



**EVALUACIÓN
MULTIMÉTODO Y MULTIINFORMANTE
DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA
EN NIÑOS Y ADOLESCENTES**

Anna Figueras Masip

2006

Tesis Doctoral dirigida por el
Dr. Juan Antonio Amador Campos

5

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Este estudio analiza la utilidad de un procedimiento de evaluación de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes de 9 a 18 años, mediante diversos instrumentos (autoinformes, heteroinformes y entrevistas) y fuentes de información (participantes, padres y profesores). El estudio plantea el procedimiento de evaluación en tres fases: las dos primeras de evaluación conjunta y general, y una tercera de evaluación individualizada. En este apartado se revisan los principales resultados obtenidos según las fases del estudio. A partir de estos datos se irán comentando los objetivos planteados al inicio del estudio, a la vez que se valoraran las implicaciones teóricas y las aplicaciones prácticas de los resultados. En primer lugar, se revisan las características psicométricas del CDI, RADS y RCDS en muestra comunitaria y clínica en las dos primeras fases del estudio. También se revisa la eficacia clínica de estos tres instrumentos. En segundo lugar, se revisan los resultados obtenidos en la fase de evaluación multimétodo y multiinformante; las conclusiones se centran en el análisis de la prevalencia y comorbilidad de la sintomatología depresiva, del acuerdo entre informantes y del acuerdo diagnóstico entre jueces.

5.1 Características psicométricas del CDI, RADS y RCDS en muestra comunitaria y clínica

En general, las características psicométricas del CDI, el RADS y el RCDS obtenidas en este estudio son parecidas a las obtenidas en otros trabajos realizados con estos instrumentos en muestras comunitarias y clínicas en contextos de habla hispana y no hispana, revisados en anteriores apartados de este trabajo (tablas 3-7 a 3-40).

En primer lugar, la distribución de las puntuaciones de los tres instrumentos en la muestra comunitaria confirma la tendencia hacia la disminución de éstas en la fase de retest, el llamado “efecto de atenuación” (Egger y Angold, 2004). En esta línea, diversas investigaciones han mostrado que administraciones repetidas, a lo largo del tiempo, de autoinformes están asociadas a una disminución significativa de las puntuaciones en la segunda administración respecto a la primera (Finch et al., 1987; Kaslow et al., 1984; Meyer et al., 1989). Este efecto también se ha encontrado en los informes de padres (Achenbach, 1991a) y de profesores (Achenbach, 1991b). Además, en la muestra comunitaria, la disminución de las puntuaciones de la fase de retest para el CDI, para el RADS y para el RCDS, encontrada en este estudio, muestra que las tres pruebas son sensibles a la fluctuación temporal que suele darse en la sintomatología depresiva, incluso en intervalos cortos entre administraciones (Reynolds, 1987).

Por otro lado, las medias y desviaciones típicas obtenidas en las fases test y retest, tanto en muestra comunitaria como clínica, son similares a las de los estudios revisados (Saylor et al., 1984; Reynolds et al., 1985; Baker et al., 1988; Reynolds, 1987, 1989, 2002; Hepperlin et al., 1990; Campbell et al., 1992; Kovacs, 1992). Para el CDI, las puntuaciones medias oscilan entre 7,66 y 12,75, en la muestra comunitaria, y entre 11,13 y 20,93 en la muestra clínica, siendo estos resultados similares a los obtenidos en las investigaciones con muestra española (Del Barrio et al., 2004; Monreal, 1988). Para el RADS las puntuaciones medias oscilan entre 45,51 y 52,18 en la muestra comunitaria, y entre 53,46 y 66,48 en la muestra clínica y, para el RCDS, las puntuaciones medias oscilan entre 43,67 y 48,19 en la muestra comunitaria, y entre 48,87 y 58,72 en la muestra clínica. Los resultados de estos dos instrumentos de Reynolds muestran valores parecidos a los que refiere el autor en sus estudios (Reynolds, 1987, 1989, 2002).

En cuanto a las diferencias relacionadas con la edad y el sexo, los datos obtenidos indican que, en general, los chicos puntúan por debajo de las chicas a partir

de los 13 años (2º ESO) y que las puntuaciones aumentan con la edad de los participantes, tanto en la muestra comunitaria como en la muestra clínica. En los participantes de 10 a 12 años (5º y 6º de Primaria y 1º de ESO) no se aprecian diferencias entre chicos y chicas en las puntuaciones de ninguno de los instrumentos administrados. Estos datos son semejantes a los encontrados por Angold et al. (1992), Nolen-Hoeksema et al. (1994) y Reinherz et al. (1990), y confirman la tendencia a encontrar diferencias significativas entre sexos, en la presencia de sintomatología depresiva, a partir de la adolescencia (aproximadamente a los 13 años) y que continúan hasta la edad adulta.

En lo referente a las puntuaciones de corte obtenidas con nuestros datos se observa que, tomando como referencia los puntos de corte establecidos por los autores de los tres instrumentos (Kovacs, 1992; Reynolds, 1987, 1989, 2002), para el RADS y el RCDS el porcentaje de participantes identificados con sintomatología depresiva no supera el 3% en muestra comunitaria ni el 8% en muestra clínica, aunque los resultados obtenidos con el CDI muestran porcentajes más elevados de niños y adolescentes clasificados, tanto en muestra comunitaria (alrededor del 11%) como en muestra clínica (13%). En relación a este aspecto, la sensibilidad y la especificidad de los instrumentos indican que el mejor punto de corte se sitúa en una puntuación directa de 77 para el RADS, de 74 para el RCDS y de 24 para el CDI. En el caso de los instrumentos de Reynolds los puntos de corte son iguales a los establecidos por el autor (Reynolds, 1987, 1989, 2002), pero para el CDI el punto de corte establecido en este estudio supera en 5 puntos al establecido por Kovacs (1992), y al de Del Barrio et al. (2004) en la adaptación española del cuestionario.

La fiabilidad de los instrumentos, medida mediante la consistencia interna y la fiabilidad test-retest, es buena en ambas fases y ambas muestras, comunitaria y clínica, y replica los datos de anteriores estudios revisados (Saylor et al., 1984; Bartell et al., 1986; Hepperlin et al., 1990; Weiss et al., 1992; Del Barrio et al., 1996; Reynolds et al., 1998). La validez, es elevada en los tres instrumentos que evalúan sintomatología depresiva (CDI, RADS y RCDS), tanto en muestra comunitaria como clínica, y media en otros instrumentos de autoinforme que evalúan otros tipos de síntomas psicopatológicos como los externalizantes (YSR). Estos resultados son congruentes con los datos obtenidos en diversos estudios (Reynolds, 1989, 1987, 2002; Hepperlin et al., 1990).

En último lugar, la estructura factorial del CDI, RADS y RCDS, encontrada en este trabajo, es congruente a la hallada en otros estudios realizados con estos instrumentos. Para el CDI se han identificado 6 factores, igual que Craighead (1998) en muestra anglosajona, pero diferente de la encontrada por Del Barrio et al. (2004) quienes, en la adaptación española del instrumento, identificaron 2 factores. Para el RADS y el RCDS se han identificado 5 factores en cada caso. En el RCDS el resultado es parecido al encontrado por Reynolds (1989), pero para el RADS el autor refiere una estructura de 4 factores en las dos versiones del instrumento publicadas (Reynolds, 1987, 2002).

Las versiones castellana y catalana de los tres instrumentos estudiados en la fase de evaluación test-retest, en muestra clínica y comunitaria, CDI, RADS y RCDS, han demostrado tener unas características psicométricas adecuadas para permitir su administración, con las cautelas necesarias en lo que se refiere a la generalización de la muestra, en niños y adolescentes de ambas poblaciones. De los tres instrumentos, el CDI es con el que mayor número de participantes superan el punto de corte (un 11,20% en la fase de test y un 8,33% en la fase de retest), a pesar de ser el menos sensible, es decir, el que identifica menor número de participantes como depresivos. Este hecho, en comparación con los instrumentos de Reynolds, y con los porcentajes de prevalencia generales de presencia de sintomatología depresiva, se explicaría por el peso de ítems de carácter externalizante en este cuestionario, principalmente de aquellos que hacen referencia a la mala conducta (ítems 5, mal comportamiento; 26, desobediencia y 27, peleas). Por otro lado, el RADS y el RCDS permiten clasificar con precisión a los participantes del grupo comunitario, lo que nos indica la adecuación de estos dos instrumentos para la realización de evaluaciones en este tipo de muestra, cuando el objetivo es hacer un cribaje de los participantes que pueden presentar sintomatología depresiva.

5.2 Estudio multimétodo y multiinformante

En esta parte del estudio, tercera fase del procedimiento de evaluación de sintomatología depresiva planteado en los objetivos, se ha realizado una evaluación individualizada de los participantes en la que se ha recogido información de padres, profesores y participantes mediante diversos instrumentos. Se han estudiado las características psicométricas de los instrumentos de Achenbach (YSR, CBCL y TRF), de las escalas Devereux y de los instrumentos de autoevaluación de la sintomatología depresiva anteriormente revisados en los tres grupos evaluados: control, de riesgo y clínico.

En general, las características psicométricas de los instrumentos administrados son buenas y similares a las encontradas en anteriores estudios, revisados en apartados previos (véase apartado 3.2). Las puntuaciones obtenidas en todos ellos ponen de manifiesto las diferencias entre los tres grupos evaluados y, en general, se observa que las puntuaciones del grupo control son significativamente inferiores a las de los grupos de riesgo y clínico en los participantes (CDI, RADS, RCDS y YSR) y en padres (CBCL), pero no en profesores (TRF y DSMD). Este hecho puede ser debido al menor número de profesores que han respondido a los cuestionarios, así como a las dificultades que presentan los profesores para identificar sintomatología psicopatológica, teniendo en cuenta el elevado número de alumnos por aula y la falta de formación en este sentido. Además, en la presente investigación, un mismo profesor evaluaba a cuatro o cinco participantes de una misma aula, hecho que podría sesgar sus respuestas al tener que responder varias veces al mismo cuestionario, referido a diversos alumnos. Cabe destacar que todos los profesores eran tutores de los alumnos evaluados y que cuando se pidió la información hacía más de tres meses que eran tutores de los alumnos de los que informaban. De todas formas, es posible que, en algunos casos, el conocimiento de sus alumnos no fuera bueno debido a las pocas horas que compartían (clases y actividades de tutoría).

Ante este hecho, nos planteamos que los profesores necesitan entrenamiento para poder identificar los problemas psicológicos en las escuelas y llegar a ser informadores válidos. La visión de los profesores es importante ya que ven a los niños y adolescentes a lo largo de su desarrollo, en diferentes etapas educativas, y en su relación con sus iguales, con los padres, e incluso con sus hermanos, lo que les

permitiría identificar sus conductas habituales. Es importante destacar que los profesores identifican psicopatología principalmente a partir de los indicadores del rendimiento escolar (Amador, Forns, Guardia y Perú, 2006), indicadores que no aparecían en los cuestionarios administrados.

En lo referente a las diferencias entre las puntuaciones en función del sexo del participante, se repiten los resultados obtenidos en la fase de test y retest para el CDI, RADS y RCDS. Para las puntuaciones del YSR se observa que las chicas puntúan significativamente por encima de los chicos a partir de los 14 años. Las puntuaciones que aportan padres y profesores no muestran la existencia de diferencias significativas entre chicos y chicas, ni entre cursos académicos, aunque alrededor de los 14 años se observan puntuaciones superiores en los cuestionarios administrados, tal y como ocurría con los autoinformes de las muestras comunitaria y clínica.

La fiabilidad test-retest del RADS y del RCDS es buena en los tres grupos, aunque para el CDI este índice sólo es bueno en los grupos control y de riesgo, pero no en el grupo clínico. La validez convergente de estos tres instrumentos de autoevaluación de la sintomatología depresiva, se ha medido mediante las correlaciones con las puntuaciones obtenidas por los mismos participantes en el YSR; y los resultados indican correlaciones medias con diversas escalas del YSR (internalización, externalización y puntuación total) en los tres grupos.

Estos resultados nos llevan al siguiente punto del estudio: el grado de acuerdo entre las diversas fuentes de información, y la utilidad de la información que cada informante aporta a la evaluación de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes. El grado de acuerdo entre informantes (padres y profesores), cuando evalúan al participante con instrumentos similares, es bajo para los tres grupos evaluados (de riesgo, control y clínico), resultados que concuerdan con los de Achenbach et al. (1987) y Grietens et al. (2004). Igual que estos autores, el grado de acuerdo entre padres y profesores que se observa en este estudio es bajo para todas las escalas que evalúan sintomatología internalizante, aunque muestra valores medios para las que evalúan sintomatología asociada a quejas somáticas. Este hecho puede ser debido a la facilidad para identificar este tipo de síntomas tanto por parte de padres como de profesores. Siguiendo con esta tendencia, el grado de acuerdo entre padres y participantes es, en general, bajo para sintomatología internalizante, igual que entre

profesores y participantes, aunque aumenta, tanto en padres como en profesores, al evaluar sintomatología externalizante. Por otro lado, los valores más altos en el grado de acuerdo entre padres y profesores se dan en la muestra de riesgo.

En la muestra clínica, donde sólo se pudo obtener información de los participantes y sus padres, se observa un alto grado de acuerdo en sintomatología externalizante, pero bajo para la sintomatología internalizante. Cabe destacar la importancia de este hecho en la muestra clínica, teniendo en cuenta que es un grupo de participantes que está siendo evaluado en un servicio clínico al que han sido derivados a partir, principalmente, de la petición de padres y/o profesores. Este hecho nos lleva a concluir que uno de los principales indicadores para los adultos de la existencia de problemas psicológicos en niños y adolescentes son las conductas externas fácilmente identificables, tales como las quejas somáticas, cuyo elevado grado de acuerdo entre informantes (padres y profesores) se ha comentado con anterioridad. Estos datos son concordantes con los obtenidos en diversos estudios (por ejemplo, Achenbach et al., 1987; Jensen et al., 1993).

La prevalencia de sintomatología depresiva y del trastorno depresivo en los participantes evaluados es similar a la encontrada en anteriores estudios (Polaino y Domènech, 1988; Reynolds, 1983; Aláez et al., 2000). Se ha encontrado un 7% de presencia de sintomatología depresiva en la muestra comunitaria (102 participantes que componen la muestra de riesgo) y un 14% en la muestra clínica (40 participantes que conforman la muestra clínica de la tercera fase del estudio) a partir de las puntuaciones en los cuestionarios de autoinforme que evalúan sintomatología depresiva (RADS, RCDS y CDI). El porcentaje de participantes con el diagnóstico de trastorno depresivo en la muestra de riesgo es del 11,8% y en la muestra clínica del 42,5%. Si se compara con el número global de participantes evaluados en las dos primeras fases (1.452 en la muestra comunitaria y 285 en la muestra clínica) estos porcentajes pasan a ser el 0,9% en la muestra de riesgo y el 6% en la muestra clínica. Por otro lado, la prevalencia de distimia en la muestra de riesgo es de un 12,7% y en la muestra clínica es de un 12,5%. En comparación con la muestra total comunitaria el porcentaje de distimia en población comunitaria, es de 0,89% y del 1,75% en muestra clínica. De esta manera, en total, se observa que un 24,5% de la muestra de riesgo y un 55% de la muestra clínica presentan un trastorno depresivo (depresión mayor o distimia).

Alrededor de la mitad de los diagnósticos realizados a partir de la entrevista diagnóstica son dobles, triples o, incluso, cuádruples. Este hecho indica la gran importancia de la comorbilidad en el estudio y en el diagnóstico de sintomatología de los trastornos depresivos (Angold et al., 1999; Bernstein et al., 1991; Brady et al., 1992; Caron et al., 1991; Fleming et al., 1990; Kashani et al., 1991; Merikangas et al., 1995). Los resultados obtenidos indican que los trastornos depresivos son comórbidos, en primer lugar, con los trastornos de ansiedad y, en segundo lugar, con los trastornos del comportamiento (TDAH, trastorno disocial), replicando así los resultados obtenidos por diversos estudios (Lewinsohn et al., 1993; Garrison et al. 1992). Estos datos de comorbilidad se presentan de forma similar en la muestra comunitaria y en la muestra clínica.

La fiabilidad de la entrevista diagnóstica elaborada para este estudio se ha analizado mediante el grado de acuerdo entre jueces, al realizar el diagnóstico siguiendo los criterios DSM-IV. El grado de acuerdo obtenido para la depresión es alto, así como para los trastornos de ansiedad y de comportamiento. Estos datos permiten afirmar que la entrevista administrada es un instrumento adecuado para ser utilizado, con las cautelas necesarias, en la evaluación de trastornos psicológicos de inicio en la infancia y la adolescencia, aunque se requieren estudios con mayor muestra, tanto clínica como comunitaria, para replicar los resultados obtenidos.

Finalmente, se ha valorado la eficacia diagnóstica de los instrumentos de autoinforme y heteroinforme, administrados a los diferentes informantes, para clasificar correctamente a los participantes diagnosticados a partir de la entrevista diagnóstica estructurada. De este análisis se ha obtenido que en la fase de evaluación individualizada del estudio, el instrumento que mejor discrimina entre grupos diagnósticos, cuando el informante es el propio participante es el YSR, con diferentes escalas de banda ancha y estrecha, en función del diagnóstico, seguido del CDI. Los instrumentos de autoinforme de Reynolds (RADS y RCDS) son los que mejor discriminan la presencia de sintomatología depresiva tanto en la muestra comunitaria como en la muestra clínica. Cuando los padres son los informantes, el mejor instrumento de clasificación es el CBCL para los trastornos externalizantes y las DSMD para los internalizantes.

5.3 Revisión de los objetivos de la investigación

Finalizaremos este apartado con una revisión de los resultados más relevantes, en función de los objetivos planteados al inicio del estudio. Tal y como se planteó, el primer y principal objetivo ha sido analizar la utilidad de un procedimiento de evaluación de la depresión en niños y adolescentes. Vinculado a éste se plantea un segundo objetivo: el estudio de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes mediante diversas fuentes de información y diferentes métodos e instrumentos de evaluación, a fin de valorar las congruencias y las diferencias existentes entre los diversos instrumentos y fuentes de información. Este segundo objetivo planteaba una serie de objetivos específicos que pasamos a revisar a continuación.

Establecer las propiedades psicométricas de los instrumentos de autoinforme de depresión (Reynolds Adolescent Depression Scale –RADS–, Reynolds, 1987, 2002; Reynolds Child Depression Scale –RCDS–, Reynolds, 1989; y Children’s Depression Inventory –CDI–, Kovacs, 1992) en su versión castellana y catalana.

Las propiedades psicométricas de las versiones en castellano y catalán del RADS, RCDS y CDI pueden considerarse adecuadas tanto en muestra comunitaria como en muestra clínica y replican las obtenidas por las versiones originales de los instrumentos en lengua inglesa (Kovacs, 1992; Reynolds, 1987, 1989, 2002) y en la adaptación española del CDI (Del Barrio et al., 2004). Estos datos nos llevan a considerar que estos instrumentos son útiles para ser administrados, con las cautelas necesarias en cuanto a la generalización de la muestra, como instrumento de cribaje para la sintomatología depresiva en niños y adolescentes de nuestro contexto.

Contrastar las propiedades psicométricas de la escala de autoinforme Youth Self Report (YSR) (Achenbach, 1991c) y de los instrumentos de heteroevaluación administrados a padres (Child Behavior Checklist –CBCL–, Achenbach, 1991a; y Devereux Scales of Mental Disorders –DSMD–, Naglieri, LeBuffe y Pfeiffer, 1994) y a profesores (Teacher Report Form –TRF–, Achenbach, 1991b; y DSMD, Naglieri, LeBuffe y Pfeiffer, 1994).

Los datos obtenidos mediante la administración de las escalas de Achenbach (YSR, CBCL y TRF) y de las Devereux, a pesar de no ser generalizables debido a la reducida muestra en algunos de los casos, son similares a los revisados en este trabajo.

En el caso del YSR, este instrumento replica los resultados obtenidos por Abad et al. (2000) en el estudio de las correlaciones con otros cuestionarios. En lo referente al CBCL y al TRF, se han obtenidos resultados semejantes a los de Achenbach (1991a, 1991b). Por otro lado, las escalas DSMD, cuya traducción y adaptación se presenta en este estudio, han mostrado características similares a las aportadas por Naglieri et al. (1994). A pesar de estos resultados se requieren más estudios con padres y profesores, tanto de muestra comunitaria como clínica, para poder establecer más precisamente la utilidad de este instrumento en población catalana.

Establecer las características psicométricas de la entrevista estructurada administrada, que fue adaptada para el presente estudio a partir de la Diagnostic Interview for Children and Adolescents – Revised (DICA-R; Reich, Shayka y Taibleson, 1991) y los criterios del DSM-IV.

La entrevista diagnóstica elaborada para el presente estudio ha sido analizada principalmente en su aplicación como instrumento diagnóstico de los trastornos psicopatológicos presentes en los participantes de la muestra (de riesgo, control y clínica). En este sentido ha demostrado ser un instrumento que se puede administrar para clasificar de forma adecuada a los participantes en relación a los instrumentos de cribaje. Además, presenta un grado de acuerdo entre jueces adecuado, principalmente en los trastornos de conducta, depresivo y ansioso. Es importante destacar que la administración de la entrevista diagnóstica ha permitido la identificación de trastornos comórbidos con la depresión, como los trastornos de ansiedad y los de conducta.

Estudiar las relaciones entre los diversos métodos e informantes en la evaluación de la sintomatología depresiva.

El grado de acuerdo entre informantes, cuando han evaluado a los participantes con diferentes instrumentos, en diferentes contextos (casa o escuela), y desde diferentes puntos de vista, ha sido bajo, al igual que en otros estudios revisados (por ejemplo, Achenbach et al., 1987; Grietens et al., 2004). El mayor grado de acuerdo se ha encontrado para la sintomatología externalizante, y entre padres y profesores, así como para las quejas somáticas entre participantes y sus padres.

Los instrumentos que mejor clasifican a los participantes, en función de su diagnóstico, son los de autoinforme (YSR y CDI), y los que mejor discriminan la presencia de sintomatología depresiva son el RADS y el RCDS. Por otro lado, en referencia a la sensibilidad y la especificidad, el RCDS es el más sensible y específico en niños y el RADS es sensible para adolescentes, aunque poco específico. Finalmente, el CDI presenta escasa sensibilidad para discriminar la presencia de sintomatología depresiva, aunque es bastante específico.

Estudiar las diferencias y semejanzas entre la muestra control y la muestra clínica en función de los métodos de evaluación administrados.

Se ha estudiado la utilidad de las escalas de Reynolds (RADS y RCDS) y del CDI para clasificar, a partir de sus puntuaciones, a participantes que pertenecen a muestras comunitarias y clínicas. En primer lugar, se ha encontrado que estos instrumentos, tal y como se esperaba, presentan puntuaciones más altas en muestra clínica que en comunitaria, aunque cuando se separa la muestra comunitaria en dos grupos en función de sus puntuaciones en estos instrumentos (de riesgo y control), las puntuaciones del grupo de riesgo son similares a las del grupo clínico. Por otro lado, el grado de acuerdo entre informantes (participantes y padres) es mayor en el grupo clínico, seguido por el grupo de riesgo y en último lugar por el grupo control.