

# Traducción al español y validez de la Escala de Birleson (DSRS) para el Trastorno Depresivo Mayor en la Adolescencia

Francisco de la Peña\*  
Ma. del Carmen Lara\*  
José Cortés\*  
Humberto Nicolini\*  
Francisco Páez\*  
Luis Almeida\*

## Summary

Major depressive disorder is the most frequent psychiatric diagnosis among adolescents. It is associated with drug abuse, attention deficit disorder, separation anxiety disorder and suicide. This is the first depression scale that has been validated in Mexico with adolescents. The objective of this study was to determine the construct and external criteria validity for the Birleson Scale. We included a total of 349 adolescents between 13 and 19 years old, who were assigned into two groups; the first consisted of a group of 138 out-patients and the second consisted of 211, junior high and high school students. All the subjects answered the scale which was previously translated by the double-translation system. The first group was assessed with a DSM-IV semi-structured interview designed *ad-hoc*, which was considered the gold standard. The discrimination item analysis was carried out with the Johnson's extreme group method; multiple comparisons with "t" Student's were also made. We calculated the specificity and the sensibility; a ROC and a factor analysis were constructed for the study. As a diagnostic test, the DSRS reports a sensibility of 87 % and a specificity of 74 % when a cut-off point of 14 was used. The Cronbach's alpha value was 0.85. With just one element the factor analysis explained the 28.8 % of the variance. This scale can be used in clinical and epidemiological investigations of adolescents depression.

## Resumen

El trastorno depresivo mayor es la psicopatología más frecuente dentro de la población adolescente y se asocia con padecimientos como la farmacodependencia, el trastorno por déficit de atención, el trastorno de ansiedad de separación y el suicidio. Esta es la primera escala validada en México con esta población. El objetivo del estudio fue realizar la validez de constructo y de criterio externo del instrumento. Se incluyeron en la investigación 349 adolescentes entre los 13 y los 19 años, agrupados en una población clínica de 138 y otra población abierta de 211 sujetos. Todos respondieron la escala previamente traducida con el sistema de doble traductor, y adaptada. La población clínica fue entrevistada utilizando una entrevista semiestructurada diseñada *ad hoc* para la investigación, que

está relacionada con los criterios del DSM-IV, la cual funcionó como el estándar de oro. Se hizo el análisis de discriminación de reactivos utilizando el método de grupos extremos de Johnson, las comparaciones múltiples se llevaron a cabo con t de Student, se calculó la sensibilidad y la especificidad, se construyó la curva ROC y se hizo un análisis factorial. La utilización del DSRS como prueba diagnóstica presentó una sensibilidad de 87 % y una especificidad de 74 % cuando el punto de corte fue 14. El valor alfa de Cronbach fue de 0.85. El análisis factorial explicó con un solo elemento el 28.8 % de la varianza. Esta escala puede ser utilizada de manera amplia en investigaciones clínicas y epidemiológicas para la depresión de los adolescentes.

## Introducción

El trastorno depresivo mayor (TDM) en la infancia y en la adolescencia se ha convertido en una de las líneas de investigación más importantes a nivel internacional (25). Esta entidad clínica comparte, junto con el TDM de los adultos, muchas características clínicas (3,36), sin embargo pueden diferenciarse por la duración de los síntomas (30), por la recurrencia de los episodios (32), por las manifestaciones clínicas propias del desarrollo afectivo y del desarrollo en otras áreas (11,18,27) y por la baja respuesta al tratamiento antidepressivo (2,10,15,19,31).

La frecuencia del TDM en la adolescencia aumenta comparativamente con el que se presenta en la infancia. El sexo y la edad se correlacionan para la manifestación de los síntomas depresivos. Prepuberalmente la presentación en niñas y niños es de 1:1, y durante la adolescencia cambia hasta 2:1 (4). Algunos autores han descrito la adrenarquia (aumento de la liberación de andrógenos adrenales que ocurren entre los 6 y los 8 años y que precede aproximadamente en dos años los cambios que se presentan en la pubertad), como uno de los elementos importantes en el inicio de los síntomas depresivos en la pubertad y la adolescencia (6). Otro tipo de variables, como la disfunción familiar, la baja autoestima, la psicopatología en familiares en primero y segundo grado, la comorbilidad con otros

\* División de Investigaciones Clínicas, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, 14370 México, D.F.

Correspondencia: Dr. Francisco de la Peña, IMP.

trastornos (distimia, trastornos adaptativos, trastorno por déficit de atención, trastorno de conducta y abuso y dependencia a sustancias) así como el suicidio, se han relacionado con el inicio de la enfermedad a esta edad (13,14,20-22,24,33).

La prevalencia del padecimiento ha sido determinada hasta en el 27 % de los adolescentes que son atendidos en los servicios psiquiátricos (34). En población abierta (estudiantes de secundaria), la prevalencia a lo largo de la vida de la depresión mayor es de 4.0 % (4.5 % en las mujeres y 2.9 % en los hombres), y para la distimia, de 4.9 % (5.3 % en las mujeres y 2.3 % en los hombres) (4).

La observación naturalística del fenómeno depresivo en los niños y en los adolescentes ha permitido establecer su inicio temprano entre los 8 y los 9 años para la distimia y entre los 10 y los 11 años para el TDM. El inicio de la distimia a esta edad es un marcador temprano de episodios depresivos recurrentes en la adolescencia (23).

Las actuales aproximaciones al fenómeno depresivo en la adolescencia consideran la multifactorialidad en la génesis y en la manifestación de la enfermedad. El hecho de conceptualizar la interacción de las variables bioquímicas, experienciales, conductuales y psicológicas ha servido como un marco teórico a las últimas investigaciones, lo que permite observar los aspectos del desarrollo que intervienen en la psicopatología depresiva del adolescente (1,23).

Si consideramos la relevancia del TDM en la adolescencia como una patología grave y como un periodo crítico para el reconocimiento de la sintomatología y el establecimiento terapéutico temprano, resulta importante contar con un instrumento que pueda medir los síntomas, cuantificar la intensidad de la depresión y que sea útil en el seguimiento terapéutico para valorar la respuesta al tratamiento.

Considerando que los estudios de confiabilidad entre los instrumentos aplicados por clínicos o los autoaplicables reportan resultados similares con ambas técnicas, determinamos que los adolescentes de nuestra investigación contestaran un instrumento sencillo y autoaplicable (15).

El objetivo de la investigación fue hacer la traducción y adaptación al español de la Escala de Birlson, y realizar la validez de constructo y de criterio externo del instrumento.

### Descripción del instrumento

La Escala de Birlson (*Depresión Self Rating Scale* [DSRS]) fue diseñada para cuantificar la severidad de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes, y puede utilizarse para supervisar la respuesta al tratamiento.

El instrumento es una escala autoaplicable tipo Lickert que consta de dieciocho reactivos; todos pueden puntuar de 0 a 2, siendo la máxima calificación treinta y seis. Diez de los dieciocho reactivos se califican de 0 a 2 (1,2,4,7-9,11-13,15) y ocho reactivos se califican de 2 a 0 (3,5,6,10,14,16,17) (Anexo).

El tiempo de respuesta del instrumento varía, dependiendo de cada sujeto, entre 5 y 10 minutos.

### Diseño del estudio

#### Proceso de traducción

El primer paso fue hacer la traducción de la escala; se solicitó la autorización del autor, el doctor P. Birlson. Posteriormente se obtuvo una primera versión del inglés al español hecha por un traductor independiente. Esta versión se tradujo nuevamente al inglés por otro traductor independiente y se corrigieron y discutieron las discrepancias surgidas durante el proceso de traducción. De esta manera, después de la traducción del inglés al español y del español al inglés, se obtuvo una segunda versión en español que fue la que se aplicó.

#### Población

Participaron en la investigación 349 adolescentes de 13 a 19 años, agrupados en dos poblaciones: la primera fue la población clínica de 138 sujetos captados en tres instituciones [Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP) N = 65, Instituto Nacional de Cardiología (INC), Servicio de Pediatría N = 19 y Hospital General Gea González (HGGG), Servicio de Dermatología N = 54], y la segunda fue la población abierta de 211 sujetos provenientes de un censo de la escuela secundaria y preparatoria Colegio Franco-Español.

#### Criterios de inclusión

1. Mujeres y hombres adolescentes entre los 13 y los 19 años cumplidos.
2. Consentimiento por escrito para poder participar.
3. Sujetos que sabían leer y escribir, y que llenaran adecuada y completamente la escala.
4. Sujetos de contacto reciente para la población clínica (48 hrs. después del primer contacto).

#### Aplicación de la escala

Todos los adolescentes de la población clínica respondieron el instrumento frente a un clínico, quien revisó cada escala con el fin de confirmar el llenado correcto. Cuando el paciente dejaba espacios en blanco se le regresaba el cuestionario para que lo completara; ninguno se negó. A la población abierta se le aplicó en dos días consecutivos: en el primero se aplicó la escala a un solo grupo con el fin de contestar las dudas que tuvieran en el llenado, en el segundo se le aplicó a toda la escuela. Se le dio a cada maestro un número suficiente de escalas para todos los alumnos; ninguno se rehusó a participar. Se excluyeron del estudio cuatro escalas incompletas.

#### La entrevista a los adolescentes

Después de contestada la Escala de Birlson, y ciegos a los resultados de ésta, los sujetos de la población clínica fueron entrevistados por el investigador principal utilizando una entrevista clínica diseñada *ad hoc* para la investigación, que funcionó como el estándar de oro. Se entrevistó a cada adolescente durante

**CUADRO 1**  
**Características demográficas de la población clínica**

	Mujeres (N = 60)	Hombres (N = 78)	Total (138)
Edad	16.38 (1.60) (a)	16.35 (1.84) (b)	16.36 (1.73)
Escuela años cursados	9.75 (1.85) (c)	9.14 (1.87) (d)	9.43 (1.88)
a-b: [t(136) = 0.10; ns] c-d: [t(136) = 1.90; P < 0.10]			

Resultados expresados: media (desviación estándar).

cuarenta minutos. La entrevista está elaborada para el establecimiento diagnóstico conforme a los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana en su cuarta edición (DSM-IV) (1), para los siguientes trastornos: depresivo mayor, ansiedad de separación, conducta, déficit de atención, abuso y dependencia a alcohol y sustancias, obsesivo-compulsivo, distimia, adaptativos, esquizofrenia y esquizotípico.

No se exploran los trastornos específicos del desarrollo de manera intencionada; los trastornos específicos de lecto-escritura fueron investigados sólo cuando se reportaba la pérdida de dos o más ciclos escolares por motivos de conducta o problemas académicos. Los pacientes eran valorados como sanos cuando no se encontraba una patología mental específica, sin que se excluyera la posibilidad de una patología dermatológica o cardiológica. Los pacientes detectados con psicopatología en el INC y HGGG fueron enviados a los servicios de psiquiatría de los hospitales. De esta manera, la población clínica se dividió en tres subgrupos, para analizarla. Uno estuvo formado por población clínica deprimida, otro por población clínica sana, y otro más por población clínica con otro padecimiento psiquiátrico que no fuera un TDM.

#### Análisis estadístico

Se hizo un análisis de discriminación de reactivos utilizando el método de grupos extremos de Johnson (27 % superior; 27 % inferior) empleando la t de Student. Las comparaciones múltiples se llevaron a cabo con t de Student para muestras independientes. La sen-

sibilidad y la especificidad se calcularon de acuerdo con las normas establecidas (26,28,29); además se construyó una curva ROC (*Receiver Operating Controller*) en atención a las recomendaciones para evaluar una prueba diagnóstica (29). Se hizo un análisis factorial para determinar la validez de constructo con los resultados de la muestra de la población clínica.

#### Resultados

La muestra de la población clínica comprendió 138 sujetos de los cuales 60 eran mujeres y 78 hombres, representando el 43.47 % y 56.52 %, respectivamente. Todos los resultados se expresan en medias y desviaciones estándar (DE). La edad de las mujeres fue de 16.38 (1.6) años y la de los hombres de 16.35 (1.84) años; la edad promedio del grupo en conjunto fue de 16.36 (1.73) años. La escolaridad expresada en años cursados fue de 9.75 (1.85) años en las mujeres y de 9.14 (1.87) en los hombres. Las mujeres mostraron una tendencia  $P < 0.10$  a mayor escolaridad que los hombres. La escolaridad de ambos grupos fue de 9.43 (1.88) (cuadro 1).

Al analizar las características demográficas de la población clínica por subgrupos diagnósticos se encontraron diferencias significativas entre la edad de los pacientes con TDM 16.43 (1.73) y los sanos 15.43 (1.68), con un valor de  $P < 0.01$ , y entre el grupo de sujetos sanos 15.43 (1.68) y otro de sujetos con padecimiento psiquiátrico 16.66 (1.74), con un valor de  $P < 0.001$ . No se encontraron diferencias significativas entre los subgrupos y la escolaridad en años cursados (cuadro 2).

**CUADRO 2**  
**Características demográficas de la población clínica por subgrupos**

	TDM (N = 41)	Sanos (N = 43)	Otro pad. (N = 54)
Edad	16.43 (1.73) (a)	15.43 (1.68) (b)	16.66 (1.74) (c)
Escuela años cursados	9.58 (2.12) (d)	9.51 (1.72) (e)	9.25 (1.83) (f)
a-b: [t(82) = 2.68; P < 0.01] a-c: [t(93) = 0.64; ns] b-c: [t(95) = 3.51; P < 0.001] d-e: [t(82) = 0.17; ns] d-f: [t(93) = 0.81; ns] e-f: [t(95) = 0.74; ns]			

Resultados expresados: media (desviación estándar).

**CUADRO 3**  
Características demográficas de la población abierta

	Mujeres (N = 28)	Hombres (N = 183)	Total (211)
Edad	15.85 (1.65) (a)	15.70 (1.61) (b)	15.76 (1.61)
Escuela años cursados	10.38 (1.29) (c)	9.44 (1.49) (d)	10.5 (-1.4)
a-b: [t(209) = 0.46; ns] c-d: [t(209) = 3.16; P < 0.01]			

Resultados expresados: media (desviación estándar).

La muestra de la población abierta comprendió a 211 sujetos de los cuales 28 eran mujeres y 183 hombres, representando el 13.27 % y el 86.72 %, respectivamente. La edad de las mujeres fue de 15.85 (1.65) y la de los hombres, de 15.70 (1.65); la edad promedio del grupo en conjunto fue de 15.76 (1.61). La escolaridad fue de 10.38 (1.29) años en las mujeres y de 9.44 (1.49) en los hombres; las mujeres mostraron una mayor escolaridad  $P < 0.01$  que los hombres. La escolaridad de ambos grupos fue de 10.5 (1.4) (cuadro 3).

Las puntuaciones del instrumento, analizadas por sexo, mostraron diferencias significativas en ambas poblaciones, estas diferencias se presentan en el cuadro 4.

Al analizar las puntuaciones medias por subgrupos dentro de la población clínica, se observaron diferencias significativas,  $P < 0.001$  en los tres subgrupos: los deprimidos con 18.68 (4.01), los sanos con 8.25 (4.03) y los de otros padecimientos con 13.96 (5.19) (cuadro 5).

Al utilizar el DSRS como prueba diagnóstica se encontró un máximo equilibrio entre sensibilidad y especificidad cuando los puntos de corte fueron entre 14 y 15, como se muestra en el cuadro 6. La figura 1, muestra la curva ROC que corrobora la utilidad del DSRS mostrando el punto más alejado de la línea de no información con los puntos de corte 14 y 15.

La consistencia interna del instrumento se evaluó por medio de la prueba alfa de Cronbach para el grupo de la población clínica con los tres subgrupos, obteniéndose máxima varianza con un valor alfa de 0.85. Para el grupo de población abierta la máxima varianza se obtuvo con un valor alfa de 0.77.

El análisis factorial sólo se hizo para el grupo de población clínica. Se utilizó el método de componentes principales sin rotación, encontrándose un primer

**CUADRO 4**  
Puntuaciones de la escala en la población clínica y en la abierta

	Mujeres	Hombres	Total
Clinica	15.98 (5.82) (a) (N = 60)	11.74 (5.62) (b) (N = 78)	13.58 (6.07) (N = 138)
Abierta	11.48 (4.77) (c) (N = 28)	9.62 (4.71) (d) (N = 183)	10.29 (4.81) (N = 211)
a-b: [t(136) = 4.32; P < 0.001] c-d: [t(209) = 1.94; P = 0.05]			

Resultados expresados: media (desviación estándar).

factor que explica el 28.8 % de la varianza total, lo que según el criterio de Armor (7), significa que la escala es unidimensional, es decir, que sólo mide el constructo teórico depresivo.

### Discusión

Las características demográficas de nuestra población clínica son comparables para las variables de edad y sexo sólo con la investigación de Ivarsson (16), quien estudió por primera vez, en Europa, con este instrumento, a un grupo de adolescentes. La edad promedio de nuestra investigación es de 16.36 años, discretamente mayor a la del estudio mencionado, que fue de 15.7 años. Probablemente esta diferencia esté relacionada con el hecho de que Ivarsson incluye a adolescentes desde los once años, mientras que nuestro criterio de selección es más estricto al sólo incluir adolescentes desde los trece años.

Es de notarse la diferencia en la relación mujer/hombre dentro de la población clínica; nuestra investiga-

**CUADRO 5**  
Puntuaciones de la escala en la población clínica por subgrupos

Deprimidos (N = 41)	Sanos (N = 43)	Otro pad. (N = 54)
18.68 (4.01) (a)	8.25 (4.03) (b)	13.96 (5.19) (c)
a-b: [t(82) = 11.88; P < 0.001] a-c: [t(93) = 4.82; P < 0.001] b-c: [t(95) = 5.92; P < 0.001]		

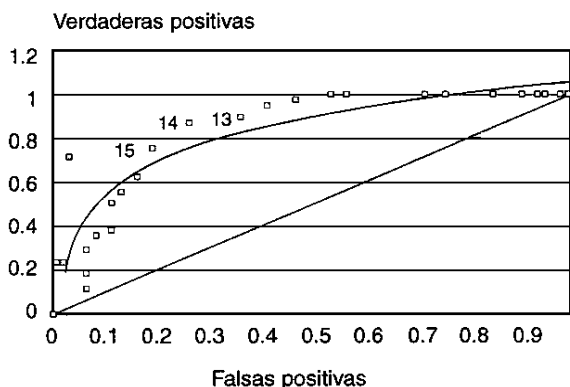
Resultados expresados: media (desviación estándar).

**CUADRO 6**  
Escala de Birleson para depresión en adolescentes. Valores de sensibilidad y especificidad

Punto de Corte	Sensibilidad	Especificidad
12	95	59
13	90	64
14	87	74
15	75	81
16	63	84
17	56	87

De la Peña FR, Lara MC y cols. IMP, 1995.

**Figura 1**  
**Escala de Birleson para Depresión en Adolescentes**  
**Curva ROC**



Validación mexicana de la escala de DSRS en adolescentes IMP, 1995.

ción obtuvo una relación de 60/78, mientras que la del estudio de Ivarsson (16) fue de 67/31. Si bien el número de mujeres es similar, el número de hombres es superior al doble. Probablemente esto se deba al tipo de muestra seleccionada, es decir, incluimos en esta investigación a sujetos provenientes de tres diferentes instituciones por lo que en el futuro será necesario analizar más detalladamente los resultados y determinar la proporción específica de los pacientes dermatológicos, cardiológicos o psiquiátricos.

Las otras investigaciones sobre el instrumento que incluyen poblaciones clínicas abarcan muestras que, comparadas con la nuestra  $N = 138$  y con la de Ivarsson  $N = 110$ , resultan pequeñas y con menos potencia estadística. La muestra original de Birleson se basó en una  $N = 34$  (8), y el segundo trabajo del mismo autor, en una  $N = 55$  (9). Debe mencionarse que estas últimas dos investigaciones se hicieron en poblaciones infantiles, y no en adolescentes. Probablemente sea importante hacer notar que para utilizar este instrumento en los niños no se hicieron modificaciones, excepto en el reactivo cuarto, en el que se pregunta si le gusta salir a jugar, en lugar de preguntarle si le gusta salir con sus amigos.

Encontramos diferencias significativas en nuestra investigación en lo que respecta a la edad de los subgrupos de la población clínica: entre los deprimidos vs los portadores de otro padecimiento  $P < 0.01$ , y en los sanos vs los portadores de otro padecimiento  $P < 0.001$ . Estas diferencias que señalan a los sujetos sanos como el grupo más joven, requiere de un análisis más detallado para poder evaluar los aspectos clínicos que pudieran ser prodrómicos y no estuvieran considerados dentro de la taxonomía utilizada (DSM-IV), o bien, periodos de ventana dentro de las manifestaciones clínicas del fenómeno depresivo o de otros padecimientos durante la infancia y la adolescencia, descritos ya por otros autores (23,32), y que resulta indispensable considerar.

Las características demográficas de nuestra población abierta son marcadamente diferentes a las del estudio de Ivarsson. La relación mujer/hombre en los estudios fue de 28/183 y de 288/214, respectivamente. Es obvio que existe una diferencia en el tamaño de la

muestra; nosotros sólo estudiamos la población de una escuela, mientras que Ivarsson (16) estudió la de tres diferentes instituciones; además cabe observar las diferencias en la relación mujer/hombre dentro de nuestra muestra, en la que la cantidad de hombres es aproximadamente seis veces superior a la de las mujeres. Esta característica demográfica probablemente influya en los resultados si consideramos la tendencia de las mujeres a reportar puntuaciones superiores, lo que ya se ha descrito en diferentes publicaciones (5,17). Por consiguiente, si esta limitante reduce las posibilidades de manejar la información normativa en nuestra investigación, será necesario en futuros estudios ampliar las muestras de población abierta y determinar nuevos comportamientos del instrumento.

El nivel de escolaridad fue valorado tanto en nuestra población clínica como en la abierta, y las diferencias  $P < 0.001$  entre mujeres y hombres podría interpretarse en ambos casos como una característica cultural o social que requiere investigarse más.

Debe observarse que nuestras puntuaciones de la población clínica son muy similares a las reportadas por Ivarsson en su investigación (16). En el grupo de deprimidos obtuvo 18.7 y en el de no deprimidos, 14.5; nuestras puntuaciones para el grupo de deprimidos fue de 18.68 y para el de no deprimidos o sujetos con otro padecimiento fue de 13.96. La gran similitud encontrada ofrece una gran seguridad en la utilización del instrumento, así como estabilidad transcultural que puede ser un elemento fundamental para la comparación de resultados en investigaciones diversas dentro del área de los fenómenos depresivos. Debe observarse, sin embargo, que las diferencias por sexo, con puntuaciones mayores para las mujeres, reportadas por Ivarsson (16), no son las mismas que las que encontramos nosotros, mientras que él sólo indica una tendencia  $P < 0.10$ , nuestras investigaciones encontraron importantes diferencias tanto en el grupo de población clínica  $P < 0.001$  como en el grupo de población abierta  $P < 0.05$ , lo que está en relación más estrecha con otras investigaciones (5,17).

La sensibilidad y la especificidad con el mismo punto de corte es diferente en nuestra población que en las reportadas por todas las demás investigaciones, empero, ninguna de ellas tiene entre sí resultados muy semejantes. Con un punto de corte de 15, obtuvimos una sensibilidad de 75 % y una especificidad de 81 %. Ivarsson (16) obtuvo con el mismo punto de corte una sensibilidad del 69 % y una especificidad del 57 %; estas diferencias asociadas con las características del abordaje diagnóstico probablemente nos favorecen, y permiten, tomando el punto de corte que convenga, utilizar el instrumento no sólo en estudios clínicos, sino también en investigaciones epidemiológicas orientadas al diagnóstico temprano y al tratamiento oportuno, como se ha hecho con otros instrumentos (12).

Respecto al abordaje diagnóstico, debe mencionarse que ésta es la primera investigación que utiliza los criterios diagnósticos del DSM-IV en la valoración de los pacientes, lo que sin duda modificó el establecimiento diagnóstico para los padecimientos comórbidos, como el déficit de atención, los trastornos de la conducta, etc., que fue diferente a la investigación de Ivarsson (16),

quien utilizó los del DSM-III. Este autor no entrevistó a los sujetos con un instrumento semiestructurado como nuestro listado de preguntas, hecho que probablemente nos otorgue una mayor capacidad diagnóstica. La confiabilidad interevaluador que Ivarsson (16) desarrolló en su investigación, es una limitante en nuestro proceso diagnóstico. Las otras investigaciones del DSRS han utilizado los criterios operacionales ya descritos por Birlson (8) o bien los de la ICD-9 (14).

Finalmente, cabe destacar que la consistencia interna en ambas investigaciones, la nuestra y la de Ivarsson (16), muestra un alfa de Cronbach similar. La nuestra 0.85, mientras que la de ellos 0.90.

Aún queda por determinar en futuros análisis la validez concurrente que hemos buscado con la Escala de Beck y que será objeto de investigaciones posteriores. Igualmente, queda para futuras publicaciones determinar las diferencias interinstitucionales en el comportamiento del instrumento.

Podemos concluir que la Escala de Birlson (DSRS) es un instrumento que puede ser útil en las investiga-

ciones clínicas y epidemiológicas para el TDM en la adolescencia. Permite distinguir claramente los grupos de pacientes deprimidos de aquellos que padecen otra enfermedad o son sintomáticos psiquiátricamente. Si bien la información normativa del instrumento, obtenida en una escuela secundaria y preparatoria, nos ofrece puntuaciones similares a las del grupo que tiene otro padecimiento psiquiátrico, no merma su valor, pues esto se debe a la falta de discriminación de los posibles casos y evalúa de manera global las características de la población.

#### Agradecimientos

Agradecemos la participación de las diferentes autoridades, médicos y enfermeras del Hospital General Manuel Gea González, del Instituto Nacional de Cardiología, del Instituto Mexicano de Psiquiatría y del Colegio Franco-Español por las facilidades prestadas. Además a los doctores Elizabeth Brunner, Manuel Sánchez de Carmona, Jaime López, Fernando Coello, Jorge Peña y David Silva.

#### REFERENCIAS

1. AKISKAL H, WILLIAM MD y cols.: Overview of recent research in depression. *Arch Gen Psychiatry*, 32:285-305, 1975.
2. AMBROSINI PJ, BIANCHI MD, METZ C y cols.: Evaluating clinical response of open nortriptyline pharmacotherapy in adolescent major depression. *J Child Adolesc Psychopharmacology*, 4:223-244, 1994.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Cuarta edición. Washington, 1994.
4. ANGOLD A: Childhood and adolescent depression I. epidemiological and aetiological aspects. *British J Psychiatry*, 152:601-607, 1988.
5. ANGOLD A, WEISSMAN MM, HOHN K y cols.: The effects of age and sex on depression ratings in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30:67-74, 1991.
6. ANGOLD A, WORTHMAN CW: Puberty onset of gender differences in rates of depression: A developmental, epidemiologic and neuroendocrine perspective. *J Affective Disorders*, 29:145-158, 1993.
7. ARMOR DJ: Theta Reliability and Factor Scales. En: Costner HL (ed.) *Sociological Methodology*. Jossey-Bays. San Francisco, 1973-74.
8. BIRLESSON P: The validity of depressive disorder in childhood and the development of a Self Rating Scale: A research report. *J Child Psychol Psychiatry*, 22:73-88, 1980.
9. BIRLESON P, HUDSON I y cols.: Clinical evaluation of a Self-Rating Scale for Depressive Disorder in Childhood (Depression Self-Rating Scale). *J Child Psychol Psychiatry*, 28:43-60, 1987.
10. BOULOS C, KUTCHER S, MARTON P y cols.: Response to desipramine treatment in adolescent major depression. *Psychopharmacology Bull*, 27:59-65, 1991.
11. CARLSON G, KASHANI J: Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: Analysis of three studies. *Am J Psychiatry*, 145:1222-1225, 1988.
12. CLARKE GN, HAWKINS W, MURPHY M y cols.: Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34:312-321, 1995.
13. EVANS DW, BRODY L, NOAM GG: Self-perceptions of adolescents with and without mood disorder content and structure. *J Child Psychol Psychiat*, 36:1337-1351, 1995.
14. FLEMING J, OFFORD DR: Epidemiology of childhood depressive disorders: A critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29:571-580, 1990.
15. GELLER B, COOPER TB, GRAHAM D y cols.: Double-blind placebo-controlled study of nortriptyline in depressed adolescents using a fixed plasma level design. *Psychopharmacology Bull*, 26:85-90, 1990.
16. IVARSSON T, LEDBERG A y cols.: The Birlson Depression Self-Rating Scale (DSRS) clinical evaluation in an adolescent inpatient population. *J Affective Disorders*, 32:115-125, 1994.
17. KANDEL DB, DAVIES M: Epidemiology of depressive mood in adolescents. *Arch Gen Psychiatry*, 39:1205-1212, 1982.
18. KOTSOPOULOS S: Phenomenology of anxiety and depressive disorders in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of N Am*, 12:803-813, 1989.
19. KUTCHER S, BOULOS C, WARD B y cols.: Response to desipramine treatment in adolescent depression: A fixed-dose, placebo-controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33:686-694, 1994.
20. KOVACS M, FEINBERG TL y cols.: Depressive disorders in childhood I: A longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Arch Gen Psychiatry*, 41:229-237, 1984.
21. KOVACS M, FEINBERG TL y cols.: Depressive disorders in childhood II: A longitudinal study of the risk for a subsequent major depression. *Arch Gen Psychiatry*, 41:643-649, 1984.
22. KOVACS M, GATSONIS C y cols.: Depressive disorders in childhood IV: A longitudinal study of comorbidity with and risk for anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 46:776-782, 1989.
23. KOVACS M, AKISKAL H y cols.: Childhood-onset dysthymic disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 51:365-374, 1994.
24. LEWINSOHN PM, GOTLIB IH, SEELY JR: Adolescent psychopathology IV: Specificity of psychosocial risk factors for depression and substance abuse in older adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34:1221-1229, 1995.
25. MCD J: Major research advances. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34:10, 1995.
26. METZ CE: Basic principles of ROC analysis. *Sem Nuclear Med*, 8:283-298, 1983.
27. MITCHELL J, McCAULEY E, BURKE P, MOSS S: Phenomenology of depression in children and adolescents. *J Am Acad Chil Adolesc Psychiatry*, 27:12-20, 1988.

28. MURPHY JM, BRWIK DM y cols.: Performance of Screening and Diagnostic Test. *Arch Gen Psychiatry*, 44:550-555, 1987.
29. NIEREMBERG AA, FEINSTEIN AR: How to Evaluate a Diagnostic Marker Test. *JAMA*, 259:1699-1702, 1988.
30. POZNANSKY E: The clinical phenomenology of childhood depression. *Am J Orthopsychiatry*, 52:308-313, 1982.
31. PUIG-ANTICH J, PEREL JM, LUPATKIN W y cols.: Imipramine in prepubertal major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 44:81-89, 1987.
32. RAO U, RYAN N, BIRMAHER B y cols.: Unipolar depression in adolescents: Clinical outcome in adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34:566-578, 1995.
33. ROBERTS R, CHEN YW: Depressive symptoms and suicidal ideation among Mexican-origin and Anglo adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34:81-90, 1995.
34. ROBBINS DR, ALESSI EN y cols.: The Use of the Research Diagnostic Criteria (RDC) for depression in adolescent psychiatric inpatients. *Am J Acad Child Adolesc Psychiatry*, 21:251-255, 1982.
35. SHAIN BN, NAYLOS M, ALESSI N: Comparison of self-rated and clinician-rated measures of depression in adolescents. *Am J Psychiatry*, 147:793-795, 1990.
36. WELLER E, WELLER R: Mood disorders. En: *Child Adolescent Psychiatric a Comprehensive Textbook*. Lewis M (ed.) William & Wilkins, Baltimore, 1991.

**Anexo  
DSRS**

**Instrucciones:** Por favor responde honestamente cómo te has sentido las últimas dos semanas. No hay respuestas buenas o malas. Gracias

	Siempre	Algunas veces	Nunca
1. Me interesan las cosas tanto como antes			
2. Duermo muy bien			
3. Me dan ganas de llorar			
4. Me gusta salir con mis amigos			
5. Me gustaría escapar, salir corriendo			
6. Me duele la panza			
7. Tengo mucha energía			
8. Disfruto la comida			
9. Puedo defenderme por mí mismo			
10. Creo que no vale la pena vivir			
11. Soy bueno para las cosas que hago			
12. Disfruto lo que hago tanto como lo hacía antes			
13. Me gusta hablar con mi familia			
14. Tengo sueños horribles			
15. Me siento muy solo			
16. Me animo fácilmente			
17. Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarlo			
18. Me siento muy aburrido			

IMP 1995

Los Centros de Información en Farmacodependencia del Instituto Mexicano de Psiquiatría, ponen a disposición del personal que aquí labora, y del público en general, un directorio de organizaciones dedicadas a la atención e investigación del alcoholismo, el tabaquismo, la farmacodependencia y otras adicciones. Estas organizaciones son tanto públicas como privadas y se localizan principalmente en el Distrito Federal. Se incluyen en este directorio sus principales funciones (asistenciales, terapéuticas, rehabilitadoras, preventivas, de formación de recursos humanos, etc.).

El directorio puede ser consultado de 8:30 a 15:30 horas de lunes a viernes en los Centros de Información de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, en la sede del IMP.