1309,0
E 11	Sentimientos depresivos	1,6898	1,0456	1309,0
E 12	Ideación mórbida	1,9251	1,2073	1309,0
E 13	Ideación suicida	0,9244	0,5940	1309,0
E 14	Llanto	1,5646	1,0535	1309,0
E 15	Afecto deprimido	1,5355	1,0621	1309,0
E 16	Tempo del habla	1,3132	0,7376	1309,0
E 17	Hipoactividad	1,1872	0,6643	1309,0

N = 1,309

En un momento y lugar distinto, en ausencia de los resultados obtenidos con la CDRS-R, el clínico responsable de este trabajo, aplicó individualmente los criterios sintomatológicos del DSM-III-R para la distimia y el episodio de depresión mayor a las respuestas que se tenían registradas por escrito de cada niño, quedando la muestra total (*N* = 1.309) formada por tres grupos: niños control 87,47% (*N*₁ = 1.145), niños distímicos 6,64% (*N*₂ = 87) y niños depresivos 5,88% (*N*₃ = 77).

En síntesis, de cada sujeto de la muestra, se obtuvieron cuatro exploraciones y valoraciones distintas de la posible presencia de sintomatología depresiva: tres evaluaciones distintas empleando la CDRS-R (entrevistador, observador y la conjunta de ambos) y una evaluación clínica empleando los criterios del DSM-III-R.

Junto con las variables obtenidas con la CDRS-R (puntuación de los 17 ítems y puntuación total de la CDRS-R) del entrevistador, observador y conjunta, y la evaluación clínica obtenida con el DSM-III-R, se recogieron en una base de datos computarizada, las siguientes variables alfanuméricas de cada sujeto: edad (de 8 a 11 años), sexo, nivel educativo (3º, 4º y 5º de EGB), y tipo de enseñanza escolar (pública, concertada y privada).

En el tratamiento estadístico de los datos se trabajó con las puntuaciones directas de la CDRS-R. La evalua-

ción con el DSM-III-R, se codificó numéricamente con un 1 para los controles, un 2 para los distímicos y un 3 para los depresivos.

La variable «sexo», se codificó con un 1 para los niños y un 2 para las niñas. Y la variable «tipo de colegio», con 1 para los colegios concertados, un 2 para los privados y un 3 para los colegios públicos. Con las variables numéricas «edad» y «curso», se trabajó directamente. Todos los datos obtenidos de cada sujeto de la muestra (60 variables numéricas y alfanuméricas; 1.309 sujetos) fueron tabulados en ordenador PC en un fichero del programa DBASE-IV.

Para proceder al tratamiento estadístico de los datos, esta información se transformó, mediante la instrucción correspondiente del SPSS/PC+, en un fichero activo de este programa, con el que se han realizado todos los análisis estadísticos de este trabajo⁽²⁵⁾.

RESULTADOS

Consistencia interna de la CDRS-R y homogeneidad de los ítems

La *media* de la «puntuación total» en la CDRS-R, en base a las puntuaciones obtenidas en todos los sujetos

Tabla 2 Validez de los ítems. Coeficiente de homogeneidad y consistencia interna de la CDRS-R

Item	Media sin el ítem	Varianza sin el ítem	Correlación ítem/total	Coef. alpha sin el ítem
E 1	24,8182	94,0694	0,5040	0,8816
E 2	24,8251	90,7668	0,6969	0,8737
E 3	24,8564	92,0757	0,6733	0,8749
E 4	24,8533	96,1298	0,4435	0,8837
E 5	25,1054	100,7167	0,3504	0,8859
E 6	24,9931	93,6689	0,5890	0,8781
E 7	24,8633	93,8765	0,5518	0,8795
E 8	24,5371	94,5730	0,4886	0,8821
E 9	24,9267	97,6475	0,4426	0,8833
E 10	24,5004	88,0514	0,6469	0,8758
E 11	24,7701	92,4463	0,6467	0,8759
E 12	24,5348	92,8132	0,5276	0,8808
E 13	25,5355	102,6495	0,2942	0,8871
E 14	24,8953	95,2085	0,4973	0,8816
E 15	24,9244	92,2810	0,6437	0,8759
E 16	25,1467	99,0366	0,4743	0,8827
E 17	25,2727	99,7734	0,4769	0,8829

Coeficiente de fiabilidad: N° de casos: 1,309; N° de ítems: 17; Alpha: 0,8867; $F= 128,475$; $p < 0,0000$.

de la muestra estudiada ($N= 1.309$) resultó ser de 26,4645, en las evaluaciones del entrevistador (E); 26,3018, en las evaluaciones del observador (O); y 26,5569, en la evaluación conjunta (C), con una *desviación típica* de 10,3162 (E), 10,2218 (O) y 10,2983 (C), respectivamente. Los estadísticos de forma (*kurtosis y skewness*) de las tres distribuciones de datos, resultaron ser también muy similares, presentando en los tres casos un fuerte *índice de apuntamiento (kurtosis)*: (E), 2,2793, (O), 2,3576 y (C), 2,2510. El *índice de asimetría (skewness)*, en los tres casos presenta una «cola» prolongada hacia la derecha o asimetría positiva (sesgo): (E), 6,6055, (O), 7,1181 y (C) 6,5221.

Los resultados de estos estadísticos descriptivos, en concreto la media y el sesgo, eran de esperar si pensamos que la variable «puntuación total» en la CDRS-R (entrevista diseñada para medir la presencia y severidad de sintomatología depresiva), ha sido obtenida en sujetos de una población general, evaluados en su ámbito escolar habitual, un día lectivo cualquiera; es decir, la mayoría eran niños supuestamente asintomáticos, respecto a la distimia o al episodio de depresión mayor, según criterios del DSM-III-R.

Por tanto, si el instrumento es fiable, la gran mayoría obtendrá puntuaciones bajas en la CDRS-R (fuerte apuntamiento y sesgo positivo).

En la tabla 1, se recogen la media y la desviación típica de las puntuaciones individuales de los 17 ítems de la CDRS-R. Recordamos que la categoría de respuestas es una escala que puntúa de 1 a 7.

La tabla 2 recoge los coeficientes de fiabilidad calculados mediante un procedimiento basado en el análisis de la estructura de varianza y covarianza de las respuestas a todos los ítems, lo que permitirá valorar el grado de consistencia interna y la homogeneidad de los ítems de la CDRS-R. En esta tabla, se puede observar que las correlaciones entre cada ítem y la puntuación total de la CDRS-R, tienen valores moderados (no superiores a 0,6969) y homogéneos, pudiéndose apreciar que ningún ítem presenta una correlación especialmente alta con la puntuación total de la CDRS-R, lo que demuestra que ninguno de ellos es relevante respecto de los restantes.

Estos resultados indican por un lado, que son necesarios los 17 ítems de la CDRS-R para conseguir el máximo rendimiento de la prueba, lo cual es una evidencia de la consistencia interna y estructural del instrumento; y por otro, que los 17 ítems de la CDRS-R miden el mismo dominio de contenidos (depresión), por lo que se puede afirmar que la CDRS-R presenta *homogeneidad de ítems*.

Los valores de las covarianzas entre los ítems de la CDRS-R (*coeficiente alpha de Cronbach*) indican que

Tabla 3 Índices de acuerdo inter-evaluadores y su significación estadística

Nº de ítem	Contenido del ítem	Entrevistador/Observador	Entrevistador/Conjunta	Observador/Conjunta
1	Trabajo escolar	0,9386**	0,9746**	0,9690**
2	Anhedonia	0,9193**	0,9682**	0,9514**
3	Retraimiento social	0,9261**	0,9615**	0,9521**
4	Insomnio	0,9239**	0,9623**	0,9569**
5	Cambios apetito	0,8840**	0,9446**	0,9082**
6	Fatiga excesiva	0,9217**	0,9641**	0,9533**
7	Quejas somáticas	0,9151**	0,9608**	0,9507**
8	Irritabilidad	0,8875**	0,9501**	0,9293**
9	Culpabilidad	0,8923**	0,9397**	0,9273**
10	Autoestima	0,9499**	0,9803**	0,9669**
11	Sent. depresivos	0,8949**	0,9511**	0,9343**
12	Ideación mórbida	0,9114**	0,9609**	0,9458**
13	Ideación suicida	0,8328**	0,8680**	0,9131**
14	Llanto	0,9185**	0,9690**	0,9438**
15	Afecto deprimido	0,9522**	0,9772**	0,9646**
16	Tempo del habla	0,9002**	0,9587**	0,9339**
17	Hipoactividad	0,9144**	0,9577**	0,9353**

Tamaño de la muestra: N= 1,309; Nivel de significación: $p < 0,001$ (**).

ninguno rebaja el coeficiente alpha global de la entrevista (alpha = 0,8867), cuya prueba de la F de Snedecor muestra que es altamente significativo (F= 128.475, $p < 0,0000$), constituyendo una evidencia más de la fiabilidad de la CDRS-R.

Consistencia entre evaluadores

Otro procedimiento empleado en este estudio para analizar la fiabilidad de la CDRS-R como instrumento de medida, ha sido computar las correlaciones de las puntuaciones de los 17 ítems en cada sujeto de la muestra (N= 1.309), obtenidas de dos evaluadores diferentes (entrevistador y observador), y una tercera evaluación obtenida tras el consenso de ambos (conjunta). El grado de acuerdo entre evaluadores, se ha estimado a través del cálculo de los coeficientes de correlación de Pearson entre todas las variables que intervienen en el estudio tomadas dos a dos. Estos resultados proporcionarán una aproximación más, a la estimación de la fiabilidad de la CDRS-R.

En la tabla 3 presentamos los resultados de las correlaciones obtenidas entre las variables («puntuación en el ítem») del entrevistador/observador; entre las del entrevistador/conjunta; y entre las del observador/conjunta. Esta tabla muestra, en forma de matriz, los coeficientes

de correlación lineal de Pearson entre todas las variables. Como puede observarse los coeficientes de fiabilidad o índices de acuerdo inter-evaluadores, en todos los casos, son muy próximos a la unidad, lo que indica que son significativos y con un grado de asociación lineal fuerte, y también altamente significativa. Por otro lado, todos los coeficientes de correlación presentan signo positivo: por tanto, valores elevados de una variable se asocian con valores elevados de la otra variable.

Los dos asteriscos junto a los coeficientes indican que los valores son significativos, con una probabilidad menor a 0,001. Por tanto, podemos afirmar, con una pequeña probabilidad de error (0,1%), que existe una fuerte asociación lineal (elevado grado de acuerdo o consistencia inter-evaluadores) a un nivel de confianza del 99%, entre los resultados de las tres evaluaciones realizadas en este estudio: entrevistador, observador y conjunta, en cada uno de los 17 ítems de la CDRS-R.

Relación entre las puntuaciones de la CDRS-R y los grupos formados, según los criterios diagnósticos del DSM-III-R para los trastornos depresivos

De los 1.309 niños entrevistados con la CDRS-R, 87 cumplieron los criterios sintomatológicos del DSM-III-

204 Por último la capacidad discriminativa de la CDRS-R entre distímicos y depresivos es también significativa ($F= 157,3525$, $p < 0,0000$), pero menor que en los casos anteriores.

En conclusión y a la vista de los resultados anteriores, se puede afirmar que la puntuación total de la CDRS-R (resultado de la suma de las puntuaciones individuales de los 17 ítems que la constituyen), de acuerdo con los criterios del DSM-III-R para la distimia y la depresión mayor, tiene capacidad para discriminar significativamente, entre (1) sujetos del grupo control (ausencia de sintomatología distímica y/o depresiva) y los sujetos del grupo distímico (presencia de sintomatología de distimia); (2) entre los sujetos del grupo control y del grupo depresivo; y (3) entre los sujetos de los grupos distímico y depresivo.

Los resultados del análisis indican que los valores del estadístico de contraste son tan elevados (F de Snedecor) que con cualquier nivel de significación que aceptemos ($p < 0,05$, $p < 0,000$), puede rechazarse la hipótesis nula con mucha contundencia. Es decir, las puntuaciones de la CDRS-R tienen una capacidad discriminativa muy significativa con respecto al DSM-III-R. Estos resultados se ven apoyados, clínica y nosológicamente, por la ambigüedad conceptual del trastorno distímico que, en la actualidad, sigue sin resolverse.

DISCUSIÓN

Aplicando la CDRS-R en su versión castellana a una muestra de niños entre los 8 y 11 años de edad, de ambos sexos ($N= 1.309$), extraída de la población general de escolares madrileños de 3º, 4º y 5º de EGB, y tras el tratamiento estadístico de los datos mediante distintos análisis del programa SPSS/PC+, los resultados obtenidos del presente trabajo permiten inferir la fiabilidad y validez global de la CDRS-R, como instrumento de medida de la presencia y severidad de la sintomatología depresiva.

En cuanto al análisis de la consistencia interna mediante la valoración del *coeficiente de fiabilidad alpha de Cronbach (1951)*, el valor obtenido para la CDRS-R de 17 ítems, es muy bueno ($\alpha = 0,8867$), con lo cual puede concluirse que la CDRS-R tiene una consistencia interna suficiente. Por otro lado, ésta se ve subrayada por el hecho de que ninguno de los valores del coeficiente alpha, calculados para cada uno de los 17 ítems,

rebaja el coeficiente alpha global de la CDRS-R. Otra aproximación a la estimación de la fiabilidad es mediante el cálculo de las correlaciones entre la puntuación de cada ítem y la puntuación total del instrumento (*coeficiente de homogeneidad*), cuyos valores resultantes son moderadamente altos y homogéneos, lo que permite afirmar que la CDRS-R presenta homogeneidad de ítems, es decir todos miden el mismo dominio de contenidos («depresión»).

Por último, la *fiabilidad entre evaluadores*, se ha estimado mediante el cálculo del *coeficiente de correlación lineal de Pearson* entre todas las variables incluidas en este estudio, tomadas dos a dos. Los valores resultantes, en todas las correlaciones, son muy próximos a la unidad (entre 0,8328 y 0,9803), alcanzando una significación estadística muy buena ($p < 0,0001$).

Estos elevados índices de acuerdo entre evaluadores (entrevistador, observador y conjunta) aportan una evidencia más de la fiabilidad de la CDRS-R; en este caso, como consistencia inter-evaluadores.

En cuanto a la validez referida a criterio, podemos afirmar que la «puntuación total» de la CDRS-R, en función de los criterios del DSM-III-R para la distimia y la depresión mayor, tiene capacidad para discriminar significativamente entre los niños con distimia, con depresión mayor, y en ausencia de ambos trastornos ($F= 1731,3373$, $\text{sig.} = 0,0000$, $\text{coef. eta} = 0,8521$); entre niños con ausencia de sintomatología distímica y/o depresiva y los niños con sintomatología de distimia ($F= 1064,0280$, $\text{sig.} = 0,0000$, $\text{coef. eta} = 0,6810$); entre niños con ausencia de sintomatología depresiva y niños depresivos ($F= 2729,2323$, $\text{sig.} = 0,0000$, $\text{coef. eta} = 0,8313$); y entre niños distímicos y niños depresivos ($F= 157,3525$, $\text{sig.} = 0,0000$, $\text{coef. eta} = 0,7019$).

Los *índices de validez de los ítems* estimados en base a la correlación entre las puntuaciones obtenidas con la CDRS-R y la evaluación de los sujetos, obtenida de un modo directo e independiente mediante la aplicación de los criterios sintomatológicos del DSM-III-R para la distimia y la depresión mayor, muestran que los 17 ítems están relacionados significativamente ($p < 0,0000$) a los diagnósticos obtenidos con el DSM-III-R. Estos índices representan una evidencia de la validez de la CDRS-R referida a criterio.

Esta afirmación se apoya en la evidencia de que hay una relación entre la «puntuación individual» de cada ítem de la CDRS-R y la clasificación de los niños en los tres grupos del DSM-III-R (control, distímico y depresivo).

Este tipo de evidencia se ha obtenido a través de un estudio de *validación referida a criterio*, mediante el *análisis de correlación y regresión lineal simple* y su significación, así como a través de los *coeficientes de correlación eta y eta cuadrado*.

CONCLUSIÓN

Como conclusión, diremos que las propiedades psicométricas aquí expuestas permiten inferir la fiabilidad y validez de los resultados obtenidos en este estudio, por lo que puede afirmarse que la CDRS-R, en su versión castellana, cumple con los estándares mínimos exigidos para poder considerarla como un instrumento científico capaz de medir, tanto la presencia como la severidad de la depresión infantil. Esta afirmación se ve apoyada por los resultados de otros análisis realizados con los mismos datos, que también se harán públicos.

Y para finalizar, queremos señalar que este estudio forma parte de otro de mayores dimensiones, en el que se analizan una serie de procedimientos estadísticos con el objeto de probar la fiabilidad y la validez de la CDRS-R en la población general de escolares españoles de 8 a 11 años de edad.

Es nuestra intención hacer públicos los resultados de esta investigación de varios años de duración, que además de acreditar con sus resultados la «bondad» psicométrica de la CDRS-R, en su versión castellana, dado el tamaño, la homogeneidad y la representatividad de la muestra, nos ha permitido realizar un estudio epidemiológico de corte transversal haciendo posible analizar, incidentalmente, *la tasa de base de depresión infantil* (distimia y depresión mayor) en la población escolar madrileña de ciclo medio de EGB (niveles educativos de 3º, 4º y 5º), que incluye niños de ambos sexos en un rango de edades entre los 8 y los 11 años.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Achenbach TM. Assessment and taxonomy of child and adolescent psychopathology. En: Forns i Santacana M. *Evaluación psicológica infantil*. Barcelona: Barcanova, 1993.
- 2 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed, Revised). Washington: American Psychiatric Association, 1987.
- 3 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. *DSM-IV Draft Criteria, Task Force on DSM-IV*. Washington: American Psychiatric Association, 1993.
- 4 Anderson J, Williams S, McGee R, Silva PA. DSM-III disorders in preadolescent children. *Arch Gen Psychiatry* 1987; **44**:69-76.
- 5 Anastasi A. Evolving concepts of test validation. *Ann Rev Psychol* 1986; **37**:1-15.
- 6 Anthony EJ, Benedek T. La depresión infantil. En: Anthony EJ, Benedek T, eds. *Depresión y existencia humana*. Barcelona: Salvat, 1981.
- 7 Brumback RA, Weinberg WA. Pediatric Behavioral Neurology: An Update on the Neurologic Aspects of Depression, Hiperactivity, and Learning Disabilities. *Neurologic Clinics* 1990; **8**:677-703.
- 8 Brumback RA. Is Depression a Neurologic Disease? *Neurologic Clinics* 1993; **11**:79-103.
- 9 Cantwell DP. Childhood Depression: What do we know, where do we do? En: *Childhood Psychopathology and development*. New York: Raven Press, 1983.
- 10 Cantwell DP, Carlson GA. *Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Martínez Roca, 1987.
- 11 Cantwell DP, Carlson GA. *Trastornos afectivos en la infancia y adolescencia*. Barcelona: Martínez Roca, 1983.
- 12 Carlson GA, Cantwell DP. Clasificación de los trastornos afectivos. En: *Affective disorders in childhood and adolescence*. New York: S.P. Medical & Scientific Books, 1983.
- 13 Cytryn L, McNew DH. Factors influencing the changing clinical expression of the depressive process in children. *American Journal of Psychiatry* 1974; **131**:879-881.
- 14 Cytryn L, McNew DH, Bunney WE. Diagnosis of depression in children: A reassessment. *American Journal of Psychiatry* 1980; **137**:22-25.
- 15 Cronbach LJ. Coefficient alpha and internal structure of tests. *Psychometrika* 1951; **16**:297-334.
- 16 Domènech Llaberia E, Polaino-Lorente A. Depresión infantil: Una revisión de los conocimientos actualmente disponibles. *Acta Pediátrica Española* 1992; **50**:372-381.
- 17 Domènech Llaberia E. Concepto y prevalencia de la depresión infantil. En: De Rivera y cols., eds. *El método epidemiológico en salud mental*. Barcelona: Masson-Salvat, 1993.
- 18 Domènech Llaberia E. Psicopatología en la etapa escolar. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1994; (3):147-151.
- 19 Forns i Santacana M. *Evaluación Psicológica Infantil*. Barcelona: Barcanova, 1993.
- 20 Forns i Santacana M, Anguera Argilasa MT. *Aportaciones recientes a la evaluación psicológica*. Barcelona: PPU, 1993.

- 21 Freeman LN, Mokros H, Poznanski EO. Violent Events Reported by Normal Urban School-Aged Children: Characteristics and Depression Correlates. *Journal Academy Child Adolescents Psychiatry* 1993;**32**:419-423.
- 22 Kazdin AE. Developmental Differences in Depression. En: Lahey BB, Kazdin AE, eds. *Advances in clinical child Psychology*. New York: Plenum, 1990:193-219.
- 23 Lázaro i García L, Toro i Tfallero J. Características de la población de 6-11 años visitada en la sección de Psiquiatría Infantil y Juvenil del Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1994;**(3)**:172-176.
- 24 Mardomingo MJ, Grado E. Criterios diagnósticos de la depresión en la infancia y la adolescencia. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1991;**(4)**:268-277.
- 25 Martínez Arias R. *Psicometría: Teoría de los Tests Psicológicos y Educativos*. Madrid: Síntesis, 1995.
- 26 Mediano Cortés ML, Polaino-Lorente A, Basurte Cisneros I. *Depresión infantil: una aportación a la validación de instrumentos de diagnóstico*. Comunicación presentada en el III Congreso Iberoamericano de Psiquiatría y Salud Mental O.H. de San Juan de Dios, Santafé de Bogotá. Colombia, 1993.
- 27 Mesquita PB, Gilliam WS. Differential Diagnosis of Childhood Depression: Using Comorbidity and Symptom Overlap to generate multiple hypotheses. *Child Psychiatry and Human Development* 1994;**24**:157-172.
- 28 Messerschmitt P. Depression in childhood. *Annales de Pédiatrie* 1993;**40**:149-156.
- 29 Pedreira Massa JL, Sánchez B, Sardinerio E. Aplicación del método epidemiológico para la detección de trastornos mentales en la infancia y la adolescencia. En: De Rivera y Revuelta JLG. *El método epidemiológico en salud mental*. Barcelona: Masson, 1993.
- 30 Pedreira Massa JL, Martín Martínez de Toda P, Fernández Villar A. Experiencias asistenciales en psiquiatría infantil: la etapa escolar y sus perfiles evolutivos y psicopatológicos. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1994;**(3)**:152-161.
- 31 Polaino-Lorente A, Domènech Llaberia E, Ezpeleta Ascaso L. Diseño de doble fase en epidemiología peditopsiquiátrica: aplicación a un estudio de la depresión infantil en la población española. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina* 1987;**18**:225-236.
- 32 Polaino-Lorente A. *Las depresiones infantiles*. Madrid: Morata, 1988.
- 33 Polaino-Lorente A, Domènech Llaberia E. *La depresión en los niños españoles de 4º de EGB*. Barcelona: GEIGY, 1988.
- 34 Polaino-Lorente A, Senra C. Measurement of Depression: Comparison Between Self-Reports and Clinical Assessment of Depressed Outpatients. *Journal of Psychopathology Behaviour Assessment* 1991;**13**:313-323.
- 35 Polaino-Lorente A, Lizaola Rumeu O. Depresión y hospitalización infantil: resultado de un programa de intervención psicopedagógica. *Anales de Psiquiatría* 1991;**7**:346-350.
- 36 Polaino-Lorente A. Manifestaciones clínicas diferenciales en el adulto y en el niño: La importancia del seguimiento en psicopatología infantil. En: *Medio Siglo de Psiquiatría en España. Homenaje al Profesor Ramón Sarró*. Madrid: ELA, 1992.
- 37 Polaino-Lorente A, Del Pozo Armentia A. Modificación de la depresión mediante un programa de intervención psicopedagógica en niños cancerosos no hospitalizados. *Análisis y Modificación de Conducta* 1992;**18**:494-503.
- 38 Polaino-Lorente A, García Villamizar DA. *La depresión infantil en Madrid: Un estudio epidemiológico*. Madrid: Editorial AC, 1993.
- 39 Polaino-Lorente A, Domènech Llaberia E. Prevalence of Childhood Depression: Results of the First Study in Spain. *J Am Psychol and Psychiatry and allied disciplines* 1993;**34**:1007-1017.
- 40 Poznanski EO, Thrull JP. Childhood depression: clinical characteristics of overtly depressed children. *Archives General of Psychiatry* 1970;**23**:8-15.
- 41 Poznanski EO, Krahenihl V, Thrull JP. Childhood depression: a longitudinal perspective. *Journal American Academy Child and Adolescent Psychiatry* 1976;**15**:491-501.
- 42 Poznanski EO, Cook SC, Carrol BJ. A Depression Rating Scale for Children. *Pediatrics* 1979;**64**:442-450.
- 43 Poznanski EO, Corzo L. Children's depression rating scale: its performance in a residential psychiatric population. *J Clin Psychiatric* 1993;**44**:200-203.
- 44 Poznanski EO, Grossman J, Buchsbaum Y, Banegas M, Freeman L, Gibbons R. Preliminary Studies of the Reliability and Validity of the Children's Depression Rating Scale. *J American Academy of Child Psychiatry* 1984;**23**:191-197.
- 45 Poznanski E, Mokros H, Grossman J, Freeman L. Diagnostic criteria in childhood depression. *American Journal Psychiatry* 1985;**142**:1168-1173.
- 46 Poznanski EO, Freeman LN, Mokros HB. Children's Depression Rating Scale-Revised (Septiembre 1984). *Psychopharmacology Bulletin* 1985;**21**:979-989.
- 47 Puig-Antich J, Blaus S, Marx J, Greenhill LG, Chambers W. Prepubertal major depressive disorder. A pilot study. *J Am Acad Child Psychiatry* 1978;**17**:695-707.
- 48 Puig-Antich J, Cambers WJ, Tabrizi MA. Evaluación clínica de episodios depresivos habituales en niños y adolescentes: entrevistas a padres y niños. En: Cantwell y Carlson. *Trastornos afectivos en la infancia y en la adolescencia*. Barcelona: Martínez Roca, 1987.
- 49 Schmidt MH, Moll GH. ICD 10 and DSM-III-R classification differences in classification psychiatric disorders. *Z Kinder Jugendpsychiatrie* 1992;**20**:266-272.
- 50 Streiner DL. An introduction to Multivariate Statistics. *Canadian Journal of Psychiatry* 1993;**38**:9-13.
- 51 Toro J. Depresión y ansiedad en la infancia y la adolescencia. En: Vallejo Ruiloba J, Gastó Ferrer C. *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona: Salvat, 1991.
- 52 World Health Organization. ICD 10^a. *Tenth Revision of the International Classification of Diseases, draft of chapter V: Mental and Behavioural Disorders*. Geneva: WHO, 1988.