

# Estudio epidemiológico de la sintomatología depresiva infantil en la población escolar madrileña de ciclo medio

A. Polaino-Lorente<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> L. Mediano Cortés<sup>2</sup>, R. Martínez Arias<sup>3</sup>

**Resumen.** Estudio epidemiológico de la sintomatología depresiva infantil en la población escolar madrileña de ciclo medio.

**Objetivo:** Inferir la tasa de prevalencia de los trastornos depresivos, en población escolar madrileña de ciclo medio (N= 97.793).

**Método:** Se ha estudiado una muestra de 1.275 niños/as, entre 8 y 11 años de edad, obtenida mediante muestreo aleatorio por conglomerados, proporcional y estratificado, según tipo de enseñanza (pública, concertada y privada) y nivel educativo (3º, 4º y 5º de EGB).

La definición de "caso" mediante la entrevista clínica semiestructurada de Poznanski (Children's Depression Rating Scale-Revised, 1984) en función de los criterios clínicos del DSM-III-R, para la sintomatología de distimia y depresión mayor.

**Resultados:** Nuestros resultados arrojan una tasa total de prevalencia de trastornos depresivos del 10,1% (6,1% de distimia y 4% de depresión mayor).

**Conclusiones:** 1º. Muchos niños con sintomatología depresiva, pasan inadvertidos ante sus padres u otros cuidadores, médicos de familia y pediatras. 2º. Importancia de la detección precoz, y por consiguiente "instrumentos auxiliares de diagnóstico" para el clínico.

*An Esp Pediatr 1997;46:344-350.*

**Palabras clave:** Depresión infantil; Estudios epidemiológicos; Población general escolar; Tasas de prevalencia; CDRS-R y DSM-III-R.

## EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF THE SYMPTOMATOLOGY OF CHILDHOOD DEPRESSION IN MADRID'S SCHOOL-AGED POPULATION

**Abstract. Objectives:** This study shows the results of an incidental analysis of the prevalence rate of childhood depression (dysthymia and major depression) obtained in an epidemiological cross-study.

**Material and methods:** This study was carried out among Madrid's school-aged population from primary schools (3º, 4º and 5º EGB). The sample included a total of 1,275 children, both boys and girls, between 8 and 11 years old. They were chosen at random from different school systems (public, semi-public and private) and educational levels (3º, 4º and 5º EGB). The definition of "case" is based on Poznanski's semi-structured clinical interview (Children's Depression Rating Scale-Revised, 1984) depending on DSM-III-R's operational criterion for dysthymia and major depression symptomatology.

**Results:** The prevalence rates obtained in the general school-aged population were 6.1% for dysthymia and 4% with major depression. The total rate of depressive disorders was 10.1%.

**Key words:** Childhood depression. Epidemiological studies. General school-aged population. Prevalence rates. CDRS-R and DSM-III-R.

<sup>1</sup>Catedrático de Psicopatología. Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad Complutense de Madrid. <sup>2</sup>Doctora en Medicina. Psiquiatra. Clínica "Nº. Sra. de la Paz". Madrid. <sup>3</sup>Catedrática de Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

*Correspondencia:* Aquilino Polaino-Lorente.

c/ Ponzano 69, 6º, pta. 14. 28003 Madrid

*Recibido:* Abril 1996

*Aceptado:* Noviembre 1996

## Introducción

La bibliografía disponible sobre los trastornos afectivos en la infancia publicada en los últimos cinco años, revela un interés creciente hacia estos cuadros. En cuanto a la depresión infantil (DI) hay que decir, que a pesar de la aceptación de la misma como una entidad clínica independiente respecto a su definición, quedan aún cuestiones por zanjar. Lo que sí parece cierto, es que la edad del paciente modifica la expresión sintomatológica de la enfermedad, por lo que hoy se la considera no sólo como una variable interviniente, sino también como una variable moduladora -más aún configuradora- del modo en que la depresión se manifiesta en cada paciente (Kazdin, 1990; Polaino-Lorente, 1995)<sup>(1,2)</sup>. Una excelente revisión puede encontrarse en Shafii y Shafii (1992)<sup>(3)</sup>. Por otro lado, es evidente también el incremento de los estudios de tipo epidemiológico, aunque los primeros trabajos concluyentes sobre DI no aparecen hasta la década de los ochenta. Kazdin y cols., (1983)<sup>(4)</sup> y Kashani y cols. (1982)<sup>(5)</sup> encontraron una prevalencia de depresión mayor del 15% y 13%, respectivamente, en poblaciones de niños escolarizados. En una revisión realizada por Rivas Terán (1995)<sup>(6)</sup> las prevalencias que aparecen en investigaciones fuera de nuestro país, diferenciando entre síntomas y trastorno, son de un 33,36% para los primeros y un 6,17% para el segundo. Nissen (1991)<sup>(7)</sup> detecta la presencia de estados de humor ligeramente depresivo entre un 6 y 12% de una población psiquiátrica infantil tratada ambulatoriamente. Lo que sí parece cierto, es que hasta el momento, la mayor parte de las tasas de prevalencia de DI publicadas se han obtenido en poblaciones clínicas, arrojando cifras muy dispares. En nuestra opinión, parece probable pensar que estas discrepancias se deben, en gran medida, a la **heterogeneidad de las muestras** utilizadas en cuanto a **edad, sexo, estatus socioeconómico, procedencia y tamaño de las muestras (consulta externa o sujetos hospitalizados)**, etc. Las **fuentes de información** son también diferentes, aunque algo más homogéneas: entrevista clínica psiquiátrica aislada o acompañada de entrevista a padres e informe escolar, historias clínicas, etc. (Polaino-Lorente y Domènech, 1990; Tood, Reich y Reich, 1994)<sup>(8,9)</sup>.

Por otra parte, hay que decir que la mayor parte de los estudios epidemiológicos en paidopsiquiatría evalúan varios cuadros morbosos (Stavarakaki y col., 1989; Pedreira y col., 1993; Verhulst y col., 1993; Freeman y col., 1993; Pianta y col., 1994;

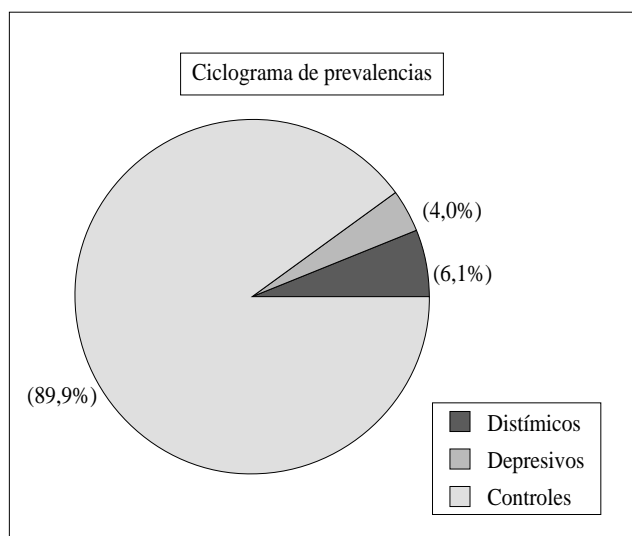
Brumback y col.,1993; Domènech,1994; De Mesquita y col.,1994; Fallon y col.,1994)<sup>(10-18)</sup>.

Los estudios en poblaciones no psiquiátricas son mucho más escasos. Anderson y col. (1987)<sup>(19)</sup> encuentran tasas de alrededor del **2,6%** en la población general. Fleing y Offord (1990)<sup>(20)</sup> ofrecen una revisión crítica de los estudios epidemiológicos de la depresión infantil en la población general y consideran que, en sólo cuatro de los trabajos realizados con niños por debajo de 12 años, se ha empleado una metodología correcta. Estos autores afirman que la prevalencia de **depresión mayor** es inferior al **3%** en niños prepuberales. En España, el primer estudio que evalúa la depresión infantil en población general escolar (una muestra de 6.432 niños de 8 a 11 años procedentes de distintas ciudades) es el realizado por Polaino y Domènech (1988)<sup>(21)</sup> en el que detectan un **1,8%** de los niños con **depresión mayor** y un **6,4%** con **distimia**, en base a los criterios del DSM-III. En un estudio realizado en población escolar madrileña de 4º de EGB (N=1.704) se detecta un **3%** de **depresión mayor** y un **9%** de **trastorno distímico** (Polaino-Lorente y García Villamizar,1993)<sup>(22)</sup>.

El **objetivo** del presente estudio, es inferir la tasa de prevalencia de los trastornos depresivos infantiles en la población escolar madrileña de ciclo medio (3º, 4º y 5º de EGB) a partir de una muestra aleatoria, homogénea y representativa (N= 1.275) de dicha población.

Queremos señalar que los resultados que se ofrecen a continuación deben considerarse como el "epílogo" de una investigación de mayores dimensiones y de varios años de duración (Mediano Cortés, 1995)<sup>(23)</sup>, cuyo principal propósito fue la acreditación de la CDRS-R, en cuanto a su fiabilidad y validez, como instrumento científico de medida de la depresión infantil, en su traducción, adaptación y aplicación en población general escolar española, persuadidos de la gran utilidad que tiene esta entrevista clínica semiestructurada, tanto para detectar la **presencia** y **severidad** de sintomatología depresiva en niños, como para su empleo como instrumento auxiliar en el diagnóstico y seguimiento clínico de los niños depresivos.

Por último, hay que decir que ante los resultados obtenidos hasta este momento, tanto dentro como fuera de nuestro país, parece prematuro dar por definitivas las tasas de prevalencia de depresión infantil, ya sean procedentes de estudios realizados en población clínica como en población general. Es más, incluso desde un punto de vista general, se puede decir que la prevalencia de los trastornos mentales infantiles (no sólo para la depresión en distintas etapas infantiles), es aún poco conocida debido a dificultades de diversa índole: instrumentos de cribado (*screening*) poco estudiados, idiosincrasia de las distintas etapas evolutivas infantiles, influencia y dependencia del contexto, etc. (Verhulst, 1995)<sup>(24)</sup>. Así, en una investigación realizada por Pedreira y cols. (1994)<sup>(25)</sup> encuentran que entre un 5% y un 15% de los niños y las niñas en edad escolar presentan algún tipo de trastorno psiquiátrico, pero sólo un pequeño porcentaje de ellos son identificados por los *dispositivos de atención primaria de salud* (APS) y cuando se identifican los tras-



**Figura 1.** Representa mediante un ciclograma, la proporción de sujetos "control" de la muestra estudiada, así como, las tasas de prevalencia en tantos por cien (%) de los trastornos depresivos (discriminando entre distimia y depresión mayor) encontrados en la presente investigación, estudiando una muestra representativa de n= 1.275 escolares de ambos sexos, extraída de la población general de escolares madrileños matriculados oficialmente durante el curso académico 92-93, tanto en colegios públicos, como concertados y privados (N= 97.793).

tornos, sólo un 50% de ellos son derivados a los servicios especializados. De aquí, que sostengamos con otros autores que para la detección eficaz de los trastornos mentales en la infancia es cada vez más necesario disponer primero de instrumentos auxiliares de tipo diagnóstico (sensibles, fiables y lo suficientemente validados), que sirvan de nexo de unión entre la APS y el nivel especializado. Hoy disponemos de suficientes escalas para valorar los trastornos psicopatológicos en la infancia, aunque habría que profundizar más la utilidad y propiedades de las ya existentes (Pedreira, 1993)<sup>(24)</sup>. Sin embargo, para la evaluación de trastornos psicopatológicos más específicos como la *ansiedad* y la *depresión*, es evidente que se precisa de nuevas aportaciones. Ya Poznanski y cols., en 1979<sup>(26)</sup>, postulaban la necesidad de instrumentos de evaluación para la clínica y la investigación de la depresión infantil, dando a conocer los primeros resultados que obtuvieron con su primera versión de la CDRS (*Children's Depression Rating Scale*). En 1985, realizaron una revisión de la misma, enriquecida por su experiencia clínica con niños depresivos, ofreciendo la CDRS-R (Poznanski y cols., 1985)<sup>(27)</sup>.

En el estudio que presentamos a continuación se parte de una definición rigurosa, exacta y explícita de los criterios utilizados para determinar la *definición operacional de "caso"*: el DSM-III-R y la CDRS-R, comprobando que esta última contiene en su estructura todos los elementos necesarios para satisfacer el diagnóstico de depresión mayor o distimia. Esto permite afirmar que las tasas de prevalencia obtenidas en este estudio pueden ser comunicadas y replicables, si bien queremos dejar claro que de-

Tabla I Tabla resumen de la población, estratificada según el tipo de centro escolar<sup>(1)</sup>

Tipo de centro escolar	Nº de colegios	Número de escolares			Subpoblaciones
		3º EGB	4º EGB	5º EGB	
PUBLICOS	280	9.920	10.857	12.221	32.998
CONCERTADOS	295	16.537	17.261	18.641	52.439
PRIVADOS	95	3.998	4.148	4.210	12.356
Totales	670	30.455	32.266	35.072	97.793

<sup>1</sup>Datos extraídos de los censos oficiales facilitados por el centro de proceso de datos de la delegación del Ministerio de Educación y Ciencia de la Comunidad de Madrid, curso académico 1992-1993.

Tabla II Número de colegios, según el tipo de enseñanza

Tipo de colegio	Tamaño submuestra	Número de colegios
Público	n <sub>1</sub> = 430	15
Concertado	n <sub>2</sub> = 684	23
Privado	n <sub>3</sub> = 161	6
Total	N = 1.275	44

Recordamos que el número de colegios se ha calculado, partiendo de tomar 30 niños de cada centro escolar. Así  $30 \times 15 = 450$ ;  $30 \times 23 = 690$ ;  $30 \times 6 = 180$ . Vemos que estas cifras se aproximan en su límite superior al tamaño proporcional de las submuestras que necesitamos para alcanzar el tamaño total de la muestra representativa (N = 1.275).

bido al diseño de la investigación, se trata de tasas incidentales de prevalencia de los trastornos depresivos infantiles.

## Método

### 1. Diseño

Estudio epidemiológico de tipo transversal u observacional cuyo objeto es obtener los índices de prevalencia de los trastornos depresivos en la población escolar madrileña de ciclo medio (niños/as entre 8 y 11 años de edad) a partir de una muestra de escolares representativa, con el fin de conseguir unos resultados fiables y válidos, y que a su vez puedan ser contrastados con los de otras investigaciones. Tanto el grupo de los “casos” como de los “controles” se eligieron con características similares respecto a variables que podían “confundir” el análisis (Rodríguez Contreras, 1993)<sup>(28)</sup>, como *edad*, *sexo* o, en general, circunstancias que puedan tener algún tipo de influencia, como el *tipo de escolarización (pública, privada o concertada)*. Esta estrategia exige que la totalidad de la muestra, también un alto porcentaje de sujetos sanos, sea explorada por un clínico, en este caso uno de los autores de este trabajo. Por otro lado, los diseños basados en el estudio de muestras ofrecen claras ventajas sobre los censales, no sólo porque permiten conocer con bastante precisión y un coste razonable, determinadas características de una población de un tamaño considerable, sino porque con los modelos actuales se consigue incluso una mayor exactitud en los resultados (Vázquez-Barquero, 1993)<sup>(29)</sup>. Este método nos permitió en primer lugar, estudiar un amplio núcleo de población lo que hace posible la generalización de los resultados (N=97.793); y en segundo lugar, llevar a cabo análisis estadísticos intensivos que permiten la verificación de hipótesis.

Recordamos que el número de colegios se ha calculado, partiendo de tomar 30 niños de cada centro escolar. Así  $30 \times 15 = 450$ ;  $30 \times 23 = 690$ ;  $30 \times 6 = 180$ . Vemos que estas cifras se aproximan en su límite superior al tamaño proporcional de las submuestras que necesitamos para alcanzar el tamaño total de la muestra representativa (N = 1.275).

### 2. Sujetos

La metodología utilizada exigió delimitar con precisión la extensión y naturaleza de la población objeto de estudio de la que se extraería una muestra *representativa* (homogénea, adecuada y no viciada) y *cuantitativamente “lo suficientemente grande”*, para poder realizar un análisis de los datos con los grados de precisión y fiabilidad deseados para conseguir el objetivo propuesto. Dentro de los métodos de muestreo, según el criterio de recopilación, elegimos un diseño probabilístico: **muestreo aleatorio por conglomerados, estratificado según el tipo de enseñanza (pública, concertada y privada) siendo la unidad de muestreo el tipo de colegio, y el nivel educativo (3º, 4º y 5º de EGB)**. Con este procedimiento, la población universo con un tamaño de N = 97.793, quedó clasificada en tres subpoblaciones o estratos (escolares de la enseñanza pública: n<sub>1</sub> = 32.998; escolares de la enseñanza concertada: n<sub>2</sub> = 52.439; escolares de la enseñanza privada: n<sub>3</sub> = 12.356). Véanse **tablas I y II**. El cálculo del **tamaño de la muestra** se hizo 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 de e = 0,028**. Se aplicó la fórmula de Rumeau-Rouquette (1985)<sup>(30)</sup>:  $n = 1/e^2$  (n=tamaño de la muestra; e=grado de precisión) resultando que el tamaño ideal de la muestra debía ser de  $1/0,028^2 = 1.275$  escolares. En las proporciones de respuesta se ha estimado un error inferior a  $\pm 10\%$ . Y partiendo del tamaño muestral deseado, por medio del procedimiento aleatorio simple, se tomó de cada estrato (*tipo de enseñanza*) una submuestra cuyo tamaño respecto a la muestra total, mantuviera la proporción existente entre el estrato y el universo que se estudia, lo cual se pudo realizar al tener un conocimiento exacto de la composición de la población universo (véase **Tabla III**). Previamente a la ejecución del muestreo, se determinaron los siguientes **criterios de exclusión** en la selección de los escolares: (1) Tener

más de 11 años o menos de 8. (2) Estar dentro del régimen de “integración escolar” actualmente vigente en nuestra Comunidad. (3) Existencia de enfermedad psíquica o neurológica, conocida por el profesor o por el gabinete psicopedagógico del centro, según los casos, recibida a través de la información aportada por la familia del niño. En el caso de que en el muestreo aleatorio el sujeto seleccionado presentara alguno de los criterios anteriores, se determinó “a priori” elegir al niño o a la niña con el siguiente número de lista.

### 3. Instrumento

Los 1.275 niños han sido evaluados con la *Children's Depression Rating Scale-Revised* (Poznanski, Grossman, Buchbaum, Banegas, Freeman y Gibbons, 1985)<sup>(27)</sup>.

La CDRS-R es una entrevista clínica semiestructurada diseñada por sus autores para medir la **presencia** y **severidad** de la 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 del niño 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 4, 5 y 16, 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; 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.(1985)<sup>(27)</sup>, 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*. La CDRS-R también puede ser administrada a los padres, profesores, trabajadores sociales, o a otras personas que puedan informar sobre el estado afectivo del niño. En este caso, 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 suele prolongarse.

### 4. Procedimiento

Para la “definición operacional de constructo” (Martínez Arias, 1995)<sup>(31)</sup> se analizaron aquellas conductas, tanto verbales como no verbales, que podían ser consideradas como depresivas en niños de 8 a 11 años, teniendo en cuenta la situación con-

Tabla III Frecuencias absolutas de escolares según el tipo de enseñanza; y tamaño de las submuestras calculadas para este estudio.

Tipo de centro	Tamaño subpoblación	Tamaño submuestra
Público	32.998 (p <sub>1</sub> )	430 (n <sub>1</sub> )
Concertado	52.439 (p <sub>2</sub> )	684 (n <sub>2</sub> )
Privado	12.356 (p <sub>3</sub> )	161 (n <sub>3</sub> )
Totales	97.793 (P)	1.275 (N)

*Datos facilitados por la Delegación del Ministerio de Educación y Ciencia en Madrid, centro de proceso de datos. Extraídos de los datos censales facilitados en agosto de 1992.*

creta de evaluación: ámbito escolar habitual, en un día lectivo cualquiera. Tomando como referencia el estudio de Polaino-Lorente (1988)<sup>(9)</sup>, se “vaciaran” los 17 ítems de la CDRS-R, en función de los criterios del DSM-III-R para la distimia y la depresión mayor, pudiendo concluirse que *la CDRS-R cubre todos los criterios exigidos por el DSM-III-R, para la depresión mayor y la distimia*. Este procedimiento también sirvió para la *definición operacional de “caso”* en función de los criterios sintomatológicos del DSM-III-R para la distimia y la depresión mayor, quedando clasificados todos los niños de la muestra en tres grupos: “control” (ausencia de síntomas de distimia y depresión mayor), “distímico” y “depresivo”. Queremos resaltar, que el grado de severidad de un ítem de la CDRS-R para que pueda considerarse que realmente satisface un síntoma de los criterios del DSM-III-R, debe puntuar 4 como mínimo (indicador de sintomatología entre “leve” y “moderada”; Poznanski y cols. 1985)<sup>(27)</sup>. Este criterio también ha sido aplicado en las investigaciones realizadas en poblaciones españolas que han utilizado la CDRS-R. Una cuestión que parece oportuno aclarar es que el DSM-III-R exige para el diagnóstico de depresión mayor, un período de dos semanas de permanencia de la sintomatología, y de un año, para la distimia, en niños y adolescentes. En este estudio se ha podido respetar el criterio temporal exigido para la depresión. En la distimia, obviamente, no ha podido realizarse un seguimiento de la sintomatología durante un año, debido a las exigencias del diseño de esta investigación. Con esto se quiere dejar claro que cuando se habla de depresión mayor nos referimos al diagnóstico del síndrome de depresión mayor (DM), puesto que los casos que hemos detectado presentaban en ese momento todos los síntomas exigidos por los criterios diagnósticos del DSM-III-R. Pero cuando se habla de distimia (TD) nos estamos refiriendo a la presencia, en ese momento, de los síntomas requeridos para la distimia, sin tener en cuenta el criterio temporal; por tanto, no se trata en este caso de un diagnóstico clínico. Por otro lado, el diagnóstico de distimia todavía sigue siendo problemático, ya que los casos de distimia que se desarrollan antes de los 21 años, el DSM-III-R, los clasifica co-

Tabla IV Prevalencias de depresión, distimia en poblaciones no psiquiátricas

	Tasa (%) prevalencia	Tamaño muestra	Edad (años)
Anderson et al. (1987)	1,8	782	11
Bird et al. (1989)	5,9	777	4 a 6
Velez et al. (1989)	1,7	786	11 a 20
Costello et al. (1989)	2,0	789	7 a 11
Offord et al. (1989)	* 9,9	2.679	4 a 16

\* trastornos emocionales

Tomado de E. Costello (1989)

mo de “inicio precoz”, y algunos investigadores consideran que el tipo de distimia primaria de inicio precoz constituye una entidad nosológica diferenciada (cfr. DSM-III-R; APA, 1987)<sup>(32)</sup>. A lo que cabe añadir lo que en este mismo manual se dice: “Los límites entre la distimia y la depresión mayor no están claros, especialmente en niños y adolescentes”.

## Resultados

Como es sabido, la prevalencia representa el número total de casos de una enfermedad en una determinada población y en un momento determinado, sin distinguir si esos casos son crónicos o aparecieron en ese momento. Por lo tanto, la tasa de prevalencia en el presente estudio designará la proporción de “casos” existentes de trastorno depresivo (diagnóstico sintomatológico), en la población general de escolares madrileños de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 8 y los 11 años. La tasa de prevalencia se ha calculado dividiendo la frecuencia de casos (número de sujetos que padecen el trastorno en un momento dado), entre el número total de sujetos que componen la población general estudiada en ese momento, expresando el resultado en tantos por ciento (**tasa de prevalencia (%) = E/P x 100**, donde: **E**=número de sujetos que padecen la enfermedad y **P**=número de sujetos que configuran la población). La muestra de N= 1.275 sujetos, tras aplicar los criterios del DSM-III-R, quedó clasificada en tres grupos: **130 sujetos “caso” (79 distímicos y 51 depresivos) y 1.145 “control”**.

Aplicando la fórmula anterior se obtuvieron los siguientes resultados:

**TRASTORNOS DEPRESIVOS (%) = 130 / 1.275 x 100 = 10,19607 (10,19%)**

**Distimia (%) = 79 / 1.275 x 100 = 6,19607 (6,19%)**

**Depresión mayor (%) = 51 / 1.275 x 100 = 4 (4%)**

Según los resultados obtenidos por Mediano Cortés (1995)<sup>(23)</sup> en los índices de sensibilidad y especificidad de la CDRS-R analizando distintos puntos de corte de la puntuación total, el valor de 40, es el que discrimina de modo más cercano al ideal, entre niños con trastorno (síntomatología distímica y/o depresiva)

Tabla V Prevalencias de sintomatología depresiva en poblaciones no psiquiátricas

	Tasa (%) prevalencia	Tamaño muestra	Edad (años)
Esser et al. (1990)	6,0	356	13
Rubio-Stípec et al. (1994)	7,3	248	9 a 17
Wright-Strawderman et al. (1992)	38,85	53	8 a 11
Larson et al. (1992)	10	471	8 a 12
Polaino-Lorente et al. (1993)	11	201	8 a 12
Mediano Cortés (1995)	10,1	1.275	8 a 11

Elaborada por Mediano Cortés (1996).

y niños del grupo control (ausencia de sintomatología distímica y/o depresiva), obteniendo un **índice de sensibilidad** muy aceptable (**79,9%**) y un **índice de especificidad óptimo (99,7%)**. En base a estos resultados, se tomó la puntuación total de 40 como “punto de corte” para discriminar entre niños “caso” y “control”, por lo que podemos decir que las tasas de prevalencia obtenidas en esta investigación, ofrecen buenas garantías. De cara a contrastar estos resultados (6,1% de distimia y 4% de depresión mayor) con los de otras investigaciones de características similares, las tasas de prevalencia (aunque provisionales) que encuentran Polaino-Lorente y García Villamizar (1993)<sup>(22)</sup> también en población general madrileña (n=201 escolares de ambos sexos entre los 8 y 12 años de edad) son: un **9%** de distimia y un **3%** de depresión mayor.

En cuanto a la posibilidad de comparar nuestros resultados con los obtenidos en otros países en poblaciones no psiquiátricas, encontramos que Costello (1989)<sup>(33)</sup> hace una revisión de las prevalencias ofrecidas por distintos autores entre 1987 y 1989 arrojando cifras entre un **1,7%** y **5,9%** para depresión, distimia, pero un **9,9%** de trastornos emocionales en un trabajo de Offord con una muestra ostensiblemente mayor N= 2.679 y con un rango de edades de 4 a 16 años (véase **Tabla IV**). Sin embargo, en la década de los noventa, podemos observar tasas mayores, similares a nuestros resultados: Schmidt y cols.(1990)<sup>(34)</sup> que encuentran un **6%** de trastornos afectivos (N= 216; edad=13 años); Rubio-Stípec y cols.(1994)<sup>(35)</sup> un **7,3%** (N=248; edad= 9 a 17 años.); Wright-Strawderman y cols.(1992)<sup>(36)</sup> un **35,85%** de síntomas depresivos (N=53; edad= 8 a 11 años); Larson y cols. (1992)<sup>(37)</sup> un **10%** (N= 471; edad= 8 a 13 años de edad). Señalar que los tamaños de las muestras son significativamente menores que el de la muestra del presente estudio, si bien vemos que es coincidente con el estudio de Larson con una N=471 (véase **Tabla V**).

## Discusión

El resultado incidental de la **tasa de prevalencia del episodio depresivo mayor** encontrada en este estudio epidemiológico, ha resultado ser del **4%**, y el índice correspondiente para la sintomatología **distímica** del **6,1%**. Esto significa que el **10,1%** de los niños de ambos sexos escolarizados en la ciudad

de Madrid, entre los 8 y los 11 años de edad, presentan algún tipo de trastorno depresivo. Este resultado es coincidente, globalmente, con el encontrado por Polaino-Lorente y García Villamizar (1993)<sup>(10)</sup>: 10% de depresión infantil. El hecho de que ambos estudios se hayan realizado de una parte, en población general escolar y en el mismo rango de edades y, de otra que se hayan empleado los mismos instrumentos diagnósticos (CDRS-R y DSM-III-R) en la definición de caso, hace que los resultados preliminares, debido al tamaño de la muestra (N= 201), del mencionado estudio, sean análogos a los resultados obtenidos en el presente estudio, realizado en una muestra de mayor tamaño (N= 1.275).

## Conclusiones

En nuestra opinión, los índices de prevalencia de trastornos depresivos infantiles (10,1%) encontrados, tanto de distimia (6,1%) como de depresión mayor (4%), en la población escolar madrileña de ciclo medio, en base a los criterios sintomatológicos del DSM-III-R y empleando la entrevista clínica CDRS-R, ofrecen suficientes garantías de fiabilidad y validez. Esto permite formular las siguientes conclusiones: (1ª) Al ser éste un estudio realizado en población general, los resultados permiten inferir que hay niños con trastornos depresivos que pasan inadvertidos, tanto a los familiares como a los profesionales que están en contacto con ellos, por lo que no acuden ni al pediatra ni al psiquiatra. Este hecho enfatiza la importancia de la **detección precoz** de este tipo de trastornos infantiles. (2ª) Que la prevalencia de distimia y de depresión mayor en niños de 8 a 11 años, atendiendo a la presencia y severidad de los síntomas, es muy distinta. Lo que subraya la necesidad de “instrumentos auxiliares de diagnóstico” que permitan al clínico discriminar entre una distimia, una depresión mayor, o simplemente, unos síntomas depresivos.

## Bibliografía

- 1 Kazdin AE: Developmental Differences in Depression. En: BB Lahey & AE Kazdin (eds.) *Advances in Clinical Child Psychology*, 1990;193-219. New York: Plenum.
- 2 Polaino-Lorente A.: Los Trastornos Afectivos en la Infancia. Las depresiones infantiles. En: Rodríguez Sacristán (ed.) *Psicopatología del niño y del adolescente*, 1995. Universidad de Sevilla. Tomo I; págs.655-688.
- 3 Shafii M, Shafii SL (ed): *Clinical Guide to Depression in Children and Adolescents*, 1992; American Psychiatric Press. Washington.
- 4 Kazdin AE, Matson JL, Senatore V: “Assesment of depression in mentally retarded adults”. *Am J Psychiat*, 1983; **140**:1040-1043.
- 5 Kashani JF, Cantwell DP, Shefim WO: Major depressive disorder in children admitted to an inpatient community mental health center, 1982; **139**:671-672.
- 6 Rivas Terán MV: *Psicopatología en la edad escolar*, 1995. Universidad de Cantabria; pág. 58.
- 7 Nissen G: *Trastornos psíquicos en la infancia y la juventud. Compendio de psiquiatría infantil y juvenil*, 1991: Barcelona, Herder: págs.147-152.
- 8 Polaino-Lorente A, Domènech LLaberia E: *Epidemiología de la depresión infantil*, 1990. Barcelona. Espax: págs.153-169.
- 9 Tood RE: Use of siblings, twins, and cousins in the study of child and adolescent psychopathology. *Current Opinion in Psychiatry*, 1994; **7**:315-318.
- 10 Stavrakaki C, Gaudet M: Epidemiology of Affective and Anxiety Disorders in Children and Adolescents”. *Psychiatry Clinics of North America*, 1989; **12**(4):791-789.
- 11 Pedreira Massá 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 JL G y cols.: *El método epidemiológico en salud mental*, 1993. Barcelona. Masson.
- 12 Verhulst FC y Ende J: “Comorbidity” in a Epidemiological Sample: a Longitudinal Perspective”. *Journal Child Psychology Psychiatry*, 1994; **34**(5):767-783.
- 13 Freeman LN, Mokros H, Poznanski EO: Violent Events Reported by Normal Urban School-Aged Children: Characteristics and Depression Correlates. *Journal Academy Child Adolescent Psychiatry*, 1993; **32**(2):419-423.
- 14 Pianta RC, Lothman: Predicting Behavior Problems in Children with Epilepsy: Child Factors, Disease Factors, Family Stress, and Child-Mother Interaction. *Child Development*; 1994;**65**:1415-1428.
- 15 Brumback RA: Is Depression a Neurologic Disease?. *Neurologic Clinics*, 1993;**11**(1):79-103.
- 16 Domènech LLaberia E: Psicopatología en la etapa escolar. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 1994;**3**:147-151.
- 17 De Mesquita PB, Gilliam WS: Differential Diagnosis of Childhood Depression-Using Comorbidity and Symptom Overlap to generate multiple hypothesis. *Child Psychiatry and Human development*, 1994; **24**(3):157-172.
- 18 Fallon T, Schwab-Stone M: Determinants of Reliability in Psychiatric Surveys of Children Aged 6-12. *Journal of Child Psychiatry*, 1994; **35**(8):1391-1408.
- 19 Anderson J, Williams S, McGee R, Silava PA: DSM-III disorders in preadolescent children. *Archives General Psychiatry*, 1987;**44**:69-76.
- 20 Fleing JE, Offord DR: Epidemiology of Childhood Depressive Disorders: A critical Review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1990;**29**(4):571-580.
- 21 Polaino-Lorente A, Domènech LLaberia E: La depresión en los niños españoles de 4º de EGB, 1988. Geigy. Barcelona.
- 22 Polaino-Lorente A, García Villamizar DA: *La depresión infantil en Madrid: Un estudio epidemiológico*. 1993. Madrid. Editorial AC.
- 23 Mediano Cortés ML: El diagnóstico de los trastornos depresivos en la infancia: estudios de fiabilidad y validación de la CDRS-R en población escolar española. Tesis doctoral, 1995. Universidad Autónoma de Madrid.
- 24 Verhulst FC: La epidemiología en psicopatología infantil. Cuestiones generales y estudios de prevalencia. En: Rodríguez Sacristán (ed): *Psicopatología del niño y del adolescente*, 1995; págs.79-103.
- 25 Pedreira Massá JL, Martín Martínez de Toda, Fernández Villar: “Experiencias asistenciales en psiquiatría infantil: la etapa escolar y sus perfiles evolutivos y psicopatológicos”. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 1994; **3**:152-161.
- 26 Poznanski EO, Cook SC, Carrol B: A Depression Rating Scale for Children”. *Pediatrics*, 1979;**64**(4):442-450.
- 27 Poznanski EO, Freeman LN, Mokros H: Children’s Depression Rating Scale-Revised (Sept 1984). *Psychopharmacology Bulletin*, 1985; **21**(4):979-989.
- 28 Rodríguez Contreras R: Epidemiología descriptiva en salud mental: estudios de corte”. En: G de Rivera JL. *El método epidemiológico en salud mental*. 1993. Barcelona. Masson-Salvat; págs.11-15.

- 29 Vázquez-Barquero JL: Los estudios comunitarios de salud mental: su diseño y ejecución. En: G de Rivera JL. El método epidemiológico en salud mental. 1993. Barcelona. Masson-Salvat; págs.19-32.
- 30 Rumeau-Rouquette C, Breat G, Padiou R: Methodes en epidemiologie, 1985.(3ª ed) París. Flammarion.
- 31 Martínez Arias R: Psicometría: Teoría de los Tests Psicológicos y Educativos. 1995. Síntesis. Madrid.
- 32 American Psychiatric Association: DSM-III-R. Manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales. 1989. Traducción española. Barcelona. Masson.
- 33 Costello E: Developments in Child Psychiatric Epidemiology. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1989;Special Section:836-841.
- 34 Esser G, Schmidt MH, Woerner W: Epidemiology and course of Psychiatric Disorders in School-Age Children Results of Longitudinal study. *Journal Child Psychol Psychiat*, 1990;**31**(2):243-263.
- 35 Rubio-Stipec M, Camino GJ, Shrout P, Dulcan M, Freeman D, Braw M: Psychometric Properties of Parents and Children as Informants in Child Psychiatry Epidemiology with the Spanish Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC.2). *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1994;**22**(6):703-720.
- 36 Wright-Strawderman C, Watson BL: The prevalence of Depressive symptoms in children with Learning Disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 1992;**25**(4):258-264.
- 37 Larson B, Melin L: Prevalence and short-term stability of depressive symptoms in school children". *Acta Psychiatr Scand*, 1992;**85**:17-22.