



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN PSICOLOGÍA**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA BREVE DE DEPRESIÓN
RASGO PARA ADOLESCENTES EN COMPARACIÓN CON EL CES-D (10)**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN INTERVENCIÓN CLÍNICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES**

PRESENTA:

ALEJANDRA RIVERA MARTÍNEZ

DIRECTORA:

**DRA. CECILIA SILVA GUTIÉRREZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM**

COMITÉ

**DRA. PAULINA ARENAS LANDGRAVE
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM**

**DRA. ANGÉLICA JUÁREZ LOYA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM**

**MTRO. FRANCISCO JAVIER ESPINOSA JIMÉNEZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM**

**DRA. KARLA EDITH GONZÁLEZ ALCÁNTARA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM**

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX

OCTUBRE, 2019



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.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Cecilia por su apoyo invaluable a lo largo de este trabajo, así como en los siguientes pasos de mi trayectoria profesional.

A la Dra. Angélica por su participación fundamental, apertura y compromiso.

A la Dra. Edith por su disponibilidad y paciencia para resolver mis dudas.

A la Dra. Paulina por estar siempre al pendiente de mis avances y por su amistad.

Al Mtro. Francisco por las sugerencias, enseñanzas, y por ser un excelente supervisor.

A mis compañeras de supervisión Karen, Diana y Alejandra por las risas y aprendizajes juntas.

A mis queridos amigos Rosy, Lily, José, Fer, Damis, Kari, Caro y Enrique por ser un sostén en mi vida, por todos los momentos de diversión, por ayudarme a llegar a mis metas y por su apoyo incondicional.

A mi familia por el apoyo en este trabajo, confianza y aliento para cumplir mis metas.

Por último, agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México por ser el pilar de mi formación profesional, abrirme las puertas a innumerables oportunidades de crecimiento y permitirme conocer a personas inestimables en mi vida.

CONTENIDO

RESUMEN.....	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	8
ANTECEDENTES.....	10
Capítulo 1.....	10
Sustento Teórico.....	10
Trastorno Depresivo Mayor (TDM).....	10
Trastorno Depresivo Persistente (TDP)	11
Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo (TDDEA)	12
Epidemiología de la depresión	13
Factores de riesgo para la depresión.....	16
Diferencias en los síntomas de depresión por sexos	17
Diagnóstico de la depresión en población infantil y juvenil	19
Propiedades psicométricas de los instrumentos de evaluación	28
Confiabilidad.....	29
Validez	30
Capítulo 2 MÉTODO.....	33
Planteamiento del problema	33
Justificación.....	34
Pregunta de investigación.....	35
Objetivos	35
Objetivo General	35
Objetivos específicos.....	35
Participantes	36
Variables	36
Definición conceptual	36
Definición operacional	36

Tipo de estudio.....	37
Instrumentos.....	37
<i>Escala Breve de Depresión Rasgo para Adolescentes</i>	37
<i>Escala Breve de Depresión CES-D (10)</i>	37
Procedimiento.....	38
RESULTADOS.....	40
DISCUSIÓN.....	46
Escala Breve de Depresión Rasgo para Adolescentes.....	47
CES-D (10).....	50
CONCLUSIONES.....	56
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....	58
REFERENCIAS.....	60
ANEXOS.....	68
Anexo 1.....	68
Carta de Consentimiento.....	68
Anexo 2.....	69
Anexo 3.....	70
Anexo 4.....	71
Valores de referencia para el Análisis Factorial Confirmatorio.....	71

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Resultados de la prueba t de Student entre puntajes bajos y altos de la Escala Breve de Depresión Rasgo para Adolescentes.....	40
Tabla 2. Resultados de la prueba t de Student entre puntajes bajos y altos del CES-D (10)	41
Tabla 3. Resultados de la Correlación Ítem Total de la Escala Breve de Depresión Rasgo para Adolescentes	42
Tabla 4. Resultados de la Correlación Ítem Total del CES-D (10)	42
Tabla 5. Resultados del Análisis Factorial Confirmatorio de los instrumentos y del Análisis de Consistencia Interna.....	45

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo Factorial Confirmatorio de La Escala Breve de Depresión Rasgo para Adolescentes.....	44
Figura 2. Modelo Factorial Confirmatorio deL CES-D (10).....	45

RESUMEN

La adolescencia es una etapa particularmente vulnerable para presentar sintomatología depresiva debido a los cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales por los que se atraviesa. Existen algunas dificultades para el diagnóstico oportuno de la depresión en esta población, pues los instrumentos que la evalúan son escasos o tienen más de 20 años de no haberse probado sus propiedades psicométricas, por lo que, generalmente se les mide con escalas creadas para adultos.

Estas evaluaciones pueden impactar en los tratamientos para la depresión en adolescentes, por lo que es importante contar con instrumentos confiables y válidos que evalúen a esta población.

El objetivo de este trabajo fue evaluar las características psicométricas de la Escala Breve de Depresión Rasgo en comparación con el CES-D (10). En este estudio participaron 902 adolescentes de entre 12 y 17 años. Con base en los análisis estadísticos, en la Escala Breve de Depresión Rasgo se eliminaron dos reactivos, quedando la escala con tres reactivos; en el caso del CES-D (10) se eliminaron cuatro reactivos, quedando el instrumento con seis reactivos. Los niveles de confiabilidad de la Escala Breve de Depresión Rasgo y del CES-D (10) fueron de 0.71 y 0.74 respectivamente, por lo que, se concluye que es importante continuar con estudios para mejorar sus características psicométricas y se destaca la relevancia de contar con escalas válidas y confiables para población adolescente.

Palabras Clave: Depresión, Adolescentes, Escalas de depresión, Psicometría.

ABSTRACT

Adolescence is a particularly vulnerable stage to have depressive symptomatology due to the physical, psychological, emotional and social changes that it is going through. There are some difficulties for the accurate diagnosis of depression in this population because the instruments that evaluate it are scarce or have more than 20 years of not having been evaluated in their psychometric properties, so they are usually measured with scales created for adults.

These assessments can impact on treatments for depression in adolescents, so it is important to have reliable and valid instruments that evaluate this problematic in this population.

The objective of this work was to evaluate the psychometric characteristics of the Brief Trait Depression Scale compared to CES-D (10). In this study participate 902 adolescents between 12 and 17 years old. Based on the statistical analyzes, in the Brief Trait Depression Scale two items were eliminated, leaving the scale with three items; in the case of CES-D (10) four items were removed, leaving the instrument with six items. The reliability levels of the Brief Trait Depression Scale and CES-D (10) were 0.71 and 0.74 respectively, so it is suggested to continue with studies to improve their psychometric characteristics and the importance of having valid and reliable scales for this population.

Keywords: Depression, Adolescents, Depression scales, Psychometrics.

INTRODUCCIÓN

La depresión es la enfermedad mental más frecuente a nivel mundial; se estima que afecta a 300 millones de personas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018). Si bien se define como un trastorno del estado de ánimo, también puede construirse como un rasgo de la personalidad relativamente estable (Silva y Jiménez, 2016).

Aunque puede aparecer a cualquier edad, los adolescentes son la población más vulnerable a desarrollarla debido a los diferentes cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales por los que atraviesan (Benjet et al., 2004 como se citó en González-Forteza et al., 2015; Instituto Nacional de Salud Mental [NIMH], 2015; Ochoa, Cruz y Moreno, 2015; Solloa, 2001).

Algunas de las consecuencias de este padecimiento se reflejan en abuso de sustancias, conductas agresivas, disminución de la productividad y suicidio (Zarragoitía, 2011) siendo ésta una de las principales causas de muerte en jóvenes, lo cual es particularmente relevante para nuestro país, si se toma en consideración que en México la mitad de la población tiene menos de 26 años (Intituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2016).

Sin embargo, esta enfermedad puede no ser diagnosticada debido a las dificultades para distinguir entre la expresión de síntomas característicos de esta etapa y los comienzos de un trastorno como tal (Sánchez, Méndez y Garber, 2014). Además, si bien existen instrumentos para medir sintomatología depresiva, su creación tiene más de tres décadas o son dirigidos a población adulta (Cassiani et al., 2017; Franco, Fernández y Astudillo, 2018; Herrera y García, 2009) .

Por tal motivo y aunque los adolescentes son vulnerables a la depresión, es difícil distinguir a quienes cursan con un trastorno depresivo de los que sólo pasan por un episodio temporal (Solloa, 2001). Esta dificultad hace probable que se esté detectando un número impreciso de casos y tal vez más bajo de lo que en realidad es, particularmente preocupa que no se esté detectando a tiempo a los adolescentes con trastornos depresivos, lo que los pone en riesgo de desarrollar otros problemas de salud física y mental relacionados con la depresión. Resulta entonces, de suma importancia, contar con instrumentos de evaluación capaces de detectar adecuadamente la depresión en adolescentes, ya sea construyendo nuevas escalas o probando características psicométricas de las ya existentes (López, Alcántara, Fernández, Casiro y López, 2010).

Es por ello que, el objetivo de este trabajo es evaluar la consistencia interna y la validez de constructo de la Escala Breve de Depresión Rasgo para Adolescentes (Silva y Jiménez, 2016), tomando como criterio el CES-D de 10 reactivos, debido a su brevedad y verificada confiabilidad y validez en la población objetivo (Bojorquez y Salgado, 2009).

ANTECEDENTES

Capítulo 1.

Sustento Teórico

Con base en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5 o DSMV (American Psychiatric Association [APA], 2013), la depresión es uno de los trastornos del estado de ánimo. Existen diferentes diagnósticos relacionados con la depresión y con los adolescentes que se describirán a continuación de acuerdo con dicho manual.

Trastorno Depresivo Mayor (TDM)

Se diagnostica TDM cuando durante al menos dos semanas el paciente presenta al menos cinco de los siguientes síntomas:

- Ánimo deprimido la mayor parte del día (en niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable),
- Pérdida de interés o de placer en casi todas las actividades,
- Pérdida o aumento de peso o disminución o aumento de apetito,
- Insomnio o hipersomnia,
- Agitación o retraso psicomotor,
- Fatiga,
- Dificultad para pensar, concentrarse y tomar decisiones, o
- Pensamientos de muerte e ideas suicidas.

Y para el diagnóstico se considera, además, que dichos síntomas causen malestar clínicamente significativo, así como deterioro en áreas importantes del funcionamiento de la persona, y que los síntomas no se expliquen mejor por un trastorno del espectro de la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos ni como respuesta a una pérdida significativa. Asimismo, para el diagnóstico se debe descartar que la persona nunca hubiera tenido algún episodio maníaco o hipomaníaco (APA, 2013).

Trastorno Depresivo Persistente (TDP)

Existen casos menos graves como el TDP o distimia que se diagnostica cuando el individuo reporta estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días de lo que está ausente, durante un mínimo de dos años. En niños y adolescentes el tiempo se reduce a un año y el estado de ánimo puede ser irritable. Debe presentar mínimo dos de los siguientes seis síntomas:

- Poco apetito,
- Insomnio o hipersomnias,
- Poca energía o fatiga,
- Baja autoestima,
- Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones,
- Sentimientos de desesperanza.

También se debe de cumplir con el criterio de que la persona no hubiera estado sin síntomas durante más de dos meses, nunca hubiera tenido un episodio maníaco o

hipomaníaco, no cumpla con los criterios para un trastorno ciclotímico ni para un trastorno del espectro de la esquizofrenia. Además, el clínico debe asegurarse de que los síntomas no sean atribuibles a efectos fisiológicos o de abuso de sustancias y que el malestar sea clínicamente significativo y afecte en áreas importantes del funcionamiento de la persona (APA, 2013).

Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo (TDDEA)

Existe también el TDDEA que se diagnóstica generalmente a individuos entre seis y 18 años, cuando presentan accesos de cólera graves, recurrentes y desproporcionados a la situación que lo produce, manifestados verbal o comportamentalmente. Los accesos de cólera se producen mínimo tres veces por semana y no concuerdan con el grado del desarrollo de la persona; el estado de ánimo antes de los accesos de cólera suele ser irritable la mayor parte del día y es observado por personas cercanas al individuo. Estos síntomas deben estar presentes, al menos, en dos contextos (escuela, casa, con amigos) durante un período mínimo de 12 meses. Dichos comportamientos no se presentan exclusivamente durante un episodio de depresión mayor y no se explican mejor por otro trastorno, por abuso de sustancias o, por afección médica o neurológica. Para distinguir este trastorno, sus síntomas no pueden coexistir con el Trastorno Negativista Desafiante, el Trastorno Explosivo Intermitente o el Trastorno Bipolar (APA, 2013).

Los síntomas de la depresión pueden ser inducidos por sustancias, medicamentos o afección médica y se considera el diagnóstico de Trastorno Depresivo Especificado, cuando

los síntomas presentes no cumplen todos los criterios diagnósticos para ningún trastorno depresivo (APA, 2013).

Aunque los trastornos depresivos cuenten con la clasificación descrita, la depresión se confunde fácilmente con otras enfermedades y muchas veces no se diagnostica, por lo tanto, no se trata, a pesar de ser el trastorno de ánimo que genera los mayores costos al sistema de salud, después de las enfermedades cardiovasculares (Acosta et al., 2011).

Epidemiología de la depresión

Recientemente la depresión ha sido considerada una epidemia, pues se estima que 15% de la población mundial la padece (Acosta et al., 2011). Además se sabe que la presencia de depresión ha aumentado la comorbilidad con otros trastornos hasta en 30% por lo que se considera una de las principales causas de incapacidad tanto en la vida cotidiana como en la productividad laboral (Zarragoitía, 2011). De hecho, la depresión es considerada la principal causa de discapacidad en el mundo, además de contribuir a la carga mundial de morbilidad por ser un factor de riesgo para cometer suicidio, especialmente en personas de entre 15 y 29 años (OMS, 2018).

Aunque cualquier persona sin importar su grupo étnico, género o edad puede sufrir depresión, datos epidemiológicos señalan mayor prevalencia entre los adolescentes (Acosta et al., 2011; González-Forteza et al., 2015), de hecho, se ha propuesto que la adolescencia puede ser una etapa del desarrollo altamente vulnerable para presentar trastornos depresivos, debido a los cambios en todas las áreas de la vida (Ochoa, Cruz y Moreno, 2015). Si bien los criterios diagnósticos para los trastornos depresivos son parecidos en

adultos, niños y adolescentes, estos últimos pueden expresarse de manera diferente con actitudes explosivas (rabia, crisis de llanto, inquietud, hipersensibilidad) o inhibidas (cierre relacional, mutismo, retraimiento social, anhedonia) así como con cogniciones típicas como rumiación, autorreproches, disminución de la autoestima e incluso pensamientos suicidas (Martínez, 2014; Nardi, 2004)

A pesar de lo anterior, hay pocos datos epidemiológicos para estimar la magnitud de este problema en nuestro país. Existen estudios donde se reporta la prevalencia de la depresión en población adolescente en México, por ejemplo, un estudio realizado por el NIMH con niños y adolescentes entre 6 y 17 años, encontró que 6% de ellos había padecido depresión en los últimos 6 meses (Acosta et al., 2011 como se citó en Bejet, 2014).

En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), llevada a cabo entre 2001 y 2002, se encontró que 2% de los participantes había presentado un episodio de TDM durante la adolescencia y que 27.5% de ellos fueron diagnosticados con depresión por primera vez antes de los 18 años (Benjet et al., 2004 como se citó en González-Forteza et al., 2015). Por su parte Solloa (2001), menciona que la prevalencia la depresión aumenta conforme aumenta la edad, por eso es más común en adolescentes que en niños.

Estudios de salud pública, mencionan que la depresión tiene como consecuencias principales, el aumento en la tasa de suicidios, homicidios, abuso de sustancias, así como conductas agresivas. También ocasiona disminución de la actividad en áreas importantes, sin mencionar que los tratamientos para este problema de salud suelen ser costosos y no son accesibles para toda la población (Cassano y Fava, 2002 como se citó en Pardo, Sandoval y

Umbarila, 2004). Sin embargo, no tratarla aumenta el riesgo de que persista hasta la edad adulta (NIMH, 2015).

En adolescentes es común encontrar otros trastornos comórbidos con la depresión como: síntomas del Trastorno Disocial, Trastorno Límite de la Personalidad, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, ansiedad, problemas asociados con sustancias y alimentación; dificultades con el ciclo de sueño, aislamiento social, baja autoestima, desesperanza, entre otras (Méndez, Olivares y Ros, 2001). Los datos muestran y reconocen cifras alarmantes de la comorbilidad de la depresión con otros trastornos, entre 40% y 90% de los adolescentes deprimidos presentan un trastorno adicional y entre 20% y 50% presentan dos o más trastornos en simultáneo (Martínez, 2014).

En estudios más recientes, se establece que padecer depresión en la niñez o adolescencia, en comparación con presentarla en la edad adulta, aumenta la probabilidad de presentar agorafobia, fobia social, Trastorno Negativista Desafiante y dependencia a drogas, incrementando el riesgo de suicidarse hasta en 50% (González-Forteza et al., 2015).

Es importante resaltar que tener depresión y aún más en comorbilidad con otros trastornos, aumenta el riesgo de suicidio, pues cerca de 788 000 personas se quitan la vida por esta razón al año (OMS, 2017).

Sin embargo, los niños y adolescentes con depresión son quienes presentan mayor probabilidad de no ser diagnosticados, debido a que pueden mostrar dificultades para identificar y expresar sus síntomas (Sánchez et al., 2014). En el caso de México, más de la mitad de la población es joven (menor de 26 años), por lo que el estudio de la depresión en esta población es particularmente relevante (INEGI, 2016).

Factores de riesgo para la depresión

En el desarrollo de la depresión pueden influir numerosos factores y, aunque no se ha establecido el peso de cada uno de estos factores y su relación con las distintas etapas de la vida, existen algunos componentes que destacan en la literatura científica.

Por ejemplo, Zarragoitía (2011, pp. 27-28) menciona los siguientes:

Antecedentes familiares de depresión; trastorno de ansiedad; distimia; consumo de alcohol y drogas; rasgos de personalidad neurótica; enfermedades cardíacas y endocrino metabólicas; circunstancias laborales (desempleo, discapacidad, bajas laborales por enfermedad o maternidad); pobreza, polimorfismo del gen que codifica el transportador de serotonina; otras enfermedades crónicas tanto físicas como mentales; migraña; consumo de depresógenos; estrés crónico, determinado por una sobrecarga emocional, por ejemplo, en el mundo laboral, o por un ritmo de vida acelerado; disminución de la comunicación entre las personas, que llevan a situaciones de soledad; cambios rápidos en la forma de vida, como la desmembración de la familia y la ruptura lenta con las tradiciones y las estructuras sociales.

Otros autores mencionan como factores de riesgo para la depresión, la soltería, el divorcio, las responsabilidades familiares, bajos ingresos económicos y bajo nivel escolar (Berenzon, Tiburcio y Medina-Mora, 2005; Matud, Guerrero y Matías, 2006).

Desde el punto de vista de las neurociencias, algunas causas posibles para desarrollar este trastorno son anomalías en los sistemas de neurotransmisión de

diversas sustancias químicas como la corticotropina y el cortisol; deficiencias en la síntesis de serotonina o desregulación de la noradrenalina (Acosta et al., 2011).

De igual manera, se habla de una relación entre los factores ambientales descritos previamente y la predisposición genética (Acosta et al., 2011), y en estudios más recientes, se ubican antecedentes familiares de depresión, niveles altos de estrés y el género como factores de riesgo para este trastorno (Silva y Jiménez, 2016).

Diferencias en los síntomas de depresión por sexos

Diversas fuentes establecen que existen diferencias en la manera como se expresa la depresión dependiendo del sexo de la persona que la padece, por ejemplo, los síntomas con mayor frecuencia referidos por la literatura al hablar de depresión en las mujeres suelen ser: pérdida de autoestima, sentimientos de tristeza y culpabilidad excesiva (NIMH, 2015). Cabe mencionar que las mujeres presentan una mayor incidencia a la depresión, la ansiedad, los trastornos de sueño, las quejas somáticas y las reacciones de estrés agudo (Alarcón y Bárrig, 2015) y que es el trastorno que constituye la principal causa de incapacidad en esta población en todos los grupos de edad (OMS, 2017).

Existen diferentes explicaciones para que el género femenino constituya un factor de riesgo para la depresión. Algunos autores lo han atribuido a cuestiones hormonales y a cambios en el sistema endócrino en las adolescentes; el síndrome premenstrual y la menopausia además de la depresión post parto (Matud et al., 2006); otros consideran que se debe al cambio de roles y responsabilidades que se originaron con la lucha por la igualdad de género (Ochoa et al., 2015).

Por otro lado, la depresión en hombres comunmente se manifiesta acompañada de abuso de alcohol y drogas, sentimientos de frustración, enojo, irritabilidad y desánimo; es común que se presenten comportamientos violentos y arriesgados, y que se enfoquen compulsivamente al trabajo o a la escuela para intentar ocultar el malestar a familiares y amigos (Zarragoitía, 2011).

Generalmente los hombres reportan haber aprendido desde la niñez y adolescencia, a ser “fuertes de carácter”, no llorar y no mostrar vulnerabilidad; después de sufrir alguna pérdida significativa, presentaban malestares físicos como dolores musculares, dermatitis, descuido en su arreglo personal, mayor apetito, falta de energía e hipersomnia. Así, la tristeza sólo es tolerada si se muestra en compañía de otras emociones más aceptadas como el enojo y los sentimientos de venganza y sólo asistían con un profesional de la salud, cuando los síntomas afectaban de manera significativa diversas áreas de su vida (Fleiz, 2010).

Por lo anterior, la depresión en los hombres puede tener repercusiones más graves en comparación con las mujeres, como el aumento en el riesgo de cometer suicidio, principalmente debido al estigma de la expresión de sentimientos como la tristeza, razón por la cual, los hombres presentan más conductas de riesgo (Alarcón y Bárrig, 2015) y, si bien las mujeres intentan suicidarse con más frecuencia que los hombres, son estos últimos los que lo intentan con métodos más letales (González, Hermosillo, Vacío, Peralta y Wagner, 2015).

Parece innegable, entonces, que es necesario replantear la forma como se estudian los síntomas depresivos entre hombres y mujeres pues, probablemente no se estén

diagnosticando adecuadamente por las diferencias descritas en la manifestación de los síntomas (Veytia, Guadarrama, Márquez y Fajardo, 2016). Sin embargo, además de las dificultades encontradas para diagnosticar a personas de diferentes sexos, se presenta mayor dificultad para el diagnóstico de la depresión en adolescentes y niños, debido a que los estudios sobre la evaluación de la depresión en población infantojuvenil son escasos a pesar de la importancia de realizar investigación que aporte la información necesaria para su diagnóstico, el desarrollo de tratamientos y estrategias de intervención para la niñez y la adolescencia (López et al., 2010; Martínez, 2014).

Si los síntomas empiezan a temprana edad, tienden a ser recurrentes y a cronificarse con el tiempo. Se estima que cerca del 50% de los casos no serán detectados (Tomas et al., 2012), lo cual puede explicarse tanto por las dificultades que se tienen para identificar síntomas, como por la carencia de instrumentos psicométricos que evalúen depresión en etapas tempranas como la adolescencia (Franco et al., 2018) aunque no es tarea fácil.

Diagnóstico de la depresión en población infantil y juvenil

Las oscilaciones en el estado de ánimo de los adolescentes debido a los cambios en el desarrollo característicos de esta etapa, hace que diferenciar a los adolescentes realmente deprimidos de los que presentan episodios pasajeros, sea una tarea complicada (Solloa, 2001).

A pesar de tal dificultad, es indispensable evaluar la sintomatología depresiva en jóvenes, debido a las graves consecuencias que la depresión no diagnosticada puede llegar a tener en distintos ámbitos, y el importante impacto que tiene en la calidad de vida de las

personas que la padecen. Por tanto, es indispensable contar con instrumentos psicométricos útiles para detectar sintomatología depresiva en los adolescentes, pero la escases de instrumentos de medición específicos para jóvenes, ha hecho que se evalúen con escalas creadas para adultos que no necesariamente se adecúan a su situación y forma de vida (Herrera y García, 2009).

Los instrumentos más frecuentemente utilizados para evaluar depresión en población juvenil, son el Inventario de Depresión de Beck (1988); la Escala de Depresión de Hamilton (1960) y la Escala de Depresión de Montgomery y Asbery (1979), originalmente diseñados para población adulta y con más de tres décadas de existencia, por lo que es necesario comprobar si continúan midiendo eficazmente este constructo (Cassiani et al., 2017) y si realmente son útiles para la población adolescente actual.

En el Inventario de Escalas Psicosociales en México (Calleja, 2011), los instrumentos reportados para evaluar sintomatología depresiva en adolescentes son los siguientes:

- a) Escala de Birsleson para el Trastorno Depresivo Mayor (Birsleson, 1980, como se citó en Peña et al., 1996), adaptada por Peña et al. (1996), consta de 18 afirmaciones con opciones de respuesta de siempre (0) a nunca (2), las cuales evalúa percepción de tristeza, pérdida de humor, reducción de respuestas voluntarias, pasividad, sensación de vacío, pérdida y desesperanza. El diagnóstico se encuentra desde el abatimiento ligero a la desesperación extrema. Para la evaluación de confiabilidad participaron 349 adolescentes mexicanos de 13 y 19 años de edad. Se obtuvo un alfa de

Cronbach de 0.85. Para la validez de constructo se realizó un análisis factorial exploratorio con el método de componentes principales sin rotación, en donde se obtuvo un solo factor que explica el 28.8% de la varianza.

- b) Escala de Depresión de Girardi (1998), consta de 19 afirmaciones con opciones de respuesta de nada frecuente (1) a muy frecuente (5), que evalúan la tendencia en adolescentes a experimentar tristeza, pérdida de confianza en sí mismos, desesperanza, disminución de relaciones interpersonales y confrontación. Para la evaluación de la confiabilidad, participaron 1440 estudiantes de preparatorias de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), y cuenta con un alfa de Cronbach en las subescalas de entre 0.70 y 0.83. Se evaluó la validez de constructo por medio de un análisis factorial exploratorio con rotación oblicua, obteniendo cuatro factores que explican 95.3% de la varianza.
- c) Escala de Depresión para Adolescentes Mexicanos construida por Axelrod y Pick de Weiss (1998), consta de 29 adjetivos con opciones de respuesta que se gradúan de ausencia de sentimientos (1) a grado más alto de sentimientos (10), los cuales evalúan síntomas tales como desgano, insatisfacción, inseguridad, tristeza, soledad y pesimismo. Para la evaluación de la confiabilidad participaron 455 hombres y mujeres de entre 18 y 21 años, y tiene un alfa de Cronbah en sus subescalas de entre 0.57 y 0.83. Para la validez de constructo se realizó un análisis factorial exploratorio de tipo PA2 con rotación varimax, arrojando seis factores que explican el 86.7% de la varianza.

- d) La Lista de Adjetivos de Depresión de Axelrod (1990), consta de 41 adjetivos con opciones de respuesta de muy (1) a nada (10), los cuales evalúan sentimientos y estado de ánimo que experimenta el individuo actualmente en términos de felicidad vs tristeza, seguridad, vs inseguridad, optimismo vs pesimismo y satisfacción vs insatisfacción. Para la evaluación de la confiabilidad participaron 527 adultos y 463 adolescentes mexicanos de secundaria y preparatoria, arrojado un alfa de Cronbach de 0.94. Se evaluó la validez de constructo por medio de un análisis factorial exploratorio con rotación varimax, obteniendo cuatro factores que explican 77.4% de la varianza total.
- e) El Inventario de Depresión de Beck (Beck, Steer y Garbin, 1988 como se citó en Jurado et al., 1998) validada por Jurado et al. (1998), consta de 21 afirmaciones con opciones de respuesta que van de ausencia de síntomas (0) a depresión severa (3), los cuales evalúan la severidad de síntomas de depresión. Para evaluar las características psicométricas de este instrumento en población mexicana, la investigación se dividió en tres partes: En el primer estudio se tradujo del inglés al español por medio de 10 expertos en psicometría y depresión y con amplio conocimiento en inglés. Posteriormente se aplicó el instrumento a una muestra normativa de 1508 participantes que residían en la Ciudad de México. Para la validez de constructo se realizó un análisis factorial por rotación varimax, arrojando tres factores, se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.87.
- En el segundo estudio se evaluó la validez concurrente en una muestra clínica de entre 17 y 72 años con diagnóstico de depresión. Como criterio de

comparación de utilizó la Escala de Zung (Suárez,1988 como se citó en Jurado et al., 1998), obteniendo un valor de r de 0.70. Por último, se evaluó la validez concurrente utilizando las mismas dos escalas, ahora en una muestra de adolescentes de entre 15 y 23 años, obteniendo un valor de r de 0.65. Cabe mencionar que este instrumento es el más utilizado tanto en muestras clínicas como no clínicas, discrimina entre adolescentes deprimidos y aquellos que tienen un trastorno del comportamiento así como entre depresión y ansiedad.

- f) La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) para adolescentes (Radolf, 1977 como se citó en Mariño et al., 1993), adaptado por Mariño et al. (1993), consta de 20 síntomas con opciones de respuesta de cero días (0) a 5-7 días (3) que evalúan síntomas de depresión en adolescentes en la última semana. Para la evaluación de la confiabilidad, participaron 873 estudiantes mexicanos de entre 11 y 21 años, obteniendo un alfa de Cronbach de 0.87. Esta escala ha sido ampliamente utilizada en sus diferentes versiones debido a su capacidad de discriminar entre pacientes y población general, y por su utilidad en estudios epidemiológicos gracias a su brevedad. Se evaluó la validez de constructo por medio de un análisis factorial exploratorio con rotación varimax, arrojando tres factores: El factor afecto negativo con siete reactivos y con cargas factoriales entre 0.52 y 0.76, y alfa de Cronbach de 0.86; el factor síntomas somáticos con ocho reactivos, cargas factoriales de entre 0.43 a 0.83 y alfa de Cronbach de 0.83 y el factor afecto positivo con cuatro reactivos, cargas factoriales de 0.69 a 0.73 y alfa de Cronbach de 0.71.

También es importante considerar que la depresión se ha medido principalmente como un estado es decir, como una condición emocional temporal que puede variar en intensidad y duración (Martínez y Pérez, 2014). Sin embargo, algunos autores han considerado que la depresión puede constituirse como un rasgo de la personalidad relativamente estable cuando implica una tendencia continua de incapacidad para obtener placer (Pardo et al., 2004; Silva y Jiménez, 2016) que dejaría a los individuos en mayor vulnerabilidad para desarrollar un trastorno depresivo (Aguledo, 2009). Es entonces importante contar con instrumentos capaces de diferenciar entre depresión estado y rasgo (Martín, Grau y Grau (2003)

Uno de los instrumentos más conocidos para evaluar depresión rasgo es el IDERE (Martín, Grau y Grau, 2003), que fue construido incluyendo diversos reactivos provenientes de las escalas más utilizadas para medir depresión por sus adecuadas características psicométricas, mismos que fueron sometidos a juicios entre expertos en el área de la psicometría. Sin embargo, los autores no mencionan los datos de las propiedades psicométricas obtenidas. A pesar de ello, se ha concluido que el IDERE (Martín et al, 2003) es confiable y válido y que cuenta con la ventaja de ser fácil de administrar y calificar aunque se recomienda continuar perfeccionando sus características psicométricas (Martín et al., 2012).

En 2009, Aguledo evaluó las características psicométricas del IDERE en un grupo de adolescentes de 12 a 17 años de edad, y en otro conformado por jóvenes universitarios de entre 16 y 28 años de la ciudad de Bucaramanga, Colombia. Los coeficientes alfa de Cronbach de depresión estado para adolescentes oscilaron entre 0.60 y 0.91, y entre 0.73 y 0.80 en la muestra de jóvenes universitarios. Particularmente en la subescala depresión

rasgo, el alfa de Cronbach osciló entre 0.64 y 0.83 en la muestra de adolescentes y entre 0.79 y 0.82 en la muestra de jóvenes universitarios. Adicionalmente, al compararlo con los resultados obtenidos con el Cuestionario Básico de Depresión (Peñate, 2001 como se citó en Aguledo, 2009) y con el Inventario de Depresión de Beck (Beck y Stree, 1993 como se citó en Aguledo, 2009) que fueron aplicados para evaluar la validez convergente, se obtuvieron relaciones moderadas con ambos instrumentos en la dirección esperada. Para la validez divergente, se utilizó el Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (Tobal, Casado, Cano, Videl y Spielberger, 2001 como se citó en Aguledo, 2009) y el Inventario de Evaluación de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970 como se citó en Aguledo, 2009), y se obtuvieron puntajes de entre 0.50 y 0.70 en este último, lo que sugiere dificultades en la diferenciación con la ansiedad. Una vez más, este estudio concluye que el instrumento es breve y de fácil calificación, pero sugiere continuar con estudios para mejorar su validez y confiabilidad, así como con la construcción de nuevas escalas de depresión rasgo (Aguledo, 2009).

La escala más recientemente reportada para evaluar depresión rasgo es la Escala Breve de Depresión Rasgo para Adolescentes (Silva y Jiménez, 2016) diseñada con la ayuda de 10 expertos en psicología clínica, quienes crearon 47 reactivos que se probaron en 50 jóvenes con una media de edad de 18 años. La aplicación final para su construcción incluyó a 407 jóvenes (284 mujeres y 123 hombres) con un rango de edad de entre 17 y 23 años y una media de 20 años. El alfa de Cronbach de esta escala resultó de 0.71, demostrando utilidad para evaluar de manera confiable la depresión rasgo; para obtener la validez concurrente se utilizó la sub-escala Rasgo del IDERE por sus ya mencionadas adecuadas características psicométricas (Martín et al., 2003 como se citó en Silva y

Jiménez, 2016), obteniendo también resultados favorables. Finalmente, la Escala Breve de Depresión Rasgo para Adolescentes quedó constituida por cinco reactivos que evalúan rasgos depresivos en población adolescente correspondientes a los criterios del DSM-V (APA, 2013).

Probablemente, entonces, la Escala Breve de Depresión Rasgo para Adolescentes es confiable y válida para medir sintomatología depresiva en población joven. Sin embargo, es importante volver a probar sus cualidades psicométricas y obtener su validez y compararla con un instrumento similar es decir, con otra escala breve también útil para detectar sintomatología depresiva en adolescentes. Como ya se utilizó la sub escala de depresión rasgo del IDERE para obtener la validez concurrente, para esta investigación se buscó otra escala con la que se pudiera comparar sus propiedades psicométricas, encontrándose evidencias de las adecuadas características psicométricas del CES-D, mismas que se describirán a continuación.

Respecto a la evaluación de la depresión como estado, el CES-D (1993), en sus distintas versiones, también ha sido frecuentemente utilizado en diversas investigaciones y con diversas poblaciones para evaluar sintomatología depresiva. Esta escala ha mostrado tener consistencia interna adecuada, estabilidad temporal y validez, caracterizándose por recabar información relevante en forma rápida, confiable y eficiente (Herrera y García, 2009).

En un estudio realizado en Lima Perú, se trabajó con universitarios que cursaban los primeros años de la carrera, se aplicó la versión de 20 reactivos del CES-D adaptada por Riveros (2004). La muestra fue probabilística, estratificada, participaron 55 mujeres y 47

hombres con una media de edad de 20 años. Se realizó un análisis psicométrico, descriptivo y comparativo entre los datos obtenidos con la Teoría Clásica de los Test (TCT) y el Modelo de Crédito Parcial de Rasch. En la TCT se observó que todos los reactivos superan el criterio de mayor de 0.20; además la consistencia interna arrojó un alfa de Cronbach de 0.95 por lo que se consideró confiable para esa población. En la revisión de errores de infit y outfit de los reactivos, se observó que estos cumplen con los criterios de inclusión en el Modelo de Rasch; no se encontraron diferencias significativas por sexo ni por tipo de universidad pública o privada (Escrura y Delgado, 2012).

Otro estudio llevado a cabo por la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, se evaluó la confiabilidad y validez del CES-D (20). Con un muestreo transversal probabilístico, participaron adolescentes de 13 a 17 años, a quienes se les hizo una entrevista estructurada con base en el DSMIV para comparar los resultados con ambos instrumentos. Se concluyó que la escala tiene una adecuada validez de criterio, consistencia interna de 0.80 así como buena reproductibilidad en la detección del TDM (Camacho et al., 2009)

En México, González-Forteza, Wagner y Jiménez (2012), hicieron una revisión de los trabajos en los que se utiliza el CES-D en sus distintas versiones y analizaron su metodología. Se encontraron 80 artículos en los que se reportaba haber empleado el CES-D desde su aparición en México. Las poblaciones fueron mayoritariamente mujeres adolescentes, por lo que se recomendó diversificar la aplicación de la escala a otras poblaciones y continuar explorando la depresión en estudiantes jóvenes.

Como puede observarse, el CES-D en su distintas versiones, ha demostrado contar con adecuadas características psicométricas además de tener la ventaja de ser breve y de fácil aplicación. Por tal motivo, el objetivo de esta investigación fue probar las propiedades psicométricas de la Escala Breve de Depresión Rasgo para Adolescentes utilizando como criterio la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) desarrollada por Radloff (1977) en su versión de 10 reactivos para población adolescentes (Bojorquez y Salgado, 2009).

En el siguiente apartado se describen las propiedades psicométricas con las que deben cumplir los instrumentos de evaluación para ser utilizados.

Propiedades psicométricas de los instrumentos de evaluación

La evaluación psicológica, por medio de los instrumentos psicométricos, busca diagnosticar, detectar alguna patología, estado o rasgo de la personalidad o medir el grado de inteligencia; con el propósito de crear medidas de prevención, intervención o evaluar el grado de éxito de algún tratamiento (Aragón, 2004).

Los instrumentos psicométricos son escalas estructuradas en donde el individuo debe escoger entre dos o más alternativas posibles, con el objetivo de medir habilidades cognitivas o rasgos de la personalidad (Aiken, 2003). Para considerar que un instrumento psicométrico es adecuado y pueda utilizarse con cierto grado de seguridad, es necesario que sea confiable y válido (Aragón, 2004; Hernández, 2010).

Confiabilidad

De acuerdo con Corral (2009), la confiabilidad se refiere a la medida en qué el instrumento es preciso al medir los valores verdaderos del constructo y su congruencia una vez que se utiliza el instrumento repetidamente. Para obtenerla se pueden emplear distintos métodos.

El primero de ellos es el *coeficiente test retest*, también llamado *coeficiente de estabilidad*, cuyo objetivo es evaluar si el instrumento presenta mediciones consistentes entre una aplicación a otra. Para ello, se correlacionan las puntuaciones obtenidas por un grupo de personas comparándolas con sus calificaciones en la segunda aplicación. No obstante, un inconveniente de este método es que los participantes recuerdan las preguntas, especialmente cuando el intervalo de tiempo entre aplicaciones es corto (Aiken, 2003).

Para superar el error existe otro método llamado *coeficiente de formas paralelas* o *coeficiente de equivalencia*, que se caracteriza por la aplicación de dos o más formas equivalentes del mismo instrumento al mismo grupo de participantes; si la correlación entre aplicaciones es alta y positiva, se dice que el instrumento es confiable (Hernández, 2010).

Asimismo, se puede utilizar el *método de división por mitades*, en el cual se divide el instrumento en dos partes de forma aleatoria, con el mismo número de reactivos; posteriormente se correlacionan ambas mitades y si se obtiene un valor alto y positivo, se considera confiable (Hernández, 2010).

Por último, existen los *coeficientes de consistencia interna* que incluyen el método de *Kuder Richardson* por medio del cual se obtiene el grado de correlación entre los reactivos de un instrumento, cuyas opciones de respuesta sean dicotómicas. Y el *coeficiente*

de alfa Cronbach con el que se mide el grado de correlación interna entre los reactivos del instrumento; este método es el más común ya que sólo se necesita una aplicación y arroja un único valor de confiabilidad (Carvajal, Centeno, Watson, Martínez y Sanz, 2011).

Aunque el coeficiente de confiabilidad es un buen indicador de la calidad de los instrumentos psicométricos, no es suficiente; se tiene que evaluar también la validez.

Validez

Con la validez se busca determinar si el instrumento mide realmente el atributo que pretende medir. Se considera más difícil de establecer el nivel de validez que la confiabilidad, y existen diferentes tipos de validez y de formas de probarla (Arbigaray, 2006). Para elegir el tipo de validez que se probará, se debe tomar en cuenta el objetivo de la investigación, la población, las condiciones de aplicación del instrumento y el método para obtenerla (Aiken, 2003).

El primer tipo de validez es la *validez de contenido*, con la que se busca evaluar si todos los reactivos del instrumento reflejan los dominios específicos y en la proporción correcta de lo que se pretende medir, sin incluir factores irrelevantes (Mikulic, 2015). El método para evaluarla es por medio de expertos en el tema de interés, los cuales decidirán cuáles reactivos son los más adecuados para el instrumento (Aiken, 2003).

Otro tipo de validez es la *validez de criterio*, en la que los puntajes obtenidos de los participantes en la prueba se comparan con otras pruebas que presenten confiabilidad y validez midiendo el atributo de interés (Hernández, 2010). La validez de criterio se puede dividir en: *validez concurrente*, cuando el criterio de comparación se establece en el presente

y, *validez predictiva*, cuando el criterio se fija en el futuro, permitiendo predecir las puntuaciones (Mikulic, 2015). La validez de criterio se obtiene por medio del coeficiente de correlación Pearson, en el que los resultados oscilan entre -1 y 1; entre mas cercano sea el resultado a 1, se dice que hay mayor grado de validez y la dirección dependerá del signo, es decir, si el signo es negativo se dice que cuando una variable aumenta, la otra disminuye y cuando el signo es positivo es cuando ambas variables van en la misma dirección (Aiken, 2003).

La *validez de constructo* pretende evaluar si las conductas registradas por el instrumento, son indicadores válidos del atributo que se pretende medir (Hernández, 2010), para ello se utilizan métodos como el análisis factorial, la diferenciación entre grupos, las correlaciones con otras medidas del constructo y las matrices multimétodo multirasgo (Arbigaray, 2006). De este tipo de validez, parten la *validez convergente* que busca correlaciones altas entre dos instrumentos que pretenden medir el mismo constructo; y la *validez divergente* que busca correlaciones bajas del instrumento con otro que mida una variable completamente diferente (Mikulic, 2015)

Arbigay, (2006) considera la validez desde un punto de vista teórico incluyendo la validez de contenido y la de constructo, y desde un punto de vista práctico refiriéndose a la validez de criterio señalando que, si bien la confiabilidad y validez son esenciales, hay tipos a las que se debe de poner mayor énfasis, por ejemplo en la utilidad del instrumento (*validez práctica*).

Como se pudo observar en este apartado, las propiedades psicométricas necesarias para el uso de un instrumento, son la confiabilidad y validez y es por eso que en esta

investigación el objetivo fue probar las características psicométricas de la Escala Breve de Depresión Rasgo (Silva y Jiménez, 2016) en comparación con el CES-D (10) (Bojorquez y Salgado, 2009). En el siguiente capítulo se enuncia el método utilizado en esta investigación.

Capítulo 2

MÉTODO

Planteamiento del problema

De acuerdo con Pardo et al. (2004) en el año 2020 la depresión será la segunda enfermedad más común en el mundo. Debido a las características de la etapa adolescente (los diversos cambios físicos y psicológicos que atraviesan) es una población vulnerable para adquirir trastornos depresivos (Ochoa et al, 2015).

Con base en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, 2% de los participantes (adultos) habían presentaban trastorno depresivo y 27.5% de ellos, fueron diagnosticados por primera vez, antes de los 18 años (Medina-Mora et al., 2003).

La depresión es una enfermedad muy común en la actualidad, sin embargo es posible que esté subregistrada sobre todo en población adolescente, a pesar de que es una población vulnerable para presentar rasgos depresivos considerando además que las formas de vida y, por lo tanto, la manera de expresar la depresión ha cambiado significativamente con el progreso de la cultura.

La falta de tratamiento debido a la resistencia para buscar atención, los diagnósticos erróneos, así como la escasez de instrumentos psicométricos que midan la depresión en adolescentes, impide el reconocimiento efectivo de síntomas en esta etapa y genera una barrera más para recibir la atención adecuada, favoreciendo la cronificación y la discapacidad debida a este problema de salud (Cárdenas, Feria, Palacios y De la Peña, 2010).

Es por ello que es importante contar con instrumentos psicométricos adecuados para evaluar la depresión en adolescentes. Dos de las más usadas son la escala Breve de Depresión Rasgo Estado y el CES-D, por lo que en aras de contar con instrumentos adecuados, el objetivo de la presente investigación es conocer las propiedades psicométricas de la Escala Breve de Depresión Rasgo para Adolescente en comparación con el CES-D.

Justificación

Contar con escalas válidas y confiables para evaluar depresión en la etapa adolescente, puede contribuir al diagnóstico oportuno de este problema de salud, nos permitirá reconocer si los síntomas de depresión difieren en este grupo con respecto a la etapa adulta y ayudará a evitar la cronificación de la enfermedad. Además el análisis psicométrico de las escalas elegidas, aportará información en el área de la psicometría de la depresión en adolescentes.

Para llevar a cabo lo anterior, se seleccionó la Escala Breve de Depresión Rasgo para Adolescentes ya que ha demostrado ser confiable y válida para adolescentes; sin embargo, por ser de reciente creación, no se han probado sus características psicométricas con otras poblaciones de edad diferente. Las mismas autoras de la escala proponen que para evaluar las propiedades psicométricas de esta, se necesita un instrumento diferente al IDERE para comparar los resultados (Silva y Jiménez, 2016), motivo por el que se decidió utilizar como criterio de comparación el CES -D (Bojorquez y Salgado, 2009) por su larga trayectoria en investigaciones con adolescentes y en población mexicana. Se eligió la versión corta (10 reactivos) de la escala CES-D, por tener la ventaja de ser breve y menos

fatigosa para los participantes, además de contar con buenas correlaciones y concordancia con la versión larga (Bojorquez y Salgado, 2009).

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las propiedades psicométricas de la Escala Breve de Depresión Rasgo para Adolescente en comparación con el CES-D (10)?

Objetivos

Objetivo General

Evaluar las propiedades psicométricas de la Escala Breve de Depresión Rasgo para Adolescentes en comparación con el CES-D (10).

Objetivos específicos

- Valorar si la Escala Breve de Depresión Rasgo para Adolescentes presenta adecuadas propiedades psicométricas para la evaluación de depresión en adolescentes.
- Evaluar si el CES-D (10) presenta adecuadas propiedades psicométricas para la evaluación de depresión en adolescentes
- Comparar los resultados de la Escala Breve de Depresión Rasgo para Adolescentes con los resultados del CES-D (10).

Participantes

Para este estudio se evaluaron 902 adolescentes con edades entre 12 y 17 años. Debido a los valores perdidos, para los análisis estadísticos quedaron 459 mujeres (51.3%) y 435 hombres (48.7%) es decir, un total de 894 participantes.

VARIABLES

Definición conceptual

Depresión. Se puede definir como un trastorno del estado de ánimo en el que al menos durante dos semanas se manifiestan mínimo cinco criterios: ánimo deprimido, alteraciones en el sueño, alteraciones alimenticias, pérdida o aumento de peso, incapacidad para sentir placer, así como falta de interés por actividades que antes disfrutaba la persona (APA, 2013). Puede considerarse como un rasgo de la personalidad, relativamente estable, caracterizado por un estado continuo de incapacidad para obtener placer (Silva y Jiménez, 2016).

Definición operacional

Depresión. Las puntuaciones obtenidas por el individuo en la Escala Breve de Depresión Rasgo para Adolescentes (Silva y Jiménez, 2016). Y las puntuaciones obtenidas por el individuo en la Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos para la Depresión (CES-D) de 10 reactivos (Andersen, Malmgren, Carter y Patrick, 1994 en Bojorquez y Salgado, 2009).

A mayor puntaje obtenido en los instrumentos, mayor será la sintomatología depresiva del participante.

Tipo de estudio

Teoría Clásica de los Test (TCT)

Se realizó el análisis de los instrumentos basándose en la teoría clásica de la prueba en la cual, la puntuación que se obtiene en un test, está compuesto por dos elementos: su puntaje verdadero y el error de medición implícito en la prueba (Mikulic, 2015). Se analiza al test en conjunto y se evalúa que tanto los reactivos se relacionan entre sí, esperando que los reactivos tengan una correlación elevada con la variable latente (depresión). Este modelo clásico es el predominante en el análisis de la construcción de los test (Muñiz, 2010).

Instrumentos

Escala Breve de Depresión Rasgo para Adolescentes

Diseñada por Silva y Jiménez (2016) con un alfa de Cronbach de 0.711; para obtener la validez concurrente se utilizó la sub-escala rasgo del IDERE (Martín et al., 2003 como se citó en Silva y Jiménez, 2016) obteniendo un valor de asociación entre las dos escalas de 0.80. La escala consta de cinco reactivos que evalúan rasgos depresivos en población adolescente (correspondientes a los criterios del DSM-V). Cada reactivo cuenta con cuatro opciones de respuesta 0 “nunca”, 1 “algunas veces”, 2 “casi siempre” y 3 “siempre”.

Escala Breve de Depresión CES-D (10)

La versión original fue diseñada por Radloff (1977) y consta de 20 reactivos. Andersen, Malmgren, Carter y Patrick (1994; como se citó en Bojorquez y Salgado, 2009) adaptaron la versión original y construyeron una versión breve de 10 reactivos que evalúan la

presencia de síntomas depresivos (correspondientes a los criterios DSM-IV) presentes en los último siete días. Cada reactivo tiene un índice de severidad correspondiente a: 0 "ninguna día", 1 "1 a 3 días", 2 "4 a 6 días", 3 " y 3 " todos los días". Cuenta con un alfa de Cronbach de 0.74. El CES-D (10) presentó un alfa de Cronbach de 0.74; también se evaluó la validez convergente utilizando el CES-D (20) obteniendo un valor de asociación entre las dos escalas de 0.94.

Procedimiento

Los datos se recopilaron en una escuela secundaria pública de la Ciudad de México en la que se realizó una solicitud a los directivos de la institución, informándoles el objetivo de la investigación y el proceso de aplicación de los cuestionarios. Una vez que los directivos brindaron su consentimiento, se llevó a cabo la aplicación en la que los alumnos revisaron el formato de consentimiento informado, en el que se explica el objetivo del estudio, la confidencialidad de las respuestas y las instrucciones para responder las escalas. Si los adolescentes aceptaban participar, respondían los cuestionarios.

El tiempo aproximado para responder los instrumentos fue de 20 minutos. Al final se agradeció tanto a la escuela como a sus alumnos su participación, y se procedió a la captura y manejo de los datos recopilados, utilizando el programa estadístico SPSS, versión 20. El Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) se realizó en el programa R.Studio.

Al finalizar el estudio, se les entregó un reporte general de los resultados a los directivos de la institución.

Análisis estadístico

Por medio del programa estadístico SPSS-20, inicialmente se realizaron análisis descriptivos de la muestra; después se probaron los reactivos respecto a su capacidad de discriminación entre puntajes altos y puntajes bajos usando una prueba *t* de Student para muestras independientes. Posteriormente, se llevó a cabo el análisis de Correlación Ítem Total para evaluar si los reactivos presentaban correlaciones adecuadas entre ellos y con su dimensión. Con el programa estadístico R.Studio, se llevó a cabo un Análisis Factorial Confirmatorio para verificar el ajuste de las pruebas al modelo teórico que representan y nuevamente en el programa SPSS-20, se obtuvo la consistencia interna de los instrumentos por medio del coeficiente Alfa de Cronbach.

RESULTADOS

Discriminación de los reactivos

Para evaluar si los reactivos de las pruebas utilizadas discriminaban entre puntajes bajos y altos, para cada uno de los instrumentos se comparó reactivo por reactivo respecto a los puntajes que quedaron por debajo del percentil 25, contra los que se ubicaron arriba del percentil 75, por medio de la prueba *t* de Student para muestras independientes.

De acuerdo con este análisis, se encontró que en ambas escalas, (Escala Breve de Depresión Rasgo para Adolescentes (Tabla 1) y CES-D (Tabla 2), todos los reactivos tuvieron diferencias estadísticamente significativas, lo que implica que todos los reactivos discriminan entre puntajes altos y puntajes bajos.

Tabla 1.

Resultados de la prueba t de Student entre puntajes bajos y altos de la Escala Breve de Depresión Rasgo para Adolescentes

<i>Reactivos</i>	<i>Media del primer cuartil</i>	<i>Media del cuarto cuartil</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>
1 Aunque duerma mucho me siento con sueño	1.84	2.81	-17.33*	596.83
2. Todo lo hago mal	1.64	2.38	-15.53*	633.59
3. Me gusta tomar decisiones	1.83	2.12	4.2*	694
4. Siento que nada de lo que hago está bien	1.41	2.47	-20.53*	554.33
5. Veo que los demás son más felices que yo	1.36	2.59	-20.46*	507.46

* $p < 0.01$

Tabla 2.

Resultados de la prueba *t* de Student entre puntajes bajos y altos del CES-D (10)

<i>Reactivos</i>	<i>Media del primer cuartil</i>	<i>Media del cuarto cuartil</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>
1. Me molestaron cosas que usualmente no me molestan	1.30	2.25	-13.82*	363
2. Tenía dificultad para mantener mi mente en lo que estaba haciendo	1.58	3.01	-19.53*	378.66
3. Me sentía deprimido	1.22	2.77	-20.38*	304.71
4. Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo	1.57	2.87	-16.07*	407.48
5. Me sentía optimista sobre el futuro	2.82	2.17	6.86*	457
6. Me sentí con miedo	1.20	2.84	-8.72*	230.65
7. Mi sueño era inquieto	1.31	2.87	-19.55*	335.84
8. Estaba contento	1.87	2.20	-3.60*	450.43
9. Me sentí solo	1.17	2.78	-21.08*	289.23
10. No tenía ganas de hacer nada	1.67	3.09	-17.44*	402.58

* $p < 0.01$

Corrección ítem total

En el análisis de Correlación Ítem Total, se observó que en la Escala Breve de Depresión Rasgo para Adolescentes, el reactivo uno “Aunque duerma mucho me siento con sueño” y el reactivo tres “Me gusta tomar decisiones” obtuvieron una correlación de 0.29 y 0.26 respectivamente, lo cual indica que ninguno de los reactivos se agrupa adecuadamente a la dimensión.

Tras eliminar los reactivos antes mencionados, se realizó nuevamente el análisis obteniendo correlaciones más altas en los reactivos restantes (Tabla 3).

Tabla 3.

Resultados de la Correlación Ítem Total de la Escala Breve de Depresión Rasgo para Adolescentes

Reactivos	Primera prueba de correlación ítem total	Segunda prueba de correlación ítem total
1 Aunque duerma mucho me siento con sueño	0.29*	
2. Todo lo hago mal	0.52	0.51
3. Me gusta tomar decisiones	0.26*	
4. Siento que nada de lo que hago está bien	0.55	0.59
5. Veo que los demás son más felices que yo	0.50	0.51

* < 0.40

En la Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D-10), se observaron correlaciones bajas (menores a 0.40) en los reactivos “Me molestaron cosas que usualmente no me molestan” con 0.39, “Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo” con 0.16, “Me sentía optimista sobre el futuro” con 0.07 y “Me sentí con miedo” con 0.29. Tras eliminar estos reactivos, los datos se analizaron por segunda vez, obteniendo correlaciones más altas (Tabla 4).

Tabla 4.

Resultados de la Correlación Ítem Total del CES-D (10)

Reactivos	Primera prueba de correlación ítem total	Segunda prueba de correlación ítem total
1. Me molestaron cosas que usualmente no me molestan	0.39*	
2. Tenía dificultad para mantener mi mente en lo que estaba haciendo	0.44	0.45
3. Me sentía deprimido	0.60	0.61
4. Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo	0.16*	
5. Me sentía optimista sobre el futuro	0.07*	

6. Me sentí con miedo	0.29*	
7. Mi sueño era inquieto	0.43	0.41
8. Estaba contento	0.41	0.39
9. Me sentí solo	0.57	0.59
10. No tenía ganas de hacer nada	0.41	0.44

* < 0.40

Confiabilidad

Considerando únicamente los reactivos con correlaciones adecuadas en los análisis anteriores, se llevó a cabo un análisis de consistencia interna para ambas escalas. La Escala Breve de Depresión Rasgo para Adolescentes (tres reactivos) alcanzó un coeficiente alfa de Cronbach de 0.71, mientras que el CES-D (10) (seis reactivos) obtuvo un Coeficiente alfa de Cronbach de 0.74.

Cabe mencionar que también se realizaron los análisis de alfa de Cronbach con todos los reactivos de cada una de las escalas para observar si había diferencias en el valor que obtenían. La Escala Breve de Depresión Rasgo para Adolescentes, con los cinco reactivos originales obtuvo un alfa de Cronbach de 0.66. Como se mencionó anteriormente el análisis mejora cuando se eliminan los reactivos con baja correlación al total. En el caso de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D-10), la prueba de consistencia interna con los 10 reactivos originales, obtuvo un alfa de Cronbach de 0.70; igualmente es mejor cuando se eliminan los reactivos con baja correlación al total.

Validez

Para la validez de constructo, se realizaron análisis factoriales confirmatorios para ambas escalas. En la Escala Breve de Depresión Rasgo para Adolescentes se observó un buen ajuste en el modelo con los tres reactivos, de acuerdo con los valores de referencia (Tabla 5). En la Figura 1, se observa el modelo de los reactivos que presentaron mejores propiedades en este instrumento. Si se desea conocer los valores de los Análisis Factoriales Confirmatorios véase el Anexo 4 (Hoyle e Isherwood, 2013; MacCallum y Austin, 2000; Lei y Wu, 2007 como se citó en Juárez, 2019).

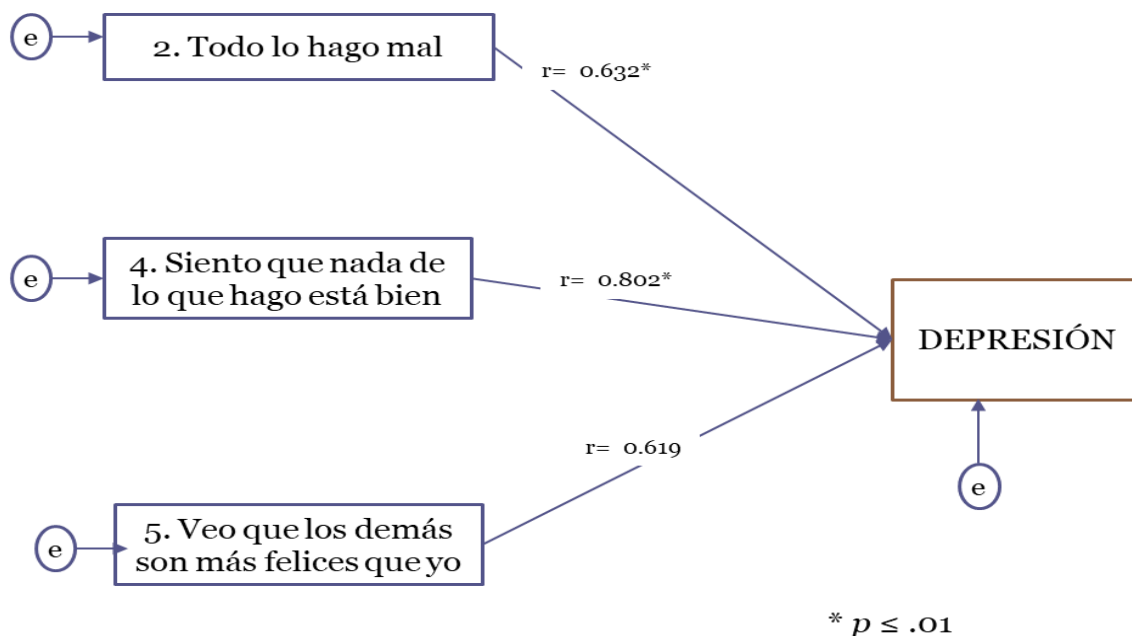


Figura 1. Modelo Factorial Confirmatorio de La Escala Breve de Depresión Rasgo para Adolescentes.

Los reactivos del CES-D (10), también obtuvieron buenos índices de ajuste en el modelo de análisis factorial confirmatorio (Tabla 5). En la Figura 2 se muestran los reactivos y sus niveles de asociación con el constructo.

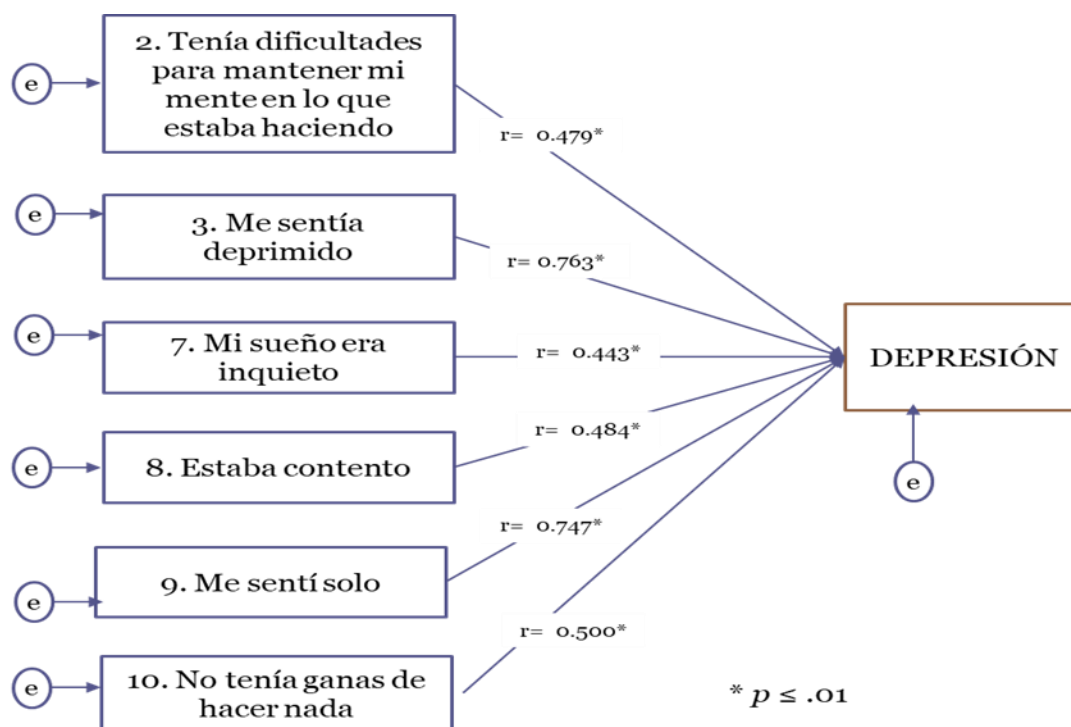


Figura 2. Modelo Factorial Confirmatorio del CES-D (10)

Tabla 5.

Resultados del Análisis Factorial Confirmatorio de los instrumentos y del Análisis de Consistencia Interna

Escala*	X ²	gl	p	Índices de ajuste absoluto		Índices de ajuste incremental	
				RMSEA ^a	SRMR ^b	CFI ^c	TLI ^d
Escala Breve de Depresión Rasgo para Adolescentes	548.248	3	0.001	0.000	0.000	1.0	1.0
CES-D (10)	1077.361	15	0.001	0.067	0.033	0.965	0.942

DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue evaluar las propiedades psicométricas de la Escala Breve de Depresión Rasgo para Adolescentes en comparación con el CES-D en su versión de 10 reactivos en una muestra de adolescentes mexicanos. Esta comparación era necesaria puesto que la Escala Breve de Depresión Rasgo presenta adecuadas propiedades psicométricas en adolescentes mexicanos de entre 17 y 23 años (Silva y Jiménez, 2016), pero se desconocía si era apropiada para adolescentes más jóvenes, por lo que se planteó el objetivo de probarla en una muestra de menor edad (12 a 17 años) ya que la literatura reporta que los adolescentes son la población más vulnerable para adquirir trastornos depresivos (Acosta et al., 2011; González-Forteza et al., 2015), y las escalas psicométricas para depresión con las que se les evalúa son escalas que no están actualizadas o que están diseñadas para población adulta y se aplican a los adolescentes.

Por ello, se identificó la necesidad de contar con una escala que evalúe adecuadamente depresión en adolescentes, siendo esta etapa, como ya se mencionó, una que hace más vulnerable al individuo de desarrollar depresión (refiriéndose a los trastornos del estado de ánimo descritos por el DSMV; Aguledo, 2009).

Se eligió el CES-D (10) como criterio de comparación, por su probada utilidad en población adolescente tanto en su versión de 20 reactivos como en la versión de 10 reactivos (Bojorquez y Salgado, 2009). En este trabajo se eligió la versión más corta por tener la ventaja de evitar que los adolescentes se cansen y favorecer puedan responder adecuadamente (Mariño et al., 1993) y porque sería comparada con una escala también breve.

Escala Breve de Depresión Rasgo para Adolescentes

Los resultados mostraron que dos reactivos de la Escala Breve de Depresión Rasgo para Adolescentes: “Aunque duerma mucho me siento con sueño” y “Me gusta tomar decisiones” no tienen una asociación apropiada con la dimensión, de acuerdo con el análisis de correlación ítem-total.

En el caso del primer reactivo, aunque evalúa una de las alteraciones que pueden presentarse con la depresión (en el proceso de sueño) es probable que su eliminación se deba a que no hay otros reactivos en la escala que hagan referencia a alteraciones del sueño y por lo tanto no hay un grupo suficiente de reactivos que se agrupen en un factor relacionado con estos síntomas. Además, si bien las alteraciones del sueño son frecuentes en la depresión, en la adolescencia se consideran normales debido a los cambios físicos, conductuales y cognitivos que llevan consigo una intensa actividad endócrina, lo que a su vez provoca alteraciones en el sueño (Oliva, Reina, Pertegal y Antaloni, 2011). Estas alteraciones normales en la etapa adolescente, hacen de por sí que los chicos duerman mucho y sigan teniendo mucho sueño, por lo que este reactivo no discriminaría este síntoma de forma diferente en quienes están deprimidos y quienes no lo están.

Además, la libertad que adquieren los adolescentes al dejar la infancia, da la pauta para que establezcan sus propios hábitos de sueño (Solari, 2015), los cuales son propensos a alterarse por las demandas académicas, las redes sociales, el uso de celulares e internet por estados emocionales intensos como el enamoramiento típico de esta etapa (Escribano y Duelo, 2018). También es común que los fines de semana, los adolescentes duerman más horas para recuperar el sueño perdido (Hernández et al., 2015).

Es similar lo que sucede con el reactivo referente a la toma de decisiones, pues evitar tomar decisiones también es un síntoma de depresión en otras poblaciones, pero en población adolescente es una característica normal del desarrollo debido al nivel de maduración cerebral y emocional. Los adolescentes, pueden percibirse a sí mismos incapaces de tomar decisiones, lo que provoca posponer el tiempo para elegir y que prefieran que los adultos decidan por ellos (Fernández, García y Rodríguez, 2016; Luna y Laca, 2014). Asimismo, en la Escala Breve no hay otro reactivo que evalúe toma de decisiones por lo que no se puede agrupar con otros reactivos para crear un factor.

La dificultad para tomar decisiones y las alteraciones en el ciclo de sueño, son síntomas asociados a la depresión, pero no indicadores centrales de la misma (Rey, Bella-Awusha y Liu, 2015). Adicionalmente, tales síntomas pueden ser indicadores de otros trastornos como la ansiedad y no sólo de la depresión (APA, 2013; Busch et al., 2016).

Después de revisar estos reactivos, es importante recordar que esta escala fue diseñada para evaluar depresión rasgo (tendencia continua de incapacidad para obtener placer); en el caso de los adolescentes se consideran normales los cambios en el estado de ánimo, comportamiento, sueño, alimentación e intereses mientras sean pasajeros y no significativos. Lo normal de la adolescencia es su volatilidad, lo anormal sería que estos cambios se mantuvieran estables en el tiempo (Rey et al., 2015).

Los tres reactivos que se ajustaron adecuadamente a la dimensión probados tanto por los análisis reactivo a reactivo como por el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) son el reactivo dos: “Todo lo hago mal”, el reactivo cuatro: “Siento que nada de lo que hago está bien” y el reactivo cinco: “Veo que los demás son más felices que yo”.

Resulta interesante observar que son estos tres reactivos los que se agruparon teóricamente, pues los tres parecen referirse no sólo a la relación con sus pares, sino a la comparación con ellos mismos.

Tener amigos es de suma importancia para el adolescente, pues en esta etapa se busca parecerse a los demás y pertenecer al grupo (González y Nahoul, 2014); al no contar con parámetros propios, el adolescente los construye experimentando distintas conductas y estilos. Relacionarse con sus pares puede causar angustia, al sentir que los demás son tan críticos o admiradores como él respecto a su conducta y apariencia; por lo que la inseguridad que experimentan respecto a su aspecto o características personales los lleva a compararse tanto con los estándares de belleza socialmente difundidos, como con las características y atributos de sus pares (Gaete, 2014).

De acuerdo con estos tres reactivos, parece ser que el grado de éxito social que perciben al compararse con sus iguales, provoca cambios en el estado de ánimo más allá de los esperados por la etapa del desarrollo. Posiblemente esta sea la razón por la que ellos comiencen a devaluar sus acciones y perciban a los demás más felices en comparación con ellos, provocando sentimientos de aislamiento, indefensión, desesperanza y baja autoestima, los cuales están asociados con sintomatología depresiva en esta población (Ceballos et al., 2015). Pareciera que en este rango de edad la felicidad depende del grado de pertenencia que tienen a un grupo y de ser popular y atractivo para los otros. Cuando el adolescente se siente valorado por sus amigos se reduce el riesgo de presentar problemas emocionales como la depresión; mientras que ser rechazado socialmente lo aumenta (Martínez, 2013).

No obstante, aunque estos tres reactivos presentan un buen ajuste en el análisis factorial conformatorio, se necesita seguir trabajando en la construcción de más reactivos, pues difícilmente con tres elementos se conforma una escala, dado que esto puede afectar la confiabilidad de la medición (Aiken, 2003). Para incrementar el coeficiente de confiabilidad se tendría que crear una versión más extensa de la Escala Breve de Depresión Rasgo, ya que a mayor número de reactivos, mayor será el grado de fiabilidad (Aiken, 2003).

Así, futuras investigaciones deberán plantearse dos posibilidades para continuar trabajando en esta escala: indagar directamente con los adolescentes cómo se manifiesta la depresión en ellos, desde su experiencia, por medio de grupos focales o entrevistas en profundidad (Escobar y Bonilla, 2009) y con base en la información de dichas entrevistas, identificar los posibles síntomas referidos para redactar los nuevos reactivos.

Una segunda opción sería crear las categorías sintomáticas de la depresión en la etapa adolescentes con ayuda de expertos en adolescencia, depresión y psicometría (Aiken, 2003) para después redactar los reactivos los cuales, de acuerdo con los resultados de este trabajo podrían dirigirse al éxito social, la relación con sus pares y cómo estas provocan sentimientos de indefensión, aislamiento y baja autoestima.

CES-D (10)

En el caso del CES-D (10) los análisis estadísticos arrojaron resultados similares ya que se eliminaron cuatro de los diez reactivos que conforman la escala; el reactivo uno: “Me molestaron cosas que usualmente no me molestan”, el reactivo cuatro “Sentía que todo

lo que hacía era un esfuerzo”, el reactivo cinco: “Me sentí optimista sobre el futuro” y el reactivo seis: “Me sentí con miedo”.

En el caso del reactivo uno (“Me molestaron cosas que usualmente no me molestan”) es posible que su eliminación se deba a que los adolescentes son propensos a sentirse molestos, debido a las fluctuaciones del ánimo, mismas de la etapa. Es probable que las cosas que les gustaban de niños, ahora pueden resultarles molestas o aburridas. Asimismo, sentir enojo puede estar asociado con intentos de separarse de los padres en busca de su autonomía y necesidad de autoafirmación (Gaete, 2014; Solari, 2015) y por ello el reactivo no permite distinguir entre quienes están deprimidos y quienes no, parece ser más bien una característica generalizada de la etapa.

Respecto al reactivo cuatro (“Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo”) se sabe que el adolescente comúnmente presenta apatía hacia la convivencia familiar, tareas escolares y labores domésticos al considerarlos una pérdida de tiempo o que no aportan nada útil (Aguilar et al., 2015) y esto posiblemente tenga relación con el reactivo anterior en el que queda manifiesto que consideran molestas cosas que de niños les gustaban. Pareciera ser que el adolescente no siente ganas de esforzarse por nada y esto, quizá también se pueda explicar por los cambios físicos y psicológicos que les demandan gran cantidad de energía, haciendo difícil distinguir este aspecto como un síntoma de depresión en la etapa adolescente.

La eliminación del reactivo cinco (“Me sentí optimista sobre el futuro”) posiblemente se explique mejor porque para el adolescente sus necesidades son urgentes y deben satisfacerse inmediatamente por lo que sólo existe el tiempo presente (González y

Nahoul, 2014). Estas deficiencias en las habilidades de planeación a futuro probablemente hagan que no piensen en su porvenir de manera positiva o negativa ya que ni siquiera lo consideran (Luna y Laca, 2014). De igual manera, no existen otros reactivos que hagan referencia a prever el futuro con los que se pueda agrupar en un factor sintomático de la depresión.

Por último, respecto al reactivo seis (“Me sentí con miedo”) es importante mencionar que los reactivos fueron seleccionados a partir de los síntomas de depresión de otras escalas de depresión ya validadas (Radolf, 1977 como se citó en Mariño et al., 1993) en donde sentir miedo era considerado un síntoma de depresión; sin embargo, en los indicadores del DSM-V para los trastornos depresivos el miedo no está considerado en ninguno de los síntomas. Generalmente, sentir miedo en la adolescencia se ha visto asociado con trastornos como fobia social y ansiedad (APA, 2013; Molina, Chorot, Valiente y Sandín, 2014; Reyes, Reséndiz, Alcázar y Reidl, 2017), por lo que no es extraño que este reactivo no se haya agrupado teóricamente con la escala.

Los seis reactivos que se agruparon teóricamente fueron el reactivo dos: “Tenía dificultades para mantener mi mente en lo que estaba haciendo”, el reactivo tres: “Me sentí deprimido”, el reactivo siete: “Mi sueño era inquieto”, el reactivo ocho: “Estaba contento”, el reactivo nueve: “Me sentí solo” y el reactivo 10: “No tenía ganas de hacer nada”.

Al observar el reactivo siete (“Mi sueño era inquieto”); llama la atención que este reactivo que hace alusión a las características del sueño, haya tenido un buen ajuste en el AFC a diferencia del reactivo uno de la Escala Breve (“Aunque duerma mucho me siento con sueño”) que también se refiere al sueño. Posiblemente se deba a la forma en que están

redactados los reactivos pues, si bien sentir sueño la mayor parte del día es una característica propia del adolescente debido a los cambios hormonales (Oliva et al., 2011), el hacer referencia directa a alteraciones en el sueño como la inquietud pareciera distinguir mejor de las personas que están deprimidas a las que no.

Considerar las alteraciones de sueño como síntomas de depresión en la adolescencia puede ser complejo; por esta razón se recomiendan realizar una historia clínica exhaustiva con el paciente y la familia y no sólo la aplicación de un instrumento pues este síntoma también presenta comorbilidad con otros trastornos (Escribano y Duelo, 2018).

El reactivo dos (“Tenía dificultad para mantener mi mente en lo que estaba haciendo”) también presentó un buen ajuste a la dimensión en el AFC. Lo anterior concuerda con otros autores que han señalado los problemas de atención y dificultad de concentración como síntomas de la depresión en los adolescentes (García, 2009); asimismo, la dificultad para pensar y concentrarse es un indicador de depresión de acuerdo a los indicadores del DSM-V (APA, 2013).

Respecto al reactivo 10 (“No tenía ganas de hacer nada”) los distintos físicos, emocionales, conductuales y cognitivos por los que pasa el adolescente aumentan la probabilidad de conflictos no sólo con familiares sino también con sus pares, lo cuales funcionan como factores de protección para la depresión (Cava, Murgui y Misitu, 2008 en García, 2009); el sentirse desilusionado cuando las cosas no resultan como desean, puede generar sentimientos de inseguridad lo que comúnmente lleva al adolescente a la falta de interés en actividades que antes disfrutaba (Aguilar, et al., 2015). De igual manera, la

ausencia de motivación y la pérdida de energía se reporta como indicadores de depresión en la adolescencia (García, 2009).

Llama la atención que el reactivo nueve (“Me sentí solo”), el reactivo tres (“Me sentí deprimido”) y el reactivo ocho (“Estaba contento”) hayan sido los que presentaron los valores más altos al evaluar el ajuste a la dimensión. Pareciera ser que, al igual que en la Escala Breve, los reactivos que mejor se agrupan teóricamente hacen referencia a la relación con sus pares. Los amigos son un elemento vital para el adolescente ya que cubren las necesidades de comunicación, intimidad y confidencialidad así como intentos de independencia y ensayos de la vida adulta proporcionando estabilidad emocional y social (Puello, 2010). Si esto no sucede así y el adolescente se percibe como rechazado, se presentan sentimientos de soledad, aislamiento y baja autoestima (Martínez, 2013); los cuales, son los principales factores de riesgo para desarrollar sintomatología depresiva en esta etapa del desarrollo (Puello, 2010).

Específicamente en el reactivo tres (“Me sentí deprimido”) parece funcionar como contraparte del reactivo ocho (“Estaba contento”) permitiendo diferencias entre las personas que identifican su emoción.

Por último, aunque estos reactivos parecieran tener adecuadas características psicométricas, se necesitarán más reactivos para contar con una escala con mayor validez y confiabilidad. Así como en la Escala Breve, se podrían identificar las categorías con la ayuda de grupos focales o con la participación de jueces. Sin embargo, es importante recordar que el CES-D (10) evalúa depresión estado al igual que otras escalas ya diseñadas, por lo que, también se sugiere hacer una investigación de todos los instrumentos que se

utilicen para adolescentes y así revisar las características psicométricas de dichas escalas y contar con más elementos para medición de la depresión en población adolescente.

Al igual que en la Escala Breve, los reactivos que hicieron alusión a indicadores centrales de los trastornos depresivos como sentimientos de soledad y ánimo deprimido fueron los que se agruparon mejor teóricamente, por lo que la construcción de nuevos reactivos o la búsqueda de elementos pertenecientes a otras escalas, pudieran compartir estas características.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados de esta investigación se puede concluir que tanto para la Escala Breve de Depresión Rasgo para Adolescentes como para la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en su versión de 10 reactivos, se necesita seguir trabajando en sus características psicométricas para población adolescente en México.

De acuerdo con este estudio, reactivos que hagan referencia a características del sueño propias de la etapa (hipersomnias), toma de decisiones, visión a futuro y cambios pasajeros en el estado de ánimo no parecen funcionar en población adolescente a diferencia de los reactivos que se referían a la relación con sus pares y al aislamiento. De igual manera, el reducido número de reactivos afectó los niveles de confiabilidad de ambas escalas.

La adolescencia, al ser una etapa de desarrollo con cambios físicos, psicológicos y sociales, es incomprendida y por lo tanto, no siempre se evalúa adecuadamente. Por consiguiente, es esencial contar con instrumentos válidos y confiables para su uso en el ámbito clínico, pues con ayuda de un diagnóstico adecuado, los profesionales de la salud podrán tomar la decisión para el tratamiento óptimo para esta población.

Queda claro que los adolescentes son una población distinta a los adultos y adultos jóvenes y, en consecuencia, se necesitan escalas adaptadas y evaluadas exclusivamente en esta población por lo que las escalas utilizadas en este estudio, así como otros instrumentos utilizados en población adolescente, necesitan volver a considerarse con estos criterios.

Asimismo, contar con adecuados instrumentos para evaluar depresión rasgo y estado, contribuirá a futuras investigaciones en donde se busque un mejor entendimiento del tema.

Lo anterior no quiere decir que mientras no exista un mejor instrumento para evaluar depresión rasgo y estado en adolescentes, no se puedan utilizar la Escala Breve y el CES-D (10) como indicadores. Sin embargo, es importante puntualizar que se deben aplicar con precaución y acompañados de otras herramientas de diagnóstico como la entrevista clínica y las pruebas proyectivas.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Este estudio es un primer acercamiento a la comprensión de la medición de la depresión en adolescentes en la actualidad.

En futuras investigaciones de construcción de instrumentos para esta población, se recomienda que se ponga especial atención en la relación con los pares, el aislamiento, la baja autoestima y los sentimientos de indefensión; tomando en cuenta la severidad y consistencia de los síntomas para que puedan considerarse significativos para adolescentes.

Se recomienda reconstruir la Escala Breve de Depresión Rasgo para Adolescentes, con el fin de mejorar sus características psicométricas, tomando en cuenta el tipo de reactivos que funcionaron en esta muestra. Asimismo, el coeficiente de confiabilidad fue moderado por lo que se sugiere aumentar el número de reactivos en la nueva versión como método para incrementar la confiabilidad.

En el caso del CES-D (10) se sugiere continuar trabajando la escala, probablemente haciendo nuevos reactivos o considerando la versión completa de 20 reactivos o elementos de otras escalas que hayan demostrado tener adecuadas características psicométricas en esta población.

Una limitación en este estudio fue los niveles de confiabilidad de ambas escalas, pues aunque de acuerdo a los autores son considerados aceptables, se dejó de lado la idea de usar escalas con niveles más altos de confiabilidad debido a que tenían más de 20 años de ser construidas y porque un objetivo principal del estudio fue comparar La Escala Breve de Depresión Rasgo con un instrumento con un número similar de reactivos, además de que

para población adolescente, se recomienda que las escalas sean lo más breve posibles para evitar que se cansen y contesten al azar.

Asimismo, se recomienda revisar las características psicométricas de estas escalas con más de 20 años de creación e incorporarlas en un nuevo estudio para observar como funcionan con adolescentes actuales.

REFERENCIAS

- Acosta-Hernández, M. E., Mancilla-Percino, T., Correa-Basurto, J., Saavedra-Vélez, M., Ramos-Morales, F. R., Cruz-Sánchez, J. S., & Duran S. (2011). Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo. *Arch Neurocién (Mex)*, 16(1), 20-25. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2011/ane111e.pdf>
- Aguilar, Y. P., Valdez, J. L., González, N. I., Rivera, S., Carrasco, C., Gómora, A., Pérez, A., & Vidal, S. (2015). Apatía, desmotivación, desinterés, desgano y falta de participación en adolescentes mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 20(3), 326-336. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29242800010>
- Aguledo, V. D. M. (2009). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER) con adolescentes y universitarios de la ciudad de Bucaramanga. *Pensamiento Psicológico*, 5(12), 139-160. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80111899011>
- Alarcón, D. & Bárrig, P. S. (2015). Conductas internalizantes y externalizantes en adolescentes. *Liberabit*, 21(2), 253-259. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272015000200008&script=sci_arttext&tlng=pt
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Aragón, B. L. E. (2004). Fundamentos Psicométricos en la Evaluación Psicológica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 7(4), 23-43. Recuperado de <http://revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/viewFile/21668/20420>
- Argibay, J. (2006). Técnicas psicométricas. Cuestiones de validez y confiabilidad. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, (8), 15-33. Recuperado de <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=339630247002>

- Axelrod, P. R. (1990). Una alternativa para la medición de la depresión (Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México). Recuperada de <http://132.248.9.195/pmig2016/0129081/Index.html>
- Berenzon, S., Tiburcio, M., & Medina-Mora, M. E. (2005). Variables demográficas asociadas con la depresión: diferencias entre hombres y mujeres que habitan en zonas urbanas de bajos ingresos. *Salud Mental*, 28(6), 33-40. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252005000600033
- Bojorquez, C. I. & Salgado, S. N. (2009). Características psicométricas de la Escala Center for Epidemiological Studies-depression (CES-D), versiones de 20 y 10 reactivos, en mujeres de una zona rural mexicana. *Salud Mental*, (32), 299-307. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2009/sam094e.pdf>
- Bosch, C., Miranda, J., Sangiorgio, M., Acuña, I., Michelini, Y., Marengo, L., & Godoy, J. C. (2016). Efecto del entrenamiento con un juego de estrategia en tiempo real sobre la toma de decisiones en adolescentes. *Revista Latinoamericana de ciencia psicológica*, 8(1), 1-19. doi: 10.5872/psiencia/8.1.22
- Calleja, N. (2011). Inventario de Escalas Psicosociales en México.
- Camacho, P. A., Rueda-Jaimes, G. E., Latorre, J. F., Navarro-Mancilla, A. A., Escobar, M., & Franco, J. A. (2009). Validez y confiabilidad de la escala del Center for Epidemiologic Studies-Depression en estudiantes adolescentes de Colombia. *Biomédica*, 29(2), 260-269. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v29n2/v29n2a11.pdf>
- Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M., & Sanz, R. A. (2011) ¿Cómo validar un instrumento de medida de salud? *Anales Sis San. Navarra.*, 34(1), 63-72. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100007
- Ceballos, A. G., Suarez, Y., Suescún, J., Gamarra, L. M., González, K. E., & Sotelo-Manjarres, A. P. (2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes

- escolares de Santa Marta. *Revista Duazary*, 12(1), 15-22. Recuperado de <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1394/795>
- Corral, Y. (2009). Validez y Confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos. *Revista ciencias de la educación*, 19(22), 228-247. Recuperado de <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/n33/art12.pdf>
- Escobar, J. & Bonilla, J. F. I. (2009). Grupos focales: una guía conceptual y metodológica. *Cuadernos hispanoamericanos de psicología*, 9(1), 51-67. Recuperado de [http://sacopsi.com/articulos/Grupo%20focal%20\(2\).pdf](http://sacopsi.com/articulos/Grupo%20focal%20(2).pdf)
- Escribano, C. E. & Duelo, M. M. (2018). Protocolo diagnóstico y tratamiento de las alteraciones del sueño en el adolescente. *Medicine*, 12(61), 3619-3624. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541218301938>
- Escurra, M. L. M. & Delgado, V. A. E. (2012). Análisis psicométrico de la Escala de Depresión CES-D bajo el modelo de crédito parcial de Rasch. *Persona*, (15), 173-190. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147125259009>
- Fernández-García, C. M., García-Pérez, O., & Rodríguez-Pérez, S. (2016). Los padres y madres ante la toma de decisiones académicas de los adolescentes en la educación secundaria. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 21(71), 1111-1133. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmie/v21n71/1405-6666-rmie-21-71-01111.pdf>
- Fleiz, B. C. M. (2010). El malestar depresivo: un malestar vivido por los hombres a través de una construcción de género (Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México). Recuperado de <http://132.248.9.195/ptb2010/mayo/0658251/Index.html>
- Franco-Díaz, K. L., Fernández-Niño, J. A., & Astudillo-García, C. I. (2018). Prevalencia de síntomas depresivos e invarianza factorial de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en población indígena mexicana. *Biomédica*, 38, 127-140. doi: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i0.368>

- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(6), 436-443. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0370410615001412>
- García, A. A. (2009). La depresión en adolescentes. *Revista de estudios de juventud*, (84), 85-104. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3106687>
- Giraldi, C. I. (1998). Un modelo de incapacidad aprendida para adolescentes mexicanos (Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México). Recuperada de <http://132.248.9.195/pmig2016/0074242/Index.html>
- González-Forteza, C., Hermosillo, A. E., Vacío-Muro, M., Peralta, R. & Wagner F. A. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 72(2), 149-155. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462015000200149
- González-Forteza, C., Wagner, E. F. A., & Jiménez, T. A. (2012). Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en México: análisis bibliométrico. *Salud Mental*, 35(1), 13-20. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100003
- Hernández, B. J., García, G. M. E., García, G. M. C., Rodríguez, A. M. J., Cabrera, S. A., & Cordero, M. P. (2015). Hábitos y trastornos del sueño en adolescentes. *Rev. Esp. Patol Torac*, 27(4), 220-230. Recuperado de https://www.neumosur.net/files/publicaciones/Revistas/2015/4_original-rev2015-v27-n4.pdf
- Hernández, R.; Fernández, C.; y Baptista, P. (2014). Capítulo 9. Recolección de datos cuantitativos. En *Metodología de la investigación* (6a. ed.) (pp.200-218). México: Mc Graw Hill.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2016). *Datos. Población*. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/temas/estructura/>

- Juárez, L. A. (2019). Depresión en jóvenes universitarios: Una aproximación desde el modelo ecológico de conductas de salud (Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México). Recuperada de <http://132.248.9.195/ptd2019/enero/0784911/Index.html>
- Jurado, S., Villegas, Ma. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Valera, R. (1988). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31. Recuperado de http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/706/705
- López, C., Alcántara, M., Fernández, V., Castro, M., & López, J. (2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (Child Behavior Checklist). *Anales de Psicología*, 26(2), 325-334. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16713079017>
- Luna, B. A. C. A. & Laca, A. F. A. V. (2014). Patrones de toma de decisiones y autoconfianza en adolescentes bachilleres. *Revista de Psicología*, 32(1), 39-65. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337831261002>
- Mariño, Ma., Medina-Mora, E., Chaparro, J. J., & González-Forteza, C. (1993). Confiabilidad y estructura factorial del CES-D en una muestra de adolescentes mexicanos. *Revista mexicana de psicología*, 10(2), 141-146. Recuperado de <https://amsmx.files.wordpress.com/2014/02/maric3b1o-m-c-medina-mora-m-e-chaparro-j-j-gonzc3a1lez-forteza-c-1993-confiabilidad-y-estructura-factorial-del-ces-d-en-una-muestra-de-adolescentes-m.pdf>
- Martín, C. M., Grau, A. R., & Grau, A. J. A. (2003). El inventario de depresión rasgo-estado (IDERE): Desarrollo de una versión Cubaba. *Terapia psicológica*, 21(2), 121-135. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Marta_Martin13/publication/260079438_El_inventario_de_depresion_rasgo-estado_IDERE_Development_of_a_cuban_version/links/555e1b1108ae86c06b5f34ba.pdf

- Martínez, N. (2014). Trastornos depresivos en niños y adolescente. *An Pediatr Contin*, 12(6), 294-299. doi: 10.1016/S1696-2818(14)70207-0
- Matud, M. P., Guerrero, K., & Matías, R. G. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), 7-21. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/337/33760101.pdf>
- Medina-Mora, Ma. E., Borges, G., Lara, M. C., Benjet, C., Blanco, J. J., Fleiz, B. C., Villatoro, Velázquez, J., Rojas, G. E., Zambrano, R. J., Casanova, R. L., & Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16. Recuperado de http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/956/954
- Méndez, F. X., Olivares, J., & Ros, M. C. (2001). Estado de ánimo depresivo. Características clínicas y tratamiento de la depresión en la infancia y adolescencia. *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente: trastornos generales*. Madrid: Pirámide.
- Mikulic, I. M. (2015). Evaluación de la calidad de las pruebas: validez, confiabilidad y utilidad. *En construcción y adaptación de pruebas psicológicas* (2a. ed.) (pp. 14-30). Buenos Aires.
- Molina, J., Chorot, P., Valiente, R. M., & Sandín, B. (2014). Miedo a la evaluación negativa, autoestima y presión psicológica: Efectos sobre el rendimiento deportivo en adolescentes. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 14(3), 57-66. Recuperado de <https://revistas.um.es/cpd/article/view/211261/168341>
- Muñiz, J. (2010). Las teorías de los tests: teoría clásica y teoría de respuesta a los ítems. *Papeles del Psicólogo*, 30(1), 57-66. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/778/77812441006.pdf>
- Nahoul S, V., & González N, J. (2014). Técnicas de Entrevistas con Adolescentes. *Integrando modelos psicológicos*. Argentina: Editorial Brujas.

- Nardi, B. (2004). La depresión adolescente. *Psicoperspectivas*, 3(1), 95-126. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1710/171017841006.pdf>
- National Institute of Mental Health [NIMH] (2015). La depresión: Lo que usted debe saber. Bethesda, MD: U.S. Government Printing Office. Recuperado de <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-sp/index.shtml>
- Ochoa, C., Cruz, A. F., & Moreno, N. D. (2015). Depresión en la mujer: ¿expresión de la realidad actual? *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 6(1), 113-135. Recuperado de <https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/RCCS/article/view/1211>
- Oliva, D. A., Reina, F. Ma. C., Pertegal, V. M. A., & Antolín, S. L. (2011). Rutinas de sueño y ajuste adolescente. *Behavioral Psychology*, 19(3), 541-555. Recuperado de <https://personal.us.es/oliva/03%20Oliva.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017). *Temas de Salud. Depresión*. Recuperado de <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018). *Temas de Salud. Depresión*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Pardo, A. G., Sandoval, D. A., & Umbarila, Z. D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 13-28. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/804/80401303.pdf>
- Peña, F., Lara, Ma., Cortés, J., Nicolini, H., Páez, F., & Almeida, L. (1996). Traducción al español y validez de la Escala de Birleson (DSRS) para el Trastorno Depresivo Mayor en la Adolescencia. *Salud Mental*, 19(3), 17-23. Recuperado de http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/630/629
- Puello, L. D. S. (2010). La depresión como el trastorno psicológico más frecuente en los adolescentes. *Revista de la Facultad de Psicología Universidad Cooperativa de Colombia*, 6(11), 133-141. Recuperado de <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/pe/article/view/373>

- Radloff, L. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, (1), 385-401. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/014662167700100306>
- Rey, J. M., Bella-Awusah, T. T., & Liu, J. (2015). Depresión en niños y adolescentes. En Prieto-Tagle MF (Eds.), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescentes de la IACAPAP* (pp 1-41). Lugar: Ginebra.
- Reyes, V., Reséndiz, A., Alcázar, R., & Reidl, L. (2017). Las estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes ante situaciones que provocan miedo. *Psicogente*, 20(38), 240-255. doi: <http://doi.org/10.17081/psico.20.38.2544>
- Sánchez, O., Méndez, F. X., & Garber, J. (2014). Prevención de la depresión en niños y adolescentes: revisión y reflexión. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19(1), 63-76. Recuperado de http://www.aepp.net/arc/06_2014_n1_hernandez_mendez_garber.pdf
- Silva, C. & Jiménez-Cruz, B. E. (2016). Construcción de una Escala Breve de Depresión Rasgo para Adolescentes. *Acta de Investigación Psicológica - Psychological Research Records*, 6(1), 2317-2324. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3589/358945983007.pdf>
- Solari, B. F. (2015). Trastornos del sueño en la adolescencia. *Rev. Med. Clin. Condes*. 26(1), 60-65. Recuperado de <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864015000103?token=F73D171BAF591640BD25365C2257C4C2F8D1D97BB3D1D5E551D1D0C9A41F09CDD04A52A66BF6C629A4E6B630A476BF63>
- Solloa, L. (2001). *Los trastornos psicológicos en el niño: etiología, características, diagnóstico y tratamiento*. Ciudad de México: Trillas.
- Veytia, M., Guadarrama, R., Márquez, O., & Fajardo, R. J. (2016). Mindfulness y síntomas de depresión en adolescentes mexicanos estudiantes de bachillerato. *Actualidades en psicología*, 30(121), 39-48. Recuperado de <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/actualidades>

ANEXOS

Anexo 1

México, a _____ de _____ del 201_.

Carta de Consentimiento

El grupo de investigación en salud y alimentación de la Facultad de Psicología de la UNAM está realizando un estudio cuyo objetivo es conocer algunas de las creencias que tienen los jóvenes sobre temáticas relacionadas con el rol de género y los estados afectivos.

Tu participación en este estudio es libre y voluntaria, no influirá en tus calificaciones ni en otra área. Si aceptas, deberás contestar un cuestionario dividido en cinco partes, cada sección tiene instrucciones diferentes, por favor léelas con cuidado.

Tus respuestas serán confidenciales y únicamente serán de conocimiento del equipo. Además, el cuestionario no lleva nombre, por lo que nadie podrá saber quién lo contestó.

Los resultados y el análisis de la investigación se darán a conocer en una tesis que no incluirá datos personales de los que participaron en el estudio. La información que nos proporcionas al contestar los cuestionarios será de gran valor, pues estarás contribuyendo a la realización de una investigación científica y permitirá conocer nuevos datos sobre los jóvenes de México.

Finalmente, si deseas participar, te pediré que firmes esta hoja de consentimiento. Ésta y el cuestionario se guardarán por separado y en un lugar seguro. Agradezco tu tiempo y la información proporcionada.

Nombre y firma del participante

Anexo 2

Escala Breve de Depresión Rasgo para Adolescentes (Silva y Jiménez, 2016)

INSTRUCCIONES: A continuación encontraras una serie de afirmaciones, por favor marca el recuerdo que coincida más con lo que tú piensas

	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. Aunque duerma mucho me siento con sueño				
2. Todo lo hago mal				
3. Me gusta tomar decisiones				
4. Siento que nada de lo que hago está bien				
5. Veo que los demás son más felices que yo				

Anexo 3

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en su versión de 10 reactivos (Bojorquez y Salgado, 2009)

INSTRUCCIONES: A continuación hay una lista de situaciones que probablemente hayas sentido o tenido. Por favor escribe durante cuántos días en la semana pasada te sentiste así, o si te ocurrió casi diario en las últimas dos semanas.

	Ningún día	De uno a tres días	De 4 a 6 días	Todos los días
1. Me molestaron cosas que usualmente no me molestan				
2. Tenía dificultad para mantener mi mente en lo que estaba haciendo				
3. Me sentía deprimido (a)				
4. Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo				
5. Me sentía optimista sobre el futuro				
6. Me sentí con miedo				
7. Mi sueño era inquieto				
8. Estaba contento (a)				
9. Me sentí solo (a)				
10. No tenía ganas de hacer nada				

Anexo 4

Valores de referencia para el Análisis Factorial Confirmatorio

(Tomada de: Hoyle e Isherwood, 2013; MacCallum y Austin, 2000; Lei y Wu, 2007 como se citó en Juárez, 2019)

Nombre del índice	Valor que indica buen ajuste	Descripción
Chi cuadrada (χ^2)	> 0.05	Debido a que este valor es sensible a muestras grandes, es probable que se rechace el modelo debido al tamaño de la muestra
Root Mean Square Error of Aproximation (RMSEA)	≤ 0.06	Este valor es útil para evaluar el ajuste de los datos en muestras grandes
Standardized Root Mean Square Residual (SRMR)	≤ 0.08	El promedio de los residuales de la covarianza de un valor estandarizado
Comparative Fit Index	≥ 0.95	Este índice no es tan útil para Análisis Factoriales Confirmatorios.
Tucker-Lewis Index (TLI)	≥ 0.90	Medida de ajuste que considera la chi cuadrada del modelo propuesto con la del modelo teórico. Similar al CFL