



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**ANÁLISIS DE LAS PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL CDS EN
UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES MEXICANOS.**

TESIS

Para obtener el título de
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

JUANA ITZEL LÓPEZ MONDRAGÓN

DIRECTOR:

DRA. ALEJANDRA VALENCIA CRUZ

Ciudad Universitaria, CD. MX., 2018.





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicatoria.

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo.

A mis padres y hermano:

Por ser el pilar fundamental en todo lo que he logrado, en toda mi educación, por su incondicional apoyo y amor a través del tiempo.

A mi esposo e hijos:

Por su apoyo y amor incondicional para lograr y culminar con esta etapa.

A mis profesores:

A la **Dra. Alejandra Valencia Cruz** por su gran apoyo, paciencia en la culminación de mis estudios profesionales y la elaboración de esta tesis. Gracias por su tiempo compartido. “Eres un ángel en mi vida”.

A mis **amig@s**, que sin esperar nada a cambio compartieron su conocimiento. Por apoyarme en las alegrías y las tristezas de esta etapa de mi vida y por continuar a lado mío.

L@s quiero.

Resumen

El objetivo de este trabajo fue establecer las propiedades psicométricas del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) en una muestra de adolescentes mexicanos estudiantes de secundaria. Se aplicó el cuestionario (de 66 ítems) a una muestra (N= 616). Se investigó la fiabilidad de CDS y su estructura factorial. Tanto los análisis factoriales exploratorios como los confirmatorios indican que el modelo original de ocho factores del CDS no muestra un buen ajuste de datos, por lo que se realizó la nueva propuesta a solo cinco factores encontrados al realizar los análisis estadísticos. La consistencia interna de CDS con la propuesta a cinco factores fue aceptable en términos generales.

Palabras clave: Adolescencia, Depresión, Cuestionario de Depresión para niños (CDS), Análisis Factorial Exploratorio (AFE), Análisis Factorial Confirmatorio (AFC).

Índice General

RESUMEN	I
ÍNDICE GENERAL	II
INTRODUCCIÓN	III
CAPITULO 1. DEPRESIÓN	1
1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.	1
1.2 DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN.....	8
1.3 TEORÍAS DE LA DEPRESIÓN	12
1.4 CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN.....	18
1.5 CAUSAS DE LA DEPRESIÓN.....	21
CAPITULO 2. ADOLESCENCIA	26
2.1 DEFINICIÓN DE ADOLESCENCIA.....	26
2.2 CAMBIOS BIOLÓGICOS.....	35
2.3 DESARROLLO COGNOSCITIVO.....	38
2.4 DESARROLLO PSICOSOCIAL	40
2.5 TEORÍAS DEL DESARROLLO	42
2.6 ASPECTOS EMOCIONALES	43
2.7 DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA	46
2.8 ESTUDIOS SOBRE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES	49
2.9 ESTADÍSTICAS DE DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA	53
CAPITULO 3. FUNDAMENTOS TEÓRICOS EN PSICOMETRÍA Y DESCRIPCIÓN DEL CDS.	59
3.1 DEFINICIÓN DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS	59
3.2 DIFERENTES TIPOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS	61
3.4 INSTRUMENTO	64
3.5 CONFIABILIDAD.	64
3.6 VALIDEZ.....	66
3.7 ANÁLISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO Y ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO.	69
3.8 MEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN.	80
3.9 INSTRUMENTOS PARA MEDIR DEPRESIÓN VALIDADOS EN POBLACIÓN MEXICANA.	82
3.10 PRUEBAS QUE MIDEN DEPRESIÓN EN NIÑOS.....	86
3.11 CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS CDS	90
CAPITULO 4. MÉTODO.	98
OBJETIVOS	99
TIPO DE ESTUDIO	99
MUESTRA	100
INSTRUMENTO	101
PROCEDIMIENTO	108
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	109
CAPÍTULO 5. RESULTADOS	110
CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	126
BIBLIOGRAFÍA	131

Introducción

Se estima que la depresión será el problema de mayor impacto en la salud de la población de países en vías de desarrollo en los años futuros y la psicopatología más importante como precondition para un futuro intento de suicidio en jóvenes que figura como una de las principales causas de muerte en esta etapa de la vida. Existe significativa evidencia de la continuidad del trastorno depresivo a lo largo de la adolescencia y su prolongación durante la etapa adulta.

La enfermedad depresiva en la adolescencia y sus consecuencias, aunque reconocidas como relevantes, pasan muchas veces sin recibir la atención debida. Los adolescentes deprimidos son poco identificados por sus padres o maestros, no buscan ayuda en ellos y son renuentes a consultar a un profesional. Cuando recurren a atención lo hacen por quejas somáticas y se vuelven vulnerables a no identificar sus problemas emocionales, lo cual dificulta su desarrollo psíquico normal durante esta etapa y se prolonga en su vida adulta.

Según Lang y Tisher (1997), y con forme a la literatura científica, los síndromes depresivos en niños y adolescentes muchas veces no llegan a ser diagnosticados. Este hecho puede atribuirse a diferentes motivos: 1) las manifestaciones clínicas son distintas a las de los adultos, 2) los niños e incluso los adolescentes no son capaces de identificar lo que les ocurre como depresión, y 3) los adultos relevantes en la vida del niño y el adolescente no pueden creer que a esa edad se sufra depresión, y además el hecho de admitirlo puede significar para ellos un fracaso como padres o educadores. Cuando se identifica un cuadro depresivo en un niño o joven debe resolverse el problema porque puede considerarse un fenómeno normal propio de su estadio de desarrollo, y puede representar un fenómeno patológico. Al respecto, Lang y Tisher (1997) opinan que la literatura científica muestra una

considerable confusión sobre el concepto y la presencia de la depresión en la infancia y la adolescencia y, que esto, genera la necesidad de explorar esta entidad utilizando métodos sistemáticos y estructurados. Estos mismos autores sostienen que la prevalencia de la depresión, entre los 8 y los 16 años, no presenta diferencias entre sexos y que conforme al aumento gradual de la edad los niños mayores tienden a ser menos depresivos.

Comparadas con los varones, las adolescentes padecen mayores niveles de estrés, y tienen mayor probabilidad de ser depresivas, y de cometer suicidio. La depresión en las jóvenes se halla asociada a sentimientos negativos acerca de su cuerpo y apariencia. Desde el punto de vista preventivo, los padres pueden colaborar educando a las chicas libres de expectativas estereotipadas de roles, preguntando regularmente sobre la participación de sus hijas en la escuela, escuchando sus preguntas y quejas sobre amigos y adultos, y teniendo cuidado de que no reciban mensajes contradictorios. Los docentes pueden apoyar la participación de las niñas en los cursos académicos, tratar directamente cuestiones de género, y desarrollar programas escolares que ofrezcan igualdad de oportunidades a niñas y niños.

Los cambios en las relaciones interpersonales de los estudiantes permiten aumentar la autoestima y tener actitudes positivas hacia la vida. A su vez, disminuir la depresión

De lo expuesto previamente, se desprende la conclusión lógica de que la frecuencia de los estados depresivos en los adolescentes y su asociación con la edad, el sexo y el nivel socio-económico, es significativo por sí mismo, pues aporta gran información y posibilita estudiar su relación con otras variables. Asimismo, dado que las etapas sucesivas del desarrollo individual abren posibilidades de intervenciones psico-sociales para promover la salud, es precisamente la adolescencia un período crucial donde se consolidan muchas actitudes y pautas para la propia vida que merecen ser estudiadas para favorecer un buen desarrollo de los jóvenes. La transición a la adolescencia es una etapa compleja en la cual muchos valores pueden ser replanteados. Las disfunciones familiares (pobre habilidad

comunicativa, interacciones abusivas, etc.) y las presiones ambientales (exigencias académicas, constante movilidad y disponibilidad de drogas) podrían llevar a la depresión y a la falta de habilidad para afrontar el estrés aumentando el riesgo de suicidio (Capuzzi, 1994). No debemos olvidar la actual situación que atraviesa la sociedad mexicana, caracterizada por una fuerte crisis socio-económica que supone importantes repercusiones en la familia y en la escuela.

Capítulo 1. Depresión

A la depresión se le considera como una vivencia que todo ser humano ha experimentado en algún momento de su existencia. Puede variar en intensidad y duración, desde un abatimiento ligero en el cual el individuo se muestra triste, infeliz o pesimista durante algunos días; hasta una desesperación extrema que se mantiene por un periodo considerable, en el que se llegan a comprometer seriamente los deseos de vivir de la persona afectada.

Se emplea la palabra depresión en diversos sentidos: para describir una perturbación del estado de ánimo; es decir un trastorno de la afectividad. Un síntoma, un síndrome (conjunto de signos y síntomas), o bien para designar un grupo específico de enfermedades. (Mendels, 1977; Cantawell, 1987).

1.1 Antecedentes históricos.

Aunque el cuadro patológico de la depresión fue descrito desde la época grecorromana como melancolía. Hipócrates (460-375 a.C.) afirmaba que los problemas que hoy llamamos psicológicos estaban relacionados por la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema (citado por Calderón, 1984). Hipócrates formuló la primera descripción médica de la depresión, a la que llamó melancolía, la cual era producida por la bilis negra que se consideraba como una degradación nociva de la bilis amarilla; se pensaba que la bilis negra era considerada la responsable de toda una serie de variadas enfermedades que iban desde el dolor de cabeza, vértigo, parálisis, espasmos, epilepsia y otros desórdenes mentales, así como el factor fundamental de la melancolía (Jackson, 1986).

Polaino-Lorete en 1985, menciona que el término melancolía se deriva del griego “melas” que significa negro y “chole” que significa bilis, este término se usó para designar a los pacientes que con frecuencia vomitaban bilis negra a causa de su irritabilidad y ansiedad.

Sorano de Éfeso, describe los signos de la melancolía de la siguiente manera: angustia mental, aflicción, silencio, animosidad hacia los miembros de la familia, a veces deseo de vivir y otras un deseo de morir, sospechas por parte del paciente de que están tramando algo en contra de él, llanto sin razón, murmullos incomprensibles, irritabilidad. La teoría metodista que regía las explicaciones de Sorano sostenía que los tipos básicos de enfermedades son: estado excesivamente seco, tenso y astringente, estado excesivamente fluido, relajado y atónico o situación en la que se combinaban ambos tipos de anomalía (Jackson, 1986).

Rufo de Efeso, observa que quienes padecen de melancolía están abatidos, tristes y llenos de miedos, y afirma que los signos principales son el miedo y la duda, con una única idea engañosa y el resto normal (Jackson, 1986).

En el siglo II de nuestra era, Areteo de Cappadocia formuló un cuadro más completo que el de Hipócrates y notablemente más moderno de este desorden. Sugirió que la depresión era causada por factores puramente psicológicos y que poco tenía que ver con la atrabilis o con los demás humores corporales; asocia la manía a la depresión y las considera como parte de una única entidad nosológica. Areteo describe al melancólico como triste, abatido, sin sueño, adelgaza por su estado de agitación, pérdida de sueño reparador. En un estado más adelantado desean la muerte (Arieti y Bemporad, 1993; Huerta, 2000).

Por otro lado, Galeno (131-201) continuó desarrollando la teoría humoral, coincidiendo en algunos aspectos con Hipócrates. Para él, el exceso de bilis negra se puede manifestar y desarrollar en diferentes regiones del organismo, originando nuevos síntomas. Con base en ello, identifiqué tres clases de melancolía: la afección melancólica, localizada en el encéfalo; la afección generalizada, donde la atrabilis pasa a la sangre por todo el organismo, incluyendo el encéfalo; y la afección melancólica situada primitivamente en el aparato digestivo (hipocondría) que llega al encéfalo por acción de los vapores (Jackson, 1986).

En la época precolombina, en el continente americano, se observa que no hay duda sobre el conocimiento de la depresión por parte de las culturas mesoamericanas. En los documentos legados por Sahagún consta que los médicos precolombinos, reconocían dos tipos de depresión, la Tlahuilolocoyotl o agitada y la Xolopiyotl o retardada. En apoyo a estas concepciones, se realizó un estudio en donde fueron analizadas una serie de figurillas precolombinas, en las que se identificó diferentes tipos de depresión.

En el periodo medieval, la melancolía se conceptualiza como acedia. En su inicio, la acedia es tipificada como un estado del alma cuyo padecimiento se restringía únicamente a los religiosos que vivían en aislamiento y soledad de sus respectivas celdas. La acedia era considerada como un vicio capital más (Polaino-Lorente, 1985).

La acedia se caracterizaba por el agotamiento, la apatía, la tristeza o aflicción, surge de la amargura y se asocia a la pesadez, el mal humor, la ira, con la negligencia para los deberes espirituales (Jackson, 1986).

Durante la etapa tardía de la Edad Media la acedia ya no es un fenómeno que incida únicamente sobre los clérigos, sino también a los laicos, la acedia desaparece del catálogo de los pecados y se aleja del concepto de tristeza. Durante los siglos XV y XVI, la melancolía sustituye a la acedia (Polaino-Lorente, 1985).

Santo Tomás de Aquino sostenía que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales (Calderón, 1984). En aquel tiempo el estado depresivo se consideraba como consecuencia y casi como castigo de una existencia culpable. San Isidoro de Sevilla describe en sus “Sinónimos” los síntomas de la melancolía como: angustia del alma, alteraciones del ritmo cardiaco, acumulación de espíritus demoníacos en el entorno, ideas de persecución y desesperanza del futuro (Jackson, 1986).

En el México prehispánico la depresión fue considerada como un problema médico de acuerdo con la descripción que en 1552 hizo el médico indígena Martín de la Cruz. En uno de sus escritos recomienda como tratamiento un cocimiento de hierbas y un jugo obtenido de flores de buen olor, atendiendo las siguientes indicaciones: andar en lugar sombreado, abstenerse del trato carnal, beber muy moderadamente pulque o mejor no beberlo, dedicarse a cosas alegres como el canto, la música, etc. (Calderón, 1984).

En el Renacimiento el “Tratado sobre la Melancolía” de Timothy Bright, escrito en 1586, describe los sentimientos de los pacientes melancólicos con precisión y detalles. De este tiempo también destaca el trabajo de Francisco Vallés que atribuía la melancolía a causas naturales y planteaba el desencadenamiento ambiental de la misma (Jackson, 1986).

Las creencias acerca de las influencias demoníacas o divinas para desarrollar estados depresivos, se abandonó con la publicación del libro “Anatomía de la Melancolía” de Robert Burton en 1630 en el

cual identifica los estados depresivos Calderón, 1984). Burton mantenía una etiología multifactorial para la melancolía, reconociendo la existencia de un continuo entre factores psicológicos y no psicológicos, destacando la herencia, la falta de afecto en la infancia y las frustraciones sexuales, además, hace referencia a la alternancia de accesos hipertímicos y melancólicos (Jackson, 1986).

A finales del siglo XVI, para Platter la melancolía es un tipo de enajenación mental, en la que la imaginación y el juicio se pervierten de tal manera que sin causa alguna quienes la padecen se ponen tristes y llenos de miedo. Willis (1683) describe la melancolía comúnmente como un desvarío sin fiebre asociado a miedo y tristeza, y la divide en dos tipos: uno universal, en el que los individuos tienen delirios con todas las cosas, o por lo menos con la mayoría, hasta el punto que no juzgan con clarividencia casi ningún tema; y otro particular, en el que imaginan erróneamente en uno o dos casos determinados, pero en la mayor parte del resto de las cosas sus ideas no son muy congruentes (citados en Jackson, 1986).

Hacia finales del siglo XVII, Pitcaim introduce sus ideas mecanicistas, indicando que la melancolía se produce de un defecto de las acciones vividas. Pensaba que la sangre estaba en un estado más espeso de lo normal, acumulándose en el cerebro y circulando con torpeza. Hoffmann por su parte afirmaba que en la melancolía, la mente está fuertemente anclada en un determinado objeto, con gran ansiedad, aflicción, miedos sin razón, mal humor, pesadumbre, y amor a la soledad (citados en Jackson, 1986).

Haslam en 1809 mencionó que las personas que se encuentran bajo la influencia de pasiones depresivas pueden tener diferentes tipos de síntomas: semblante ansioso, poca disposición de hablar, se aíslan recluyéndose en lugares oscuros, o permanecen en la cama la mayor parte del tiempo, después se vuelven miedosos y conciben miles de fantasías, recuerdan sus actos inmorales, o se sienten

culpables de crímenes que nunca han cometido. Con frecuencia se desesperan y tratan de terminar con su existencia, que les parece aflictiva y odiosa (citado en Calderón, 1984).

Philippe Pinel dijo que el pensamiento de los melancólicos estaba completamente concentrado en un objeto (obsesivamente), que la memoria y la asociación de ideas estaban frecuentemente perturbadas pudiendo en ocasiones inducir al suicidio.

Como posibles causas de la melancolía, señalo en primer lugar las psicológicas, el miedo, los engaños amorosos, la pérdida de propiedades y dificultades familiares, y en segundo lugar las físicas, la amenorrea y el puerperio (citado en Calderón, 1984).

Otro autor importante del siglo XIX fue, Esquirol, discípulo de Pinel, quien propuso el término lipermanía como sinónimo de melancolía, definiendo a ésta como una enfermedad cerebral caracterizada por delirio parcial crónico, sin fiebre, sostenido por una pasión de carácter triste, debilitante u opresivo. Las causas de la melancolía son numerosas: predisposición hereditaria como la más frecuente, problemas familiares, desilusión amorosa, períodos críticos de la vida, partos, menopausia y libertinaje (citado en Jackson, 1986).

Griesinger consideró que la depresión se debía básicamente a un trastorno funcional cerebral y reconoció la importancia de los factores psicológicos como precipitantes e identificó las siguientes variedades: hipocondría, melancolía simple, melancolía con estupor, melancolía con tendencia destructiva (suicidio y homicidio) y melancolía con excitación persistente de la voluntad (citado en Jackson, 1986).

En 1884, Savage menciona que la melancolía es un estado de depresión mental que proviene de cambios físicos o corporales, y no directamente del ambiente. Charles Mecier en 1892, la define como

un desorden caracterizado por una sensación de sufrimiento profundo mayor, y observa que en la melancolía siempre está presente el defecto de nutrición a lo largo de todo el cuerpo provocando un debilitamiento, también se presentan síntomas de estreñimiento y enlentecimiento de la conducta. Kaepelin en 1896 enunció el concepto de la locura maniaco-depresiva como entidad nosológica independiente. Incluyó en un solo concepto la totalidad de las psicosis que hasta entonces se habían denominado periódicas y circulares: como la manía simple, gran parte de los casos diagnosticados de melancolía y un pequeño número de síndromes demenciales (citados en Jackson, 1986).

En el DSM-IV, la depresión queda clasificada como “trastornos del estado de ánimo”. Dentro del rubro general de trastorno del estado de ánimo se tiene: el episodio depresivo mayor (crónico, melancólico y patrón estacional); trastornos bipolares (mixto, maniaco y depresivo), ciclotimia y trastornos bipolar no especificado; y trastornos depresivos que incluyen, depresión mayor (episodio único o recurrente), distimia (o neurosis depresiva) y trastorno depresivo no especificado.

1.2 Definición de depresión

La depresión es una enfermedad caracterizada por un estado de ánimo triste, con pérdida de interés o capacidad para sentir placer por situaciones que antes lo producían, pérdida de confianza en sí mismo y un sentimiento de inutilidad (De la Garza, 2004)

La depresión es una enfermedad que afecta la totalidad del individuo, es decir, el pensamiento, el estado de ánimo, el cuerpo, la mente, los sentimientos, el comportamiento, la forma en que comemos y dormimos, lo que pensamos de nosotros mismos y de nuestra vida en general (Avalon, 2000; Huerta, 2000). Asimismo, la depresión es un trastorno del estado de ánimo con sentimientos severos y prolongados de tristeza o síntomas relacionados que dificultan la eficiencia (García, 1999).

Para Arieti y Bemporad (1993) la depresión es una perturbación en el estado emocional del ser humano, es el pesar que aflige cuando un acontecimiento adverso sacude su frágil existencia. Es un pesar que interrumpe o anula la acción, que inunda con una sensación de angustia que puede hacerse difícil de contener.

Estos autores consideran la depresión como un síndrome en la medida en que produce graves alteraciones del funcionamiento psicológico y de algunas funciones somáticas. La depresión representa entonces un apartamiento de la manera normal de experimentar ciertas emociones

Por su parte, Alonso (1994) describe la depresión como hundimiento o abatimiento, lo que se hunde en la enfermedad depresiva es la vitalidad del ser que se encuentra en una encrucijada entre el cuerpo y la mente. Asimismo, se produce una inhibición de todas las funciones vitales tanto las somáticas como las psíquicas.

El término depresión alude a cualquier estado, desde un estado de ánimo totalmente normal en el hombre hasta un síntoma o un síndrome, o bien, (para algunos una entidad psicopatológica).

El término se emplea para describir el estado mental de alguien que ha perdido un ser querido o algún objeto preciado; o bien para referirse al estado de ánimo de un sujeto que padece un trastorno psicótico (Monroy y Quijano, 1990).

La depresión es un trastorno del humor, caracterizado por una alteración significativa del estado de ánimo, primordialmente compuesta de tristeza y ansiedad, que suele asociarse a síntomas físicos como cansancio, pérdida del apetito, insomnio, disminución del deseo sexual, y a una reducción de la actividad social (Enciclopedia de la Psicología, 2001).

De acuerdo con la Clasificación Internacional de las Enfermedades -10 (CIE-10) de 1992, los episodios depresivos se caracterizan por una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, con una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad ya un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. Son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) Disminución de la atención y concentración
- b) Pérdida de la confianza en sí mismo y sentimiento de inferioridad
- c) Ideas de culpa y de ser inútil
- d) Una perspectiva sombría del futuro
- e) Pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones
- f) Trastornos del sueño

g) Pérdida del apetito

Mendels (1982) refiere que los síntomas principales de la depresión son; la tristeza, el pesimismo, el desencanto de sí mismo, pérdida de la energía, de la motivación y la concentración. Asimismo, señala que en las mujeres se presentan alteraciones menstruales, como es la prolongación del ciclo, pero con un flujo más ligero. En algunos casos la menstruación puede cesar completamente durante un período de varios meses.

Muchas personas deprimidas presentan estados de ansiedad, pueden quejarse de tensión, indecisión, temores inespecíficos y multitud de preocupaciones, además de sufrir temblor y accesos de sudoración. Las ideas de culpabilidad y desesperación pueden conducir a las personas deprimidas a creer que merecen la muerte (autocastigo), por lo que pueden tener impulsos suicidas que se manifiestan en ideas e intentos de privarse de la vida (Mendels, 1982; Calderón, 1984).

Sin embargo, y a pesar del gran cúmulo de investigaciones, aun no existe un acuerdo sobre cuál es la etiología. La sintomatología y los métodos de tratamientos idóneos para la depresión.

Hernáñez (2000) considera que el estar sólo, triste o apático no es razón suficiente para diagnosticar una depresión: es necesario que la persona presente algunos otros síntomas o alteraciones como los que se resumen en el siguiente cuadro 1.1.

Cuadro 1.1 Síntomas posibles en una depresión.

Síntomas posibles en una depresión

-Anímicos: (alteraciones en el estado de ánimo): abatimiento, pesadumbre, tristeza, infelicidad, desesperanza, en ocasiones irritabilidad.

-Motivacionales: (alteraciones en la motivación): anhedonia (incapacidad de disfrutar), apatía, indiferencia.

-Cognitivos (alteraciones en los procesos y contenidos del pensamiento): valoración negativa de uno mismo, (baja autoestima, sentimientos de inutilidad o culpa), del entorno y del futuro; disminución de la capacidad para pensar, concentrarse, o tomar decisiones; pensamientos repetidos de muerte o ideas suicidas.

-Físicos (alteraciones en las funciones biológicas): cambios en el sueño y alimentación, fatiga o pérdida de energía, molestias corporales difusas, disminución de la actividad y deseo sexual.

-Interpersonales (alteraciones en las relaciones con los demás): disminución del interés social, deterioro de las relaciones con los otros, aislamiento, a veces excesiva dependencia de las personas más próximas.

-Conductuales (alteraciones en la conducta externa): reducción general de la actividad; enlentecimiento generalizado de los movimientos, el habla, los gestos, que en un extremo pueden llegar al mutismo e inactividad casi totales. Otras veces, aparece lo contrario, una sensación de “no poder parar”.

Tomado de: Hernangómez, 2000.

1.3 Teorías de la depresión

Las teorías científicas que tratan de explicar la depresión son diversas, cada una de ellas concediendo un papel más o menos decisivo a los pensamientos de la persona, pero siempre teniendo en cuenta que es uno de los factores más relevantes, tanto en el inicio como en el mantenimiento de la depresión.

Teoría psicoanalítica

La escuela psicoanalítica sostiene que la depresión tiene su origen en la etapa oral. El sujeto siente que las muestras de amor de sus padres están condicionadas a que él les de lo que ellos esperan, lo que hace que sienta constantemente la amenaza de abandono, y por consecuencia, se siente inseguro, incapaz de ser amado y de amar. Esto genera hostilidad y agresión hacia el objeto amado; estos sentimientos se dirigen contra sí mismo, por lo que el sujeto deprimido percibe una pérdida como rechazo de sí mismo. La depresión se desarrolla debido a la pérdida de un objeto amado por parte del sujeto, y en la manera en que éste resuelve su duelo (Mendels, 1982).

Abraham en 1911 y Freud en 1917, referían que una pérdida de amor en la infancia, la falta de apoyo de parte de una figura significativa (por lo general uno de los padres) puede predisponer a una persona a la depresión en épocas posteriores de su vida. Ambos autores coinciden en señalar que la diferencia esencial entre duelo (pesadumbre) y depresión consiste en que en el duelo la pérdida es consciente, el sujeto conoce la causa de su pesar, mientras que en la depresión la verdadera pérdida es inconsciente, y hay una acentuada pérdida de autoestima.

Freud decía que en la pesadumbre (duelo) el mundo se torna pobre y vacío, en la melancolía (depresión), se vacía y torna pobre el yo mismo (citados en Mendels, 1982).

Freud en 1917, señalaba que, en el curso normal del duelo, la persona afectada, separa las emociones previamente asociadas con la persona perdida y llega a identificarse ella misma con esos sentimientos. Sus sentimientos ambivalentes de odio hacia el objeto perdido, sentimientos no expresados y tal vez no reconocidos, se canalizan hacia la propia persona, provocando que se manifiesten sentimientos de resentimiento y abandono hacia el objeto perdido, sentimientos de culpa respecto del objeto perdido, causada por la evocación de daños (reales o imaginarios) y un sentimiento de sufrimiento y pérdida. Freud afirmaba que para resolver estos sentimientos era necesario el trabajo del duelo, el cual consiste en el recuerdo consciente y la expresión de objetos de memoria y fantasía.

Cada vez que esto ocurre, se van perdiendo los vínculos que existían entre la persona afectada por el duelo con la persona perdida. Esta reducción de vínculos permite a la persona canalizar sus emociones hacía nuevas actividades y relaciones (citado en Mendels, 1982).

Freud, refirió que en la melancolía hay una disminución de la autoestima que da lugar a auto-reproches y a expectativas irracionales de castigo. Además, el melancólico tiene una noción vaga de la naturaleza de su pérdida y es incapaz de reconocer la causa de su abatimiento. Aun cuando sabe quién es la persona perdida, no tiene claro que es lo que ha perdido con ella (citado en Arieti y Bemporad, 1993).

Por otro lado, Benedek en 1956, refirió que la depresión proviene de las dificultades de las primeras relaciones entre madre e hijo. Un niño satisfecho por su experiencia oral y el contentamiento que le proporciona el alimento, introyectará una idea de la "madre buena" que alimenta y la iguala al buen "yo satisfecho". Por el contrario, cuando un niño no se siente gratificado al comer se torna agresivo, en lugar de la madre buena que alimenta, introyectará la idea de la "madre mala" y la iguala a un "yo malo" (citado en Mendels, 1982).

Dentro de este enfoque teórico, hay autores que difieren en cuanto a cuál es el elemento central de la depresión, tal es el caso de Bibring en 1953, (citado en Mendels, 1982), quien destacó que la pérdida de la autoestima, es el elemento clave de la depresión, la cual surge como una consecuencia de la frustración de las expectativas conscientes y afirmó que la depresión es la expresión emotiva de un estado de desamparo y de impotencia del yo, sin consideración de lo que pueda haber causado la ruptura de los mecanismos que establece la autoestima.

Beck (1967) refiere que el trastorno del pensamiento que manifiestan las personas depresivas es una consecuencia de una alteración previa en el pensar que causa el desarrollo de la alteración del estado de ánimo. Según Beck, cada persona tiene un esquema (o una norma) del pensar, con el que enfoca y experimenta la vida. La naturaleza y las características específicas de este esquema determinan las respuestas propias del individuo. Beck considera que el depresivo se caracteriza por una tendencia a la subestimación, a la autocrítica y la autoculpación, con ideas de pérdida, de deber y de responsabilidad, deseos de huida y suicidio.

Para Beck el proceso del pensamiento se caracteriza por:

1. Deducción arbitraria: sacan conclusiones denigrantes de sí mismos, de situaciones que son neutrales o impersonales.
2. Abstracción parcial: se concentran en un solo aspecto de la situación llevándolo a la exageración.
3. Generalización excesiva: a partir de experiencias sin importancia, sacan conclusiones generales.
4. Magnificación y minimización: es una evolución distorsionada y exagerada de una situación. Exagera sus dificultades y minimiza sus logros y capacidad.

5. Clasificación inexacta: clasificación de una experiencia en relación directa con la respuesta afectiva, en lugar de asociar la respuesta real con la experiencia del momento (citado en Mendels, 1982).

En 1976, Beck menciona que la tristeza del deprimido es una consecuencia inevitable de su sensación de privación, pesimismo y autocrítica, y después de experimentar una pérdida, la persona comienza a valorar sus vivencias de una manera negativa. Por último, agrega que la persona deprimida considera que carece de algún elemento o atributo que a su juicio es esencial para su felicidad (citado en Arieti y Bemporad, 1993).

Teoría existencialista

Desde el punto de vista del análisis existencial, Strauss, Minkowski, Digo, entre otros, en sus análisis fenomenológicos mencionan que hay la evidencia de que en la depresión existe una profunda alteración de la estructura temporal del sujeto, por lo que hay una desorganización del ser psíquico (citados en Ey, 1987).

Arieti y Bemporad (1993) citan autores como Le Mappian, Ey y Sommer, quienes opinan que en la depresión hay una exagerada preocupación por hechos del pasado, que están constantemente presentes en la mente de la persona y que utiliza para torturarse con recriminaciones culposas.

Tellenbach refiere que el mundo del depresivo está dominado por la disciplina, la escrupulosidad y una imperiosa necesidad de complacer a personas significativas; buscan seguridad y evitan situaciones que podrían provocarles culpa.

Teoría estructuralista

Rado en 1928, afirmó que antes del comienzo de un episodio depresivo, la persona atraviesa un período de rebeldía arrogante y encarnizada. Tan pronto como el depresivo está seguro del amor de

otro, lo trata con una sublime indiferencia. Este comportamiento ocasiona el distanciamiento de la persona amada, que ya no tolera el maltrato, cuando esta pérdida se produce, la persona cae en depresión. Para Rado los deprimidos experimenta seguridad sólo cuando se sienten amados, apreciados y alentados (citado en Arieti y Bemporad, 1993).

Por su parte Ey (1987) afirma que hay una relación entre el proceso orgánico y el dinamismo psicológico. El trastorno fundamental o estructura negativa está constituido por:

- a) Pérdida de la actividad sintética del pensamiento: abulia, torpeza, enlentecimiento, inhibición psicomotriz.
- b) Trastorno de la conciencia: varía entre una ligera obnubilación casi imperceptible y los grados más profundos del estupor.
- c) Destrucción temporal ética de la conciencia melancólica: constituye el trastorno fundamental, se trata de un enlentecimiento e incluso de una detención del tiempo vivenciado. El individuo pierde el impulso hacia el futuro y vive siempre en el pasado. El tiempo es y debe ser para él una perspectiva de la muerte.

El mismo autor menciona que la estructura positiva engloba la tragedia de su existencia, el mundo de los fantasmas de la angustia original, la ansiedad metafísica y la necesidad de someterse a una especie de imperativo categórico de infortunio y del mal.

La melancolía no es un simple "dolor moral" o una simple "depresión" que puede caracterizarse por sus contenidos (miedo, remordimientos, decepción). Se trata de un trastorno más profundo, más "formal" (Ey, 1987).

Teoría cultural

Alfred Adler (1914) menciona que los deprimidos tratan de respaldarse siempre en los otros y no desairan el recurso de exagerar sus propias debilidades para forzar el apoyo, la adaptación y el sometimiento de los demás; cuando no obtiene lo que quiere, exhibe tanto su enojo y su desprecio por los demás.

En 1960, Bonime opina que la depresión no es simplemente un conjunto de síntomas que conforman una enfermedad periódica, sino una práctica, una modalidad cotidiana de interacción. Los principales componentes patológicos de este específico modo de vida son las tendencias manipuladoras, la aversión a la influencia de los demás, la renuencia a brindar gratificación, una sensación básica de hostilidad y la vivencia de ansiedad. El depresivo exige una respuesta por parte de los demás, pero no da nada a cambio. Afirma que el depresivo se niega a asumir las responsabilidades de la vida, viviéndolas subjetivamente como injustas demandas (citados en Arieti y Bemporad, 1993).

1.4 Clasificación de la depresión

Considerando a la depresión como un estado general del organismo en el que se presenta por lo menos uno de los cambios en las áreas psicomotora, afectiva e instintiva. Se ha intentado hacer innumerables clasificaciones de la depresión o de los estados depresivos de acuerdo a los factores etiogenéticos, un criterio etiológico, o bien fenomenológico.

En tal sentido puede considerarse la clasificación establecida por Coderch en 1975, donde las dos grandes categorías de la depresión son: endógena y reactiva.

La **depresión "endógena o psicótica"** se considera influida por la constitución genotípica hereditaria y por los cambios estacionales, posiblemente puesta en marcha por algunos acontecimientos desencadenantes concretos, pero que una vez iniciado el cuadro depresivo se independiza de las circunstancias o acontecimientos desencadenantes.

La **"depresión reactiva"**, tendría, por el contrario, factores desencadenantes o pérdidas objetivas y concretas conocidas o no conscientemente por el sujeto. Por tanto, la depresión reactiva presentaría un conjunto diferenciado de formas, que enumeramos a continuación:

Depresión anaclítica: como reacción desencadenada en los primeros años de vida del niño por una traumática separación afectiva de la madre.

Depresión aprendida: como reacción adquirida por experiencias mal adaptativas del sujeto en el medio ambiente.

Depresión neurótica: como reacción surgida de una pérdida objetal afectiva inconscientemente asumida.

Depresión existencial: generada por períodos críticos de la identidad personal, principalmente en la pubertad y la senectud, y caracterizada por las crisis de adaptación personal a los problemas de la vida que surgen cuando el sujeto no puede mantener sus habituales mecanismos de seguridad y protección (citado en Ledesma y Melero, 1989).

Depresión involutiva: aparece por vez primera a partir de los 60 años, es de curso crónico y obedece a los tratamientos antidepresivos en mucho menor medida que los otros tipos de depresión (Coderch, 1979).

La historia clínica de algunos pacientes y las múltiples investigaciones, establecen que las causas ambientales y psicológicas son factores determinantes para considerar a la depresión como exógena o reactiva; en otros, donde no existen factores desencadenantes, la depresión es considerada como endógena. Sin embargo, en la práctica es difícil distinguir los límites entre estos dos subgrupos, pues además muchos expertos de la salud mental utilizan el término de depresión psicótica, por esta razón este tipo de clasificación también se debería usar (Calderón, 1984).

Mendels en 1982, señala que la depresión reactiva es un estado depresivo que surge en asociación con experiencias de estrés. Implica una experiencia en la que el individuo predispuesto sufre una pérdida real o simbólica de un objeto perdido. El mismo autor señala que el problema de la depresión reactiva se relaciona en cierta manera, de forma muy estrecha con el dolor, el duelo y la tristeza de la vida cotidiana.

Para Gutheil 1959, la depresión reactiva es un sentimiento agudo de desaliento y tristeza de intensidad y duración variables. Se trata de una reacción, una respuesta a situaciones de fracaso y decepción. Es una respuesta subjetiva, lo que deprime a un individuo, puede no afectar para nada a otros (citado en Mendels, 1982).

Por otro lado, Bemporad en 1976, menciona que la depresión reactiva se caracteriza fundamentalmente por manifestarse después de un suceso displacentero en la vida del individuo, o después de un hecho que éste juzga como adverso o desventurado.

La privación o la pérdida causada por la muerte de un ser querido, la terminación de una relación amorosa, el desempleo, las frustraciones en el trabajo, las dificultades económicas, entre otros, son factores precipitantes más comunes de este tipo de depresión (citado en Arieti y Bemporad, 1993).

La denominación depresión reactiva se utiliza para designar las depresiones usuales por pérdidas también usuales, dentro de las condiciones de vida diaria.

La depresión reactiva es conocida como el pesar y la pena que se expresan formal y socialmente en el duelo y en el luto. Cuando el cuadro se torna anormal se le denomina reacción psicótica depresiva (Cancro, 1980, citado en Monroy y Quijano, 1990).

Por otro lado, Arieti y Bemporad (1993) refieren que la depresión endógena se basa de manera exclusiva en factores orgánicos, presumiblemente hereditarios, que se manifiestan mediante alteraciones bioquímicas del organismo.

Varios autores han subrayado el papel de la herencia en las depresiones endógenas, Gillespie en 1929, informó que son comunes los antecedentes familiares de psicosis, Buzzard en 1930, sugirió que el alcoholismo y el suicidio son frecuentes en dichos antecedentes. El mismo autor señala además que los síntomas específicos han sido descritos como una modificación difusa de la actitud del depresivo, con variaciones; físicas en el transcurso del día, continuidad, desconexión de la realidad, bloqueo afectivo y pérdida de la capacidad de aflicción (citados en Beck, 1976).

Alonso (1994) cita a Kretschmer quien menciona que la depresión endógena tiende a aparecer con mayor frecuencia en una persona con un temperamento extrovertido y sintónico, con notables oscilaciones entre el descenso y la elevación de la vitalidad. Para Alonso (1994) la depresión endógena suele plasmarse en cuadros depresivos muy intensos y complejos, con tendencia a la repetición monopolar (siempre episodios depresivos) o bipolar (alternancia entre episodios depresivos y maníacos).

Por otra parte, la OMS en 1978, clasificó la depresión en tres categorías:

- 1) Depresión psicótica: donde los elementos genéticos desempeñan un papel muy importante, se caracteriza por la seria alteración de la personalidad, pérdida de la autocrítica y choque importante con el medio.
- 2) Depresión neurótica: la personalidad del sujeto ha sido mal integrada durante la etapa evolutiva, debido a problemas importantes que se presentan durante la infancia o la adolescencia.
- 3) Depresión simple: la personalidad no sufre ningún trastorno, por lo que no se le considera un trastorno psiquiátrico. La persona cuenta con un estado satisfactorio de salud mental. Las causas de esta depresión son de tipo psicológicas, ecológicas o sociales (citado en Calderón, 1984).

1.5 Causas de la depresión.

Si consideramos al ser humano como una unidad biopsicosocial, en la etiología de la depresión también debemos tomar en cuenta una serie de factores que pueden determinarla. La etiología de la depresión es multifactorial, con predominio de algunos agentes predisponentes y determinantes sobre otros según el cuadro. Para Calderón (1984) no existen factores etiológicos específicos en ningún tipo de depresión, con fines didácticos; este autor divide las causas en genéticas, psicológicas, ecológicas y sociales.

Causas genéticas: son de mayor importancia en las depresiones psicóticas, algunas personas son portadoras de una vulnerabilidad específica a la psicosis maniaco-depresiva. Los estudios de Kallman en 1950, proporcionan datos que concuerdan con la teoría de una transmisión de la enfermedad por un gen dominante. Si uno de los progenitores sufre depresión grave, hay una probabilidad de 10 a 15% de que su hijo presente un cuadro semejante. Si el enfermo es un hermano del progenitor, el riesgo sería aproximadamente de la misma magnitud que la del progenitor. Pero si los dos progenitores fueran depresivos graves, sus descendientes presentarían un 50% de posibilidades de padecer el mismo síndrome depresivo Prince, 1970. Con parientes más lejanos, como tíos, abuelos y primos se ha observado que el riesgo desciende a un 3 o 4% (citados en Calderón, 1984). Es evidente que con frecuencia se presenten trastornos depresivos en varios miembros de la familia. Es preciso considerar que los miembros de una familia están sujetos a los mismos factores ambientales que pueden determinar la depresión

Causas psicológicas: los factores emocionales desempeñan un papel preponderante, presentándose desde los primeros años de vida, determinando rasgos de personalidad tan profundamente enraizados en el modo de ser del individuo. Así que una mala integración de la personalidad en la etapa formativa es una causa determinante de la depresión. Otras de las causas que pueden desencadenar la depresión son: la pérdida de un ser querido, de una situación económica, la pérdida de la salud, enfermedades con peligro de muerte, enfermedades que originan incapacidad física o que determinan alteraciones estéticas.

Causas ecológicas: en la medida en que el hombre; deteriora el medio ambiente, disminuye su calidad de vida, y su salud mental se ve afectada por el mismo medio ambiente nocivo en que se desenvuelve.

Entre los factores ecológicos están: la contaminación del aire, los problemas de tránsito, el ruido. Estos factores provocan daños psicológicos y orgánicos como: insomnio o sueño no reparador, fatiga física e

intelectual, irritabilidad, trastornos del carácter y circulatorios (aumento de la frecuencia cardiaca y de la tensión arterial).

Causas sociales: los estados afectivos de depresión son una respuesta a la pérdida de los lazos de unión que han sido indispensables para la supervivencia y desarrollo de nuestra especie. Entre las causas encontramos: la desintegración familiar, una disminución del apoyo espiritual de la iglesia, falta de vínculos con los vecinos y migraciones (Calderón, 1984).

Aspectos epidemiológicos: A mediados de la década de los 60, una serie de artículos científicos empezaron a señalar que la ansiedad estaba siendo sustituida por la depresión y por la desesperanza como estados predominantes en el hombre. Cada día es mayor el número de personas con diagnóstico de depresión en los hospitales generales, consultorios médicos y centros de salud. Un dato interesante es que el promedio de vida de los pacientes deprimidos disminuye cada vez más.

Antes de la primera Guerra Mundial, los textos escritos relacionaban con frecuencia que la "melancolía involutiva" se presentaba entre los 40 y 50 años. Después de la segunda Guerra Mundial, la edad promedio en que se presentaba la depresión era de 40 años. Por otra parte, los estudios recientes en Estados Unidos indican que la edad promedio de pacientes deprimidos es de 30 años (Calderón, 1984).

Sorenson y Strömgren en 1961, realizaron un estudio epidemiológico en un área geográfica definida, y encontraron que el 3.9% de la población mayor de 20 años había presentado por lo menos un cuadro depresivo en una etapa determinada de su vida. Kielholz en 1972, indica que, durante las últimas tres décadas, se ha registrado un continuo incremento del cuadro depresivo entre las personas que viven en las grandes comunidades urbanas, y sobre todo entre la población de los países industrializados (citados en Calderón, 1984).

Henánomez 2000, (cuadro 1.2), propone realizar una distinción entre las emociones que se encuentran detrás del malestar para descubrir el origen del sentimiento, lo que supone el primer paso para afrontarlo.

Cuadro 1.2 Características de las emociones según Hernangómez (2000 p.68).

Emoción	Origen Posible	Ejemplos
Pena	Pérdida de algo o alguien muy importante para la persona	Fallecimiento de un ser querido
Angustia	Temor a que suceda algo malo	Miedo a que finalice una relación de pareja
Culpa	La persona siente que ha roto una norma importante	“Debería adorar a mis hijos pero en este momento tengo ganas de ahogarlos”
Ira/Rabia	La persona siente que otro ha roto una norma importante (que puede ser implícita)	Hombre enfadado con su pareja porque por motivos de trabajo ella no acude a una reunión de familia de él, pero no se lo dice porque “ella ya lo debería saber”
Decepción	No se cumplen las expectativas que uno tenía sobre los demás o “la vida”	Mujer recién separada que esperaba que sus amigos continuaran llamándola todos los fines de semana “como en los viejos tiempos”
Desgana, desmotivación	La persona cree que no va a poder llegar al nivel “esperado” (por ella misma o por los demás) en determinada conducta	Joven recién independizada que no tiene ganas de aprender a cocinar, coser, planchar...porque “nunca lo va a hacer tan bien como su madre”
Hastío, aburrimiento	Habitación: la situación va perdiendo progresivamente su “encanto”	Varón de 60 años que no quiere salir de paseo para ir al mismo bar que frecuentaba desde hace veinte años

Capítulo 2. Adolescencia

2.1 Definición de adolescencia

La adolescencia es un periodo de transición entre la niñez y la edad adulta. Se considera un estadio trascendente en la vida de todo ser humano, ya que es una etapa en la cual hombres y mujeres definen su identidad afectiva, psicológica y social. La palabra adolescente está formada del latín *adulescens*, participio presente del verbo *adoleceré*, que significa crecer. Puede considerarse dentro del período de evolución que lleva al ser humano desde el nacimiento hasta la madurez y en el cual se presenta una serie de cambios a nivel físico, psicológico y social que se manifiestan en diferente intensidad en cada persona (González, 2001).

La adolescencia debe entenderse como una etapa de crisis personal intransferible en el esquema del desarrollo biopsicosocial de un ser humano, se le puede denominar el parte aguas de la existencia de todo individuo, época que separa lo que ha sucedido en el mundo infantil y brinda a los menores un horizonte de posibilidades existenciales que podrá hacer suyas, si la familia los guía y apoya para que poco a poco con voluntad y responsabilidad experimenten la existencia (Dulato, 2000).

Los niños y las niñas cambian en forma notable de tamaño y forma a medida que entran al crecimiento acelerado de la adolescencia. La adolescencia es un periodo de crecimiento que comienza en la pubertad y termina con el inicio de la vida adulta. La pubertad (de la palabra en latín *pubertas*, que significa “crecimiento del vello”), es el punto de la vida en que el individuo alcanza la madurez sexual y puede engendrar un hijo. Se considera que esta etapa inicia a los 12 años y termina a los 20 años (Shaffer, 2000).

A la madurez biológica se le conoce como pubertad, en tanto al largo periodo que sigue para encontrar la madurez emocional y social se le denomina adolescencia. En este periodo crítico se alcanza la madurez biológica y sexual y con ello la capacidad de reproducción.

También se abre la puerta a la búsqueda y consecución paulatina de la madurez emocional y social, aquélla donde se asumen responsabilidades y conductas que llevarán a la participación en el mundo adulto (Dulato, 2000).

Esta moratoria existencial no es un proceso aislado de la infancia, como tampoco lo es de la adultez, sino un continuo y no sólo contiguo a la primera experiencia de vida en la infancia y pubertad que vincula a estos adolescentes mediante la participación activa al periodo llamado juventud, que a su vez le integra al mundo psicosocial de los adultos.

Este es un proceso de tránsito determinado por varios factores: la vida en familia, la experiencia escolar, el marco cultural que ha estructurado el mundo social para la puesta en práctica de normas y límites que forman la base educativa y explican la experiencia de vida comunitaria, y las condiciones económicas y políticas que imperan en la generación que pasa por la experiencia de ser adolescente (momento socio histórico). La adolescencia es así una etapa compleja. La experiencia permite describirla como un fenómeno personal, pero a la vez claramente vinculado con los pares, por lo que tiene también un evidente sello que la distingue como la formadora de un ser independiente (Dulato, 2000).

El proceso de la adolescencia se reconoce como un largo camino con indicadores buenos de su inicio y muy vagos o ninguno en su término.

Se considera que la adolescencia comprende de 10 a 12 años de vida cronológica y durante este periodo la secuencia de los sucesos marca diferencias notables entre las tareas a realizar en las etapas de inicio y final. Por ello, existe el consenso de dividirla en tres etapas:

- *Adolescencia temprana.* Abarca de los 12 a los 14 años de edad y corresponde al periodo de la educación secundaria.
- *Adolescencia media.* Se extiende desde los 15 hasta los 17 años de edad, y entonces equivale al periodo de la educación media superior.
- *Adolescencia tardía o fase de resolución de la adolescencia.* Comprende de los 18 a los 21 años de edad, y corresponde a la educación universitaria casi por completo (Dulato, 2000).

Havinghurst (citado en Dulato, 2000), señala las siguientes tareas evolutivas de la adolescencia:

- Aceptación de la propia figura, del esquema corporal y del papel correspondiente según el sexo (masculino o femenino).
- Nuevas relaciones con coetáneos de ambos sexos.
- Independencia emocional respecto de los padres y otros adultos.
- Obtención de la seguridad mediante la independencia económica.
- Elección y entrenamiento de una ocupación.

- Desarrollo de aptitudes y conceptos intelectuales necesarios para la competencia cívica.
- Deseo y logro de una conducta socialmente responsable.
- Elaboración de valores consientes y acordes con una imagen científica y adecuada del mundo

Ingersoll (1994) diseñó un cuadro didáctico de gran utilidad en el que vincula los subestadios del desarrollo adolescente a ciertas tareas evolutivas relacionadas de manera preferente con las áreas emocionales, sociales y cognitivas, (cuadro 2.1).

Cuadro 2.1. Vinculación de los subestadios del desarrollo del adolescente

Subetapa	Área emocional correspondiente	Área cognitiva correspondiente	Área social correspondiente
Adolescencia temprana	Adaptación al nuevo esquema corporal, adaptación al surgimiento de la sexualidad.	Pensamiento al primeros conceptos morales	concreto; Interés firme en los pares
Adolescencia Media	Establecimiento de la separación emocional de los pares	Aparición del pensamiento abstracto; expansión de las aptitudes verbales; moralidad convencional; adaptación al aumento de las demandas escolares.	Aumento de las conductas de riesgo para la salud; interés heterosexual por los pares; aparición de los primeros planes vocacionales.
Adolescencia tardía	Establecimiento de un sentido personal de la mayor separación de los padres	Desarrollo del pensamiento abstracto complejo; aparición de la moral posconvencional.	Aumento del control del impulso; identidad; comienzo de la autonomía social; establecimiento de la capacidad vocacional.

Tomado de: Ingersoll GM, 1994.

Para Dulato (2000), la adolescencia dividida en subetapas tiene las siguientes características.

- Adolescencia temprana. Gira en torno a los cambios rápidos que surgen en la constitución física y van delineando una nueva silueta corporal. La calidad y expresión de los cambios físicos producen inquietud y dudas respecto de su índole normal o anormal.

En la adolescencia temprana, la separación emocional respecto de los padres se inicia de manera casual e imprecisa más que como un propósito consciente o con una conciencia de fines.

Así, el deseo de independencia o de iniciar conductas de oposición y rebeldía en contra de la autoridad aparece de manera súbita, aprovechando los malentendidos que surgen por sugerencias, comentarios y críticas de los adultos hacia el arreglo personal, las actitudes o las conductas del adolescente.

La adolescencia temprana es la época en que se establecen relaciones frías y distantes, muchas veces por medio de un lenguaje en clave y contestaciones en monosílabos. El vocabulario de los iniciados incorpora frases como: “no me entiendes”, “ustedes piensan que yo no puedo ser feliz por mi cuenta”, “ese es tu problema” y “tú siempre quieres tener la razón”. Los adolescentes con frecuencia experimentan sentimientos de inseguridad, soledad y cierta melancolía. A menudo, confiesan que no saben qué hacer con su tiempo y a la vez tienen ansias de hacer muchas cosas y la motivación de conocer otras por primera vez; también sienten flojera, indiferencia y apatía por satisfacer sus anhelos.

Por otro lado, no es posible hablar de la identidad como proyecto importante; pero sí es notorio el cambio del adolescente al tener por vez primera un gran interés en sí mismo y preocupación y voluntad de razonar acerca de problemas personales, familiares, escolares y relativos a los amigos íntimos.

Los adolescentes se caracterizan por ser muy impulsivos y para demostrar su independencia, ya sea solos o con pares de su elección, inician conductas de riesgo para parecer temerarios. Son exagerados para manifestar su situación personal por la ambivalencia que experimentan (dependencia-

independencia). Así, van de un extremo a otro en relación con su auto concepto y el aprecio de sí mismos. Un día son o creen ser el centro del mundo; otro día se sienten solos, abandonados por completo y llenos de conflictos difíciles de resolver porque están “totalmente abandonados” o “siempre son incomprendidos”.

- Adolescencia media. La mayoría ha logrado la transformación completa de la silueta corporal. La preocupación del cuerpo no desaparece del todo y puede reconocerse el esfuerzo por convertirse en una persona atractiva.

La adolescencia media es el momento en que el ser humano se obstina por pertenecer a un grupo determinado, en el afán de ser reconocido. La necesidad de identidad grupal crece de manera desmedida en muchos casos y entonces se dan con facilidad y sin restricción las conversiones a la subcultura del grupo con el cual se vinculan.

Por otra parte, aparece una disposición manifiesta hacia la relación social y afectiva de índole heterosexual. Se dan los ensayos de noviazgo, citas, escarceos amorosos, preferencia hacia pares del sexo opuesto y es la época más frecuente de la iniciación en el coito.

Desde el punto de vista cognitivo, la capacidad de abstracción y el razonamiento se amplía de manera notable, así, los jóvenes desarrollan gran capacidad y crecen en el poder de respuesta al trabajo escolar.

Un nuevo cambio rige de manera parcial la conducta de los jóvenes, es especial de aquellos que no cuentan con familias donde se alientan los valores y que a pesar de su condición de jóvenes están obligados a asumir valores en la práctica de su comportamiento. Ese cambio es la moral convencional.

Entre los 15 y 17 años de edad se vive una etapa propensa a experimentar y desarrollar el sentimiento de omnipotencia que lleva a muchos a adoptar un comportamiento de alto riesgo. Por ello, y en función del estilo de vida y el núcleo de pares, los jóvenes con mayor libertad o con medios familiares

pocos contenedores suelen involucrarse en conducta antisocial, posibilidad de accidentes, alcoholismo, drogadicción, y contactos sexuales frecuentes que, en caso de falta de precaución, les conduce hacia embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

- Adolescencia tardía. La preocupación por el cuerpo y la apariencia personal desaparecen del plano de los grandes problemas. Aquéllas se convierten en inconvenientes ocasionales y se vuelven persistentes sólo en casos de anormalidad o defecto corporal.

La autonomía e independencia personales están en vías de lograrse por completo. Por ello, la conducta conciliatoria con los pares y los adultos aparece y se manifiesta en una tendencia a la aceptación nueva del diálogo sereno y la atención hacia sugerencias y consejos.

La mayor parte del tiempo, las relaciones con los padres son ya armónicas a pesar de la separación intensificada; pero el encuentro con la identidad también crece con un claro sentido personal.

En el área cognitiva, el desarrollo del pensamiento abstracto es cada vez más grande y permite a los jóvenes establecer diversos compromisos más complejos y de mayor responsabilidad.

La adolescencia tardía conlleva la aparición de la moral posconvencional. Por tal razón, en esta etapa, los valores de los jóvenes son ya el producto de una meditación, así como la expresión de ser de sí mismos y, en parte, del grupo al que pertenecen; entonces no es extraño que los defiendan por convicción y se sientan más seguros y firmes en la vivencia de dichos valores, ya sean de carácter moral, cultural o éticos. Los jóvenes poseen una conciencia ya realista y muy racional.

En esta etapa, los jóvenes aprenden con más seguridad a tomar decisiones, establecen perspectivas del futuro, confían más en sus planes y logran delinear su proyecto de vida con mayor firmeza. Además, suelen manejar el tiempo para sus diversos compromisos con mejores rendimientos. Tienen la

capacidad y desean comprometerse libremente en diferentes actividades, y ponen en ello voluntad, interés y empeño.

Las relaciones con los pares todavía son vitales, incrementando el número de amistades y seleccionándolas de manera específica, volviéndose íntimas y enriquecedoras. Los adolescentes establecen nuevos lazos de amistad adultos; formalizan sus compromisos afectivos con la facultad de reconocer, respetar y valorar al compañero, y aprenden que parte de la felicidad consiste en saber satisfacer al otro.

Al llegar a este estadio del proceso de desarrollo, el ser humano ya es capaz de auto imponerse e imponer limitaciones en sus relaciones y estilo de vida. También percibe convencido que la autoridad permite desarrollar la vida con libertad, posibilidades de realización y seguridad.

La adolescencia es, por lo tanto, una etapa del desarrollo de todo ser humano, durante la cual se presentan cambios anatómicos, sociales y psicológicos. Los patrones de conducta tienen que reajustarse para hacer compatible lo asimilado hasta entonces con las nuevas necesidades que su desarrollo físico trae como consecuencia (Barajas, 1998).

Desde el punto de vista fisiológico la adolescencia se asemeja al periodo fetal y hasta los dos primeros años de vida, debido a la gran rapidez del cambio biológico, pero a diferencia de los lactantes, los adolescentes sienten el dolor y el placer de observar el proceso entero; se ven a sí mismos con sentimientos de fascinación, atracción y horror a medida que se producen los cambios biológicos. Sorprendidos, avergonzados e inseguros, constantemente se comparan con otros y revisan su auto imagen. Ambos sexos observan con ansiedad su desarrollo o la falta de éste, con un buen conocimiento y con ideas falsas, con orgullo y terror, con esperanza y ansiedad (Craig, 1988).

2.2 Cambios biológicos

Los cambios biológicos en la adolescencia son una notable aceleración en el ritmo de crecimiento, un rápido desarrollo de los órganos de reproducción y la aparición de características sexuales secundarias como el vello corporal, el incremento de grasa en el cuerpo y la masa muscular, así como el crecimiento y la maduración de los órganos sexuales.

Estos cambios ocurren en niños y niñas (mayor estatura, fuerza y vigor), pero en su mayor parte son propios de cada sexo, siendo las hormonas las que desencadenan dichos cambios.

Por lo general, los niños suelen perder casi toda la grasa adicional que acumularon al principio. Por su parte, las niñas tienden a conservarla ya distribuirla en diferentes partes del cuerpo (Craig, 1997).

Los cambios físicos observados en hombres y mujeres durante la pubertad incluyen el crecimiento adolescente, la madurez y desarrollo. La secuencia de estos cambios es mucho más consistente que el momento en que se presentan (cuadro 2.2), aunque llegan a variar de algún modo de acuerdo a cada individuo.

Cuadro 2.2. Secuencia de los cambios fisiológicos en la adolescencia por sexo y edad.

Características femeninas	Rango de edad en que se da la primera aparición.
Crecimiento de los senos	6-13
Crecimiento del vello púbico	6-14
Crecimiento corporal	9.5-14.5
Menarca	10-16.5
Vello axilar y vello púbico	8-14
Incremento en la producción de la glándulas sudoríparas y sebáceas (que puede originar el acné)	Casi en la misma época de aparición del vello axilar
Máxima altura	10-13.5

continuación.....

Características masculinas	Rango de edad en que se da la primera aparición.
Crecimiento de los testículos, el saco escrotal	6-13
Crecimiento del vello púbico	12-16
Crecimiento corporal	10.5-16
Crecimiento del pene, la glándula prostática, la vesícula seminal	11-14.5
Cambio en la voz	Casi al mismo tiempo que el crecimiento del pene
Primera eyaculación	12-16
Vello facial y axilar	12.5-15.5
Incremento en la producción de la glándulas sudoríparas y sebáceas (que puede originar el acné)	Casi en la misma época de aparición del vello axilar
Máxima altura	12.5-15.5

Tomado de: Papalia, 2001, Berk L. 1999.

2.3 Desarrollo cognoscitivo

De acuerdo con Caplan y Lebovici (1973) mencionan que el pensamiento adolescente comienza a manifestarse alrededor de los 11 o 12 años, pero llega a su equilibrio a los 14 o 15 años, éste consiste en la desvinculación de la lógica concreta de los objetos, de manera que pueda operar con proposiciones verbales o simbólicas.

Durante la adolescencia ocurre un aumento en la capacidad y el modo de pensar que ensancha la conciencia, la imaginación, el juicio y el discernimiento. Estas habilidades también llevan a una rápida acumulación de conocimiento que abre un conglomerado de temas y problemas que complican -y enriquecen- la vida de los adolescentes (Craig, 1997)

Por su parte Piaget (1969) señala que la capacidad de razonar sobre la base de hipótesis, es el primer rasgo que distingue la inteligencia adolescente de la infantil. Las operaciones formales aparecen entre los 12 y los 15 años, implica la capacidad de razonar sobre la base de hipótesis, esto es con proposiciones a las que no considera verdaderas o falsas, sino que se las formula experimentalmente para extraer todas las posibles consecuencias de ellas, que luego son verificadas comparándolas con los hechos. Este razonamiento basado en hipótesis es un tipo de razonamiento formal. El autor menciona que los adolescentes se encuentran en la etapa de las operaciones formales, con frecuencia muestran lo que se llama razonamiento hipotético-deductivo, que es la capacidad de poner a prueba sistemáticamente un conjunto de posibilidades sobre la corrección utilizando métodos lógicos y experimentales.

Hay tres características del pensamiento adolescente.

1. La capacidad de combinar todas las variables y encontrar una solución a los problemas.
2. La capacidad de hacer conjeturas sobre el efecto que una variable tiene en otra.
3. La facilidad de combinar y distinguir las variables de modo hipotético-deductivo (Gallagher, 1973, citado en Cruig. 1988, p. 425).

Craig (1988) señala que el perfeccionamiento de las habilidades cognoscitivas que se dan en la adolescencia ayuda a tomar decisiones de tipo vocacional. Los adolescentes pueden analizar opciones, tanto reales como hipotéticas, y también sus talentos y capacidades.

El pensamiento operacional formal también da por resultado una nueva forma de egocentrismo (Adams y Jones, 1982, citados en Rice, 1997). La capacidad para reflexionar sobre sus propios pensamientos, hace que los adolescentes cobren una aguda conciencia de sí mismos, lo que los hace egocéntricos e introspectivos.

Además de conocerse mejor a sí mismos, logran conocer también a los demás. Un tipo particular de egocentrismo es producido por la interacción entre la capacidad de tener en cuenta los propios pensamientos y los cambios que se están dando. Los adolescentes pueden suponer que otros se sienten tan fascinados por ellos y por su conducta como ellos mismos, pero muchas veces no aciertan a distinguir entre los intereses personales y las actitudes de otros. De ahí que tiendan a anticipar las reacciones de quienes los rodean; suponen que los demás los aprueban o critican con la misma fuerza que ellos mismos se aprueban o critican (Rice, 1997).

Para el final de la adolescencia la atención cambia del egocentrismo a un nuevo socio centrismo, es decir, los adolescentes empiezan a concentrar su atención en los demás, más que en el yo interno. Empiezan a enfatizar valores de naturaleza más noble y altruista (Rice, 1997).

En resumen, Rice (1997) señala que, de acuerdo con Piaget, el pensamiento formal tiene cuatro aspectos importantes:

1. La introspección: reflexionar acerca del pensamiento.
2. El pensamiento abstracto pensar de lo que es real a lo que es posible.
3. El pensamiento lógico: ser capaz de considerar todos los hechos e ideas importantes y llegar a conclusiones correctas, como la capacidad para determinar la causa y efecto.
4. El razonamiento hipotético: formular hipótesis y examinar la evidencia al respecto considerando numerosas variables.

2.4 Desarrollo psicosocial

Erikson dividió en ocho etapas el desarrollo humano, situando la adolescencia en la quinta etapa llamada "identidad contra confusión de roles" donde los adolescentes tratan de encontrar quienes son en realidad, exploran nuevos intereses, se auto evalúan en nuevas competencias y entran en contacto con los valores en los que creen (Papalia 2001).

La principal tarea psicosocial de la adolescencia es el logro de la identidad. La identidad que tiene muchos componentes: características sexuales, morales, sociales, físicas, psicológicas, ideológicas y vocacionales que componen al Yo en su totalidad (Rice, 1997).

El desarrollo psicosocial comprende los cambios en la forma que los adolescentes se entienden a sí mismos, a otros y al mundo que los rodea. Así, los adolescentes buscan y quieren determinar lo que es único y especial respecto de sí mismos, intentan descubrir qué tipo de papeles podrían desarrollar mejor el resto de su vida (Erikson, 1963, citado en Feldman, 1994).

Para Erikson (1986) la crisis de identidad tiene un aspecto psicológico y social, y explica que el aspecto psicológico es parcialmente consciente y parcialmente inconsciente, es un sentido de continuidad e igualdad personal, pero es también una cualidad del vivir no-consciente-de-sí-mismo, como puede ser tan manifiesto en un adolescente que se ha encontrado a sí mismo a medida que ha encontrado su dimensión comunitaria. El adolescente está acosado por la dinámica del conflicto, y puede conducirse a estados mentales contradictorios. El aspecto social de la identidad, debe ser explicado dentro de esa dimensión comunitaria en la que un individuo debe encontrarse a sí mismo.

El mismo autor señala que la formación de la identidad, por norma, posee un aspecto negativo, que, a lo largo de la vida, puede permanecer como un aspecto rebelde de la identidad total. La identidad negativa es la suma de todas aquellas identificaciones y fragmentos de identidad que el individuo tuvo que sumergir en su interior como indeseables o irreconciliables, o mediante los cuales se hace sentir como diferente a individuos atípicos o a ciertas minorías específicas.

Los adolescentes que pueden resolver con éxito su crisis de identidad se habrán definido a sí mismos y establecerán una jerarquía de expectativas en la que tendrán confianza. Por tanto, sus relaciones interpersonales serán armoniosas y recíprocas, tendrán seguridad en la percepción de sí mismos, y confianza en que las percepciones que de ellos tengan otras personas serán congruentes con la suya propia. Entonces, han desarrollado una identidad segura: se sienten aceptados (Erikson, 1964, citado en Horrocks, 1986).

2.5 Teorías del desarrollo

En el siguiente cuadro 2.3, se resumen las diferentes teorías del desarrollo con sus principios básicos.

Cuadro 2.3. Teorías de desarrollo.

Perspectiva	Teorías	Principios básicos
Psicoanalítica	Teoría psicosexual de Freud	El comportamiento es controlado por poderosos impulsos inconscientes
	Teoría psicosocial de Erickson	La personalidad es influenciada por la sociedad y se desarrolla a través de una serie de crisis.
Del aprendizaje	Conductismo o teoría del aprendizaje tradicional (Pavlov, Skinner, Watson)	Las personas son reactivas; el entorno controla el comportamiento.
	Teoría del aprendizaje social (social-cognitiva) Bandura	Los niños aprenden en un contexto social observando e imitando modelos; la persona contribuye activamente al aprendizaje
Humanística	Teoría de la autorrealización de Maslow	Las personas tienen la capacidad de encargarse de sus vidas y favorecer su propio desarrollo.
Cognitiva	Teorías de las etapas cognitivas de Piaget	Entre la infancia y la adolescencia ocurren cambios cualitativos en el pensamiento. La persona es un iniciador activo del desarrollo.
	Teoría del procesamiento de la información	Las seres humanos son procesadores de símbolos.
Etológica	Teoría del apego de Bowlby y Ainsworth	Los seres humanos poseen mecanismos adaptativos para sobrevivir; se destacan los periodos críticos o sensibles; las bases biológica y evolutiva del comportamiento y la predisposición hacia el aprendizaje son importantes.
Contextual	Teoría bioecológica de Bronfenbrenner	El desarrollo ocurre a través de la interacción entre una persona en desarrollo y cinco sistemas contextuales entrelazados circundantes de influencias, desde el microsistema hasta el crono sistema.
	Teoría sociocultural de Vygotsky	El contexto sociocultural del niño produce un impacto importante sobre el desarrollo.

Tomado de: Papalia, 2001.

2.6 Aspectos Emocionales

La palabra afecto deriva del latín *affectus* que se refiere a cualquiera de las pasiones del ánimo, entre ellas, ira, odio y amor, pero en el lenguaje común se usa para expresar cariño y amor. El término cariño también proviene del latín y significa afecto por el cual el alma busca el bien verdadero o imaginado y apetece gozarlo; algunos más le atribuyen el sentido de voluntad con sentimiento (Dulato, 2000).

La conmoción emocional que vive un joven durante la adolescencia, se manifiesta a través de sentimientos, emociones y actitudes muchas veces contradictorias, que sacuden al adolescente y desconciertan a los adultos. Está íntimamente ligada a los intensos cambios corporales que se iniciaron en la pubertad, a los que se van añadiendo las modificaciones que se generan en el propio ámbito familiar y social (Crispo y Guelar, 2000).

Este tiempo de transiciones llevará al adolescente a reafirmar también sus valores, a elegir su forma de tomar responsabilidades, a alcanzar su autonomía y a establecer su identidad, objetivo fundamental de este momento vital. Las inseguridades, la inestabilidad, los malestares, los miedos y la incertidumbre son propios de este tiempo, así como el entusiasmo, la fuerza para vencer desafíos y aventurarse en caminos nuevos, el idealismo para forjar proyectos y esa energía que a veces cuesta tanto regular. Este es el contexto en el que se dan los cambios de carácter y la variabilidad de sus estados de ánimo, que son la consecuencia de la crisis que se está produciendo en su interior, del trabajo de adaptación a los nuevos requerimientos del entorno y del estado de reconstrucción en que se encuentra (Guelar y Crispo, 2000).

El carácter del adolescente se muestra con una extrema susceptibilidad, se le llama la edad de la egolatría, en contraste con el egocentrismo infantil y el egoísmo adulto.

El adolescente adquiere una superestimación de su propio valor, de sus capacidades, de su superioridad, especialmente respecto a los que hasta ayer consideraba como superiores. Otra característica es la introspección, quiere tener cosas propias, lugares reservados para sus secretos donde nadie pueda introducir su mirada, especialmente ordenar su vida, por sí mismo (Ballesteros, 1976).

Este aislamiento es derivado por la fatiga del crecimiento rápido que lo lleva a esquivar toda actividad ruda y en parte a la timidez por la transformación del cuerpo (Hurlock, 1980).

La autoestima es la capacidad de querer, evaluar y valorar a uno mismo; es el aprecio y el valor que uno se da a sí mismo. También es la actitud de autorreconocimiento que hace sentirse digno y valioso ante sí y los demás. De ese modo, los dos componentes conocidos de la autoestima son el subjetivo que representa la valoración, la calificación y el aprecio propios para sí mismo; el objetivo, que significa la valoración de los demás de uno mismo. La autoestima, indispensable a lo largo de toda la vida, es una de las bases del desarrollo afectivo de la adolescencia (Dulato, 2000).

Al menos hasta los 13 años de edad, la autoestima puede considerarse un proceso inculturado. Es decir, las personas tienen el valor asignado por los adultos y un niño no puede tener un juicio valorativo, pues simplemente se adhiere a las opiniones de los padres y los adultos que tienen importancia para él. El adolescente cuando adquiere práctica y desarrolla la capacidad de formar juicios valorativos encuentra que una de las primeras utilidades de tal capacidad es permitir el poner en tela de juicio muchas cosas acerca de los demás y acerca de él mismo (Dulato, 2000).

La autoestima no es una adquisición que permanece estable o fija; por el contrario, es dinámica y cambiante, según las circunstancias de vida y del desempeño de ella. Los individuos que inician la adolescencia con escasa autoestima, sin capacidad de auto comunicación y comunicación, con la sensación de no recibir estímulos debido a la carencia persistente de reconocimiento por parte de

alguno de sus padres y faltos de afecto, tienen graves problemas para desarrollar con oportunidad la autoestima durante la adolescencia. En estas circunstancias, la mayoría se queda preso en el “qué dirán”, y a veces tal dependencia de la opinión de los demás llega a crear miedos irracionales (Dulato, 2000).

El concepto de sí mismo elaborado en la adolescencia surge entre otras cosas de las percepciones que el individuo tiene de sí mismo a partir de sus características físicas, actitudes sociales, habilidades cognoscitivas, destrezas deportivas y laborales, desempeño escolar, aceptación social y capacidad demostrada a sí mismo para integrar nuevas formas de manifestarse y crear estilos de participación y colaboración (Dulato, 2000).

El éxito y el fracaso son muy importantes en la adolescencia porque conlleva problemas en la autoestima, como se mencionó anteriormente al no ser estable. Afortunadamente, muchos se dan cuenta de que no actuar trae consigo más dificultades y entonces adquieren la conciencia de proceder a pesar del éxito o el fracaso futuros, pues al menos tienen la satisfacción de decir y correr el riesgo (Dulato, 2000).

Un factor a tomar en consideración en algunos adolescentes es la conducta suicida. Ya que como se ha mencionado es una etapa de cambios, un tiempo lleno de desafíos en el que se tienen que adquirir habilidades para enfrentar la vida futura.

En los adolescentes, los suicidios consumados son más frecuentes en varones mientras que las mujeres tienen más intentos.

Por lo cual se pone de manifiesto que la relación del adolescente con sus padres resulta crítica para su desarrollo emocional. En un estudio realizado por Wager, Cohen y Brook (citado en Esparza, 2003), se encontró que los adolescentes que perciben un relativo afecto de sus padres tiene una asociación más

baja con eventos estresantes y síntomas depresivos, también se encontró que los adolescentes que perciben severidad por parte de ambos padres tenían altos niveles de depresión y estrés.

Por todo lo anterior, es difícil ser adolescente y adulto maduro; es un ensayo abierto y siempre promisorio si en verdad se quiere dar un sentido a la propia existencia, y quizás una de las tareas trascendentales sea aprender a comunicar al afecto (Dulato, 2000).

2.7 Depresión en la adolescencia

Muchos estudios de la adolescencia coinciden en decir que debido a la inestabilidad que caracteriza este período es frecuente que irruman, en algunas ocasiones, síntomas de diversos trastornos psicológicos que tienden a desaparecer con la conclusión de esta etapa, y la depresión es uno de ellos (Miranda y Paz, 1999).

La adolescencia es la etapa de vida en que el individuo deja de ser niño para ser adulto; sus esfuerzos por alcanzar la madurez y lograr su independencia pueden originarle un periodo de turbulencia emocional. La conducta rara y exasperante del adolescente surge de sus inexpertos esfuerzos por enfrentarse a situaciones difíciles cuando aún le falta madurez emocional. El abandonar la imagen de sus progenitores como seres poderosos, supremos e infalibles le origina depresión, la cual generalmente se manifiesta como una acción de rebeldía y desafío. Hay factores que influyen en el desarrollo normal del adolescente originándole severas depresiones que podrían llevarlo hasta el suicidio, estos factores pueden ser: la ambivalencia en relación con el logro de su independencia, el inicio de su actividad sexual y las presiones de sus compañeros (Calderón, 1984).

Guisa, Souza y Machorra, Cárdenas, y Stanton, Escotto, Murow y Salgado en 1984, señalan que en la transición de un estado a otro, el individuo cambia, esto significa pérdidas, el adolescente abandona su aspecto físico de niño, necesita aceptar su nueva imagen corporal la cual no maneja con habilidad.

Además, se enfrenta al hecho de que, a pesar de persistir fuertes necesidades de dependencia, empieza a ver que sus padres ya no son las figuras ideales que él había querido en la infancia, por lo tanto, empieza a rechazarlos, aparecen en él resentimientos ante los padres y los maestros, el adolescente empieza a combatir cualquier símbolo de sumisión a los adultos y rechaza todo aquello que signifique autoridad como: reglamentos, horarios, límites, etc.

Alonso (1994) menciona que los elementos psicológicos más frecuentes en la adolescencia son las fobias, los fracasos escolares, la conducta anti familiar, antisocial o agresiva, los trastornos psicósomáticos, la conducta sexual promiscua y la depresión.

Jacobson en 1961, supone que la labilidad emocional refleja la remodelación de la estructura psíquica del individuo, que se produce como consecuencia de los masivos cambios biológicos, sociales y psicológicos. El adolescente debe romper los lazos con el pasado para forjar una nueva imagen de sí mismo. Las presiones que el ello y el súperyo ejercen en el proceso de formación de la nueva identidad hacen que se alternen períodos de actuaciones sexuales y agresivas, actitudes moralistas y sentimientos de culpa, vergüenza e inferioridad. Este autor señala que las manifestaciones depresivas en la adolescencia pueden obedecer además a otros motivos; por ejemplo, la renuncia a vínculos y objetos infantiles, la no consecución de ideales irrealizables o los conflictos derivados de sentimientos de culpa (citado en Arieti y Bemporad, 1993).

Alonso en 1994, refiere que el abatimiento depresivo de las adolescentes puede producirse por el impacto de una vivencia externa (ya sea por su dependencia social o su facilidad de impresionarse), o interna (por su débil autoestima).

El adolescente se encuentra en una actitud renuente, que ante las situaciones que le producen cambios emocionales, sus reacciones pueden fluctuar de un idealismo extremo a un optimismo que le permite

ignorar todos los obstáculos, a un pesimismo aplastante que le produce depresión, incluso pueden presentarse ambas conductas en forma alternada. El mismo adolescente puede encontrar solución a este proceso normal mediante el apoyo de sus compañeros ya través de la identificación con los adultos que son altamente significativos para él. Ahora bien, si la intensidad y las manifestaciones de este estado depresivo son significativamente diferentes al proceso normal adolescente y si a esto se suma una historia personal alterada, por ejemplo, con pérdidas parentales tempranas, rechazo materno o antecedentes familiares de perturbaciones afectivas, entonces clínicamente se observa un trastorno de la afectividad: depresión (Guisa y cols., 1984).

Aberasturi en 1987, manifiesta que la depresión durante la adolescencia guarda estrecha relación con las pérdidas que significa el crecer.

El adolescente elabora un duelo por la pérdida del cuerpo: infantil, por el rol y la identidad infantil a la que tiene que renunciar, y por la pérdida de los padres de la infancia que no lo seguirán protegiendo, lo que implica experimentar un desprendimiento del núcleo familiar. El ánimo depresivo, las reacciones de tristeza y los estados de profunda angustia que los adolescentes pueden presentar, son manifestaciones de la lucha interior por renunciar al pasado y al mismo tiempo no perderlo del todo (citada en Kaplan, 1986).

Arieti y Bermporad (1993) mencionan que el adolescente presenta defensas contra la depresión que son específicas de la edad, entre otras, la hiperactividad, el uso de drogas, la afiliación a determinados grupos o la delincuencia.

Alonso (1994) señala que en las mujeres adolescentes se presenta una depresión premenstrual, la cual se ha convertido en una entidad clínica importante, cuando ésta era ligera se le describía como cambios premenstruales negativos (tristeza, fatiga, apatía, inhibición del deseo sexual, aumento de peso) y a

partir de cierto grado de intensidad se le incluía en el síndrome de tensión premenstrual, que es una especie de alteraciones psíquicas dominadas por la sobrecarga emocional de tipo aflictivo o irritable.

El mismo autor describe que la depresión premenstrual suele iniciarse regularmente una semana antes del flujo menstrual y cesar cuando el flujo comienza, se presentan una serie de quejas somáticas diversas, sobre todo la hinchazón dolorosa de las mamas, cefaleas y dolores abdominales: Explica el autor que el sector hormonal interviene como factor causal de un desequilibrio en la cantidad de hormonas femeninas existentes en el plasma sanguíneo, en forma de un exceso de estrógenos o una deficiencia de progesterona, lo que repercute sobre los neurotransmisores del cerebro conduciendo a un estado depresivo. Por ello la depresión premenstrual se presenta sobrecargada de emotividad.

2.8 Estudios sobre depresión en adolescentes

Ramírez en 1988, realizó un estudio exploratorio sobre depresión en adolescentes, con el objeto de determinar la incidencia de depresión y la relación de ésta con las variables, pérdida del padre y sexo. Utilizó la Escala de Automedición de la Depresión de Zung (EAMD). La muestra quedó conformada por 200 estudiantes (100 hombres y 100 mujeres) de secundaria del sector público y privado, de esta muestra 50 hombres y 50 mujeres tienen la característica de la muerte física del padre y 50 hombres y 50 mujeres tienen la presencia de éste y viven con él.

Los resultados demuestran que más de la cuarta parte de la población estudiada, presentaban índices de depresión de tipo ambulatoria, se observa que esta tendencia es mayor en las mujeres que en los hombres. También se encontró que la muerte física del padre no fue un factor que influyera en la presencia de la depresión.

En 1990, Monroy y Quijano llevaron a cabo un estudio con el propósito de comparar el índice de los síntomas depresivos entre un grupo de adolescentes inhaladores y otro grupo de adolescentes no

inhaladores, utilizaron el Inventario Multifásico de la Personalidad y la Escala de Automedición de la Depresión de Zung. La muestra total fue de 62 sujetos y quedó dividida en dos grupos: 31 adolescentes inhaladores y 31 adolescentes no inhaladores. Con los resultados obtenidos, encontraron que existen síntomas depresivos tanto en los sujetos que consumen sustancias volátiles como en aquellos que no las utilizan.

También observaron que los síntomas depresivos encontrados en ambos tipos de sujetos corresponden a una reacción neurótica con marcados rasgos de ansiedad.

Los adolescentes no inhaladores presentaban niveles más altos de depresión, con esto concluyeron que la depresión no es una característica particular de la farmacodependencia.

Ledezma en 1992, realizó una investigación con la finalidad de conocer la relación que existe entre el rendimiento escolar y la depresión en adolescentes. Trabajó con una muestra de 40 alumnas de secundaria, la cual dividió en dos grupos, uno de alumnas internas y otro de alumnas externas.

Aplicó un cuestionario de depresión para niños CDS de Lang y Tisher. Los resultados mostraron que existe una correlación significativa entre el rendimiento escolar y la depresión adolescente. Se encontró que las alumnas externas presentaron menos manifestaciones depresivas y un rendimiento escolar más alto y poseen un mejor concepto de sí mismas. En cambio, las alumnas internas mostraron una tendencia a presentar síntomas depresivos y una disminución en su autoestima.

Se aprecia también la existencia de una correlación significativa inversamente proporcional entre el rendimiento escolar y la depresión en adolescentes, es decir, a mayor depresión menor rendimiento, y, por el contrario, a menor depresión mayor rendimiento escolar.

González y Andrade en 1993, hicieron un estudio con el objetivo de identificar la relación entre el malestar depresivo y la ideación suicida con los estresores sociales cotidianos, en estudiantes adolescentes mexicanos. El muestreo fue no probabilístico intencional para cumplir con los criterios de género y edad. La muestra quedó integrada por 423 estudiantes adolescentes: 55.6% eran hombres y el 44.4% mujeres, la muestra se distribuyó proporcionalmente en los tres grados del nivel de educación secundaria. Los resultados mostraron que los adolescentes hombres y mujeres con un predominante estado de ánimo depresivo, manifestaron molestias físicas de índole psicológica, al sentirse poco agradables y rechazados/as por los demás.

Asimismo; las mujeres tendieron a sentir un estado de ánimo predominantemente negativo, y presentaron problemas en sus relaciones interpersonales y tuvieron pensamientos sobre su propia muerte y la muerte en general. Se mostró un fuerte nivel de correlación tanto entre dimensiones de estrés cotidiano social, como en las de malestar depresivo y de ideación suicida. También se ratificó la relación entre los estresores cotidianos sociales y el estado emocional con algunas diferencias de sexo que ponen en evidencia las particularidades propias de cada género.

Manelic y Ortega en 1995, realizaron un estudio para detectar los casos que tenían algún síndrome depresivo, en una muestra aleatoria, proporcional por sexo y carrera, del Plantel Aragón de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales de la UNAM. Se estudiaron 1004 sujetos 626 del sexo masculino y 378 del sexo femenino. En este estudio se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (IDB). Se observó una prevalencia global de síndromes depresivos del 13.6%. La frecuencia con la que se presentaron los síndromes depresivos en los hombres fue semejante a la observada en las mujeres. Concluyeron que los síndromes depresivos son muy frecuentes entre los estudiantes universitarios y, aparentemente más, que en la población general.

Jiménez en 2002, llevó a cabo un estudio con el objetivo de describir la forma en que se presenta la sintomatología depresiva en una muestra de adolescentes mexicanos estudiantes de educación media básica, haciendo una comparación por sexo y tipo de escuela (privada y pública). Utilizó la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D). En los resultados obtenidos se observa que las mujeres mostraron mayores porcentajes de presencia y persistencia de síntomas depresivos.

Asimismo, los estudiantes de escuelas privadas tuvieron porcentajes más altos de síntomas depresivos. Encontraron que el 17% de los hombres de toda la muestra tuvo una sintomatología depresiva elevada, mientras que en las mujeres el 13.1% la presentaron, esto representa una diferencia significativa entre ambos.

Debido a la inestabilidad que caracteriza a los adolescentes, es frecuente encontrar manifestaciones depresivas, que suelen desaparecer con la conclusión de esta etapa. Los síntomas depresivos como los sentimientos de culpa de vacío o de tristeza, suelen ser comunes en los adolescentes, a la vez de que suelen ser pasajeros, por lo que es necesario distinguir que tan severos pueden ser estos síntomas, ya que pueden llevar a desarrollar una depresión más seria y no sólo parcial.

Esto porque como hemos visto, la depresión, además del inmenso sufrimiento que representa para quien la padece, tiene consecuencias importantes sobre la salud física, produce desarmonía familiar, es responsable, sobre todo, de conductas destructivas auto infligidas, entre las que se encuentran los intentos de suicidio, así como accidentes en el hogar, etc. Además, al presentarse una sintomatología depresiva, muchos adolescentes pueden buscar refugio en las drogas, como una medida para evadir su realidad, negarla o enfrentarla.

2.9 Estadísticas de Depresión en la Adolescencia

La incidencia y la prevalencia de la depresión son elevadas. Se trata del más común de los desórdenes psiquiátricos identificables en los servicios de consulta tanto externa como interna.

De acuerdo a la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), la prevalencia de depresión en los adolescentes es entre el 4 y el 8%, y según numerosas investigaciones es alrededor del 8-10%. Dicha prevalencia, a lo largo de la vida en adolescentes se ha estimado en un rango del 15 al 20%, lo que sugiere que la depresión del adulto inicia frecuentemente en la adolescencia.

Se ha podido demostrar empíricamente, que los trastornos depresivos parecen aumentar con la edad, y que los adolescentes logran adaptarse a la experiencia de depresión de manera distinta, según el género.

Otros estudios señalan que el sexo femenino se ha asociado sistemáticamente al incremento de la probabilidad de desarrollar depresión, efectivamente la sintomatología es más alta en las niñas que en los niños, sobre todo en los rangos que sobrepasan los 12 años, antes de esta edad es raro encontrar diferencias entre los dos sexos (Del Barrio, 1997).

En cuanto a la clase social, algunos autores señalan que se encuentra con más frecuencia en los niños de clase baja y media que en los de clase alta.

Los estudios epidemiológicos realizados en poblaciones de niños, han reportado tasas de prevalencia de la depresión entre 0.4 a 2.5% sin diferencia de sexo, mientras que en adolescentes las tasas han sido desde 0.4 a 8.3%. Así la depresión se convierte en un problema de salud pública ya que por lo menos el 15% de los adolescentes y adultos jóvenes en México sufren de depresión.

En un estudio realizado en la Universidad Nacional Autónoma de México, aproximadamente el 38 % de más de 1.000 estudiantes que han consultado en el Programa de Salud Mental del Departamento Universitario, sufrían algún grado de depresión. De este 38 % que sufrían depresión, se seleccionó una población de 9.5 % que sufría la depresión debido al abuso de drogas.

En general podemos mencionar que en estudios epidemiológicos se encuentra una incidencia del 10 al 30 % de adolescentes deprimidos. Lo anterior se agrava en poblaciones urbanas.

En poblaciones urbanas se calcula que llega a haber hasta un 60 % de adolescentes que reportan depresión. Lo que más sorprende es que el 22 %, indicaron que se deprimen muy seguido, además que el 50 % reportaron ideación suicida y 28 % intento de suicidio.

Con respecto al suicidio, son más mujeres que tienen ideas suicidas e intentos de suicidio que los hombres. Datos arrojados por la Organización Mundial de la Salud, indican que mundialmente el suicidio es una de las cinco causas de mortalidad en la franja de edad entre 15 y 19 años. En muchos países encabeza como primera o segunda causa de muerte tanto en los varones como en las mujeres de este grupo de edad.

La prevención del suicidio entre los niños y adolescentes es por lo tanto de alta prioridad. Dado el hecho de que en muchos países y regiones la mayoría de los comprendidos en este grupo concurren en el colegio, este último aparece como un lugar excelente para desarrollar acciones preventivas

apropiadas, sin olvidar que también desde casa se puede apoyar para un mejoramiento de la salud mental de nuestros adolescentes.

La Organización Mundial de la Salud, también, ha manifestado su preocupación acerca de ciertas enfermedades que los países, tanto desarrollados como no desarrollados, no han atendido correctamente. Entre ellos se encuentran la depresión en primer lugar. Se calcula que para el año 2035 la depresión y el suicidio, así como los trastornos por consumo de alcohol, tabaco y drogas serán un problema de salud pública muy serio, sino empezamos a tener mecanismos que favorezcan el sano desarrollo de nuestros hijos. Estos datos, en la actualidad, no están demasiado alejados de la realidad.

Un estudio realizado en la Universidad del Valle de México, en agosto del 2004, sobre las diferencias en la depresión que presentan adolescentes dependiendo del contexto en el que viven. Se aplicó el Inventario de Depresión de Beck para adultos, para obtener resultados se utilizó la prueba estadística paramétrica T de Student no relacionada, dado que las puntuaciones fueron medidas en un nivel intervalar. Se trabajó con dos grupos de sujetos: adolescentes que viven en la calle y los que viven en una familia. Se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas ($t = -3.341$; $p = .001$).

Los adolescentes que habitan en la calle presentan un nivel más alto de depresión (media = 17.53), comparados con los que viven con sus familias (media = 9.26), por lo que se acepta la hipótesis de investigación, la cual dice el nivel de depresión será mayor en los adolescentes que viven en la calle comparado con los que viven en una familia.

Lo cual se puede explicar y comprender si se analiza la situación en la que viven; es decir, son adolescentes que día con día se enfrentan a muchas situaciones adversas, las cuales van destruyendo las metas que puedan llegar a tener, aunado a otros factores como es la soledad que pueden padecer, lo

que les resta seguridad en sí mismos y los lleva, en algunos casos, a sentir que realmente no hay motivos suficientes para continuar con su existencia.

De acuerdo con la Secretaría de Salud, en un artículo publicado en el periódico El Universal en septiembre del 2006, se estima que hasta el 2.5 por ciento de los niños y 8.3 por ciento de los adolescentes sufre depresión, con una relación de dos mujeres por un hombre, esta enfermedad inicia con la pérdida de un objeto, produciendo frustración, hostilidad y sentimiento de culpa. Las personas que padecieron depresión en la infancia o la adolescencia les quedan una vulnerabilidad que implica una vida adulta con menos amistades, menos redes de apoyo, mayor estrés y menor alcance educacional, ocupacional y económico.

Se destaca la necesidad de atender este problema desde la infancia y, sobre todo, en la adolescencia, al ser ésta una etapa importante porque en ella se define la formación académica. Es el inicio de la vida profesional u ocupacional, de la vida sexual y la elección de pareja, por lo que la falta de atención puede tener consecuencias más allá del ámbito de la salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión pasará del cuarto lugar en 2000, al segundo sitio en 2020, como causa de incapacidad, detrás de las enfermedades isquémicas, como infartos, insuficiencia coronaria y accidente cerebro vascular, mientras que en los países en desarrollo se ubicará en el primer sitio como carga de enfermedad.

En un estudio realizado por alumnos de la Unidad Médica Familiar No. 5 y Escuela de Enfermería del IMSS, en Monterrey, Nuevo León. Se estudió el grado de depresión del adolescente en un secundaria contando con 253 alumnos, se les aplicó la Escala de Beck en el mes de Septiembre-Octubre del 2000.

Del total de los alumnos que presentaron depresión el 59% fueron del sexo masculino y el 41 % del sexo femenino. Se encontraron diferentes grados de depresión en cada nivel escolar: de los alumnos del tercer nivel de secundaria presentaron en un 42% depresión leve, el mayor porcentaje de 43% en depresión moderada lo ocupó el primer nivel, y la depresión severa en un 36 % se detectó en el segundo nivel de secundaria.

Se concluyó que la depresión, estado emocional de abatimiento, tristeza, sentimiento de indignidad y de culpa lleva a la soledad, pérdida de motivación, retraso motor y fatiga.

De acuerdo con el doctor Jesús del Bosque, presidente de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil, uno de cada 10 adolescentes en México ha tenido por lo menos un cuadro depresivo en su vida. De éstos, cerca del 28 % presenta depresión severa.

Peor aún, esta enfermedad va en aumento en los adolescentes. Algunas causas, como el incremento en el número de divorcios y las presiones académicas, se dan en todo el mundo, pero en México existen otros factores, entre ellos la ruina económica de la familia, el maltrato físico, el abandono del hogar, el subempleo y la vida en la calle. "El adolescente puede llegar a tener una depresión igual o mayor a la de un adulto, e incluso casos de depresión muy prolongada".

Los efectos son devastadores. El adolescente deprimido tiene un bajo rendimiento escolar, no muestra interés por nada, evita los amigos, se aísla y tiene conductas riesgosas.

Las investigaciones demuestran que los cuadros de depresión en adolescentes son más frecuentes entre los 13 y los 16 años, en ambos sexos. Los jóvenes no tratados pueden tener un episodio depresivo cada seis meses o un año, lo que significa entre seis y 12 recaídas durante la adolescencia.

Capítulo 3. Fundamentos teóricos en psicometría y descripción del CDS.

El origen de las pruebas psicológicas surgió debido al interés por conocer las diferencias humanas (Cerdá, 1984).

En el intento por conocer las diferencias humanas se realizaron diversas investigaciones que van desde el estudio de las sensaciones del ser humano hasta el nivel intelectual y las emociones de cada persona.

Estas investigaciones tuvieron gran importancia dentro de la psicología ya que llevaron a la creación de las pruebas o test psicológicos, que hasta la fecha permiten conocer diversas características de los seres humanos.

3.1 Definición de pruebas psicológicas.

La conceptualización y definición de las pruebas o test psicológicos varía de acuerdo a cada autor, a continuación, se presentará una definición breve de los autores más relevantes:

Tyler, Leona (1972) señala que “una prueba puede definirse como una situación diseñada para tomar una muestra del comportamiento de un individuo”.

Pichot (1976) da la siguiente definición “un test es una situación experimental estandarizada, sirviendo de estímulo a un comportamiento”

Anastasi (1978) considera que un test tiene como finalidad medir las diferencias que existen entre diferentes individuos o las reacciones del mismo individuo en diferentes ocasiones. Por lo tanto, para Anastasi “un test psicológico constituye una medida objetiva y tipificada de una muestra de conducta”.

Brown (1980) define a una prueba como el “procedimiento sistemático para medir una muestra de conducta”. “El procedimiento sistemático se refiere a que una prueba se construye, se administra y se aplica, según las reglas preestablecidas”.

“Test es una palabra inglesa que significa prueba y que se deriva del latín tesis” (Cerdá, 1984).

Cerdá (1984) menciona la definición que fue aceptada en la Antigua Asociación Internacional de la Psicotécnica de H. Pieron que dice: “Test es una prueba definida, fijando una tarea a realizar, idéntica para todos los sujetos examinados.

Debe disponer de una técnica precisa, que permita discriminar entre soluciones satisfactorias y erróneas o bien de un sistema numérico que permita puntuar el resultado. La tarea puede consistir en poner de manifiesto conocimientos adquiridos (test pedagógicos) o bien funciones sensorio-motoras o mentales (test psicológicos)”.

Un test, como señala Cronbach (1990) “es un procedimiento sistemático para observar la conducta y describirla con la ayuda de escalas numéricas o categorías establecidas” (Citado en Fernández, 1999).

Los test son procedimientos de medida cuyo material, forma de administración, puntuación corrección y valoración son estándar y de los que se derivan puntuaciones normativas (Fernández, 1999).

Las técnicas pueden ser estándar, en el sentido de contar con material, forma de administración y corrección homologados, o pueden adoptar una forma flexible, en la que ni el material, ni la administración, ni la escala de puntuación estén tipificados. (Fernández, 1999).

Considerando la definición de los diversos autores, se puede concluir que una prueba psicológica es una situación estandarizada, que permite tener una medida objetiva de la conducta de un individuo.

3.2 Diferentes tipos de pruebas psicológicas

Existen pruebas diseñadas para diferentes propósitos puesto que unas se centran en los aspectos de la conducta que cubren, otras en la evaluación de los rasgos cognoscitivos o las habilidades; y finalmente las que miden las variables afectivas o de personalidad.

De acuerdo con Gregory 2001, las pruebas psicológicas se pueden agrupar de manera amplia en:

- **Pruebas grupales:** son medidas principalmente de lápiz y papel, adecuadas para examinar a grandes grupos de personas a un mismo tiempo.
- **Pruebas individuales:** son instrumentos que, por su diseño y propósito, deben aplicarse a una sola persona.

Los principales tipos de pruebas psicológicas son:

- **Pruebas de inteligencia:** miden la capacidad de un individuo en áreas relativamente globales como comprensión verbal, organización perceptual o razonamiento y, por tanto, ayudan a determinar el potencial para el trabajo escolar o para ciertas ocupaciones. En general, el término prueba de inteligencia se refiere a una prueba que produce una puntuación resumida general, basada en los resultados de una muestra heterogénea de reactivos.
- **Prueba de aptitud:** mide uno o más segmentos claramente definidos y relativamente homogéneos de una capacidad; tiene dos variedades: pruebas de una sola aptitud y baterías de pruebas de aptitudes múltiples.
- **Pruebas de aprovechamiento:** miden el grado de aprendizaje, éxito o logro de una persona en una materia. El propósito de la prueba consiste en determinar la cantidad de material que el sujeto ha

absorbido o dominado. En general, las pruebas de aprovechamiento tienen varias subpruebas; por ejemplo, lectura, matemáticas, lenguaje, ciencias naturales y ciencias sociales, entre otras.

➤ **Pruebas de creatividad:** evalúan la capacidad del sujeto para producir nuevas ideas, discernimientos o creaciones artísticas que se consideran de valor social, estético o científico. Enfatizan la novedad y originalidad en la solución de problemas confusos o en la producción de obras artísticas.

➤ **Pruebas de personalidad:** miden los rasgos, cualidades o conductas que determinan la individualidad de una persona; esta información ayuda a pronosticar la conducta.

➤ **Inventarios de intereses:** miden la preferencia del individuo por ciertas actividades o temas y, con ello, ayudan a determinar la elección de carrera; se basan en la suposición explícita de que los patrones de intereses determinan y, por tanto, también predicen la satisfacción con el trabajo.

➤ **Pruebas neuropsicológicas:** se utiliza para la evaluación de personas de las que se sospecha o se sabe que tienen una disfunción cerebral. Miden el desempeño cognoscitivo, sensorial, perceptual y motor para determinar el grado, localización y consecuencias conductuales del daño cerebral.

Otra clasificación de las pruebas psicológicas es por su formato según Brown (1980).

➤ **Respuestas alternativas vs. libre:** en las respuestas alternativas el examinado escoge la respuesta apropiada de entre varias alternativas; en la respuesta libre el sujeto proporciona una respuesta.

➤ **Prueba de velocidad vs. prueba de poder:** en la de velocidad existe un tiempo límite estricto, y la calificación es la velocidad de las respuestas. Mientras que una prueba de poder se compone de reactivos de dificultad variable y tiene un límite de tiempo que permite dar respuestas a todos ellos, y la calificación refleja el nivel de dificultad de los reactivos a los que puede responder el sujeto.

- **Ejecución máxima vs. ejecución típica:** en las pruebas de ejecución máxima el sujeto recibe instrucciones de tratar de obtener la mejor calificación que pueda mientras que las de ejecución típica nos interesa conocer su comportamiento habitual o normal.
- **Papel y lápiz vs. ejecución:** se refiere a la forma en que se presentan los reactivos de una prueba y cómo se dan las respuestas. Las pruebas de ejecución implican la manipulación de algún aparato u objeto.
- **Aplicación colectiva vs. individual:** las pruebas colectivas se aplican a más de un solo individuo a la vez. Y las individuales se aplican una sola persona.
- **Pruebas estructuradas vs proyectivas:** en las estructuradas, se especifican con claridad los estímulos y las tareas del sujeto, frecuentemente se les llama objetivas debido a los procedimientos de calificación; en las proyectivas los estímulos y las tareas son ambiguos.

3.3 Uso de las pruebas

El empleo más común de las pruebas psicológicas consiste en tomar decisiones acerca de las personas, aunque no es su única función:

- Clasificación
- Diagnóstico y planificación del tratamiento
- Autoconocimiento
- Valoración de programas

3.4 Instrumento

Los registros del instrumento de medición representan valores observables de conceptos abstractos. Un instrumento de medición adecuado es aquel que registra datos observables que representan verdaderamente los conceptos o las variables que el investigador tiene en mente.

En términos cuantitativos: capturo verdaderamente la “realidad” que deseo capturar (Hernández, Fernández, Baptista, 2003).

Toda medición o instrumento de recolección de datos debe reunir dos requisitos esenciales: confiabilidad y validez.

3.5 Confiabilidad.

La fiabilidad de una prueba o test se refiere, exclusivamente, a la precisión de esa prueba utilizada como instrumento de medida (Santiesteban, 2014).

La confiabilidad se refiere al grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes. Es decir que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce resultados iguales. De esta manera la confiabilidad también puede definirse como la ausencia relativa de errores de medición en un instrumento (Kerlinger, 2002).

Es la consistencia de las puntuaciones obtenidas por la misma persona cuando se aplica la misma prueba o una forma equivalente. Para determinarla es necesario comparar las puntuaciones obtenidas de un sujeto en diferentes momentos y con diferentes conjuntos de reactivos, examinadores o calificadores, o en cualquier otra condición de examinación pertinente (Anastasi y Urbina 1998).

Existen varias formas para calcular la confiabilidad de las mediciones:

Confiabilidad test-retest: el cual consiste en aplicar el mismo instrumento al mismo grupo de personas por segunda ocasión. Donde el coeficiente de confiabilidad (r_{tt}) es simplemente la correlación entre los resultados de las mismas personas en las dos aplicaciones de la prueba. Sirve para medir la estabilidad a través del tiempo, muestra el grado en el que los resultados de una prueba pueden generalizarse en otras ocasiones.

Confiabilidad de formas alternas: las mismas personas pueden ser evaluadas con una forma en la primera ocasión y con otra equivalente en la segunda. Las dos formas serían equivalentes, pero no idénticas. La correlación entre las puntuaciones de las dos formas representa el coeficiente de confiabilidad de la prueba, que no solo mide la estabilidad temporal, sino la consistencia de las respuestas a diferentes muestras de reactivos.

Confiabilidad por mitades: su objetivo implica dividir la prueba en dos mitades iguales o equivalentes, lo cual se logra sumando todas las respuestas a los reactivos de la primera mitad, o sumando todas las respuestas a los reactivos de la segunda mitad. Si todos los reactivos son homogéneos entonces las dos mitades serán iguales. Por lo cual con reactivos homogéneos a mayor tamaño de la prueba (más reactivos), habrá mayor confiabilidad; a menor tamaño de la prueba (menos reactivos) habrá menor confiabilidad.

Confiabilidad de Kuder y Richardson: Ambos autores desarrollaron esta idea la cual resultó de las fórmulas de confiabilidad más utilizadas para la consistencia interna, y se encuentra en una sola aplicación de una única prueba.

3.6 Validez

En las pruebas psicológicas es importante que compruebe empíricamente que ésta mide el atributo o rasgo para el que fue construida.

La validez, en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento realmente sirve para medir aquello que intenta medir (Hernández, Fernández, Baptista, 2003).

El test debe medir, efectivamente, el constructo que se ha propuesto o que ha prometido medir (Fernández, 2009). Por ejemplo, un instrumento válido para medir depresión debe medir depresión y no ansiedad.

Para Anastasi en 1998, la validez es el grado con el que verdaderamente mide lo que pretende medir y proporciona una comprobación directa de qué tan bien cumple una prueba su función. Además de ver por medio de la validación si el instrumento mide lo que dice medir, podemos determinar con objetividad qué es lo que mide.

La validez es una cuestión más compleja que debe alcanzarse en todo instrumento de medición que se aplica (Kerlinger 1979, citado en Hernández, Fernández, Baptista, 2003).

Una prueba o escala es válida de acuerdo con el propósito científico o práctico de quien la utiliza.

Tres tipos de validez son: de contenido, relacionada con el criterio y de constructo.

La **validez de contenido** es la representatividad o la adecuación de muestreo del contenido de un instrumento de medición. Cualquier propiedad psicológica posee un universo teórico de contenido, que consiste en todas las posibles cosas que se dicen u observan acerca de la propiedad. La validación de contenido consiste esencialmente de juicio (Kerlinger y Lee, 2002).

La **validez relaciona con el criterio** se estudia al comparar las puntuaciones de una prueba o escala con una o más variables externas. O criterios, que se sabe o se considera que miden el atributo que se estudia (Kerlinger y Lee, 2002). Cuanto más se relacionen los resultados del instrumento de medición con el criterio, la validez de criterio será mayor. Si el criterio se fija en el presente, se habla de validez concurrente (los resultados del instrumento se correlacionan con el criterio en el mismo momento o punto de tiempo). Si el criterio se fija en el futuro, se habla de validez predictiva (Hernández, Fernández, Baptista, 2003).

En este sentido, la prueba sirve para evaluar el estatus presente del individuo. La validez concurrente con frecuencia se utiliza para validar una prueba nueva. La validez concurrente se calcularía al correlacionar los dos conjuntos de calificaciones (prueba nueva y una prueba o medida existente) (Kerlinger y Lee, 2002).

La **validez de constructo** es probablemente la más importante, ya que se refiere al grado en el que una medición se relaciona de manera consistente con otras mediciones, de acuerdo con hipótesis derivadas teóricamente y que conciernen a los conceptos (o constructos) que se están midiendo. Un constructo es una variable medida y que tiene lugar dentro de una teoría o un esquema teórico (Hernández, Fernández, Baptista, 2003).

La validez de constructo es uno de los avances más significativos de la teoría y de la práctica de la medición moderna. Cuando se investiga la validez de constructo de una prueba, casi siempre desean saber qué propiedad o propiedades psicológicas o de otro tipo pueden “explicar” la varianza de las pruebas. Buscan conocer el “significado” de las pruebas.

El aspecto más importante sobre la validez de constructo que la separan de otros tipos de validez es su preocupación por la teoría, los constructos teóricos y la investigación empírica, incluyendo la comprobación de relaciones hipotetizadas (Kerlinger y Lee, 2002).

La validez de constructo incluye tres etapas:

1. Se establece y especifica la relación teórica entre los conceptos (sobre la base del marco teórico).
2. Se correlacionan ambos conceptos y se analiza cuidadosamente la correlación.
3. Se interpreta la evidencia empírica de acuerdo con el nivel en el que clarifica la validez de constructo de una medición en particular.

El proceso de validación de un constructo está vinculado con la teoría. Cuanto más elaborado y comprobado se encuentre el marco teórico que apoya la hipótesis, la validación de constructo arrojará mayor luz sobre la validez de un instrumento de medición.

Un instrumento de medición puede ser confiable, pero no necesariamente válido.

3.7 Análisis Factorial Confirmatorio y Análisis Factorial Exploratorio.

El Análisis Factorial Exploratorio (AFE) y El Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) son las técnicas estadísticas más utilizadas en la investigación social, actualmente se están usando para valorar la validez de constructo, estas técnicas son innovadoras y de carácter complementario, esto es que no se puede tener un análisis confirmatorio sin haber realizado un análisis de tipo exploratorio.

El Análisis Factorial se refiere a un grupo de técnicas de análisis de datos diseñadas para identificar factores o dimensiones inobservables empíricamente y que pueden explicar las relaciones que existen entre un grupo de variables observadas. Cada uno de esos factores o dimensiones constituyen un constructo y las variables observadas que están relacionadas con él son sus indicadores.

Como planteamiento teórico general podríamos decir que nos encontramos con un conjunto de variables manifiestas u observadas empíricamente (puntuaciones en ítems, test o cualquier otro tipo de fuente de variación) y otro conjunto de variables latentes (inobservables empíricamente) que son lo que llamamos factores o constructos.

Se supone que esos constructos son los que determinan o "causan" el comportamiento de los sujetos en las variables observadas (por eso cuando, en un diagrama, establecemos un posible modelo de relaciones entre variables manifiestas y latentes, las flechas parten de las latentes y llegan hasta las manifiestas).

Los factores serían en este sentido como las variables independientes de la regresión múltiple, con la diferencia de que son latentes, por lo que hay que estimar su número y características; y para hacerlo utilizamos las técnicas del Análisis Factorial (Borsboom, Mellenbergh y van Haerden, 2004).

Las técnicas que constituyen el Análisis Factorial es amplia, hay que distinguir entre dos grandes tipos: El Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) y el Análisis Factorial Exploratorio (AFE).

Aun existiendo muchas semejanzas entre las dos aproximaciones, sus diferencias, más significativas son las siguientes (Pedhazur y Pedhazur, 1991; Martínez, Hernández y Hernández, 2006):

– La primera y fundamental se desprende del propio nombre de ambas orientaciones: El AFE trata de *explorar* la posible existencia de una estructura de factores o dimensiones latentes partiendo de las correlaciones entre las variables observadas o empíricas; por su parte el AFC se focaliza en la *comprobación* de la existencia de una teoría o hipótesis establecida a priori mediante la formalización de un modelo de medida que se pone a prueba.

Un ejemplo nítido de ámbito de aplicación del AFC se encuadra dentro del proceso de adaptación de un test transcultural, generalmente la evidencia de validez de un test adaptado suele ser la replicación de la estructura factorial en la población de destino para comprobar si se ajusta a la estructura planteada en origen; el AFC es una técnica idónea para este objetivo.

– En segundo lugar, conviene subrayar que, dado su carácter exploratorio, el AFE no presupone un número determinado de factores.

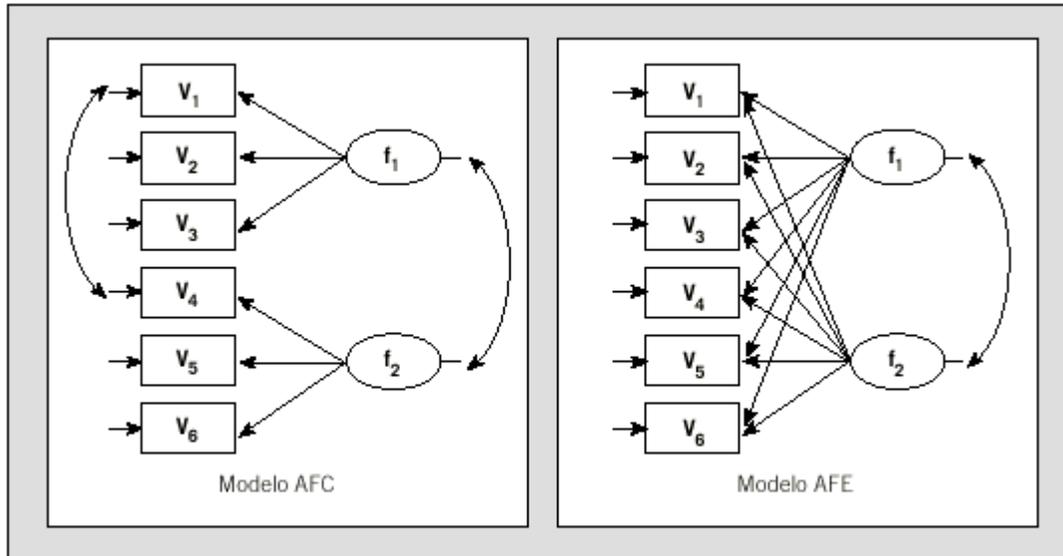
Como punto de partida se asume, en líneas generales, que puede haber tantos factores como variables observadas, aunque se espera que ese número sea menor porque entonces, no tendría sentido el

análisis, y que todas las variables observadas tienen pesos factoriales en todos los factores (independientemente de que esos pesos sean o no significativos).

En la figura 1 se denota contemplando los factores 1, 2... y k, entendiendo por k un número indeterminado y, como podemos observar, lanzando vectores desde todos los factores a todas las variables. En un diagrama, los factores se representan con elipses (variable latente), los ítems con rectángulos (variable observada), y los errores con círculos. Las flechas unidireccionales entre factores e ítems expresan saturaciones. Flechas bidireccionales indican correlaciones entre factores o ítems (o incluso errores).

Por el contrario, el AFC, tal y como observamos en la figura 1, plantea un número concreto de factores (en este caso 2) y además el investigador especifica qué indicadores o variables observadas pesan en cada uno de esos factores. De hecho, uno de los usos específicos del AFC es como prueba complementaria de validación de los resultados de un AFE. Muchos autores, aunque también existen detractores (Pérez-gil, Chacón y Moreno, 2000), recomiendan que, para validar los resultados de un AFE, se proceda a someter a prueba la solución obtenida mediante la aplicación posterior de un AFC.

Fig. 1. Diferencia entre el diagrama de flujos (path diagram) de los modelos de análisis factorial confirmatorio y análisis factorial exploratorio con 6 variables y 2 factores.



Tomado de: Batista-Foguet jm, et al., 2004.

– En tercer lugar, en el AFE la posibilidad de que los factores estén relacionados entre sí o sean independientes se contempla como un todo.

Si se realiza una rotación ortogonal se supone que los factores son independientes entre sí y si se lleva a cabo una rotación oblicua lo que se está asumiendo es que todos los factores están interrelacionados.

En el AFC se puede plantear como modelo hipotético uno en el que algún factor guarde relación con otro u otros y algún otro sea independiente (en la figura 2 se plantea un modelo que establece que los factores 1 y 2 están relacionados).

– En cuarto lugar, en el AFE se asume que los factores que corresponden al término de errores (o unicidades) no están correlacionados. Por el contrario, en el AFC (en la figura 2 podemos observar los conectores entre los términos de error de las variables observadas 1 por parte, los errores 4 por otra) las correlaciones entre los términos de error se pueden contemplar como parte del modelo que se somete a prueba.

Todas estas diferencias pueden resumirse en la clasificación que la mayoría de los autores establecen de las técnicas multivariantes (Hair, Anderson, tatham y Black, 1999) en las que incluyen tanto al AFE como al AFC:

– El AFE se contempla como una técnica multivariante especialmente indicada para el estudio de las relaciones de *interdependencia* (modelo correlacional) entre un conjunto de variables.

Por el contrario, el AFC se enmarca dentro de los *Modelos de Ecuaciones Estructurales* (generalmente conocidos por las siglas en inglés, SEM) como una técnica multivariante diseñada para el estudio de las múltiples relaciones de *dependencia* (modelos causales) entre diferentes conjuntos de variables dependientes e independientes.

Dentro de estos modelos, también conocidos como modelos de estructuras de covarianza, el AFC se refiere específicamente al llamado *Modelo de Medida* que trata de explicar de qué manera un conjunto de variables medidas empíricamente son un reflejo de otras variables latentes, es decir, no observables empíricamente (Martínez et al., 2006).

Especificación del modelo del AFC.

En el AFC se trata de probar una hipótesis. Esta hipótesis consiste en el planteamiento de un modelo teórico que recoja las relaciones específicas que se establecen entre factores comunes (variables latentes), factores únicos (errores) y medidas empíricas (variables empíricas medidas u observadas), estas expectativas deben plasmarse en un modelo que establezca aquellos parámetros que deben ser estimados (de todos los posibles que se puedan estimar).

Estimación de los parámetros del modelo

En este paso subsiguiente se procede a la estimación de los parámetros propuestos en el modelo de medida. De lo que se trata es de encontrar aquellos posibles estimadores de los parámetros que reproduzcan de una forma, lo más ajustada posible, la matriz de varianzas calculada a partir de los datos empíricos (matriz S). Se asume que a nivel poblacional existe una matriz de varianzas-covarianzas (matriz Σ) que viene determinada por los parámetros estructurales y que reproduce perfectamente la matriz empírica S . el problema es que de todos los posibles parámetros que pueden dar lugar a la matriz Σ , ponemos a prueba la estimación de unos determinados por el modelo definido previamente. Esos parámetros serán estimados a partir de las matrices generadas con el modelo de medida propuesto. Todo el problema radica en encontrar unos estimadores que generen una matriz Σ lo más parecida posible a la matriz empírica S .

Para evaluar el grado de ajuste entre la matrices Σ y S es necesario definir una función de ajuste (algunos autores también la denominan función de discrepancia) que lo que hace es evaluar las distancias entre la matriz de varianzas-covarianzas muestral y la matriz de varianzas-covarianzas ajustada (estimada) en función del modelo especificado. En los modelos SEM existen varias funciones de ajuste dependiendo del procedimiento utilizado para la estimación de los parámetros.

Los tres métodos de estimación de parámetros más utilizados son el de *Mínimos Cuadrados no Ponderados* (OLS: OrdinaryLeastSquares), *Mínimos Cuadrados Generalizados* (GLS: generalizad LeastSquares) y *Máxima Verosimilitud* (ML: MaximumLikelihood).

El grado de ajuste se evalúa comparando la semejanza existente entre las matrices de varianzas-covarianzas del modelo y muestral. Existen multitud de pruebas estadísticas de Bondad de Ajuste y aunque han sido objeto de múltiples estudios en la literatura especializada (Jöreskog y Sörbom, 1979; Bentler, 1990; Bollen, 1990; Bollen y Long, 1993), no se ha llegado a un consenso sobre cuál o cuáles de los indicadores estadísticos son los mejores. Incluso los autores no se ponen de acuerdo en cuál es el valor de cada indicador que supone un buen ajuste. Nuestra recomendación es que se evalúe el ajuste del modelo basándose en varios indicadores y prestando especial atención a las limitaciones de cada uno de ellos.

La evaluación del ajuste se puede clasificar en dos grandes aproximaciones: globales e Individuales. Los índices de ajuste globales evalúan el grado de ajuste del modelo en su conjunto. Los índices individuales, lo que aportan es una evaluación particular de los parámetros del modelo de medida. Pasamos a continuación a describir muy someramente los más importantes:

A) evaluación del ajuste del modelo conjunto:

1. Medidas de ajuste absoluto: tratan de determinar el grado en que el modelo propuesto predice la matriz de correlaciones o covarianzas observadas:

1.1. Prueba de significación estadística de χ^2 . Históricamente fue el primer indicador propuesto para evaluar el grado de ajuste entre los modelos. Para concluir un ajuste adecuado hay que aceptar H_0 ($p > .05$; óptimo: $.10 < p < .20$) lo que indica que las diferencias entre las matrices observadas y estimadas no son estadísticamente significativas.

Esto no garantiza la identificación del modelo “correcto”, podría haber otro mejor. Muy sensible al tamaño de la muestra (ideal entre 100 y 200). Si $n > 200$ se tiende a rechazar H_0 y si $n < 100$ se tiende a aceptar H_0 incluso sin ser significativa ninguna relación del modelo. Por ello se requiere complementar con otros índices de ajuste.

1.2. Otros índices de bondad de ajuste absolutos: Índice de Bondad de Ajuste (Goodness of FitIndex, GFI).

Representa el grado de ajuste conjunto, pero no está ajustado por los grados de libertad. No hay un umbral absoluto de aceptabilidad, su valor oscila entre 0 y 1, siendo 1 el valor óptimo; **Residuo Cuadrático Medio** (root Mean Square residual **RMSR**) y **Error de Aproximación Cuadrático Medio** (root Mean Square error of Approximation, **RMSEA**). **RMSR** y **RMSEA** analizan la discrepancia entre las matrices de correlaciones estimada y observada. **RMSR** la mide en términos de la muestra y **RMSEA** en términos poblacionales. La evaluación del ajuste se basa en el análisis de los residuos o errores (cuantos más bajos mejor). No hay umbrales de aceptabilidad. Intentan corregir la tendencia del estadístico Chi cuadrado de rechazar cualquier modelo especificado cuando la muestra es grande. **RMSRA** es preferible a **RMSR** cuando las muestras son grandes (aceptables entre .05 y .08)

2. Medidas de Ajuste Incremental: evalúan el ajuste incremental del modelo propuesto comparado con un modelo nulo (modelo de un único factor sin error de medida). Todos ellos aceptables en torno a .90. Los más importantes son el **Índice de Tucker-Lewis (TLI)** o los Índices de Bentler-Bonett, tanto el de **Ajuste Normalizado** (NormedFitIndex, **NFI**) como el de **Ajuste No Normalizado** (Non-NormedFitIndex, **NNFI**).

Otros índices en la misma línea de los anteriores son los de Bollen: **Índice de Ajuste Relativo (RFI)** e **Índice de Ajuste Incremental (IFI)** y el de Bentler: **Índice de Ajuste Comparado (CFI)**.

3. Medidas de Ajuste de Parsimonia: relacionan la calidad del ajuste del modelo con el nº de coeficientes estimados necesarios para conseguir ese nivel de ajuste. Son índices que penalizan a los modelos en función del número de parámetros liberados. Cuantos más parámetros, más decrecen estos indicadores.

Por eso reciben el nombre de parsimoniosos. No existe ninguna prueba de significación estadística, su uso se limita a la comparación entre modelos. Son un tipo de indicadores de ajuste que tienen su razón de ser cuando se plantean modelos alternativos al que se trata de probar. Los más importantes son los siguientes:

– **Índice de Bondad de Ajuste Incremental** (Adjustedgoodness of FitIndex, **AGFI**). Para que sea adecuado su valor debe ser superior a 0,90 (es un índice que oscila entre 0 y 1).

– **χ^2 Normalizado**. Son valores aceptables los comprendidos entre 1 y 2 ó 3 (incluso 5 siendo menos estrictos). Si obtenemos valores inferiores a 1, es que el modelo puede estar sobreajustado.

Si se encuentran valores mayores que el umbral superior, es que el modelo no es verdaderamente representativo de los datos observados y es necesario su mejora. Sin embargo, es una medida poco fiable y es necesario complementarla con otros índices de bondad de ajuste.

– **Índice de Bondad de Ajuste de Parsimonia** (Parsimonygoodness of FitIndex, **PGFI**):

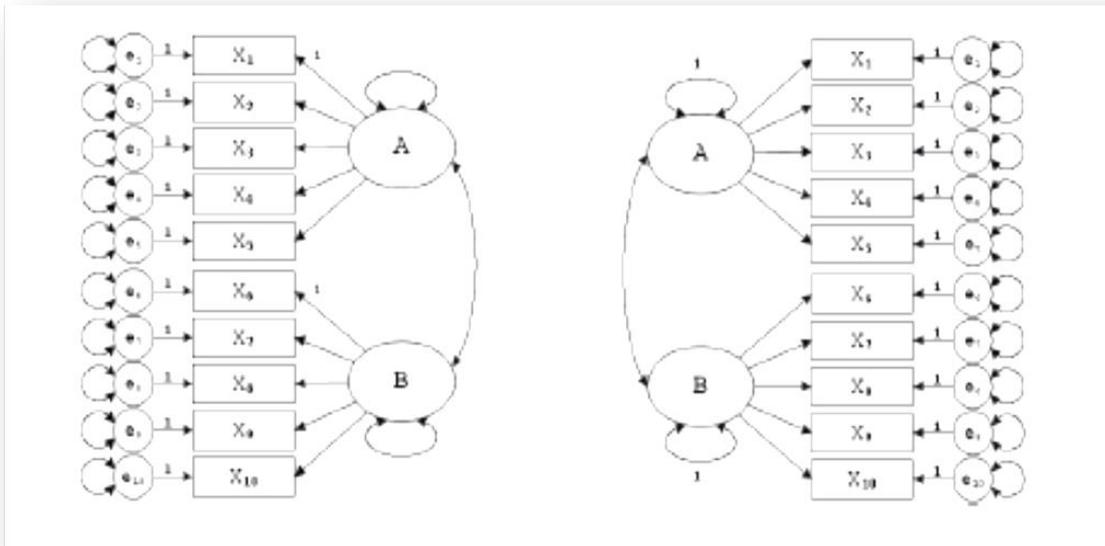
Puede oscilar entre 0 y 1. Cuanto más alto mayor parsimonia, es decir mejor ajuste.

– **Índice de Ajuste Normalizado de Parsimonia** de James-Mulaik-Brett (ParsimonyNormed of FitIndex, **PNFI**). Cuanto más bajo mejor. Cuando se comparan dos modelos alternativos se proponen valores de .06 a .09 para que sean indicativos de diferencias sustanciales entre modelos.

El Análisis Factorial Confirmatorio, es la técnica de análisis que se utiliza para contrastar los Modelos de Medida, se hipotetiza que es una serie de variables observadas o indicadores miden una o más variables latentes (independientes o dependientes).

Para ello, se especifican las relaciones entre las variables observables o indicadores y las variables latentes a partir de unos coeficientes que en este caso se denominan cargas factoriales ("factor loading"), y representan los efectos de las variables latentes o factores sobre los indicadores, es decir, en qué medida el factor se refleja en la puntuación del indicador.

Figura 3. Modelo AFC con factores no estandarizados (izquierda) y estandarizados (derecha)



Tomado de: Arias, 2008.

Cada indicador (X_1 - X_{10}) es una variable continua (excepcionalmente ordinal) que tiene dos causas: por una parte, un factor único subyacente que el indicador se supone que mide y, por otra, cualesquiera otras fuentes únicas de causación que están representadas por el término de error (e). Los errores de medida son independientes entre sí y con respecto a los factores y todas las asociaciones entre los factores (e.g., correlación entre A y B) figuran en el modelo como no analizadas.

Las flechas desde los factores a los indicadores indican los efectos causales (i.e., saturaciones factoriales) de los factores sobre las variables observadas y, en general, se interpretan como coeficientes de regresión (no estandarizados en la primera figura, estandarizados en la segunda). Los indicadores que se suponen causados por los factores A y B son variables ‘endógenas’ toda vez que son influenciadas (directa o indirectamente) por las variables incluidas en el modelo, en tanto que los factores son variables ‘exógenas’ (i.e., son siempre variables independientes y por tanto no pueden estar influidas por ninguna otra variable del modelo).

Las flechas que vinculan los errores de medida (e_1 a e_{10}) con los respectivos indicadores representan el efecto combinado de cualquier fuente de influencia (distinta a los factores) sobre las variables manifiestas. Puesto que sus causas nos son desconocidas, los errores de medida se consideran en el AFC como variables exógenas, y reflejan dos clases de varianza única: por una parte, el error aleatorio y, por otra, la varianza sistemática debida a otros elementos que el indicador mide además del factor subyacente, tales como los efectos de un particular método de medida.

3.8 Medición de la depresión.

Para realizar una evaluación psicológica a un sujeto es necesario un análisis científico del comportamiento, realizado a través de la administración de una serie de test, técnicas o instrumentos con los cuales se pretende la cuantificación de los comportamientos, características o propiedades del sujeto o sujetos de estudio. Dicha evaluación se realiza a través de un proceso, el cual supone un procedimiento científico sujeto a reglas y, por lo tanto, sujeto a contrastación científica (Fernández, 1999).

El uso de las escalas de medición apenas se inició en la práctica clínica hace varios años debido a la simplificación de registros de datos para su estudio en computadoras; además, permiten obtener el máximo de información y facilitan la estandarización permitiendo la disminución en la variabilidad de información acerca de los sujetos.

Por esto es preciso saber que las pruebas son instrumentos de gran utilidad para complementar el diagnóstico y también son un buen medio para valorar en forma sencilla la evolución del cuadro psicopatológico ante un tratamiento determinado.

3.8.1 Algunas de las escalas de mayor uso en población adulta

Escala de depresión de Hamilton:

Una de las primeras escalas para medir depresión es la escala de Depresión de Hamilton (1960), en la cual el observador es el que califica de acuerdo a la gravedad de los estados depresivos; se utiliza frecuentemente en investigaciones sobre diversos fármacos antidepresivos.

Escala de Melancolía (MES)

La Escala de MelancoliaBech-Rafaelsen (MES) (1980) generada con base en un análisis de estructura latente, se elaboró partiendo de la subescala de Hamilton y con referencias de la escala de Croholm-Ottosson (Bech, 1990); se encontró que seis de los reactivos, pero no todos los diecisiete que la conforman, tenía una elevada validez de contenido la cual constituía la subescala de Melancolía (HDS-6). Estos reactivos cubren los siguientes componentes: humor deprimido, humor angustiado, retardo motor, sentimientos de culpa, intereses sociales y síntomas vegetativos. Se ha comprobado que tiene elevada validez de contenido en diferentes poblaciones (Bech, 1994).

Inventario de Beck

Surgió un año después de que se publicara la escala de Hamilton (1961); fue elaborado para ser administrado por un entrevistador; se utiliza con una doble copia, una se entrega al paciente y otra es leída por el entrevistador y se pide al paciente que indique cuál de las declaraciones lo define mejor.

Escala de Zung

En 1964 Zung y Durham realizaron una investigación de la depresión y en 1965 publicaron los resultados. En el proyecto debían correlacionar la presencia o severidad del trastorno depresivo con otros parámetros, como la facilidad para despertar del sueño y los cambios que se lograban con el tratamiento.

Por tanto, decidieron elaborar una escala que reuniera los siguientes requisitos:

- Que fuera aplicable a enfermos con diagnóstico primario de depresión.
- Que incluyera, por tanto, los síntomas más representativos de depresión.
- Que fuera breve y sencilla

- Que pudiera ser, auto aplicada por el enfermo, a fin de recabar su respuesta directa.

3.9 Instrumentos para medir depresión validados en población mexicana.

En el trabajo realizado por Rodríguez Sayago (1999) se describen los diversos trabajos realizados en nuestro país. Entre ellos se cuenta con la adaptación de la Escala de Autoevaluación de Zung en población de estudiantes de secundaria (Suárez, 1988), y del Inventario de Depresión de Beck en enfermos con problemas cardíacos (Torres, Hernández, Ortega, 1991).

Se cuenta también con el estudio de traducción y estandarización del Inventario de Depresión de Aaron T. Beck para población mexicana (Méndez, 1995), donde participaron 1589 sujetos de entre 15 y 65 años de edad, de ambos sexos y diferente escolaridad y ocupación.

De acuerdo con el trabajo de Méndez en 1995, se han llevado a cabo diversos estudios en nuestro país donde se utilizó el Inventario de Depresión de Aaron T. Beck (IDB), siendo éstos realizados por Alvarado (1991), Guzmán (1991), Redmon (1991), Sánchez (1991), Amiela (1992) y Sainz (1992).

Alvarado, aplicó el Inventario de Depresión de Beck (IDB) en una muestra de 126 estudiantes de entre 15 y 20 años del Colegio de Ciencias y Humanidades, reportando que los alumnos con depresión mayor y reacción de ajuste con ánimo depresivo obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que los alumnos sin diagnóstico.

Concluye que el IDB es un instrumento válido para su empleo en población estudiantil de nivel medio superior.

Redmon (1991), llevó a cabo un estudio de validez concurrente en una población de 50 pacientes neumológicos diagnosticados como deprimidos para contrastarlos con los que no presentaban condiciones diagnósticas consideradas como Depresión; utilizó el IDB y la Escala de Ansiedad y

Depresión de Hamilton para el hospital General, reportando que los pacientes deprimidos obtuvieron puntajes más altos a los obtenidos por los pacientes no deprimidos. Al aplicar la t de Student, se encontró un valor de 5.64 y una $p < 0.001$; considerando a ambas escalas como instrumentos útiles en el estudio de síndromes depresivos.

Sánchez (1991), realizó un estudio en mujeres embarazadas, sin riesgo alguno, a las cuales se les aplicó el IDB; reportando los resultados en tres grupos:

- El 90% de las pacientes, obtuvieron puntajes de 0 a 13, es decir, sin Depresión.
- En la clasificación de Depresión leve a moderada hubo un 8.19%.
- En la clasificación de Depresión Severa un 1.81 %.

Con ello, concluye que un 10% del total de la muestra presenta depresión, con lo que aporta evidencia de la utilidad del instrumento.

Amieva en 1992, realizó una investigación en una muestra de 114 pacientes de primera vez del Servicio de Consulta Externa del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la UNAM. A cada uno de ellos, les fue aplicado el IDB y se les realizó una evaluación clínica basada en una entrevista semiestructurada con los criterios del DSM-III-R, que permiten diagnosticar el síndrome depresivo.

Su trabajo consistió en comparar los resultados del Inventario de Depresión de Beck, con los obtenidos mediante la evaluación clínica. Los puntajes más altos en el IDB fueron aquellos diagnosticados como deprimidos en la entrevista, y los puntajes más bajos se obtuvieron de aquellos que no cumplían los criterios utilizados. Con todo esto, Amieva considera útil el IDB para distinguir dentro de los pacientes a quienes se les fue aplicado, a aquellos que padecían un síndrome depresivo.

Por último, Sainz (1992) realiza un estudio de validez concurrente de la Escala de Depresión Geriátrica y el IDB en una población de 65 pacientes de entre 65 y 79 años de edad internados en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", donde la Fiabilidad: Ha sido obtenida por varios métodos y los valores encontrados, en general, son muy altos, llegando hasta valores de 0.94 (consistencia interna), 0.94 (por el método de las dos mitades) y 0.85 (fiabilidad test-retest).

Validez: En cuanto a la validez convergente, se comparó la GDS con la Escala Autoaplicada para la Depresión de Zung (SDS) y la Escala para la Evaluación de la Depresión de Hamilton (HRS-D) encontrándose una relación muy satisfactoria entre la GDS y las dos escalas, con valores de 0.84 y 0.83 respectivamente. Además, se ha encontrado una buena correlación entre la GDS y el Inventario de Depresión de Beck (0.78 y 0.74 al cabo de seis meses). En cuanto a la validez de constructo, se ha comprobado que la GDS es una medida específica de depresión, aunque tiene serias dificultades en detectar depresión leve o ligera cuando se utilizan muestras de ancianos institucionalizados. Discrimina entre personas ancianas con depresión y sin depresión.

Se encontró en la GDS una sensibilidad del 84% y una especificidad del 95% para un punto de corte de 15 y del 100% y 80%, respectivamente, para un punto de corte de 11, concluyendo que ambas son útiles en el diagnóstico de la depresión.

Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota

Existen otras escalas para medir depresión que deben ser aplicadas por expertos, como es el caso del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI), el cual debe ser aplicado por un psicólogo experimentado.

En el ámbito clínico, se considera que el examen psíquico hecho por medio de entrevistas, debe completarse con el uso de las pruebas psicológicas. Se considera al MMPI como un instrumento fundamental para el examen de rutina de un paciente psiquiátrico por su difusión, validación clínica y su derivación empírica, lo hace el instrumento más objetivo del que se puede disponer.

Hathaway y McKinley desarrollaron la prueba en los hospitales psiquiátricos de la Universidad de Minnesota en grupos de pacientes y no pacientes a finales de los años treinta; ambos esperaban que el MMPI pudiera ser utilizado como una prueba de rutina en el proceso de evaluación diagnóstica y en 1940 publicaron su primer artículo sobre el inventario.

Después de un tiempo, por los años setenta, hubo necesidad de modificarlo y reestandarizado, dando lugar al MMPI-2, debido a que los reactivos originales no habían sido sometidos a una revisión cuidadosa, ya que consideraban que algunos reactivos tenían una gramática pobre y otros modismos difíciles de entender; se decidió incluir más reactivos que hablaran sobre temas importantes como intentos suicidas, uso de drogas, y respuestas relacionadas con tratamientos, entre otros motivos.

Posteriormente el MMPI-2 se tradujo al español adecuando el contenido y el lenguaje de los reactivos a la población mexicana, es decir, se hizo transliteración para evitar los problemas de traducción señalados con el MMPI original (Lucio, 1995) siendo así un inventario mejor adaptado a la población mexicana al tomar en cuenta los modismos y las diferencias socioculturales.

El MMPI-2 para México, presenta otras escalas adicionales para enriquecer las escalas básicas y así, poder ampliar el conocimiento de problemas y desórdenes clínicos. Algunas de estas escalas son: la escala de ansiedad, la escala de represión y la escala de la fuerza del yo entre otras, así como posee una escala de contenido la cual detecta los síntomas depresivos.

3.10 Pruebas que miden depresión en niños

En cuanto a las escalas que miden depresión en niños, las más utilizadas son:

Escala de Birleson (DSRS)

La Depression Self-Rating Scale (DSRS por sus siglas en inglés) consta de 18 reactivos, 10 de ellos redactados en forma positiva y 8 en forma negativa. Su autor, Peter Birleson, parte de un concepto operacional de la depresión infantil para la elaboración de este instrumento al incluir los síntomas afectivos, cognitivos y somáticos de la depresión. Originalmente, la DSRS está diseñada para evaluar la presencia y severidad de sintomatología depresiva en niños de 7 a 13 años, sin embargo, estudios posteriores han demostrado su utilidad y validez en población adolescente.

En México, De la Peña y cols. (1996) realizan un estudio para demostrar la validez de constructo y criterio externo de este instrumento en población adolescente (entre 13 y 9 años de edad). La muestra estuvo comprendida por 349 adolescentes divididos en dos grupos: 138 sujetos que comprendían la población clínica y 211 que comprendían la población abierta. Para la población clínica se utilizó como estándar una entrevista semiestructurada diseñada para esta investigación y basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV.

Los resultados revelaron que la utilización de este instrumento como prueba diagnóstica presenta un equilibrio máximo entre sensibilidad y especificidad cuando los puntos de cortes fueron entre 14 y 15. Así mismo, se evaluó la consistencia interna mediante la prueba de Alfa de Cronbach obteniendo un valor alfa de 0.85 para la población clínica y de 0.77 para la población abierta.

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)

La CES-D es un instrumento que evalúa la presencia de sintomatología depresiva durante la semana anterior a su aplicación; está conformada por 20 reactivos, 16 redactados en forma positiva y 4 en forma negativa.

Esta escala fue construida originalmente por Leonore Radloff en 1977 para evaluar sintomatología depresiva en adultos, y los reactivos incluidos fueron tomados de otras escalas que habían mostrado su validez para medir depresión en esta población. Posteriormente, en el año de 1980, Helen Orvaschel (citado por Ezpeleta L, Doménech E. y Polaino A., 1988) realiza modificaciones a la escala para hacer más comprensibles los reactivos y adaptarla a población tanto infantil como adolescente. Este estudio demuestra la validez y confiabilidad de la CES-D en esta población.

En nuestro país se han realizado estudios para determinar la validez y confiabilidad de la CES-D en población tanto adolescente (Mariño y cols., 1993) como en peri-púberes (Benjet y cols, 1999).

Mariño y cols. (1993) realizaron un estudio para determinar la confiabilidad y estructura factorial de la CES-D en una muestra de 873 adolescentes mexicanos, estudiantes de secundaria y bachillerato, cuyas edades oscilaban entre los 11 y 21 años de edad. Los resultados revelaron un alto nivel de confiabilidad (Coeficiente Alfa de .88) para la utilización de este instrumento en la población adolescente.

La estructura factorial se definió adecuadamente en tres subescalas: Afecto Negativo, Síntomas Somáticos y Afecto Positivo.

Un aporte importante de este estudio es el establecimiento de un nuevo punto de corte para la utilización de este instrumento en población adolescente, variando de 16 (punto de corte tradicionalmente utilizado) a 27 (este nuevo punto de corte se establece a partir del puntaje obtenido una desviación estándar por arriba de la media).

Respecto a las diferencias en los puntajes obtenidos entre hombres y mujeres se observó que, al utilizar un punto de corte mayor, la diferencia fue más significativa. Al utilizar como punto de corte el 16, la presencia de sintomatología depresiva estuvo dividida en un 56.5% para las mujeres y 43.5% para los hombres; mientras que al utilizar como punto de corte el 27 la diferencia se elevó a un 67% para las mujeres contra un 33% para los hombres.

Por otra parte, Benjet y cols. (1999) realizaron un estudio para determinar la validez y confiabilidad de la CES-D en peri-púberes, con una muestra de 1,096 alumnos de quinto y sexto grado de primaria, y de primero de secundaria de cuatro escuelas públicas y tres privadas; así como 71 pacientes del departamento de Psiquiatría y Medicina del Adolescente del Hospital Infantil de México “Federico Gómez”. El rango de edad osciló entre los 9 y los 14 años, con un promedio de edad de 11.8 años para los escolares y 12.2 años para los psiquiátricos.

La población se dividió en dos grupos: púberes e impúberes –de acuerdo al grado de desarrollo que presenten- y en ambos grupos los resultados revelaron puntajes significativamente más altos en el grupo de las mujeres con respecto a los hombres. De la misma forma, se presentaron puntajes mayores en el grupo de los púberes de ambos sexos.

Por tanto, se puede considerar a la CES-D como un instrumento válido y confiable para medir sintomatología depresiva en población mexicana de peri-púberes. Se obtuvo la validez concurrente del instrumento al comparar los resultados obtenidos entre la población clínica y no clínica. Los resultados presentados muestran que la ES-D discrimina entre el diagnóstico de depresión y otros diagnósticos psiquiátricos, excepto el de ansiedad.

Children's Depression Inventory (CDI)

El CDI de Kovacs (1977) es un instrumento que se utiliza para evaluar alteraciones afectivas y sintomatología depresiva en niños y adolescentes. Consta de 27 reactivos con tres opciones de respuesta alternativas que se califican de 0 a 2, de las cuales el niño elige cuál es su situación emocional en las últimas dos semanas.

La autora parte del Inventario de Depresión de Beck para adultos e incluye síntomas depresivos tales como alteraciones del humor, capacidad hedónica, alteraciones del sueño y del apetito, sentimientos de culpa, entre otros.

En México se realizó un estudio de validez concurrente entre el CDI y el BSRS (León, 2005). El puntaje obtenido en la prueba de Alfa de Cronbach para este instrumento fue de 0.86. El punto de corte utilizado fue de 19 y se obtuvo una sensibilidad del 66% y una especificidad del 70%.

3.11 Cuestionario de Depresión para Niños CDS

El Cuestionario de Depresión para niños CDS, se describirá ampliamente a continuación porque es el instrumento con el cual se va a trabajar en esta investigación.

Descripción General

Ficha Técnica

Nombre original: "Childrens Depression Scale (CDS)".

Autores: M. Lang y M. Tisher.

Procedencia: Australian Council for Educational Research, Lt. (ACER), Victoria, Australia.

Adaptación Española: Sección de Estudio de test de Tea Ediciones, S. A., Madrid.

Administración: Individual y colectiva.

Duración: Variable, entre 30 y 40 minutos.

Aplicación: 8-16 años.

Significación: Evaluación global y específica de la depresión en los niños.

Tipificación: Baremos en percentiles en una muestra general de niños españoles.

Construcción de la Escala.

La escala original fue elaborada en Australia por M. Lang y M. Tisher, en 1978; posteriormente se llevó a cabo una Adaptación Española entre 1983 y 1986, en donde se hicieron modificaciones para facilitar la administración e interpretación de la misma.

En el momento de diseñar el CDS no se conocía ningún otro intento de medida escalar para investigar la depresión en la infancia, o por lo menos no se había publicado ningún test en esta línea.

El CDS a diferencia de otros trabajos que se han elaborado a partir de un test para adultos, este se ha diseñado específicamente para niños.

Y ha tenido en cuenta lo señalado por Kovacs-Beck y por A. Nowells (1977): el hecho de que tienen mucha importancia las observaciones de las personas que rodean y conocen al niño, tales como los padres y los profesores. Aunque el CDS está destinado a los niños, la misma escala, con ligeras modificaciones de formato, puede ser contestada por un familiar, profesor u otra persona allegada a él que responda según su conocimiento sobre el niño.

Características del Instrumento

Lang y Tisher se interesaron en estudiar una muestra de niños con grave rechazo escolar y compararlo con un grupo control de niños que asistían con regularidad, como no se disponía de ninguna escala de depresión infantil, decidieron construir una; el primer paso consistió en elaborar una definición amplia de la depresión infantil. Se llegó a ella después de sintetizar los aspectos en la literatura, se reseñan como parte de la sintomatología de la depresión infantil:

1. Respuesta Afectiva. Sentimientos de tristeza e infelicidad, llanto (Despert, 1952; Frommer, 1967; Harrington y Hassan, 1958; Poznanski y Zrull, 1970 y Usakov y Girich, 1971).
2. Autoconcepto Negativo. Sentimientos inadecuados y baja autoestima, inutilidad, minusvalía, indefensión, imposibilidad de ser querido (Sandler y Joffe, 1965; Poznanski y Zrull, 1970).

3. Disminución del impulso y de la productividad mental, aburrimiento, retraírmiento, falta de energía, descontento, poca capacidad para el placer, incapacidad para aceptar ayuda o consuelo, lentificación motora (Sandler y Joffe, 1965; Stack, 1971; Ushakov y Girich, 1971).
4. Problemas psicosomáticos. Dolores de cabeza, dolores abdominales, insomnio u otras alteraciones del sueño (Agras, 1959; Pznanski y Zrull. 1970; Ling y Col.. 1970; Stack, 1971; Kunh y Kunh, 1972).
5. Preocupación por la muerte y la enfermedad en uno mismo o en los demás, pensamientos suicidas, sentimientos de pérdida real o imaginaria (Agras, 1959; Frommer, 1967; Poznanski y Zrull, 1970; Ushakov y Girich, 1971).
6. Dificultades en el área de agresividad. Irritabilidad, crisis de mal genio (Fromme;- , 1967; Poznanski y Zrull, 1970; Stack, 1971).

Con el objetivo final de construir al CDS, se consideró que todos estos aspectos constituían una definición de la depresión infantil y, al desarrollar la escala, se intentó incluir ítems pertenecientes a todos estos aspectos.

La escala original de 66 elementos fue agrupada en subescalas, intentando que cubrieran muchas de las características de depresión en los niños, y en realidad estas subescalas son similares a los conceptos incluidos en la definición dada; también procuraron que las escalas tuvieran el mismo número de elementos.

Los dos conjuntos de elementos tanto los positivos como los depresivos se mantienen separados y permiten dos subescalas generales independientes: Total depresivo y Total Positivo (TD y TP).

Dentro de cada una de estas dos dimensiones agruparon sus elementos por el contenido de los mismos en varias subescalas, mismas que se describen a continuación:

Total Depresivo (6 subescalas):

Respuestas Afectivas (RA, 8 ítems). Alude al estado de humor por los sentimientos del sujeto.

Problemas Sociales (PS, 8 ítems). Se refiere a las dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad del niño.

Autoestima (AE, 8 ítems). Se relaciona con los sentimientos, conceptos y actitudes del niño en relación con su propia estima y valor.

Preocupación por la Muerte (PM, 7 ítems). Alude a los sueños y fantasías del niño en relación con la enfermedad y muerte propia.

Sentimientos de culpabilidad (SC, 8 ítems). Se refiere al auto punición del niño.

Depresivos Varios (DV, 9 ítems). Incluye aquellas cuestiones de tipo depresivo que no pudieron agruparse para formar una identidad.

Total Positivo (2 subescalas):

Animo Alegría (M, 8 ítems). En el polo opuesto alude a la ausencia de alegría, diversión y felicidad en la vida del niño, o a su incapacidad para experimentarlas.

Positivos Varios (PV, 10 ítems). En el polo opuesto, incluye aquellas cuestiones de tipo positivo que no pudieron agruparse para formar una entidad.

Todas estas subescalas son muy interesantes para poder especificar e interpretar una determinada puntuación total positiva o depresiva, puesto que los niños pueden manifestar su depresión de muy diferentes maneras.

Finalidad y Aplicaciones

El CDS es aplicable a niños comprendidos entre los ocho y los dieciséis años, es decir, a sujetos que puedan comprender el contenido de los ítems o reactivos. No presenta problemas la falta de una buena capacidad lectora, puesto que los elementos, en la mayoría de los casos, son leídos en voz alta por el examinador: en algunas ocasiones puede ser conveniente que el sujeto mismo lea las cuestiones en solitario y conteste en la hoja de respuestas, como ocurre cuando el CDS es contestado por los adultos cercanos al niño.

Su finalidad está en todos los casos en que se sospeche la depresión. Como se ha indicado anteriormente, hay muchas características que han mostrado relación consistente con la depresión en la infancia: el niño parece o es visto como triste, desgraciado, lloroso, aburrido, aislado, apático, con dificultades sociales, con problemas psicósomáticos (dolores de cabeza, quejas abdominales, dificultades en el sueño, etc.), poca autoestima, etc.

Forma de Aplicación

El CDS es, idealmente, un instrumento de aplicación individual: el niño sentado frente al examinador. En esta situación es más probable que el sujeto se sienta más confortable y animado, ya que el instrumento pide respuestas directas del sujeto sobre sus sentimientos, pensamientos y conductas.

Cuando se trate de aplicar la prueba a uno o varios miembros de la familia o conocidos del niño, es más aconsejable que todos estén en la misma sala y al mismo tiempo, aunque con espacio suficiente para que actúen y contesten independientemente.

De esta manera, una vez completado el cuestionario, pueden compartir sus observaciones sobre el niño y analizar sus diferencias al enfocar el problema del sujeto.

En caso de una aplicación a un grupo de sujetos, hay que procurar que se tenga una naturaleza homogénea del grupo (alumnos del mismo grado escolar, mismas edades, misma escuela, etc.), y sea poco numeroso, para facilitar un buen clima de aplicación y sinceridad.

Se recomienda que el CDS sea introducido a los examinados de una manera amistosa y sin prisas. Las instrucciones verbales que vienen a continuación deben ser tomadas sólo como una guía para la aplicación, y el examinador debe utilizar su juicio para adecuarlas a la situación y sujetos concretos.

Una vez que los sujetos disponen de una hoja de respuestas y que se han anotado en la cabecera los datos de identificación, se debe decir:

"Otros niños han contestado las frases que están escritas en el cuestionario, sólo es para saber cómo piensan o cómo se sienten, si están de acuerdo o no sobre lo que se dice en las frases, y ustedes van a contestar en la hoja de respuestas, rellenando uno de los circulitos que hay a la derecha de cada número, escogiendo una de las 5 opciones: "Muy de acuerdo" si lo que dice la frase les gusta mucho, "De acuerdo" si lo que dice la frase les gusta poco, "No estoy seguro" si no sabes si les gusta o no lo que dice la frase; si no les gusta lo que dice, marcarán el círculo "En desacuerdo", y si no les gusta para nada la frase, marcarán "Muy en desacuerdo". Posteriormente se contesta en forma grupal el ejemplo B que dice "Me gusta ir a los museos" pidiendo a los niños verbalizar su respuesta según lo que ellos piensan, mostrando al grupo que cada uno puede elegir una respuesta diferente.

3.11.1 El CDS en su versión mexicana

En 1996 Cruz, Morales y Ramírez, realizaron su estudio con el objetivo de adaptar, estandarizar y validar el cuestionario de depresión para niños de Lang y Tisher a las características de una muestra de la población mexicana.

El estudio se llevó a cabo con 1250 sujetos en edad escolar entre los ocho y catorce años que cursaban de tercero a sexto de educación primaria.

Para obtener el puntaje crudo de cada subescala se suma el puntaje obtenido de los reactivos que la conforman.

Escala de Depresión:

RA Respuestas Afectivas (reactivos 2, 10, 18, 26, 34, 42, 50, 58).

PA Problemas Sociales (reactivos 3, 11, 19, 27, 35, 43, 51, 59).

AE Autoestima (reactivos 4, 12, 20, 28, 36, 44, 52, 60).

PM Preocupación por la Muerte-Salud (reactivos 5, 13, 21, 29, 37, 45, 53).

SC Sentimientos de Culpabilidad (reactivos 6, 14, 22, 30, 38, 46, 54, 61).

DV Depresivos Varios (reactivos 7, 15, 23, 31, 39, 47, 55, 62, 66).

Escala Positiva:

AA Animo-Alegría (reactivos 1, 9, 17, 25, 33, 41, 49, 57).

PV Positivo Varios (reactivos 8, 16, 24, 32, 48, 56, 63, 64, 65).

Validez y confiabilidad del CDS.

Se obtuvo una consistencia interna para la escala total de .85, por lo que se concluye que la escala mide con exactitud los rasgos depresivos. La consistencia interna fue: Animo Alegría .62, Problemas Sociales .64, Respuestas Afectivas .76, Autoestima .74, Preocupación por la muerte .63, Sentimientos de culpa .68, Depresivos Varios .62, y positivos Varios .58, lo cual permite concluir que el CDS, mide con exactitud cada uno de los rasgos, lo que lo valora como un instrumento adecuado para medir depresión en niños en edad escolar.

Debido a que el Cuestionario de Depresión para Niños CDS, a diferencia de otros instrumentos fue elaborado en una muestra de niños y toma en cuenta las observaciones de algunos autores en cuanto a la importancia de los comentarios de los adultos que rodean al niño, en México como se describió anteriormente se hizo una adaptación para las características de niños mexicanos.

El instrumento original tiene un rango de edad de aplicación hasta los 16 años, por esta razón se hace la adaptación en una población de adolescentes estudiantes de nivel secundaria.

Capítulo 4. Método.

Los instrumentos más utilizados en población adolescente han sido adaptados de instrumentos hechos para población adulta y modificados para su uso. En cambio, el CDS es un instrumento hecho con población infantil y por eso es importante validarlo en población adolescente por su fácil aplicación, calificación y lenguaje.

Es de gran importancia contar con instrumentos psicométricos válidos y confiables en población mexicana, que permitan realizar una correcta detección de la depresión, favoreciendo así el tratamiento oportuno de las enfermedades afectivas.

¿Qué tan válido es el Cuestionario de Depresión para niños CDS en su versión mexicana, en adolescentes estudiantes de secundaria entre doce y quince años de edad de la delegación Xochimilco?

¿Qué tan confiable es el Cuestionario de Depresión para niños CDS, en adolescentes estudiantes de secundaria entre doce y quince años de edad de la delegación Xochimilco?

Objetivos:

1. Determinar la validez de constructo del Cuestionario de Depresión para niños (CDS).
2. Determinar la confiabilidad del Cuestionario de Depresión para niños (CDS).

Definición de la variable de estudio Depresión:

Conceptual (VD): Depresión: “Desorden afectivo en el cual las cogniciones de los sujetos deprimidos están dominadas por contenidos y procesos conductuales distorsionados e irreales. Estos sujetos tienden a exagerar los errores y encuentran obstáculos a todas sus acciones” (Beck, 1976).

Operacional (VD): Puntajes obtenidos en el Cuestionario de Depresión CDS (Lang y Tisher), en su versión mexicana (por Cruz, Morales y Ramírez, 1996), que consta de 66 ítems, los cuales se califican de 1 a 5 en una escala tipo Likert.

Tipo de estudio:

Se llevó a cabo un estudio instrumental, el cual consiste en el desarrollo de pruebas y apartados, incluyendo tanto el diseño (o adaptación) como el estudio de las propiedades psicométricas del mismo.

Gibbons, Flores y Mónico (2004), Montero y Alonso (1992b), Servera y Cardo (2006).

Muestra.

La población de donde se obtuvo la muestra fue de escuelas secundarias públicas de la delegación de Xochimilco; las escuelas que integraron este estudio son las siguientes: escuela Secundaria Diurna #36 (Turno matutino), Secundaria Diurna #44 (Turno matutino).

Se utilizó el tipo de muestreo no probabilístico intencional que según Kerlinger (1985) se caracteriza por el empleo de un esfuerzo deliberado para tener muestras representativas mediante la inclusión de parejas típicas o grupos supuestamente típicos en la muestra. El total de estudiantes que integraron la muestra fue de 616 adolescentes de ambos sexos, 330 (53.5%) hombres y 287 (46.5%) mujeres, con edades comprendidas entre los 11 y los 16 años, con una media de 13.5 años, en las mujeres se presenta una media de 11.84, en los hombres una media de 10.79, con una desviación estándar en las mujeres de 4.40 y en los hombres de 3.34.

Instrumento:

El CDS en la versión mexicana.

Cuestionario de Depresión para niños CDS, versión mexicana (Cruz, Morales y Ramírez, 1996).

Esta escala mide sintomatología depresiva y consta de 66 ítems agrupados en subescalas. Estas están contenidas en dos conjuntos de ítems tanto positivos como los depresivos, manteniéndose separados para permitir las dos subescalas generales independientes: Total depresivo (TD) y Total Positivo (TP).

Elementos del CDS (versión mexicana)

El CDS puede ser administrado de manera individual o colectiva, contando con los siguientes elementos:

Aplicación individual:

A cada niño se le entrega:

- a. Hoja de ejemplo.
- b. El cuestionario
- c. Hoja de respuestas

Aplicación colectiva:

- a. Hoja de ejemplo
- b. Hoja de respuestas

Instrucciones para la aplicación.

El CDS es idealmente, un instrumento de aplicación grupal, instrumento que pide unas respuestas directas del sujeto sobre sus sentimientos, pensamientos y conductas.

Se recomienda que el CDS sea aplicado a los examinados de una manera amistosa y sin prisas. Las instrucciones verbales que vienen a continuación deben ser tomadas sólo como una guía para la aplicación, y el examinador debe utilizar su juicio para adecuarlas a la situación y sujetos concretos.

Una vez que los sujetos disponen de una hoja de respuestas y que se han anotado en la cabecera los datos de identificación, se deben decir:

“las frases que están escritas en el cuestionario, sólo son para saber cómo se sienten o piensan, si están de acuerdo o no sobre lo que se indica en las frases, van a contestar en la hoja de respuestas, rellenando uno de los circulitos que hay a la derecha de cada número, escogiendo una de las cinco opciones:

“Muy de acuerdo”, si lo que se dice la frase les gusta mucho.

“De acuerdo”, si lo que dice la frase les gusta poco.

“No estoy seguro”, si no sabes si te gusta o no la frase.

“En desacuerdo”, si no les gusta lo que dice la frase.

“Muy en desacuerdo”, si no les gusta para nada la frase.

Si durante el desarrollo de la aplicación del cuestionario, surge alguna pregunta, el examinador puede contestarla en forma de que no influya en el resto de la prueba ni en los demás examinados.

Casi siempre es suficiente contestar con un "simplemente intenta contestar según lo que sientes o piensas en este momento sobre la frase".

Una vez terminada la lectura de los elementos, se recogerán las hojas de respuestas comprobando si cada niño ha contestado a todas las frases y están anotados los datos de identificación; en el caso contrario, conviene pedir al niño que cumpla con éstos y, si hubiera elementos dejados en blanco, se le pueden volver a leer las frases correspondientes para que las conteste.

Este examen es muy apropiado para recoger observaciones y datos sobre la conducta del niño durante el examen sobre todo para la aplicación individual.

Forma de Calificación.

Cada elemento se puntúa en una escala de 1-5 puntos en la dirección del rasgo de la depresión, desde "Muy de acuerdo" en los elementos de tipo depresivo, y desde "Muy de acuerdo a muy en desacuerdo" en los de tipo positivo. Con esta inversión en los positivos (subescalas A.A. y P.V.) se logra que todos ellos apunten hacia la depresión.

Conversión de Puntuaciones Directas en Puntuaciones Transformadas.

Aunque en los estudios originales se ha empleado la escala de los deciles, para interpretar las puntuaciones directas, en la tipificación española ha preferido obtener las puntuaciones en las escalas de centiles y decápitos.

Las puntuaciones percentiles indica el tanto por ciento del grupo normativo al que el sujeto es determinado es superior en la variable apreciada por el instrumento.

Una vez obtenidas las puntuaciones directas para cada subescala aplicada a la hoja de respuestas, es fácil buscar en la tabla la columna correspondiente a la escala o subescala a interpretar.

En cada columna se buscará la puntuación directa obtenida por el sujeto y, a la misma altura, horizontalmente, se encontrará su percentil.

La puntuación va de 5 a 1, siendo para "Muy de acuerdo" 5, para "De acuerdo" 4, "No estoy seguro" 3, "En desacuerdo" 2 y "Muy en desacuerdo" 1, puntos para cada uno de los reactivos.

Para obtener el puntaje crudo de cada subescala se suma el puntaje obtenido de los reactivos que la conforman.

Escala de Depresión:

RA Respuestas Afectivas (reactivos 2, 10, 18, 26, 34, 42, 50, 58).

PS Problemas Sociales (reactivos 3, 11, 19, 27, 35, 43, 51, 59).

AE Autoestima (reactivos 4, 12, 20, 28, 36, 44, 52, 60).

PM Preocupación por la Muerte-Salud (reactivos 5, 13, 21, 29, 37, 45, 53).

SC Sentimientos de Culpabilidad (reactivos 6, 14, 22, 30, 38, 46, 54, 61).

DV Depresivos Varios (reactivos 7, 15, 23, 31, 39, 47, 55, 62, 66).

Escala Positiva:

AA Animo-Alegría (reactivos 1, 9, 17, 25, 33, 41, 49, 57).

PV Positivo Varios (reactivos 8, 16, 24, 32, 48, 56, 63, 64, 65).

Posteriormente se obtiene la suma de los puntajes de las subescalas que conforman la escala Total Positivo y Total Depresivo por separado.

Con cada uno de los puntajes crudos de las subescalas y escalas, se ubicarán en un puntaje percentilar, pudiendo establecer una comparación intergrupo, intersexos e interedad para cada sujeto.

Para hacer una interpretación de los puntajes percentilares se utiliza la desviación estándar para describir la dispersión de los individuos por encima o por abajo de la media. Las desviaciones de dos o más unidades estándar de la media se consideran extremas, según corresponda de acuerdo a las características contenidas en cada subescala.

Plantilla y perfil del CDS

Se elabora una plantilla de corrección con el objeto de obtener puntuaciones directas en todas las subescalas del CDS. Para lo cual se colocará la plantilla sobre la hoja de respuestas de modo que coincidan los círculos existentes en el margen izquierdo de la plantilla con los números 1 y 25 para la primera hoja y los números 33 y 57 para la segunda hoja, esto permitirá ver los ítems pertenecientes a la primera subescala (AA) y encima de los recuadros se encuentra la puntuación (5 a 1) contando los puntos obtenidos por la subescala AA, anotando la puntuación obtenida en la hoja de respuestas en su casilla correspondiente.

Para obtener el puntaje de RA se desliza hacia abajo la plantilla hasta que aparezcan los números 2 y 26 para la primera hoja y los números 34 y 58 para la segunda hoja, sumándose los puntos obtenidos, el resultado se anotará en la casilla de RA del margen derecho de la hoja de respuestas.

Se vuelve a deslizar 13 plantilla hacia abajo y se tendrá:

Subescala	1a. Hoja	2da. Hoja
PS	3 y 27	35 y 59
AE	4 y 26	36 y 60
PM	5 y 29	37
SC	6 y 30	38 y 61
DV	7 y 31	39, 62, 66
PV	8 y 32	40, 63, 64 y 65

Una vez obtenidos los puntajes de las subescalas deberán anotarse en la hoja del perfil, posteriormente se gráfica la puntuación en bruto a percentiles.

Dentro de cada una de estas dos dimensiones se agrupan ítems por el contenido de los mismos en varias subescalas.

Total Depresivo (6 subescalas):

Respuestas Afectivas (RA, 8 ítems). Se refiere al estado de humor por los sentimientos del sujeto.

Problemas sociales (PS, 8 ítems). Se refiere a las dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad del niño.

Autoestima (AE, 8 ítems). Se relaciona con los sentimientos, conceptos y actitudes del niño con su propia estima y valor.

Preocupación por la Muerte (PM, 7 ítems). Alude a los sueños y fantasías del niño en relación con la enfermedad y muerte propia.

Sentimientos de culpabilidad (SC, 8 ítems). Se refiere a la auto-punición del niño.

Depresivos Varios (DV, 9 ítems). Incluye aquellas cuestiones de tipo depresivo que no pudieron agruparse para formar una identidad.

Total Positivo (2 subescalas).

Animo Alegría (M, 8 ítems). En el polo opuesto alude a la ausencia de alegría, diversión y felicidad en la vida del niño, o a su incapacidad para experimentarlas.

Positivos Varios (PV, 10 ítems). En el polo opuesto alude a aquellas cuestiones de tipo positivo que no pudieron agruparse para formar una entidad.

Validez y confiabilidad del CDS.

Esta versión mexicana del CDS ha obtenido una consistencia interna para la escala total de .85, por lo que se concluye que la escala mide con exactitud los rasgos depresivos. La consistencia interna fue: Animo Alegría .62, Problemas Sociales .64, Respuestas Afectivas.76, Autoestima .74, Preocupación por la muerte .63, Sentimientos de culpa .68, Depresivos Varios .62, y positivos Varios .58, lo cual permite concluir que el CDS, de manera global obtiene buena confiabilidad, pero considerando las de cada subescala, sólo dos son aceptables.

Procedimiento:

Para la aplicación del Cuestionario de Depresión para niños CDS a los alumnos de la delegación Xochimilco que conforman la muestra, el procedimiento para la selección fue el siguiente:

1. Se estableció contacto con la inspectora de zona. Para la autorización de las secundarias seleccionadas.
2. Se estableció contacto con los directores de las secundarias para la asignación de grupos y así llevar a cabo la investigación.
3. Se aplicó el cuestionario CDS en los grupos ya establecidos en la secundaria, en horarios y salones de clases, indicando que sería anónimo y resolviendo las dudas de los alumnos al contestarlo.

Análisis estadístico:

1. Para la validez se utilizó el Análisis Factorial Exploratorio (AFE) y el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC).

2. El alfa de Cronbach se utilizó para estimar la confiabilidad del DCS.

Para estos dos análisis se emplearon los datos crudos.

3. Para la comparación intergrupos (sexo y edad) en cada factor se utilizó el análisis de varianza factorial. Para ello se obtuvieron los puntajes totales por factor.

Capítulo 5. Resultados

Análisis factorial exploratorio

Para evaluar la estructura factorial del Cuestionario de Depresión para Niños CDS en la presente investigación, en primer lugar, se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio mediante el método de máxima verosimilitud con rotación varimax. Este método utiliza sólo la varianza específica que contribuye al factor.

El análisis factorial exploratorio es una técnica de validación de instrumentos psicológicos que se utiliza para saber que rasgos teóricos (constructos, factores o componentes) se miden a través de las preguntas empíricamente formuladas (los ítems).

Para la extracción del número de ítems a los factores, se consideraron las cargas factoriales iguales o mayores que 0.30, considerado éste como un valor adecuado para indicar la presencia significativa de un determinado factor (Hair et al., 2005; Meyers, Gamst&Guarino, 2006; Stevens, 2002).

Los resultados del primer análisis factorial mostraron que los reactivos se agruparon en quince factores, los cuales se distribuyeron de manera heterogénea y sin orden aparente, por lo que se procedió a realizar una nueva extracción, eliminando los reactivos que cargaban en más de un factor o que no cumplieran con el criterio de 0.30. De este nuevo análisis surge un reacomodo de reactivos distribuidos en solo seis factores, con el cual no se obtuvo un buen nivel de varianza explicada.

Se realizaron más análisis hasta obtener el mejor reacomodo de los ítems llegando a reducir los factores a solo cinco de los quince obtenidos en el primer análisis.

El porcentaje de varianza total explicada fue 44.54%. Los reactivos eliminados durante todo este proceso fueron el 4,5, 7,12, 13, 15, 16, 17, 12, 27, 29, 30, 32, 33, 37, 39, 40, 45, 42, 46, 47, 48, 49, 51, 56, 57, 58, 59, 61, 62, 64, 65, 66.

A continuación, aparece la Tabla 1 con la estructura de cinco factores y las cargas factoriales de sus ítems. Los pesos factoriales cumplen con el criterio de ser inclusive mayores que 0.30.

Tabla 1. Matriz de cargas factoriales de cada uno de los reactivos.

Reactivos	F1	F2	F3	F4	F5
41. Soy una persona muy feliz	.50				
8. Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago.	.58				
25. Me divierto con las cosas que hago	.50				
24. En mi familia todos nos divertimos mucho juntos	.55				
1. Me siento alegre la mayor parte del tiempo	.46				
63. Tengo muchos amigos.	.39				
9. Siempre creo que el día siguiente será mejor	.37				
50. Seguido no sé porque me dan ganas de llorar		.69			
26. Muchas veces me siento triste		.66			
18. Estando en la escuela muchas veces me dan ganas de llorar		.64			
23. Cuando me enojo casi siempre termino llorando		.48			
19. A veces no puedo demostrar lo triste que me siento por dentro		.51			
2. Muchas veces me siento triste en la escuela		.46			
35. La mayoría del tiempo creo que nadie me entiende		.58			
11. Me siento solo la mayoría de las veces		.57			
43. Nadie sabe lo triste que me siento por dentro		.50			
3. A veces pienso que nadie se preocupa por mi		.50			
54. A veces creo que hago cosas que me hacen sentir mal a mamá o a mi papá			.61		
55. Muchas veces me siento mal porque no puedo hacer las cosas que quiero			.50		
52. Cuando no hago bien las cosas en la escuela pienso que no sirvo para nada			.45		
6. Pienso muchas veces que dejo en vergüenza a mi mamá y a mi papá			.40		
60. La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser			.47		
44. A veces me pregunto si en el fondo soy una persona muy mala.			.48		
22. A veces temo que lo que hago pueda molestar o enojar a mi mamá o a mi papá			.42		
14. A veces creo que mi mamá o mi papá hace o dice cosas que me hacen pensar que hice algo malo.			.42		
38. A veces estoy preocupado porque no quiero a mi mamá o a mi papá como debiera			.38		
31. A veces no me siento contento por causa de mis tareas escolares			.43		
34. A veces pienso que no vale la pena vivir				.54	
10. A veces me gustaría estar ya muerto				.51	
53. A veces me imagino que me hago heridas o me muero				.42	
28. A veces no me quiero a mí mismo					.53
36. A veces me avergüenzo de mí mismo					.46
20. Me molesta la forma de mi cuerpo o en la forma en que me porto					.42
Alphas por escalas	.72	.86	.80	.74	.77
Alpha total		.94			
% de varianza		44.54			

La interpretación de las estructuras factoriales obtenidas sugieren la posibilidad de considerar una estructura de cinco factores. Esta estructura y distribución de los ítems queda de la siguiente manera.

Factor I (Ánimo-Alegría). Se refiere a actitudes emotivas, diversión y alegría, así como a su capacidad para experimentar placer y gusto por sus actividades porque las considera buenas, proyectando una buena relación con sus padres porque los percibe como figuras de protección (ítems, 1, 8, 9, 21, 25, 41, 63).

Factor II (Tristeza). Indica la aparición de sentimientos de tristeza, reducción de energía, falta de motivación y pérdida de interés general, propiciando sentimientos de inseguridad, de pesimismo hacia las propias actividades, capacidades y metas (ítems 2, 3, 11, 18, 19, 23, 26, 35, 43, 50).

Factor III (Expectativas negativas de mí en los demás). Se refiere a la reacción fácil y rápida, a sus sentimientos y emociones que se traduce en la disminución de sus méritos positivos y en el aumento de culpa imaginaria por sentir que él ha defraudado a sus padres por percibir que es incomprendido y poco amado (ítems 6, 14, 22, 31, 38, 44, 52, 54, 55, 60).

Factor IV (Pensamiento de muerte). Alude a los sueños y fantasías de niño en relación con la enfermedad y muerte propia (ítems 10, 20, 28).

Factor V (Autoconcepto negativo) Se refiere al estado de ánimo del adolescente, a sus actitudes y a la percepción de su propia persona en su medio ambiente (familiar, social, escolar, etc.). Específicamente, con este factor se intenta observar en el adolescente el grado de molestia por la incongruencia entre su imagen personal y la imagen ideal, lo cual puede devaluar su autoestima y percepción del mundo externo, traduciéndose en melancolía, tristeza y llanto (ítems 34, 36, 53).

Análisis de la Confiabilidad

Se procedió a analizar la consistencia interna del CDS. El resultado obtenido en el coeficiente alfa de Cronbach correspondió a 0.940, para los 33 reactivos resultantes del AFE, el cual resulta altamente satisfactorio.

Como complemento al análisis anterior, se llevo a cabo un análisis de los coeficientes alfa para cada una de las Escalas del CDS. Los coeficientes de homogeneidad fluctuaron entre 0.727 y 0.864, lo que sugiere que las escalas son confiables. En general, se puede concluir que el CDS es una escala altamente confiable.

Análisis factorial confirmatorio

Para corroborar lo obtenido por el análisis factorial exploratorio, se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio AFC, empleando para ello el programa de computadora SSPS versión AMOS 16.0. Los parámetros del modelo fueron estimados siguiendo el modelo de Máxima Verosimilitud (maximum likelihood) para analizar la matriz de correlaciones.

Se contrastaron tres modelos diferentes: el modelo 1 que sostiene que existen ocho factores conforme a la estructura factorial original; el modelo 2 supone una estructura de seis factores (resultante de los análisis exploratorios realizados en este estudio); y el modelo 3 que propone una estructura de cinco factores.

Los modelos se valoraron siguiendo la propuesta de Brown (2006), la cual indica que para la determinación del ajuste del modelo se considera en conjunto los índices de bondad de ajuste. Esto

debido a que en muchas ocasiones la distribución de los datos no se ajusta a la distribución X^2 ya que su valor está influenciado por el tamaño de la muestra, puesto que se basa en la hipótesis – excesivamente restrictiva– de que S es igual a Σ . Para superar estos inconvenientes, se han desarrollado índices parciales de ajuste como los ya mencionados en la sección “Análisis factorial exploratorio y confirmatorio” de este trabajo. Para este estudio, la bondad de ajuste de los modelos propuestos se evaluó mediante diversos indicadores. En concreto, se utilizaron la X^2 , la X^2 normada (X^2/df), el promedio de los residuales (RMR [root mean square residual]) y el de los residuales estandarizados (RMSEA [root mean square error of approximation]). Otros indicadores de ajuste relativo empleados fueron el índice de bondad de ajuste (GFI [goodness of fit index]) y el índice de ajuste comparativo (CFI [comparative fit index]).

Para que exista un buen ajuste, los valores CFI y GFI deberían superar el valor de 0.90; por su parte, los valores RMSEA deberían ser menores que 0.08 para tener un ajuste aceptable o cercanos a 0.05 para obtener un buen ajuste. En cuanto a la interpretación de la X^2 , se considera que esta debe ser no significativa, y el valor de la X^2 normada debe ser igual a 2 para considerar que el modelo está ajustado.

Dado que el estadístico X^2 es sensible al tamaño de la muestra, pues resulta significativo cuando ésta es mayor que 200, se optó por seleccionar una submuestra para desarrollar el modelo, la cual quedó conformada por 197 casos, tomados al azar obtenidos a través del paquete estadístico SSPS (versión 17).

Los resultados obtenidos de los análisis confirmatorios no fueron favorables para el modelo de ocho factores ni para el de seis por lo que se procedió a probar la estructura de cinco factores. En este

análisis se obtuvieron los mejores resultados, concluyendo así que la estructura de cinco factores obtiene un buen ajuste. Los índices de ajuste para este último modelo se presentan en la tabla 2.

Tabla 2. Índices de bondad de ajuste del modelo a cinco factores con población de 197 participantes.

Modelo factorial	X ²	gl	X ² /gl	p	NFI	TLI	CFI	PNFI	PCFI	RMSEA
Cinco factores	666.638	485	1.37	.000	.734	.900	.908	.674	.834	.044

Una vez obtenido este modelo, se probó con la muestra total de 617 participantes, siguiendo el mismo procedimiento, es decir, se probó el modelo de ocho, seis y cinco factores, obteniendo resultados similares al de la muestra de 197 (ver tabla 3). Se concluye entonces, que la bondad de ajuste es suficientemente adecuada para el modelo de cinco factores.

Tabla 3. Índices de bondad de ajuste de cada uno de los modelos propuestos con la población completa de 617 participantes.

Modelo factorial	X ²	gl	X ² /gl	p	NFI	TLI	CFI	PNFI	PCFI	RMSEA
1. Ocho factores	4828.251	2051	2.35	.000	.682	.778	.787	.956	.753	.047
2. Seis factores	2396.010	975	2.45	.000	.774	.835	.851	.902	.767	.049
3. Cinco factores	1013.204	485	2.08	.000	.856	.912	.919	.786	.844	.042

En la figura 4 se muestra el modelo del AFC obtenido con los cinco factores, en la cual se muestran los pesos factoriales de cada reactivo en su correspondiente factor. Todos los pesos fueron significativos al nivel de .01 y mayores a .30.

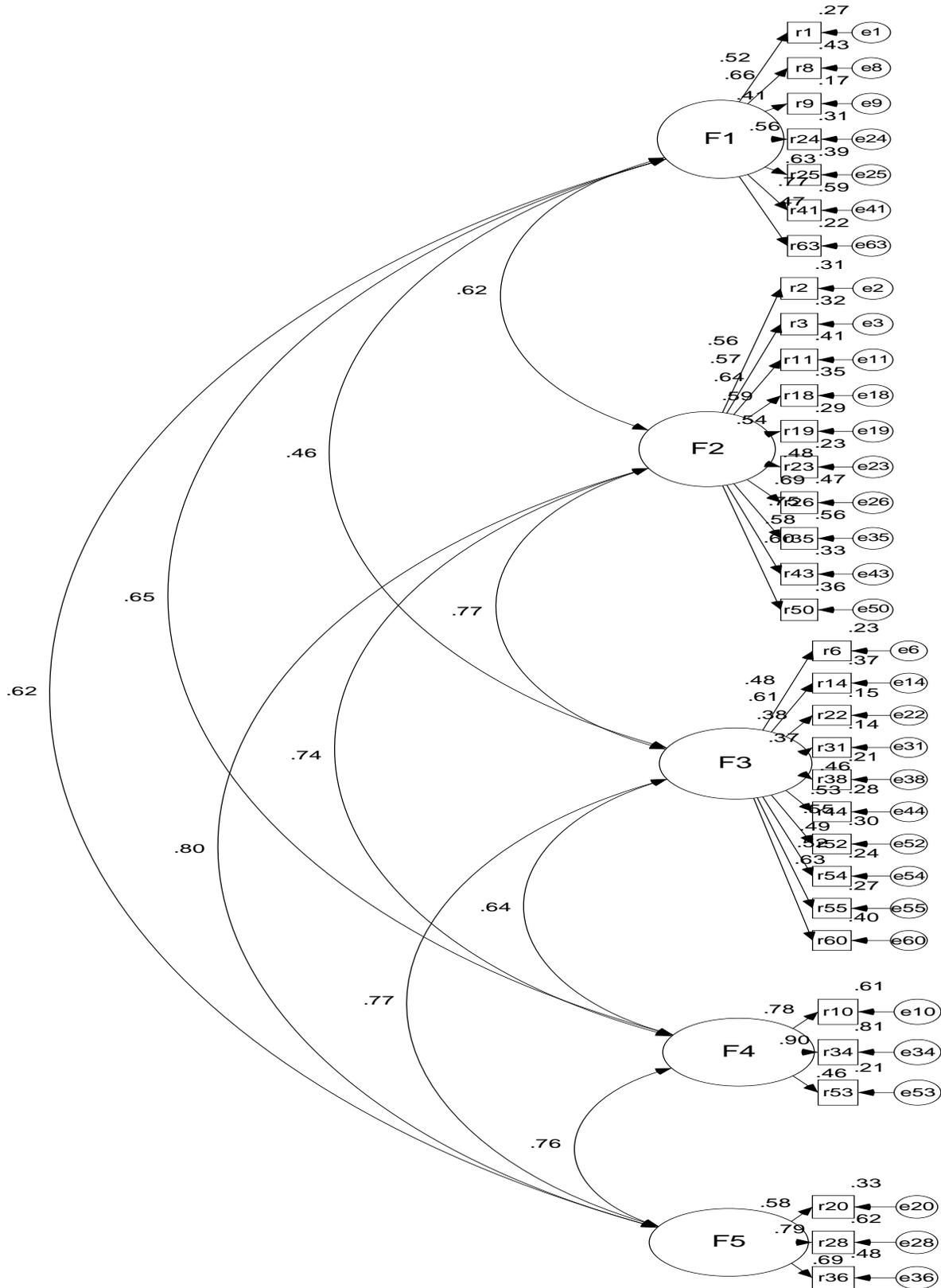


Figura 4. Modelo Factorial Confirmatorio para la estructura de cinco factores del CDS.

Tabla 4. Pesos factoriales de los reactivos del modelo de cinco factores.

Factor	Reactivo	Valor estimado	Factor	Reactivo	Valor estimado
F1	63	.47	F3	55	.51
F1	1	.51	F3	52	.54
F1	24	.55	F3	6	.47
F1	25	.62	F3	60	.63
F1	8	.65	F3	44	.53
F1	9	.41	F3	54	.52
F1	41	.76	F3	22	.38
F2	3	.56	F3	14	.61
F2	43	.57	F3	38	.46
F2	11	.63	F3	31	.37
F2	35	.74	F4	34	.90
F2	2	.55	F4	10	.78
F2	19	.54	F4	53	.46
F2	23	.47	F5	28	.78
F2	18	.59	F5	36	.69
F2	26	.68	F5	20	.57
F2	50	.59			

Intercorrelaciones entre factores y estadística descriptiva.

Una vez obtenida y corroborada la estructura factorial del CDS, se calcularon los puntajes totales por factor, y se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson para medir el grado de relación entre los factores. Todas las relaciones fueron significativas y positivas, y de magnitud moderada, lo cual indica la validez convergente entre las escalas (ver tabla 5).

Tabla 5. Intercorrelaciones entre los factores del CDS.

	Tristeza	Expectativas negativas	Pensamiento de Muerte	Autoconcepto negativo
Ánimo-Alegría	.49	.39	.46	.51
Tristeza		.60	.64	.64
Expectativas negativas			.52	.57
Pensamiento de Muerte				.57

Todos los coeficientes fueron significativos al nivel de 0.01.

También se obtuvo la media y desviación estándar de cada uno como medidas descriptivas del nivel de depresión en los diferentes factores para la muestra total. En la tabla 6 se puede apreciar que los valores de las medias indican niveles bajos de depresión en los diferentes factores y que hay un nivel alto del aspecto positivo relacionado con la alegría dado el valor bajo de la media (recuérdese que se recodificó la escala de respuestas de estos reactivos).

Tabla 6. Medias y desviación estándar en los diferentes factores del CDS.

Factor	Media	Desviación Estándar
Animo- Alegría	13.80	4.81
Tristeza	26.24	8.22
Expectativas negativas	28.34	6.96
Pensamiento de muerte	5.99	3.07
Autoconcepto negativo	6.75	3.02

Comparación entre hombres y mujeres.

Adicionalmente a los resultados anteriormente obtenidos respecto a la depresión en los adolescentes de acuerdo a los factores del CDS, en lo que sigue se analiza, mediante un Análisis de Varianza Factorial, si estos factores también pueden indicar el nivel de depresión por sexo, por edad, y por la interacción entre sexo y edad de acuerdo a las siguientes hipótesis:

Hi₁: Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de depresión entre hombres y mujeres.

Ho₁: No existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de depresión entre hombres y mujeres.

Hi₂: Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de depresión entre edades.

Ho₂: No existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de depresión entre edades.

Hi₃: Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de depresión por efecto de la interacción entre el sexo y la edad.

Ho₃: No existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de depresión por efecto de la interacción entre el sexo y la edad.

Con las hipótesis H_{i1} y H_{o1} se busca identificar el nivel de depresión entre sexos (hombre y mujeres); con las hipótesis H_{i2} y H_{o2} de busca identificar en qué grupo de edad los hombre y las mujeres son más susceptibles a la depresión; y con las hipótesis H_{i3} y H_{o3} se busca identificar el nivel de depresión por la interacción entre sexo y edad.

a) Por sexo

Para las hipótesis H_{i1} y H_{o1} , se observa (tabla 7) que existen diferencias estadísticamente significativas en cuatro de los cinco factores (Ánimo-Alegría, Tristeza, Pensamientos de muerte y Autoconcepto negativo). De estos factores, el de Pensamiento de Muerte es el que tiene el puntaje más significativo.

Se hizo también un análisis de tendencia central para obtener la media y la desviación estándar de cada uno de los factores para cuantificar las diferencias de depresión en función de las anteriores hipótesis. Los resultados de este análisis se presentan en la tabla 8. Se encuentra que las medidas de tendencia central son indicativas de que en tres de los cuatro factores donde hay diferencias, las mujeres tienen puntaje altos de depresión, y en el factor autoconcepto negativo los hombres obtiene la mayor puntuación. Estos resultados son congruentes con los de la tabla 7.

Tabla 7. Diferencias en los niveles de depresión por factor según la edad y sexo.

	F	Sig	Eta
Factor Ánimo-Alegría.			
Sexo	10.90	.001	.018
Edad	2.28	.103	.007
Sexo*Edad	.92	.398	.003
Factor Tristeza.			
Sexo	50.25	.000	.076
Edad	0.32	.722	.001
Sexo*Edad	0.06	.941	.000
Factor Expectativas negativas.			
Sexo	1.75	.186	.003
Edad	2.89	.056	.009
Sexo*Edad	1.21	.297	.004
Factor Pensamientos de Muerte			
Sexo	6.21	.013	.010
Edad	2.08	.125	.007
Sexo*Edad	3.33	.036	.011
Factor Autoconcepto Negativo			
Sexo	11.73	.001	.019
Edad	2.64	.072	.009
Sexo*Edad	0.47	.623	.002

Tabla 8. Mediadas de Desviación Estándar obtenidas por cada factor.

Escala	Media	
	Hombres	Mujeres
Animo-Alegría	10.79 (4.40)	11.84 (3.34)
Tristeza	23.24 (7.50)	27.97 (8.82)
Expectativas Negativas	28.84 (7.27)	28.03 (7.73)
Pensamiento de Muerte	3.34 (2.81)	6.22 (5.59)
Autoconceptonegativo	6.91 (3.32)	6.06 (2.69)

B) Por edad

Respecto a la comparación entre las edades, existen diferencias estadísticamente significativas en las mujeres en el segundo grupo de edades que comprende el rango de edad que va de los 13 a los 14 años.

En el grupo de los hombres también las diferencias se presentan en el grupo 2, al igual que en las mujeres, en el mismo rango de edad (ver tabla 9).

Estas diferencias las podemos atribuir a los cambios físicos, cognitivos y emocionales por los cuales pasan los adolescentes, que en este rango de edad es donde se acentúan los cambios. La búsqueda de identidad en esta etapa es crucial para el desarrollo de la siguiente etapa de vida.

Tabla 9. Medias y Desviaciones Estándar obtenidas en el análisis de la diferencia entre los sexos respecto a la depresión.

	Edad	Medias	Desviación Estándar
Hombres	11-12	5.45	2.67
	13-14	5.38	2.54
	15-16	5.93	3.16
Puntajes Totales		5.59	2.81

	Edad	Medias	Desviación Estándar
Mujeres	11-12	5.64	2.76
	13-14	6.90	3.62
	15-16	6.08	3.48
Puntajes Totales		6.22	3.34

c) Por sexo y edad

Existen diferencias estadísticamente significativas en la relación que se da entre el rango de edad y el sexo de los sujetos con la depresión. Esto se presenta con mayor de diferencia, igual que la hipótesis anterior en el segundo rango de edad, en ambos sexos. En las mujeres la diferencia significativa se presenta con un nivel más elevado en el factor Pensamientos de Muerte.

Capítulo 6. Conclusiones y Recomendaciones

La presente investigación tiene como objetivo fundamental proporcionar un instrumento de fácil aplicación, sencilla calificación y pronto diagnóstico de la depresión en los adolescentes, además de incentivar estudios futuros.

Si bien el binomio que constituye el Alpha de Cronbach y el AFE para dar cuenta de las propiedades psicométricas de un instrumento ha sido hasta el momento la forma más conveniente, las nuevas técnicas estadísticas permiten un análisis más riguroso y fino de la validez. Por esta razón se hizo uso del modelamiento estructural a través del AFC como alternativa adecuada.

La valoración de las propiedades psicométricas del Cuestionario de Depresión para niños CDS en adolescentes, después de los análisis de tipo exploratorio y confirmatorio, muestra que el instrumento difiere de la estructura de la versión española, ya que en esta investigación se propone una versión de cinco factores.

En la versión española se tienen ocho factores divididos en dos escalas: la Escala Depresiva con seis factores y la Escala Positiva con dos factores. Estos factores muestran de manera global una confiabilidad de 0.85 en la versión mexicana; sin embargo, los valores obtenidos por escalas solo dos de ellas son válidas y confiables (Respuestas Afectivas y Autoestima). La versión del cuestionario propuesta en este trabajo obtuvo una confiabilidad en sus cinco escalas propuestas de 0.94, clasificando de la siguiente manera los factores:

El factor Animo-Alegría se conforma de reactivos que se presentaban en la versión española en los factores: Animo-Alegría (4) y Positivos Varios (3) reacomodándolos en este factor constituido por siete reactivos.

El factor Tristeza está conformado por reactivos de los factores: Respuestas Afectivas (4), Depresivos Varios (1) y Problemas Sociales (5), así obteniendo un total de 10 reactivos.

El factor Expectativas Negativas de mí en los demás está conformado por reactivos de los factores: Depresivos Varios (2), Sentimientos de culpa (5), Autoestima (3), obteniendo un total de 10 reactivos.

El factor Pensamientos de Muerte está conformado por tres reactivos obtenidos de los factores: Respuestas Afectivas (2) y Preocupación por la muerte (1).

El factor Autoconcepto Negativo está conformado por tres reactivos tomados del Factor del mismo nombre en las dos versiones.

Obteniendo un total de 33 reactivos para esta versión propuesta en población mexicana.

La versión del CDS obtenida en este estudio presentó una validez y confiabilidad aceptables para considerarla un instrumento conveniente de usar en nuestro país. Evidentemente, con las restricciones de las características de la muestra, ya que para su aplicación a nivel nacional se requiere seguir investigando sus propiedades psicométricas, no sólo en población general sino también en poblaciones clínicas.

Así, aun cuando el instrumento es aceptable, se propone revisar a detalle los reactivos eliminados, así como hacer una propuesta de nuevos reactivos, aplicarlos y validarlos para complementar el cuestionario y así mejorar el diagnóstico de depresión en adolescentes. Esto bajo la consideración de criterios clínicos que permitan fortalecer su poder discriminativo.

El cuestionario requería ser revisado y actualizado con el fin de tener un instrumento de sencilla aplicación y valoración para la oportuna identificación de la depresión en los adolescentes, ya que es

una etapa vulnerable y en la cual fácilmente se padece este trastorno. Este trabajo ha contribuido en gran parte a ello.

Debido a las características del CDS y a la etapa de desarrollo de los individuos, se considera que es uno de los más adecuados para la detección de la depresión de una manera eficaz y rápida, particularmente ahora considerando que la versión obtenida es más corta.

Según Weissman (falta el año), los adolescentes deprimidos son menos propensos a ser diagnosticados y tratados debido a que, para muchos especialistas de la salud, la depresión es un trastorno de la mediana o tercera edad. Además, la dificultad que tienen los adolescentes en hablar sobre sus problemas emocionales influye en que la depresión en esta etapa sea difícilmente reconocida.

Sin embargo, el contar con instrumentos confiables y válidos para la detección de depresión en adolescentes, después de comprobarse el diagnóstico tras una entrevista clínica, supondría la posibilidad de llevar a cabo una intervención terapéutica temprana. Con fines de investigación, permitirían realizar trabajos epidemiológicos sobre trastornos de depresión a diferentes poblaciones consideradas como de alto riesgo. Así mismo, permitirían acceder a la identificación y configuración de factores de riesgo y, por tanto, de modelos etiológicos de la depresión.

Con los análisis realizados, los reactivos se modificaron en la cantidad de la versión original pasando de 66 reactivos a solo 33; por lo tanto, se sugiere llevar a cabo aplicaciones a diversas poblaciones con diferentes contextos, incluyendo los casos clínicos

Los casos clínicos son una muestra muy valorada ya que nos ayudarían a determinar los reactivos en forma discriminativa.

Con relación a las diferencias entre sexos, los resultados muestran de forma significativa que en las escalas del CDS sólo se encontraron diferencias en las siguientes escalas: Ánimo Alegría Autoconcepto negativo, concluyendo que por la etapa de desarrollo en la que se encuentran los participantes, son susceptibles a presentar síntomas depresivos.

Las mujeres presentan mayor depresión que los hombres, pero estas sólo en dos de las cinco escalas (Autoconcepto negativo Ánimo-Alegría), las cuales se trabajan en esta versión mexicana para niños y los hombres solo en una de ellas (Autoconcepto negativo). En investigaciones futuras se propone indagar más sobre la manifestación y grado de depresión en otras áreas que propone el instrumento.

Respecto de las diferencias que pueden existir en los niveles de depresión de acuerdo a la edad de los sujetos, los resultados permiten confirmar que las puntuaciones obtenidas indican que los niveles de depresión son más elevados en la transición de los 11-12 a los 13 años. Esto corresponde al segundo grado de secundaria, dato que concuerda con las puntuaciones obtenidas estadísticamente, lo cual confirma la opinión de Lang y Tisher (1997) en cuanto sostienen que conforme al aumento gradual de la edad los adolescentes tienden a ser menos depresivos.

En conclusión, los resultados globales del presente estudio en cuanto a composición factorial, validez de constructo, validez convergente y consistencia interna, corroboraron las adecuadas propiedades psicométricas del CDS, las cuales lo avalan como un instrumento suficientemente válido y confiable para la medición de los síntomas depresivos en población adolescente mexicana.

En cuanto a las limitaciones del presente estudio, queda pendiente indagar la confiabilidad test-retest para valorar la estabilidad temporal del CDS como otra evidencia de su confiabilidad.

Queda pendiente también establecer su validez concurrente con algunas de las escalas más utilizadas en nuestra población para este grupo de edad, como el Inventario de Depresión de Beck (Children Depression Inventory, CDI) y con otras variables como la ansiedad, dada la fuerte relación entre éstas.

Es preciso también indagar más sobre los factores específicos relacionados con la depresión en este grupo de edad para considerarlos entre la sintomatología depresiva.

Finalmente, los hallazgos contrastantes con otros informes de la literatura podrían seguir dando cuenta del carácter complejo, multi-factorial y dimensional propio de la depresión en este grupo de edad en particular.

Bibliografía

Aberastury, A. (1978). Adolescencia. Buenos Aires: Ediciones Kargieman.

Alonso, F.F. (1994). Vencer la depresión. España: Temas de hoy.

Alvarado, E. (1991). Validez de una traducción al castellano del Inventario de Depresión de Beck para la depresión en estudiantes de bachillerato. Tesna para la especialidad de Psiquiatría. UNAM

Ameiva, M. (1992). Validez del Inventario para la Depresión de Beck en el departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM. Tesis para la especialidad de Psiquiatría, UNAM.

Anastasi A. y Urbina S. (1998). Test Psicológicos. México: Prentice Hall.

Areti, S. y Bemporad, J. (1993). Psicoterapia de la depresión. México: Paidós.

Avalón, Centro de Tratamiento para la mujer (2000). Depresión.

<http://www.avalon.com.mx/depression.html>

Barajas, M. O. (1998). Trastornos alimentarios: Relación entre factores de riesgo asociados con imagen corporal, autoestima y autoatribución en mujeres adolescentes. Tesis de licenciatura en Psicología, no publicada. Facultad de Psicología, UNAM.

Beck, A. T. (1976). Diagnóstico y tratamiento de la depresión. México: Merck Sharp &Dohme Internacional.

Beck, A & Steer, R. A. (1987).Beck Depression Inventory, Manual. The Psychological Corporation.San Antonio.

Berk L.E. (1999) Desarrollo del niño y del adolescente, España: Prentice Hall, 4ª Edición.

Brown F. (1980). Principios de la medición en psicología y educación. México: Manual Moderno.

Calderón, N. G. (1984). Depresión y tratamiento de la depresión. México: Trillas.

Caplan, G. y Levovici, S. (1973). Psicología social de la adolescencia: desarrollo, familia, escuela, enfermedad y salud mentales. Buenos Aires: Paidós.

Capuzzi, D. (1994). *Preventing Adolescent Suicide*. Paper presented at the “Safe Schools, Safe Students: A Collaborative Approach to Achieving Safe, Disciplined and Drug-Free Schools Conducive to Learning” Conference Washington, DC, October, 28-29.

Carro R. J. (1994). Psicoestadística descriptiva. Salamanca: Amarú Ediciones.

Coderch, J. (1979). Psiquiatría dinámica. Barcelona: Herder.

Conde, V., Chamorro, T., Serrano, U. (1976). Revisión crítica de la adaptación castellana del cuestionario de Beck. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 31 (138). 469-497.

Craig, G. J.(1988). Desarrollo psicológico. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.

Craig, G. J.(1997). Desarrollo psicológico. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.

De la Garza, G. F. (2004). Depresión, angustia y bipolaridad: guía para pacientes y familiares. México: Trillas.

Dulato, G. E.(2000). El adolescente. Asociación Mexicana de pediatría A.C.México: Mc Graw-Hill Interamericana.

Enciclopedia de la Psicología (2001). España: Océano.

Erickson, E. (1986). Sociedad y adolescencia. México: Siglo XXI.

Ey, H. (1987). Tratado de Psiquiatría. España: Masson.

Feldman, R. (1994). Psicología. México: Mc Graw-Hill.

Fernández- Ballesteros R. (1999),Introducción a la evaluación psicológica I. España: Ediciones Piramida.

García, E. L. (1999). Depresión.

<http://tlali.iztacala.unam.mx/~recomedu/psic/art99-1b/gesla.html>

Gregory R.J. (2001). Evaluación Psicológica: Historia, principios y aplicaciones. México: Manual Moderno.

González, F.C. y Andrade, P. P. (1993). Estresores cotidianos, malestar depresivo e ideación suicida en adolescentes mexicanos. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. 40 (2), 156-163.

Gonzalez N. J. De J. (2001) Psicopatología de la adolescencia, México: El Manual Moderno.

Guinder, R. E. (1992). Adolescencia. México: Limusa.

Guisa, C. V, Souza y Machorra, M., Cárdenas, A., Y Stanton, G., C. J., Escotto, M., J. Murow, T. E. y Salgado, A. G. (1984). Depresión en la adolescencia . Mesa redonda. Revista Facultad de Medicina. UNAM. 22 (7), 226,275.

Guzman, I. (1991). Reproductividad del Inventario de Beck para Depresión en pacientes del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”. Tesis para la especialidad de Psiquiatria, UNAM.

Hernangómez, I. (2000). ¿Por qué estoy triste? Guía para conocer y afrontar la Depresión. España: Alegibe.

Hernández S. R.; Fernández C. C. y Baptista L. P., (2003). Metodología de la investigación. Chile: McGraw- Hill / Interamericana, 3ª Edición.

Hilario C, M. A., Hernández T, A. G. y Urbano V, M. E. (2001). Grados de Depresión del Adolescente de la Secundaria Melchor Ocampo.

[www. Respyn.uanl.mx/especialidades/imss_v/06.html](http://www.Respyn.uanl.mx/especialidades/imss_v/06.html).

Huerta, L. S. (2000). ¿Estás deprimido?

<http://tlali.iztacala.unam.mx/~recomedu/orbe/psic/artsept00/estasdeprimido.html>.

Horrocks, J. E. (1986). Psicología de la adolescencia. México: Trillas

Ingersol, G. M.(1994). Desarrollo psicológico y social. Medicina del adolescente. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Jackson, S. W. (1986). Historia de la melancolía y la depresión. Desde los tiempos hipocráticos a la época moderna. España: Turner.

Jiménez, T. J. (2002). Sintomatología depresiva en estudiantes adolescentes. Estudio comparativo. Tesis de licenciatura en Psicología, no publicada. Facultad de Psicología, UNAM.

Jordana V, P. (2004). "Estudio de las diferencias en la depresión de adolescentes que viven en la calle y los que viven con una familia".
<http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero1-04/>

Kaplan, L. J. (1986). Adolescencia, el adiós a la infancia.Argentina: Paidós.

Kerlinger F. N. y Lee H. B., (2002). Investigación del comportamiento. México: McGraw - Hill, 4ª Edición.

Lang, M. & Tisher, M. (1997). *CDS - Cuestionario de depresión para niños*. Madrid: TEA.

Ledezma, R. M. (1992). Rendimiento escolar y depresión en adolescentes. Estudio comparativo. Tesis de licenciatura en Psicología, no publicada. Facultad de Psicología, UNAM.

Manelic, R. H. y Ortega, S. H. (1995). La depresión en los estudiantes universitarios de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Plantel Aragón. Salud Mental. 18 (2), 31-34.

Mendez, L. (1995). Traducción y Estandarización del Inventario de Depresión de Beck para la Población Mexicana. Tesis de Licenciatura, UNAM

Mendels, J. (1982). La depresión. Barcelona: Herder.

Meyers, L. S., Gamst G. y Guarino A. J. (2006). Applied Multivariate research: Desing and Interpretation. United States of America: SAGE.

Miranda, M. R. y Paz, L. M. (1999). Autoconcepto y depresión en estudiantes adolescentes. Tesis de licenciatura en Psicología, no publicada. Facultad de Psicología. UNAM.

Monroy, G. A. y Quijano, B. E. (1990). Estudio comparativo de sintoma depresivos entre un grupo de adolescentes inhaladores y no inhaladores. Tesis de licenciatura en Psicología, no publicada. Facultad de Psicología. UNAM.

Notimex El Universal, (2006). Afecta depresión a más niñas que a niños. <http://www.eluniversal.com.mx/articulos/34511.html>

Papalia, D. y Wendkos, O. S. (1990). Desarrollo humano. Colombia: Mc Graw-Hill.

Papalia D.E.; Wendkos S.O.; Duskin R.F. (2001) Desarrollo Humano, Colombia: McGraw - Hill Interamericana, 8ª Edición.

Piaget, J. (1969). Psicología del niño. Madrid: Paidós.

Polaino-Lorente, A. (1985). La depresión. España: Martínez roca.

Ramírez, Y. J. (1988). Un estudio exploratorio sobre depresión en adolescentes. Tesis de licenciatura en Psicología, no publicada. Facultad de Psicología. UNAM.

Redmon, M. (1991). Validez de Diagnóstico y Concurrente de la aplicación de una traducción al castellano del Inventario de Beck para la Depresión en pacientes Neumológicos Hospitalizados. Tesis para la especialización de psiquiatría. UNAM.

Rice, F. P. (1997). Desarrollo humano. Estudio del ciclo vital. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.

Rodríguez, A. (1999). Validez Concurrente de los inventarios de Depresión de Beck y Zung en personas Deprimidas. Tesis de Licenciatura, UNAM

Sainz, S. (1992). Evaluar la validez de la Escala de Depresión Geriátrica e Inventario de Depresión de Beck. Tesis para la especialización de Psiquiatría. UNAM.

Sanchez, S. (1991). Frecuencia de Depresión en Embrazadas detectadas con el Inventario de Depresión de Beck en una Unidad de Medicina Familiar. Tesis de especialización en Psiquiatría. UNAM.

ShafferD..R. (2000). Psicología del Desarrollo de la Infancia y Adolescencia, México: Thomson, 5ª Edición.

Siegel S. y Castellan N. J., (1995). Estadística no paramétrica. México: Trillas.

Stevens, S. S. (2002). Measurement, statistics and the schemapiric view. Science.

Suarez, V. (1998). Validación de la Escala de Automedición de la Depresión de Zung en Pacientes Deprimidos. Tesis de Licenciatura, UNAM.

Torres, M., Hernandez, E., Ortega, H. (1991). Validez y reproductibilidad del Inventario de Depresión de Beck en un Hospital de Cardiología. Salud Mental. 14. 1-16.

Vilar, R. Adolescentes deprimidos. www.selecciones.com.mx

Weissman M. Depressed adolescents grown up. JAMA 1999; 281: 1707-1713.

ANEXOS

CDS

FAVOR DE MARCAR SÓLO EN LA HOJA DE RESPUESTAS

1. Me siento alegre la mayor parte del tiempo.
2. Muchas veces me siento triste en la escuela.
3. A veces pienso que nadie se preocupa por mí.
4. A veces creo que no soy importante.
5. A veces me despierto durante la noche.
6. Pienso muchas veces que dejo en vergüenza a mi mamá y a mi papá.
7. Creo que se sufre mucho en la vida.
8. Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago.
9. Siempre creo que el día siguiente será mejor.
10. A veces me gustaría estar ya muerto.
11. Me siento solo muchas veces.
12. Muchas veces estoy enojado conmigo mismo.
13. Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco.
14. A veces creo que mi mamá o mi papá hace o dice cosas que me hacen pensar que hice algo malo.
15. Me pongo triste cuando alguien se enoja conmigo.
16. Muchas veces mi mamá y mi papá me hacen sentir que las cosas que hago son muy buenas.
17. Siempre estoy queriendo hacer muchas cosas en la escuela.
18. Estando en la escuela muchas veces me dan ganas de llorar.
19. A veces no puedo demostrar lo triste que me siento por dentro.
20. Me molesta la forma de mi cuerpo o en la forma en que me porto.
21. La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada.
22. A veces temo que lo que hago pueda molestar o enojar a mi mamá o a mi papá.
23. Cuando me enojo casi siempre termino llorando.
24. En mi familia todos nos divertimos mucho juntos.
25. Me divierto con las cosas que hago.
26. Muchas veces me siento triste.
27. Muchas veces me siento solo y como un extraño en la escuela.
28. A veces no me quiero a mí mismo.
29. Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas.
30. Seguido pienso que debo ser castigado.
31. A veces no me siento contento por causa de mis tareas escolares.

32. Cuando alguien se enoja conmigo, yo me enojo con él.
33. Casi siempre me gusta estar en la escuela
34. A veces pienso que no vale la pena vivir
35. La mayoría del tiempo creo que nadie me entiende.
36. A veces me avergüenzo de mi mismo.
37. Muchas veces me siento muerto por dentro.
38. A veces estoy preocupado porque no quiero a mi mamá o a mi papá como debiera.
39. A veces la salud de mi mamá me preocupa.
40. Creo que mi mamá o mi papá está muy orgulloso de mi.
41. Soy una persona muy feliz
42. Cuando estoy fuera de casa me siento muy triste.
43. Nadie sabe lo triste que me siento por dentro
44. A veces me pregunto si en el fondo soy una persona muy mala.
45. Estando en la escuela me siento cansado casi todo el tiempo.
46. Creo que los demás me quieren, aunque no lo merezco.
47. A veces sueño que tengo un accidente o me muero.
48. Pienso que no es nada malo enojarse.
49. Creo que me veo bien y soy bonito.
50. Seguido no sé porque me dan ganas de llorar.
51. A veces pienso que nadie me necesita.
52. Cuando no hago bien las cosas en la escuela pienso que no sirvo para nada.
53. A veces me imagino que me hago heridas o me muero.
54. A veces creo que hago cosas que hacen sentir mal a mi mamá o a mi papá.
55. Muchas veces me siento mal porque no puedo hacer las cosas que quiero.
56. Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche.
57. Me salen bien casi todas las cosas que quiero hacer.
58. Creo que mi vida es triste.
59. Cuando estoy fuera de casa me siento solo.
60. La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser.
61. A veces me siento mal porque no quiero y no escucho a mi mamá o a mi papá como se merece.
62. Pienso a veces que no voy a lograr pasar año.
63. Tengo muchos amigos.
64. Utilizo mi tiempo haciendo con mi papá cosas muy interesantes.
65. Hay mucha gente que se preocupa por mi.
66. A veces creo que dentro de mí hay dos personas que me dicen que haga cosas diferentes.

NOMBRE: _____

GRADO: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

ESCUELA: _____

FECHA: _____

SEÑALA SOLO UNA RESPUESTA

	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	
1	<input type="radio"/>	1				
2	<input type="radio"/>	2				
3	<input type="radio"/>	3				
4	<input type="radio"/>	4				
5	<input type="radio"/>	5				
6	<input type="radio"/>	6				
7	<input type="radio"/>	7				
8	<input type="radio"/>	8				

MUY DE ACUERDO DE ACUERDO NO ESTOY SEGURO EN DESACUERDO MUY EN DESACUERDO

9	<input type="radio"/>	9				
10	<input type="radio"/>	10				
11	<input type="radio"/>	11				
12	<input type="radio"/>	12				
13	<input type="radio"/>	13				
14	<input type="radio"/>	14				
15	<input type="radio"/>	15				
16	<input type="radio"/>	16				

MUY DE ACUERDO DE ACUERDO NO ESTOY SEGURO EN DESACUERDO MUY EN DESACUERDO

17	<input type="radio"/>	17				
18	<input type="radio"/>	18				
19	<input type="radio"/>	19				
20	<input type="radio"/>	20				
21	<input type="radio"/>	21				
22	<input type="radio"/>	22				
23	<input type="radio"/>	23				
24	<input type="radio"/>	24				
	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	

25	<input type="radio"/>	25				
26	<input type="radio"/>	26				
27	<input type="radio"/>	27				
28	<input type="radio"/>	28				
29	<input type="radio"/>	29				
30	<input type="radio"/>	30				
31	<input type="radio"/>	31				
32	<input type="radio"/>	32				
	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	

33	<input type="radio"/>	33				
34	<input type="radio"/>	34				
35	<input type="radio"/>	35				
36	<input type="radio"/>	36				
37	<input type="radio"/>	37				
38	<input type="radio"/>	38				
39	<input type="radio"/>	39				
40	<input type="radio"/>	40				
	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	

41	<input type="radio"/>	41				
42	<input type="radio"/>	42				
43	<input type="radio"/>	43				
44	<input type="radio"/>	44				
45	<input type="radio"/>	45				
46	<input type="radio"/>	46				
47	<input type="radio"/>	47				
48	<input type="radio"/>	48				
	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	

49	<input type="radio"/>	49				
50	<input type="radio"/>	50				
51	<input type="radio"/>	51				
52	<input type="radio"/>	52				
53	<input type="radio"/>	53				
54	<input type="radio"/>	54				
55	<input type="radio"/>	55				
56	<input type="radio"/>	56				
	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	

57	<input type="radio"/>	57				
58	<input type="radio"/>	58				
59	<input type="radio"/>	59				
60	<input type="radio"/>	60				
61	<input type="radio"/>	61				
62	<input type="radio"/>	62				
63	<input type="radio"/>	63				
64	<input type="radio"/>	64				
65	<input type="radio"/>	65				
66	<input type="radio"/>	66				

PUNTUACIÓN:

	CRUDA	PERCENTIL
RA		
PS		
AE		
PM		
SC		
DV		

	CRUDA	PERCENTIL
TD		
AA		
PV		
TP		