

Validación de la Escala de Birlson modificada para trastornos depresivos en niños y adolescentes peruanos

Dra. Roxana Vivar

Psiquiatra General y Psiquiatra de Niños y Adolescentes. Jefa del Departamento de Niños y Adolescentes del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Lima, Perú

Dra. Zoila Pacheco

Psiquiatra General y Psiquiatra de Niños y Adolescentes. Hospital Nacional "Guillermo Almenara Irigoyen". Profesora de la Universidad Nacional "Mayor de San Marcos" y Universidad Particular "San Martín de Porras". Lima, Perú

Dra. Cecilia Adrianzen

Psiquiatra General y Psiquiatra de Niños y Adolescentes. Gerente de Investigación Clínica en Neurociencias Laboratorios Eli Lilly. & Co Región Andina-Centro America. Lima, Perú.

Dra. Beatrice Macciotta

Psiquiatra General y Psiquiatra de Niños y Adolescentes. Hospital Central de la Fuerza Aérea. Profesora Asociada de la Universidad Nacional "Federico Villarreal". Lima, Perú

Lic. Carlos Marchena

Licenciado de Psicología. Psicólogo asistente del Departamento de Salud Mental Comunitaria del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi"

RESUMEN

Objetivo: Validar la Escala de Birlson modificada para trastornos depresivos en niños y adolescentes peruanos.

Método: Se realizó la adaptación de la escala original y se sometió a juicio de expertos. Se aplicó a 215 niños y adolescentes de ambos sexos entre 8 y 18 años: 84 con diagnóstico de depresión; 73 con trastorno de ajuste y síntomas depresivos, y 158 libres de enfermedad mental (normales). Se determinó la confiabilidad interevaluador utilizando los índices de correlación de Pearson y Sperman, y la consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach. La validez de criterio se determinó mediante el uso de la sensibilidad y especificidad.

Resultados: La confiabilidad en el tiempo en los grupos de pacientes con depresión ($r = 0.89$) y sanos ($r = 0.78$) son altos y un valor menor en el grupo de pacientes de trastorno de ajuste con síntomas de depresión ($r = 0.54$). El punto de corte es 13 puntos y valores de 13 a 21 indican la presencia de síntomas depresivos, mientras que valores de 22 o superiores indican la presencia de depresión mayor.

Conclusión: La escala modificada de Birlson tiene alta confiabilidad y se constituye en un instrumento para diagnóstico y seguimiento de niños y adolescentes con trastorno depresivo.

Palabras clave: Validación - Birlson - Depresión - Trastorno de ajuste.

SUMMARY

Objective: To validate the modified scale of Birlson for Depressive Disorders in Peruvians Children and Adolescents.

Method: The adaptation of the original test scale was made and it was evaluate for expert council. That was applied to 215 both sexes children and adolescents between 8 and 18 years old: 84 with diagnosis of depression; 73 with adaptative disorder and depressive symptoms, and 158 free ones of mental disease. The interevaluador confiability was determinate using the indices of correlation of Pearson and Sperman, and the Internal consistency with the coefficient Alpha of Cronbach. The criterion validity determined by means of the use of sensitivity and specificity.

Results: The confiability in time in the depressive and healthy groups was high ($r = 0.78$), and lower in the

Adaptative disorder group with depressive symptoms ($r = 0.54$). The cut point is 13 points, and values from 13 to 21 indicate the presence of depressive symptoms, whereas values of 22 or superior ones indicate the presence of mayor depression.

Conclusions: The modified scale of Birlson has discharge trustworthiness and it is constituted in an instrument for diagnostic and following in Childs and adolescents with depressive disorders.

Key words: Validate - Birlson - Depressive disorders - Adaptative disorder.

INTRODUCCIÓN

La depresión es un serio problema de salud mental en niños y adolescentes. Afecta negativamente el funcionamiento familiar, social, personal y académico del paciente y frecuentemente persiste hasta la adultez⁽¹⁻³⁾. Se ha relacionado estrechamente la conducta suicida

del adolescente, el uso y abuso de sustancias psicoactivas con la depresión ⁽³⁻⁷⁾.

En estudios de poblaciones, tasas de prevalencia para el trastorno depresivo mayor de 1-3 % de niños. Ésta se incrementa substancialmente en la adolescencia hasta un 8%. El desorden distímico ocurre en 1% en niños y 8% de adolescentes ⁽⁸⁾. En estudios poblacionales se ha determinado que la depresión infantil tiene la misma prevalencia en niños y niñas; mientras que en la adolescencia se observa una clara predominancia en el sexo femenino ^(1-3,8). En servicios de psiquiatría infantil se ha encontrado 20-27% de trastorno depresivo ^(9,10).

La comorbilidad es frecuente en depresión de inicio temprano. Se ha publicado tasas de comorbilidad para depresión y trastorno de hiperactividad y déficit de atención en el 50% de pacientes; y para depresión y trastornos de ansiedad en 70%. Asimismo las tasas de comorbilidad entre depresión y abuso de sustancias en adolescentes, son de un 25% ⁽¹⁻³⁾.

La depresión del niño y del adolescente se asemeja a la del adulto en muchas de sus características clínicas, razón por la que la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) ha considerado similares criterios para establecer este diagnóstico en niños y adolescentes; sin embargo, debe tenerse en cuenta el estadio del desarrollo como una variable al momento de la evaluación clínica del niño y adolescente ^(3,11-15).

La depresión es diagnosticada usando la entrevista clínica u otros instrumentos. Las escalas de tipo autoreporte pueden facilitar la labor del clínico. El desarrollo de escalas para determinar la presencia de depresión en niños, empieza a finales de los años 70. En 1977, Kovacs y Beck, desarrollaron "Children's Depresión Inventory" (CDI), luego de realizar una adaptación a la Escala de Depresión de Beck para adultos ⁽¹⁶⁾. Ese mismo año, 1977, Wirt y col, desarrollaron "Personality Inventory for children-Depresión Scale" (PIC-D), la que nace luego de una adaptación de la Escala de Hamilton ⁽¹⁷⁾.

En el año de 1981 Peter Birlson en Inglaterra, desarrolló la primera escala autoaplicada concebida desde sus inicios para medir trastornos depresivos moderados o severos en niños; reportando valores aceptables de confiabilidad y validez ⁽¹⁸⁾. Esta escala ha sido modificada por otros autores y aplicada en diversos estudios con resultados igualmente favorables ^(19,10). Dada la utilidad y facilidad de uso de la escala de Birlson, consideramos importante realizar un estudio de validez y confiabilidad de ésta, en niños y adolescentes peruanos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Con el fin de incluir un mejor número de síntomas depresivos mediante la Escala de Birlson, se realizó una adaptación a la escala original, agregando los ítems: ideación suicida, alteraciones en la concentración, irritabilidad, desesperanza, somatización y pérdida del placer por compartir con pares; se retiró el ítem "me gusta hablar con mi familia", por considerarlo poco específico para el trastorno depresivo. Se realizaron algunos cambios de vocablos de acuerdo a la cultura peruana, para asegurar una mayor comprensión de la escala de parte de nuestros pacientes.

La escala modificada fue enviada a un grupo de expertos para la validación respectiva. (Anexo 1)

Se aplicó test y re test (con un intervalo de 48 horas entre ambos), a una muestra de niños y adolescentes hombres y mujeres, de 8 - 18 años, divididos en tres grupos: El primer grupo, constituido por pacientes con diagnóstico de algún trastorno depresivo (Depresión mayor, distimia o depresión doble). El segundo grupo por pacientes con diagnóstico de trastorno de ajuste con síntomas depresivos (T.A.D). El tercer grupo por niños y adolescentes libres de enfermedad mental (sanos).

Los pacientes de los dos primeros grupos fueron captados del Departamento de niños y adolescentes del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, del Servicio de Psiquiatría Infanto Juvenil del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irgoyen EsSalud y del Hospital Central de la FAP. Para hacer el diagnóstico de trastornos depresivos y trastorno del ajuste con síntomas depresivos, se emplearon los criterios del DSM-IV. Los niños y adolescentes del tercer grupo, al que llamaremos grupo normal, fueron provenientes del colegio 3049 de Tahuantinsuyo en la ciudad de Lima, Perú. En este último grupo se realizó un escrutinio de las escalas resueltas por los alumnos de este colegio y se procedió a entrevistar a aquellos cuyo puntaje total fue 13 o más en el test y/o re test de Birlson, así como a aquéllos que habían respondido positivamente a alguno de los ítems sobre "deseos de morir", después de la entrevista psiquiátrica, se les excluyó de su participación en el estudio a aquellos que tenían criterios para trastorno depresivo y/o trastorno del ajuste con síntomas depresivos, y se les derivó a un centro de salud mental para seguimiento y/o tratamiento dependiendo del caso.

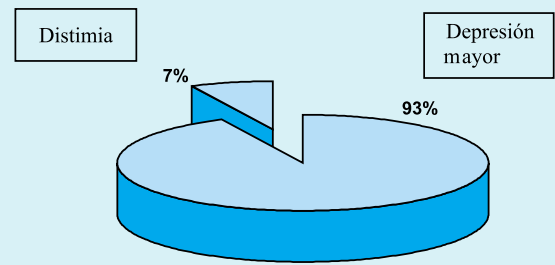
Los resultados obtenidos en cada uno de los grupos estudiados fueron analizados estadísticamente. Se

determinó la confiabilidad en el tiempo con el test y re-test y se emplearon los índices de correlación de Pearson y Sperman; la consistencia interna fue medida por el coeficiente alfa de Cronbach y la validez de criterio se determinó mediante el uso de la sensibilidad y especificidad.

RESULTADOS

El número total de niños y adolescentes analizados estadísticamente fue de 215. Este análisis arrojó los siguientes resultados: El grupo de pacientes deprimidos está conformado por 84 pacientes con edades que fluctúan entre los 10 y 18 años y una edad promedio de 15.1 ± 2 años, tanto para hombres como para mujeres. El 75% fueron de sexo femenino. EL 93% de pacientes tenía diagnóstico clínico de depresión mayor y el 7% de distimia. (Gráfico 1)

Gráfico 1. Niños y adolescentes con trastorno depresivo distribuidos por tipo de depresión (n=84)



Los puntajes totales obtenidos en el test varían entre 13 y 39 (27.5 ± 5.2) y entre 11 y 39 para el re-test (27.6 ± 5.2). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes obtenidos entre los hombres y mujeres ($p > 0.05$). (Cuadro N° 1 y 2).

Cuadro N° 1. Puntajes test y re-test en pacientes con depresión. (n=84)

Test			Diagnóstico Clínico (DSM.IV)	Re-test		
Valor	N°	%		Valor	N°	%
13	1	1.2	Distimia	11	1	1.2
15	1	1.2	Distimia	15	1	1.2
16	2	2.4	Distimia	16	2	2.4
17	1	1.2	Distimia	17	1	1.2
19	1	1.2	Distimia	20	1	1.2
21	6	7.1	Depresión mayor	21	6	7.1
22	3	3.6	Depresión mayor	22	2	2.4
23	3	3.6	Depresión mayor	23	3	3.6
24	2	2.4	Depresión mayor	24	3	3.6
25	4	4.8	Depresión mayor	25	4	4.8
26	7	8.3	Depresión mayor	26	7	8.3
27	7	8.3	Depresión mayor	27	8	9.5
28	8	9.5	Depresión mayor	28	8	9.5
29	5	6	Depresión mayor	29	6	7.1
30	10	11.9	Depresión mayor	30	2	2.4
31	4	4.8	Depresión mayor	31	7	8.3
32	7	8.3	Depresión mayor	32	9	10.7
33	4	4.8	Depresión mayor	33	6	7.1
34	3	3.6	Depresión mayor	34	2	2.4
35	2	2.4	Depresión mayor	35	2	2.4
36	1	1.2	Depresión mayor	36	1	1.2
38	1	1.2	Depresión mayor	37	1	1.2
39	1	1.2	Depresión mayor	39	1	1.2
Total	84	100		Total	84	100

Cuadro N° 2. Puntaje promedio de test y re-test en pacientes con trastorno depresivo en relación a sexo (n=84)

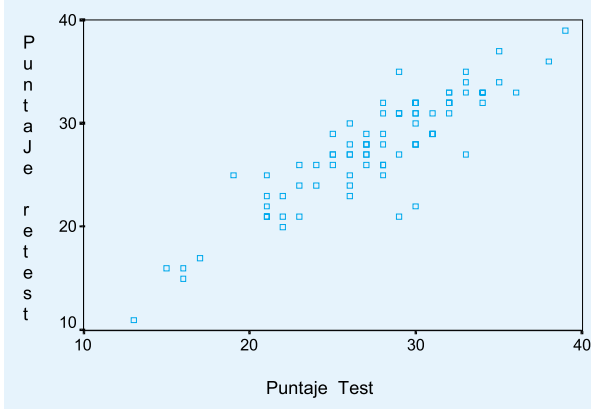
Sexo	Test *	Re-test *
Masculino (N=21)	26.7 ± 5.2	26.8 ± 5.4
Femenino (N=63)	27.8 ± 5.2	27.8 ± 5.3
TOTAL (N=84)	27.5 ± 5.2	27.6 ± 5.3

* Promedio \pm DE

El análisis de la relación entre test y retest muestra una elevada asociación ($r = 0.89$) entre las respuestas en las dos ocasiones. La consistencia interna arrojó un alfa de Cronbach de 0.73. (Cuadro N° 3 y Gráfico 2).

Cuadro N° 3. Indicadores de asociación entre Test y Re-test de la Escala de Birleson en pacientes con trastorno depresivo (n=84)		
Indicadores de Asociación	Índice	Significación
Pearson	0.893	0.000
Spearman	0.858	0.000
Alpha de Cronbach	0.73	

Gráfico 2. Asociación entre test y re-test de la Escala de Birleson en niños y adolescentes deprimidos. (N=84)



El grupo de pacientes con diagnóstico T.A.D. está conformado por 73 pacientes, siendo la proporción de varones, 52.1%, y la de mujeres 47.9%. Las edades varían entre 9 y 17 años, con una edad promedio de 13.3 ± 2.9 . (Cuadro N° 4 y 5)

Cuadro N° 4: Puntaje test y re-test de pacientes con trastorno de ajuste (n = 73)					
Test			Re-Test		
Valor	N°	%	Valor	N°	%
9	1	1.4	11	3	4.1
10	3	4.1	12	2	2.7
11	3	4.1	13	7	9.6
12	3	4.1	14	6	8.2
13	5	6.8	15	15	20.5
14	6	8.2	16	5	6.8
15	7	9.6	17	13	17.8
16	4	5.5	18	3	4.1
17	8	11	19	3	4.1
18	4	5.5	20	5	6.8
19	9	12.3	21	5	6.8
20	8	11	22	1	1.4
21	5	6.8	23	2	2.7
22	6	8.2	24	2	2.7
23	1	1.4	26	1	1.4
Total	73	100	Total	73	100

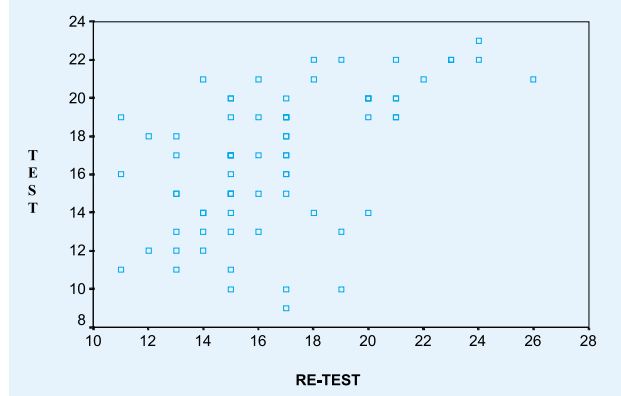
Cuadro N° 5 Puntaje promedio de test y re-test en pacientes con trastorno de ajuste en relación a sexo (n=73)		
Sexo	Test *	Re-test *
Masculino (N=38)	16.53±3.49	15.95±3.40
Femenino (N=35)	17.06±3.75	17.43±3.42
Total (N=73)	16.78±3.6	16.66±3.56

* Promedio ± DE

Los puntajes totales obtenidos en la prueba varían entre 9 y 23 para el test (Promedio: 16.7 ± 3.6) y 11 y 26 para el re test (Promedio 16.6 ± 3.3). El análisis de la relación entre test y re-test muestra baja asociación ($r = 0.54$). (Cuadro N° 6 y Gráfico 3)

Cuadro N° 6: Indicadores de asociación entre test y re-test de la Escala de Birleson en pacientes con trastorno de ajuste (N=73)		
Indicador de asociación	Índice	Significación
Pearson	0.542	0.000
Spearman	0.547	0.000
Alpha de Cronbach	0.46	

Gráfico 3. Asociación del puntaje de test y re-test en niños y adolescentes con trastorno de ajustes (N=73)



En el tercer grupo de 158 niños y adolescentes normales. La proporción de varones y mujeres fue 54% y 46%, respectivamente. Las edades varían entre 8 y 18 años, con una edad promedio de 13 ± 2.6 .

Los puntajes totales obtenidos en la prueba oscilan entre 0 y 13 tanto para el test como para el re-test, con un puntaje promedio de 8.3 ± 2.7 para el test y de 7.9 ± 2.8 para el re-test. (Cuadro N° 7 y 8). El análisis de la relación entre test y re-test, muestra una elevada asociación ($r = 0.78$).

Cuadro N° 7: Puntaje test y re-test de niños y adolescentes normales (N=158)

Test			Re-Test		
Valor	N°	%	Valor	N°	%
0	3	1.9	0	1	0.6
1	1	0.6	1	3	1.9
-	-	-	2	6	3.8
3	7	4.4	3	2	1.3
4	3	1.9	4	8	5.1
5	10	6.3	5	9	5.7
6	9	5.7	6	15	9.5
7	18	11.4	7	17	10.8
8	24	15.2	8	25	15.8
9	27	17.1	9	20	12.7
10	22	13.9	10	25	15.8
11	15	9.5	11	13	8.2
12	18	11.4	12	12	7.6
13	1	0.6	13	2	1.3
Total	158	100	Total	158	100

Cuadro N° 8: Puntaje promedio de test y re-test en niños y adolescentes normales distribuidos por sexo (N=158)

Sexo	Test *	Re-Test *
Masculino (N=86)	8.4 ±2.5	8 ±2.8
Femenino (N=72)	8.3±3.0	7.8±3.5
Total (N=158)	8.3±2.7	7.9±2.5

* Promedio ± DE

Al utilizar la Escala de Birleson modificada como prueba diagnóstica, se encuentra un máximo equilibrio entre sensibilidad (98.8%) y especificidad (98.7%) para los puntos de corte 13 y 14. (Cuadro N° 9).

Cuadro N° 9: Análisis exploratorio del punto de corte de la Escala de Birleson modificada

Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad
10	100	77.4
11	100	86.8
12	100	98.1
13	98.8	98.7
14	98.8	98.7
15	97.6	99.4
16	95.3	99.4
17	94.1	99.4
18	94.1	99.4

DISCUSIÓN

En nuestro estudio hemos incluido niños y adolescentes (8-18 años), a diferencia de los trabajos originales de Birleson, que sólo incluyó niños ⁽¹⁸⁾ y de Francisco de la Peña ⁽²⁰⁾ e Ivarsson ⁽²¹⁾, que evaluaron población adolescente; con lo que se demuestra que esta escala es aplicable tanto a niños como a adolescentes.

La edad promedio del grupo de pacientes con depresión es significativamente mayor que la edad promedio de los otros subgrupos ($p < 0.05$). Este hallazgo es similar a lo que De la Peña y col. describieron ⁽²⁰⁾. Esto probablemente signifique que el diagnóstico de trastorno depresivo se va incrementando con la edad.

Fue evidente la clara predominancia del sexo femenino (75%), en el grupo de pacientes deprimidos, obteniéndose una relación hombre/mujer de 1/3; valor que corresponde a lo reportado por otros autores ⁽²²⁻²⁴⁾; mientras que en los otros dos grupos (sanos y TAD) esta relación es cercana a 1/1.

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el grado de depresión entre hombres y mujeres ($p > 0.05$). Hallazgo diferente a lo reportado a nivel internacional, donde informan que los puntajes obtenidos en pacientes mujeres es mayor al que se encuentran en pacientes varones con el mismo diagnóstico ^(20, 21, 25,26).

La confiabilidad hallada en cada uno de los grupos estudiados fue diferente. El índice de Pearson fue de 0.89 en el grupo de pacientes deprimidos, de 0.78 en el grupo sano o normal y de 0.54 en el de T.A.D. lo cual indica que esta escala es altamente confiable para hacer el diagnóstico de depresión mayor, depresión doble y distimia y es menos confiable para diagnosticar trastorno de ajuste con síntomas depresivos. Consideramos que se requieren de futuros estudios para dilucidar con claridad las diferencias entre depresión mayor y distimia, puesto que los porcentajes de pacientes con estos diagnósticos fueron realmente diferentes (77.4% depresión mayor y 22.8% distimia).

La gran diferencia hallada en los índices de Pearson entre el grupo con diagnóstico de depresión y el grupo con T.A.D. es sostenida por las características clínicas de ambos trastornos, puesto que los pacientes con diagnóstico de depresión mayor y distimia tienen mayor estabilidad clínica que los pacientes con T.A.D. en los que la variación ambiental puede determinar cambios substanciales en la sintomatología entre una y otra evaluación.

La consistencia interna de la prueba medida por el coeficiente alfa de Cronbach en el grupo de pacientes deprimidos de 0.73, es exactamente igual al obtenido por Asarnow y Carlson ⁽¹⁹⁾ y ligeramente inferior al reportado por De la Peña y col ⁽²⁰⁾ E Ivarsson ⁽²¹⁾ debido

probablemente a que en nuestro estudio hemos incluido pacientes con diagnóstico de distimia, a diferencia de los autores previamente citados que sólo han considerado pacientes con diagnóstico de depresión mayor.

El punto de corte de 13 con una sensibilidad y una especificidad de 98%, difiere en algunos aspectos de lo reportado por otros autores. Birlson ⁽¹⁸⁾ halló el mismo punto de corte, con 76% de sensibilidad y 88% de especificidad; De la Peña y cols. ⁽²⁰⁾ hallaron un punto de corte de 15 para una sensibilidad de 75% y una especificidad de 81%; Ivarsson ⁽²¹⁾ obtuvo un punto de corte de 15 para una sensibilidad de 69% y una especificidad de 57%. Los altos valores obtenidos tanto para la sensibilidad como para la especificidad, indican que las modificaciones que realizamos en la prueba original de Birlson le han conferido mayor capacidad discriminativa. Se conoce además que tomando el punto de corte que convenga, el instrumento puede ser utilizado en estudios clínicos y epidemiológicos, orientados al diagnóstico temprano y al tratamiento oportuno ^(17,20).

La inclusión de pacientes con diagnóstico de distimia en el grupo de deprimidos y la obtención de los valores de coeficientes de relación previamente señalados, así como los puntajes promedio hallados en cada uno de

los grupos estudiados, nos permiten establecer que los valores entre 13 y 21 indicarían la presencia de distimia; mientras que valores de 22 o más indican depresión mayor. Consideramos sin embargo que se necesitaría de la evaluación clínica para diferenciar entre distimia y trastorno de ajuste con síntomas depresivos pues en ambos trastornos hemos hallado valores similares.

La diferencia de los puntajes promedio obtenidos en el grupo de niños normales y pacientes deprimidos es mucho más significativa en nuestro estudio que lo reportado por otros autores ^(20,21). Esto puede ser explicado por la rigurosidad que tuvimos en la formación de los grupos de estudio, retirando del grupo de niños y adolescentes normales a aquellos niños con puntajes altos que luego de una entrevista clínica reunían criterios para algún tipo de depresión y descartando a los que no pudieron ser entrevistados, mientras que los autores mencionados consideraron como normales a todos los niños procedentes de un colegio.

Los resultados obtenidos en la presente investigación así como lo informado por todos aquellos investigadores que la han empleado, en diversos grupos culturales ^(18-21,27) nos ha permitido confirmar lo señalado por De La Peña y col. que el instrumento es seguro y que mantiene su estabilidad transcultural ⁽²⁰⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Birmaher, B. Practice parameters for the Assessment and Treatment of children and adolescent with Depressive Disorders. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry* 1998; 37: 10 Sup. 63s -89s.
2. Reynolds W, Johnston H. *The Nature and Study of Depression in Children and Adolescents*. Plenum Press (Ed.). New York and London 1994; 3 - 17.
3. Shoaf T, Childhood Depression: Diagnosis and Treatment strategies in general Pediatrics *Pediatric Annals* 2001; 30: 3; 130 - 137.
4. Kienhorst B, Differences between adolescent suicide attempters and depressed adolescent. *Psy. Scand.* 1993; 85: 222 - 228.
5. Mardomingo S, Intentos Suicidas en la infancia y la adolescencia: Características epidemiológicas." *A. Esp. Pediat.* 1993; 37: 29 - 32.
6. González C. Estresores cotidianos, malestar depresivo e ideación suicida en adolescentes mexicanos". *Act. Psiq. Y Psicológica de América Latina* 1993; 40(2): 156 - 163.
7. Lewis M. *Mood disorders in child" Adolescent Psychiatric. A comprehensive textbook.* Williams & Wilkins, Baltimore. 1991.
8. Angold A. Childhood and adolescent depression. *Epidemiological and a etiological aspect". Br. J. Psychiatry* 1988; 152: 601 - 607.
9. Pearce J. Depressive disorder in childhood *J Child Psychology and Psychiatry* 1997; 18: 799 - 82.
10. Carlson G. A survey of depressive symptoms in child and adolescent psychiatric population *J. Am. Acad. Child Psychiatric* 1988; 18: 587 - 599.
11. Adrianzen C. Trastornos Afectivos Mayores en niños y adolescentes. *Revista de Neuropsiquiatria.* 1988; 61: 230 - 249.
12. Pozznanskil. *Phenomenology and Epidemiology of mood Disorders in Children an Adolescents Handbook of Depression in Children and Adolescents.* Plenum Press. New York and London. 1994 Pág: 19 - 39.
13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" Fourth edition,* Washington 1994.
14. Carlson & Kasahani. *Phenomenology of Major Depression from Childhood through adulthood. Analysis of three studies.* *Am. J. Psychiatry* 1988; 145: 1222 - 1225.
15. Mitchell J. *Phenomenology of Depression in Children and Adolescent". Acad. Child. Adolescent. Psychiatry.* 1988; 27: 12 - 20.

16. Kovacs M. The Children's Depression Inventory (CDI) trabajo inédito, University of Pittsburgh. Las Depresiones Infantiles. Ediciones Morata, 1988 Madrid, Pág. 297.
17. Froman P. The Development of a Depresión scale for Personality Inventory for Children (PIC) Trabajo inédito. University of Minnesota, Minneapolis. Referido en Polaino - Lorente. Las Depresiones Infantiles. Ediciones Morata, 1988. Madrid. Pág. 370.
18. Birlson. The Validity of Depressive Disorder in childhood and the development of a self-rating scale: a research report". Journal of child Psychology 1987; 42: 861 - 865.
19. Asarnow J, Carlson G. Depression self-rating scale: Utility with child Psychiatric inpatients". J. Consulting and Clinical Psychology 1985; 53: 4911 - 499.
20. De la Peña Traducción al español y validez de la Escala de Birlson para el Trastorno Depresivo Mayor en adolescentes 1996; 5: 17 - 20.
21. Ivarsson T. The Birlson Depression Self Rating (DSRS) Clinical evaluation in an adolescent inpatient population. J affective Dissorder 1994; 32:115-125.
22. Sullivan P. Genetic Epidemiology of Mayor Depression: Review and Meta-Analysis. Am. J. Psychiatry 2000. 157: 1552 - 1562.
23. Fleming JE. "Epidemilogy of childhood depressive disorders: a critical review J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry 1990; 29: 571 - 580.
24. Lewinsohn PM. Mayor Depression in community adolescent: age at onset, episode duration, and time to recurrence". J. Am: Acad. Child. Adolesc. Psychiatry 1994; 33: 809 - 818.
25. Angold A. The effects of age and sex on depression rating in children and adolescent. J Am. Acad. Adolec. Psychiatry 1991; 30: 67 - 74.
26. Kandel DB. Epidemiology of depressive mood in adolescent. Arch. Gen. Psychiatry 1982; 39:1205 - 1212.
27. Ivarsson T. Depressive symptoms in Swedish adolescent: normative data using the Birlson Depression self rating sc ale (DSRS).J. Affect. Disord. 1997; 42: 59 - 68.

Agradecimientos

A nuestros pacientes y a sus padres por habernos permitido utilizar esta escala y ampliar así nuestros conocimientos.
 A los profesores y alumnos del colegio 3049 de Tahuantinsuyo, Lima Perú, por su activa participación.
 A los Doctores Horacio Vargas y Yuri Cutipé por su apoyo en la obtención de datos para esta investigación.

Anexo 1 Escala de Birlson Modificada

Por favor responde honestamente como te has sentido en las últimas dos semanas. En cada pregunta, marca con un aspa la respuesta que creas conveniente. Hay una sola respuesta por pregunta. No hay respuestas buenas o malas. Gracias.

	Siempre	A Veces	Nunca
1-Las cosas me gustan me interesan como antes			
2-Duermo muy bien.			
3-Me dan ganas de llorar.			
4-Para adolescentes: me gusta salir con mis amigos Para niños: me gusta salir a jugar.			
5-Me gustaría escapar salir corriendo.			
6-Me duele la barriga, la cabeza y otros sitios de mi cuerpo.			
7-Tengo ganas para hacer las cosas.			
8-Disfruto la comida.			
9-Puedo defenderme por mí mismo.			
10-Pienso que no vale la pena vivir.			
11-Soy bueno para las cosas que hago.			
12-Me molesto y me irrito por cualquier cosa			
13-Disfruto lo que hago tanto como lo hacía antes.			
14-Me he vuelto olvidadizo y/o distraido.			
15-Tengo sueños horribles.			
16-Pienso que haga lo que haga no lograré conseguir lo que deseo o que las cosas no van a cambiar.			
17-Me siento muy solo.			
18-Puedo alegrarme fácilmente.			
19-Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarlo.			
20-Me siento muy aburrido.			
21-Pienso muy en serio en la muerte o en matarme.			
Total			