

## Comorbilidad entre los factores de ansiedad del SCARED y la sintomatología depresiva en niños de 8-12 años

Kelly Romero Acosta, Josepa Canals\*, Carmen Hernández-Martínez\*, María Claustre Jané Balladriga, Ferrán Viñas\*\* y Edelmira Domènech-Llaberia  
Universidad Autónoma de Barcelona, \* Universidad Rovira i Virgili y \*\* Universidad de Gerona

El objetivo de este estudio fue examinar la comorbilidad entre los factores de ansiedad del SCARED y síntomas depresivos en niños de 8-12 años. 792 niñas y 715 niños completaron el Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorder (SCARED), el Children's Depression Inventory (CDI) y un cuestionario de datos sociodemográficos. El 47% de la muestra presentó síntomas ansiosos y el 11,5% presentó síntomas depresivos. La comorbilidad heterotípica fue del 82% en niños con riesgo de depresión y del 20% en niños con riesgo de ansiedad. La comorbilidad homotípica entre los factores de ansiedad fue del 87%. La comorbilidad homotípica y heterotípica fueron elevadas, su detección hará posible prevenir la continuidad de un trastorno de ansiedad y el desarrollo de depresión.

*Comorbidity between SCARED anxiety factors and depressive symptomatology in 8- to 12-year-old children.* The aim of this study was to examine the comorbidity between the SCARED anxiety factors and depressive symptoms in 8-12-year-old children. Participants were 792 girls and 715 boys, who completed: the 41-item version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorder (SCARED), the Children's Depression Inventory (CDI) and a Socio-demographic questionnaire. Of the sample, 47% showed anxiety symptoms and 11.5% showed depressive symptoms. Heterotypic comorbidity was 82% in children at risk of depression and 20% in children at risk of anxiety. Homotypic Comorbidity between anxiety factors was 87%. Homotypic comorbidity and heterotypic comorbidity were high; their early detection will prevent the continuity of an anxious disorder and the development of depression.

Los síntomas depresivos y ansiosos son frecuentes en la niñez y en la adolescencia. Sin embargo, debido a su condición de trastornos interiorizados, son más difíciles de identificar ya que causan menos impacto que un trastorno de tipo exteriorizado (Bettge, Wille, Barkmann, Schulte-Markwort y Ravens-Sieberer, 2008; Diler, Birmaher, Brent, Axelson, Firinciogullari, Chiapetta et al., 2004). La prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en población general infantil puede encontrarse entre el 2,6% y 41,2%, y entre el 6,2% y 10,6%, respectivamente (Almqvist, Puura, Kumpulainen, Tuompo-Johansson, Henttonen, Huikko et al., 1999; Boyd, Gullone, Kostanski, Ollendick y Shek, 2000; Canals, Domènech-Llaberia, Clivillé, Fernández y Martí, 1991; Cartwright-Hatton, McNicol y Doubleday, 2006; Frigerio, Pesenti y Molteni, 2001; Sandoval, Lemos y Vallejo, 2006).

La comorbilidad es la presencia simultánea de dos o más trastornos en un mismo individuo (Angold y Costello, 1993; Zubeidat, Fernández-Parra, Sierra y Salinas, 2007). Angold, Costello y Erkanli (1999), a partir de un exhaustivo meta-análisis sobre

comorbilidad, concluyen que existen dos clases de comorbilidad: homotípica o coexistencia simultánea entre trastornos de un mismo grupo diagnóstico que son continuos en el tiempo, por ejemplo, TAS y TAG; y comorbilidad heterotípica o coexistencia entre trastornos de diferente grupo diagnóstico, por ejemplo, ansiedad y depresión. Durante mucho tiempo la comorbilidad se consideró como una consecuencia de la mala organización de las categorías diagnósticas que sirven para describir diferentes síndromes psicológicos (Angold, Costello y Erkanli, 1999; Polaino, Canals y Domènech-Llaberia, 2002). Posteriormente, su estudio se consideró fundamental para entender cómo se desarrollan las psicopatologías y, además, como una herramienta potencial para mejorar los constructos nosológicos. Hoy en día sabemos que muchas investigaciones sobre comorbilidad nos han permitido entender la etiología, curso y tratamiento de algunos trastornos psiquiátricos, sin embargo, no hay nada definitivo con respecto a la naturaleza de este fenómeno.

La comorbilidad entre ansiedad y depresión es uno de los fenómenos más frecuentes en la psicopatología del niño y del adolescente (Angold et al., 1999; Keenan et al., 2009; Monga, Birmaher, Chiapetta, Brent, Kaufman y Bridge, 2000). Cuando los síntomas ansiosos y depresivos coexisten puede haber un incremento del nivel de la gravedad de la sintomatología, tener ésta peor pronóstico, responder peor al tratamiento y hacerse mayor uso de los servicios de atención primaria (Angold et al., 1999; Angold y Costello;

1993; Axelson y Birmaher, 2001; Costello, Mustillo, Erkanli, Kessler y Angold, 2003; Essau, 2008; Layne, Bernat, Victor y Bernstein, 2009; Silverman y Ollendick, 2005). Ambos cuadros psicopatológicos comparten cierto número de síntomas, no obstante, todavía no queda claro si existe solo una relación sintomatológica temporal o si se podría hablar de una relación causal entre los dos trastornos. Sanford, Szatmari, Spinner, Munroe-Blum, Jamieson, Walsh y Jones (1995) encontraron que los síntomas de ansiedad aumentan el riesgo de desarrollar depresión, mientras que Reinherz, Giaconia, Pakis, Silverman, Frost y Lefkowitz (1993) han encontrado que la presencia de síntomas ansiosos se relaciona con el posterior desarrollo de síntomas depresivos. Axelson y Birmaher (2001) señalan la posibilidad de que la depresión solo incrementa el riesgo para el trastorno de ansiedad después del período adolescente, sin embargo, es necesario realizar más investigaciones de carácter longitudinal para abordar este tema.

El porcentaje de comorbilidad entre ansiedad y depresión en los estudios epidemiológicos infantiles se sitúa entre el 30 y el 75% (Essau, 2008; Last, Perrins, Hersen y Kazdin, 1992); de hecho, del 25 al 50% de los sujetos con depresión tiende a tener como cuadro comórbido un trastorno de ansiedad (Axelson y Birmaher, 2001). La comorbilidad entre síntomas depresivos y trastornos ansiosos puede variar en función de los tipos de ansiedad (Angold y Costello, 1993; Klein, Dougherty y Olin, 2005; Last et al., 1992; Polaino, Canals y Domènech-Llaberia, 2002; Sorensen, Nissan, Mors y Thomsen, 2005). Una de las comorbilidades más frecuentes es con la ansiedad de separación (Cartwright-Hatton et al., 2006). También se ha hallado que los trastornos de pánico en la niñez suelen ir acompañados por otros trastornos psiquiátricos, especialmente por depresión (Polaino et al., 2002). La prevalencia entre ataque de pánico y depresión puede llegar a ser superior al 60% (Alessi y Magen, 1988; Hayward, Killen y Taylor, 1989). Se ha llegado a asociar a un mayor riesgo de cronicidad y de suicidio, tanto en adultos como en niños (Polaino et al., 2002).

En cuanto a la comorbilidad homotípica entre distintos trastornos de ansiedad se han encontrado niveles de prevalencia altos, debido probablemente al número elevado de síntomas que comparten. En efecto, los diferentes cuadros clínicos de ansiedad tienen como característica común el proceso de activación fisiológica por medio del cual se desarrolla el trastorno (Silverman y Ollendick, 2005). Layne et al. (2009) encontraron que un 63% de los niños con TAG (en una muestra de 453 niños de 7 a 11 años de edad) cumplieron los criterios para al menos un trastorno de ansiedad adicional. La comorbilidad homotípica más común fue TAG y TP (67%, n= 33), seguida de TAG y TAS (51%, n= 25) y TAG y Fobia específica (33%, n= 16). También se encontró, en una muestra clínica con una media de edad de 14 años, que el TP coexistió principalmente con TAG (50%) y TAS (21%) (Diler et al., 2004).

No hemos encontrado ninguna investigación que estudiara la comorbilidad de la sintomatología depresiva de niños ni de adolescentes con la ansiedad por medio de los factores del Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorder (SCARED; Birmaher, Brent, Chiappetta, Bridge, Monga y Baugher, 1999).

Este estudio tiene como principal objetivo estudiar la comorbilidad homotípica y heterotípica entre los factores de ansiedad del SCARED y la sintomatología depresiva en una muestra comunitaria de 8 a 12 años de edad. En base a estudios anteriores (Almqvist et al., 1999; Axelson y Birmaher, 2001; Boyd, Last, Perrin, Versen y Kazdin, 1992; Costello et al., 2003; Crijnet, Achenbach y Verhulst, 1999; Muris et al., 2002; Wren et al., 2004) se espe-

ra: 1) hallar más síntomas de ansiedad que de depresión y mayor prevalencia de síntomas ansiosos en niñas que en niños; 2) que el factor de ansiedad del SCARED más prevalente sea el TAS; 3) encontrar niveles elevados de comorbilidad entre los factores de ansiedad del SCARED (homotípica) y entre estos factores y la sintomatología depresiva del CDI (heterotípica) y que tanto la comorbilidad homotípica como heterotípica varíe según los factores del SCARED.

## Método

### Participantes

Han participado 1.514 escolares de 4º, 5º y 6º de Educación Primaria Obligatoria (EGB), de los cuales 792 son niñas y 715 varones. La media de edad era de 10 años y 5 meses (DT= 1,23; rango de edad de 8 a 12 años) (tabla 1).

Esta muestra procedía de la población escolarizada en la ciudad catalana de Reus en el curso escolar 2006-2007. El número de niños escolarizados en Reus en 4º, 5º y 6º de Primaria aquel curso era de 3.225. Se invitó a participar en la investigación a 2.023 niños (1.001 de escuelas públicas y 1.022 de escuelas concertadas), de los cuales 1.514 aceptaron colaborar. De estos 1.514 niños se eliminaron 7 casos, puesto que no contestaron de manera correcta el SCARED.

Los colegios incluían en sus aulas niños con necesidades especiales, pero ninguno con retraso profundo.

### Instrumentos

Debido a que en el área de los problemas emocionales la información más relevante suele provenir del niño mismo, la administración de autoinformes es un método válido y de fácil administración para obtener dicha información (Wren, Bridge y Birmaher, 2004).

Tabla 1  
Características sociodemográficas de la muestra

Variables socio-demográficas	N	(%)
<b>Sexo</b>		
Niños	71	(47)
Niñas	792	(53)
<b>Escuela</b>		
Privada	853	(57)
Pública	654	(43)
<b>Clase social</b>		
Alta	245	(16)
Media-alta	441	(29)
Media	395	(26)
Media-baja	154	(11)
Baja	175	(12)
Total	1411	(94)
Missings	96	(6)
<b>Composición étnica</b>		
Espanoles	1329	(87)
Inmigrantes	178	(13)

*Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders (SCARED, Birmaher et al., 1999; Vigil et al., 2009)*

Es un cuestionario de 41 ítems que evalúa la frecuencia de síntomas ansiosos utilizando una escala de tipo Likert con tres opciones de respuesta (0= nunca o casi nunca, 1= algunas veces, 2= frecuentemente, casi siempre). La puntuación total se deriva de la suma de las respuestas, la cual puede variar de 0 a 82. Los autores señalaron un punto de corte de 25 óptimo para la población clínica de los Estados Unidos.

El SCARED fue desarrollado en base a la experiencia clínica y al DSM-IV, esto quiere decir que no es una réplica de un cuestionario de adultos. En el estudio factorial, los autores encontraron cinco factores (Birmaher et al., 1999): 1) pánico/somático (TP); 2) ansiedad generalizada (TAG); 3) ansiedad de separación (TAS); 4) fobia social (TFS); y 5) fobia escolar. Las niñas presentaron más síntomas de ansiedad (51%) que los niños (41%). El SCARED fue validado y traducido en población española por Domènech-Llaberia y Martínez (2008), presentando una buena fiabilidad (alfa de Cronbach global de 0,83, por factores de 0,44 a 0,72 y fiabilidad test-retest de 0,72). Asimismo, se cuenta con una versión en lengua catalana (Vigil et al., 2009), en la cual el alfa de Cronbach se encontró en 0,86 y se encontraron 4 factores en el análisis factorial: pánico/somático (alfa: 0,78), fobia social (alfa: 0,69), ansiedad generalizada (alfa: 0,69) y ansiedad de separación (alfa: 0,70).

*Children's Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1992)*

Es uno de los instrumentos más utilizados para valorar sintomatología depresiva en niños de 7 a 17 años de edad tanto en clínica como en investigación (Almqvist et al., 1999; Canals et al., 1991; Domènech-Llaberia y Polaino-Lorente, 1990; Frigerio et al., 2001; Kovacs, 1992). Consta de 27 ítems, cada uno de los cuales se compone de tres opciones de respuesta. El individuo debe seleccionar la opción que más describa sus sentimientos basándose en los acontecimientos sucedidos en las últimas dos semanas. El CDI presenta buena consistencia interna y buena fiabilidad test-retest (Frigerio et al., 2001; Klein et al., 2005; Kovacs, 1992). En población española el punto de corte óptimo es de 17 (Domènech-Llaberia, Subirà y Cuxart, 1996; Canals et al., 1991). Se ha utilizado una versión catalana adaptada en esta investigación (Monreal, 1988).

El cuestionario sociodemográfico lo prepararon los autores para esta investigación. Los niños respondieron preguntas acerca de la edad, género, lugar y fecha de nacimiento. El nivel sociocultural se calculó en base a la profesión de los padres, teniendo en cuenta el Hollingshead [1975].

*Procedimiento*

La población catalana de Reus, en el momento del estudio, contaba con 107.770 habitantes (Informe Instituto Nacional de Estadística, 2008). Se seleccionaron 13 escuelas (7 públicas y 6 concertadas), entre un total de 25, que fueran representativas de las 5 áreas que Reus contempla en su plan de ordenación urbanística. El proyecto obtuvo la aprobación del comité ético de investigación en sujetos humanos de la Universidad Rovira i Virgili (URV) y el Departamento de Educación de la Generalitat de Cataluña dio permiso para este estudio. Posteriormente, se pidió la participación por escrito al consejo directivo de cada centro escolar (ningún co-

legio se negó a participar). Se solicitó también el consentimiento informado de los padres de los escolares participantes.

*Análisis de datos*

Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico Statistical Package for Social Science (SPSS v.15.0). Se aplicó la prueba del chi cuadrado para comparar la prevalencia entre el grupo de niños y niñas, el tipo de escuela, el nivel socioeconómico y el lugar de nacimiento. Esta última se convirtió en una variable dicotómica: españoles e inmigrantes.

Resultados

*Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión*

Se calculó la prevalencia de síntomas a partir de los puntos de corte del SCARED ( $\geq 25$ ) y el CDI ( $\geq 17$ ). Los síntomas de ansiedad (47%,  $n=704$ ) fueron más comunes que los síntomas depresivos (11,5%, 173). La puntuación total media del CDI fue 9,07 (DS=6,2). La puntuación total media del SCARED fue 24,35 (DS=10,3).

Las niñas mostraron un mayor porcentaje de síntomas ansiosos (52%,  $n=408$ ) que los niños (41%,  $n=296$ ;  $\chi^2=15,4$ ;  $p<.001$ ). En contraste, se encontró igual porcentaje de síntomas depresivos en niñas (12%,  $n=89$ ) que en niños (12%,  $n=84$ ).

El grupo de niños inmigrantes superó al grupo de niños españoles tanto en el porcentaje de sintomatología depresiva (18,5%,  $n=33$ , y 11%,  $n=140$ , respectivamente) como en el de sintomatología ansiosa (53%,  $n=94$ , y 46%,  $n=610$ , respectivamente). Sin embargo, solo se halló diferencia significativa en sintomatología depresiva ( $\chi^2=9,9$ ;  $p<.01$  inmigrantes). El grupo de inmigrantes con más síntomas ansiosos y depresivos fue el de los latinos, con un 52% de sintomatología ansiosa y un 22% de depresiva.

También se halló mayor prevalencia de sintomatología depresiva en escuelas públicas versus concertadas ( $\chi^2=4,43$ ;  $p=.035$ ), no sucediendo lo mismo con la sintomatología ansiosa.

*Comorbilidad homotípica*

Un 87% ( $n=615$ ) de niños con sintomatología ansiosa presentó comorbilidad homotípica. 247 (35%) niños dieron positivo a dos trastornos de ansiedad (según factores del SCARED), 218 (31%) a 3; 111 (16%) a 4 y 39 (5%) a 5. La comorbilidad entre TAS y TAG fue la más común (51%,  $n=362$ ), seguida de TAS y FS (44%,  $n=309$ ); TAS y TP (45%,  $n=314$ ); TAG y FS (28%,  $n=199$ ). Las niñas presentaron porcentajes más altos en la comorbilidad TAS y TFE ( $n=63$ ,  $\chi^2=4,35$ ,  $p=.037$ ), mientras que los niños superaron a las niñas en la comorbilidad TFE y TP ( $n=50$ ,  $\chi^2=4,59$ ,  $p=.032$ ). En general las niñas mostraron porcentajes más altos en la coexistencia homotípica, sin embargo solo se hallaron diferencias significativas en las relaciones anteriormente expresadas. Esta información se encuentra mejor detallada en la tabla 2. No se encontraron diferencias significativas entre niños españoles e inmigrantes ( $\chi^2=.139$ ,  $p=.710$ ), entre tipo de escuelas ( $\chi^2=.173$ ,  $p=.678$ ), ni entre los diferentes niveles socioeconómicos ( $\chi^2=1,942$ ,  $p=.857$ ).

*Comorbilidad heterotípica*

Un 82% de sujetos con síntomas depresivos presentó al mismo tiempo algún tipo de trastorno de ansiedad. Un 20% de niños con

ansiedad presentó al mismo tiempo sintomatología depresiva. La comorbilidad heterotípica varió en relación a los factores del SCARED. Esto es, los niños con comorbilidad heterotípica presentaron más comorbilidad con el factor TAS (90%, n= 127), seguido por TAG (n= 99; 70%). El 66% (n= 94) de los niños con comorbilidad heterotípica presentaron los criterios suficientes para el factor TP. El factor fobia escolar fue el que menos coocurrió (n= 51; 35,9%).

No se hallaron diferencias significativas de comorbilidad heterotípica entre niñas y niños ( $\chi^2= ,355$ ,  $p= ,552$ ). Tampoco se encontraron diferencias entre españoles e inmigrantes ( $\chi^2= 2.040$ ,  $p= ,153$ ), ni entre los escolares procedentes de la escuela pública y de la privada ( $\chi^2= 3.407$ ,  $p= ,065$ ) (tabla 3).

Tabla 2  
Comorbilidad homotípica en niños y niñas

Factores	Niños (n= 253, 41%)	Niñas (n= 362, 59%)
TAS-TAG	141 (23%)	221(36%)
TAS-TFS	123 (20%)	186 (30%)
TAS-TP	140 (23%)	174 (28%)
TAG-TFS	73 (12%)	126 (20%)
TAG-TFE	48 (8%)	47 (7.6%)
TAG-TP	99 (16%)	127 (21%)
TFS-TFE	31 (5%)	36 (6%)
TFS-TP	73 (12%)	91 (15%)

Tabla 3  
Comorbilidad heterotípica y homotípica y variables sociodemográficas

Variables sociodemográficas	Comorbilidad heterotípica (n= 142)	P	Comorbilidad homotípica (n= 615)	P
<b>Sexo *</b>				
Niños	64 (9%)		253 (35%)	
Niñas	78 (10%)	,552	362 (45%)	,200
<b>Escuela*</b>				
Concertada	72 (8,4%)		338 (40%)	
Pública	70 (11%)	,065	277 (42%)	,678
<b>Clase social *</b>				
Alta	23 (9,3%)		107 (44%)	
Media-alta	41 (9%)		171 (39%)	
Media	37 (9%)		156 (39%)	
Media-baja	15 (10%)	,750	75 (49%)	,857
Baja	10 (6%)		71 (40%)	
Total	126 (9%)		580 (41%)	
Datos incompletos	16 (17%)		35 (36%)	
<b>Composición étnica *</b>				
Españoles	120 (9%)		534 (40%)	
Inmigrantes	22 (12%)	,153	81 (45%)	,710

\* No se encontraron diferencias significativas entre las variables sociodemográficas

## Discusión y conclusiones

Así como la prevalencia de sintomatología depresiva encontrada en esta muestra es parecida a la hallada por otros autores (Almq-

vist et al., 1999; Canals et al., 1991; Frigerio et al., 2001; Ollendick y Yule, 1990), el porcentaje global de sintomatología ansiosa supera los valores máximos citados en la literatura. Debe tenerse en cuenta que el punto de corte 25 del SCARED es el que habían señalado los autores para población clínica y no teníamos todavía el punto de corte de la población general española, que probablemente sea más alto. Tampoco debe olvidarse que el SCARED, a pesar de proporcionar factores adaptados al DSM-IV, no deja de ser un autoinforme y por tanto no permite un diagnóstico clínico. Lo que sí se ha encontrado en consonancia con otros estudios (Boyd et al., 2000; Angold y Costello, 1993; Axelson y Birmaher, 2001) es la mayor prevalencia de sintomatología ansiosa que depresiva.

Igual que han señalado diversos autores (Sandoval et al., 2006; Wren et al., 2004; Muris et al., 2002; Boyd et al., 2000; Almqvist et al., 1999), las niñas presentan más síntomas de ansiedad que los niños y, en cambio, la sintomatología depresiva es similar en los dos sexos, resultado que ya habían encontrado Almqvist et al. (1999); Boyd et al. (2000); Axelson y Birmaher (2001); Muris et al. (2002); Wren et al. (2004). Estas diferencias de porcentaje sin diferencia significativa entre niños y niñas con sintomatología depresiva son características en este grupo de edad (Frigerio et al., 2001).

La comorbilidad entre los factores del SCARED fue alta, sobre todo entre el TAS y el TAG, como ya habíamos encontrado en otro estudio en el que no se aplicó el SCARED (Polaino et al., 2002). Las niñas superaron a los niños en la presentación de la comorbilidad homotípica, tal y como se ha encontrado en otros estudios (Costello et al., 2003; Keenan et al., 2009).

En cuanto a la comorbilidad heterotípica, los escolares con un CDI igual o superior a 17 en el CDI presentaron mayor comorbilidad con ansiedad que viceversa. Este resultado concuerda con el de otros estudios (Angold y Costello, 1993; Axelson y Birmaher, 2001). En su trabajo Angold et al. (1993) hacen una revisión de los estudios de comorbilidad entre la ansiedad y la depresión y señalan que la ansiedad era entre 2 y 26 veces mayor en niños deprimidos que en los no deprimidos, y que era más común que los niños deprimidos presentaran ansiedad que los niños ansiosos depresión.

De otra parte nuestros resultados corroboran que la comorbilidad entre ansiedad y depresión varía notablemente según los factores de ansiedad. Para ello nos remitimos a las publicaciones de Angold y Costello (1993), Last et al. (1992), Sorensen et al. (2005), Klein et al. (2005).

Generalmente, el TAG es el trastorno de ansiedad que más se asocia con depresión (Axelson y Birmaher, 2001), sin embargo, en este estudio el TAS fue el que más coexistió, y el TAG fue el segundo factor con comorbilidad heterotípica. Esto puede deberse a que el TAS es más común en pre-púberes, mientras que el TAG lo es en la adolescencia (Cartwright-Hatton et al., 2006; Polaino-Lorente et al., 2002). Axelson y Birmaher (2001) señalan que se pueden encontrar diferencias en la presentación de síntomas dependiendo de la edad. Así, Costello et al. (2003) señalaron que los niños entre 9 y 10 años de edad pueden llegar a tener más síntomas que en otras edades. También Crijnen et al. (1999) hallaron que los síntomas de ansiedad se incrementan de 9 a 11 años de edad y se mantienen estables de 12 a 17 años de edad.

El factor fobia escolar fue el menos comórbido y el menos prevalente. Una posible explicación es que este factor solo tiene 4 ítems en el SCARED y ha demostrado tener unas propiedades psicométricas más bajas que los otros cuatro factores (Birmaher, et al., 1999; Domènech-Llaberia y Martínez, 2008; Muris et al., 2002; Vigil-Colet et al., 2009).



Finalmente queremos señalar algunos de los puntos débiles y fuertes del estudio.

Una de las limitaciones ya señaladas es el del punto de corte utilizado para el SCARED. Un estudio que se está llevando a cabo en Cataluña está dando una cifra más alta para el cut-off del SCARED en población española. Otra limitación es haber recabado la información de un solo informante, el propio niño, aunque sea él el más importante para el estudio de los trastornos interiorizados. Una tercera limitación puede ser el haber utilizado únicamente un instrumento de «screening» en un momento en que algunos cues-

tionan la utilidad de estos materiales para diferenciar al adolescente normal del que está deprimido sin valorar los acontecimientos vitales y su contexto (Horwitch y Wakefield, 2009; Brent, 2009).

A pesar de sus limitaciones se trata de un estudio en una muestra amplia que estudia por primera vez, que sepamos, la comorbilidad de los factores del SCARED con la sintomatología depresiva, lo que permitirá valorar en la clínica una mayor gravedad de síntomas depresivos cuando se asocian a la ansiedad y corran mayor riesgo de desembocar en un episodio depresivo mayor o en una enfermedad depresiva crónica.

## Referencias

- Alessi, N., y Magen, J. (1988). Panic disorder in psychiatrically hospitalized children. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1450-1452.
- Almqvist, F., Puura, K., Kumpulainen, K., Tuompo-Johansson, E., Henttonen, I., Huikko, E., Linna, S., Ikäheimo, K., Aronen, E., Kaitainen, S., Piha, J., Moilanen, I., Räsänen, E., y Tamminen, T. (1999). Psychiatric disorder in 8-9 years old children base on a diagnostic interview with the parents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 8(4), IV/17-IV/28.
- Angold, A., y Costello, J. (1993). Depressive comorbidity in children and adolescents: Empirical, theoretical and methodological issues. *The American Journal of Psychiatry*, 150(12), 1779-1791.
- Angold, A., Costello, E.J., y Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40(1), 57-87.
- Axelsson, D., y Birmaher, B. (2001). Relation between anxiety and depressive disorders in childhood and adolescence. *Depression and Anxiety*, 14, 67-78.
- Bettge, S., Wille, N., Barkmann, C., Schulte-Markwort, M., y Ravens-Sieberer, U. (2008). Depressive symptoms of children and adolescents in a german representative sample: Results of the BELLA study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17(1), 71-81.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., y Cully, M. (1997). The Screen for child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(4), 545-553.
- Birmaher, B., Brent, D., Chiapetta, L., Bridge, J., Monga, S., y Baugher, M. (1999). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): A replication study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1230-1236.
- Boyd, C., Gullone, E., Kostanski, M., Ollendick, T., y Shek, D. (2000). Prevalence of Anxiety and Depression in Australian Adolescents: Comparisons with worldwide data. *The Journal of Genetic Psychology*, 161(4), 479-492.
- Boyd, R., Ginsburg, G., y Lambert, S. (2003). Screen for Child anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Psychometric properties in an African-American parochial high school sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(10), 1188-1196.
- Brent, D. (2009). Medicalize depression, not sadness. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48 (7), 681-682.
- Canals, J., Domènech-Llaberia, E., Clivillé, R., Fernández, J., y Martí, C. (1991). Síntomas de depresión en la etapa puberal: primeros resultados de un estudio epidemiológico longitudinal. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 19(3), 155-161.
- Canals, J., Domènech-Llaberia, E., Fernández, B., Pagès, C., y Henneberg, M. (1991). Síntomas depresivos en escolares catalanes. *Acta Pediátrica Española*, 49, 8.
- Cartwright-Hatton, S., McNicol, K., y Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review*, 26(7). Special issue: Anxiety of Childhood and Adolescent: Challenges and opportunities, 817-833.
- Costello, J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., y Angold A. (2003). Prevalence and development of Psychiatric Disorder in Childhood and Adolescence. *Archive General of Psychiatry*, 60, 837-844.
- Crijnen, A., Achenbach, T., y Verhulst F. (1999). Problems reported by Parents of Children in Multiple Cultures: The Child Behaviour Checklist Syndrome Constructs. *American Journal of Psychiatry*, 156, 569-574.
- Diler, R.S., Birmaher, B., Brent, D.A., Axelson, D.A., Firinciogullari, S., Chiapetta, y Bridge, J. (2004). Phenomenology of panic disorder in youth. *Depression and Anxiety*, 20(1), 39-43.
- Domènech-Llaberia, E., y Polaino-Lorente, A. (1990). *Epidemiología de la depresión infantil*. Publicaciones médicas.
- Domènech-Llaberia, E., Subirà, S., y Cuxart, F. (1996). Trastornos del estado de ánimo en la adolescencia temprana. En Buendía, J.: *Psicopatología en niños y adolescentes: desarrollos actuales*. Madrid: Pirámide, 265-277.
- Domènech-Llaberia, E., y Martínez, M. (2008). *Spanish version of Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorder (SCARED)*. First validation results. Exposed in the 43th annual reunion of the Psychiatry Spanish Association of children and adolescents, 22-24 may.
- Essau, C.A. (2008). Comorbidity of depressive disorders among adolescents in community and clinical settings. *Psychiatry Research*, 158(1), 35-42.
- Frigerio, A., Pesenti, S., y Molteni, M. (2001). Depressive symptoms as measured by the CDI in a population of northern Italian children. *European Psychiatry*, 16(1), 33-37.
- Hayward, C., Killen, J., y Taylor, C. (1989). *Panic attacks in young adolescents*. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1061-1062.
- Hollingshead, A. (1975). *Four factor index of social status*. Yale University, New Haven, CT.
- Horwitz, A., y Wakefield, J. (2009). Should screening for depression among children and adolescents be demedicalized. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(7), 683-687.
- Keenan, K., Feng, X., Hipwell, A., y Klostermann, S. (2009). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, publicación online: abril 1, 2009 8:18 A:M DOI: 10.1111/j.1469-7610.2009.02080.x.
- Klein, D., Dougherty, L., y Olinio, T. (2005). Toward guidelines for evidence-based assessment of depression in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 412-432.
- Kovacs, M. *Children Depression Inventory*. CDI (1992). Manual, Multihealth Systems, Inc, Toronto, Ontario, Canada.
- Last, C., Perrins, S., Hersen, M., y Kazdin, A. (1992). DSM-III-R Anxiety Disorders in Children: Sociodemographic and Clinical Characteristics. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1070-1076.
- Layne, A.E., Bernat, D.H., Victor, A.M., y Bernstein, G.A. (2009). Generalized anxiety disorder in a nonclinical sample of children: Symptom presentation and predictors of impairment. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(2), 283-289.
- Monga, S., Birmaher, B., Chiapetta, L., Brent, D., Kaufman, J., Bridge, J. et al. (2000). Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders (SCARED): Convergent and Divergent Validity. *Depression and Anxiety*, 12, 85-91.
- Monreal, B.P. (1988). Estudio de la sintomatología depresiva infantil en la provincia de Gerona: análisis de algunos factores individuales y psicosociales. Tesis presentada en la Universitat Autònoma de Barcelona, dirigida por Edelmira Domènech-Llaberia.

- Muris, P., Schmidt, H., y Engelbrecht, P. (2002). DSM- IV- defined anxiety disorder symptoms in South African Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(11), 1360-1368.
- Ollendick, T., y Yule, W. (1990). Depression in British and American children and its relation to anxiety and fear. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 126-129.
- Polaino, A., Canals, J., y Domènech-Llaberia, E. (2002). Comorbilidad, ansiedad-depresión en la infancia y en la adolescencia. *Psicopatología*, 22(4), 235-255.
- Reinherz, HZ., Giaconia, RM., Pakis, B., Silverman, AB., Frost, AK., y Lefkowitz, ES. (1993). Psychosocial risks for major depression in late adolescence: A longitudinal community study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 32, 1155-1163.
- Sandoval, M., Lemos, S., y Vallejo, G. (2006). Self-reported competences and problems in Spanish a normative study of the YSR. *Psicothema*, 18(4), 804-809.
- Sanford, M., Szatmari, P., Spinner, M., Munroe-Blum, H., Jamieson, E., Walsh, C., y Jones, D. (1995). Predicting the one year course of adolescent major depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1618-1628.
- Silverman, W.K., y Ollendick, T.H. (2005). Evidence-based assessment of anxiety and its disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 34(3), 380-411.
- Sorensen, J., Nissan, J., Mors, O., y Thomsen, P. (2005). Age and gender difference in depressive symptomatology and comorbidity: An incident sample of psychiatrically admitted children. *Journal of Affective Disorders*, 84, 85-91.
- Vigil-Colet, A., Canals, J., Cosí, S., Lorenzo-Seva, U., Ferrando, P.J., Hernández-Matínez, C., Claustre, J., Viñas, F., y Domènech-Llaberia, E. (2009). The factorial structure of the 41-items version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in a Spanish population of 8 to 12 years-old. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(2), 313-327.
- Wren, F., Bridge, J., y Birmaher, B. (2004). Screening for childhood anxiety symptoms in primary care: Integrating child and parent reports. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(11), 1364-1371.
- Zubeidat, I., Fernández-Parra, A., Sierra, J.C., y Salinas, J.M. (2007). Comorbilidad de la ansiedad social específica y generalizada en adolescentes españoles. *Psicothema*, 19(4), 654-666.