

Investigación epidemiológica de la depresión infantil en España

Antecedentes de una investigación en curso de realización: metodología, diseño e instrumentación

E. Doménech Llaberia

Catedrática de Psicopatología. Universidad Autónoma de Barcelona

A. Polaino-Lorente

Catedrático de Psicopatología. Universidad Complutense de Madrid

LA APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA EPIDEMIOLÓGICA A LA PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

La aplicación sistemática de la investigación epidemiológica a la psicopatología infantil no comienza hasta los años sesenta (Schmidt y Remschmidt, 1982). Con anterioridad a 1960 los estudiosos de la epidemiología psiquiátrica se habían limitado a la patología del adulto, y dentro de ella se habían restringido especialmente a los aspectos asistenciales (Baasher, 1980). La principal fuente de información para este tipo de estudios procedía de las estadísticas de los hospitales psiquiátricos. Los estudios se centraban en las formas severas de enfermedad mental en los adultos.

A partir del momento en que la prevención pasó a un primer plano en las ciencias de la salud, el interés que inicialmente se había puesto en el estudio de la frecuencia de las enfermedades mentales en los adultos se desplazó hacia las poblaciones infantiles sanas. Este fenómeno se inició en Europa. En este contexto europeo de los años setenta se inicia la búsqueda de las posibles relaciones existentes

entre la psicopatología infantil y diversos factores de riesgo (biológicos, psicológicos, familiares y sociales; Robin, 1970), con el fin de encontrar alguna explicación causal de la enfermedad mental. Para este tipo de investigaciones, la epidemiología fue una mera metodología cuya aplicación podía ser útil y, por eso, se empieza a utilizar. Pues, como dice Rutter (1983), los métodos epidemiológicos pueden emplearse para contestar a preguntas sobre la causa de las enfermedades mentales en la infancia.

Dentro de esta línea de desarrollo, en 1976 tiene lugar en Londres el Primer Simposio de Epidemiología Paidopsiquiátrica. Allí se reunieron algunos investigadores interesados por el tema, la mayoría de ellos europeos. Las Actas de este Primer Simposio, que fue patrocinado por la Fundación Ciba, fueron editadas por Graham con el título «Epidemiological Approaches in Child Psychiatry» (1977). En esta obra se encuentran aportaciones sobre temas de metodología epidemiológica básica y otras referentes a su aplicación en las distintas etapas evolutivas del niño y del adolescente. En esta publicación se trata de la cuestión

del uso de instrumentos de «screening» en el pre-escolar (trabajos de Richman y de Minde); se estudia la distinta incidencia de la patología mental en muestras urbanas y rurales de niños (estudios de Kastrupp y de Lavik); se inicia la planificación de algunas investigaciones longitudinales. El tema de la depresión infantil, en cambio, no aparece en ninguna de las dieciocho aportaciones a este Simposio.

En octubre de 1981 se celebra de nuevo en Europa, en Mannheim, el Segundo Simposio de Epidemiología Paidopsiquiátrica. En esta ocasión se recogieron dieciséis comunicaciones que fueron editadas posteriormente, en 1983, por Schmidt y Remschmidt, bajo el título de «Epidemiological Approaches in Child Psychiatry II». Esta publicación consta de cinco grandes apartados en los que se exponen los resultados de estudios longitudinales, prevalencia de factores ambientales, disfunción cerebral, retraso mental y otras alteraciones. En ninguno de ellos tampoco se hizo referencia a la epidemiología de la depresión infantil. Muchas de estas aportaciones son resultados de los estudios longitudinales que habían sido planteados en el Primer Simposio celebrado en Londres y de nuevas investigaciones que se habían iniciado con anterioridad.

Antes de este segundo encuentro ya se había comenzado a publicar algún estudio puntual sobre epidemiología de la depresión infantil (Kashani y Simmonds, 1979; Carlson y Cantwell, 1980). Sin embargo, en Mannheim no se hizo ninguna referencia al tema.

Actualmente existen algunos trabajos disponibles sobre este tema en la literatura extranjera. En España, Rabassa-Asenjo publica en 1982 los resultados obtenidos en la primera investigación epidemiológica realizada sobre la depresión en el adulto. Esa importante aportación viene a ser coincidente en sus resultados con lo comunicado por investigadores de otros países (Marsella, 1980; Kleinman, 1978; Engelsmann, 1982).

Sin embargo, hasta la actualidad no disponemos de ninguna publicación que incida en particular sobre el controvertido problema de la epidemiología de las depresiones infantiles

(Polaino-Lorente, 1987), como tampoco sobre la psicopatología infantil en general. Así las cosas, en 1987 nos encontramos con un desconocimiento casi total en nuestro país de la incidencia de las enfermedades mentales en la infancia y de los factores de riesgo con ellas relacionados. Sin que previamente se satisfaga el anterior requisito difícilmente se puede hacer un planteamiento mínimamente serio de un plan de prevención en el campo de la salud mental infantil. Únicamente hemos encontrado algunos datos referidos a la deficiencia mental (Cervera, 1970), pero para la mayoría de las alteraciones psicopatológicas no disponemos de datos estadísticos; de igual modo para la depresión infantil, hasta el momento presente, no sabemos que exista ningún dato sobre su prevalencia en España.

PLANTEAMIENTO DE UN ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN INFANTIL EN ESPAÑA

Ante las perspectivas señaladas, los autores de esta colaboración se plantearon hacer un estudio epidemiológico de la depresión infantil en España. Este trabajo se halla en curso de realización y no tenemos todavía datos definitivos.

Como este tipo de trabajos exige una planificación previa muy detallada de lo que se pretende estudiar, de los objetivos que se quieren alcanzar y de los pasos a seguir, exponemos aquí algunos de los aspectos que nos parecieron más relevantes respecto de nuestros propósitos.

En el ámbito de la planificación de la investigación epidemiológica de las depresiones infantiles consideramos aspectos relevantes los siguientes: revisión bibliográfica sobre el tema concreto, definición de variables, elaboración de un diseño de investigación, criterios de extracción de las muestras, elección de las fuentes de información, instrumentos a utilizar y preparación del personal evaluador. También nos pareció aconsejable hacer un planteamiento previo de las hipótesis que pretendíamos estudiar.

Esta fase de planificación es previa a la recogida de datos y a la realización material del trabajo. De esta fase previa es de la que trataremos aquí.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LOS ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA DEPRESIÓN INFANTIL

Los trabajos epidemiológicos sobre depresión infantil pueden reunirse en dos grandes grupos:

A) Los realizados en población psiquiátrica, sea con niños ingresados, sea con niños procedentes de las consultas ambulatorias.

B) Los realizados en población normal, en general con escolares.

Para el estudio epidemiológico de la depresión infantil consideramos más válidas las poblaciones normales, porque los niños que acuden a una consulta paidopsiquiátrica representan un tipo de muestra muy sesgada en la que, obviamente, hay una mayor incidencia de patología mental. Además, muchos de los enfermos deprimidos no suelen acudir al ambulatorio y menos aún a un centro psiquiátrico. Éste es un fenómeno conocido en el caso de la depresión del adulto (Polaino, 1985), que se da todavía más «in extenso» en la depresión infantil. Se explica, porque quienes suelen llevar al niño a la consulta son los padres, ya que el propio enfermo no va. Y, en el caso de la depresión infantil, los padres suelen percibir tarde y mal la enfermedad de sus hijos.

Sin embargo, los estudios epidemiológicos existentes de la depresión infantil en población normal son muy escasos. Trataremos brevemente del resultado de la revisión bibliográfica realizada.

Estudios epidemiológicos de la depresión infantil en poblaciones clínicas: porcentajes obtenidos

En 1973, Weinberg y cols., en niños de 6 a 12 años de una consulta psicopedagógica ha-

llaron un porcentaje del 57 % de niños deprimidos. En este caso los informantes fueron los padres y los propios niños.

En 1978, Petti, en una muestra de 73 niños, también entre 6 y 12 años de edad ingresados en un hospital psiquiátrico, encontró un porcentaje semejante: del 59 al 61 % de niños deprimidos. Como instrumento de detección de depresión infantil se utilizó aquí el BID (*Bellvue Index of Depression*). El BID es una entrevista semiestructurada de cuarenta ítems, en la que se valora la información procedente de los niños y de los padres. En el BID se siguen los criterios de Weinberg para el diagnóstico de depresión infantil.

En 1980, Carlson y Cantwell realizaron un estudio en una muestra de 210 niños, entre 7 y 17 años, ingresados y no ingresados, en un servicio de psiquiatría infantil. En esta ocasión se utilizaron como instrumentos el CDI abreviado o SCDI (*Short Children Depression Inventory*) y una entrevista. Los autores encontraron que el porcentaje de depresión era del 60 %, cuando se valora la depresión como síntoma, y del 27 %, cuando se valora como síndrome.

En 1982, Kashani investigó la incidencia de depresión en 100 niños, de 9 a 12 años, ingresados en un centro de salud mental. Para el diagnóstico se exigió el acuerdo de al menos dos psiquiatras. El porcentaje obtenido fue del 13 %. Se encontró además un resultado interesante: entre los niños deprimidos (los que forman parte de ese 13 %) en el 38 % uno de sus padres padecía también de depresión. Entre el grupo de niños no deprimidos, sólo en el 5 % uno de sus padres padecía también de depresión.

En 1984, Feinstein, Blouin, Egan y Connors valoraron los síntomas de depresión entre 224 pacientes de un servicio de psiquiatría infantil. Utilizaron como instrumento de detección la entrevista BID. Recabaron la información de los padres y de los clínicos. Estudiaron diversos síntomas depresivos por separado. Encontraron la presencia de humor disfórico en el 82,3 % de la muestra global y en el 90,5 % de los diagnosticados de depresión. De estos

y otros hallazgos se desprende qué síntomas de alteraciones del humor y otros propios del cortejo depresivo se encuentran también presentes en muestras clínicas con otros diagnósticos. El humor disfórico, en concreto, fue un síntoma frecuentemente hallado en las poblaciones clínicas. Esto obliga a tener muy en cuenta la exclusión de otras patologías al hacer un diagnóstico de depresión infantil.

En el mismo año, Kashani, Ray y Carlson (1984) comenzaron a estudiar la frecuencia de depresión en una población preescolar. Los autores hallaron que el 4 % de los niños de una población de preescolares que acudían a una consulta por problemas de desarrollo, emocionales y comportamentales, satisfacían los criterios clínicos de depresión, establecidos por el DSM III.

En 1985, Lobowitz y Handal buscaron en una muestra clínica de 50 niños, entre 8 y 12 años, aquellos que reunían los criterios del DSM III para la depresión infantil. Utilizaron como instrumentos la escala de depresión del PIC o PIC-D (Wirt y Lacher, 1984) y el CDI (Kovacs, 1977). Encontraron un 34 % de deprimidos, a partir de la entrevista con el niño, y un 22 % a partir de la entrevista con los padres. Este resultado, una vez más, corrobora el hecho ya señalado de que a los padres les cuesta percibir la depresión de sus hijos y suelen ser peores informadores, a este respecto, que los propios enfermos.

De estos siete estudios, que nos parecen los más significativos y bien diseñados con población clínica, se desprende una gran versatilidad en la frecuencia de depresión infantil, tal y como han informado sus autores. En todos los trabajos los porcentajes son, en general, elevados. La gran variabilidad de estos resultados puede atribuirse a muy diversos factores de carácter metodológico, tales como las distintas edades de los niños de las muestras estudiadas, su diversa procedencia, la diversidad de instrumentos empleados, los distintos criterios diagnósticos, la conceptualización de la depresión como síntoma o como síndrome, el punto de corte con el que se trabaja, la delimitación de la severidad y de la croni-

cidad del cuadro depresivo, el tipo de informante elegido, el entrenamiento del evaluador, etc. Esto demuestra lo complejo que es el estudio epidemiológico de la depresión infantil y la multiplicidad de variables que pueden interferir en los resultados finales que se obtengan. El camino a seguir para conseguir unas cifras porcentuales más exactas es todavía un tanto oscuro y largo, por lo que se precisa mucha más investigación en torno a este tema.

Estudios epidemiológicos de la depresión infantil en población normal

Estos trabajos son todavía más escasos que en las muestras de población clínica.

En 1982, Kashani, comentando la incidencia de depresión infantil en la población normal, escribía que sólo existen tres estudios epidemiológicos de depresión infantil en población normal en la literatura: el de Rutter (1970); el de Albert y Beck (1975) y el de Kashani (1979).

Desde entonces a hoy hemos encontrado tres más: Kashani y cols. (1983); Lefkowitz y Tesiny (1985) y Anderson y cols. (1985). No mencionamos aquí aquellos trabajos en los que se estudian sólo los síntomas depresivos, pero no la depresión como síndrome. El séptimo trabajo sobre este particular, acaso podría ser el que estamos realizando en España los autores de esta colaboración con una muestra superior a 6.000 niños.

En la tabla I presentamos los trabajos referidos, que ahora pasamos a comentar muy brevemente.

Rutter en 1970 encontró tres casos de depresión infantil en una población de 2199 niños (1,4/1000). Se considera que éste fue el primer trabajo realizado de epidemiología de la depresión infantil en una población normal. La intención del autor no fue la de estudiar la depresión infantil. El hallazgo tuvo lugar dentro del amplio estudio epidemiológico de alteraciones de conducta que realizaron Rut-

TABLA I
Estudios de prevalencia de depresión infantil en población normal

| | Rutter et al. (1970) | Albert y Beck (1975) | Kashani y Simmonds (1979) | Kashani et al. (1983) | Lefkowitz y Tesiny (1985) |
|------------------------------|----------------------------|-------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| <i>Tamaño de la muestra</i> | 2199 | 63 | 103 | 641 | 3020 |
| <i>Edades</i> | 10-11 a. | Preadol. y adol. | 7-12 a. | 9 a. | 9-10 a. |
| <i>Población</i> | Normal | Escolar | Nacidos en hospital Missouri | Nacidos en un hosp. en un año | Escolar |
| <i>Área geográfica</i> | Isla de Wight | U.S.A. | U.S.A. | Nueva Zelanda | Nueva York |
| <i>Instrumentos</i> | Cuestionario Rutter (1967) | SBDI | Entrevista clínica | Cuestionario CQ y K-SADS-E | PNID |
| <i>Informantes</i> | Madre o padres y maestro | Niños | Niños y madres | Niños, padres, maestros | Niños |
| <i>Prevalencia depresión</i> | 0,14 % | 33 % | 1,9 % | 1,8 % mayor 2,5 % menor | 5,2 % |

ter y cols. en la isla de Wigth. Esta investigación se realizó con anterioridad a la existencia de instrumentos de evaluación diagnóstica de la depresión infantil. Tiene por ello el mérito de ser un trabajo pionero y de haber conseguido identificar con todo rigor el síndrome depresivo infantil en una población normal.

El trabajo de Albert y Beck (1975) tiene algunos defectos, como han reconocido sus propios autores. La muestra es pequeña. Una muestra inferior a cien es insuficiente para un estudio epidemiológico. Albert y Beck estudiaron a 63 niños dentro del ámbito escolar. Las edades de los niños permite que, por lo menos parte de ellos, puedan ser ya adolescentes. El diagnóstico se hizo sin mediar ninguna entrevista. El porcentaje hallado por los autores, en estas condiciones, fue del 33 %.

El tercer trabajo es el de Kashani y Simmonds (1979). Constituye la primera investigación en que se aplicaron los criterios diagnósticos del DSM III para la depresión mayor, en una muestra al azar de una población de niños normales. Después de entrevistar a

los niños y sus padres en sus propias casas, los autores encontraron cifras de depresión severa en el 1,9 % de los niños.

Después de estos tres estudios el NIMH (*National Institute of Mental Health*) informó que el porcentaje de depresión infantil estaba entre el 0 y el 33 % (Teuting y cols., 1982). La tasa del 33 % debieron retomarla del trabajo de Beck, que por otra parte es muy poco fiable, principalmente porque no se puede afirmar que trabajasen propiamente con niños. Por tanto, el informe del NIMH nos aclara muy poco sobre la prevalencia de la depresión infantil en una población general.

En 1983, Kashani y cols. realizaron de nuevo una investigación epidemiológica de la depresión infantil en la población general. El número de la muestra final fue de $N = 641$ (340 niños y 301 niñas). Consideramos este estudio de gran interés por los motivos siguientes: 1) se centra en una edad bien determinada, con lo que se limitan las diferencias de expresión sintomatológica debidas a la gran dispersión de edades que se encuentran en otros estudios; 2) distingue entre depresión mayor

y depresión menor, en sus resultados; 3) hace un seguimiento longitudinal de los sujetos que han resultado ser deprimidos; 4) utiliza adecuados criterios de diagnóstico; 5) emplea buenos instrumentos de medida y no se contenta sólo con cuestionarios, y 6) recaba información de fuentes diversas (padres, maestros y niños). En este estudio la frecuencia de depresión infantil hallada por los autores fue del 1,8 %, para la depresión mayor, y del 2,5 % para las formas menores.

En 1985, Lefkowitz y Tesiny publican los resultados de otra interesante investigación sobre el tema. Evaluaron la presencia de depresión infantil, únicamente en su forma severa, y la relacionaron con cuatro variables de riesgo: sexo, edad, funcionamiento cognitivo y contexto familiar. La muestra estuvo formada por 3020 niños de nueve años y medio de promedio de edad y por 508 madres. El porcentaje de depresión infantil basado en los resultados de la escala de evaluación PNID (*Peer-Nomination Inventory of Depression*), creada por los autores, fue del 5,2 %.

Hay otro trabajo que, aunque no lo hayamos analizado, dada la escasez de aportaciones existentes, lo señalamos a continuación. Se trata de un estudio realizado por Anderson y cols. (1985), en el que encontraron diecisiete casos de depresión, lo que representan el 2 %.

Comentario crítico a la bibliografía revisada

Lo primero que nos llama la atención, y en lo que insistimos una vez más, es la escasez de estudios bien hechos sobre epidemiología de la depresión infantil. Muchos de los que han llegado a nuestras manos los hemos rechazado por considerar que no nos eran útiles para orientarnos en la investigación que queríamos realizar en España.

Los motivos por los que hemos rechazado estos trabajos han sido los siguientes:

1. No ser propiamente infantiles: las cifras de incidencia y prevalencia de la depresión son

muy distintas en niños y adolescentes. En una muestra de adolescentes, de 14 y 15 años de edad, de la isla de Wight, la frecuencia fue tres veces mayor que en la muestra de 10-11 años (Rutter, 1976). Por lo tanto, descartamos los trabajos realizados en los adolescentes y aquellos que engloban a niños y adolescentes en la misma muestra. Por este motivo no nos sirve el trabajo de Albert y Beck (1975). Por este motivo rechazamos también un estudio de Kovacs (1977) en el que engloba, sin distinción, a prepúberes y adolescentes. Tampoco nos sirvió, por esta misma razón, la investigación de Kaplan, Hong y Weinhold (1984), citada por algún autor dentro de la epidemiología de la depresión infantil (Quay, 1986).

2. Utilizar muestras demasiado pequeñas, o bien utilizar un sistema de muestreo deficiente.

3. No tener en cuenta diferentes fuentes de información. En el estudio epidemiológico de la depresión infantil cuantas más fuentes de información se tengan, mejor. Por eso en nuestra investigación hemos planeado recabar información de los propios niños, de los padres, de los maestros y de los compañeros.

4. No basarse en criterios diagnósticos válidos —aunque discutibles— como pueden ser, por ejemplo, los establecidos por el DSM III.

5. Emplear instrumentos inadecuados o insuficientes. No consideramos válido, por ejemplo, el basar un estudio de este tipo sólo en pruebas de «screening».

Si se reúnen los anteriores requisitos, la información sobre la frecuencia de depresión infantil en el mundo es escasísima. Y, según esto, en nuestro país, inexistente.

Fue a partir de esta constatación cuando nos planteamos seriamente realizar un estudio en España, con una muestra lo más amplia posible de niños de la población general.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

El primer requisito para hacer una investigación epidemiológica en psicopatología,

cualquiera que sea la alteración que se pretende estudiar, es definir y delimitar muy bien eso que se pretende estudiar, es definir y delimitar muy bien eso que se pretende estudiar. En el caso de la depresión infantil, el primer paso consistió en ponernos de acuerdo todos los investigadores del equipo sobre lo que entendemos por depresión infantil, concepto con el que íbamos a trabajar. En este caso partimos del concepto de depresión, concebida ésta como síndrome y no únicamente como síntoma, tratando de ubicarlo en lo posible dentro de una perspectiva evolutiva (para ampliación de estos aspectos, véase Polaino y García-Villamisar).

También deben definirse muy bien las poblaciones con las que se va a trabajar. Se tomó la decisión de hacer el estudio en varias ciudades grandes con una importante densidad de población (Madrid, Barcelona, Valencia y Sevilla) y en dos áreas rurales de Cataluña y Galicia. Era preciso definir y delimitar, por tanto, la población urbana y la población rural, con las que pretendíamos trabajar.

También debe hacerse un balance previo de aquellas circunstancias ambientales y otras que a nuestro juicio pudieran predisponer a la depresión infantil, para introducir en el diseño de la investigación preguntas e instrumentos que detectasen y recogieran estos posibles factores de riesgo de la patología a estudiar.

Dado que partimos de la premisa de que la expresividad sintomatológica de la depresión infantil puede variar con la edad, una variable importante a delimitar consistió en establecer los límites de edad de la población a estudiar. Se decidió estudiar una muestra lo más homogénea posible en cuanto a la edad y nos decidimos por una población muy concreta: niños y niñas de cuarto curso de EGB.

Por último, antes de hacer un muestreo tuvimos que prever el porcentaje aproximado de niños deprimidos que podíamos encontrar. Dado que ya existen algunas investigaciones anteriores en otros países sobre el tema, partimos de los datos que nos proporcionaron esos estudios, datos que han sido analizados

en la revisión bibliográfica de que hemos informado con anterioridad.

DISEÑO EN DOBLE FASE

Partimos de las listas de niños escolarizados en cuarto de EGB, durante el curso 1985-1986, en las seis ciudades y regiones en donde íbamos a realizar el estudio. Consideramos también una tasa tentativa de depresión infantil del 3 %, obtenida a partir de la revisión bibliográfica mencionada y decidimos trabajar con una tasa de error del 1 %. Para satisfacer todas estas condiciones, la muestra total tenía que ser superior a 6000 niños.

Como era prácticamente imposible realizar una entrevista individual a tantos niños, se planificó un estudio en dos etapas, que fue el procedimiento seguido por Rutter en la isla de Wight y por Kashani, en su trabajo de 1983.

En una primera fase de «screening», se pasarían escalas de evaluación de la depresión infantil a toda la muestra. De aquí se obtendrían dos submuestras:

- a) Una de los niños que hubieran puntuado más alto en los ítems de depresión, es decir, con un porcentaje más elevado de sintomatología depresiva.
- b) Otra submuestra formada por los niños de la muestra global con el porcentaje más bajo de sintomatología depresiva.

En la segunda fase se haría un estudio más a fondo, incluyendo una entrevista individual con los niños de las dos submuestras; además se recabaría información de los padres y maestros de estos niños. Procuramos disponer también de los necesarios datos sobre la escuela y el rendimiento escolar de todos estos niños.

Lo que hemos pretendido era, de una parte, conocer el porcentaje de depresión infantil en España y, de otra, conocer la relación que podía existir entre la depresión de estos niños y diversos factores de riesgo potencial depresivo, de tipo ambiental y personal.

El disponer en las submuestras de los dos grupos extremos de niños, en cuanto a la sintomatología depresiva manifestada, nos per-

mitiría estudiar las diferencias existentes entre ambos grupos, respecto a las influencias familiares, escolares y sociales, de manera que pudiéramos ahondar en el conocimiento de las causas de la depresión.

ELECCIÓN DE LA MUESTRA

La elección apropiada de la muestra es algo absolutamente básico en epidemiología (Rutter, 1983). Sabemos que la incidencia de depresión infantil varía en función de la muestra elegida y de los criterios utilizados (Kashani, 1982).

El primer problema que se planteó fue el de la elección de la población. Se optó por niños y niñas de una etapa determinada: escolarizados en cuarto de EGB. Se consideró que en esta etapa la mayoría de los niños tienen entre 9 y 10 años, por lo que todavía no habrían iniciado la pubertad, factor que puede sesgar los resultados. De otra parte la aplicación de los instrumentos de detección de depresión infantil es más fácil y adecuada en niños de nueve años que en niños por debajo de ocho. Estos niños eran habitantes de Barcelona, Madrid, Sevilla y Valencia (ciudades) y Gerona y Santiago (ciudad y comarca).

Como era imposible estudiar la población completa de niños escolarizados en cuarto de EGB de las ciudades y zonas rurales indicadas, se optó por trabajar con una muestra representativa de ellas.

El tipo de muestreo que se empleó consistió en muestreo por conglomerados en el que la unidad de medida fue el aula.

Para conocer el necesario número de niños a estudiar en cada una de las seis zonas arriba señaladas, se partió del supuesto (fundado en los trabajos revisados) de que la tasa de depresión podría oscilar en alrededor de un 3 %. A partir de esta estimación y trabajando con una tasa de error de ± 1 %, calculamos que necesitábamos estudiar alrededor de 1.000 niños en cada una de las zonas referidas.

La extracción de la muestra de las aulas se

hizo con un muestreo aleatorio, a partir del censo de todas las aulas de cuarto de EGB, durante el curso 1985-1986. Procediendo de esta forma se aseguraba que la muestra extraída fuera representativa de la población de cuarto de EGB, de cada zona en cuestión.

Nos propusimos reducir al mínimo la tasa de no respuestas, o de rechazo y/o «mortalidad epidemiológica», conscientes de que en epidemiología es más importante disminuir esta mortalidad que incrementar el tamaño de la muestra y que en general, los no-respondientes proporcionan tasas de alteraciones más elevadas (Graham, 1979). Este propósito se consiguió totalmente, ya que después de la recogida de datos se observó que la mortalidad experimental había sido inferior al 1 %. Es decir, que se evaluaron más del 99 % de los niños. Esta cifra es realmente elevada, si tenemos en cuenta que Rutter consiguió entrevistar el 92 % de su población en la isla de Wight y Lefkowitz y Tesiny apenas si consiguieron entrevistar el 70 %, en su estudio epidemiológico de 1985.

En cualquier caso, es obligado señalar que en nuestro estudio solamente se ha evaluado a los niños escolarizados.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Otra decisión que fue preciso tomar al diseñar este trabajo consistió en elegir a los informantes. Es cierto que, en general, los que más saben sobre los niños son los propios padres. Y, sin embargo, para el caso concreto de los trastornos afectivos no es así, sino que el mejor informante es el paciente (Cytrin y cols., 1980). Por consiguiente, no se debe omitir al niño en estas investigaciones. En consecuencia, tomamos la decisión de trabajar con él, tanto en la fase de «screening» como en la submuestra.

De otra parte, no basta con un solo informante. En la depresión infantil conviene obtener la información del mayor número de fuentes. Teniendo en cuenta este dato se optó por recabar información, además de los ni-

ños, de los padres, de los maestros y de los compañeros. De esta forma, además de contar con diversos informantes se obtenía información también de contextos muy distintos. Esta peculiaridad es de gran interés, ya que los niños tienden a comportarse de manera distinta en situaciones distintas. Por último, la percepción de la depresión del niño por parte del adulto puede estar teñida de las preocupaciones y actitudes que adopte éste último, que también pueden tergiversar la información. Por ello nos pareció apropiado obtener información también de los otros niños (los compañeros) de la misma edad.

Un adulto que puede proporcionar información complementaria de la de los padres, es el maestro. Para ello elaboramos un cuestionario de dieciséis preguntas (cuyo contenido incide, principalmente, en los síntomas depresivos) para que fuese contestado por los maestros de los niños (Doménech y cols., 1985).

Además de la información proporcionada por los informantes mencionados más arriba, se acudió a otras fuentes de información provenientes de los contextos familiar y escolar de los niños de la muestra general. Con este fin se elaboraron los cuestionarios: uno dirigido a las familias y otro al centro escolar. Y, por último, se revisaron los datos contenidos en las fichas ERPA de los colegios.

INSTRUMENTACIÓN

Los instrumentos de evaluación seleccionados para la recogida de datos en la investigación en curso, fueron distintos, según se tratara de la primera o de la segunda fase.

En la primera fase («screening») fue preciso utilizar instrumentos que permitieron una detección fácil y rápida de los niños de la muestra general con sintomatología depresiva.

Para ello se escogió una escala de autoevaluación, el *Children Depression Inventory* o CDI de Kovacs (1983) y el *Peer-Nomination*

o PNID de Lefkowitz y Tesiny (1981). El «screening» se haría, por tanto, a partir de la información obtenida en el propio niño y en sus compañeros.

El CDI es la escala de autoevaluación de la depresión infantil que ha sido más utilizada hasta la fecha. Es también la escala sobre la que se han hecho más estudios y publicaciones. La mayoría de los autores reconocen a este instrumento una buena fiabilidad y validez. El CDI es de fácil aplicación y de corrección rápida. Consta de veintisiete ítems que cubren una amplia gama de síntomas depresivos. Fue publicada en 1977, en Estados Unidos, por María Kovacs, con el objeto de detectar la presencia y severidad de los trastornos depresivos infantiles. La experiencia de este instrumento en Europa es todavía escasa, aunque recientemente ha sido validada en Gran Bretaña en el ámbito del *Newcastle Child Depression Project* (Fundudis y cols., 1986).

Este instrumento fue escogido en nuestro estudio por la experiencia que se tenía con él, por la sencillez de su aplicación y por considerarla un buen instrumento para estudios epidemiológicos.

El PNID es una escala para la evaluación de la depresión por iguales. En este ámbito no había elección posible, ya que era la única escala que conocíamos para la evaluación de la depresión infantil por iguales. Aunque hay otras escalas de evaluación por iguales que también tienen ítems con contenido depresivo, no obstante, dichas escalas no están construidas específicamente para la detección de sintomatología depresiva. El *Peer Nomination* de Lefkowitz y Tesiny (1980) es una escala especialmente diseñada para la recogida de datos epidemiológicos, tal y como ha sido utilizada, recientemente, por sus autores en un estudio epidemiológico de 3020 niños (Lefkowitz y Tesiny, 1985).

Consiste en un cuestionario de veintitrés ítems que se aplica colectivamente dentro del aula. Se pide a cada niño que emita un juicio sobre la efectividad de sus compañeros.

En la segunda fase del estudio deben eva-

luarse únicamente los niños de las submuestras indicadas.

Los informantes de esta segunda fase fueron de nuevo los niños y también los padres y los maestros. Los instrumentos a utilizar en esta fase fueron los siguientes:

1. Entrevista semiestructurada

Entre todas las que conocíamos y podíamos utilizar se eligió la *Children Depression Rating Scale Revised* (Poznanski y cols., 1984). Es una entrevista semiestructurada para uso exclusivamente clínico, y diseñada específicamente para niños de seis a doce años, cuyo propósito es recoger datos sobre la depresión infantil. Este instrumento tiene por objetivo la identificación y apresamiento del estado de humor del niño o niña, a través de la comunicación, tanto verbal como no verbal.

La prueba está dividida en diecisiete apartados referidos a pautas de conducta que tienen una importante relación con posibles síntomas depresivos. Con este instrumento se cubre la exploración de las siguientes cuatro áreas del cuadro depresivo: estado de humor, sintomatología somática, sintomatología subjetiva y sintomatología comportamental.

Su aplicación requiere una preparación previa del evaluador y cierta familiarización con el instrumento. Para todo lo demás se siguen las normas de aplicación de cualquier entrevista clínica.

2. Escala para maestros (ESDM)

Ésta es una escala diseñada por nosotros para recoger información del maestro sobre el comportamiento depresivo del niño dentro de la escuela, tanto en el aula como fuera de la misma (Doménech y cols., 1985).

Consta de dieciséis ítems con tres opciones de respuesta. Estos ítems cubren las siguientes áreas del síndrome depresivo: humor disfórico, alteraciones cognitivas, hipoactividad y disminución de las relaciones sociales. És-

tos fueron los aspectos que nos parecieron ser más fácilmente detectables por el maestro.

Construimos esta escala porque las escalas para maestros disponibles suelen referirse a problemas comportamentales diversos, pero no específicamente a la conducta depresiva.

3. Cuestionario de Achenbach para padres

Para la información de los padres decidimos utilizar la CBCL o *Child Behaviour Check-List* (1979) de Achenbach, que recoge de una forma estandarizada la descripción realizada por los padres de la conducta del niño. Es un instrumento que se emplea en clínica y que es útil también para estudios epidemiológicos.

En este estudio se ha empleado la forma para padres que consta de dos partes: la primera recoge la información sobre habilidades sociales y, la segunda, se ocupa de los problemas de conducta.

Los ítems del cuestionario se agrupan en distintas escalas que han sido derivadas a partir del análisis factorial. Una de éstas es una escala de depresión. Las demás se refieren a otros problemas conductuales, algunas relacionadas con la depresión y otras no.

Esta escala proporciona un perfil comportamental individual. Como se trata de un instrumento muy conocido en la evaluación psicopatológica no insistiremos más aquí.

CONCLUSIÓN

El propósito de estas páginas ha sido señalar algunas de las principales dificultades con que nos encontramos al *planificar* esta investigación que está en vías de realización. En ella colaboran investigadores de distintos puntos de España: Santiago, Madrid, Sevilla, Valencia, Gerona y Barcelona.

Después de la planificación hay que seguir adelante con su realización, recogida de datos, corrección de pruebas, tratamiento ma-

temático de los datos, interpretación de los resultados y elaboración de hipótesis alternativas explicativas.

Es una labor larga y precisa que sólo se puede llevar a término con la colaboración y coordinación de todos los equipos que están trabajando en las distintas regiones.

El objetivo que nos hemos propuesto reside, sencillamente, en tratar de conocer la prevalencia de la depresión infantil en España, entre niños de nueve años, así como tratar de apresar algunos de los factores de riesgo de la depresión infantil.

Con ello es posible que podamos hacer alguna aportación al conocimiento de la etiología de la depresión infantil en España, de manera que los responsables de la política sanitaria puedan actuar con mayor conocimiento de causa en la planificación de la salud infantil en nuestro país. De alcanzar este objetivo nos sentiríamos dichosos y el esfuerzo, que personal y colectivamente está significando esta investigación, suficientemente recompensado.

Bibliografía

- ACHENBACH, T. M.: *The Child Behavior Profile: I Boys aged 6-11*. «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 46, 478-488, 1978.
- ACHENBACH, T. M.: *The Child Behavior Profile: An Empirically Based System for Assessing Children's Behavioral Problems and Competencies*. «International Journal of Mental Health», 7, 24-42, 1979.
- ACHENBACH, T. H. y EDELBROCK, C. S.: *Behavioral Problems and Competencies reported by parents of normal and disturbed children aged 4 through 16*. «Monographs of the Society for Research in Child Development», 46, 1981.
- ACHENBACH, T. M. y EDELBROCK, C. S.: *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Department of Psychiatry, University of Vermont, 1983.
- ALBERT, N.; BECK, A. T.: *Incidence of Depression in Early Adolescence*. «Journal of Youth and Adolescence», 4, 301-307, 1975.
- ANDERSON, J. C.; WILLIAMS, S.; MCGEE, R. y SILVA, P. A.: *The Prevalence of DSM-III Disorders in a large sample of pre-adolescent children from the general population*. Manuscrito no publicado. University of Otago. Medical School, Dunedin, Nueva Zelanda, 1985.
- BAASHER, T.: *Studying Children Epidemiologically. An International Perspective*. En: T. Earls (ed.). «Studies of Children», Prodist, Nueva York, 1980.
- CARLSON G. y CANTWELL, D.: *A survey of Depressive Symptoms, Syndrome and Disorder in a Child Psychiatric Population*. «Journal of Child Psychology and Psychiatry», 21, 19-25, 1980.
- CERVERA ENGUIX, S.: «Aspectos Etiológicos y Sociales de la Deficiencia Mental». Confederación Española de Cajas de Ahorros, 1970.
- CYTRIN, L.; DONALD, M.; MCKNEW, J. J. y BUNNEY, W.: *Diagnosis of Depression: A Reassessment*. «American Journal of Psychiatry», 173, 1, 1980.
- DOMÉNECH, E.; MONTREAL, P. y EZPELETA, L.: *Escala de Depresión infantil para maestros ESDM*. Unidad de Psicopatología Infantil. Manuscrito no publicado. Universidad Autónoma de Barcelona, 1985.
- EARLS, F.: *Epidemiological Methods or Research in Child Psychiatry*. En: F. Earls (ed.). «Studies of Children», Prodist, 1-33 Nueva York, 1980.
- EDELBROCK, C. S. y ACHENBACH, T. M.: *Teacher Reported Behavioral Problems and Adaptive Competencies of Normal and Disturbed Children*. Manuscrito no publicado.
- EDELBROCK, C. S. y REED, M. L.: *Stability and Change in Teacher's Rating of Children's Problem Behavior*. Manuscrito no publicado.
- ENGELSMANN, F.: *Culture and Depression*. En: I. Al-Issa (ed.). «Culture and Psychopathology», University Park Press, Baltimore, 1982.
- FEINSTEIN, C.; BLOUIN, A. G.; EGAN, J. y CONNERS, C. K.: *Depressive Symptomatology in a Child Psychiatric Outpatient Population: Correlations with Diagnosis*. «Comprehensive Psychiatry», 25, 379-391, 1984.
- FUNDUDIS, T.; BERNEY, T. y KOLVIN, I.: *Childhood Depression. Reliability and Validity of Self Rating Measures Com.* «XI Congrès International de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent», Paris, julio 1986.
- GRAHAM, P. J.: *Epidemiological Approaches in Child Psychiatry*, Academic Press, Londres, 1977.
- GRAHAM, P. J.: *Epidemiological Studies*. En: H. C. Quay y J. S. Werry (Eds). «Psychopathological Disorders of Childhood», 2.ª ed. Wiley, 185-209, Nueva York, 1979.
- KASHANI, J.: *Epidemiology of Childhood Depression*. En: L. Grinspoon (ed). Psychiatry 1982. «American Psychiatric Annual Review», D. C. American Psychiatric Press, 281-282, 1982.
- KASHANI, J. y SIMONDS, J.: *The incidence of Depression in Children*. «American Journal of Psychiatry», 136, 9, 1203-5, 1979.
- KASHANI, J.; CANTWELL, D.; SHEKIM, W. y REID, J.: *Major Depressive Disorder in Children Admitted to an Inpatient Community Mental Health Center*. «American Journal of Psychiatry», 139, 5, 671-2, 1982.

- KASHANI, J.; MCGEE, R. y CLARYSON, S. et al.: *Depression in a Sample of 9-Year-Old Children*. «Archives of General Psychiatry», 40, 1217-1223, 1983.
- KASHANI, J. H.; RAY, J. S. y CARLSON, G. A.: *Depression and Depressive-like States in Preschool-age Children in a Child Development Unit*. «American Journal of Psychiatry», 141, 1397-1402, 1984.
- KASTRUP, M.: *Urban-rural Differences in 6-Year-olds*. En: P. J. Graham (ed.). «Epidemiological Approaches in Child Psychiatry», 181-195, 1977.
- KLEINMAN, A. M.: *Culture and depression*. En «Cultural Medicine and Psychiatry», 2 (4): 295-296, 1978.
- KOVACS, M.: *Childhood Depression: Myth or Clinical Syndrom*. Presentada a la American Academy of Child Psychiatry, Houston, Texas, 1977.
- KOVACS, M.: *Rating Scales to assess Depression in Schoolaged Children's Acta Paedopsychiatrica*, 46, 305-315, 1981.
- KOVACS, M.: *The Children's Depression Inventory*. A Self-rated Depression Scales for School-aged Youngsters. University of Pittsburgh, School of Medicine. Manuscrito no publicado, 1983.
- LAVIK, N.: *Urban-rural Differences in rates of Disorders*. En: P. J. Graham (ed.). «Epidemiological Approaches in Child Psychiatry», 223-251, 1977.
- LEFKOWITZ, M. M. y TESINY, E. P.: *Assessment of Childhood Depression*. «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 48, 1, 43-50, 1980.
- LEFKOWITZ, M. M. y TESINY, E. P.: *Peer Nomination Inventory*. New York State Department of Mental Hygiene, 1981.
- LEFKOWITZ, M. M. y TESINY, E. P.: *Depression in Children: Prevalence and Correlates*. «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 53, 5, 647-656, 1985.
- LEFKOWITZ, M. M.; TESINY, E. P. y SOLODOW, W.: *The Peer Nomination Inventory of Depression adapted to a Rating Scale Formar*. Comunicación presentada al Annual Meeting of the American Association for the Advancement of Science. Los Angeles, Ca., 1985.
- LOBOWITZ, D.; HANDAL, P.: *Childhood Depression: Prevalence using DSM-III*. Criteria and Validity of Parent and Child Depression Scales. «Journal of Pediatric Psychology», 10, 1, 45-54, 1985.
- MARSELLA, A. J.: *Depressive experience and disorder across cultures*. En «Psychopathology», Allyn and Bacon, Inc., Boston, 1980.
- MINDE, K. y MINDE, R.: *Behavioral screening of preschool children. A new approach to Mental Health?* En: P. J. Graham (ed.). «Epidemiological Approaches in Child Psychiatry», Academic Press, 139-165, Londres, 1977.
- ORVASCHEL, H.; SHOLOMSKAS, D. y WEISSMAN, M.: *Assessing Children in Psychiatric Epidemiologic Studies*. En: F. Earls (ed.). «Studies of Children», Prodist, Nueva York, 1980.
- PETTI, T. A.: *Depression in Hospitalized Child Psychiatric Patients: approaches to measure Depression*. «Journal of the American Academy of Child Psychiatry», 17, 49-59, 1978.
- POLAINO-LORENTE, A.: *La depresión*. Martínez Roca, 13, 1985.
- POLAINO-LORENTE, A.: *Las depresiones infantiles*, 1987 (en prensa).
- POLAINO-LORENTE, A. y GARCÍA VILLAMISAR, D.: *Depresión infantil: una revisión conceptual desde la perspectiva clínica*. «Acta Pediátrica Española», 43, 9, 249-253, 1985.
- POZNANSKI, E.; COOCK, S. y CARROLL, B.: *Depression Rating Scale for Children*. «Pediatrics», 64, 442-450, 1979.
- POZNANSKI, E.; FREEMAN, L. y MOKROS, H.: *Children's Depression Rating Scale Revised (Septiembre 1984)*. «Psychopharmacological Bulletin», 21, 4, 979-989, 1985.
- POZNANSKI, M. D.; GROSSMAN, J.; BUCH, S.; BAUM, Y.; BANEGAS, M.; FREEMAN, L. y GIBSONS, R.: *Preliminary Studies of the Reliability and Validity of the Children's Depression Rating Scale*. «Journal of the American Academy of Child Psychiatry», 23, 2, 191-197, 1984.
- QUAY, H. C. y WERRY, J. S. (eds.): «Psychopathological Disorders of Childhood», 3.ª ed., 94, 1986.
- RABASSA-ASENJO, B.: *La depresión en España*. Laboratorios Lederle, Madrid, 1982.
- RICHMAN, N.: *Is a Behaviour Check-list for Preschool Children useful?* En: P. J. Graham (ed.). «Epidemiological Approaches in Child Psychiatry». Academic Press, 125-139, 1977.
- ROBINS, L. N.: *Follow-up Studies investigations Childhood Disorders*. En E. H. Hare y J. K. Wing (eds.). «Psychiatric Epidemiology: Proceedings of the International Symposium held at Aberdeen University 22-25 julio 1969». Oxford University Press, Londres, 1970.
- RUTTER, M.: *A Children's Behaviour Questionnaire for Completion by teachers: preliminary findings*. «Journal of Child Psychology and Psychiatry», 8, 1-11, 1967.
- RUTTER, M.: *Epidemiological Strategies and Psychiatric Concepts in Research on the vulnerable Child*. En: E. J. Anthony, C. Koupornik (eds.). «Children at Psychiatric Risk», Wiley, 167-179, Nueva York, 1974.
- RUTTER, M.: *Epidemiological Approaches in Child Psychiatry*. Academic Press, Londres, 1977.
- RUTTER, M.: *Epidemiological-longitudinal approaches to the study of Development*. En: M. Schmidt, H. Reschmidt (eds.). «Epidemiological Approaches in Child Psychiatry II», George Thieme Verlag, Stuttgart, 2-23, 1983.
- RUTTER, M.; TIZARD, J. y WHITMORE, K.: *Education, Health and Behaviour*. Longman Group Ltd., Londres, 1970.
- RUTTER, M.; GRAHAM, P. J.; CHADWICK, O. y YALE, W.: *Adolescent Turmoil, fact or fiction?* «Journal of Child Psychology and Psychiatry», 17, 35-56, 1976.
- SCHMIDT, M. H. y REMSCHMIDT, H.: *Preface to Epidemiological Approaches in Child Psychiatry II*. George Thieme Verlag, Stuttgart, 1983.

- SCHMIDT, M. H. y REMSCHMIDT, H.: *Epidemiological Approaches in Child Psychiatry II*. George Thieme Verlag, Stuttgart, 1983.
- TEUTING, P.; KOSLOW, S. H. y HIRSCHFELD, R. M.; *Special Report on Depression Research*. DHHS Publication N.º ADM 81-1085. National Institute of Mental Health. Vs. Government. Printing Office, Washington, D.C., 1982.
- WEINBERG, W. A.; RUTMAN, J.; SULLIVAN, L.; PENICK, E. C. y DEITZ, S. G.: *Depression in Children referred to an educational diagnostic Center diagnosis and Treatment*. «Journal of Pediatrics», 83, 1065-1072, 1973.
- WIRTH, R.; LACHAR, D.; KLINEDINST, J. y SEAT, P.: *Los Angeles WPS (Western Psychological Services) Multidimensional Description of Child Personality. A manual for the Personality Inventory for Children Revised*, 1984.