

ALTERNATIVA AL «CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY» (CDI): PROCEDIMIENTO Y METODOLOGÍA

L. Cabrera Pérez, y P. García-Medina
La Laguna/Tenerife

RESUMEN

Nuestra propuesta, consiste en dotar al Cuestionario de Depresión Infantil (Children's Depression Inventory, CDI) de una mayor validez de contenidos, puesta en cuestión por algunos autores. Para ello se trata de extraer los contenidos Cuestionario de Depresión de Beck, para adultos (Beck Depression Inventory, BDI); y readaptar los contenidos del CDI. Nos sirvió una muestra de 220 niños y adolescentes. El análisis correlacional inter-ítems e inter-instrumentos nos proporcionó los contenidos nucleares de un nuevo test (TED). A sus contenidos se añadieron otros considerados en la literatura psicopatológica y no contemplados en ninguno de los dos instrumentos utilizados para la elaboración de éste.

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El desarrollo de técnicas psicométricas para detectar y medir la sintomatología depresiva en niños y adolescentes, es un fenómeno que comenzó con cierta preocupación en los años 70 (p.e., Kovacs y Beck) pero que se ha mostrado poco sensible a la incorporación de nuevas alternativas que optimicen la medición científica de la psicopatología depresiva.

El «*Children's Depression Inventory*» (Kovacs, U.S.A., 1977) es el primer instrumento psicométrico que se elabora siguiendo un criterio de homogenización de sus ítems y cuya finalidad es la aplicación a niños y adolescentes. Este es una adaptación, hecha a partir del cuestionario de depresión para adultos de Beck («*Beck Depression Inventory*», BDI, 1967). Su justificación radica en la presumible sintomatología común para la niñez, la adolescencia y la adultez.

El CDI consta de 27 ítems, cada uno de los cuales con tres respuestas alternativas en orden de frecuencias. Recoge una amplia gama de síntomas depresivos como son: a) las alteraciones del humor; b) la capacidad hedónica; c) las funciones vegetativas; c) la autoevaluación; y d) otras conductas de relaciones interpersonales (Polaino-Lorente, 1988). Se toma como una medida aceptable de *screening*, y con poder discriminativo cuando se aplica a población «normal» escolarizada. Pero, desde nuestro punto de vista, su mayor utilidad reside en su capacidad para medir la severidad del síndrome depresivo (Kovacs, 1983). Si bien han sido varios los trabajos posteriores que se han realizado sobre sus propiedades psicométricas, y su uso es bastante generalizado, consideramos que aún está en período de prueba.

Los estudios sobre su fiabilidad y validez han sido numerosos (Friedman-Butler, 1979; Green, 1980; Kovacs, 1983; Seligman y cols., 1984; Mullins y cols., 1985; Lovobits y cols., 1985; Mestre y cols., 1992). Los resultados, sin embargo, han sido moderadamente consistentes en los distintos trabajos. Lo cual da idea de que el instrumento puede mejorar algunos de sus aspectos. Los autores atribuyen esta falta de consistencia a características particulares de los diferentes estudios. Una de las dificultades más serias está en la reiterada aplicación a muestras muy reducidas, lo cual limita su generalización. Y por otro lado tenemos otra dificultad añadida. La aplicación centrada casi siempre, salvo contados casos (p.e., Kovacs, 1983) a población sólo clínica o sólo normal, lo cual limita su aplicabilidad como instrumento epidemiológico. Otros autores (Gross y Wixted, 1988) sin embargo, sugieren una menor consistencia para el CDI. Las limitaciones parecen derivarse de: a) su limitada validez de contenido (p.e., «he fracasado totalmente», o «me siento mala persona y despreciable» no son contenidos que se incluyen); b) su relativa restricción en la intensidad de la sintomatología (p.e. los niños pueden perfectamente discriminar entre «nunca», «de vez en cuando», «mucho» y «siempre»); c) no da opción a recoger en ningún caso el tiempo que ha durado el estado emocional; y d) Bellack and Hersen (1988) sugieren además que los instrumentos como el CDI, debieran poder usarse como recurso para identificar no sólo depresión sino también otros problemas emocionales. Superando estas dificultades, sí que servirían como medidas válidas de *screening*.

En cuanto a la consistencia, los datos obtenidos muestran mayor solidez. El valor promedio para diferentes consistencias internas halladas para el CDI muestran un Alfa de Cronbach de 0,84 (Síntesis hecha en base a datos recopilados por Polaino-Lorente, 1988).

SUPERANDO LAS DIFICULTADES

Ante las dificultades anotadas anteriormente, nos proponemos dar salida a este *impase* dotando a este instrumento de otras características.

En primer lugar hemos partido del relativo acuerdo entre investigadores y clínicos de que hay rasgos comunes entre la sintomatología depresiva de los adultos y de los niños. Por ellos procedimos a extraer aquellos contenidos convergentes para el BDI y el CDI. De este modo pudimos observar que algunos elementos faltaban en el segundo de los instrumentos. La forma de proceder la dividimos en tres fases: 1) aplicación a una muestra de adolescentes del BDI y del CDI (n=100; media de edad 15); 2) elaboración de un nuevo cuestionario, el TED (Test Experimental de Depresión); y 3) nueva aplicación a una muestra de niños del TED junto con el CDI (n=120; edad media 10 años).

CONSTRUCCIÓN DEL TED COMO ALTERNATIVA

Partiendo de los datos obtenidos en el primer pase del CDI y el BDI, se hizo un análisis de correlaciones. Se situó el punto de corte en valores «r» iguales o mayores que 0,40. A partir de ahí se reelaboraron nuevos ítems. Tales ítems tenían las siguientes características: 1) recogían 4 intensidades (en lugar de los 3 que recoge el CDI); 2) incluían contenidos procedentes de ambos cuestionarios; 3) se respetaron casi todos los contenidos del CDI; 4) se incluyeron nuevos aspectos no contemplados ni el BECK ni en el CDI (p. ej., la intensidad de tiempo de duración de la sintomatología depresiva).

Una vez construido el instrumento se puso a prueba en una muestra de población infantil junto al CDI. Los resultados hallados fueron los siguientes: 1) la consistencia interna de ambos instrumentos fue un Alfa de Cronbach para el CDI=0,90, y para el TED=0,72 (n=120, de niños de 10 años de edad media).

TABLA N.º 1
 ÍTEMS DE LOS CUESTIONARIOS BDI Y CDI INTERRELACIONADOS

<p>CDI-1. Estoy triste de vez en cuando. Estoy triste muchas veces. Estoy triste siempre.</p>	<p>Beck-5. $r = .46$ (tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar). Beck-47. $r = .54$ (me siento irritado todo el tiempo). Beck-49. $r = .54$ (He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto). Beck-2. $r = -.48$ (no me encuentro triste). Beck-40. $r = -.41$ (no tengo pensamientos de hacerme daño). Beck-41. $r = -.41$ (no lloro más de lo habitual).</p>
<p>CDI-5. Soy malo/a siempre. Soy malo/a muchas veces. Soy malo/a algunas veces.</p>	<p>Beck-11. $r = -.66$ (he fracasado totalmente como persona).</p>
<p>CDI-9. No pienso en matarme. Pienso en matarme pero no lo haría. Quiero matarme.</p>	<p>Beck-35. $r = .43$ (tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo). Beck-36. $r = .41$ (siento que estaría mejor muerto). Beck-69. $r = .47$ (me canso más fácilmente que antes). Beck-40. $r = -.69$ (no tengo pensamientos de hacerme daño). Beck-71. $r = -.45$ (no me canso más de lo habitual).</p>
<p>CDI-10. Tengo ganas de llorar todos los días. Tengo ganas de llorar muchos días. Tengo ganas de llorar de vez en cuando.</p>	<p>Beck-23. $r = -.51$ (me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable).</p>
<p>CDI-16. Todas las noches me cuesta dormir. Muchas noches me cuesta dormir. Duermo muy bien.</p>	<p>Beck-2. $r = .41$ (no me encuentro triste).</p>
<p>CDI-18. La mayoría de los días no tengo ganas de comer. Muchos días no tengo ganas de comer. Como muy bien.</p>	<p>Beck-76. $r = .43$ (tengo el mismo apetito de siempre). Beck-74. $r = -.40$ (Mi apetito no es tan bueno como antes).</p>
<p>CDI-19. No me preocupa el dolor ni la enfermedad. Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad. Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad.</p>	<p>Beck-83. $r = -.43$ (no me preocupa mi salud más de lo normal).</p>
<p>CDI-20. Nunca me siento solo/a. Me siento solo/a muchas veces. Me siento solo/a siempre.</p>	<p>Beck-2. $r = -.40$ (no me encuentro triste). Beck-40. $r = -.43$ (no tengo pensamientos de hacerme daño).</p>
<p>CDI-25. Nadie me quiere. No estoy seguro/a de que alguien me quiera. Estoy seguro de que alguien me quiere.</p>	<p>Beck-5. $r = -.51$ (tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar). Beck-11. $r = -.48$ (he fracasado totalmente como persona). Beck-23. $r = -.54$ (me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable). Beck-38. $r = -.48$ (tengo planes decididos de suicidarme). Beck-47. $r = -.50$ (me siento irritado (enfadado) todo el tiempo).</p>
<p>CDI-27. Me llevo bien con la gente. Me peleo muchas veces. Me peleo siempre.</p>	<p>Beck-11. $r = .52$ (he fracasado totalmente como persona —como padre, marido, hijo/a, estudiante, madre, etc.).</p>

CONCLUSIONES

Respecto al CDI encontramos como el TED se resiente en cuanto a la consistencia interna. Si bien en principio se muestra como limitación, ésta se ve compensada si tenemos en cuenta que una de las causas es la mayor heterogeneidad de los contenidos del TED. Sin embargo, muestra como ventaja respecto al CDI sus mejoras en cuanto a diseño. Así los niveles de intensidad de los ítems añadidos, y la contabilización del tiempo de duración del síntoma proporcionan nuevos recursos para la selección y corte (screening).

BIBLIOGRAFÍA

- BECK, A. T. (1969): *Depression Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Hoeber.
- BELLACK, A. S. y HERSEN, M. (1988): *Behavioral Assessment: A Practical Handbook*. Nueva York: Pergamon Press.
- DEL BARRIO, V. (1990): Situación actual de la evaluación de la depresión infantil. *Evaluación Psicológica*, 2 (Vol. 6), 171-209.
- FRIEDMAN, J. J., BUTLER, L. F. (1979): *Development and evaluation of a test battery to assess childhood depression*. Final report to Health and Welfare. Canadá.
- GREEN, B. J. (1980): Depression in early adolescence: and exploratory investigation of its frequency, intensity and correlates. *Dissertation Abstracts International*, 41, 3890-B.
- GROSS, A. M., y WIXTED, J. T. (1988): Assessment of child behavior problems. En A. S. BELLACK y M. HERSEN (Eds.): *Behavioral Assessment: A Practical Handbook*. Nueva York: Pergamon Press.
- GROSS, A. M., y WIXTED, J. T. (1988): Assessment of child behavior problems. En A. S. BELLACK y M. HERSEN (Eds.): *Behavioral Assessment: A Practical Handbook*. Nueva York: Pergamon Press.
- KOVACS, M. (1983): *The Children's Depression Inventory: a self-rated depression scale for school-aged youngster*. University of Pittsburgh School of Medicine. Documento no publicado.
- KOVACS, M., BECK, A. T. (1977): An empirical-clinical approach toward a definition of childhood depression. En: SCHULTERBRANDT, J. G., RASKIN, A. (Eds.): *Depression in childhood: diagnosis, treatment and conceptual models*. Raven.
- LOVOBITS, D. A., HANDAL, P. J. (1985): Childhood depression-Prevalence using DSM-III criteria and validity of parent and child depression scales. *Journal of Pediatric Psychology*, 10.
- MESTRE, V., FRÍAS, D., GARCÍA-ROS, R. (1992): Propiedades psicométricas del Children's Depression Inventory (CDI) en población adolescente: Fiabilidad y Validez. *Psicológica*, 13, 149-159.
- MULLINS, L. L., SIEGEL, L. J., HODGES, K. (1985): Cognitive problems-solving and life events correlates of depressive symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13.
- POLAINO-LORENTE, A. (1988): *Las Depresiones Infantiles*. Madrid: Morata.
- SELIGMAN, M. E. P., PETERSON, C., KASLOW, N. J., TANENBAUM, R. L., ALLOY, L. B., ABRAMSON, L. Y. (1984): Attributional style and depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Psychology*, 93.