EVALUACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN AUTO REPORTADOS

Ana Vilar[12], Maria Jesús Blasco[234], Laura Ballester[34], Santiago Batlle[1], Carlos G. Forero[234]

[1]CSMIJ Sant Martí i La Mina, Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions (INAD), Parc de Salut Mar, Barcelona, Spain. [2]Universitat Pompeu Fabra (UPF), Department of Experimental and Health Sciences, Barcelona, Spain. [3]CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Spain. [4]Health Services Research Unit, IMIM - Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques, Barcelona, Spain

Introducción

El TDM es un trastorno frecuente y recurrente en población infantojuvenil. El éxito del tratamiento depende de la habilidad para diagnosticar y medir su gravedad. El diagnóstico se basa en el paradigma de evaluación clínica, pero muy a menudo, se utilizan cuestionarios para el cribado o la derivación en entornos no clínicos.

Objetivos

Describir cómo se evalúan los síntomas depresivos en cuestionarios autoreportados para niños y adolescentes, según sus contenidos y funciones involucradas; y evaluar la calidad de los ítems a través de dos indicadores: nivel de lectura necesario y adecuación al período recordatorio del diagnóstico.

Métodos

Se realizó una revisión de instrumentos autoreportados desarrollados para evaluar depresión unipolar en niños y adolescentes de 7 a 17 años a través de varias fuentes, incluyendo revisiones pasadas, bases de datos de resúmenes, guías clínicas y motores de búsqueda en Internet. Se incluyeron 16 instrumentos. Los ítems fueron clasificados en contenidos por dos revisores independientes. Se calcularon los acuerdos de Kappa y las discrepancias se resolvieron por consenso.

Resultados

449 ítems fueron analizados. El acuerdo kappa inicial fue 0.86. La mayoría de los ítems se referían a sintomatología cognitiva (40.3%) -contenido pensamientos 91.7%-, seguidos por sintomatología afectiva (26.7%) -ánimo 57.5%-, regulación/activación (18.7%) -activación 38.1%- y funcionalidad (6.7%) -social 43.3%. Los síntomas de ansiedad (3.3%) y somáticos o fisiológicos (3.3%) se exploraban de forma marginal. Cuatro ítems (0.9%) no pudieron ser clasificados. Los instrumentos dirigidos a población adolescente equilibraban mejor la frecuencia de síntomas cognitivos y afectivos (29.9 %, 28.7%, respectivamente) que los dirigidos a población infantojuvenil general (45.9% Vs 5.7%). Cinco de los instrumentos (218 ítems) no especificaban período recordatorio; cuatro presentaban un período recordatorio corto (68 ítems). Cuatro instrumentos (161 ítems) presentaban un nivel de lectura superior para el grupo de edad al que iban dirigidos y cinco (85 ítems) no mostraban este indicador.

Figura 1. Áreas de expresión por sintomatología

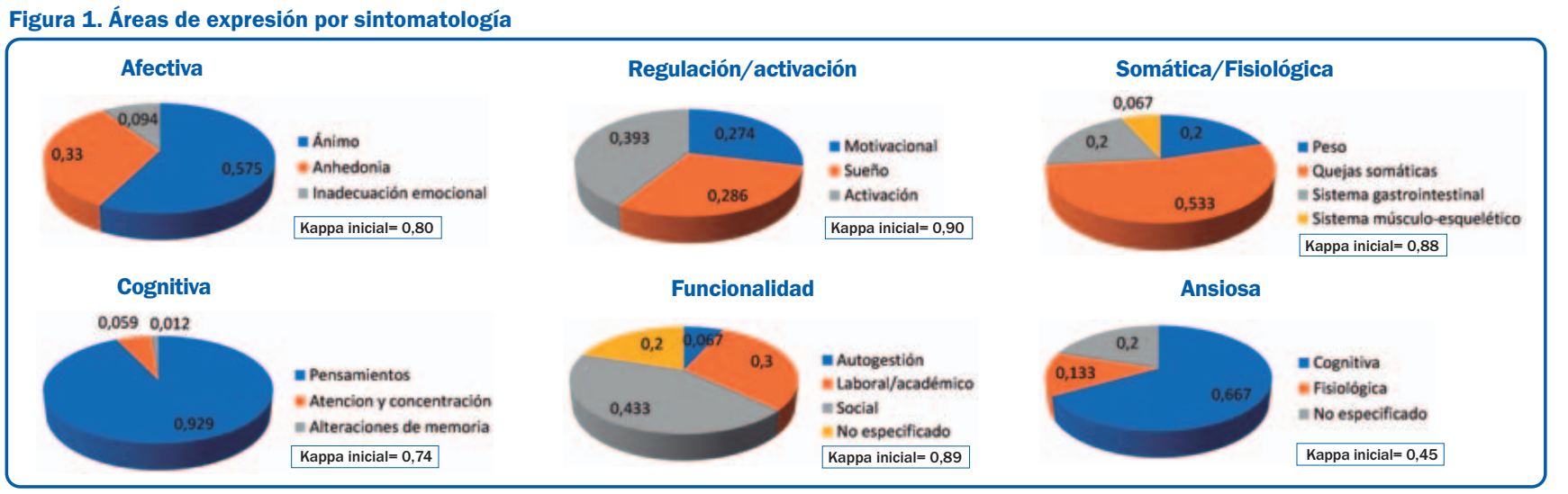

Tabla 1. Instrumentos explorados

Instrumento	Año	Autores	Rango edad	Nº ítems	Período recordatorio	Nivel de lectura
Children's Depression Scale (CDS)	1983	Lang, M. & Tisher, M.	7 to 18	66	No especificado	El más bajo
Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS)	1987	Reynolds, WM.	13 to 17	30	Últimas dos semanas	3er grado
Children's Depression Inventory (CDI)	1985	Kovacs, M.	7 to 15	27	Últimas dos semanas	2º grado
Beck's Depression Inventory (BDI)	1996	Beck, A.	>13	21	Últimas dos semanas	5º- 6º grado
Depression Self Rating Scale (DSRS)	1978	Birleson, P.	8 to 14	18	Última semana	No especificado
The Mood and Feelings Questionnaire (MFQ)	1987	Angold, A. & Costello, EJ.	7 to 17	33	Últimas dos semanas	No especificado
Patient Health Questionnaire (PHQ)	2001	Kroenke K., Spitzer RL. & Williams JB.	>13	10	Últimas dos semanas	8º grado
Centre for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC)	1980	Weissman et al	>6<17	20	Última semana	3er grado
Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS)	2000	Chorpita, BF., Yim, LM., Moffitt, CE., Umemoto LA.& Francis, SE.	>8<18	47	No especificado	No especificado
Depression anxiety stress scales (DASS) -depression subescale-	1995	Lovibond SH. & Lovibon PF.	>14	14	Última semana	No especificado
Reynolds child depression scale (RCDS)	2014	Reynolds, WM.	>7<13	30	Últimas dos semanas	2º grado
Multiscore Depression Inventory for Children (MDI-C)	1996	Berndt, DJ. & Kaiser FK.	>8<17	79	No especificado	2ºgrado
Kutcher Adolescent Depression Scale (KADS)	2006	Kutcher, S.	>12<17	16	Última semana	6ºgrado
The Adolescent Depression Rating Scale (ADRS)	2007	Revah-Levy, A., Birmaher, B., Gasquet, I & Falissard, B.	>13<20	10	Últimas dos semanas	No especificado
Depression and Anxiety in Youth Scale (DAYS)	1994	Newcomer, PL., Barenbaum, EM., & Bryant, BR	>6<19	22	No especificado	3er grado
Weinberg Screening Affective Scale Long Form (WSAS)	1998	Weinberg, WA., Harper, CR & Emslie GJ.	>5<21	56	No especificado	4º grado

Table 2. Clasificación de ítems por tipo de sintomatología

Tipo de sintomatología	Total ítems (n=449)	Ítems en versiones niños y adolescentes (n=292)	Ítems en versiones sólo adolescentes (n=157)
Afectiva	26,7%	25,7%	28,7%
Cognitiva	40,3%	45,9%	29,9%
Regulación/activación	18,7%	17,1%	21,7%
Funcionalidad	6,7%	4,8%	10,2%
Ansiedad	3,3%	2,4%	5,1%
Somática/Fisiológica	3,3%	3,1%	3,8%
No clasificado	0,9%	1,0%	0,6%

Conclusiones

En autoinformes la sintomatología cognitiva es sobreexplorada, mientras apenas se evalúan síntomas clínicos de regulación/activación, funcionamiento y somáticos/fisiológicos. La sintomatología afectiva, nuclear en la definición de trastorno, es menos explorada que la cognitiva. Los contenidos superan el nivel de comprensión lectora de algunos grupos de edad. Como instrumentos de orientación, concuerdan poco con los contenidos de sintomatología clínica, lo que supone una amenaza en la validez de las exploraciones diagnósticas.

Financiación: ISCIII FEDER (EXP PI16/00165); DIUE Cataluña 2017SGR452.

INAD Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions

Parc de Salut MAR Barcelona