

31961

4
Lej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CAMPUS - IZTACALA

CONSTRUCCIÓN DE UN INVENTARIO PARA EVALUAR
LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRIA EN
MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

P R E S E N T A :

RUTILO JORGE MEDINA ARANDA

DIRECTORA DE TESIS:

MTRA. MA. REFUGIO RÍOS SALDAÑA.

DICTAMINADORES

MTRA. LAURA EVELIA TORRES VELAZQUEZ
MTRA. LAURA EDNA ARAGÓN BORJA

LOS REYES IZTACALA, MARZO DE 1999

275991

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

*Para ti Jasmin.
Flor delicada y hermosa
que bendigo en mis pensamientos.
Porque eres fuente inagotable
de mis anhelos y esperanzas.
¡Mil gracias hija, por tu presencia!*

*A mis padres.
Por su amor incondicional y confianza en mí,
a pesar de todo.
Porque su existencia fortalece y enriquece mi espíritu.*

*A mis Hermanos:
Agueda, Yolanda, Joel, Palmira,
Martha, Alba, Neri, Victor Hugo.
Porque nuestra unión fraternal es un lazo
Indisoluble que da sustento a mis inquietudes.*

*Para Tere.
Porque su amor y fortaleza
me impulsaron para llegar hasta el final.
Porque a su lado aprendí que los sueños pueden
ser realidades, y que la voluntad derriba obstáculos.*

*A la Mtra. Ma. Refugio Ríos Saldaña.
Por la acertada dirección y valiosas aportaciones
para la elaboración del presente trabajo.*

A mis sinodales:

*Mtra. Laura Edna Aragón Borja
Mtra. Laura Evelia Torres Velázquez*

*Mtra. Ana Maritza Landázuri Ortiz
Mtro. Luis Fernando González Beltrán*

Cuyas sugerencias enriquecieron ampliamente el objetivo propuesto.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	i
RESUMEN	ii
INTRODUCCIÓN	iii

CAPÍTULO UNO: LA ADOLESCENCIA	1
--	----------

- 1 Definición 2
- 2 Teorías que abordan la adolescencia 4
 - 2.1 Teoría biogenética de Stanley hall 5
 - 2.2 Teoría psicoanalítica 5
 - 2.3 Teoría de Erikson 6
 - 2.4 Teoría del campo de Lewin 7
 - 2.5 Teoría somatopsicológica de Barker 8
 - 2.6 Teoría del desarrollo de Arnold Gesell 8
 - 2.7 Teoría del desarrollo cognoscitivo 9
 - 2.8 Teoría conductual 10
3. Problemas de la adolescencia 11

CAPÍTULO DOS: LA DEPRESIÓN	14
---------------------------------------	-----------

- 1 Antecedentes de la depresión 15
- 2 Definición 16
3. Clasificación de la depresión 18
- 4 Etiología 20
 - 4.1. Enfoque sociológico 20
 - 4.2. Enfoque biomédico 20
 - 4.3 Enfoque psicoanalítico 21
 - 4.4 Enfoque conductual 22
 - 4.5 Enfoque cognitivo-conductual 22
 - 4.6 Modelo cognitivo de la depresión de Beck 23

CAPÍTULO TRES: LA DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA	26
---	-----------

- 1 Aproximación conceptual 27
2. Clasificación de la depresión en la adolescencia 29
- 3 Aspectos epidemiológicos incidencia y prevalencia 32
- 4 Causas de la depresión en la adolescencia 34

5. Estrategias de evaluación de la depresión 35
6. Problemas para evaluar la depresión en la adolescencia mexicana 37

CAPÍTULO CUATRO: **39**
MÉTODOS DE EVALUACIÓN CONDUCTUAL

1. La evaluación conductual 41
 - 1.1. Procedimientos de la evaluación conductual 42
2. Métodos directos de evaluación 44
3. Métodos indirectos de evaluación 45
 - 3.1. El auto-informe 45
4. Aspectos psicométricos de la evaluación conductual 47
5. Instrumentos de evaluación de la depresión. Ventajas y desventajas 53

CAPÍTULO CINCO: **59**
CONSTRUCCIÓN DE UN INVENTARIO PARA EVALUAR LA DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES: METODOLOGÍA

1. Revisión, aplicación, y análisis del Inventario de depresión para niños (CDI) de Kovacs 61
2. Revisión, aplicación y análisis del Cuestionario de depresión para niños (CDS) de Lang y Tisher 63
3. Aplicación de un cuestionario breve con preguntas abiertas 66
4. Construcción del nuevo instrumento de evaluación. 68
5. Etapa de piloteo del inventario propuesto para buscar su confiabilidad y validez 68

CAPÍTULO SEIS: **70**
RESULTADOS

1. Proceso de construcción del inventario propuesto 71
2. Descripción del cuestionario resultante: Inventario de Depresión para Adolescentes (IDA) 79
3. Confiabilidad y validez interna del Inventario de depresión para Adolescentes (IDA) 82

CAPÍTULO SIETE: **88**
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFÍA **94**

APÉNDICE 1 **101**

Inventario de Depresión para Niños (CDI) de Kovacs (1977). Hoja de respuestas. 102

APÉNDICE 2	106
Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (1990). Hoja de respuestas.	107
APÉNDICE 3	110
Cuestionario de preguntas abiertas	111
APÉNDICE 4	112
Inventario de Depresión para Adolescentes (IDA). Hoja de respuestas.	113

PRESENTACIÓN

La UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, Campus Iztacala a través de la Unidad de Investigación Interdisciplinaria en Ciencias de la Salud y Educación (UIICSE), está integrada por varios proyectos de investigación entre los cuales se encuentra el Proyecto de Investigación para la Salud. Éste a su vez está conformado por varias líneas de investigación entre las cuales se encuentra la de Formación Comunitaria y Prevención Social cuyos objetivos generales son:

OBJETIVOS GENERALES.

1. Detección y evaluación de los trastornos conductuales en niños, adolescentes y adultos.
2. Contribuir al desarrollo de tecnología conductual preventiva para esta población.
3. Construcción, búsqueda y reestructuración de instrumentos de evaluación.

El presente trabajo denominado "Construcción de un Inventario para Evaluar la Depresión en Adolescentes", se inserta en el objetivo tres de dicha línea, colaborando de esta forma, con el programa propuesto en esta área de investigación permanente.

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo la construcción de un inventario para evaluar la depresión en adolescentes, sustentado en el concepto del trastorno depresivo del modelo cognitivo-conductual de Beck (1967) y bajo el supuesto que plantea la necesidad de contar con un instrumento que evalúe el trastorno en población adolescente "normal" y escolarizada.

En tal sentido se procedió a la recopilación y revisión de diferentes instrumentos de procedencia extranjera, que evalúan el trastorno depresivo en niños y adultos, y que son utilizados indiscriminadamente en la población adolescente mexicana, lo cual condujo a la necesidad de construir un instrumento, adecuado a las características de la misma, basándose en dos instrumentos de uso frecuente entre los profesionales interesados en la depresión en México: El Inventario de Depresión para Niños (CDI) de Kovacs (1977) y El Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (1990). Se eligieron algunos reactivos de ambos instrumentos cuyas correlaciones, obtenidas a través del método ítem escala, resultaron significativas, mismos que fueron considerados para la elaboración del instrumento propuesto.

Se aplicó además, un cuestionario de preguntas abiertas a una muestra de 133 jóvenes escolarizados, con la finalidad de obtener información sobre la depresión, de tal manera que sirviera de apoyo para la formulación de reactivos en el nuevo inventario.

El Inventario resultante quedó integrado por un total de 40 reactivos, mismos que se sometieron a estudio piloto para su análisis estadístico y evaluar su confiabilidad y validez interna; para ello, se aplicó el método ítem-escala. La muestra piloto fue de 200 adolescentes escolarizados, de edades comprendidas entre los 12 y 18 años, seleccionados de tres escuelas secundarias y dos preparatorias estatales, de la zona norte del área metropolitana. Los resultados obtenidos demostraron la sensibilidad de la escala para medir la depresión en adolescentes.

Se realizó también, un análisis factorial para extraer los componentes principales del inventario propuesto de acuerdo al modelo de Beck; con el método de rotación ortogonal varimax, los reactivos se agruparon en cuatro factores, considerando el valor *eigen* de los mismos y para evaluar las dimensiones de variabilidad que tienen en común dichos reactivos.

El instrumento propuesto deja abierta la posibilidad de buscar su estandarización, para futuras investigaciones con muestras mayores de diversos sectores poblacionales, considerando otras variables, tales como el género de los adolescentes y las condiciones socioeconómicas.

INTRODUCCIÓN

La depresión es uno de los trastornos de salud que ha preocupado a la humanidad desde tiempos remotos. Su descripción e interpretación ha evolucionado con el avance de los conocimientos médico-científicos, y aunque ya se disponen de métodos diagnósticos y terapéuticos efectivos, su frecuencia se ha incrementado paulatinamente, tanto que se ha convertido en un problema de salud pública. Según reportes de estudios realizados en México por Mendoza y Soto (1990), se calcula que la frecuencia de este padecimiento oscila entre el 20 y 25% aunque, se señala que este porcentaje se ha incrementado a consecuencia de factores ecológicos, sociales y psicológicos, los cuales provocan trastornos de conducta, inadaptación al ciclo vital de la familia y reacciones de adaptación a pérdidas materiales y afectivas. Algunos autores consideran que el adolescente ha sido el más afectado por este trastorno afectivo, por encontrarse en una etapa de desarrollo con cambios frecuentes que lo hacen presa fácil de este padecimiento. Por consiguiente, se manifiestan en él conductas de tristeza, llanto, aislamiento, inapetencia, pereza, entre otras, afectando su productividad laboral, el rendimiento escolar y las relaciones interpersonales, que se traducen, finalmente, en expresiones de derrota o fracaso y, en casos más graves, en actos suicidas por los mismos sentimientos ambivalentes y contradictorios a que está sometido.

Algunos autores (Polaino-Lorente, 1986; Petti, 1993, entre otros) sostienen que, ya desde hace tres décadas se consideraba que, una vez instalado el trastorno depresivo, si no se evalúa, diagnostica y trata a tiempo, puede alterar la futura vida del adolescente.

Al respecto, para la evaluación de la depresión en el adolescente mexicano, se han venido utilizando de manera regular algunas escalas, mismas que al ser analizadas, se ha considerado que no reúnen las características necesarias para evaluar la depresión en la población adolescente mexicana; por ejemplo, en algunos instrumentos, la formulación de los reactivos están hechos pensando en niños norteamericanos, en población clínica, lo que hace que sean poco apropiados e incluso contraproducentes cuando se aplica a niños afectados de depresión poco severa. En otros instrumentos, los reactivos son muchos y no valoran la duración de los síntomas, además de que su aplicación es muy costosa; o bien, son instrumentos hechos para adultos por lo que aplicados a adolescentes, los resultados no siempre son satisfactorios. Otros más están contruidos empleando términos médicos los cuales son de difícil acceso para el sujeto a evaluar, además de que el aplicador debe tener un entrenamiento psiquiátrico.

Ante las limitantes que presentan cada una de estas escalas de evaluación para ser aplicadas a adolescentes mexicanos, el objetivo de este trabajo fue la construcción de un instrumento de evaluación que permitiera medir aquellos indicadores que diversos autores han considerado como característicos de la depresión en adolescentes. Para ello se tomó como marco de referencia el modelo cognitivo-conductual de la depresión de Beck (1983), quien

toma en consideración exclusivamente los siguientes puntos: referencia a la sintomatología tratada, no saturación de reactivos para que no provoque tedio en el adolescente, y manejo de reactivos con un lenguaje propio de la población adolescente mexicana. Se pretendió que de esta forma, el inventario que se propone estuviera acorde con nuestra realidad sociocultural.

Desde esta perspectiva, el presente trabajo pretende dar una alternativa metodológica (al construir un inventario para evaluar aspectos depresivos) en adolescentes mexicanos, que sea lo más consistente y válida posible en la exploración de niveles de depresión.

Dado que el objetivo de este trabajo fue la construcción de un inventario de depresión para adolescentes, se tuvo que analizar la conceptualización de la adolescencia desde los diversos enfoques teóricos. Por lo tanto, el capítulo uno hace referencia a los problemas que atañen a esta etapa del desarrollo, específicamente, la depresión.

Por ser la depresión un problema de interés primordial, en el capítulo dos se analiza este trastorno, incluyendo sus antecedentes, definición, clasificación, y etiología. Por el enfoque propio de la presente investigación, se hace mención especial al modelo cognitivo de la depresión de Beck.

La depresión, como uno de los problemas que afectan al adolescente, ha sido estudiada de distintas maneras y desde diferentes perspectivas teóricas; en consecuencia, no ha habido un acuerdo para establecer su etiología, aunque existen hipótesis prometedoras que son un reto para clínicos e investigadores por la dificultad en alcanzar consenso acerca de su definición, diagnóstico y evaluación. En este sentido, el capítulo tres aborda todos estos aspectos del trastorno depresivo referidos específicamente a esta etapa del desarrollo.

Puesto que el objetivo primordial del presente trabajo es la construcción de un instrumento de evaluación, es importante hablar de los métodos de evaluación con un enfoque conductual. En este sentido, el capítulo cuatro hace referencia a este tema, partiendo de los principios básicos de la evaluación conductual, sus procedimientos, y los métodos de evaluación propiamente dichos, clasificados en directos e indirectos; así como los aspectos psicométricos de la evaluación conductual, como son, la confiabilidad y la validez. Desde luego, siguiendo con el enfoque de la investigación se citan algunos instrumentos que miden aspectos depresivos.

En el capítulo cinco, se abordan los procedimientos metodológicos prácticos realizados para la construcción del Inventario de Depresión para Adolescentes; se analizan las escalas que sirvieron de apoyo y el cuestionario con preguntas abiertas.

Posteriormente, en el capítulo seis se plantean los resultados del análisis de los instrumentos de evaluación referidos en el capítulo cinco, del cuestionario de preguntas abiertas, y la presentación del inventario propuesto. En este mismo capítulo, se presentan los resultados de la aplicación piloto del nuevo inventario para la obtención de la confiabilidad y

validez. Se cumple de esta forma con los requisitos inherentes en la construcción de instrumentos de evaluación.

Finalmente, en el capítulo siete, se presentan las conclusiones de esta investigación y se dan algunas recomendaciones para que a futuro se consideren algunas variables que permitan la estandarización del instrumento.

CAPÍTULO UNO

LA ADOLESCENCIA

Definición.

Teorías que abordan la adolescencia.

Problemas de la adolescencia.

Desde la antigüedad el hombre se ha interesado por la adolescencia y ha tratado de caracterizarla y definirla; por ejemplo, Aristóteles en el siglo IV a. c. calificó a los adolescentes como inconstantes en sus deseos apasionados, propensos a los excesos o a dejarse llevar por sus impulsos. Anteriormente, Platón (siglo V a. c.) se había referido a los adolescentes como amantes de la discusión y en exceso excitables. Desde luego, estas no son definiciones propiamente dichas, pero, son una muestra del interés que desde épocas remotas se tenían respecto a lo que sucedía con el desarrollo de los jóvenes. Fue hasta finales del siglo XIX y principios del siglo XX, cuando se consideró a la adolescencia como una etapa del desarrollo humano a partir de los estudios, en 1904, de Stanley Hall (en Horrocks, 1993) quien la estudió científicamente y la describió como un periodo de "tormenta y tensión" durante el cual, según el autor, el individuo se muestra excéntrico, emotivo, inestable e impredecible.

Por otra parte, el término adolescencia, cuya etimología proviene del verbo latino "adolescere" (crecer o desarrollarse), ha sido usado indiscriminadamente como sinónimo de los vocablos juventud, pubescencia o pubertad, lo que ha provocado confusión y problemas al tratar de definirlo. En este sentido, es pertinente aclarar las delimitaciones de tales términos que han especificado algunos investigadores. Por ejemplo, Landis (1952) hace uso del vocablo "juventud" para describir el último periodo de la adolescencia, mientras que Gesell (1956) utiliza este mismo término para determinar el lapso que va de los 10 a los 16 años. Ausubel (1954) empleó el vocablo "pubescencia", exclusivamente referido a los cambios biológicos y fisiológicos que se asocian con la maduración sexual.

En este capítulo se consideran los diversos puntos de vista que han tratado de interpretar y definir la adolescencia, los diversos enfoques teóricos que la han estudiado en relación a los aspectos propios de los cambios manifestados en el crecimiento físico y del desarrollo y los problemas a los cuales pueden enfrentar los adolescentes en esta etapa.

1. Definición

En algunas culturas, sobre todo en las sociedades primitivas, el concepto y el interés de la adolescencia, como una etapa específica del desarrollo humano, no constituye un problema o consideración especial, mientras que en las sociedades modernas el estudio de este periodo se ha incrementado cada vez más; tal vez, debido al significado e importancia que la misma sociedad le otorga. En consecuencia, se ha intentado definirla desde diversas disciplinas, tomando en consideración los aspectos que de ella quieran destacarse. A continuación se revisan las definiciones desde los puntos de vista biológico, antropológico, sociológico, cronológico, y psicológico, haciendo hincapié, finalmente, en el concepto que se asume para este trabajo.

Biológicamente, el individuo se convierte en adolescente al inicio de la pubertad: en cada sujeto se da un proceso gradual que abarca desde el principio de la acción hormonal hasta el logro de la completa madurez sexual; al terminar la pubertad, el individuo adquiere la capacidad para reproducirse. Los cambios biológicos que señalan el final de la infancia se

traducen en un rápido crecimiento y aumento de peso, cambios en las proporciones y en la forma del cuerpo, y el alcance de la madurez sexual. No obstante, la adolescencia también es un proceso social y emocional. Como señalan Conger y Peterson (1984) la adolescencia comienza en biología y termina en cultura.

Antropológicamente, Mead (1985) define a la adolescencia de acuerdo con los rasgos culturales y las exigencias sociales de un determinado momento histórico. O sea, que la adolescencia estará dada en función de la cultura misma. Son los factores culturales los que influyen en el proceso evolutivo del desarrollo; los que determinan las pautas para obtener la independencia con los adultos y valerse por sí mismos. La forma como las culturas promuevan aspectos como sexualidad, responsabilidad, disciplina, valores morales, ideales, normas, entre otros; determinarán el desarrollo armónico del individuo, sin olvidar las funciones fisiológicas y hereditarias; por lo que hablar de adolescencia desde un punto de vista antropológico, es hablar de múltiples factores que influirán en el individuo y que determinarán su madurez, la cual para algunas será de constante sufrimiento y para otros pasará desapercibida, variando de un individuo a otro y del contexto mismo.

Sociológicamente, se considera a la adolescencia como un periodo de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta y autónoma (Muuss, 1988). La sociedad a través de sus instituciones, hábitos, costumbres y creencias religiosas, señala las diferencias conductuales en el humano. El ambiente social en el cual el niño nace y se desarrolla desempeña un gran papel en la conformación de su personalidad, la cual se irá ajustando en la medida que interactúe con sus semejantes (padres, amigos, iguales, hermanos, compañeros de escuela). De igual forma, por la búsqueda de identidad que el joven está teniendo en ese momento de su vida, lo mantiene en un estado de confusión, o bien son las mismas personas con las que interactúa quienes le ayudarán a definirse (Papalia, 1997). Por lo tanto, el prolongado periodo de la adolescencia no es tan sólo un fenómeno fisiológico, sino también un producto social por estar determinada por instituciones y grupos sociales, los cuales, en la medida que se interactúe con el adolescente van a ser que éste supere esta etapa del desarrollo o bien que se prolongue por más tiempo ese proceso de transición que va de la niñez a la edad adulta.

Cronológicamente, se conceptualiza a la adolescencia desde los 12 años a los primeros años de la tercera década, con grandes variaciones individuales y culturales, por lo que no hay una convergencia respecto a los años que abarca esta etapa (Muuss, 1988). En este sentido, Horrocks (1993) opina, que una persona podrá ser mayor desde un punto de vista cronológico, y sin embargo conservar características de comportamiento típicos de la adolescencia. Por lo tanto, hablar del inicio y final de la adolescencia en términos de edad, es posible únicamente si se menciona también el ambiente sociocultural, pues determinará de alguna manera la superación de este estadio.

Psicológicamente, se considera a la adolescencia como una situación "marginal" en la cual han de realizarse nuevas adaptaciones que distinguen la conducta infantil del comportamiento adulto. De ahí que en determinados momentos el adolescente adopte

conductas ambivalentes en su afán por querer seguir siendo niño y adulto a la vez (Muuss, 1988). Según este autor, el enfoque psicológico aborda un criterio para fijar el fin de la adolescencia, y no responde a una edad cronológica, sino al grado en que el adolescente se adapte sexual, social, ideológica y vocacionalmente y en el que pugna por la búsqueda de la independización de los padres.

La significación psicológica, la sociológica, y la cronológica difieren según el contexto, y los criterios para fijar en qué momento se ha alcanzado la edad adulta, la madurez, la autodeterminación y la independencia; dependen también de la definición que cada investigador de a cada uno de esos términos.

Este trabajo se sustenta en la definición que considera a la adolescencia como una etapa del desarrollo, que inicia alrededor de los 12 a 13 años y termina hacia los 18 a 20 años, y que se traduce en algunos cambios biopsicosociales: el individuo adquiere la estatura y el aspecto del adulto, y la capacidad de engendrar; el sujeto empieza a pensar en abstracto, con un razonamiento hipotético deductivo, sin tener que remitirse a la realidad; y enfrenta de forma más o menos conflictiva las demandas que la sociedad le exige, considerando los rasgos culturales específicos de su momento histórico.

Desde luego, los problemas para definir a la adolescencia reflejan el interés que ha suscitado esta etapa entre psicólogos, médicos, educadores, sociólogos, antropólogos, etc., mismos que se han abocado a estudios descriptivos en torno a sus ámbitos científicos. En el siguiente apartado se presentan diversas aproximaciones teóricas que caracterizan y explican el fenómeno de la adolescencia.

2. Teorías que abordan la adolescencia.

En el estudio de la adolescencia se presentan teorías que implican una forma particular de percibir la naturaleza del desarrollo humano. De acuerdo con Horrocks (1993), algunas de estas teorías se formularon exclusivamente como teorías de la adolescencia, mientras que otras son teorías generales de la conducta humana en la que se ha considerado a la adolescencia como un aspecto más amplio de la teoría misma.

En términos generales, se pueden identificar tres grandes enfoques de la interpretación de la adolescencia: biológico, sociológico y psicológico. No obstante, es necesario aclarar que no hay una teoría que pertenezca por completo a un solo enfoque, sino que algunas representan una intersección de dos o tres de ellos.

El orden en el que se exponen seguidamente, obedece, en la medida de lo posible, a un orden cronológico; de tal manera que puedan ser apreciadas la influencia, difusión y críticas que se desprenden de ellas.

2.1. Teoría biogenética de Stanley Hall.

Hall (1904) en su obra *Adolescencia*, fue el primer investigador que estableció una psicología de la adolescencia y que utilizó métodos científicos para su estudio, por lo cual se le ha considerado el padre de la "Psicología de la Adolescencia". Tomó el concepto darwiniano de la evolución biológica y la elaboró como una teoría psicológica de la recapitulación. Esta teoría sostiene que el organismo individual, en el transcurso de su desarrollo, pasa por etapas que corresponden a aquellas que se dieron durante la historia de la humanidad (Muuss, 1988).

De esta teoría se desprende que el desarrollo y su concomitancia de conducta se producen de acuerdo con pautas inevitables, inmutables, universales e independientes del ambiente sociocultural. Hall sostenía que algunos tipos de conducta socialmente inaceptables - características de fases históricas- deben ser toleradas por padres y educadores, puesto que son etapas necesarias del desarrollo social. En este sentido, apunta Horrocks (1993), que el autor describe a la adolescencia como un periodo característico de "tormenta e ímpetu", periodo que se extiende desde la pubertad (alrededor de los 12 o 13 años) hasta alcanzar el status del adulto (entre 22 y 25 años). La describe además como un segundo nacimiento, pues es entonces cuando aparecen los rasgos más evolucionados y más esencialmente humanos.

La contribución de Hall a la psicología, indudablemente, es el establecimiento de un método científico para el estudio de esta etapa del desarrollo; sin embargo, ya que consideraba que ese desarrollo obedece a factores fisiológicos, determinados además genéticamente, deja escaso margen a la influencia de factores ambientales.

Por otra parte, las características "tormenta e ímpetu", adaptadas de las tendencias literarias alemanas del siglo XIX, con las cuales identifica al adolescente, corresponden a una época en la que se percibía la vida emotiva como una fluctuación entre varias tendencias contradictorias. Desde luego, algunos aspectos de la adolescencia se han mantenido constantes a través del tiempo, pero otros han cambiado radicalmente de una generación a otra; el adolescente actual no es igual que el de ayer o el del futuro; además las investigaciones dan cuenta de que los jóvenes son producto de su época y su cultura, pero que hay variaciones individuales que se deben reconocer.

2.2. Teoría Psicoanalítica.

Esta teoría centra su estudio en los aspectos genéticos y sexuales; le da poca importancia a los factores ambientales, considerándolos secundarios, aunque no los niega totalmente. Los conceptos morales, las aspiraciones y ambiciones de cada sociedad pasan a formar parte del individuo a través del desarrollo del super yo, también llamada consciencia. Al respecto Freud (1905) en su ensayo "Tres contribuciones a la teoría de la sexualidad" (ed. 1991) decía que la tarea primordial del adolescente es el "logro de la primacía genital" y la consumación definitiva del proceso de la búsqueda no incestuosa del objeto.

El fundador del psicoanálisis considera que el desarrollo es una secuencia de cinco etapas: oral, anal, fálica, latente y genital.

La etapa genital corresponde a la pubertad e inicio de la adolescencia, en la cual los impulsos sexuales afloran. En este sentido, la tarea primordial del adolescente se puede resumir como el logro de la primacía genital. Para Freud existen estrechas relaciones entre los cambios fisiológicos y los procesos corporales por una parte, y las alteraciones psicológicas y la autoimagen por la otra. Durante la adolescencia, los cambios de conducta tales como la agresividad y la torpeza están vinculados con alteraciones fisiológicas, la cual destaca la índole biológica de la teoría freudiana.

En realidad Freud se ocupó relativamente poco de la adolescencia. Su hija Ana Freud (1958) se interesó más que su padre por la interpretación de la dinámica del desarrollo adolescente; pero se ocupó principalmente del desarrollo sexual patológico, dejando un poco de lado la adaptación sexual normal de la adolescencia.

Se ha criticado fuertemente a Freud por sobrevalorar la naturaleza biológica e instintiva del hombre, sin embargo aunque consideró secundarios los factores ambientales, de ningún modo negó su importancia.

Otro aspecto importante de la teoría freudiana es que hace hincapié en el estudio de un sólo individuo como fuente de información válida acerca de la conducta manifestada.

2.3. Teoría de Erikson.

Según Erikson (1968) el concepto nuclear de la adolescencia lo constituye la adquisición de una identidad del yo, la cual se cumple de diferentes maneras en las distintas culturas. Sin embargo, el cumplimiento de esa tarea evolutiva contiene un elemento común en todas las culturas, en la idea de que el niño con el fin de adquirir una identidad del yo fuerte y sana, ha de recibir un gran reconocimiento de su rendimiento y logros, por lo que surge un conflicto en su persona; si el conflicto se manifiesta satisfactoriamente, la cualidad infantil se incorpora al yo saludablemente; pero si el conflicto se desarrolla insatisfactoriamente, se perjudica al yo en su desarrollo, porque se integra en él la cualidad negativa.

Este autor, que desarrolló su teoría dentro de los límites del psicoanálisis, describió la secuencia del desarrollo formada de ocho etapas. A medida que la persona atraviesa por esas etapas adquiere una identidad de su ego. De hecho, las etapas representan una serie de tareas psicosociales que deben ser dominadas consecutivamente para que las tareas subsecuentes no presenten dificultades adicionales. Estas ocho etapas son:

1.- Confianza vs. desconfianza; 2.- Autonomía vs. vergüenza y duda; 3.- Iniciativa vs. culpa; 4.- Laboriosidad vs. inferioridad; 5.- Identidad vs. difusión del propio papel del rol; 6.- Identidad vs. aislamiento; 7.- Fecundidad vs. estancamiento; 8.- Integridad del yo vs. aversión y

desesperación. Erikson señala que la adolescencia corresponde a la quinta etapa, y es el periodo durante la cual ha de establecerse una identidad positiva dominante del yo, lo que implica la integración total de ambiciones y aspiraciones vocacionales, junto con todas las cualidades adquiridas a través de identificaciones anteriores como: imitación de los padres, dirigentes de grupo, campeones deportivos, admiración de héroes, entre otros.

Este enfoque deja claro que la tarea más importante de un adolescente es la búsqueda de su identidad, y el saber qué papel juega en la sociedad.

La contribución de Erikson a la psicología de la adolescencia es señalar la importancia de los roles sociales según las condiciones sexuales que influyen en el yo para desarrollarse normalmente. Sostiene que el estudio de la identidad ha llegado a ser tan importante como el de la sexualidad como en los tiempos de Freud. Actualmente, varios investigadores, apoyados en esta teoría, han estudiado las características y relaciones de la identidad del yo, como la teoría que a continuación se cita.

2.4. Teoría del campo de Lewin

Kurt Lewin (1939) recibió una considerable influencia de la teoría psicoanalítica. Este autor considera que todos los acontecimientos psicológicos se producen conforme a leyes, y sostiene que los conceptos y las leyes psicológicas generales que se basan en la frecuencia con que un hecho acontece, crean un dilema provocando inestabilidad en la conducta del adolescente.

En opinión de Lewin, la adolescencia es un periodo de transición en el que el adolescente cambia de grupo; integra en parte el grupo infantil y en parte el del adulto, provocando situaciones de ambivalencia. Hace referencia también, al ambiente donde se desarrolla el individuo y dice que un ambiente psicológico inestable durante la adolescencia provoca inestabilidad en el individuo, por lo que, para comprender la conducta del joven, se le debe considerar junto con su ambiente; como una constelación de factores interdependientes. La suma de todos los factores ambientales y personales en interacción le llama "espacio vital" o "espacio psicológico". El campo psicológico comprende al individuo con sus cualidades biológicas y psicológicas, así como al ambiente con sus relaciones sociales. En este sentido, la teoría de Lewin logra la armonía de los factores biológicos, sociológicos, ambientales y psicológicos; aportación muy exitosa de su parte. En la medida que el espacio vital sea invadido, determinará la conducta del adolescente, pues se encontrará en un estado de "locomoción social" que será la forma de conducirse e interactuar con los demás, porque el campo social y psicológico en que se mueve no están estructurados, al no poseer una clara comprensión ni de su estatus ni de sus obligaciones sociales.

Lewin consideró que el mayor problema de la adolescencia era el hecho de que el espacio vital del joven le presenta objetivos que su cultura no le permite alcanzar; en consecuencia se frustra y, a menudo, desarrolla una conducta agresiva o aislacionista. Desde

luego, hay otros factores que influyen en la conducta del adolescente. La siguiente teoría trata algunos aspectos de la misma.

2.5. Teoría Somatopsicológica de Barker.

Roger Barker (cit. en Muuss, 1988) se apoya en la teoría del campo para mostrar los efectos de los cambios fisiológicos sobre la conducta durante la adolescencia. El autor propone la hipótesis de un mecanismo somatopsicológico y la sustenta en los postulados siguientes: 1) el adolescente se encuentra en movimiento hacia el estatus social, la madurez física, la fuerza, y el control motor del adulto; 2) los cambios dimensionales fisiológicos y endocrinos del cuerpo, se producen con mayor velocidad; 3) el ritmo de los cambios físicos y el momento en que éstos se presentan varían mucho entre los individuos, haciéndose más notables que en ningún otro periodo del desarrollo. 4) existen grandes diferencias en cuanto al grado de madurez alcanzado por las distintas partes del cuerpo. A partir de estos hechos del desarrollo físico del adolescente, se pueden producir situaciones psicológicas nuevas que se superpondrán dentro del campo psicológico. Ante las situaciones desconocidas, ofrece resistencia a la locomoción y opone barreras en su desarrollo, y, como resultado de esos obstáculos se manifiestan conductas agresivas, de rebeldía, emocionales y por consiguiente conductas inestables que le provocan mucho conflicto; trata de avanzar pero retrocede al mismo tiempo en su desarrollo. Debido a la rapidez y ambigüedad de los cambios físicos que se operan en el adolescente, éste se encuentra en una situación marginal y su conducta se ve determinada por valores y anhelos propios de la infancia y de la edad adulta, los cuales le provocan un antagonismo. Bajo esta perspectiva, el paradigma siguiente hace referencia al desarrollo del joven.

2.6. Teoría del Desarrollo de Arnold Gesell.

Gesell (1956) define la adolescencia como un periodo preeminentemente rápido e intenso en cuanto al desarrollo físico, acompañado por profundos cambios que afectan a todo el organismo. Este investigador propuso una teoría general del desarrollo que se refiere específicamente al periodo de la adolescencia, considerándolo como un proceso de patrones graduales que se extienden en el tiempo, en el que cada año de madurez produce conductas y tendencias características.

La teoría señala que el crecimiento mental es un proceso de amoldamiento, una morfogénesis progresiva de las pautas de conducta; es un proceso de diferenciación e integración progresivas. Este concepto unifica el "dualismo de herencia y ambiente" ya que son las influencias del medio ambiente las que estimulan, modifican y apoyan el desarrollo. Y la tarea central del adolescente, según esta teoría, es centrarse a sí mismo, y, en esa búsqueda de encuentro, es precisamente una de las manifestaciones en donde el adolescente cae y muestra signos depresivos. El crecimiento es un proceso tan intrincado y delicado que necesita poderosos factores estabilizadores, más intrínsecos que extrínsecos, que conservan tanto el

equilibrio de la pauta total como la dirección y la tendencia del desarrollo. La maduración es, en cierto sentido, un nombre para su mecanismo de regulación vista desde una dirección cognoscitiva: en este sentido, la teoría presentada a continuación trata estos conceptos.

2.7. Teoría del desarrollo cognoscitivo.

Durante la adolescencia, otra área importante del comportamiento es la relativa a las funciones y el desarrollo cognoscitivo.

La mayoría de los psicólogos del desarrollo, apunta Horrocks (1993) encuentran que la mejor manera de describir el desarrollo cognoscitivo de una persona es considerarlo como una secuencia ascendente de etapas identificables, cada una de las cuales es más compleja que la anterior. Por ejemplo, Vygotsky (1934) identifica tres etapas en el desarrollo cognoscitivo; Harvey, Hunt y Schoeder (1931) hacen una relación del desarrollo cognoscitivo y de la personalidad en un sistema que contiene cuatro niveles de desarrollo; y es precisamente durante la adolescencia cuando se desarrolla el cuarto nivel (no antes de los nueve años). Para Piaget (1970) las etapas cognoscitivas deben incluir cuatro características generales: *Primera.*- Cada etapa debe implicar un modo distinto por medio del cual el sujeto piensa y resuelve problemas; *Segunda.*- Las etapas deben tener una secuencia invariable; los factores culturales o ambientales pueden alterar la rapidez con que se suceda la secuencia, pero ésta es inalterable. *Tercera.*- Cada etapa debe representar una organización básica de pensamientos relativamente única. *Cuarta.*- Cada etapa debe representar una integración jerarquizada y suceder a la anterior.

El mérito de Piaget radica en que al formular una teoría secuencial de cuatro etapas, agregó nuevas dimensiones al entendimiento de la función cognoscitiva y su desarrollo a través de los años de la niñez y, por lo menos, en los primeros años de la adolescencia.

En lo que se refiere a la adolescencia, Piaget, al describir la cuarta etapa de operaciones formales, dice que el niño ya no tiene que restringirse a los datos que percibe de su ambiente inmediato, temporal y espacial. El periodo de operaciones formales anunciado por un desequilibrio que rompe el balance cognoscitivo previo, lleva al adolescente más allá de la experiencia personal y le permite basar sus hipótesis en hechos no observables y no experimentados; por lo tanto, el adolescente puede ampliar su mundo y es capaz de filosofar y pensar libremente en hechos que quedan fuera de sus circunstancias inmediatas y experiencias pasadas.

Piaget (1972) observa que el pensamiento formal se hace posible entre los 11 y 12 años de edad: esto es, las operaciones lógicas comienzan a transportarse del plano de la manipulación concreta al ideacional.

Las observaciones de Piaget, al hacer énfasis en los procesos cognoscitivos internos frente a las influencias externas y los comportamientos observables, han producido gran

volumen de investigación; sin embargo, a pesar de sus aportes, el autor dejó muchos temas sin tratar. Por ejemplo, no tuvo en cuenta las diferencias individuales ni el modo como la cultura, la educación y la motivación individual influyen en el desempeño. Él estudió sobre todo las capacidades del niño medio. Además, su teoría no se puede aplicar completamente a los niños y adolescentes mexicanos porque los datos fueron tomados de muestras europeas, las cuales poseen diferentes marcos educacionales y culturales.

2.8. Teoría Conductual.

Esta teoría no aborda directamente la etapa de la adolescencia, pero sostiene que el comportamiento, en todas sus fases del desarrollo, es aprendido. Considera que este periodo es tan solo una época de transcurso de la vida en la que ocurre la conducta, y que, cabe esperar que ésta última siga las leyes universales del comportamiento, en un contexto específico. Por lo tanto, la conducta del adolescente puede explicarse al definir el contexto y aplicar las leyes de la conducta adecuadas (Horrocks, 1993).

Dentro de este enfoque, se desprende la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1976) la cual sostiene que el adolescente aprende los comportamientos sociales por observación e imitación del modelo. Se diferencia de la aproximación conductual en que considera que la persona contribuye de manera activa en su propio aprendizaje; el aprendizaje humano es complejo y se aprende en un contexto social; reconoce la influencia cognoscitiva sobre el comportamiento; y sostiene que el aprendizaje que se logra a través de la observación es más importante que el refuerzo y el castigo. De gran importancia en esta teoría es la relación dialéctica y continua del individuo con su ambiente, en un "determinismo recíproco" continuo; gran parte del comportamiento se aprende por imitación; esto implica una interacción recíproca continua, entre las influencias conductuales, cognitivas y ambientales.

El conductismo y la Teoría del Aprendizaje Social han contribuido a que el estudio de la psicología sea más científico, ya que enfatizan la definición de las condiciones precisas y la rigurosidad de los experimentos. Al destacar las influencias ambientales, la Teoría del Aprendizaje Social, apuntan Papalia y Wendkos (1997) explica muy bien las diferencias culturales en el comportamiento, pero subestima las influencias biológicas y la herencia; además de que no son desarrolladas en lo básico ya que aplican las mismas leyes del aprendizaje para explicar el comportamiento en todas las edades desde la infancia hasta la edad adulta y no se interesan en las diferencias que se presentan en varias etapas del desarrollo. Sin embargo, cabe señalar que el conductismo a contribuido al desarrollo de programas y terapias que logran cambios rápidos en el comportamiento o enseñar nuevos, lo cual resulta ventajoso para ayudar a los adolescentes en la problemática que enfrentan en esta etapa de su vida. En este sentido, la aproximación conductual aporta los elementos conceptuales que definen el estado emocional que permiten detectar las ideas negativas y la pasividad conductual que constituye los principales componentes observables de la conducta del adolescente deprimido. Bajo esta perspectiva, el trabajo está enfocado en este paradigma.

Al revisar en una panorámica general, las diferentes definiciones y teorías que abordan a la adolescencia, se puede considerar que ésta, por las grandes discrepancias acerca de la concepción de la misma, por los múltiples y variados factores que intervienen en ella, es una etapa de cambios biopsicosocioculturales. Estos cambios, pueden provocar en el adolescente tendencias contradictorias, ambivalentes, tales como la rebeldía, energía, exaltación, indiferencia, letargo, desgano, alegría exuberante, euforia, disforia, depresión y muchas otras manifestaciones. No obstante hay que hacer énfasis en que este proceso del desarrollo no se presenta de igual manera en todos los adolescentes, ya que algunos logran enfrentarla sin grandes conflictos. Se sabe que a través de la socialización como un proceso, el individuo aprende y adopta modas, ideas, creencias, valores y normas de su ambiente particular para incorporarlos a su personalidad. De ahí, que contrariamente a lo que algunos investigadores piensan, no pueda considerarse a todos los adolescentes como iguales; cada uno puede considerarse como una individualidad, aunque se pueden hacer algunas generalizaciones.

Por otra parte, en culturas menos sofisticadas, el adolescente es considerado como un adulto, preparado para asumir responsabilidades de trabajo, preparado para casarse, tener hijos y educarlos; en sociedades más complejas como la nuestra, el adolescente es considerado todavía un niño en la mayoría de los aspectos, como comprueba Mead (1985) en la sociedad de Samoa, o como se puede observar en algunas comunidades campesinas de la cultura mexicana.

De la misma manera que la psicología de la adolescencia se ha preocupado por analizar las características y la definición de la misma, los problemas que enfrentan los jóvenes son objeto de estudio y de preocupación por parte de los estudiosos de esta área. Entre los problemas más frecuentes que los investigadores han reportado, y que consideran como los más importantes que el adolescente puede enfrentar en su proceso de desarrollo, se encuentran los siguientes: embarazo precoz, delincuencia, uso de drogas, deserción escolar, enfermedades venéreas, problemas de identidad, independencia, y problemas asociados con la maduración sexual. éstos sólo indican que el joven está en dificultades y necesita ayuda. En el siguiente apartado se analizan algunos de ellos.

3. Problemas de la adolescencia.

Actualmente, se han realizado algunas investigaciones que giran en torno a la problemática de los jóvenes; aunque, la mayoría de los estudios se han hecho considerando a las poblaciones adolescentes de Estados Unidos principalmente o de otros países. En los estudios realizados por autores como: Mussen (1991); Sorense (1986); Grinder (1990); Conger (1986); Papalia y Wenkos (1997); Sherif y Sherif (1985); Paterson, De-Bearyshe y Ramsey (1989), entre otros. han encontrado los siguientes problemas: delincuencia, drogadicción, embarazo, deserción escolar, enfermedades venéreas, problemas de identidad, problemas de independencia del seno familiar, y problemas asociados con la maduración sexual. En México, se ha incursionado muy poco en este ámbito; no obstante, se cuenta con el estudio epidemiológico de Calderón (1990) cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de los estados depresivos en una colonia del Distrito Federal, y el estudio epidemiológico de los problemas

psicológicos en una población de adolescentes realizado por Silva (1989); entre los problemas que analizó este autor se encuentran: los hábitos de estudio, fobias, información sexual, adicción, delincuencia, y conflictos familiares. Aún cuando puede considerarse que la problemática de la juventud es de índole universal, las circunstancias socioculturales pueden reflejar algunas diferencias, por lo cual se hace necesario propugnar por la investigación de este tópico en nuestro país. A continuación se tratan algunos problemas que se consideran en relación estrecha con la presencia de niveles de depresión en los adolescentes por las manifestaciones emocionales que experimentan la mayoría de ellos.

Embarazo precoz.- Se ha convertido casi en un hecho común ver hoy en día incrementado el número de jóvenes que se convierten en madres a temprana edad (entre los 13 y 19 años); posiblemente como resultado directo del aumento de la actividad sexual. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 1995) aproximadamente una de cuatro adolescentes sexualmente activas se embarazan entre los 16 y 19 años. Es factible que los medios masivos de comunicación: programas de radio, televisión, películas y revistas pornográficas, a los que la mayoría de los adolescentes tienen acceso, inciten a los adolescentes a iniciar una práctica sexual sin responsabilidad y desde temprana edad.

Deserción escolar.- Actualmente se puede observar que muchos estudiantes se retiran de los centros escolares antes de obtener su certificado de estudios. Entre los problemas que intervienen en la deserción escolar se pueden considerar factores socioeconómicos y psicológicos, tales como: deficiencias del medio ambiente (habitar en barrios urbanos miserables); problemas económicos; falta de motivación; la crisis emocional por la que atraviesan algunos adolescentes, la calidad de la enseñanza, entre otros. Las características psicológicas de los desertores escolares es que parecen tener menos confianza en sí mismos; carecen de una imagen y de un sentimiento de identidad de sí mismos; y poseen menos valores y metas personales, sociales o laborales estructuradas; además de sentimientos de hostilidad, de enojo y de resentimiento contra cualquier forma de autoridad en el hogar, civil, escolar o laboral. En términos sociológicos, el desertor es aquel que suele provenir de hogares que tienen conflictos familiares; socialmente aislados; con problemas económicos; y dificultades académicas (Mussen, 1991).

Drogadicción.- Un problema que ha ido creciendo durante la última década es el uso de diversas drogas en las sociedades de manera indiscriminada. Considerado de gran importancia para los estudiosos de la adolescencia y la sociedad en general, ya que repercute en la salud física y emocional del joven, este problema se ha agudizado a raíz del avance tecnológico de la producción de drogas permitidas (Conger, 1986).

Para el adolescente el consumo de drogas podrá cumplir varios fines especiales: tal vez exista una necesidad de rebelarse contra la autoridad de los adultos, utilizando las drogas prohibidas que son causa de alarma por parte de los padres; o tal vez una simple curiosidad por explorar experiencias nuevas; o el reflejo del rechazo de los valores de una sociedad que se percibe como crecientemente fría, cruel e impersonal; o para olvidarse de los problemas o simplemente huir de ellos. Sin embargo, subsiste el hecho de que, aunque las drogas puedan

producir el olvido de los problemas o facilitar una huida transitoria de los mismos, no han producido una estabilidad emocional, sino que han perjudicado la creatividad de los sujetos.

Problemas de Identidad.- Mussen (1991) y Sherif y Sherif (1986) mencionan que el problema de la identidad se presenta frecuentemente en los jóvenes al no saber determinar exactamente a donde van o qué es lo que esperan de otros y de ellos mismos. Según estos autores, el adolescente tiende a sentirse inseguro debido a que está viviendo situaciones totalmente nuevas, tratando de integrarlas con las que ya tenían; está pasando por nuevos cambios y sensaciones que aún no está muy seguro de cómo hacerles frente.

La tarea de convertirse en adulto, según Erikson (1968) es el desarrollo de un sentido de la propia identidad que es lo que define al individuo como persona. Ante esta situación, el adolescente se encuentra en condición desfavorable cuando trata de hacer frente a las demandas que los adultos le imponen, tales como: independencia, integración de su reciente descubierta madurez sexual, establecimiento de nuevas interrelaciones sin fricciones con sus iguales de cualquiera de los dos sexos y toma de decisiones.

Problemas de independencia del seno familiar.- Conger (1986) señala que con el advenimiento de la pubertad, el mundo del adolescente se agranda e incluye muchos elementos, algunos de los cuales son compatibles y otros incompatibles con su condición familiar. Al mismo tiempo afirma que existen nuevos deseos de independencia, experiencias que no interesan que sean del conocimiento o aprobación de la familia, y una necesidad creciente de hacer valer sus derechos.

La depresión en la adolescencia.- Varios autores opinan que los adolescentes, por encontrarse en la etapa del desarrollo, además del esfuerzo que realizan para alcanzar la madurez y el logro de su independencia, los enfrenta a cambios frecuentes que les genera a muchos de ellos, trastornos emocionales y de conducta, como la depresión; no obstante, estos cambios no se presentan de igual manera en todos los adolescentes, sino que dependen de las condiciones y estilos de vida de cada individuo. La inestabilidad emocional del joven, conformada de amenazas y de miedos, de autoafirmaciones y de protagonismos, de dependencia e independencia afectiva, le instala en un precario equilibrio que fácilmente cualquier mínimo conflicto desbarata y arruina; la perpetuación de este estado, según Polaino-Lorente (1988), puede hacer emerger un trastorno depresivo, que una vez instaurado, si no se evalúa, diagnostica y trata a tiempo, puede alterar la futura vida del adolescente.

Por ser la depresión un problema de interés primordial para el presente trabajo, en los capítulos dos y tres se analiza este trastorno en relación a su definición, clasificación, etiología y evaluación, tanto de manera general como específicamente en esta etapa del desarrollo.

CAPÍTULO DOS

LA DEPRESIÓN

Antecedentes.

Definición.

Clasificación.

Etiología.

La depresión se ha convertido en uno de los trastornos de salud más frecuentes en las sociedades modernas, aunque ha preocupado a la humanidad desde tiempos remotos. Su descripción e interpretación ha evolucionado con el avance de los conocimientos médico-científicos, y aunque ya se disponen de métodos diagnósticos y terapéuticos efectivos, su frecuencia se ha incrementado paulatinamente, tanto que se ha convertido en un problema de salud pública. Se calcula que la frecuencia de este padecimiento oscila entre el 20 y 25%, aunque, los investigadores señalan que este porcentaje se ha incrementado a consecuencia de factores psicológicos, sociales y ecológicos, que provocan el incremento en dicho trastorno de conducta, el cual, se ve relacionado tanto a la inadaptación del ciclo vital de la familia y reacciones de adaptación, como a pérdidas materiales y afectivas.

En tal sentido, los adolescentes, por encontrarse en una etapa de desarrollo con cambios frecuentes son presa fácil de ese padecimiento; en consecuencia, se afecta su productividad laboral, el rendimiento escolar y las relaciones interpersonales, que se traducen, finalmente, en expresiones de derrota y fracaso, y, en casos más graves, en actos suicidas, por los mismos sentimientos ambivalentes y contradictorios a que se encuentran sometidos. El problema se remite necesariamente a una revisión del origen, desarrollo y causalidad del estado depresivo, desde sus inicios, aun cuando no era considerado como un trastorno psicológico, hasta la complejidad actual en que se encuentra involucrado.

1. Antecedentes de la depresión

Dentro de los antecedentes de la depresión, se ha encontrado que desde la antigüedad se le encontraba relacionada con la "melancolía" (bilis negra) asociada a síntomas de ansiedad, irritabilidad, tristeza y deseos de morir. Fue Hipócrates quien por primera vez describió de manera clínica y objetiva a la depresión adoptando precisamente el término "melancolía" para referirse al individuo deprimido y cuyo origen lo atribuyó a un exceso de atrabilis o bilis negra en el cerebro.

Posteriormente Areteo de Capadocia (siglo II de nuestra era) sugirió que la depresión era causada por factores psicológicos, y que poco tenía que ver con la "bilis negra". Valorizó la importancia de las relaciones interpersonales durante el curso del trastorno el cual desaparecía cuando sucedía un episodio motivante. En esa misma época Galeno desarrolló una teoría de salud mental basada en supuestos "humores", esta teoría se mantuvo durante muchos siglos hasta la Edad Media. Con el Renacimiento, surgió nuevamente el interés en la depresión dándole un nuevo enfoque a sus causas; aunque todavía algunos investigadores sostenían que la melancolía era producida por situaciones demoniacas e influencias astrales como lo estipulaba el filósofo Santo Tomás de Aquino. Por su parte, Soranos de Ephesos (cit. en Calderón. 1990) señalaba como síntomas principales de la melancolía, la tristeza, los deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto, irritabilidad y jovialidad.

Con la Revolución científica los psiquiatras consideraron a la depresión como una enfermedad mental causada por agentes fisiológicos y no como se creía en la antigüedad, como

el producto de "posesiones demoniacas"; más tarde, Robert Burton (cit. en Calderón op. cit.), trata "La anatomía de la melancolía", facilitando la identificación de los estados depresivos.

A principios del siglo XIX, Pinel en 1801 (cit. en Calderón op. cit.) indicó como causas posibles de la melancolía (término utilizado todavía en este siglo) a los aspectos psicológicos (por ejemplo, el miedo, los desengaños amorosos, la pérdida de propiedades y las dificultades familiares) y las causas físicas (por ejemplo, la amenorrea y el puerperio), expresó que la memoria y la asociación de ideas estaban frecuentemente perturbadas, induciendo en algunas ocasiones al suicidio.

Por otra parte, los estudios genéticos en psiquiatría consideraron a los problemas depresivos como parte de la psicosis maniaco depresiva, prevaleciendo esta situación durante las tres primeras décadas del siglo XX. En consecuencia a la persona deprimida se le calificaba de psicótico aunque sus síntomas fueran muy leves.

Últimamente son muchos los clínicos e investigadores que han empezado a interesarse por el trastorno depresivo y que consideran factores biológicos, psicológicos, sociológicos y ambientales para tratar de definirlo, y los síntomas que la caracterizan (tristeza, llanto, insomnio, inapetencia, baja autoestima, apatía, aislamiento, entre otros), derivados de problemas socioeconómicos, familiares, escolares y sentimentales. No obstante, aún cuando resulta difícil delimitarlo y lograr un consenso conceptual, se han propuesto algunas definiciones desde diversos enfoques teóricos que a continuación se exponen.

2. Definición

Dentro del enfoque psicoanalítico, Freud (1917, ed. 1991) la relaciona con la melancolía y la define como una agresión internalizada, originalmente dirigida al objeto de amor; considera que un sujeto que ha perdido a un ser querido manifiesta estados depresivos. Becker (1979) la atribuye al resultado de amenaza a la autoestima por factores rígidos de acción; la tensión a la que se ve sometido el individuo le provoca ciertos estados de depresión. Zung (1965) define el estado depresivo como una alteración del ánimo que se caracteriza por sentimientos profundos y quejas constantes de estar deprimido, triste, descorazonado y temeroso; incluye síntomas fisiológicos como variación diurna, alteraciones en el sueño, disminución del apetito, de la libido y del peso, estreñimiento, taquicardia, fatiga, alteraciones psicomotoras y psicológicas, confusión, sensación de vacío, desesperanza, indecisión, descontento, irritabilidad, devaluación personal y reflexión suicida.

Desde el punto de vista biológico, Sabanés (1993) la considera como un padecimiento ligero y como un estado de desánimo que dura, al menos, varios días y hace difícil que la persona deprimida lleve a cabo, en forma normal, sus actividades cotidianas; es una evidente alteración de la capacidad para captar, sentir y manifestar los afectos. Arieti (1993) menciona que la depresión es un sentimiento contrario al pesar y la tristeza comunes, es también un síndrome en la medida en que produce graves alteraciones del funcionamiento psicológico y de

algunas funciones somáticas; que se la considere o no como un trastorno depende del modo en que se la defina.

Se puede apreciar, por las definiciones mencionadas, que no existe un criterio unificador en torno al término de depresión, por lo que su estudio resulta complejo, más aun, si los estudios que de ella se derivan adoptan puntos de vista particulares, considerando, con frecuencia, sólo los estados verbales, a través de los autorreportes, que el sujeto proporciona asociados con sus estados internos. En este sentido, son los factores que en ella intervienen los que, de una u otra forma, la definen.

El DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Pichot, 1996), basándose en investigación empírica, la define como una alteración del estado de ánimo con serias repercusiones en los aspectos familiar, laboral, social y sexual; se encuentra clasificada en el apartado de los trastornos afectivos, que tienen como característica principal una alteración del humor.

Dentro del marco cognitivo conductual, el modelo de la depresión propuesto por Beck, Rush, Shaw y Emery (1983), la definen como el resultado de distorsiones cognitivas que surgen cuando la persona evalúa sus experiencias negativamente, reflejándose en su autoimagen, su percepción del mundo y del futuro; la visión que se tiene del mundo y del futuro está vacía porque el sujeto no se valora a sí mismo. La considera como un síntoma que vincula aspectos de índole emocionales, tales como la pérdida de la alegría, y los periodos de llanto; motivacionales, como deseos de evitación e ideas suicidas; y neurovegetativas como la pérdida de apetito y del sueño. En relación a las manifestaciones comportamentales, el sujeto presenta un déficit en sus actividades interpersonales.

Para el presente trabajo, la aproximación cognitiva-conductual aporta los elementos conceptuales que definen al estado depresivo y que permiten detectar las ideas negativas y la pasividad conductual que constituye los principales componentes observables de este trastorno, en la naturaleza compleja y de cambios acelerados en los adolescentes, que puede llevar a una evaluación más precisa de los niveles depresivos en esta etapa del desarrollo.

En este sentido, cualquier definición de la depresión que se quiera adoptar tendrá que considerar, desde la aproximación cognitiva-conductual, aspectos comportamentales, verbales y cognitivos, somáticos y motores.

Por otra parte, la adopción de una definición, remite a uno de los problemas conceptuales más urgentes al que se enfrenta el campo de la evaluación: la clasificación de la depresión. En el siguiente apartado, se hace una revisión de las clasificaciones que más se han empleado en los estudios empíricos de este trastorno.

3. Clasificación de la depresión

En el intento de establecer un sistema de clasificación para la depresión con base empírica, Gross y Wixted (1993) citan como ventajas más urgentes las siguientes: a) estimulan la investigación dirigida a la identificación de los factores etiológicos implicados en la depresión; b) promueve el desarrollo de intervenciones eficaces dirigidas a poblaciones específicas; y c) puede proporcionar alguna información sobre la prevención a largo plazo.

A pesar de estos beneficios potenciales, algunos autores conductuales advierten en contra de la aceptación de un sistema de diagnóstico; desde esta perspectiva, una de las dificultades de la etiqueta es la suposición de que el síndrome conductual identificado se generalizará a todas las situaciones (Bellack y Hersen, 1993). Otra limitante importante que señalan estos autores, es que la etiqueta diagnóstica no ofrece información acerca de las posibles variables situacionales que pueden estar controlando la conducta del individuo, por lo que se recomienda ser cauteloso en el uso de un sistema clasificatorio y su consecuente diagnóstico.

Dentro de las clasificaciones que se manejan en la comunidad científica se citan a continuación las que han suscitado estudios de investigación empírica para esclarecer la complejidad del trastorno.

Para algunos autores el término depresión se utiliza indistintamente para referirse a un estado de ánimo "bajo", a un síntoma y a un síndrome (Lader, 1981; Andreasen, 1982).

Centrándose en la categoría de síndrome, estos autores han clasificado al trastorno depresivo de acuerdo a un factor determinante específico. Se distinguen así las variantes endógena-reactiva, unipolar-bipolar, agitada-retardada, mínima-leve-moderada-grave, y neurótica-psicótica (ver cuadro 1).

FACTOR DETERMINANTE	TIPOS DE DEPRESIÓN
Causación	Endógena-Reactiva
Historia de Manía	Unipolar-Bipolar
Cuadro Clínico	Agitada-Retardada
Gravedad	Mínima-Leve-Moderada-Grave
Contacto con la realidad	Neurótica-Psicótica

Cuadro 1. Clasificación de la depresión: Principales divisiones propuestas por Lader (1981).

Sabanés (1993), desde el punto de vista psiquiátrico, clasifica el trastorno en depresión endógena, somatógena y psicógena. En una segunda clasificación, más actualizada, hace hincapié en saber si el estado depresivo está o no relacionado con otros trastornos, y si cumple

o no requisitos como síntomas, signos, gravedad y tiempo de evolución. Se desprenden de este criterio las depresiones primarias (unipolares y bipolares, mayores y menores en ambas clasificaciones) y depresiones secundarias.

Por su parte, Mc. Conville, Boag y Purohit (1973) distinguen los siguientes subtipos depresivos: el afectivo, de autoestima negativa y culposo.

El DSM-IV (Pichot, 1996) hace la siguiente clasificación del estado depresivo:

- **Trastorno depresivo mayor** (leve, moderado y grave) que referencia al estado de ánimo deprimido o a la pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. Se experimentan además cambios de apetito o peso, cambios del sueño y actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de culpa; dificultad para pensar, para concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos suicidas.
- **El trastorno distímico** tiene como característica esencial un estado de ánimo crónicamente depresivo; el estado de ánimo de los sujetos que padecen este trastorno es de tristeza, pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnía, fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza; los sujetos se ven a sí mismos como poco interesantes o inútiles.
- **El trastorno depresivo no especificado** incluye el trastorno disfórico premenstrual con síntomas como: estado de ánimo acusadamente deprimido, ansiedad, labilidad afectiva y pérdida de interés en las actividades; el trastorno depresivo menor que presenta síntomas como un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día con tristeza y sensación de vacío, disminución del interés o el placer por la actividad, pérdida o ganancia de peso, insomnio o hipersomnía, agitación psicomotora, fatiga o falta de energía, sentimientos de culpa, disminución de la capacidad para pensar, concentrarse, o tomar decisiones, e ideas recurrentes de muerte; el trastorno depresivo recidivante; trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia; episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, a un trastorno psicótico no especificado, o a la fase activa de la esquizofrenia; y trastorno depresivo indefinido ocasionado por causas médicas o ingesta de sustancias.

Una de las clasificaciones más usadas es la distinción entre depresión endógena y depresión reactiva. La segunda, por el contrario de la primera, se explica mediante agentes precipitadores externos, y algunas manifestaciones sintomatológicas difieren entre ambas: los depresivos endógenos presentan más síntomas físicos y sentimientos de culpa; pueden padecer insomnio por la mañana; tienden a manifestar un mayor retraso o agitación motora; su estado de ánimo es percibido cualitativamente distinto al sentimiento experimentado tras la muerte de un ser querido, y presentan una marcada falta de reactividad ante estímulos agradables (Polaino-Lorente, 1988).

Ahora bien, si se considera al individuo como unidad biopsicosocial, es necesario tomar en consideración una serie de factores causales que pueden estar determinando el trastorno. Desde esta perspectiva puede decirse que la etiología de la depresión es multifactorial con el

predominio de algunos agentes predisponentes sobre otros, según sea el cuadro depresivo. En el apartado siguiente se analizan las causas que diversas aproximaciones teóricas han intentado explorar en el trastorno.

4. Etiología

Aunque existe un cierto número de hipótesis concernientes al desarrollo causal de la depresión, todavía no hay un consenso en el ámbito teórico. Se ha intentado explicarla desde las siguientes aproximaciones teóricas: sociológica, biológica, médica, psicoanalítica, conductual y cognitiva-conductual. El análisis exhaustivo de estos enfoques rebasa los objetivos del presente trabajo, por lo que sólo se describen a continuación algunos aspectos de manera general, enfatizando únicamente el modelo teórico cognitivo-conductual propuesto por Beck y cols. (1983) que sirve de base para lograr el objetivo primordial de esta investigación.

4.1. Enfoque Sociológico.

Este enfoque refiere el desmoronamiento de la autoestima del individuo, incluyendo pérdidas simbólicas objetivas y subjetivas, como la causa del trastorno depresivo (Petti, 1993). Se considera a la sociedad como la responsable de que el sujeto no actúe con entera libertad, ya que, de alguna forma influye en su personalidad, contribuyendo a que éste genere una baja autoestima, patrones rígidos de acción y una variedad limitada de acciones posibles, resultándole más difícil establecer relaciones profundas; también es menos probable que ocupe puestos que requieran independencia (Freden, 1986). Dentro de este paradigma se destaca el enfoque de Becker (1924-1974) que da una explicación sociopsicológica, a través de factores de la vida cotidiana o social generadores de reacciones depresivas. El autor parte del supuesto de que la gente se esfuerza por tener una autoestima y por evitar la ansiedad. No obstante estas dos motivaciones son contradictorias, ya que la persona que reacciona con mayor probabilidad a la adversidad con depresión, por lo general ha estado particularmente dedicada a evitar la ansiedad, y esto a su vez reduce su autoestima, conformándose así la personalidad depresiva como un concepto sociopsicológico. Se considera su propuesta como un modelo multidimensional porque sus fundamentos teóricos se derivan de diversas teorías y del contexto cultural; para estudiar la depresión toma como punto de partida la posición ontológica existencial del hombre, las condiciones contingentes a la cultura, la vida fuera del yo y la vida interior.

4.2. Enfoque Biomédico

En esta aproximación se hace referencia a que el origen de la depresión puede ser interno, llamada por ello depresión endógena, en donde intervienen aspectos bioquímicos y genéticos; y depresión exógena, cuando depende de circunstancias externas "sociales", en cuyo caso, su diagnóstico se basa principalmente en los factores familiares, reacciones motoras,

agentes antidepresivos y factores desencadenantes (Freden, pag.18, 1986). En la depresión endógena, la etiología se sustenta en la teoría de las aminas biógenas (serotonina, dopamina y norepinefrina) considerando que el origen de la depresión se encuentra en una alteración de la neurotransmisión monoaminérgica (Den Boer y Sitsen, 1994). Dentro de esta aproximación algunos autores consideran el enfoque neurofisiológico en el que se plantea la deficiencia de mecanismos, como la hiperacción y la alteración funcional reversible; el aumento de la tensión muscular, la aceleración de la tasa cardiaca y de la respiración son algunos cambios fisiológicos relacionados con el estado depresivo, producto de un desequilibrio de la carga eléctrica del sistema nervioso (Petti, 1993).

Se han encontrado pruebas hereditarias de depresión endógena entre familiares (padres, hermanos, hijos), aunque no ha sido aclarado definitivamente el mecanismo de la transmisión hereditaria depresiva (Sabanés, 1993).

Los registros biológicos representan el esfuerzo realizado en este ámbito en los últimos años, aunque su investigación se encuentra todavía en una fase inicial. Siguiendo a Puig-Antich (1986) los indicadores biológicos constituyen el conjunto de características que han demostrado estar asociadas a un trastorno específico y que aparecen durante el episodio del trastorno, los intervalos en que el sujeto está libre de síntomas, o durante ambos. Todavía no está muy claro si estas modificaciones biológicas se asocian únicamente a la aparición del episodio clínico, o continúan mostrándose una vez que éste ha desaparecido.

Esta aproximación teórica no excluye en absoluto o descalifica otras etiologías; simplemente postula que las alteraciones neuronales y bioquímicas y los mecanismos neurofisiológicos implicados en la regulación de las alteraciones afectivas, se acompañan y manifiestan a través de alteraciones biológicas sutiles, pero específicas.

4.3 Enfoque psicoanalítico

La escuela psicoanalítica propone que el individuo depresivo está inmerso en sentimientos de culpa y de baja autoestima. Interioriza la pérdida de objeto como un rechazo de sí mismo y la confunde o la relaciona inconscientemente con sus propias experiencias tempranas. Freud (1917, ed. 1991) manifiesta que el potencial depresivo tiene su origen en la primera infancia. Supone que durante la etapa oral, las necesidades orales del infante pueden ser insuficientes o excesivamente satisfechas, o bien, que después de perder a un ser amado, el individuo introyecta o incorpora en sí mismo a la persona desaparecida; de ahí que la depresión se derive del luto y la melancolía. La pérdida de objeto provoca en el individuo estados depresivos conscientes e inconscientes, tales como tristeza, llanto, nostalgia, amargura, sensación de vacío, sentimiento de culpa hasta pensamientos suicidas.

Aunque no existe una teoría unificada global y precisa de la depresión, el enfoque psicoanalítico ofrece una serie de explicaciones a través de varios modelos, entre ellos el de cólera restringida, que manifiesta una desviación, hacia nuestro interior, del instinto agresivo

causada por la pérdida de un objeto amado, convirtiéndose el instinto agresivo en afecto depresivo. Otro modelo es el de pérdida del objeto que entraña la separación y la alteración de los vínculos básicos. El modelo egopsicológico que contempla la depresión como resultado de que una persona advierte que es incapaz de cumplir las aspiraciones que esperaba, y al sentirse fracasado se deprime.

4.4. Enfoque conductual

La aproximación conductual considera a la depresión como resultado del acceso limitado de acciones que proporcionan un refuerzo positivo, quizá porque el individuo es incapaz de llevar a cabo una acción que le brinde recompensas; de tal manera que se desencadena la depresión, ya sea por pérdida de refuerzo positivo o por la experiencia del castigo (refuerzo negativo), o bien, por ambas cosas. Esta teoría comprende dos modelos: 1) Modelo de Indefensión Aprendida, llamado también de desamparo aprendido (Seligman y Peterson, 1986), que concierne a la incapacidad del individuo para escapar de situaciones aversivas; cuando el individuo se siente responsable de su ineficacia tiene lugar un descenso de la autoestima; y 2) El Modelo de Pérdida de Reforzamiento (Lewinsohn, Weinstein y Shaw (1968) que describe las gratificaciones implicadas en el papel del enfermo, como sentimientos de las fuentes perdidas de reforzamiento positivo.

Son múltiples los estudios que han correlacionado indefensión aprendida y depresión connotando que cuando ambos están presentes, se altera tanto la motivación como la cognición. Cuando los individuos se sienten responsables de su ineficacia tiene lugar un descenso de la autoestima, produciendo déficit de agresión y de asertividad, como también, déficits apetitivos y fisiológicos. Se mencionan tres causas posibles de una tasa reducida de reforzamiento positivo contingente a las respuestas: a) capacidad disminuida de los reforzadores, b) falta de hechos reforzantes disponibles, y c) ausencia de los comportamientos sociales necesarios para obtener los reforzadores posibles (Petti, 1993).

Ambos modelos están relacionados, ya que la ausencia general de reforzadores disponibles en el ambiente del individuo, o su incapacidad para obtenerlos a causa de un déficit de las habilidades sociales adecuadas influyen en su comportamiento, manifestándose conductas deficientes para poder conducirse.

4.5. Enfoque cognitivo-conductual

De la Teoría del Aprendizaje Social propuesta por Bandura (1982) se desprende la aproximación cognitivo-conductual de la depresión, que atribuye un papel fundamental al pensamiento y juicio de los pacientes depresivos en el desarrollo y mantenimiento de la afección. El enfoque sugiere que existe una alteración previa en la manera de pensar del individuo, que le provoca el desarrollo de la alteración del estado de ánimo con un esquema de autodesprecio y autoacusación (Gumá, 1991). La formulación contemporánea de la teoría

cognitiva manifiesta que la gente que llega a deprimirse mantiene elementos vulnerables cognitivos negativos, preexistentes y relativamente estables, que la predisponen en dirección al estado depresivo. Estos aspectos vulnerables se describen con distintos términos incluyendo los de creencias, suposiciones, actitudes, visiones del mundo y esquemas sobre uno mismo.

Los modelos cognitivos tienen como base un desarrollo de investigación empírica orientado hacia el aspecto conductual en adición al cognitivo, esto es, al proceso mental que transforma, elabora, almacena, registra, sintetiza y amplía la riqueza sensoriales tanto internas como externas. En este sentido, las teorías cognitivas han reconocido una interdependencia entre cognición, afecto, fisiología y conducta. Dentro de este enfoque se encuentran considerados el **modelo cognitivo de la disfunción** que enfatiza la potencialidad de los individuos para percibir negativamente el ambiente y los acontecimientos que le rodean, y, a través de estas percepciones negativas, crear en ellos mismos la perturbación emocional para el desarrollo de la disfunción, incluyendo los factores cognitivos predisponentes y los procesos cognitivos; y el **modelo cognitivo de la depresión de Beck y cols. (1967)** que propone una vinculación estrecha entre pensamiento, conducta y emociones.

4.6. Modelo cognitivo de la depresión de Beck

Esta teoría postula que la depresión es producto de distorsiones cognitivas que surgen cuando la persona evalúa sus experiencias negativamente, reflejándose en su autoimagen, su percepción del mundo y del futuro; se generan pensamientos automáticos disfuncionales que activan y mantienen el trastorno depresivo. El origen de todo esto es un sistema de creencias o reglas absolutistas que pueden tomarse disfuncionales, que servirán como base para la evaluación de las experiencias vividas por el individuo y son la fuente de las distorsiones cognitivas, facilitando la vulnerabilidad a la depresión

Beck y cols. (1967) sugieren cuatro categorías de afecciones: las emocionales, cognitivas, motivacionales y neurovegetativas (ver cuadro 2). El modelo enfatiza la modificación de los procesos cognitivos considerados como mediadores de la conducta externa, y generadores consecuentes en los estados emocionales, como la depresión; se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo, y sus cogniciones se basan en actitudes o esquemas desarrollados a partir de experiencias anteriores; consecuentemente, la persona responderá a las situaciones en términos de adecuación, incluso aunque las situaciones nada tengan que ver con la dimensión de competencia personal. Con base en estos aspectos, el modelo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: 1) *La triada cognitiva*, 2) *Los esquemas de experiencias anteriores*, y 3) *Los errores cognitivos en el procesamiento de la información*.

Manifestaciones de la depresión: División factorial de Beck (1983)

Manifestaciones emocionales

- Estado de ánimo disfórico.
- Sentimientos negativos hacia uno mismo.
- Reducción de la gratificación que se obtiene de la realización de actividades.
- Pérdida de apego emocional a personas o cosas.
- Periodos de llanto.
- Pérdida de la alegría.

Manifestaciones cognitivas

- Baja auto-evaluación.
- Expectativas negativas.
- Auto-acusación y autocrítica.
- Indecisión.
- Distorsión de la propia imagen corporal.

Manifestaciones motivacionales

- Paralización de la voluntad.
- Deseos de evitación, escape, retirada
- Deseos de suicidio.
- Aumento de la dependencia de otros

Manifestaciones neurovegetativas y físicas

- Pérdida del apetito.
- Problemas del sueño.
- Pérdida de la libido.
- Cansancio.

Cuadro 2. Síntomas de la depresión según Beck y cols. (1983).

La triada cognitiva consiste en tres ámbitos que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, a su futuro y a sus experiencias de un modo idiosincrático, que, en la persona deprimida que sirve para evaluar negativamente sus experiencias. El primer componente está centrado en la visión negativa del individuo acerca de sí mismo, por lo que tiende a subestimarse y a la autocrítica basada en sus defectos; piensa que carece de atributos para lograr la alegría y la felicidad. El segundo componente se centra en la visión negativa acerca del futuro; esta visión puede producir una inhibición psicomotriz. El tercero se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de un modo negativo; interpreta sus interacciones con su mundo, en términos de relaciones de derrota o frustración.

Los esquemas negativos aprendidos desde temprana edad, suelen desarrollarse a través de las experiencias negativas fomentadas por acciones rígidas que guían la conducta

disfuncionalmente e influyen en el contenido del pensamiento del sujeto, y se caracterizan por ser muy absolutistas, extremas y arbitrarias; mismas que hacen que la persona cometa errores cognitivos por medio de generalizaciones exageradas e inferencias arbitrarias. A partir de estos aspectos, la persona deprimida analiza y organiza sus experiencias, y predispone a que el individuo procese distorsionadamente la información de sus propias experiencias en ciertas circunstancias. El confrontamiento de estas experiencias con eventos estresores, lastimará la autoimagen, causará malestar y precipitará una cadena de pensamientos disfuncionales o inadaptados que conducirán al estado depresivo por medio de un ciclo mutuamente reforzante entre pensamientos, conducta y afecto. A este respecto, algunas asunciones dogmáticas que predisponen a la depresión como condiciones rígidas de acción para ..., son el "debo", por ejemplo "debo ser aceptado", "debo tener éxito", "debo ser amable", etc.; cuando se cumple con estos preceptos, obviamente el sujeto no se deprimirá; pero si no se cumplen, al individuo le ocasionarán muchos problemas no tan solo en el aspecto social, sino familiar, económico y hasta sentimental.

En la etapa adolescente, la depresión ha sido considerada de distintos modos y desde diferentes perspectivas teóricas. En este sentido, no existen acuerdos para establecer su etiología, aunque se manifiestan un cierto número de hipótesis prometedoras que ha futuro, son un reto para clínicos e investigadores por la dificultad en alcanzar consenso acerca de su definición, diagnóstico, y evaluación; por lo que el siguiente capítulo trata estos aspectos del trastorno depresivo en esta etapa del desarrollo.

CAPÍTULO TRES

LA DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

Aproximación conceptual.

Clasificación de la depresión en la adolescencia.

Aspectos epidemiológicos: incidencia y prevalencia.

Causas de la depresión en la adolescencia.

Estrategias de evaluación.

Problemas para evaluar la depresión en la adolescencia mexicana.

Desde el punto de vista de Petti (1993) la depresión es un síntoma que se manifiesta en todas las categorías diagnósticas de la psicopatología del adolescente, sirve de prototipo para el estudio de otros trastornos de conducta, y el cuadro clínico del adolescente con problemas de depresión está permanentemente empañado por factores evolutivos, familiares, sociales, culturales y cognitivos. Esta complejidad del síntoma, aunada al hecho de que hay escasa información, acerca de registros fisiológicos y bioquímicos del estado depresivo en niños y jóvenes, enfrenta a los investigadores a diversos problemas que tienen que ver con su definición, y la necesidad de llegar a un consenso de la misma. En el siguiente apartado se analizan algunos de estos problemas

1. Aproximación conceptual

Todavía en la época de los sesenta había casi una total indiferencia respecto a los estados depresivos en niños y adolescentes; una gran mayoría de la literatura sobre el tema los ignoraba, y cuando ocasionalmente se referían a ellos, siempre era en relación a otros trastornos afectivos que se presentaban como consecuencia de los mismos.

Al iniciarse el interés por este problema, hubo controversias en cuanto a sus causas, manifestaciones, criterios de clasificación, a su diagnóstico, evaluación, y tratamiento. Algunas observaciones al respecto, se encausaron en los siguientes criterios (Polaino-Lorente, 1988):

1. La depresión en los infantes y adolescentes debería ser considerada como una entidad similar a la del adulto.
2. El cuadro depresivo de esta etapa debería considerarse como un trastorno similar al del adulto, pero estableciendo niveles de desarrollo.
3. La escasa investigación en este ámbito de estudio, no aporta elementos suficientes para aceptar la depresión en la infancia y la adolescencia como una entidad clínica reconocida.

Poco a poco las referencias a la aceptación del trastorno en el adolescente han surgido cada vez de manera más frecuente; así-mismo, el concepto de lo que se entiende por depresión en esta etapa ha ido variando, paralelo a su aceptación.

Consultando la literatura sobre el tema, se pueden distinguir cuatro corrientes del pensamiento, con puntos de vista diferentes acerca de su definición. Estos son, de acuerdo con Cantwell y Carlson (1993) los siguientes:

- A. El enfoque psicoanalítico que niega la ocurrencia del trastorno.
- B. Los que aceptan la existencia de la depresión en esta etapa con variaciones en síntomas asociados según la edad.

- C. El punto de vista que apoya la idea de la depresión "enmascarada", expresada a través de equivalentes depresivos.
- D. Los que buscan encontrar diferencias y similitudes entre los cuadros depresivos del adulto y del niño o adolescente.

Recientemente, la psicología del desarrollo ha criticado y puesto en discusión la aplicación de de los criterios de la depresión adulta a la de los niños y adolescentes. Contrariamente, sugieren que los síntomas pueden variar según la edad. Dentro de esta posición se pueden citar los trabajos de Achenbach (1983), Rutter, Izard y Read (1986).

El DSM-IV reconoce a la depresión en la niñez y la adolescencia como un trastorno afectivo, cuyos síntomas centrales son similares a aquellos encontrados en el trastorno depresivo de los adultos, pero con las características específicas del desarrollo.

En el presente trabajo se considera que la depresión en la adolescencia es una entidad clínica relativamente nueva y parcialmente contestada, por cuanto que plantea un conjunto de interrogantes por el momento todavía no resueltos; en tal caso, la edad es una variable, no solo interviniente sino moduladora, -más aun, configuradora- del modo en que se manifiesta sintomatológicamente el trastorno. En este sentido, no hay una definición acabada, a pesar de que se sitúa, de acuerdo con Petti (1993) entre los trastornos de mayor incidencia de la psicopatología infantil, tal vez por efecto de ciertos factores socioculturales.

Dentro de la descripción sintomatológica (también llamada fenomenológica) de la depresión en la adolescencia, (que toma en cuenta los elementos del desarrollo para el reconocimiento de la entidad) básicamente se pueden señalar tres trabajos:

- En el primer trabajo, los síntomas principales, según Poznanski (1982), son: ánimo depresivo, anhedonia, baja autoestima, culpa patológica, retraimiento social, bajo aprovechamiento escolar, fatiga excesiva, retraso psicomotor, dificultades en las funciones vegetativas y las ideas de enfermedad e intento suicida. Los síntomas asociados son: la irritabilidad, el llanto y las complicaciones somáticas.
- En el segundo trabajo, realizado por Carlson y Kashani (1988) con su estudio "La fenomenología de la depresión desde la niñez hasta la edad adulta", se presenta signos y síntomas que aumentan, disminuyen, o que no guardan una relación con la edad. Los que disminuyen con la edad son: la autoestima, la apariencia depresiva, las quejas somáticas y los fenómenos alucinatorios; los que aumentan con la edad son: la anhedonia, la preocupación o intranquilidad matutina, la desesperanza, el retraso psicomotor y la sintomatología delirante; y los que no guardan una relación con la edad: el ánimo depresivo, una pobre concentración, insomnios, y las ideas de intentos suicidas.
- Por último, Kotsopoulos (1989) en su trabajo "fenomenología del trastorno de ansiedad y del trastorno depresivo en niños y adolescentes", hace una consideración de la

fenomenología y la describe como la manifestación de conductas, signos y síntomas, así como de otras experiencias subjetivas y hallazgos de laboratorio. Para la conducta menciona: indiferencia, pérdida de energía, y llanto; para los síntomas: ánimo depresivo, tristeza, anhedonia, pensamientos de autoevaluación, baja autoestima, culpa, pensamientos e intentos suicidas. Para los signos menciona: fases de abatimiento o tristeza, ausencia de sonrisas, aumento o pérdida de apetito, y pérdida o ganancia de peso.

El poder visualizar bajo esta perspectiva el trastorno depresivo en la adolescencia, permite considerar lo que se ha establecido como las características principales del desarrollo, que influyen en la presentación del trastorno.

Por lo anterior, es posible concluir que diversos investigadores (Achenbach, 1982; Polaino-Lorente, 1988; Calderón, 1990; Rutter, 1987; Petti, 1993) coinciden en aseverar que para explicar la depresión en la adolescencia es necesario considerar factores como los fenómenos del desarrollo, acontecimientos psicosociales, rasgos de personalidad, y vulnerabilidad genética; el predominio de alguno de ellos estará en función del diagnóstico, según sea la clasificación que se adopte.

Respecto a la clasificación de la depresión en la adolescencia, aunque cada vez son más los autores que admiten la presencia del trastorno, los acuerdos son menos consistentes.

Una primera cuestión que suscita toda clasificación hace referencia al criterio nosológico que se adopte. Un criterio, por el que se inclinan algunos investigadores, es el que se atiene a las categorías o dimensiones en el momento de diagnosticar la depresión en el adolescente. El problema del diagnóstico dimensional, puede llevar a errores frecuentes, puesto que no provee tan rigurosamente de una descripción y conceptualización, como el categorial. La mayor parte de los clínicos se inclinan por el diagnóstico categorial, lo que da origen a una tipología bien establecida. No obstante, cada uno de ellos tienen sus ventajas y desventajas, y ambos pueden usarse en función de las necesidades del terapeuta (Polaino-Lorente, 1986). Algunas clasificaciones, en torno a estos criterios, se discuten y describen a continuación.

2. Clasificación de la depresión en la adolescencia.

Hay muchos autores decididamente contrarios en aceptar cualquier tipo de clasificación, por considerarlas inútiles, restrictivas y obstructivas. Entre ellos Laing (1967) que califica toda clasificación como deshumanizadora; Kanfer y Saslow (1965) que la estiman como una consecuencia del modelo médico; Bandura (1969) que considera que toda clasificación es imprecisa e impracticable. Incluso en el ámbito educativo Mac Millan (1979) argumenta que el empleo de estos diagnósticos pueden generar consecuencias negativas para el adolescente como el rechazo familiar, disminución del rendimiento escolar, y pérdida de la autoestima. En el ámbito de la sociología, Secheff (1966) en Polaino-Lorente (1988) arguye que estos diagnósticos implican el rechazo social y la pérdida del estatus. Otros más, como

Nathan y Harris (1980) afirman que todo diagnóstico sirve como "etiqueta" para estigmatizar al adolescente.

Polaino-Lorente argumenta, que muchas de las posturas anticlasificadoras caen en el uso de otro tipo de denominaciones que apelan a diagnósticos "bondadosos", que por su vaguedad e ineficacia generan más inconvenientes y ninguna ventaja, lo que asienta aún más la necesidad de clasificar el trastorno depresivo. Los motivos que se exponen son los siguientes:

Primero.- Porque su función es simplificar ordenadamente los datos sintomatológicos disponibles (según sus similitudes y diferencias), de manera que puedan establecerse grupos homogéneos de adolescentes cuyos síntomas sean permeables a la acción de un tratamiento determinado (Quay, 1979).

Segundo.- Porque sin la existencia de una clasificación, más o menos rigurosamente establecida, resulta muy difícil la comunicación entre investigadores (Spitzer y Wilson, 1976).

Tercero.- Porque la nosología de las depresiones adolescentes tiene un relevante interés social, ya que sin ella no se pueden medir ni clasificar las alteraciones afectivas; no es factible realizar ninguna investigación epidemiológica; y, en consecuencia, prevenir e intervenir socialmente con los problemas oportunos (Rutter y cols. 1986).

Por otra parte, la sistematización nosológica no supone automáticamente la solución de la especificidad de las causas orgánicas; sólo se considera un primer paso en la aproximación a la comprensión y tratamiento del comportamiento adolescente, que hace avanzar el diseño de instrumentos de medidas tendentes a recabar información de otras personas, como los padres y profesores que ocupan un lugar importante en el contacto con el adolescente (Puig-Atich, 1986). Se resumen a continuación algunas clasificaciones en relación cronológica.

Una de las primeras clasificaciones de que se dispone se remonta a 1857, tal y como la recopiló Descuret en su tratado "La medicina de las pasiones". El autor describe los cuadros depresivos de la pubertad bajo el término genérico de nostalgia, la cual distingue tres formas: nostalgia por afeccionividad, que se caracteriza por inquietud, apatía, aislamiento social, desesperanza, tristeza, pérdida del apetito, cansancio, palpitación, pérdida de peso, insomnio e ideas delirantes; nostalgia por habitatividad la cual aparece en el joven que quiere independizarse, o por la esperanza de una felicidad imaginaria; nostalgia por habitatividad que consiste en un deseo melancólico e imperioso de volver a los lugares donde se pasó la infancia y donde habitan los objetos de nuestra ternura (Polaino-Lorente, 1988).

Por otra parte Citrin (1972) distinguió tres formas clínicas de depresión:

1. Depresión enmascarada que se caracteriza por desorganización y severa psicopatología familiar, alteraciones de la personalidad en el adolescente, manifestaciones constantes de ansiedad, fantasía, agresividad, carácter explosivo y suicidio. Esta depresión no es

diagnosticada porque sus síntomas son engañosos, aunque Joselyn (1973) dice que la depresión oculta o enmascarada puede manifestarse por la drogadicción, la promiscuidad, los actos delictivos y la búsqueda del peligro, aclarando que estos aspectos pueden ser el resultado de otros problemas.

2. Depresión aguda que se caracteriza por un buen ajuste premórbido, proporcionalidad entre los síntomas y la intensidad de los eventos traumáticos padecidos.
3. Depresión crónica caracterizada por la presencia de sentimientos y conductas depresivas con inclusión de ideas suicidas.

Toolan (1974) hace una distinción de la depresión entre lactantes anaclíticos, lactantes con padres deprimidos, niños con padres divorciados. inhibición de la actividad intelectual, niños con depresión enmascarada, y anorexia nerviosa y depresión como predisponentes de una depresión en la adolescencia.

A su vez, el Manual Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, Pichot, 1996) distingue a la depresión como un trastorno del estado de ánimo cuya característica principal es una alteración del humor, y la divide en trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado, se asume que en el adolescente el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste, aunque los síntomas centrales del adolescente son quejas somáticas, irritabilidad y aislamiento social, asociados a problemas por déficit de atención, ansiedad, trastornos relacionados con sustancias y de la conducta alimentaria.

Otros autores como Malmquist (1975) distinguen las siguientes categorías con base en un criterio etiológico:

- 1.- Depresión asociada a enfermedades orgánicas.
- 2.- Depresión por carencia afectiva.
- 3.- Depresiones por trastornos de la individualización.
- 4.- Depresión en la infancia media.
- 5.- Depresión en la adolescencia.

Al respecto, Rutter (1987), menciona que el principal propósito de una clasificación consiste en ordenar un trastorno, pero no a los individuos. En tal sentido, en las clasificaciones, por muy bien hechas que estén, el problema está tanto en ellas mismas como en el mal uso y en el abuso que de ellas se haga; es decir, el abuso no es algo que deba adscribirse a la clasificación, sino a los usuarios de dichas clasificaciones. Por consiguiente, no se trata tanto de abandonar las clasificaciones existentes sino como de profundizar en su estudio y continuar investigando.

De acuerdo con Polaino-Lorente (1988), a una buena clasificación hay que exigirle que satisfaga las siguientes características: definición operativa de la terminología usada,

confiabilidad, validez, sensibilidad, especificidad, exclusividad, flexibilidad para adaptarse a nuevas aportaciones realizadas por la investigación, utilidad clínica y aceptación social.

Las recientes investigaciones de la genética molecular y de las neurociencias, permiten comenzar a vislumbrar otras aproximaciones más útiles para el diagnóstico, clasificación, tratamiento específico y prevención.

En conclusión, las clasificaciones dependen de ciertos criterios adoptados: el empleo de cuestionarios, inventarios y escalas, los antecedentes personales y familiares del adolescente, la exploración de las manifestaciones depresivas, los factores etiológicos, e historias de vida.

Una revisión de la literatura sobre depresiones infantiles y de la adolescencia permite observar que ésta se centra principalmente en torno a modelos conceptuales, criterios diagnósticos, instrumentos de evaluación, y clasificaciones. Sin embargo, a pesar del interés actual que tiene el estudio de la depresión en esta etapa, se desconocen muchos factores etiológicos y su mecanismo de acción, y los estudios epidemiológicos de referencia en población normal son todavía muy escasos. Teniendo en cuenta el estado actual de esta cuestión, en el siguiente apartado se tratan algunos aspectos centrados en los datos epidemiológicos.

3. Aspectos epidemiológicos: Incidencia y Prevalencia.

A través de la epidemiología, se estudia la distribución de un trastorno dentro de la población, y se intenta explicar las variaciones de distribución relacionándolas con circunstancias ambientales y humanas; se basa en el supuesto de que la distribución -en este caso de la depresión en la adolescencia- no se debe al azar, sino que su incidencia y prevalencia varían en relación a estas circunstancias, cuyo conocimiento va a permitir evitarlas en la medida de lo posible. La importancia del estudio epidemiológico de la depresión, radica en el hecho de que los factores de riesgo asociados a su aparición pueden esclarecer las causas de la misma y sugerir estrategias de intervención preventiva.

De acuerdo con Petti (1993) la incidencia de depresión en los adolescentes depende de numerosas variables; entre ellas se incluyen las poblaciones estudiadas, sus rangos de edad, las definiciones de depresión, los distintos tipos de instrumentos de evaluación y la identidad de los informadores.

Entre los estudios epidemiológicos de la depresión en la adolescencia, realizados en población normal, que son muy pocos, se citan los siguientes:

- Albert y Beck (1965) estudiaron alumnos de enseñanza básica, en una población mixta de 90 adolescentes con rangos de edad de 11 a 15 años. Los resultados obtenidos indicaron que el 30% de las niñas y el 36% de los niños sufrían una depresión de moderada a severa.

- Kovacs (1984) llevó a cabo un estudio prospectivo longitudinal de las características de los índices de recuperación concernientes a trastornos depresivos en los adolescentes.
- Calderón (1990) en la ciudad de México, realizó estudios para determinar la prevalencia de los estados depresivos en una población de 928 sujetos de edades comprendidas de los 15 años en adelante. Los resultados obtenidos, en relación a los adolescentes de 15 a 19 años (122 sujetos) mostraron que 17 de ellos presentaban signos de depresión media (14%) y 3 mostraron depresión severa (2.4%).
- Silva (1989) realizó un estudio epidemiológico en una población de adolescentes escolarizados y encontró que de 1288 jóvenes (614 hombres y 674 mujeres) había un índice de frecuencia de 264 adolescentes (20.49%) con síntomas depresivos.
- Gutierrez (1991) realizó un estudio con el objetivo de conocer la prevalencia de la depresión, en un grupo de 51 niños mexicanos "normales", de edades de 9 a 13 años, y encontró, que el 10.52 % obtuvo un puntaje elevado de depresión que estaban asociados a la carencia de afecto, al desamparo, a la baja autoestima, a la ansiedad, a los sentimientos de culpa, a problemas de bajo rendimiento escolar, situación familiar conflictiva, problemas de conducta, rebeldía, apatía, y aislamiento.

En población psiquiátrica, se ha encontrado un 8% de prevalencia de depresión; aunque investigadores como Medina-Mora, Rascón, Tapia, Marino, Juárez, Villatoro, Caraveo, y Gómez (1994) afirman que hay una prevalencia de un 27% y un 52% en muestras clínicas de niños, entre otros problemas. Al respecto, Mendoza y Soto (1990); y Cobo (1992) argumentan que los trastornos mentales, entre ellos la depresión, ocupan el 15o. lugar en orden de frecuencia de los padecimientos diagnosticados en población mexicana; oscilando la frecuencia del padecimiento entre el 20 y 25% en 3 de 4, de cada 10 sujetos, mayores de 16 años que acuden a consulta médica general.

Por otra parte, en una investigación realizada por Caraveo, Medina-Mora, Villatoro, y Rascón (1992), a través de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de psiquiatría, cuyo objetivo fue analizar la contribución de la presencia de sintomatología depresiva y desesperanza en el adulto, respecto a la presencia o ausencia de sintomatología psiquiátrica en niños de la República Mexicana; los resultados de dicha investigación, mostraron que hay un 26% de probabilidades de que los niños que conviven con un adulto con sintomatología depresiva severa, presentan uno o más síntomas depresivos.

En resumen, se puede afirmar que hasta hoy los trabajos epidemiológicos sobre depresión en la adolescencia son muy escasos; aunque los pocos que existen presentan cifras muy significativas, que nos sirven para poder comparar los resultados entre los diversos estudios. Por lo tanto, para que haya una homogeneidad en las cifras y porcentajes obtenidos, es requisito indispensable que se trabaje con idénticos criterios diagnósticos y con muestras de procedencia similar, con adolescentes de edades parecidas y utilizando canales de información

similares. En este sentido, se debe conseguir el mayor número posible de información, sin olvidar que el mejor informador siempre es el propio adolescente.

Todos estos requisitos necesarios, hacen difícil la investigación epidemiológica de la depresión en la adolescencia, según Stoddard y Connell (1983) y todavía más laborioso es, conocer y valorar los factores de riesgo que se asocian a ella, por lo que no se tienen datos concluyentes sobre este tema por las causas y factores que en ella se presentan; mismas que se abordan en el siguiente apartado.

4. Causas de la depresión en la adolescencia.

La etiología del trastorno depresivo de esta etapa, ha intentado enlazar los distintos modelos y algunas hipótesis que se han generado a partir de las observaciones realizadas con los adolescentes, considerando los modelos conceptuales de la depresión propuestos por Akiskal y Mc kinney (1975) para los trastornos depresivos del adulto. A continuación se hace alusión a estos modelos (para el análisis de los mismos, se puede consultar el capítulo dos de este trabajo).

Los modelos de depresión se clasifican según cinco escuelas principales: la psicoanalítica, la conductual, la sociológica, la existencial, y la biológica/médica. Se describe el trastorno depresivo como un vía común, psicobiológica que depende de la interacción de varios factores, incluyendo vulnerabilidad genética, fenómenos del desarrollo, acontecimientos psicosociales, estresores fisiológicos y rasgos de personalidad.

Se desprende de la revisión teórica que los síntomas y síndromes depresivos cuentan con múltiples raíces, que son varios los factores que desempeñan un papel en el desarrollo de este trastorno, y que las estrategias para tratar la depresión en la adolescencia deben basarse en una evaluación que intente delimitar la relevancia de cada factor. Como señala Petti (1993), con frecuencia la familia influye en el desarrollo, curso e intensidad de la depresión, posiblemente a través de la vulnerabilidad genética, del modelamiento de comportamientos depresivos e indefensos, o de frustraciones constantes, separaciones, abandonos psicológicos y rechazos; sin olvidar el déficit de neurotransmisores a través de las catecolaminas en el sistema nervioso.

El adolescente también desempeña un papel muy importante en este proceso, de manera que su evolución parece depender de la vulnerabilidad genética, factores temperamentales individuales, nivel intelectual, y ciertos cambios fisiológicos internos. El tipo de organización cognitiva mantenida por el adolescente puede resultar crucial para determinar cómo se desarrollará el proceso depresivo y en qué medida lo hará. También resulta muy importante el conjunto de objetivos que el joven establece en orden a ser conseguidos.

Nissen (1987) muy sucintamente, esquematizó y analizó las causas multifactoriales de la depresión en la infancia y la adolescencia, las cuales se extienden desde las depresiones psicogénicas-sociogénicas, o relacionadas con la socialización, a las depresiones somatógenas endógenas. En la primera categoría, se incluyen la depresión anaclítica, las depresiones por separación inducidas, y las depresiones neuróticas (en la pubertad e inicio de la adolescencia); se considera que todas ellas se relacionan predominantemente con influencias familiares, ambientales o sociales. En el extremo somatógeno, se sitúan las depresiones asociadas a epilepsia, trastornos endocrinos, infecciones, y convalecencia. Sin embargo, Nissen observó la existencia de superposiciones significativas en ambos extremos.

Paralela a las causas de la depresión, se analizan las estrategias para evaluarla; por lo que, en el siguiente punto, se revisan algunas de estas estrategias.

5. Estrategias de evaluación de la depresión.

A pesar de que todavía resulta difícil encontrar una definición clara y precisa de la depresión en la adolescencia, muchos clínicos e investigadores están convencidos de su existencia y siguen interesados por este problema, de ahí que se han dado algunas estrategias para su evaluación. Estas estrategias están referidas a los métodos de evaluación indirectos (cuestionarios, escalas, inventarios, entrevistas) y a los directos (observación directa, la cuantificación de la conducta del adolescente y su medio ambiente circundante) que resultan esenciales para una evaluación efectiva de la depresión.

En relación a los métodos indirectos de evaluación, Bellak y Hersen (1993) mencionan que algunas escalas de evaluación conductual, encuentran factores que han sido etiquetados como "depresión", y a medida que la depresión se ha ido aceptando en el periodo adolescente va siendo cada vez más unánime su aprobación; tal como lo manifiestan Graham (1974); Hersen (1977); Puig-Antich (1978); Nissen (1983); y Rutter y cols. (1986). Ante tal situación, se ha visto la necesidad de evaluarla con técnicas más adecuadas y psicométricamente más válidas. En este sentido, el desarrollo de este tipo de técnicas constituyen un hecho relativamente reciente, iniciadas prácticamente a finales de la década de los años setenta, con una apertura amplia a partir de los ochenta, se publican las primeras escalas de evaluación objetiva de la depresión infantil, a continuación se describen las de uso más común:

Inventario de Depresión para Niños (Kovacs, 1977). El objetivo de este inventario es detectar la presencia y severidad del trastorno depresivo. Consta de 27 reactivos, cada uno de los cuales está formado por tres frases que describen un síntoma de la depresión, abarcando un rango que va desde normal hasta clínicamente significativo. Está diseñado para ser aplicado en una población de edades comprendidas entre los 8 y 17 años. El punto de partida de este inventario, fue la prueba para adultos llamada "Inventario de depresión de Beck", (1967).

Escala de depresión para Niños (Tisher y Lang, 1990). Su objetivo primordial es la evaluación global y específica de la depresión. Cuenta con 66 reactivos agrupados en dos

escalas: Escala de depresión (48 reactivos), y Escala positiva (18 reactivos); a su vez, estas escalas se dividen en subescalas. Los reactivos de cada escala son mutuamente excluyentes, es decir, cada reactivo pertenece tan solo a una escala. Está elaborada para ser contestada en forma individual o colectiva en una población de 8 a 16 años.

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (Orvasche, 1980). El objetivo de esta escala es medir el nivel actual de sintomatología depresiva, poniendo especial énfasis en el componente afectivo. Consta de 20 reactivos, de los cuales 16 están redactados en forma positiva y 4 en forma negativa. Recoge información descriptiva importante sobre la percepción que tiene el sujeto de su sintomatología depresiva. La edad de aplicación para el cual fue elaborado, es de 6 a 17 años.

Escala de Autoapreciación de la Depresión (Birlson, 1981). Su objetivo es medir trastornos depresivos moderado o severo. Fue diseñada para aplicarla en una población de sujetos de 7 a 13 años. Cuenta con 18 reactivos redactados en forma positiva y negativa distribuidos aleatoriamente.

Escala de Depresión para el Niño (Reynolds, 1988). Tiene como objetivo, medir en forma autoevaluativa síntomas de depresión en población normal, de edades comprendidas entre los 8 y 13 años. Cuenta con un total de 30 reactivos, de los cuales 29 están relacionados con sistemas de depresión infantil y el reactivo 30 consiste en cinco caras con semblantes según una graduación que van de triste a feliz.

Dentro de los métodos directos, Bellack y Hersen (1983) argumentan que se encuentra la observación directa con tres enfoques que utiliza para la evaluación de la depresión: *el primero* incluye la observación del sujeto en un medio natural (en la casa o en la escuela); *el segundo* implica la observación de las interacciones padre-hijo en situaciones terapéuticas análogas; y *el tercero* es la observación de habilidades sociales del adolescente por medio del "juego de roles" situacional. También se tiene la cuantificación de la conducta del joven, y los eventos que lo rodean.

Otro método para la evaluación de la depresión, es la entrevista estructurada la cual ha sido diseñada para evaluar la depresión severa y sus síntomas concomitantes. También, la entrevista no estructurada le permite al terapeuta trabajar con mayor libertad para investigar cuáles son las variables controladoras potenciales.

Aún existiendo gran cantidad de técnicas para evaluar la depresión en el adolescente, se manifiestan ciertas discrepancias entre unas fuentes de información y otras, las cuales constituyen una importante dificultad en la elaboración de una evaluación objetiva de los niveles de depresión en la adolescencia. Sin embargo, se encuentran algunos trabajos que analizan y valoran los acuerdos y desacuerdos entre las escalas autoaplicadas y las que van dirigidas a otros, sean estos jóvenes o adultos. Por lo tanto, se considera que en la evaluación de la depresión juvenil, no se puede prescindir de la información suministrada por el propio

sujeto, como tampoco se puede despreciar la información llegada de otras fuentes (padres, profesores, amigos).

Por otra parte, Kazdin (1989) afirma que el desconocimiento de la propia personalidad de los padres, influirán, sin duda, en la valoración psicopatológica que los padres hagan de sus hijos; más aún, cuando ellos mismos presenten algún tipo de trastorno, caso que se da muy frecuentemente entre los padres de niños deprimidos.

Otra dificultad que podría darse con respecto a la evaluación de los niveles depresivos, puede ser de tipo situacional, donde las manifestaciones emocionales comportamentales y sociales, se expresan con distinta intensidad en función de los diversos factores situacionales concurrentes en el hogar, la escuela o la convivencia con los compañeros; por lo que, el contexto donde se realice la evaluación, influirá para que ésta sea tomada en cuenta como factor de intervención o simplemente como un episodio pasajero propio de la edad.

Los desacuerdos todavía persistentes sobre qué síntomas específicos integran el síndrome depresivo en la adolescencia, siguen creando dificultades a quienes pretenden evaluarla, tanto en otras culturas, como en la nuestra. Al respecto, en el próximo apartado se habla de los problemas que encaran los aspectos evaluativos de la depresión adolescente en México.

6. Problemas para evaluar la depresión en la adolescencia mexicana.

Los medios comunmente utilizados para describir niveles depresivos en población adolescente mexicana incluyen estudios comunitarios, referencias de registros de acción social, usos de listas de sujetos con problemas depresivos, y técnicas para identificar casos de depresión de acuerdo con un criterio predefinido del trastorno, los que incluyen de acuerdo con Calderón (1990), la entrevista estructurada, entrevista dirigida, el diagnóstico de la sintomatología, y pruebas psicológicas. A pesar de contar con todos estos medios, algunos son limitados; porque cuando unos resultan sumamente costosos, otros requieren de largos periodos para su aplicación y calificación; o cuando esto no sucede, su aplicación es reducida al no cumplir con los propósitos del estudio. En tal sentido, para la evaluación de la depresión en adolescentes mexicanos, se han venido utilizando de manera regular algunas escalas; sin diferenciar que algunas están elaboradas únicamente para evaluar la depresión en adultos, como son: El Inventario de Depresión para Niños de Kovacs (1977); La Escala de Depresión de Niños de Thisher y Lang (1978); El Inventario de Depresión de Beck (1969); La Escala de depresión de Hamilton (1981); La Escala para la Depresión de Sung (1985); y El Cuestionario Estructural Tetradsimensional para la Depresión de Alonso-Fernández (1986).

Al realizar un análisis de estos instrumentos de evaluación, se considera que por las características de cada uno de ellos, es probable que éstas no sean las adecuadas, aun cuando se considere a la depresión como un trastorno de naturaleza transcultural, debido a múltiples factores que en un momento dado, influirán en los resultados que se esperan al hacer la

evaluación y que como tal no sean del todo satisfactorios, y que por lo tanto, haya limitantes en cuanto al diagnóstico. Estos factores son:

1. El hecho de que las pruebas utilizadas actualmente en México, están diseñadas para su aplicación en poblaciones con características ideosincráticas diferentes a las nuestras (valores, costumbres, condiciones socioeconómicas, entre otras).
2. El número excesivo de reactivos en algunas de ellas, que provocan cansancio y tedio en el adolescente al contestarlas.
3. El uso indiscriminado de pruebas para adultos en poblaciones de niños y adolescentes.
4. Algunas son muy costosas y de difícil obtención para ser aplicadas de manera cuantitativa a la población en general.
5. La terminología empleada de algunas pruebas, se ciñe al plano clínico y por lo tanto resultan de difícil comprensión para los jóvenes.
6. El manejo de las traducciones al español de estas pruebas sesgan el significado preciso de su contenido.

Si a estos factores se agregan otras variables que juegan un papel importante en el proceso evaluativo, tales como la población objeto de estudio, el contexto, la edad, el género, las diversas definiciones de la depresión que, como se expresó en el capítulo dos, carece de un concepto unificado y preciso, la identidad de los informadores o aplicadores que muchas veces son personas que no están entrenadas o capacitadas; ante estas situaciones, es de esperarse que los resultados sean cuestionables, más aún, si lo que se requiere es una evaluación precisa para un diagnóstico correcto en vías de una intervención terapéutica científica. De ahí que, al hablar de métodos para evaluar la depresión, se haga referencia a un trabajo muy complejo, tanto por la multiplicidad de sus síntomas como por los factores que le anteceden a este problema.

En el capítulo cuatro que trata los métodos de evaluación conductual, se analizan con más detalle las ventajas y desventajas de las pruebas antes mencionadas; así como las técnicas empleadas por clínicos y terapeutas para la evaluación de la depresión.

CAPÍTULO CUATRO

MÉTODOS DE EVALUACIÓN CONDUCTUAL

La evaluación conductual.

Métodos directos de evaluación.

Métodos indirectos de evaluación.

Aspectos psicométricos de la evaluación conductual.

Instrumentos de evaluación de la depresión: ventajas y desventajas.

El sistema evaluativo en la psicología partió fundamentalmente del enfoque diferencial y correlacional, a través del cual se pretendía la evaluación de los sujetos según una serie de atributos, dimensiones, rasgos o factores de muy distinta índole que permitiera la descripción de acuerdo a las cualidades psicológicas, la predicción del comportamiento del sujeto y la explicación, en base a ellos, de la conducta humana.

Como señalan Fernández Ballesteros y Carroble (1981) la vía de medición de estas características psicológicas fueron las pruebas psicométricas y técnicas proyectivas que supone la observación, auto-observación y auto-informe de la conducta de un sujeto en una situación previamente establecida, definida y estandarizada, en la que las muestras de comportamiento son cuantificadas y transformadas en otras puntuaciones que permiten comparar al sujeto en examen con otros sujetos pertenecientes a un grupo normativo. Este enfoque evaluativo ha sido muy criticado por la falta de rigor en los instrumentos desde él construidos, así como la falta de base científica de los contenidos por ellos evaluados o medidos.

Una segunda fuente en la constitución de la evaluación se relaciona con el modelo médico o psiquiátrico que se ha venido utilizando tradicionalmente en la consideración de la conducta anormal. Bellack y Hersen (1993) apuntan dos aspectos de este modelo que más polémica ha suscitado. En primer lugar, la inadecuación del modelo en la comprensión y explicación de los trastornos conductuales y, en segundo lugar, la falta de rigor científico de la clasificación procedente de tal modelo.

En este sentido, la evaluación conductual surge apoyada de un modelo que se perfila al aplicar los hallazgos científicos experimentales de la Psicología.

Se puede señalar la constitución de la evaluación de conducta concretamente con el trabajo de Kanfer y Saslow (1965) *Behavioral Analysis* (Análisis de la conducta), en el cual los autores, después de realizar una dura crítica al diagnóstico psiquiátrico y psicológico, presentan una alternativa funcional o analítica conductual, con la introducción de variables organizmicas (respuestas internas, habilidades, condiciones biológicas) en el estudio de las relaciones funcionales entre estímulos y respuestas y de éstas entre sí. Durante toda una década (1965-1975) no hubo un título definitivo con el cual denominar este quehacer por lo que se seguía utilizando indistintamente "análisis de conducta", "análisis funcional de la conducta" o "diagnóstico conductual", como plantearon los mismos autores en un trabajo posterior.

Hacia el año setenta y cinco se produce la separación entre lo que podía ser análisis funcional o análisis de conducta - con lo que se denominaba, simultáneamente, el tratamiento y la conducta- y lo que se perfilaba como un nuevo modelo de evaluación psicológica independiente, aunque ligado a la intervención. Esta independencia, de acuerdo con Hersen y Bellack (1976) se produce con la adopción del término "evaluación conductual", con el que se establece definitivamente este nuevo enfoque.

1. La Evaluación conductual

La naturaleza de la evaluación conductual ha cambiado profundamente a lo largo del tiempo. Los primeros intentos por definir la evaluación conductual surgieron al contrastar los supuestos, objetivos y aplicaciones de la aproximación conductual a la evaluación clínica, con los de la aproximación tradicional. Toda medición se construye y se lleva a cabo con un objetivo específico. En la aproximación conductual, los principales objetivos de una evaluación, son ayudar en: la identificación de las conductas problemáticas; la evaluación de la eficacia del tratamiento, y, si es necesario, la revisión del tratamiento, tomando en cuenta los aspectos ambientales que provocan estímulos antecedentes y consecuentes.

Puesto que la evaluación conductual está orientada hacia el tratamiento, es muy amplia en sus propósitos, pues busca información sobre variables ambientales y el control de las mismas, los requisitos del tratamiento y sus efectos; facilitando con ello, un desarrollo adecuado del tratamiento. En este sentido, la práctica de la evaluación conductual se ha hecho, actualmente, más heterogénea en el nivel de medición, en el método, y en la evaluación de la propia medición (Ollendick y Hersen, 1993). Como señalan Hersen y Bellack (1993) puede considerarse como una concepción filosófica abierta respecto a los objetivos, exactitud, y beneficio de la evaluación clínica. Los objetivos de la evaluación conductual están unidos a los objetivos del tratamiento clínico, siendo su metodología el pilar básico que sustenta tanto a la modificación de conducta como a la evaluación conductual. En la evaluación y tratamiento se da una interacción y dependencia recíproca siendo cada uno a su vez, causa y efecto del otro en un circuito de retroalimentación en el que ambos procesos están íntimamente entrelazados (Fernández y Carroble, 1981). En tal sentido, interesa el presente y aquellas variables ambientales que son propiamente situacionales, pues es en el presente donde se van a poder manipular ciertas condiciones ambientales o internas con objetivos preestablecidos de tratamiento; por lo tanto, las unidades de análisis que se toman en cuenta en la evaluación conductual comprenden las conductas de los sujetos, las variables ambientales, y las variables procedentes del organismo. Así, las respuestas que los individuos dan, son medidas en la evaluación conductual a través de diferentes métodos, y en base a una serie de parámetros que dependen tanto de las condiciones biológicas del organismo como de las variables ambientales físicas y sociales presentes en ese momento (Aragón, 1990). Si el proceso se lleva a cabo correctamente, se producirán modificaciones duraderas en las variables dependientes debido a la manipulación de las variables del tratamiento. Por otra parte, el modelo conductual supone una evolución dirigida al problema a través de formulaciones de hipótesis que serán empíricamente verificables a través del tratamiento; en la medida en que la conducta problema no siga presentándose después del tratamiento, en esa medida se considerará correcta. Autores como Hagnes (1978), Fernández (1987), y Aragón (1990) resumen la evaluación conductual en seis aspectos fundamentales:

1. La evaluación conductual está basada en los principios teóricos derivados del aprendizaje; esto implica la consideración de que en la conducta anormal rigen los mismos principios que en la conducta normal.

2. La evaluación conductual, se dirige a conductas problema concretas o variables de criterio relacionadas; es una evaluación específica sobre conductas objetivamente observables.
3. El objetivo fundamental de la evaluación conductual es el de identificar las condiciones que controlan y/o mantienen la conducta problema.
4. La evaluación y el tratamiento suponen dos intervenciones psicológicas inseparables y dialécticamente relacionadas.
5. En la evaluación conductual se requiere la utilización de datos objetivos, confiables y válidos presentados en forma cuantitativa para realizar inferencias mínimas sobre la conducta de los sujetos.
6. La evaluación conductual lleva consigo la validación experimental de todo el proceso en el que se integra el tratamiento del sujeto, al verificar que la manipulación de las variables independientes han producido los cambios esperados en las variables dependientes o conductas problemáticas.

En consideración a los aspectos antes mencionados, Fernández y Carrobles (1981) señalan, que la evaluación conductual, es entendida como el modelo alternativo a la evaluación psicológica que pretende el análisis objetivo de las conductas relevantes de un sujeto, tomando en cuenta sus respuestas motoras, fisiológicas y cognitivas; así como la detección de las variables organísmicas y ambientales que provocan o mantienen tales comportamientos, con el objetivo de realizar un tratamiento o cualquier tipo de intervención psicológica.

Desde luego, las fases y objetivos de cualquier sistema de evaluación dependen de las suposiciones subyacentes al modelo particular del que se deriven; por lo consiguiente, las fases y objetivos del modelo conductual, están estrechamente ligadas a las suposiciones teóricas acerca de la causalidad conducta-ambiente, así como a la variabilidad y a su naturaleza empírica. De cualquier manera, se trata de un intento de responder a determinadas demandas de información. En el siguiente apartado se describen las metas y funciones que constituyen el proceso de la evaluación conductual

1.1. Procedimientos de la evaluación conductual

Hagnes (1978), Fernández y Carrobles (1981) proponen seis fases a través de las cuales debe llevarse a cabo el proceso de análisis y la modificación de conducta en la evaluación conductual, dichas fases son:

1. **Formulación y evaluación del problema, que implica los siguientes objetivos:** delimitar el problema y especificación de las variables relevantes en relación con las conductas problemáticas. La especificación e identificación del problema son necesarias para identificar las contingencias que mantienen a la conducta, para desarrollar códigos de

observación, para seleccionar cuestionarios y elegir situaciones observacionales estructuradas.

2. **Formulación de la hipótesis donde se pretende la consecución de dos objetivos fundamentales:** a) formulación de hipótesis explicativas contrastables acerca de las conductas problema, y b) la deducción de predicciones verificables a partir de esas hipótesis.
3. **Selección de conductas clave y variables relevantes con ella relacionadas;** los objetivos a alcanzar son: seleccionar las conductas clave a modificar (variables dependientes) y seleccionar las variables relevantes a manipular (variables independientes). Debido a que la ocurrencia o no ocurrencia de una conducta en particular, puede ser explicada por la presencia o ausencia de consecuencias particulares, una función importante de la evaluación conductual es la determinación de los eventos consecuentes a las conductas meta. El analista conductual no solo debe identificar la presencia o ausencia de contingencias que mantienen a la conducta, sino también las contingencias potenciales que en un momento dado van a reforzar esas conductas. Por otra parte, la probabilidad de que una conducta específica sea emitida, varía dependiendo de las señales medio-ambientales que las rodean. En suma, se tienen que definir operativamente las conductas problema y elegir de entre las variables relevantes, aquellas que supuestamente actúan sobre la conducta meta; de igual forma, definir operativamente las que se van a manipular.
4. **Tratamiento.**- Se trata de modificar las conductas clave o variables dependientes a través de la manipulación de las variables relevantes relacionadas con la conducta clave (variables independientes). Así como recoger datos que permitan la validación posterior de las hipótesis previamente formuladas con base en los siguientes objetivos: a) establecimiento de las metas terapéuticas, b) selección de programas de tratamiento, c) evaluación y control de las variables contaminadoras, y d) aplicación del tratamiento propiamente dicho. La evaluación continua durante todo el proceso terapéutico, es una de las características más importantes de la terapia de conducta.
5. **Valoración de los resultados.**- En esta fase, se distinguen tres aspectos importantes: a) la nueva evaluación de las conductas clave, b) la comprobación de que si se han alcanzado las metas terapéuticas propuestas, c) la comprobación de si los datos avalan las hipótesis inicialmente formuladas. Por esto mismo, se consideran dos tipos diferentes de criterios; el primero, se refiere a el criterio experimental que hace referencia a la significancia estadística del cambio observado como resultado de haber aplicado una determinada intervención terapéutica cuando se compara el nivel de conducta alcanzado posterior a la intervención con el nivel previo a la introducción de la misma; el segundo, tiene que ver con la importancia clínica y social que el sujeto dé a los cambios de conducta operados en él como efecto del tratamiento.
6. **Seguimiento.**- En esta fase se repite la recolección de datos y la comprobación de si se mantienen los resultados del tratamiento. Su objetivo es comprobar la estabilidad y el

mantenimiento de los resultados del tratamiento en la vida real donde el sujeto se desenvuelve, después de transcurrido cierto tiempo desde la terminación del mismo.

Los procedimientos de la evaluación conductual están diseñados para proporcionar no solamente información descriptiva o cualitativa, sino también, para agregar información cuantitativa referente tanto a las conductas meta como a los eventos asociados antecedentes y consecuentes mediante las respuestas manifestadas públicamente observables como son: Las respuestas fisiológicas ocurridas en el interior del organismo; los factores cognitivos o respuestas encubiertas (lo que espera, piensa, siente, y quiere un individuo); y respuestas motoras (actividad muscular observada a simple vista). En este sentido, la evaluación conductual contempla estos tres tipos de respuesta a través de diferentes métodos de evaluación con base en parámetros como la frecuencia, la amplitud, la intensidad, la duración, y la adecuación. Las respuestas fisiológicas, cognitivas y motoras son operativizadas en componentes observables, mismas que cuando aparecen en intensidad, frecuencia o duración altas, son tomadas en cuenta como habilidades y/o capacidades de respuesta, dando importancia a lo que una persona es capaz de hacer en determinadas situaciones (Rios, 1994).

Se han desarrollado numerosos instrumentos para medir cada tipo de respuesta. Todos los instrumentos de evaluación se emplean con un fin determinado; el objetivo de la evaluación conductual es seleccionar el instrumento o instrumentos que mejor se adecuen a ese fin particular. Cone (1978) clasifica los instrumentos en métodos de evaluación directos o indirectos, ya sea que midan las respuestas en el momento y lugar en el que ocurren, o que la evaluación de la respuesta esté más alejada del tiempo y lugar en el que ocurre naturalmente. En los apartados siguientes se describen las características de los métodos directos e indirectos como instrumentos de evaluación y se analiza particularmente el autoinforme comúnmente usado para evaluar la depresión y otros trastornos de la conducta.

2. Métodos directos de evaluación.

Se consideran métodos de medición directa a los procedimientos de evaluación en los que existe un periodo corto de tiempo entre la observación del comportamiento del sujeto y la grabación de estas observaciones tales como: *auto-observación*, *role-pay análogo*, *conducta libre análoga*, *role-play natural*, y *conducta libre natural*. Estos métodos se diferencian entre sí en función de la limpieza de sus observaciones y de la verosimilitud de las situaciones bajo las que se han realizado dichas observaciones. En la auto-observación, por ejemplo, el sujeto observa la respuesta problemática producida en su medio natural y registra la información obtenida de esas observaciones; el contexto de evaluación es la situación real de la vida.

Los métodos de evaluación directos en opinión de Harris y Lahey (1982); Jacobson (1985); y Hersen y Bellack (1993), entre otros, proporcionan una información más verídica y de mayor fidelidad respecto a la condición problemática del sujeto. Agregan que estos métodos no son inherentemente superiores a los métodos indirectos, ni son inmunes a situaciones de sesgo en la información y por lo tanto a distorsionarla.

Por su parte, Jacobson (1985) argumenta que los métodos directos de evaluación deben hacer patente su valor a través de demostraciones empíricas; pues al no ser inherentemente superiores ni exactos, no resultan ser más útiles que los métodos indirectos en lo que concierne a la evaluación y tratamiento de la condición problemática del sujeto.

En suma, la observación directa de la conducta de acuerdo con Fester, Bell-dolan y Burge (1993) ha sido tradicionalmente un apoyo importante de la evaluación conductual, sin desvirtuar el apoyo de los métodos indirectos como proveedores de un comportamiento observable, aún cuando para los seguidores del modelo conductual, la estrategia de medición de mayor utilidad es la observación directa, apoyada de la cuantificación de la conducta y de los eventos que la rodean como un proceso de evaluación conjunto.

3. Métodos indirectos de evaluación.

Cuanto más alejada está la evaluación de una respuesta problemática del tiempo y lugar en el que ocurre, más indirecto es el método de evaluación. Las entrevistas, cuestionarios, inventarios, escalas y clasificaciones retrospectivas, hechas por personas entrenadas no profesionales, son considerados métodos indirectos de evaluación. En este método de evaluación, las personas ajenas a un trabajo terapéutico no observan al sujeto en el momento y lugar en el que se cree que va a ocurrir la respuesta problemática; no se pueden observar las respuestas o estímulos reales del sujeto con problemas; en este sentido, hay una demora considerable entre la observación del sujeto y su registro; por lo tanto, cuanto mayor sea la demora, mayor es la naturaleza retrospectiva de la evaluación, y en consecuencia, más indirecta será la medición de la respuesta problemática del sujeto; ante esta situación, uno de los instrumentos de mayor difusión y aplicabilidad en la evaluación de la depresión es el auto-informe el cual se describirá a continuación.

3.1. El auto-informe

Para lograr que una conducta sea medible por más de un método, se hace necesaria la demostración previa de la correspondencia de los datos con algún criterio, cuando se evalúa por medio de algún método de interés. Este requisito tiene fundamentos teóricos y prácticos; en forma práctica se tiende a elegir el mejor instrumento de evaluación que resulte más barato al evaluador, por ejemplo, se puede elegir como instrumento el auto-informe en lugar de tomar medidas de observación (estos últimos pueden resultar más costosos); en el aspecto teórico la reactividad del instrumento sobre la conducta, requiere la demostración de que las relaciones entre las conductas se deben a algo más que al uso accidental de un método de evaluación común (Ríos, 1994).

Cone (1978) señala que para que una conducta se pueda medir de múltiple maneras y se relacione con otras conductas, se requieren dos formas comparables de exactitud en los

instrumentos de medida; y que, para analizar las relaciones entre dichas conductas, se necesita más de un método de evaluación, además de demostrarse la exactitud y la precisión de cada uno por separado. También se requiere de precisar la sensibilidad de las medidas hacia las relaciones conocidas entre las conductas, en las condiciones originales en la que se midió la exactitud.

La prioridad en la exactitud de la medida se aplica en todos los métodos de evaluación conductual, sobre todo cuando se evalúan respuestas manifiestas objetivamente verificables como en el caso del auto-informe, el cual ha sido utilizado como un instrumento de evaluación en enfoques teóricos que han tratado de explicar la conducta como una función de la estructura de la personalidad subyacente, estable e independiente de la situación en la que aparece dicha conducta. Desde el punto de vista conductual, suelen ser rechazados estos métodos de evaluación por considerarlos sin validez; no obstante Bellack y Hersen (1986) han argumentado a favor de los auto informes cuando mencionan que "... la falta de correlación del auto-informe con la conducta manifiesta puede deberse más bien a la premisa de la que parten, que al método en sí. (pag. 219).

En la actualidad se utiliza toda una gama de técnicas de evaluación conductual, que van desde la observación en situaciones análogas y de la vida real, hasta las técnicas como el auto-informe en el extremo opuesto, consideradas como indirectas. Al respecto Cone (1976), Ayllon y Azrin (1968), y Hersen (1993) opinan que el orden de preferencia al usar estas técnicas desciende desde los más directos y semejantes a la observación, hasta los más indirectos, en cuyo extremo se encuentra el auto-informe.

En la práctica, la técnica del auto-informe se ha utilizado sobre todo por su naturaleza económica, tanto en cuestión de tiempo como de recursos financieros y de personal especializado para su aplicación.

Otra razón que justifica el uso del auto-informe, es la relacionada con los avances conceptuales de la psicología, en especial la influencia preponderante de la teoría del aprendizaje social propuesta por Mischel (1973), Bandura (1969, 1971), Minchaumban (1977), entre otros, que revaloriza los aspectos cognitivos en la explicación del funcionamiento psicológico y, por supuesto, en la intervención terapéutica. Resulta interesante conocer la experiencia subjetiva del sujeto, por lo que el instrumento idóneo para lograrlo es el auto-informe, pues aunque el informe del sujeto puede no ser objetivo, sobre todo si no es contrastable con otros métodos de evaluación, puede ser muy útil porque permite conocer la visión que el individuo tiene acerca de sí mismo (Choynowski, 1993) de su propia conducta, y de su entorno. En este sentido, se toma el auto-informe como una muestra de conducta del sujeto y no como signo a partir del cual se hagan inferencias acerca de las variables subyacentes que puedan explicar su conducta, o al menos se trata de reducir en la mayor de las posibilidades las inferencias de este tipo.

Ahora bien, siempre que un evaluador desea medir la cualidad de un individuo o de un grupo, se encuentra con el problema de elegir el mejor instrumento de evaluación; tendrá que

ver hasta qué punto satisface sus necesidades, según la finalidad que se haya propuesto (valor práctico), y deberá considerar diversos aspectos psicométricos tales como la confiabilidad, la validez y la validez interna, que determinan la precisión y exactitud del mismo.

4. Aspectos Psicométricos de la evaluación conductual

Confiabilidad.

Hoy en día, los problemas de confiabilidad son vistos en forma pragmática y más realista, como problemas de "generalidad" de las mediciones. Al respecto, Cronbach (1972) dice que lo esencial reside en qué faceta es en la que interesa generalizar, y hasta qué punto. Así mismo, interpreta los problemas de confiabilidad como problemas de generalidad que ayudan a diluir los límites entre los conceptos de confiabilidad y validez.

Silva y Marlorell (1991) mencionan que la confiabilidad en evaluación conductual se concentra en los supuestos de consistencia y estabilidad de la conducta, la cual ha venido siendo repetidamente cuestionada en la vertiente psicométrica. Por su parte, Franzen (1989) dos años antes ya se había referido a los aspectos de la consistencia y la estabilidad, señalando que éstas dependen de cuestiones sustantivas y no tienen que ser vistas como requisitos a priori de la calidad de un instrumento; agrega que, el grado de confiabilidad de consistencia interna varía según la homogeneidad teórica del constructo que la prueba mide.

Hersen y Bellack (1993) argumentan que la confiabilidad de un instrumento se obtiene correlacionando puntuaciones de una parte de los reactivos con la otra parte de los mismos, correlacionando puntuaciones de una forma del instrumento con puntuaciones de formas alternativas de ese instrumento, o correlacionando puntuaciones de una oportunidad de evaluación con otras oportunidades (test-retest).

Cuando se investiga la confiabilidad de un instrumento, en el fondo se está estimando si correlaciona consigo mismo o con réplicas de él mismo. En este sentido, Green (1981) dice que si un instrumento no correlaciona bien consigo mismo, posiblemente tampoco pueda correlacionar bien con ningún otro instrumento; por esta razón se da prioridad a la confiabilidad de un instrumento cuando se evalúa su valor.

Mientras más consistentes sean las puntuaciones en las respuestas a través de porciones diferentes del mismo instrumento y a través de versiones y/o administraciones diferentes del mismo instrumento, más confiables serán las medidas. Por eso, cuando se hace la pregunta ¿hasta qué punto es confiable una prueba?, no se pregunta qué es lo que mide la prueba, sino con qué precisión la mide. En este sentido, Thorndike (1986) menciona que existen dos maneras de expresar la seguridad o precisión de un conjunto de medidas o, desde un punto de vista inverso, la variación dentro del conjunto mismo. Con esto se hace referencia a un coeficiente de correlación que proporciona un índice estadístico del grado en el que dos cosas marchan paralelamente; las dos cosas que se correlacionan son aplicaciones de la misma

medida, y la correlación resultante proporciona un índice de confiabilidad llamado *coeficiente de confiabilidad*. Cuanto más se aproximen las calificaciones de la segunda vez a las de la primera vez, más alta será la correlación y por consiguiente más confiable la prueba. Por lo tanto, una medida es confiable en el grado en que un individuo es más o menos el mismo en mediciones repetidas por estar representado por un bajo error estandar de medición, o por un elevado coeficiente de confiabilidad.

La confiabilidad es fundamental para la validez pero no la asegura; lo que la confiabilidad asegura es la posibilidad de validez (Hersen y Bellack, 1993). En este sentido, un instrumento de evaluación es confiable cuando ha adquirido la sensibilidad de sus reactivos que al mismo tiempo lo hace válido. En el siguiente apartado se ven aspectos relacionados con la validez, como un requisito indispensable en la elaboración de escalas de evaluación, partiendo de que la confiabilidad es la piedra angular del modelo psicométrico clásico, y la validez, el examen final de este modelo.

Validez

Uno de los temas de interés fundamental en la evaluación conductual, es precisamente el de la validación de las técnicas de evaluación; por lo que, determinar el significado de una medida, se centra alrededor del concepto de validez; que concierne a lo que una prueba pretende medir y a qué tan bien lo hace; es decir si realmente está midiendo aquello para la cual fue construida.

El estudio de la validez de un instrumento, nos permite contestar si éste es útil para medir un comportamiento en particular. Sin embargo, se debe tener siempre presente que lo que se valida no es el instrumento, sino la interpretación de los datos obtenidos por medio de un procedimiento específico. Martínez (1981) al hablar de la evaluación de la validez de un instrumento, considera los siguientes aspectos: a) adecuación con la que mide la conducta estudiada, b) capacidad para diagnosticar la conducta real de una persona, c) sensibilidad para detectar el objetivo, d) seguridad de las decisiones, y e) utilidad del instrumento.

Cualquier dispositivo o instrumento que se construya para medir, necesita proporcionar al evaluador la seguridad de que los resultados que le arroja son confiables y válidos; en este sentido, los instrumentos utilizados para evaluar el comportamiento humano, no son la excepción, ya que en los resultados obtenidos se requiere de la exactitud, que permite llegar a conclusiones apropiadas acerca de las relaciones entre las variables, por lo que la construcción y aplicación descuidada de instrumentos de medida pueden distorsionar la realidad del fenómeno evaluado tal como lo señala Cronbach (1970). Siguiendo esta perspectiva, Ríos (1994) señala que una de las características sobresalientes de un instrumento de evaluación conductual es su exactitud, o sea, su sensibilidad para medir los aspectos conductuales para el cual es utilizado.

Establecer la precisión de un instrumento de medida es, además, un prerrequisito para su uso, como medio para determinar algo sobre una conducta. En este sentido, Cone (1976) ha mencionado que un instrumento de evaluación conductual, puede considerarse apto para evaluar conductas concretas en la medida en que se haya demostrado previamente que refleja de forma precisa su ocurrencia, su ocurrencia repetida, su ocurrencia en situaciones diferentes, su susceptibilidad de ser medida por diversos métodos de evaluación y su relación con otras respuestas. El autor agrega que, independientemente de quién elabore los datos relacionados con la exactitud, será necesario, en usos posteriores, adecuarse a los de las condiciones de ajuste; de lo contrario, no se podría inferir que la medida está reflejando fielmente las características objetivas de una conducta objeto de evaluación. Señala además, que, para que una conducta se pueda medir de múltiples formas y se relacione con otras conductas, se requieren dos formas comparables de exactitud en los instrumentos de medida; y que, para analizar las relaciones entre dichas conductas, se necesita más de un método de evaluación y demostrarse la exactitud y precisión de cada uno por separado; además de demostrarse la sensibilidad de las medidas hacia las relaciones conocidas entre las conductas en las condiciones originales en las que se midió la exactitud.

Aunque la exactitud de una medida no es del todo confiable, como argumenta Thorndike (1986) la validez es el grado en el que una prueba mide lo que realmente quiere medir; o bien, como señala Guion (1980) es el grado en el que se puede generalizar con seguridad desde las puntuaciones en un instrumento a las puntuaciones en otro, y el grado en el que se puede inferir con confianza a puntuaciones en un instrumento desde puntuaciones en otro. Con cada tipo diferente de puntuación inferida, surge un tipo diferente de validez, referida, no a los datos en sí mismos, sino a las inferencias que se hacen a partir de ellos bajo determinadas circunstancias (Cronbach, 1971).

Por otra parte, Anastasi (1986) afirma que el concepto de validez es esencialmente unitario, por lo que se debe evitar hablar de tipos o clases de validez; hay que referirse más bien, agrega, a tipos o clases de evidencia, a énfasis determinados en determinadas aplicaciones, conservando, al hablar de validez, los términos "validez de contenido", "validez de criterio", y "validez de constructo", solo con fines expositivos para discutir su eventual vigencia en la evaluación conductual, mismas que a continuación se analizan.

- **Validez de contenido.**- Cuando el análisis se hace en gran parte atendiendo al contenido de la prueba, a lo que se indaga se le llama validez de contenido; y puesto que el análisis es esencialmente racional y lógico, es llamada también "racional o lógica". Sin embargo, no se debe pensar en el contenido de manera estrecha, pues se puede estar interesado tanto en el proceso como en el simple contenido. En algunos instrumentos la validez de contenido depende primordialmente de la suficiencia con que se muestra el dominio especificado de contenido. Esta validez, incluye el examen sistemático del contenido de la prueba para determinar si cubre una muestra representativa del dominio de conductas al ser medidas; se interesa en demostrar que los reactivos de la prueba son una muestra representativa de un universo, en lo que se está examinando, y compara esto con una especificación previamente definida, más que con alguna noción vaga en la mente de un "experto" (Hoste,

1981). La prueba debe bastarse a si misma para ser una medida adecuada en lo que se supone que mide.

- Validez de criterio.-** Respecto a la validez de criterio, Thorndike (1986) dice que ésta se relaciona a la evaluación de una prueba como instrumento de predicción, catalogada como una evaluación empírica y estadística, por lo cual también se le ha llamado "validez empírica o estadística". El valor de predicción puede estimarse determinando la correlación entre las calificaciones de la prueba y un criterio adecuado que mida el éxito en su empleo; entre mayor sea la correlación tanto más efectiva será la prueba para predecir. Ahora bien, las cualidades que ha de tener un criterio de valoración de este tipo son: adecuación, exención de prejuicios, confiabilidad, y disponibilidad; por lo que, en opinión de Thorndike, un criterio es adecuado en el grado en que la calificación permitida está determinada por los mismos factores que determinan el éxito en el trabajo continuo. Por otra parte, y de acuerdo con Aragón (1990) esta validez, valora el grado en que el instrumento de evaluación puede utilizarse para estimar la conducta de una persona en otras situaciones, sean éstas concurrentes con la aplicación de la prueba o con situaciones futuras. Para este propósito, investigadores como Martínez (1981); Anastasi (1988); y la misma Aragón (1990) argumentan que la ejecución en la prueba es comparada contra un criterio, o sea con una medida directa e independiente de lo que la prueba está diseñada a predecir. De tal manera que, lo que importa en este tipo de validez, es la capacidad predictiva de la prueba (el criterio y su valor de predicción) y no aquello que mide. En resumen, la validez de criterio se caracteriza por la predicción relacionada con un criterio externo y porque recurre a la comprobación del instrumento de medición, ya sea en el momento presente o en el futuro, comparándolo con algún resultado o medida.
- Validez de constructo.-** El término "constructo" se usa en psicología para designar algo que no es observable, sino que literalmente, ha sido construido o inventado por el investigador para resumir o tomar en cuenta regularidades o relaciones que se observan en la conducta. El razonamiento verbal, la visión espacial, la sociabilidad, la introspección, el interés en la mecánica, son designaciones de rasgos construidos. Las pruebas que cumplen estas funciones son válidas en la medida en que se comportan de la manera en que podría esperarse, razonablemente, que se portase tal o cual rasgo; por lo que, identificar el concepto de validez de constructo significa, en buena medida, que se reclama para tales inferencias un soporte teórico conceptual cuya carencia durante muchos años ha ido en claro detrimento del psicodiagnóstico como disciplina científica y aplicada. Por lo consiguiente, para poder discutir la cuestión de la vigencia de la validez de constructo en evaluación conductual, se debe aclarar y precisar qué se entiende por constructo y por validez de constructo. En este sentido, el constructo es un medio de conocimiento, es una entidad que va por delante de la conducta, cuya función es ayudar en la descripción y aplicación de esa conducta.

Por otra parte, algunos investigadores como Nunnally y Durhan (1975) ven a los constructos y a la validación de constructo como aspectos insolubles ligados a la evidencia

empírica, cuya tarea principal es la de potenciar la predicción; en la cual se juzga su valor a través de su utilidad.

Dentro del rigor necesario que implica la científicidad, se manifiesta a la vez, en la validación de constructo, toda la libertad de que debe gozar el investigador, y no existen límites respecto a las estrategias, procedimientos, instrumentos y tipos de datos potencialmente útiles en una validación de constructo, y ella a la vez se interpreta como un proceso siempre inacabado y perfectible en el cual se puede progresar y del cual ninguna información, dato o coeficiente puntual da una completa razón (Anastasi, 1986; Cronbach, 1971; y Messik, 1989).

El momento fundamental en el que interviene la validación de constructo en la evaluación conductual, es en el de construir hipótesis explicativas acerca del principio, mantenimiento o modificación de una conducta en función de determinados procesos de aprendizaje Silva (1990) es decir, el momento de intentar un análisis funcional de conducta, lo que indica que, el proceso diagnóstico en una intervención terapéutica, conocido como análisis funcional de conducta, es un proceso de validación de constructo.

Cada constructo está desarrollado para explicar y organizar consistencias de supuestos observados, y se deriva de relaciones establecidas entre medidas conductuales; requiere también de la acusación gradual de información procedente de varias fuentes. De acuerdo con Nunnally (1970) y Anastasi (1988) cualquier dato que arroje un conocimiento sobre la naturaleza del rasgo a evaluar, considerando las condiciones que afectan su desarrollo y sus manifestaciones, representa una evidencia apropiada para este tipo de validación. En suma, se dice que una prueba tiene validez de constructo cuando sus variables son abstractas; las variables presentadas de esta forma se le dejan al científico para componer con su propia imaginación, como algo que no existe, o como dimensión de conducta observable; y puesto que la medición de constructos es una parte vital de la actividad científica, en su proceso se consideran tres aspectos principales:

1. Especificar el dominio de las conductas observables.
2. Determinar hasta qué punto todas o algunas de esas conductas se correlacionan entre sí.
3. Determinar si una, algunas, o todas las medidas de tales variables actúan como si midieran el constructo.

En conclusión, el propósito de la validez de constructo es el de validar la teoría subyacente al sistema de evaluación y a la medida misma, ya que los constructos son los que determinan qué conductas han de seleccionarse para su observación y la situación en la que ésta será aplicada; por lo que un instrumento de medida, estará ligado al sistema de constructos dentro de los cuales fue construido, y es este tipo de validez, el que indica el grado en que el instrumento da una medida adecuada del constructo, y de qué manera, las hipótesis derivadas del mismo, pueden confirmarse mediante la utilización de la prueba en cuestión.

Validez interna

En los diseños de series de tiempo, Silva (1989) menciona que la validez interna se refiere al grado en que se logra minimizar el efecto de las variables extrañas que pueden influir conjuntamente con la variable independiente, en los resultados obtenidos; en otras palabras, en que medida, los cambios observados en la variable dependiente realmente entran en función de la manipulación hecha en la variable independiente.

Valor práctico.

El valor práctico, según la opinión de Thorndike (1986) tiene que ver con una amplia gama de factores económicos, y la posibilidad de interpretación que determinan, si una prueba, tiene valor práctico para un uso amplio.

En resumen, los aspectos psicométricos a que se somete un instrumento, pueden inferir que una prueba es confiable cuando proporciona resultados semejantes al ser realizados repetidamente en la misma persona o personas con capacidades y atributos semejantes; una prueba es válida cuando mide lo que pretende medir o predice correctamente aquellos aspectos de ejecución futurista que presume predecir; en este sentido, una prueba psicológica puede ser confiable, pero no válida; pero nunca podrá ser válida si no es confiable.

Existe una relación muy estrecha entre el uso de los instrumentos de evaluación y la práctica terapéutica; en la mayor parte de las intervenciones terapéuticas se incluye la aplicación de uno o varios instrumentos, que, en opinión de Solomon (1976) son auxiliares para el diagnóstico en el planteamiento terapéutico y proponen medir la capacidad individual para interactuar intelectual y emocionalmente con el medio ambiente.

El uso de instrumentos de medición simplifican el registro de datos para su estudio en computadoras, pues permiten recabar el máximo de información importante y facilitan la estandarización, que disminuye la variabilidad de la información acerca del sujeto; sin embargo, es preciso recalcar que el mejor cuestionario o la más elaborada escala de evaluación no podrá suplir de ningún modo a un buen estudio terapéutico.

Por lo tanto, los instrumentos de evaluación deben considerarse como un elemento de ayuda para el diagnóstico y también como un medio para valorar en forma sencilla la evolución del problema de conducta ante un tratamiento determinado. Bajo esta perspectiva, en el siguiente apartado se analizan algunos instrumentos de mayor difusión entre los profesionales clínicos e investigadores en México para medir la depresión, especificando sus ventajas y desventajas; sustentándose finalmente en éstas para proponer la construcción de un inventario que reúna las características adecuadas, a fin de medir niveles de depresión en población "normal" de la adolescencia mexicana.

5. Instrumentos de evaluación de la depresión. Ventajas y desventajas.

Actualmente hay un gran número de instrumentos, entre escalas, inventarios y cuestionarios, para medir la depresión en México que, de manera general, evalúan indiscriminadamente a niños, adolescentes o adultos; a población hospitalizada y "normal", y están diseñadas para detectar niveles de depresión que requieren de una intervención terapéutica clínica u hospitalaria, sin considerar la detección de indicadores depresivos moderados posibles de prevención. Entre las más conocidas y comúnmente utilizadas se pueden citar el Inventario Multifacético de la Personalidad de Minnesota de Hathaway y Mc Kinley (MMPI, 1942); la Escala de Autoevaluación de la depresión de Zung SDS (1965); el Inventario de Depresión de Beck (IDB, 1967); la Escala de Depresión de Hamilton (HDS, 1976); el Cuestionario Tetradimensional para la Depresión de Alonso-Fernández (CET-DE, 1989); el Inventario de Depresión para Niños de Kovacs (CDI, 1977); y la Escala de Depresión para Niños de Lang y Thisher (CDS, 1978) las cuales se describen a continuación.

Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI).

Este inventario fue elaborado por Hathaway y Mc Kinley en el año de 1942. Consta de 550 reactivos para ser aplicados en grupos o en forma individual. Los reactivos pueden ser contestados con las categorías de respuesta cierto o falso; están agrupados en nueve escalas psicopatológicas: hipocondría, histeria, desviación psicopática, masculinidad, feminidad, paranoia, psicastemia, esquizofrenia, manía, y depresión. Actualmente, se dispone de una versión actualizada y reestandarizada denominada MMPI-2

En términos generales, los 550 reactivos que conforman al MMPI se refieren a aspectos de la personalidad; incluye, además, aspectos de salud en general, funciones fisiológicas, hábitos, aspectos familiares, actitudes sexuales y políticas, aspectos religiosos, y muchos reactivos psicopatológicos importantes para el diagnóstico y tratamiento terapéutico.

La escala 2 (D) está considerada como una escala que mide el "estado de ánimo", y fue diseñada para diagnosticar aspectos depresivos, donde se reflejan no solo los sentimientos de desesperanza, pesimismo y desesperación que caracterizan el estado clínico de los individuos deprimidos, sino también, características básicas de personalidad de responsabilidad excesiva; normas personales estrictas y tendencia a sentirse frecuentemente culpable. La escala original constaba de 60 reactivos, en el MMPI-2 se eliminaron tres reactivos por contenido cuestionable, dejando un total de 57 reactivos; de los cuales 20 deben ser respondidos como ciertos y 37 como falsos; en estos reactivos se encuentran estados emocionales momentáneos o transitorios.

A pesar de ser considerado como la escala más válida, su aplicación solo puede hacerse en personas adultas, con primaria terminada y con un tiempo para resolverse de una a dos horas, lo que lo hace poco práctico.

Aunque ya existe una versión para adolescentes que es el MMPI-A, en México, esta versión está en proceso de adaptación, lo que dificulta el manejo para personas jóvenes.

En cuanto al análisis de los reactivos que investigan la depresión, se puede observar que muchos de ellos no tienen ninguna relación con el cuadro depresivo, por lo menos en nuestra cultura; ya que por ejemplo, el reactivo "A veces siento deseos de destruir cosas", se enfoca más bien a aspectos agresivos y no depresivos, por lo que la escala requiere una considerable habilidad para su interpretación, ya que los patrones de respuesta son más significativos que la respuesta concreta a cualquier pregunta. A pesar de que ya fue reestandarizado, su uso se sigue restringiendo a profesionales de la psicología, con capacitación psicométrica mínima de un curso especializado sobre aplicación de pruebas psicológicas, además de tener conocimientos sobre la teoría de las pruebas psicológicas y evaluación de la personalidad para comprender como debe utilizarse el MMPI-2 en cuanto a selección, aplicación y evaluación; de igual forma, se deben tener conocimientos en cuanto a personalidad y psicopatología de preferencia a nivel de posgrado.

Escala de Autodepresión de Zung (SDS)

Zung y Durham (1965) elaboraron una escala considerando que debería reunir los siguientes requisitos:

1. Que fuera aplicable a personas con diagnóstico primario de depresión.
2. Que incluyera, los síntomas más representativos de la depresión.
3. Que fuera breve y sencilla.
4. De aplicación más cuantitativa.
5. Que pudiera ser autoaplicada por el sujeto, con el fin de recabar respuestas directas.

El instrumento consta de 20 reactivos; 10 reactivos redactados en forma negativa y 10 en forma positiva para evitar que el sujeto pueda responder tendenciosamente en el estudio de la depresión; incluye tres reactivos relacionados con el afecto, seis de cognición, cuatro reactivos de conducta motora, seis somáticos, y uno de acción social. En la escala se enfatizan más las respuestas cognitivas que las conductuales y las manifestaciones somáticas de la depresión.

El problema con la escala de Zung, es que está hecha para evaluar niveles de depresión en adultos, y aunque observa un lenguaje común, fue construida en una cultura muy diferente a la de México; este hecho baja su confiabilidad, más aun, si se pretende aplicarla en una población adolescente.

Escala de Depresión de Hamilton (HDS)

Esta escala, considerada como un instrumento para la práctica clínica en psiquiatría, fue elaborada por Max Hamilton (1976) cuyo objetivo primordial es el generar un índice numérico

de la severidad depresiva, con fines comparativos entre pacientes, o bien con fines de identificación de los efectos terapéuticos antidepressivos. Para este objetivo, la escala cuenta con 21 reactivos que corresponden a los principales síntomas del estado depresivo para que el entrevistador recabe la información de cada uno de estos síntomas y le asigne, de acuerdo a su criterio, el grado de severidad o bien su ausencia o presencia. La graduación de la severidad de los reactivos es variable y va de cero a dos puntos en algunos casos y en otros desde cero hasta cuatro puntos. No existe un punto de corte específico y aplicable en forma generalizada para determinar el criterio de severidad con toda precisión. El punto de corte deberá establecerse por cada observador o grupo de observadores, para los fines específicos para los que se vaya a aplicar la escala. Es necesario señalar que en las puntuaciones obtenidas post, esta escala son valores ordenados y no son verdaderos valores numéricos que puedan expresarse en escalas de intervalo o de razón, ya que su distribución no siempre es normal.

Finalmente, la escala de Hamilton, está construida empleando términos médicos, los cuales son de difícil acceso para el sujeto a evaluar, por lo que el aplicador debe tener un entrenamiento psiquiátrico, además de que es una prueba hecha para adultos, lo que hace más difícil su aplicación en adolescentes.

Inventario de Depresión de Beck (IDB).

El científico Aaron T. Beck (1961) elaboró un instrumento de auto-informe que lleva su nombre, basada en su propuesta teórica cognitiva de la depresión. El inventario comprende 21 reactivos de selección múltiple sobre una categoría específica de síntomas y signos asociados a la depresión. Cada reactivos consiste de cuatro enunciados autoevaluativos con puntuaciones que fluctúan entre cero y tres; la puntuación total se encuentra entre 0 y 63, a mayor puntuación mayor sintomatología depresiva. Se basa en muestras estadounidenses de población adulta; las puntuaciones pueden ser categorizadas en niveles de depresión: 0-9 estado no depresivo, 10-18 sintomatología depresiva leve, 19-29 depresión moderada, y 30-63 depresión severa. Los reactivos, según Beck (1983) fueron escogidos tomando en cuenta la relación existente con el cuadro depresivo que presenta el sujeto, por lo que no tienen ninguna significación etiológica.

El Inventario de Beck fue elaborado para ser aplicado por un entrevistador a personas adultas, por lo que, si se aplicara en población adolescente, los resultados posiblemente no serían confiables.

Cuestionario Estructural Tetradsimensional para la Depresión (CET-DE)

Este cuestionario fue elaborado por Alonso-Fernández (1986) y fue diseñado para el diagnóstico, la clasificación y el seguimiento de la depresión. El propósito fundamental del cuestionario obedece a las intenciones de aportar un instrumento para tipificar los cuadros depresivos ya diagnosticados y facilitar el establecimiento de grupos con síntomas depresivos homogéneos.

El cuestionario se compone de 63 reactivos distribuidos en cuatro partes:

- Dimensión I.- consta de 21 reactivos referidos al humor depresivo.
- Dimensión II.- cuenta con un total de 14 reactivos referidos a la anergia.
- Dimensión III.- tiene 14 reactivos referidos a la falta de comunicación o sociabilidad
- Dimensión IV.- se compone de 14 reactivos que hacen referencia a la ritmopatía.

Es un instrumento que está ceñido estrictamente al plano clínico, su aplicación es únicamente individual y para sujetos adultos, con síntomas de depresión ya diagnosticados y para el control de la misma; por lo que su aplicación resulta costosa para el sujeto.

Inventario de Depresión para Niños (CDI).

Este instrumento fue elaborado por Kovacs (1977) derivado del Inventario de la Depresión de Beck, cuyo objetivo fue el de detectar la presencia y severidad del trastorno depresivo. Consta de 27 reactivos, formados en tres fases que describen un síntoma de la depresión; con rangos de 0 a 2, que reflejan la normalidad, severidad del síntoma (definida como no incapacitadora) y enfermedad clínicamente significativa, respectivamente. Los reactivos recogen una amplia gama de síntomas depresivos como son las alteraciones del humor, la capacidad hedónica, las funciones vegetativas, la autoevaluación, y otras conductas interpersonales. Fue diseñado para aplicarlo a niños y adolescentes de 8 a 16 años individualmente, aunque también se puede administrar colectivamente en niños normales.

Al analizar los reactivos de la escala de Kovacs, se observa que se intenta abarcar con ellos casi todos los aspectos de lo que hoy se considera como síndrome depresivo infantil; no obstante, la formulación de las preguntas está pensada para población norteamericana, por lo que para su aplicación en población mexicana se utiliza una traducción española que no resulta del todo confiable y válida, ya que se estandarizó en España. No hay que olvidar, además, que este cuestionario se derivó de un cuestionario para adultos y pensado para ser utilizado en población básicamente clínica, siendo por lo tanto, contraproducente si se aplica en población "normal", aunque algunos autores como Polaino-Lorente mencionan su confiabilidad en ámbitos escolares.

Escala de Depresión para Niños (CDS).

Es una escala elaborada por Tisher y Lang (1978) con el objetivo de realizar una evaluación global de la depresión en niños de 8 a 16 años. Se parte de una definición empírica de la depresión infantil que incluye: respuestas afectivas, autoconcepto negativo, disminución en la producción mental, problemas psicósomáticos, ideas suicidas e irritabilidad. Consta de 66 reactivos agrupados en dos escalas específicamente: una escala con aspectos depresivos (48 reactivos) en la cual se encuentra las subescalas: Respuestas Afectivas (8 reactivos), Problemas Sociales (8 reactivos), Autoestima (8 reactivos), Preocupación por la muerte/salud (7

reactivos), Sentimientos de culpa (8 reactivos), y síntomas depresivos varios (9 reactivos); la escala positiva, con dos subescalas: Animo-alegría (8 reactivos) y Aspectos positivos varios (10 reactivos). Es una escala que se puede aplicar tanto de forma individual como grupal en cinco categorías de respuesta: Muy en desacuerdo, en desacuerdo, no estoy seguro, de acuerdo, y muy de acuerdo.

De este inventario, se pueden señalar los siguientes inconvenientes: Es un cuestionario muy largo que resulta poco útil, cuando lo que se pretende, es una evaluación rápida; desde un punto de vista psicométrico, la tipificación de la prueba se hizo con muestras muy pequeñas; al igual que las demás pruebas, está diseñada para ser aplicada en una cultura muy diferente a la nuestra por lo que los resultados podrían no ser satisfactorios.

Cruz, Morales, y Ramírez (1996) confiabilizaron y validaron este instrumento con una población de niños entre 8 y 14 años, para adaptarlo a la población infantil mexicana.

Con base en la revisión anterior, y considerando las ventajas y desventajas de los instrumentos mencionados, lo que se propone en el presente trabajo es la elaboración de un inventario que reúna los siguientes aspectos:

- Reactivos redactados con un lenguaje sencillo y accesible a la población adolescente mexicana.
- Para adolescentes de edades comprendidas entre los 12 y 18 años, pues se considera a esta edad como la etapa más crítica en el desarrollo del individuo.
- Los reactivos se deben ajustar a las características de la realidad sociocultural de los adolescentes mexicanos (valores, costumbres, aspectos socioeconómicos generalizados).
- El número de reactivos no debe provocar malestar y/o aburrimiento en el joven.
- El inventario será aplicable a población "normal", evitando el uso de términos psiquiátricos.
- Que se incluyan categorías que identifiquen respuesta emocionales, motivacionales, neurovegetativas, y cognitivo-conductuales, de acuerdo con la definición del trastorno depresivo del modelo cognitivo.
- Que pueda ser aplicado de forma individual o grupal por un profesional, o por un instructor no especializado.

Para tales efectos, en el siguiente capítulo se desarrolla la metodología para la construcción del inventario propuesto, basado en algunos reactivos de los inventarios de Kovacs (1977) en su traducción al español; y el cuestionario de Lang y Tisher, versión española de 1990, que son los instrumentos de depresión para niños, de mayor uso en nuestra

población adolescente, a pesar de sus desventajas; y para la exploración de los aspectos depresivos se aplicó a una muestra de adolescentes escolarizados un cuestionario con preguntas abiertas que hace referencia al concepto basado en el modelo cognitivo de la depresión de Beck (1967)

CAPÍTULO CINCO

CONSTRUCCIÓN DE UN INVENTARIO PARA EVALUAR LA DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES: METODOLOGÍA.

**Revisión, aplicación, y análisis del Inventario de Depresión para
Niños (CDI) de Kovacs.**

**Revisión, aplicación y análisis del Cuestionario de Depresión para
Niños (CDS) de Lang y Tisber.**

Aplicación de un cuestionario con preguntas abiertas.

**Etapa de piloteo del inventario propuesto para buscar su
confiabilidad y validez.**

Como ya se mencionó en el capítulo tres, referido a la depresión en la adolescencia, el interés por este trastorno en esta etapa del desarrollo surge en la década de los setentas, acompañado de controversias en relación a sus causas, manifestaciones, criterios de clasificación, diagnóstico, evaluación y tratamiento. En la actualidad, a pesar de que todavía resulta difícil encontrar una definición clara y precisa de la depresión en esta etapa, muchos clínicos e investigadores están convencidos de su existencia, y siguen interesados por este problema, enfocando su atención hacia la creación de estrategias para su evaluación. En este sentido, el desarrollo de técnicas psicométricamente más válidas y confiables, constituye un hecho relativamente amplio a partir de los años ochentas con escalas de evaluación objetivas de la depresión en la adolescencia.

Al hacer un análisis exhaustivo de las desventajas de cada uno de los instrumentos de evaluación (escalas, inventarios y cuestionarios) de uso más común en México, en población hospitalizada y "normal" de niños, adolescentes y adultos, se llegó a la conclusión de que existe la necesidad de elaborar un inventario que reúna las características necesarias para evaluar la depresión en la población adolescente mexicana, ya que no se dispone en nuestro país de suficientes instrumentos de evaluación objetivos para medir indicadores depresivos, aplicables en población "normal".

Con el presente estudio, se ha pretendido poner a disposición de la población adolescente mexicana un nuevo inventario en el que se incluyen algunos reactivos del Inventario de Depresión para Niños de Kovacs (1977) y el Cuestionario de Depresión para Niños de Lang y Tisher (1990), los cuales, aún cuando se han comprobado sus propiedades psicométricas, abarcan un rango de edad que incluye tanto a la etapa infantil como a una parte de la adolescencia (8 a 16 años en ambos instrumentos), lo cual puede ser un obstáculo para tener una visión más amplia del trastorno referido a ésta última. En este sentido, considerando, además que las diferentes connotaciones socioculturales y ambientales de cada país influyen lo suficiente como para que un cuestionario no se pueda transmitir de un pueblo a otro mediante una simple traducción, aún cuidando los aspectos lingüísticos, se ha atendido el aspecto interno o contenido de los elementos para lograr evaluar las categorías de diagnóstico en términos multifactoriales.

Se aplicó, además, un breve cuestionario de preguntas abiertas para sondear cuál de las categorías de la depresión eran consideradas por la población adolescente cómo las más significativas para definirla y los factores predisponentes asociados al trastorno. Bajo estas perspectivas, el procedimiento llevado a cabo para la construcción del inventario propuesto, se realizó a través de las siguientes etapas:

1. Revisión, aplicación y análisis del Inventario de Depresión para Niños (CDI) de Kovacs (1977).
2. Revisión, aplicación y análisis del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (1990).

3. Aplicación de un cuestionario exploratorio de preguntas abiertas.
4. Construcción del nuevo instrumento.
5. Etapa de piloteo de la versión final del inventario propuesto para obtener la sensibilidad de los reactivos en su conjunto
6. Búsqueda de la confiabilidad y validez del nuevo instrumento.

A continuación se describe, de forma particular, el método y los procedimientos desarrollados en cada una de las etapas.

1. Revisión, aplicación, y análisis del Inventario de Depresión para Niños (CDI) de Kovacs (1977).

El objetivo de esta tarea, permitió medir los indicadores depresivos que presentó la población estudiada y adoptar los reactivos que resultaron estadísticamente significativos con la finalidad de incluirlos en el inventario propuesto, bajo el siguiente método.

MÉTODO

Variable.

Depresión: En relación a su definición, cabe aclarar que este instrumento se adaptó del Inventario de Depresión para Adultos de Beck, por lo que el concepto de la depresión está basado en el que propone modelo cognitivo de Beck, mismo que ya se ha revisado en el capítulo dos, que analiza las teorías de la depresión.

Sujetos

la población evaluada estuvo formada por 50 estudiantes de ambos sexos (27 mujeres y 23 hombres) de edades comprendidas entre los 12 y 13 años del primer grado turno matutino, de la Escuela Secundaria General No. 8 "Lic. Isidro Fabela" del municipio de Atizapán de Zaragoza.

Obtención de la muestra

La muestra se seleccionó, de manera intencional, eligiendo a uno de los grupos del primer grado de una escuela secundaria, ubicada en el municipio de Atizapán de Zaragoza, cuidando que en ese nivel y grado de escolaridad se pudiera encontrar una mayor

concentración de sujetos con las edades que comprenden el inicio de la adolescencia (12 a 13 años, de acuerdo con el presente estudio), y considerando la media estadística que está dentro del margen de edad que recomienda la autora para la aplicación de su instrumento.

Instrumento

El instrumento de evaluación, como ya se mencionó, fue el **Inventario de depresión para Niños (CDI)**.

Autora: Kovacs, María

Objetivo: detectar la presencia y la severidad del trastorno depresivo.

Número de reactivos: 27

Edad de aplicación: 8 a 16 años.

Rango de valoración: 0 - refleja la normalidad.

1 - severidad del síntoma (definida como no incapacitadora).

2 - enfermedad clínicamente significativa.

Cada reactivo consta de tres posibles respuestas alternativas, de las cuales el adolescente debe señalar la que mejor describa su situación de las dos últimas semanas (ver **apéndice 1**).

Tiempo de aplicación: de 10 a 20 minutos.

Diseño de aplicación: Individual y colectiva.

La puntuación total fluctúa entre 0 y 54; a mayor puntuación, mayor sintomatología depresiva.

Los niveles de depresión son (con punto de corte 11, 12, 13, según las finalidades del investigador, y de donde se parte para ver la normalidad y/o la severidad del síntoma) de:

0 - 12 normal.

13 - 24 severidad del síntoma (moderado).

25 - 54 enfermedad significativa (severa).

Se utilizaron 50 inventarios, hojas de respuesta, y lápices.

Para el registro de datos se utilizó un equipo de cómputo con el Programa Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS PC+V. 401).

En los recursos humanos, se solicitó el apoyo de un aplicador.

Escenario

La aplicación del inventario se llevó a cabo de manera grupal, dentro del salón de clases de la escuela secundaria en donde normalmente recibía clases el grupo seleccionado.

Procedimiento

Una vez revisado el inventario, y previo permiso por parte de las autoridades del plantel educativo, el instrumento se aplicó a un grupo de 50 alumnos del primer grado, de ambos sexos (27 mujeres y 23 hombres). Posteriormente, para su análisis, se vaciaron los datos en el programa de computo para obtener la correlación Item-escala.

2. Revisión, aplicación, y análisis del *Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) Lang y Tisher (1990)*

La aplicación de este cuestionario tuvo como propósito adoptar aquellos reactivos que mostraron correlaciones estadísticamente significativas que pudieran ser tomados en cuenta para la elaboración del nuevo inventario, el procedimiento que se siguió fue de la misma manera que el Inventario de la Depresión para Niños de Kovacs.

MÉTODO.

Variable.

Depresión: Considerada por las autoras del instrumento, de manera empírica, como una respuesta humana normal que puede variar en intensidad y cualidad, y que puede ser encontrada en población adolescente. No especifican si se trata de un síndrome o un estado, sólo consideran las características como conceptos operativos que definen a la entidad. Se consideran respuestas afectivas, de autoconcepto negativo, disminución de la productividad mental y de los impulsos, problemas psicosomáticos, preocupación por la muerte, la enfermedad, y problemas de agresión.

Sujetos

La población evaluada fue de 47 sujetos de ambos sexos (29 mujeres y 18 hombres) con una edad promedio entre 12 y 13 años del primer grado turno vespertino de la Escuela Secundaria General No. 8 "Lic. Isidro Fabela" del Municipio de Atizapán de Zaragoza.

Obtención de la muestra

De la misma manera que en el instrumento de Kovacs, el objetivo era probar este cuestionario con una población que tuviera la edad aproximada que marca el inicio de la adolescencia, según la concepción del presente estudio, y que serviría de base para la construcción del nuevo instrumento de evaluación. Para la muestra, se eligió a un grupo del primer grado del turno vespertino de la Escuela Secundaria ya mencionada de los seis grupos con los que cuenta dicha institución, considerando que en este nivel y grado de escolaridad se podía encontrar la mayor concentración de sujetos de edades comprendidas entre los 12 y 13 años.

Instrumento

Se utilizó el **Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) 1990**.

Autoras: M. Lang y M. Tisher.

Objetivo: Evaluación global y específica de la depresión.

Número de reactivos: 66; 48 reactivos de tipo depresivo y 18 reactivos de tipo positivo.

Edad de aplicación: 8 a 16 años.

Aplicación: individual o colectiva.

Tiempo de aplicación: de 30 a 40 minutos.

Los 48 reactivos con que cuenta la escala total depresiva, se divide a su vez en 6 subescalas:

Respuesta afectiva	(RA)	8 reactivos
problemas sociales	(PS)	8 reactivos
Autoestima	(AE)	8 reactivos
Preocupación por la muerte/salud	(PM)	7 reactivos
Sentimientos de culpa	(SC)	8 reactivos
Depresivo varios	(DV)	9 reactivos

La escala total positiva con 18 reactivos, consta además de dos subescalas.

Animo-alegría	(AA)	8 reactivos
positivo-varios	(PV)	10 reactivos

Cada reactivo intenta explorar la frecuencia de cómo el evaluado se está sintiendo en ese momento o cómo se ha sentido durante las dos últimas semanas. Tiene cinco opciones de respuesta tipo Liker de la siguiente forma:

- (+ +) MUY DE ACUERDO
- (+) DE ACUERDO
- (+/-) NO ESTOY SEGURO
- (-) EN DESACUERDO
- (- -) MUY EN DESACUERDO

Cada reactivo se puntúa en una escala de 1 a 5 en la dirección del rasgo de la depresión.

Los rasgos de valoración se elaboran considerando el valor máximo menos el valor mínimo dividido entre 5 (por escala total o por áreas).

La puntuación total va de 66 a 330.

Para la interpretación del cuestionario se utiliza una escala de deciles y decatipos. La puntuación centil indica el tanto por ciento al que un sujeto determinado es superior en la variable apreciada por el instrumento.

Las puntuaciones decatipos constituyen una escala típica de 10 puntos. En los decatipos centrales (5 y 6) queda comprendido el 40 por ciento medio; los decatipos 2-3 y 8-9 indican una gran desviación de la media; los decatipos 4, 5, 6 y 7 están considerados como el grupo promedio; los decatipos 1 y 10 son valores extremos.

Una vez obtenidas las puntuaciones directas, se busca en la tabla de baremos la columna correspondiente a la escala o subescala a interpretar. En cada columna se busca la puntuación directa obtenida por el sujeto y, a la misma altura, horizontalmente, se encontrará la puntuación centil en la primera columna de la izquierda y la puntuación decatipo en la columna de la derecha de la tabla.

El instrumento consta de un manual, de un cuadernillo de reactivos con las instrucciones, de hojas de respuesta para la evaluación grupal y de 66 tarjetas con los enunciados redactados para la evaluación individual, una plantilla de corrección, y cinco tarjetas de clasificación.(ver apéndice 2)

Para la aplicación del instrumento se utilizaron 47 cuadernillos con sus hojas de respuesta; plantilla de corrección, lápices, equipo de cómputo con el programa SPSS y hojas blancas para el vaciado de datos.

En los recursos humanos: se contó con el apoyo de dos aplicadores.

Escenario

La aplicación del Cuestionario se llevó a cabo en el salón de clases del grupo seleccionado.

Procedimiento

Cuando se hubo revisado detenidamente el instrumento de evaluación, se pidió permiso a las autoridades del plantel para que se pudiera aplicar a los alumnos. Una vez aplicada la

prueba, se vaciaron los datos en computadora para su análisis. Por medio del Programa estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS PC+ V.401), se analizaron sus reactivos por medio del método ítem-escala.

3. Aplicación de un cuestionario breve con preguntas abiertas.

Como fuente adicional para la obtención de los reactivos, se consideró importante la aplicación de un cuestionario con preguntas abiertas para saber como identifican, conciben y/o manifiestan la depresión los adolescentes incluidos en la muestra, con la finalidad de tener un referente más exacto de los problemas depresivos en nuestra población joven. Bajo esta perspectiva, se siguió la metodología que se describe a continuación

MÉTODO

Variable

Depresión: La definición de la depresión que se consideró para la construcción de este cuestionario, se basó en el constructo propuesto por el Modelo Cognitivo de Beck (1983) definida como un síntoma emocional, cognitivo, motivacional, y neurovegetativo.

Sujetos

La muestra estuvo formada por una población de 133 adolescentes de ambos sexos, de edades comprendidas entre los 13 y 18 años. Dichos sujetos eran estudiantes que al momento de la aplicación del cuestionario cursaban el segundo y tercer año de secundaria y segundo y cuarto semestre de preparatoria.

Obtención de la muestra

De dos escuelas secundarias del Municipio de Atizapán de Zaragoza, se eligió a un grupo de segundo grado de una de las secundarias, y a un grupo de tercer grado de otra secundaria, procurando concentrar a sujetos de edades comprendidas entre los 13 y 15 años; a un grupo por escuela, del primero y cuarto semestre, de dos preparatorias estatales de los Municipios de Tlalnepantla de Baz y de Atizapán de Zaragoza, cuyos adolescentes tenían entre 15 y 18 años, a fin de explorar en este rango de edad la concepción que estos jóvenes tienen de la depresión. En la tabla 1 se puede apreciar la relación de la población evaluada.

Tabla 1. Relación de la población estudiada en el cuestionario de preguntas abiertas.

PLANTEL	GRADO	TURNO	SUJETOS	EDAD
Esc. Sec. gral. 99 "Salvador Díaz Mirón" Atizapán de Zaragoza	Segundo grado	vespertino	37*	13 a 14 años
Esc. Sec. Gral. 8 "Lic. Isidro Fabela" Atizapán de Zaragoza	Tercero grado	vespertino	32*	14 a 15 años
Esc. Prep. Of. 87 Atizapan de Zaragoza	Segundo semestre	matutino	37*	15 a 16 años
Esc. Prep. Of. 103. Tlalnepantla de Baz	Cuarto semestre	matutino	27*	16 a 18 años
TOTAL			133	

* Alumnos que integraban cada grupo

Escenario

La aplicación del cuestionario se realizó en el salón donde normalmente reciben clases los alumnos de las escuelas secundarias y preparatorias antes citadas.

Instrumento

Se conformó un cuestionario de preguntas abiertas con la finalidad de explorar directamente en los adolescentes el concepto de la depresión y las causas que ellos pudieran considerar como las más recurrentes en la presencia del trastorno. El cuestionario empleado consta de doce preguntas que abarcan aspectos relacionados con la tristeza, el enojo, el desinterés, los sentimientos de culpa, el aislamiento, el llanto, la autovaloración, la autoestima, la autocrítica, los pensamientos suicidas, los sentimientos de soledad, los problemas de apetito, y la desesperación, así como la mención de problemas familiares, problemas emocionales, y problemas escolares (ver apéndice 3).

Procedimiento

Una vez obtenido el permiso de las autoridades de las instituciones referidas, se procedió a realizar la selección de los grupos, procurando que se registrara en ellos la mayor frecuencia de adolescentes con las edades establecidas en el estudio (12 a 18 años). Posteriormente, se procedió a la aplicación del cuestionario. Los datos obtenidos en dicho cuestionario se vaciaron en una sábana para registrar las frecuencias de cada una de las respuestas, y considerarlas para elaborar los reactivos restantes que conforman el nuevo inventario.

4. Construcción del nuevo instrumento de evaluación.

Después de la aplicación y análisis de los instrumentos de evaluación elegidos y del cuestionario de preguntas abiertas, que sirvieron de apoyo para la construcción del nuevo inventario de depresión para adolescentes, éste quedó integrado por 40 reactivos, que se adaptaron del Inventario de Depresión para Niños de Kovacs, del Cuestionario de Depresión para Niños de Lang y Tisher y de las respuestas emitidas por los adolescentes a quienes se aplicó el cuestionario de preguntas abiertas.

5. Etapa de piloteo del inventario resultante para evaluar su confiabilidad y validez.

Esta etapa correspondió a la obtención de la sensibilidad del instrumento de evaluación a través de la aplicación del estadístico Producto-momento de Pearson, la obtención de su confiabilidad a través del método ítem-escala con el coeficiente Alpha de Cronbach, y el análisis factorial con el método de componentes principales y rotación ortogonal varimax.

MÉTODO

Variable.

Depresión: El concepto de la depresión que se consideró para la construcción del nuevo inventario se basó en la aproximación teórica descrita por el Modelo Cognitivo de la Depresión de Beck (1983), que la define como un síntoma que vincula aspectos emocionales (periodos de llanto, pérdida de la alegría, desinterés), cognitivos (baja autoestima, indecisión, autocrítica, ideas suicidas), motivacional (deseos de evitación, sentimientos de culpa), y neurovegetativos (pérdida del apetito, insomnio, fatiga).

Sujetos

La muestra estuvo integrada por una población de 200 adolescentes escolarizados, de edades comprendidas entre los 12 y 18 años, de ambos sexos, de cinco escuelas ubicadas en la zona norte del área metropolitana. La tabla 2 especifica la integración de la muestra.

Obtención de la muestra.

La selección de la muestra se realizó considerando a los adolescentes de edades comprendidas entre 12 y 18 años, de primero, segundo y tercer grado de secundaria (12 a 15 años), de los turnos matutino y vespertino, ya que en estos niveles y grados de escolaridad fue posible encontrar una mayor concentración de jóvenes que tuvieran estas edades, de acuerdo con el objetivo planteado en la propuesta de esta investigación.

Tabla 2. Relación de la población a la cual se le aplicó el inventario propuesto.

PLANTEL	GRADO	TURNO	SUJETOS	EDAD
Esc. Sec. Gral. 99 "Salvador Díaz Mirón"	Primer grado	Vespertino	41	12 a 13
Esc. Sec. Gral. 59 "Libertadores de América"	Segundo grado	Matutino	32	13 a 14
Esc. Sec. Gral. 71 "Patria y libertad"	Tercer grado	Vespertino	69	14 a 15
Esc. Preparatoria Oficial 87	Segundo semestre	Vespertino	38	15 a 16
Esc. Preparatoria Oficial 103	Cuarto semestre	Matutino	20	16 a 18
TOTAL			200	

Escenario.

La aplicación del inventario propuesto (**IDA**) para medir la depresión en adolescentes, se llevó a cabo en forma grupal dentro de los salones de clases de las escuelas citadas en donde normalmente reciben clases los alumnos de los grupos seleccionados.

Procedimiento.

Se presentó a los directores de cuatro escuelas de la zona norte del área metropolitana, un oficio en representación del Proyecto de Investigación para la Salud de la Unidad de Investigación Interdisciplinaria en Ciencias de la Salud y Educación (UIICSE) de la UNAM campus Iztacala, con el fin de obtener el permiso para la aplicación del inventario propuesto. Posterior a la aplicación del inventario, se procedió al análisis de los reactivos, utilizando el Programa de cómputo para las Ciencias Sociales (SPSS PC+ V.401) para probar la sensibilidad de los reactivos y observar de esta forma la consistencia del mismo.

Para obtener la confiabilidad, se utilizó el estadístico Alpha de Cronbach; se utilizó un análisis factorial para el análisis de los componentes principales, además de un análisis por rotación varimax para la obtención de factores donde quedaron el mínimo de variables con los que cuenta el inventario propuesto; así como la obtención de su peso factorial y la varianza de los reactivos. Por último, se utilizó nuevamente el estadístico Alpha de Cronbach para obtener la consistencia de los reactivos distribuidos en categorías.

En el capítulo seis se describen los resultados del análisis que se realizó a los reactivos de cada instrumento de evaluación que se empleó en la conformación del nuevo del inventario; también se muestran los resultados del cuestionario con preguntas abiertas. Por último, se presenta la conformación definitiva del nuevo inventario, así como los resultados obtenidos en la fase de piloteo.

CAPÍTULO SEIS

RESULTADOS.

Resultados del proceso de construcción del inventario propuesto.

Presentación final del Inventario de Depresión para Adolescentes (IDA).

Confiabilidad y validez interna del IDA.

En México, como en otros países, existe la necesidad de contar con mediciones válidas y confiables que son indispensables para la evaluación de la depresión. Sin embargo, los instrumentos usualmente empleados para esta finalidad, a menudo son muy largos, están ceñidos estrictamente al plano clínico, o están redactados con un lenguaje propio de la cultura donde se realizan, por lo cual, con frecuencia, resultan poco accesibles para ser usados en otras culturas, pues, aún cuando el trastorno tiene connotaciones transculturales, cada sociedad posee características y contextos socioeconómicos e ideosincráticos propios, que pueden ser factores permeables a la presencia de la depresión. Bajo estas perspectivas, es inminente la necesidad de elaborar un nuevo instrumento de evaluación para una población “normal” de adolescentes que enfrentan en la actualidad el reto de cambios socioculturales críticos.

En este capítulo se ofrece un informe de los resultados que se obtuvieron de la selección, adaptación, y formulación de los reactivos que sirvieron para la construcción y presentación del instrumento de evaluación propuesto, mismo que se pone a consideración de la comunidad científica para la evaluación de la depresión en adolescentes mexicanos, entre 12 y 18 años, los cuales se analizan en el siguiente orden:

1. Proceso de construcción del inventario propuesto.

- *Resultados del Inventario de Depresión para Niños (CDI) de Kovacs.*
- *Resultados de la Escala de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher.*
- *Resultados del cuestionario de preguntas abiertas.*

2. Presentación final del Inventario de Depresión para Adolescentes (IDA).

3. Confiabilidad y validez interna del Inventario de Depresión para Adolescentes (IDA).

- *Análisis factorial.*

1. Proceso de construcción del inventario propuesto.

Resultados del Inventario de Depresión para Niños (CDI) de Kovacs.

Los reactivos de este instrumento de evaluación, aplicado a una muestra de 50 adolescentes escolarizados, fueron sometidos a un análisis de correlación por medio del método Item-escala, los cuales mostraron correlaciones de $r > 0.40$, a excepción del reactivo 6, cuya correlación fue de $r = 0.36$. En la tabla 1 se observan los resultados de estas correlaciones, y se indican los reactivos 10, 20, 25, 26 y 27 que fueron considerados para formar parte del nuevo inventario.

Tabla 1. Correlaciones del Inventario de depresión para Niños de Kovacs.

Reactivo	Correlación	Probabilidad	Reactivo	Correlación	Probabilidad
1	0.4175	0.003*	15	0.6434	0.00*
2	0.5513	0.00*	16	0.4853	0.00*
3	0.6019	0.00*	17	0.5310	0.00*
4	0.5467	0.00*	18	0.6420	0.00*
5	0.6318	0.00*	19	0.5187	0.00*
6	0.3605	0.1	20*	0.6502	0.00*
7	0.4027	0.004*	21	0.5721	0.00*
8	0.6468	0.00*	22	0.5656	0.00*
9	0.5801	0.00*	23	0.6442	0.00*
10*	0.6984	0.00*	24	0.5957	0.00*
11	0.5817	0.00*	25*	0.7515	0.00*
12	0.6287	0.00*	26*	0.6926	0.00*
13	0.5414	0.00*	27*	0.6565	0.00*
14	0.5289	0.00*			

P< 0.05*

* Reactivos considerados para la conformación del nuevo instrumento.

La figura 1 muestra esquemáticamente los 27 reactivos que conforman el Inventario de Depresión para niños de Kovacs, en donde se pueden apreciar las correlaciones obtenidas en cada reactivo. Los reactivos evalúan, en general, aspectos relacionados con sentimientos de tristeza, baja autoestima, sentimientos de culpa, ideas suicidas, llanto, sentimientos de preocupación, desinterés, indecisión, pobre imagen corporal, incapacidad laboral, insomnio, fatiga, pérdida del apetito, problemas somáticos, sentimientos de soledad, insatisfacción, desinterés, incapacidad laboral, pesimismo, y sentimientos de fracaso.

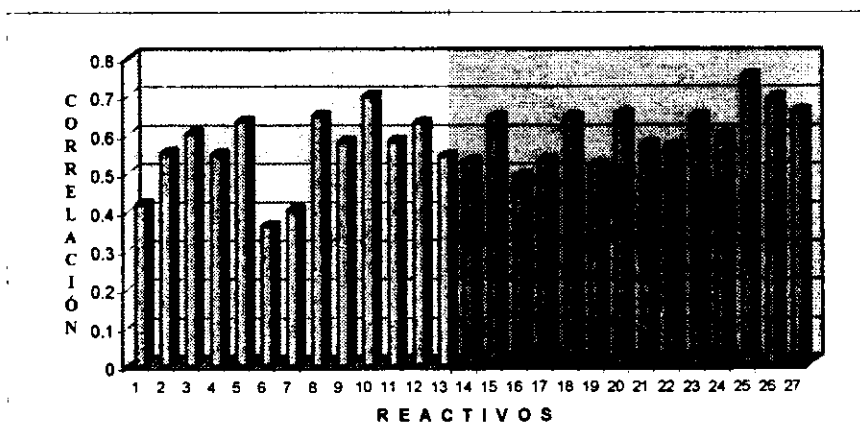


Figura 1. Gráfica de las correlaciones de los reactivos del Inventario de Depresión para Niños

Como se estableció en la metodología, el propósito del análisis de los reactivos del Inventario de Depresión para Niños de Kovacs fue adaptar al nuevo inventario aquellos elementos que obtuvieran una correlación significativa. El análisis, no sólo arrojó resultados satisfactorios que garantizan la relevancia estadística de algunos de sus reactivos, sino que, además, ellos se ciñen al área emocional, cognitivo-conductual, y motivacional que definen a la depresión bajo el modelo de Beck (1983).

En este sentido, la tabla 2 muestra los reactivos 10, 20, 25, 26 y 27 que se consideraron de esta escala, y que pasaron a formar parte del inventario propuesto como los reactivos 19, 14, 7, 6, y 30 respectivamente, con algunas modificaciones lingüísticas de la traducción en español del inventario que se maneja en el país, con la finalidad de hacerlo accesible para comprensión de los adolescentes mexicanos.

Tabla 2. Reactivos del CDI de Kovacs que conforman los reactivos del Inventario de Depresión para Adolescentes (IDA)

REACTIVOS DEL CDI	REACTIVOS DEL IDA
10. Tengo ganas de llorar todos los días	19. Me dan ganas de llorar.
20. Nunca me siento sólo	14. Me siento solo.
25. Nadie me quiere	7. Pienso que nadie me quiere.
26. Nunca hago lo que me dicen	6. Hago lo que me dicen.
27. Me peleo con la gente muchas veces	30. No me llevo bien con la gente.

Resultados del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (1990).

Como ya se mencionó en la metodología, la escala mide aspectos depresivos y no depresivos; para el propósito del presente trabajo, se hizo el análisis para tomar en consideración algunos de sus reactivos que midieran aspectos depresivos, y que además mostraran correlaciones estadísticamente significativas ($p < .05$) para adaptarlos al nuevo inventario. Los reactivos que miden aspectos positivos (no depresivos) únicamente se mencionan como parte del mismo cuestionario.

En la tabla 3 se muestran los 48 reactivos que evalúan aspectos depresivos, de los cuales 30 alcanzaron correlaciones de $r > 0.50$; estos reactivos son el 3, 4, 7, 10, 11, 12, 13, 20, 26, 28, 29, 30, 31, 34, 35, 36, 37, 38, 43, 45, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 58, 60, 61, y 62 cuya correlación va de $r > 0.50$ y $r < 0.82$, los cuales miden aspectos relacionados con la autoestima, ideas suicidas, sentimientos de soledad, irritabilidad, aburrimiento, autovaloración, sentimientos de

tristeza, pereza, sentimientos de culpa, y llanto; mientras que los reactivos 2, 5, 6, 14, 15, 18, 19, 21, 22, 23, 27, 39, 42, 44, 46, 47, 59, y 66, que evalúan sentimientos de desgracia, insomnio, sentimientos de culpa, sentimientos de tristeza, llanto, desinterés, enojo, sentimientos de soledad, preocupación por la enfermedad, sentimientos de desdicha, baja autoestima, vaciedad, y sentimientos de pérdida (real o imaginaria), tuvieron correlaciones entre $r > 0.19$ y $r < 0.50$. En esa misma tabla se señalan los reactivos 4, 26, 28, 35, 37, 52, 53 y 60 que fueron considerados para ser adaptados al nuevo inventario por haber obtenido correlaciones fuertes entre $r > 0.66$ y $r < 0.82$, con excepción del reactivo 11 que aún cuando mostró una correlación fuerte, no se tomó en cuenta por tener similitud al reactivo 20 del CDI de Kovacs.

Tabla 3. Correlaciones de los reactivos de aspectos depresivos del CDS de Lang y Tisher.

Reactivos	Correlaciones	Probabilidad	Reactivos	Correlaciones	Probabilidad
2	0.3563	0.007*	34	0.5424	0.00*
3	0.5182	0.00*	35*	0.7118	0.00*
4*	0.6667	0.00*	36	0.5998	0.00*
5	0.4347	0.001*	37*	0.7019	0.00*
6	0.4444	0.001*	38	0.5741	0.00*
7	0.6346	0.00*	39	0.2636	0.037*
10	0.5295	0.00*	42	0.1849	0.107
11	0.7266	0.00*	43	0.6139	0.00*
12	0.5028	0.00*	44	0.4563	0.001*
13	0.5733	0.00*	45	0.5492	0.00*
14	0.4900	0.00*	46	0.1931	0.097
15	0.3242	0.013*	47	0.3797	0.004*
18	0.4026	0.003*	50	0.5778	0.00*
19	0.3330	0.012*	51	0.6114	0.00*
20	0.5777	0.00*	52*	0.6553	0.00*
21	0.4804	0.00*	53*	0.7211	0.00*
22	0.3536	0.008*	54	0.5208	0.00*
23	0.2703	0.033*	55	0.5676	0.00*
26*	0.6982	0.00*	58	0.6355	0.00*
27	0.4462	0.001*	59	0.2374	0.054*
28*	0.8239	0.00*	60*	0.6651	0.00*
29	0.5212	0.00*	61	0.5398	0.00*
30	0.5279	0.00*	62	0.5167	0.009
31	0.5367	0.00*	66	0.4855	0.00*

*Reactivos considerados para la construcción del inventario
 $p < 0.05$ *

En las figuras 2a y 2b se observan la distribución de los reactivos que miden aspectos depresivos, de tal manera que se puede apreciar con mayor claridad cada una de las correlaciones de $r > 0.18$ y $r < 0.82$ (débiles, moderadas y altas). En la figura 2a, que incluye 24 reactivos, se pueden ver los reactivos 2, 5, 6, 12, 14, 15, 18, 19, 21, 22, 23 y 27 que

obtuvieron correlaciones de $r > 0.50$ y $r < 0.27$; mientras que los reactivos 3, 4, 7, 10, 11, 13, 20, 26, 28, 29, 30 y 31 presentaron correlaciones entre $r = 0.51$ para el reactivo 3, y $r = 0.82$ para el reactivo 28. Por otra parte, en la figura 2b los reactivos 39, 42, 44, 46, 47, 59 y 66 alcanzaron correlaciones de $r < 0.50$; en tanto que los reactivos 34, 35, 36, 37, 38, 43, 45, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 58, 60, 61 y 62 muestran correlaciones de $r > 0.50$ a $r < 0.72$.

Figura 2a

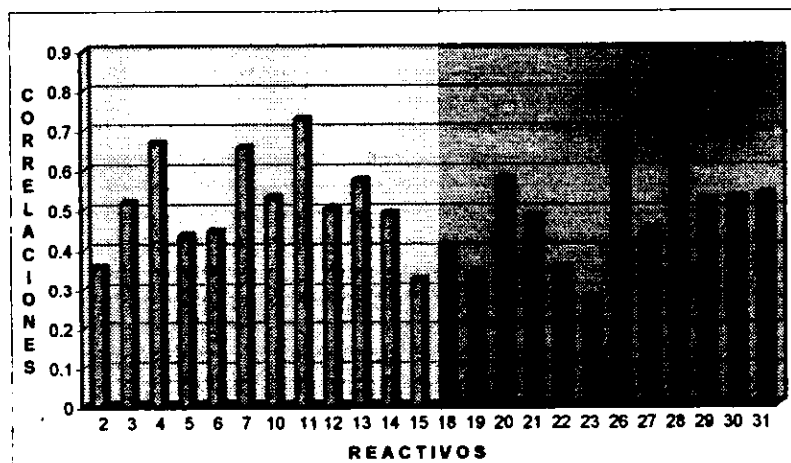


Figura 2b.

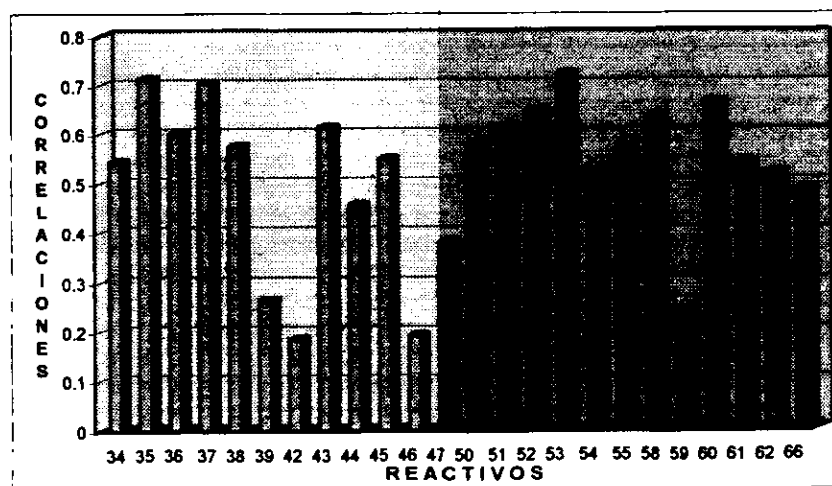


Figura 2. Correlación de los reactivos negativos del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS)

En la tabla 4 se muestran los reactivos que miden aspectos no depresivos (positivos) y que presentaron correlaciones negativas que van de $r = -0.15$ a $r = -0.70$, obtenidas con el método ítem-escala, lo que quiere decir que estos reactivos no mostraron sensibilidad para evaluar la depresión, excepto el reactivo 32 cuya correlación fue positiva de $r = 0.08$, lo cual indica que este elemento no mide lo que la escala pretende medir, un aspecto positivo. Estos elementos evalúan aspectos relacionados con el ánimo y la alegría, y, en general, situaciones positivas varias.

Tabla 4. Correlaciones de los reactivos de aspectos positivos del CDS de Lang y Tisher .

REACTIVOS	CORRELACIONES	PROBABILIDAD
1	-0.1514	0.315
8	-0.2048	0.167
9	-0.34	0.019*
16	-0.4477	0.002*
17	-0.3551	0.14
24	-0.4693	0.001*
25	-0.3964	0.006*
32	0.0833	0.578
33	-0.4186	0.003*
40	-0.6778	0.00*
41	-0.7066	0.00*
48	-0.2285	0.122
49	-0.5986	0.00*
56	-0.1666	0.263
57	-0.4697	0.001*
63	-0.3575	0.015*
64	-0.6378	0.00*
65	-0.5998	0.00*

P < 0.05*

La figura 3, muestra gráficamente los reactivos del cuestionario de Lang y Tisher, en su aspecto positivo, en ella se puede apreciar la distribución de 17 reactivos con base en el promedio de sus correlaciones negativas, y el reactivo 32 cuya correlación positiva no es significativa.

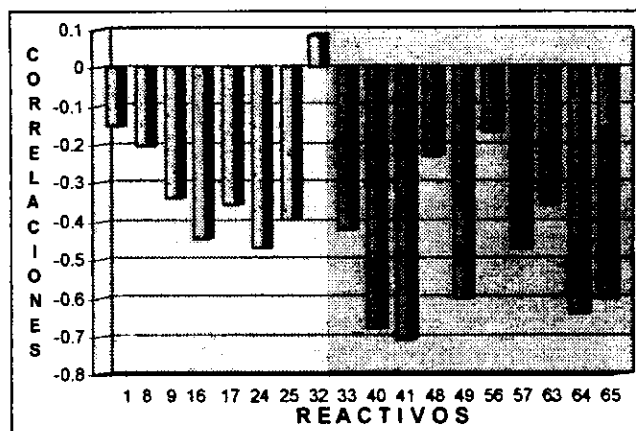


Figura 3. Correlaciones de los reactivos positivos del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS)

De esta escala se tomaron en cuenta, para formar parte del nuevo inventario, los reactivos cuyas correlaciones fueron las más altas ($r > 0.65$). Tales reactivos, además de haber obtenido correlaciones fuertes, evalúan aspectos relacionados con el modelo cognitivo-conductual de Beck (1967). En tal sentido, la tabla 5 muestra los elementos considerados para la formación del nuevo inventario, tales reactivos fueron: el 4, 26, 28, 35, 37, 52, 53, y 60, los cuales miden indicadores de tipo emocional, cognitivo-conductual, y motivacional. Estos reactivos pasaron a formar parte del nuevo inventario como los reactivos 37, 34, 40, 28, 8, 11, 33, y 32, con algunas variaciones lingüísticas hechas en la traducción española del cuestionario original, para su mejor comprensión en la población adolescente mexicana. Por ejemplo, el reactivo 37 "creo que no valgo nada", se redactó en un lenguaje coloquial, accesible y de uso común entre los adolescentes, aun cuando sintácticamente pudiera considerarse como erróneo.

Tabla 5. Reactivos del Cuestionario de Depresión para Niños de Lang y Tisher que conforman los reactivos del Inventario de Depresión para Adolescentes

REACTIVOS DEL CDI	REACTIVOS DEL IDA
4. A menudo creo que valgo poco	37. Creo que no valgo nada
26. Frecuentemente me siento desgraciado/ triste/ desdichado	34. Me siento triste y desdichado
28. A menudo me odio a mí mismo	40. Siento odio por mi mismo
35. La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende	28. Pienso que los demás no me comprenden.
37. Muchas veces me siento muerto por dentro	8. Siento que lo mejor sería morirme
52. Cuando fallo en el colegio pienso que no valgo para nada	11. Tengo problemas con los trabajos escolares
53. A menudo imagino que me hago heridas o que me muero	33. Imagino que estoy muerto
60. La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno/ quiero ser	32. Todo me sale mal

Resultados del cuestionario breve con preguntas abiertas.

De la aplicación del cuestionario de preguntas abiertas a 133 adolescentes, se obtuvieron indicadores que sirvieron de apoyo para la formulación de los reactivos restantes del inventario propuesto.

En la tabla 6 se observan los resultados obtenidos que muestran frecuencias de 191, para los aspectos relacionados con la tristeza, hasta la frecuencia de 10, que corresponde a los aspectos de desesperación. También se obtuvieron indicadores de factores predisponentes a la depresión, dentro de los cuales, los problemas familiares alcanzaron la mayor frecuencia 83, seguidos por los problemas sentimentales con una frecuencia de 52, y los problemas escolares con frecuencia de 44.

Tabla 6. Relación de las frecuencias de las respuestas del Cuestionario abierto.

CATEGORÍAS	F R E C U E N C I A S				
	Sec.No. 99 N =37 (14 - 16 años)	Sec. No.8 N = 32 (14 + 16 años)	Prep. 103 N = 27 (16 - 18 años)	Prep. 87 N = 37 (14 - 18 años)	TOTAL 133
EMOCIONALES					
* Tristeza	47	43	46	55	91
* Enojo	37	33	20	39	29
* Llanto	28	15	14	22	79
* Soledad	14		10		24
* Desesperación	3		7		10
COGNITIVAS					
* Sentimientos de culpa	21	28	30	26	105
* Autoestima	14	10	11	16	51
* Autoconcepto	26	5	16	12	59
* Autocrítica	20	5	15	9	49
MOTIVACIONALES					
* Desinterés	28	21	33	28	110
* Aislamiento	20	21	17	45	103
* Ideas suicidas	14	6	8	17	45
NEUROVEGETATIVAS					
* Problemas de apetito	3	3	2	7	5
FACTORES PREDISPONETES					
Problemas familiares	22	24	17	20	83
Problemas emocionales	20	11	9	12	52
Problemas escolares	9	14	8	13	44

* Indicadores que sirvieron de apoyo en la elaboración de los reactivos del inventario propuesto

Todos los indicadores presentados en la tabla 6, sirvieron de apoyo para construir los reactivos 1, 2, 3, 4, 5, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 31, 35, 36, 38 y 39 que conforman el nuevo inventario. Para la construcción de éstos se consideraron las categorías cognitivo-conductuales para medir el trastorno depresivo bajo la concepción del constructo propuesto por Beck. La tabla 7 muestra los 27 reactivos resultantes que se construyeron de las respuestas emitidas del cuestionario de preguntas abiertas.

Tabla 7. Reactivos resultantes del cuestionario de preguntas abiertas para el IDA

No. de reactivo	REACTIVOS
1	Me siento triste la mayor parte del tiempo
2	Cuando hay problemas en casa, pienso que son por mi culpa
3	Me gusta estar solo (a)
4	No me dan ganas de comer
5	Me desespero fácilmente
9	Durante las noches me despierto sin motivo
10	Me enoja por cualquier cosa
12	Pienso que lo mejor sería desaparecer para que mis papás ya no tengan problemas
13	Creo que estoy comiendo demasiado
15	Siento que las cosas malas que suceden son por mi culpa
16	Me distraigo en mis clases escolares
17	Siento que últimamente he subido de peso
18	No tengo interés por nada
20	Pienso que soy muy feo (a)
21	He pensado que la vida no vale la pena porque sufro mucho
22	Cuando me enoja termino llorando
23	Me cuesta trabajo levantarme de la cama
24	Me disgusta ir a la escuela
25	Siento que nadie se preocupa por mí
26	Siento que últimamente he bajado de peso
27	Cuando alguien se enoja conmigo, me siento triste
29	Siento que me aburro
31	Me disgusta mucho tener problemas con mis hermanos o con mis papás
35	Me siento culpable por todo lo que les sucede a mis amigos
36	Siento que a los demás les caigo mal
38	Siento que a la gente no le intereso
39	Me avergüenzo de mi mismo (a)

2. Descripción del cuestionario resultante: Inventario de Depresión para Adolescentes (IDA).

Después del análisis realizado de los instrumentos de medición, que sirvieron de apoyo para la construcción del Inventario de Depresión para Adolescentes (IDA), y de las respuestas emitidas por los sujetos evaluados en el cuestionario de preguntas abiertas, el nuevo inventario quedó integrado por 40 reactivos de los cuales, como ya se indicó, 5 reactivos se adaptaron del Inventario de Depresión para Niños de Kovacs, 8 reactivos del Cuestionario de Depresión para Niños de Lang y Tisher y 27 reactivos que se construyeron tomando como base las respuestas emitidas por los sujetos en el cuestionario de preguntas abiertas. En la tabla 8 muestra la integración en su totalidad de los 40 reactivos que conforman el nuevo inventario.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Tabla 8. Conformación total de los reactivos del Inventario de Depresión para Adolescentes (IDA).

No.	REACTIVOS
1	Me siento triste la mayor parte del tiempo.
2	Cuando hay problemas en casa, pienso que son por mi culpa.
3	Me gusta estar solo (a).
4	No me dan ganas de comer.
5	Me desespero fácilmente.
6	Hago lo que me dicen.
7	Pienso que nadie me quiere.
8	Siento que lo mejor sería morirme.
9	Durante las noches me despierto sin motivo.
10	Me enojo por cualquier cosa.
11	Tengo problemas con los trabajos escolares.
12	Pienso que lo mejor sería desaparecer para que mis papás ya no tengan problemas.
13	Creo que estoy comiendo demasiado.
14	Me siento solo (a).
15	Siento que las cosas malas que suceden son por mi culpa.
16	Me distraigo en mis clases escolares.
17	Siento que últimamente he subido de peso.
18	No tengo interés por nada.
19	Me dan ganas de llorar.
20	Pienso que soy muy feo (a).
21	He pensado que la vida no vale la pena porque sufro mucho.
22	Cuando me enojo termino llorando.
23	Me cuesta trabajo levantarme de la cama.
24	Me disgusta ir a la escuela.
25	Siento que nadie se preocupa por mí.
26	Siento que últimamente he bajado de peso.
27	Cuando alguien se enoja conmigo me siento triste.
28	Pienso que los demás no me comprenden.
29	Siento que me aburro.
30	No me llevo bien con la gente.
31	Me disgusta mucho tener problemas con mis hermanos o con mis papás.
32	Todo me sale mal.
33	Imagino que estoy muerto (a).
34	Me siento triste y desdichado (a).
35	Me siento culpable por todo lo que les sucede a mis amigos.
36	Siento que a los demás les caigo mal.
37	Creo que no valgo nada.
38	Siento que a la gente no le intereso.
39	Me avergüenzo de mí mismo (a).
40	Siento odio por mí mismo (a).

El inventario incluye las cuatro categorías establecidas por Beck(1967): cognitiva-conductual, emocional, motivacional, y neurovegetativa. Por lo tanto, tomando en consideración estas categorías, los reactivos quedaron integrados en el instrumento de la siguiente manera:

- Cognitivo-conductual, en la cual se encuentran aquellos reactivos que miden aspectos relacionados con la autoestima, autocrítica, sentimientos de culpa, autoconcepto negativo, ideas suicidas, desinterés, y soledad.
- Emocional, en donde quedan ubicados los reactivos relacionados con la tristeza, llanto, irritabilidad, aislamiento, inapetencia, y desesperación.
- Motivacional, que integra los reactivos que miden problemas con trabajos escolares, distracción, pereza, pérdida de peso, disgusto por la escuela, apatía y problemas con el sueño.
- Neurovegetativa, que ubica los reactivos que evalúan problemas de apetito, problemas de peso, e insatisfacción.

Las categorías de respuesta son tipo Licker, cuya puntuación va del 1 al 5, en donde:

- 1 comprende a NUNCA
- 2 comprende a RARAS VECES
- 3 comprende a ALGUNAS VECES
- 4 comprende a FRECUENTEMENTE
- 5 comprende a SIEMPRE

El tiempo de aplicación es de 15 a 20 minutos.

Su objetivo es detectar la presencia o ausencia del trastorno depresivo en población “normal” adolescente.

Su aplicación es individual o colectiva, en adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y 18 años.

La puntuación fluctúa entre 40 y 200, que son valores donde se sitúan los rangos que permiten abrir los intervalos, donde quedan las cinco categorías de respuesta, dentro de las cuales se puede ubicar a cada adolescente según la percepción que tiene de sí mismo.

Cada intervalo evalúa los niveles que indican la presencia del estado depresivo. La forma como se presentan los niveles que manifiestan si “no hay depresión”, si la depresión es “leve”, “moderada”, o “depresión clínicamente significativa”, se obtiene sumando las respuestas que los adolescentes dan con base en las categorías de respuesta (nunca, raras veces, algunas veces, frecuentemente y siempre); el puntaje obtenido, una vez que se obtuvieron los intervalos del inventario, es el siguiente:

- 40 - 71 sin depresión
 72 - 103 depresión leve
 104 - 135 depresión moderada
 136 - 167 depresión severa
 168 - 200 depresión clínicamente significativa (discapacitadora).

El inventario consta de un cuadernillo de reactivos con las instrucciones correspondientes, y una hoja de respuestas. En el apéndice 4, se presenta el Inventario de Depresión para Adolescentes (IDA), estructurado completamente.

3. Confiabilidad y validez interna del IDA.

Para evaluar la sensibilidad de los reactivos del inventario propuesto, se aplicó el método ítem-escala. La tabla 9 muestra las correlaciones obtenidas de $r > 0.50$ ($p = 0.00$) en los reactivos 1, 2, 6, 7, 8, 12, 14, 15, 19, 20, 21, 25, 27, 28, 29, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, y 40 que evalúan aspectos de tristeza, culpabilidad, disgusto, aspectos sentimentales, ideas suicidas, soledad, autoestima, desinterés, llanto, irritabilidad, sentimientos de rechazo y aburrimiento; y los reactivos 3, 4, 5, 9, 10, 11, 13, 16, 17, 18, 22, 23, 24, 26, 30, 31, que miden aspectos como aislamiento, pérdida de apetito, desesperación, pereza, irritación, bulimia, distracción, problemas de peso, y desinterés, los cuales presentaron correlaciones entre $r > 0.25$ y $r < 0.50$ ($p = 0.00$). Únicamente el reactivo 39 obtuvo una correlación de $r = 0.05$ ($p = 0.40$).

Tabla 9. Correlaciones del Inventario de Depresión para Adolescentes (IDA)

Reactivos	Correlaciones	Probabilidad	Reactivos	Correlaciones	Probabilidad
1	0.5099	0.00	21	0.6915	0.00
2	0.5309	0.00	22	0.3825	0.00
3	0.2988	0.00	23	0.3066	0.00
4	0.2994	0.00	24	0.3312	0.00
5	0.4654	0.00	25	0.7270	0.00
6	0.5125	0.00	26	0.1562	0.027*
7	0.7394	0.00	27	0.6112	0.00
8	0.6761	0.00	28	0.6648	0.00
9	0.3127	0.00	29	0.5020	0.00
10	0.4691	0.00	30	0.2576	0.00
11	0.3725	0.00	31	0.3160	0.00
12	0.6704	0.00	32	0.6131	0.00
13	0.4517	0.00	33	0.5354	0.00
14	0.6717	0.00	34	0.7754	0.00
15	0.6728	0.00	35	0.5112	0.00
16	0.4109	0.00	36	0.6188	0.00
17	0.4599	0.00	37	0.7081	0.00
18	0.4627	0.00	38	0.6921	0.00
19	0.6355	0.00	39	0.0598	0.400
20	0.5766	0.00	40	0.6546	0.00

$p < 0.05^*$

En la figura 4a y 4b se presentan los cuarenta reactivos que conforman el Inventario de Depresión para Adolescentes (IDA). La figura 4a presenta la correlación de los reactivos del 1 al 20. Como se puede apreciar en esta gráfica, los reactivos 1, 2, 6, 7, 8, 12, 14, 15, 19 y 20 presentan una correlación de $r > 0.50$ y $r < 0.73$; los reactivos 3, 4, 5, 9, 10, 11, 13, 16, 17 y 18 obtuvieron una correlación de $r < 0.50$ y $r > 0.29$. En la figura 4b se representan los reactivos del 21 al 40, cuyas correlaciones se encuentran entre $r = 0.15$ y $r = 0.77$, con excepción del reactivo 39 que no alcanzó una correlación estadísticamente significativa.

Figura 4a

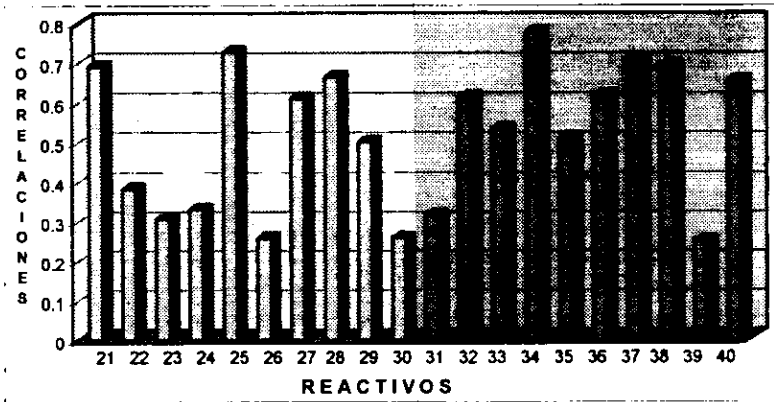


Figura 4b

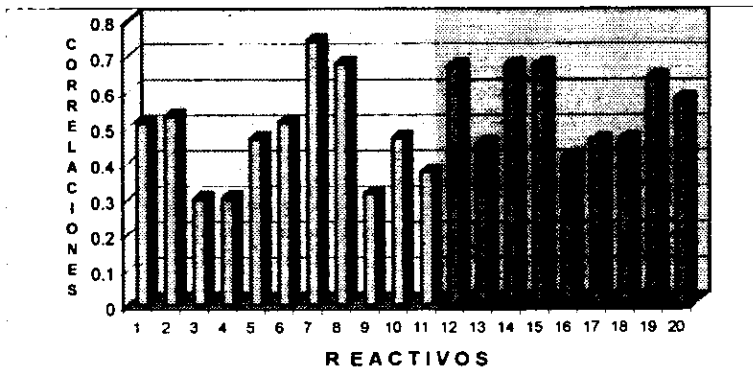


Figura 4. Correlaciones de los reactivos del Inventario de Depresión para Adolescentes (IDA)

Para determinar la confiabilidad del inventario se aplicó el estadístico alpha de Cronbach con el método ítem-escala; y se obtuvo un coeficiente global de 0.7340, de lo cual se deduce que el instrumento es sensible para evaluar rangos de niveles depresivos. Por lo tanto, de acuerdo al criterio de validez se puede decir que es un instrumento que mide lo que quiere medir (la depresión).

Análisis factorial

Para reducir a través de factores la gran cantidad de variables que conforman el inventario, y la configuración de los mismos según la varianza y el valor *eigen* de éstos, se realizó un análisis factorial que permitió observar la naturaleza de los reactivos ubicándolos en factores. La tabla 10 muestra los factores obtenidos por medio del análisis de rotación **varimax**; estos factores presentan un valor *eigen* propio superior a 1, con una varianza acumulada de 45.4 para los cuatro factores que se obtuvieron en el análisis factorial, lo que significa que los reactivos de cada factor se encuentran nivelados con una distancia de 4 a 5 puntos. La comunalidad registrada fue de 0.9951, la cual representa la relación común que existe entre todos los reactivos del inventario.

La tabla 11 muestra los pesos factoriales de los reactivos del Inventario de Depresión para Adolescentes (IDA) por factor (categorías), los cuales se obtuvieron a través de la rotación ortogonal varimax. Los cuatro factores resultantes se ubicaron de acuerdo al modelo cognitivo de la depresión de Beck

- El factor 1 corresponde a la dimensión cognitiva-conductual; comprende el 30.9% de la varianza total. En este factor quedaron incluidos 20 reactivos, los cuales tratan aspectos relacionados con la soledad, los sentimientos de culpa, el desinterés, la baja autoestima, las ideas suicidas, la tristeza, la autovaloración, el autoconcepto negativo, los sentimientos de rechazo, y la irritación.
- El factor 2 corresponde a los aspectos emocionales; está compuesto por 8 reactivos que refieren aspectos relacionados con estados de irritabilidad, llanto, aislamiento, inapetencia, desesperación, y culpabilidad. Dicho factor comprende el 36.7% de la varianza total.
- El factor 3, que hace referencia a los aspectos motivacionales, comprende el 41.7% de la varianza total; en éste se encuentran 9 reactivos que incluyen situaciones donde se presentan sentimientos de llanto, pereza, pérdida de peso, aburrimiento, problemas escolares, enojo y problemas con el sueño.
- El factor 4 hace mención a los aspectos neurovegetativos, incluye 3 reactivos que tratan problemas de peso, problemas de apetito, y problemas psicosomáticos. Este factor representa el 45.4% de la varianza total.

Tabla 10. Análisis de los cuatro factores que conforman el Inventario de Depresión para Adolescentes (IDA) por rotación varimax.

Reactivos	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
1		0.54301		
2	0.48279			
3		0.54301		
4		0.36693		
5		0.61942		
6			0.48290	
7	0.68990			
8	0.63303			
9			0.53227	
10		0.55266		
11			0.58460	
12	0.68397			
13				0.72969
14	0.55596			
15	0.59526			
16			0.64383	
17				0.71870
18	0.33835			
19		0.63490		
20	0.56195			
21	0.61614			
22			0.57304	
23			0.55032	
24			0.60390	
25	0.72314			
26			0.34911	
27		0.52768		
28	0.72723			
29			0.47940	
30	0.26746			
31	0.32358			
32	0.67236			
33	0.54086			
34	0.71304			
35		0.41426		
36	0.69109			
37	0.80606			
38	0.72138			
39				0.17335
40	0.69072			
	30.9%	36.7%	41.7%	45.4%

Tabla 11 Reactivos del Inventario de Depresión para Adolescentes ubicados por categorías, señalando el número de reactivo y el peso factorial.

FACTOR 1. COGNITIVO-CONDUCTUAL	Peso factorial	No. de reactivo
Desaparecer para evitar problemas	0.6839	12
Sentirse solo (a)	0.5559	14
Sentirse culpable por lo que sucede	0.5952	15
No tener interés por las cosas	0.3383	18
Sentirse culpable por problemas familiares	0.4827	2
Pensar que se es feo (a)	0.5619	20
Pensar que no vale la pena vivir	0.6161	21
Pensar que nadie se preocupa por uno (a)	0.7231	25
Pensar que es rechazado (a) e incomprendido (a)	0.7272	28
No llevarse bien con la gente	0.2674	30
Disgusto por tener problemas familiares	0.3235	31
Crear que todo sale mal	0.6723	32
Imaginar que se está muerto (a)	0.5408	33
Sentirse triste y desdichado (a)	0.7130	34
Sentir que no es del agrado de la gente	0.6910	36
Crear que no vale nada	0.8060	37
Sentir que no hay interés por uno (a)	0.7213	38
Sentir odio por sí mismo (a)	0.6907	40
Pensar que nadie le quiere	0.6899	7
Pensar que lo mejor sería morir	0.6330	8
FACTOR 2. ASPECTOS EMOCIONALES		
Sentirse triste	0.5430	1
Disgustarse por cualquier cosa	0.5526	10
Tener ganas de llorar sin saber porque	0.6349	19
Sentirse triste cuando alguien se disgusta	0.5276	27
Querer estar solo (a)	0.5430	3
Sentir culpa por lo que sucede a amigos	0.4142	35
No tener ganas de comer	0.3669	4
Desesperarse fácilmente	0.6194	5
FACTOR 3. MOTIVACIONAL		
Problemas con los trabajos escolares	0.5846	11
Distraerse en las clases	0.6438	16
Terminar llorando cuando hay enojo	0.5730	22
Costar trabajo levantarse de la cama	0.5503	23
Disgusto por ir a la escuela	0.6039	24
Sentir que se ha perdido peso	0.3491	26
Sentirse aburrido (a)	0.4794	29
Disgusto por las cosas que se hacen	0.4829	6
Despertarse en las noches	0.5322	9
FACTOR 4. NEUROVEGETATIVO		
Crear que se come demasiado	0.7296	13
Sentir que se ha subido de peso	0.7187	17
Sentir vergüenza por sí mismo (a)	0.1733	39

En la tabla 12 se muestra la clasificación de los reactivos por factores (categorías); en esta misma se muestra la confiabilidad obtenida con el estadístico Alpha de Cronbach en cada uno de ellos. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: los reactivos clasificados en el factor 1 presentaron un coeficiente de confiabilidad de 0.9258; los reactivos colocados en el factor 2 manifestaron un coeficiente de confiabilidad de 0.7627; para los reactivos del factor 3, su Alpha fue de 0.7378; y los reactivos que componen el factor 4 obtuvieron un coeficiente de confiabilidad de 0.7266. Estos resultados demuestran nuevamente la confiabilidad del Inventario de Depresión para Adolescentes (IDA).

Tabla 12 Confiabilidad interna de los factores del Inventario de Depresión para Adolescentes

FACTORES	No. De reactivos	Coficiente alpha
COGNITIVO-CONDUCTUAL	20	0.925
EMOCIONAL	8	0.7627
MOTIVACIONAL	9	0.7378
NEUROVEGETATIVA	3	0.7266
TOTAL	40	0.7340

De lo anterior se puede concluir que con los resultados obtenidos a través de los diferentes estadísticos aplicados queda demostrada la confiabilidad del instrumento de evaluación propuesto.

En el capítulo siete se presentan las apreciaciones finales de este trabajo, y se sugieren algunas recomendaciones para que se consideren otras variables en investigaciones futuras que permitan continuar con la estandarización de este instrumento.

De acuerdo al objetivo de la presente investigación, que propuso la construcción de un inventario para medir la depresión en adolescentes, basado en el supuesto de que no existe un instrumento adecuado a las necesidades idiosincráticas de la población adolescente mexicana que evalúe la depresión en esta población, se presentan en este capítulo las conclusiones que se desprenden de los resultados obtenidos.

En cuanto a la depresión, como se expuso en el capítulo tres, se le definió considerando que el adolescente podría resultar afectado por este trastorno, debido a que se encuentra en una etapa del desarrollo con cambios biopsicosociales que lo hacen presa fácil de este padecimiento, afectando su productividad laboral, el rendimiento escolar y sus relaciones interpersonales, las cuales podrían conducirle, finalmente, a expresiones de derrota o fracaso y, en casos más graves, al acto suicida; se argumentó además que la inestabilidad emocional del joven le instala en un precario equilibrio, hecho de amenazas y de miedos y de dependencia afectiva, que muy pronto cualquier pequeño conflicto desbarataría y arruinaría, por lo que, la perpetuación de este estado puede hacer emerger un problema más grave.

Por otra parte, el concepto mismo de la adolescencia se sigue presentando como un reto para su estudio, ya que no todos los enfoques teóricos la analizan como una etapa del desarrollo independiente, sino que la consideran como un continuo, y se refieren a ella como una prolongación de la niñez, lo que ha repercutido en el manejo de la terminología de los trastornos emocionales, y en el uso inadecuado de instrumentos que evalúan el trastorno en poblaciones de diversas edades indiscriminadamente. Para los efectos del objetivo planteado en cuanto a la edad de los sujetos, se puede decir que el criterio que se siguió para seleccionarlos y aplicarles los instrumentos de evaluación, obedece a los siguientes aspectos:

- Se abarcó la edad límite del inicio y término de la adolescencia sustentada en este trabajo (12 a 18 años); para tales efectos, se precisó de la selección de la población escolarizada, ya que es un ámbito en donde es factible encontrar un mayor registro de adolescentes con esas edades. En este sentido, para evaluar la depresión desde el inicio de la adolescencia, se aplicaron el Inventario de Kovacs y el Cuestionario de Lang y Tisher a los jóvenes de edades comprendidas entre los 12 y 13 años; pues los instrumentos se construyeron tomando en cuenta un rango de edad entre 8 y 16 años, involucrando así la etapa infantil y la adolescencia como un continuo y a la depresión como un trastorno común para ambas etapas, lo cual sólo permitía aprovechar la media de edad que establece el rango.
- Para evaluar la depresión, según la percepción de los adolescentes de 13 a 18 años, se aplicó el cuestionario de preguntas abiertas a los jóvenes que tenían esas edades, ya que no se cuenta actualmente con un instrumento que evalúe a esta población de manera exclusiva y bajo la concepción de la depresión en la adolescencia únicamente. De esta manera, se abarcaba el rango de edad que se establece en la definición de la adolescencia en el cual se sustenta el presente trabajo.
- Para la confiabilidad y validez interna del nuevo inventario, éste se aplicó a una muestra de 200 adolescentes, procurando nuevamente abarcar los rangos de edad establecidos.

- Con el fin de seleccionar a los grupos de adolescentes que cumplieran con el requisito del rango de edad establecido, se requirió del apoyo de tres escuelas secundarias y dos preparatorias, ya que en esos centros educativos se podía recurrir a la población de estudio necesaria para el objetivo planteado.

En este sentido, también cabe señalar que en el ámbito escolar es posible captar la mayor concentración de jóvenes que tienen las edades establecidas para evaluar la depresión en esta etapa del desarrollo y, además, que esta población es considerada como “normal” en términos clínicos, ofreciendo la ventaja de medir niveles de la depresión y desarrollar estrategias de intervención que corrijan la probabilidad de un bajo rendimiento escolar y un déficit en las relaciones interpersonales.

A continuación se exponen algunas consideraciones del proceso de construcción del inventario y de la versión final del mismo.

Proceso de construcción del Inventario de Depresión para Adolescentes (IDA).

La recopilación y revisión previa de diferentes instrumentos de origen extranjero, relacionados con la depresión, condujo a basarse fundamentalmente en dos de ellos: El Inventario de Depresión para Niños de Kovacs (1976), y el Cuestionario de Depresión para Niños de Lang y Tisher (1990); por ser estos los de mayor aplicabilidad en población adolescente.

Además, se exploraron a través de un cuestionario de preguntas abiertas, algunos indicadores de la depresión que sirvieron de apoyo para la construcción de los reactivos finales del inventario. En el siguiente apartado se expone lo encontrado en el proceso de conformación del nuevo inventario.

Análisis de los resultados del Inventario de Depresión para Niños (CDI) de Kovacs.

De la aplicación de este inventario a estudiantes, se obtuvo que, las características psicométricas de este inventario, permitieron la utilidad del mismo. El instrumento demostró sensibilidad para ser aplicado a población adolescente mexicana con algunas restricciones por provenir en su elaboración de un instrumento para adultos, además de que sus preguntas están pensadas para niños norteamericanos.

Analizando los reactivos de inventario, se encontró que ocho de ellos, correlacionaron significativamente de forma moderada, y se observó que se intenta abarcar con ellos los indicadores de lo que es considerado como un síntoma depresivo tales como: tristeza, sentimientos de culpa, llanto, autoconcepto negativo, sentimientos de soledad, baja autoestima, agresividad, y desinterés (reactivos: 1, 8, 10, 14, 20, 25, 26, y 27), que involucran las categorías

emocional, cognitiva, y motivacional. Estos reactivos se repartieron en el nuevo inventario, alternativamente, de tal manera que quedaran ubicados dentro de cada una de las categorías que exige el modelo.

Análisis de los resultados del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher.

Del estudio realizado a la escala de Lang y Tisher, se puede destacar que se trata de un instrumento válido, pero estable en grado moderado, porque en el análisis de sus reactivos, las correlaciones encontradas fluctuaron entre bajas y moderadas; no obstante, los reactivos 4, 7, 26, 28, 35, 37, 53, y 60 demostraron correlaciones elevadas, entre 0.65 y 0.82, en comparación a los 58 restantes.

En general, la elaboración de la escala se basó en una definición empírica que incluye respuestas afectivas, de autoconcepto negativo, disminución en la producción mental, problemas psicósomáticos, ideas suicidas, e irritabilidad. Por lo tanto, los reactivos que mostraron correlaciones significativas fueron considerados para ser incluidos en el nuevo instrumento con un total de ocho reactivos.

Cuestionario de preguntas abiertas.

Del cuestionario de preguntas abiertas se puede concluir, que el concepto de la depresión que tienen los adolescentes, está muy relacionado con el constructo de la teoría cognitivo-conductual de Beck (1983). En este sentido, los indicadores que presentaron la mayor frecuencia fueron los referidos a la tristeza y el enojo, dentro de la categoría emocional; seguidos de los sentimientos de culpa, dentro de la categoría cognitiva; el desinterés y aislamiento, dentro de la categoría motivacional.

Por otra parte, al explorar algunos factores predisponentes del trastorno depresivo, se encontró que los problemas más frecuentes que preocupan a los adolescentes, y pueden desencadenar en ellos este trastorno, pertenecen al ámbito familiar, sentimental, y/o escolar, de los cuales, los de índole familiar presentaron la mayor frecuencia.

Con base a estos indicadores explorados mediante el cuestionario, se crearon los reactivos restantes para formar un total de cuarenta en el nuevo inventario.

Por lo tanto, el Inventario de Depresión para Adolescentes podría definirse como un instrumento de evaluación objetivo, construido a partir del paradigma de Beck (1983).

La visión global de la depresión que se intentó conseguir a través del inventario, se basó fundamentalmente en la evaluación de cuatro categorías que se definen a través de elementos

cognitivos, emocionales, motivacionales, y neurovegetativos, y que se conformaron a partir de las respuestas emitidas por los adolescentes a los cuales se les aplicó el cuestionario de preguntas abiertas; de cinco reactivos del inventario de Kovacs y de ocho reactivos del cuestionario de Lang y Tisher, sometidos todos ellos a un análisis estadístico. Su medición brinda a profesionales y no profesionales de la depresión, la posibilidad de detectar las diferencias entre los adolescentes del comportamiento depresivo, incluyendo la ausencia del sintoma.

Confiabilidad y validez del Inventario de Depresión para Adolescentes (IDA).

Los instrumentos psicométricos, cualquiera sea la naturaleza de las variables que pretendan medir, deben satisfacer ciertos requisitos, con el fin de que sus resultados presenten la mayor correspondencia con la realidad, y midan fielmente aquello para lo cual fueron concebidos. En este sentido, se puede decir que los resultados obtenidos en la búsqueda de la confiabilidad y la validez del presente instrumento, mostraron sensibilidad para medir la depresión en adolescentes.

Con relación al análisis de los reactivos, se encontró que de los 40 reactivos que constituyen el inventario, 23 de ellos demostraron las más altas correlaciones, y miden significativamente las categorías cognitiva-conductual a través de 17 reactivos; la emocional, con 4 reactivos; y la motivacional, con 2 reactivos, lo que quiere decir que la categoría cognitiva-conductual es la más representativa, ya que la mayoría de los reactivos caen dentro de ella, logrando así el propósito planteado para la construcción del mismo.

Las correlaciones de los 17 reactivos restantes, fueron entre $r = 0.25$ y $r = 0.50$ con una significancia estadística de $p = 0.00$, lo que quiere decir que también presentaron sensibilidad para medir las cuatro categorías; pero, por el contrario de los reactivos que correlacionaron más fuertemente, la mayoría de ellos están cargados en la categoría motivacional, con 7 reactivos, y la emocional con 4; los 6 restantes están distribuidos en las categorías cognitivo-conductual y neurovegetativa.

En resumen, es posible concluir que el inventario en su totalidad puede considerarse sensible para evaluar la depresión en los adolescentes, pues las puntuaciones de correlación que se obtuvieron permiten aseverar que los reactivos que conforman este instrumento de evaluación son representativos para medir indicadores depresivos; no obstante, debe tomarse en cuenta que la elaboración del presente inventario, representa solo una propuesta inicial, factible de perfeccionar.

De los resultados del análisis factorial por rotación varimax, se puede argumentar que se identificaron cuatro factores de acuerdo con el modelo teórico de Beck. Un primer factor, designado como cognitivo-conductual, el cual enfatiza el aspecto básico del modelo teórico de la depresión, se refiere particularmente a la presencia de la autoestima, de las ideas suicidas, de los sentimientos de culpa, de los sentimientos de soledad, del desinterés, y del autoconcepto negativo. Un segundo factor, al parecer emocional, se refiere a la presencia de indicadores como

la tristeza, la irritabilidad, el llanto, el aislamiento, los problemas de apetito, y la desesperación. Un tercer factor, designado como motivacional, que hace referencia a problemas escolares, pereza, aburrimiento, problemas de peso, y problemas con el sueño. Un cuarto factor, nombrado neurovegetativo, se relaciona con problemas de apetito, problemas de peso, e insatisfacción.

La clasificación por factores de los 40 reactivos que conforman el Inventario de Depresión para Adolescentes (IDA), permitió obtener la validez de constructo del mismo y probar que existe una buena definición de los cuatro factores, acorde con el modelo que sustentó su construcción. En este sentido, se puede decir que los resultados mostrados son alentadores, pues la información que ofrece es confiable y válida, la cual hace que este instrumento sea útil, accesible y práctico para su aplicación ya sea individual o colectiva

Los reactivos están planteados en un lenguaje cotidiano, lo cual facilita su aplicación, incluso se podría decir que en poblaciones marginales de escasos recursos verbales, particularmente en población juvenil, pues es a ellos a quien va dirigido este instrumento de evaluación, aún cuando su aplicación estuvo referida únicamente a jóvenes escolarizados.

Los resultados del Inventario de Depresión para Adolescentes (IDA) representan un paso inicial hacia la documentación de las propiedades psicométricas de escalas en nuestro contexto sociocultural

A pesar de que la investigación se limitó a una muestra de 200 sujetos, todos ellos escolarizados, fue posible demostrar la sensibilidad del inventario; y aún cuando se pudieran objetar algunas deficiencias, se puede argumentar que se cumplió con el objetivo: la construcción y proposición de un instrumento de evaluación para la depresión en adolescentes, con un enfoque cognitivo-conductual, multifactorial y basado en la definición de la adolescencia que requiere de una revisión teórico-práctica constante, ya que, si bien es cierto que algunos aspectos de la adolescencia se han mantenido a través de las épocas, otros han cambiado de generación en generación, diferenciando al joven de hoy con el de ayer, manifestándose con esto que los adolescentes son en gran parte el resultado de su momento histórico y su entorno cultural; con valores, costumbres e ideologías propias, aspecto que sustenta y justifica la propuesta del presente instrumento.

No obstante se está conciente de que una muestra pequeña no garantiza totalmente la confiabilidad del instrumento, a pesar de haber demostrado sensibilidad en sus reactivos, por lo que queda abierta la posibilidad de que sea aplicado en poblaciones estratificadas por género, en diferentes niveles socioeconómicos y ocupación para buscar la perfectibilidad del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

- ❖ **ACHENBACH, T.** (1993). Diagnóstico, Taxonomía, y Evaluación. En: Ollendick, T., y Hersen, M. *Manual de Psicopatología Infantil*. Editorial Martínez de la Roca. Barcelona.
- ❖ **AKISKAL, H., y Mc Kinney, W.** (1975). Overview of Recent Research in Depression. *Archivos de Psiquiatría General*.
- ❖ **ALBERT, N., y Beck, A.** (1975). Incidence of Depression in Early Adolescence: A Preliminary Study. *Journal of Youth and Adolescence*.
- ❖ **ALONSO-FERNÁNDEZ, F.** (1986). Cuestionario Estructural Tetradsimensional para la Depresión. Editorial Tea, S. A., Madrid.
- ❖ **ANASTASI, A.** (1986). *Psychological Testing*. Mc Millan Publishing Company. Nueva York.
- ❖ **ANDREASEN, N.** (1982). Concepts, Diagnosis, and Clasification. En, E. S. Paykel (ed.) *Handbook of Affective Disorders*. Edimburgo, Churchill Livingstone.
- ❖ **ARAGÓN, L.** (1990). Elaboración de un Instrumento de evaluación conductual con validez de contenido y de tratamiento para niños disléxicos. Tesis de maestría. UNAM, Campus Iztacala.
- ❖ **ARIETI, S., y Bemporad, J.** (1993). *Psicoterapia de la Depresión*. Editorial Paidós. México.
- ❖ **AUSUBEL, D.** (1954). *Theory and Problems of Adolescent Development*. Grune and Stratton. Nueva York.
- ❖ **BANDURA, A.** (1969). *Principles of Behavior Modification*. Holt Rinehart and Winston Nueva York.
- ❖ **BANDURA, A.** (1971). *Social Learning Theory*. General Learning Press. Nueva York.
- ❖ **BANDURA, A.** (1976). *Reinforcement: Theoretical and Methodological Considerations*, Behaviorism, 4. Prentice Hall.
- ❖ **BANDURA, A.** (1982). *Teoría del Aprendizaje Social*. Editorial Espasa Calpe. S.A. Madrid.
- ❖ **BECK, A.** (1967). *Depression: causas and treatment*. Philadelphia, University of Pennsylvania, press.
- ❖ **BECK, A.** (1969). *Inventario de Depresión (IDB)*.
- ❖ **BECK, A., Rush, J., Shaw, B., y Emery, C.** (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Desclee De Brouwer. Bilbao.

- ❖ **BECKER, E.** (1979). *Depression: Theory and Research*. Wiley. Nueva York.
- ❖ **BELLACK, A., y Hersen, M.** (1983). *A Comparison of Social Skills Training Pharmacotherapy and Psychotherapy for depression*. Behavioral, Research, 21.
- ❖ **BELLACK, A., y Hersen, M.** (1993) *Manual Práctico de la Evaluación Conductual*. Editorial Desclee De Brouwer. Bilbao.
- ❖ **BIRLESON, P.** (1981). *The Validity of Depressive Disorder in Childhood and the Development of a Self- rating Scale: A Research Report*. Journal Of Child Psycholy and Psychiatry, 22.
- ❖ **CALDERON, N. G.** (1990). *Depresión*. Editorial Trillas. México.
- ❖ **CANTWELL, D., y Carlson, G.** (1983). *Trastornos Afectivos en la Infancia y la Adolescencia*. Editorial Martínez de la Roca. Madrid.
- ❖ **CARAVEO, J., Medina-Mora, Ma. E., Villatoro, J., Rascón, Ma. L.**(1994). *La Depresión en el adulto como factor de riesgo en la salud mental de los niños*. Rev. De Salud Mental. Vol. 17, No. 2. Instituto Mexicano de Psiquiatría. México.
- ❖ **CARLSON, G., y Kashani, J.** (1988). *Seriously Depressed Preschoolers*. American Journal of Psychiatry.
- ❖ **CHOYNOWSKY, M.** (1993). *Estructura Factorial de la Agresividad con Perspectivas de Intervención*. Psicología y Biopsicología. Editorial UPN.
- ❖ **COBO, C.** (1992). *Estadísticas y Reflexiones sobre actos suicidarios en niños y adolescentes españoles*. Revista de Psicología Médica, 18.
- ❖ **CONGER, J.** (1986). *Hostages to fortuna: Youth, values, and the publish interest*. American Psychologist No. 43 (4).
- ❖ **CONE, J.** (1978). *The Behavioral Assessment Grid (Bag). A conceptual framework and Taxonomy*. Reunión de la asociación para el avance de la terapia de la conducta. Nueva York.
- ❖ **CRONBACH, L.** (1970). *Fundamentos de exploración Psicológica*. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid.
- ❖ **CRONBACH, L.** (1972). *The dependability of Behavioral measurement: theory of Generalizability for scores and profiles*. John Wiley and sons. Nueva York
- ❖ **CRUZ, J., MORALES, M., RAMIREZ, O.** (1996) *Validez, Confiabilidad, y normas del Cuestionario y depresión para niños (CDS)* De Lang y Tisher. Tesis de licenciatura. UNAM.
- ❖ **CYTRYN.** (1972). *Factor influencing the changing clinical expression of the depressive Process in childrend*. Am J. Psychiatry. Hum Dev.

- ❖ **DEN BOER, J., y Ad Sitsen, J.** (1994). Handbook of Depression And Anxiety. A Biological Approach. Marcel Dekker. Nueva York. USA.
- ❖ **ERIKSON, E. H.** ((1968). Infancia y Adolescencia. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- ❖ **FERNÁNDEZ, R.** (1987). Comparaciones entre la evaluación tradicional y la evaluación conductual. En, Fernández, R., y Carrobles, J. (eds.) *Evaluación Conductual. Metodología y Aplicaciones*. Ediciones Piramide, S.A. Madrid
- ❖ **FERNÁNDEZ, R., y Carrobles, J.** (1989). *Evaluación Conductual .Metodología y Aplicaciones*. Ediciones Piramide. Madrid.
- ❖ **FREDEN, L.** (1986). Aspectos Psicosociales de la Depresión. Editorial FCE. México.
- ❖ **FREUD, S.** (1991). Tres Ensayos sobre la Teoría de la sexualidad (1905- 1910). En: *Obras Completas de S. F.* Vol. VII. Editorial Amorrortu. México.
- ❖ **FREUD, S.** (1991). La aflicción y la melancolía.(1915-1921). En, *Obras Completas de S. F.* Vol X. Amorrortu. México.
- ❖ **FREUD, A.** (1976). Psicoanálisis del niño y del adolescente. Editorial Paidós. México.
- ❖ **FOSTER, S., Bell-Dollan, D., y Burge, D.** (1993). Observación Conductual. En, Hersen, y Bellack. *Manual Práctico de Evaluación Conductual*. Editorial Desclee deBrouwer.Bilbao.
- ❖ **GESELL, A.** (1956). El adolescente de 10 a 16 años. Editorial Paidós. México.
- ❖ **GRAHAM, P.** (1974). Emotional Disorders, in Child Psychiatry. Modern Approach. Blackwell
- ❖ **GREEN, B.** (1981). A primer of testing. American Psychologist.
- ❖ **GROSS, A., y Wixted, J.** (1993). Evaluación de los problemas infantiles de conducta En, Bellack, A., y Hersen, M. (eds.). *Manual práctico de la evaluación conductual*. Editorial Desclee de Bouwer. Bilbao.
- ❖ **GUION, R.** (1980). On the Trinitarian doctrines of validity. Profesional Psychology.
- ❖ **GUMA, B.** (1991). Modelo Combinado de Terapia Conductual para la Depresión con Enfoque individual y marital. Re. de Psic. Gral. Y Aplic. Vol 41 No. 44
- ❖ **HAMILTON, M.** (1881). A rating scale depression.
- ❖ **HARRIS, F., Labey, B.** (1982). Subject reactivity in direct observational assessment: A review and critical analysis. Clinical Psychology Review, 2.
- ❖ **HARVEY, O., Hunt, D., y Schoeder, H.** (1961). Conceptual Systems and Personality Organization. Nueva york. Wiley.
- ❖ **HAYNES, S.** (1978). Principles of Behavioral Assessment. Gardner Press. Nueva York.

- ❖ **HERSEN, M., y Bellack, A.** (1976). Behavioral Assessment: A Practical Handbook. Nueva York. Pergamon Press.
- ❖ **HERSEN, M.** (1993). DSM-III y evaluación conductual. En, Bellack, A. y Hersen, M. *Manual Práctico de Evaluación Conductual*. Editorial Desclee de Brouwer. Bilbao.
- ❖ **HORROCKS, J.** (1993). Psicología de la Adolescencia. Editorial Trillas. México.
- ❖ **HOSTE, R.** (1981). How valid are school examination? An exploration into content validity. *British Journal of Educational Psychology*, 51.
- ❖ **INEGI** (1995). Censo de población.
- ❖ **JACOBSON, M.** (1985). The Assessment of overt Behavior. En, L. Rehm (ed) *Behaviour Therapy for Depression*. Nueva York. Academic Press.
- ❖ **JOSELYN, M.** (1989). El adolescente y su mundo. Editorial psique. México.
- ❖ **KANFER, S., y Sasloy, G.** (1965). Behavioral Diagnosis. En, C. Franks (ed.) *Behavior Therapy: Appraisal an Status*. Nueva York, Mc Graw-Hill.
- ❖ **KAZDIN, A.** (1989). Modificación de Conducta y sus Aplicaciones Prácticas. Editorial Manual Moderno. México.
- ❖ **KOTSOPOULUS, M.** (1989). **Phenomenology of Anxiety and Depressive Disorders in Children and Adolescents.** *Archivo, Instituto Mexicano de Psiquiatría.*
- ❖ **KOVACS, M.** (1984). Depressive Disorders in Childhood: A Longitudinal Prospective Study of characteristics and recovery. *Archivos de Psiquiatría General.*
- ❖ **KOVACS, M.** (1977). Inventario de Depresión para Niños (CDI). Traducción al español.
- ❖ **KOVACS, M.** (1984). A Developmental Perspective on Methods and Measures in the Assessment of Depressive Disorders: The Clinical Interview. En M. Rutter, C. Izard, P. Read (eds.) *depression in young people. Developmental and Clinical Perspectives*. Nueva York. Guilford Press.
- ❖ **LADER, M.** (1981). Focus on Depression. Bencard, Middlesex.
- ❖ **LANDIS, P.** (1952). *Adolescence and Youth: The Process of Maturing*. Nueva York Mc Graw-Hill.
- ❖ **LANG, M. y Tisher, M.** (1990). Cuestionario de Depresión para Niños (CDS). Versión española. Editorial Tea S. A. Madrid.
- ❖ **LEWIN, K.** (1936). Riel Theory and Experiment in Social Psychology: Concepts and Methodo. *American Journal of Sociology*, 44.
- ❖ **LEWINSOHN, P., Weinstein, M., y Shaw, D.** (1981). Depression Related Cognition: Antecedent or Consequence? *Journal of Abnormal Psychology*.

- ❖ **MALMQUIST, C.** (1975). The Nature and Treatment of Depression. En F. Flach, y S. draghe (eds.) Londres/Sidney. Nueva York. Wiley and Sons.
- ❖ **MARTÍNEZ, A.** (1981). Principios Psicométricos de las técnicas en Evaluación Conductual. En R. Fernández, y J. Carrobes (eds) *Evaluación Conductual. Metodología y Aplicaciones*. Ediciones Pirámide, S. A. Madrid.
- ❖ **Mc CONVILLE, B., BOAG, L., y Purohit, A.** (1973). Three types of Childhood Depression Canadian Psychiatry Association Journal, 18.
- ❖ **Mc MILLAN, D.** (1979). Educational Labeling of Handicapped Learners. En Berliner Review of Research in Education. Vol. 7.
- ❖ **MEAD, M.** (1985). Adolescencia, Sexo, y Cultura en Samoa. Editorial Origen Planeta. México.
- ❖ **MEDINA-MORA, M., Rascon, M., Tapia, R., Marino, M., Juárez, F., Villatoro, J., Caraveo, A., Gomez, E.** (1992). Trastornos Emocionales en población Urbana Mexicana: Resultados de un Estudio Nacional. *Anales. Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 3.
- ❖ **MENDOZA, N. y Soto, M.** (1990). La depresión: Un problema de salud pública en México. *Rev. Tópicos de Investigación y Posgrado*. Vol, 1, No. 4.
- ❖ **MESSIK, P.** (1989). Test Validity an the Ethies of Assessment. *American Psychology*, 35.
- ❖ **MICHEL, W.** (1973) Personalidad y Evaluación. Editorial Trillas. México.
- ❖ **MINCHAUMBAM, D.** (1977). Cognitive Behavior Modification. Nueva york. Plenum.
- ❖ **MUSSEN, P.** (1991). Desarrollo de la Personalidad en el Niño. Editorial Trillas. México.
- ❖ **MUUSS, R.** (1988). Teorías de la Adolescencia. Editorial Paidós. México.
- ❖ **NATHAN, P., y Harris, S.** (1980). Psychopathology and Society. Nueva York. Mc Graw-Hill.
- ❖ **NISSEN, G.** (1987). Depresiones en la Infancia y Adolescencia. Triángulo. No 21.
- ❖ **NUNNALY, J.** (1970). Psychometric Theory. Nueva York. Mc Graw-Hill.
- ❖ **NUNNALY, J., y Durhan** (1975). Introducción a la Medición Psicológica. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- ❖ **NUÑEZ, R.** (1994). Aplicación del MMPI a la Psicopatología. Editorial Manual Moderno. México.
- ❖ **OLLENDICK, T., y Hersen, M.** (1993). Psicopatología Infantil. Editorial Martínez Roca. Barcelona.
- ❖ **ORVASCHEL, H.** (1980). Center for Epidemiological Studies Depression Scale. USA.

- ❖ **PAPALIA, D., y Wendkos, S.** (1997). *Desarrollo Humano*. Editorial Mc Graw-Hill. México
- ❖ **PAPALIA, D., y Wendkos, S.** (1997). *Psicología*. Editorial Mc Graw-Hill. México.
- ❖ **PETTERSON, G., De Baryshe, B., y Ramsey** (1989). *A Developmental Perspective on Antisocial Behavior*. *American Psychologist*.
- ❖ **PETTI, T.** (1993). *Depresión*. En T. Ollendick y M. Hersen, *Manual de Psicopatología Infantil*. Editorial Martínez Roca. Barcelona.
- ❖ **PIAGET, J.** (1970). *Seis Estudios de Psicología*. Editorial Barral. Barcelona.
- ❖ **PIAGET, J.** (1972). *Intellectual Evolution from Adolescence to Adult-hood*. *Human Development*.
- ❖ **PICHOT, P.** (1996). *DSM-IV Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Editorial Masson S. A. Barcelona.
- ❖ **POLAINO-LORENTE, A.** (1986). *Diagnóstico de depresión y datos resultantes del registro observacional del comportamiento no verbal del paciente depresivo*. Editorial Morata. Madrid.
- ❖ **POLAINO-LORENTE, A.** (1988). *Las Depresiones Infantiles*. Ediciones Morata, S. A. Madrid.
- ❖ **PUIG-ANTICH, J.** (1978). *Prepubertad major Depressive disorder. A Pilot Study*. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17.
- ❖ **PUIG-ANTICH, J.** (1986). *Psychobiological Markers: Effects of Age and Puberty*. En M. Rutter, C. Izard, y P. Read (eds.) *Depression in Yung People*. Nueva York. Guilford Press.
- ❖ **QUAY, y Werry, J.** (1979). *Psychopathological Disorders of Childhood*. Nueva York. Wiley.
- ❖ **REYNOLDS, W.** (1988). *Child Depression Scale*.
- ❖ **RÍOS, Ma. R.** (1994). *Construcción, Confiabilización y Validación de un instrumento para evaluar Habilidades Sociales en los Adolescentes*. Tesis de Maestría. UNAM, Campus Iztacala.
- ❖ **RUTTER, M.** (1994). *Depression in Childhood: Developmental Perspectives*. Nueva York. Guilford Press.
- ❖ **RUTTER, M.** (1981). *Stress, coping and development: Some issues and some questions*. *J. Child Psychol. Psychiat.* 22.
- ❖ **SABANES, F.** (1993). *La Depresión*. Editorial Diana. México.
- ❖ **SECHEFF** (1966). *Being Mentally*. In, *A Sociological Theory*. Chicago, Aldine.

- ❖ **SELIGMAN, M., y Peterson, C.** (1986). Attributional Style and Depressive Symptoms Among Children. *Journal of Abnormal Psychology*.
- ❖ **SHERIF, M., y Sherif, C.** (1985). Problemas de la Juventud. Editorial Trillas. México.
- ❖ **SILVA, A.** (1989). Un Estudio Epidemiológico Comparativo de los problemas Psicológicos en una Población de adolescentes. Tesis de Maestría. UNAM Campus Iztacala.
- ❖ **SILVA, F. y Martorel, C.** (1991). Evaluación Conductual. Evaluación Tradicional: La Cuestión Psicométrica. En V. Caballo, *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. Editorial Siglo XXI. México.
- ❖ **SOLOMON, P. y Patch, V.** (1976). Manual de Psiquiatría. Editorial Manual Moderno. México.
- ❖ **SORENSEN, R.** (1986). Adolescent Sexuality in Contemporary America. Tarrytown. Nueva York. World.
- ❖ **SPITZER, R., y Wilson, P.** (1976). Nosology and the official Psychiatric Nomenclature. En, A. Freedman, H. Kaplan, y B. Sadock (eds.) *Comprehensive Text book of Psychiatric*. Vol 2. Baltimore, Williams and Wilkins.
- ❖ **STODDARD, F. y Connell, K.** (1983). Dysphoria in children with severe burns. En Petti, T. (ed.), *childhood depression*. Haworth Press. Nueva York.
- ❖ **RUTTER, M., Izard, C., y Read, P.** (1986). Depression in Young People. Nueva York. Gilford Press.
- ❖ **RUTTER, M.** (1987). Depression in Young People: Developmental and clinical perspectives. Gilford Press.
- ❖ **THORNDIKE, R. y Hagen, E.** (1986). Tests y Técnicas de Medición en Psicología y Educación. Editorial Trillas. México.
- ❖ **VIGOTSKY, L.** (1988). El Desarrollo de los Procesos Psicológicos Superiores en el Niño: Aprendizaje y Desarrollo. UNP. SEP. México.
- ❖ **ZUNG, K.** (1965). Self-Rating depression Scale (SDS). Traducción al español.

APÉNDICE 1

Inventario de Depresión para Niños (CDI) de Kovacs (1977).

Hoja de respuestas.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS (KOVACS)

En el siguiente cuestionario te presentamos una lista de preguntas con tres posibles respuestas cada una, de las cuales deberás señalar la que mejor describa tu situación, anotándolas en la hoja de respuestas.

1.-

- A) Estoy triste de vez en cuando.
- B) Estoy triste muchas veces
- C) Estoy triste siempre

2.-

- A) Nunca me saldrá nada bien
- B) No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien
- C) Las cosas me saldrán bien

3.-

- A) Hago bien la mayoría de las cosas
- B) hago mal muchas cosas
- C) Todo lo hago mal

4.-

- A) Me divierten muchas cosa
- B) Me divierten algunas cosas
- C) Nada me divierte

5.-

- A) Soy malo siempre
- B) Soy malo muchas veces
- C) Soy malo algunas veces

6.-

- A) Á veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas
- B) Me preocupa que me ocurran cosas malas
- C) Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles

7.-

- A) Me odio
- B) No me gusta como soy
- C) Me gusta como soy

8.-

- A) Todas las cosas malas son culpa mía
- B) Muchas cosas malas son culpa mía
- C) Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas

9.-

- A) No pienso en matarme
- B) Pienso en matarme pero no lo haria
- C) Quiero matarme

10 -

- A) Tengo ganas de llorar todos días
- B) Tengo ganas de llorar muchos días
- C) Tengo ganas de llorar de vez en cuando

11 -

- A) Las cosas me preocupan siempre
- B) las cosas me preocupan muchas veces
- C) las cosas me preocupan de cuando en cuando

12.-

- A) Me gusta estar con la gente
- B) Muy a menudo no me gusta estar con la gente
- C) No quiero en absoluto estar con la gente

13.-

- A) No puedo decidirme
- B) Me cuesta decidirme
- C) Me decido fácilmente

14 -

- A) Tengo buen aspecto
- B) Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan
- C) Soy feo/a

15 -

- A) Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes
- B) Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes
- C) No me cuesta ponerme a hacer los deberes

16.-

- A) Todas las noches me cuesta dormirme
- B) Muchas noches me cuesta dormirme
- C) Duermo muy bien

17.-

- A) Estoy cansado de cuando en cuando
- B) Estoy cansado muchos días
- C) Estoy cansado siempre

18.-

- A) La mayoría de los días no tengo ganas de comer
- B) Muchos días no tengo ganas de comer
- C) Como muy bien

19.-

- A) No me preocupa el dolor ni la enfermedad
- B) Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad
- C) Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad

20.-

- A) Nunca me siento solo
- B) Me siento solo muchas veces
- C) Me siento solo siempre

21.-

- A) Nunca me divierto en el colegio
- B) Me divierto en el colegio solo de vez en cuando
- C) Me divierto en el colegio muchas veces.

22.-

- A) Tengo muchos amigos
- B) Tengo algunos amigos pero me gustaria tener mas
- C) No tengo amigos

23.-

- A) Mi trabajo en el colegio es bueno
- B) Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes
- C) Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien

24.-

- A) Nunca podré ser tan bueno como otros niños
- B) Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños
- C) Soy tan bueno como otros niños

25.-

- A) Nadie me quiere
- B) No estoy seguro de que alguien me quiera
- C) Estoy seguro de que alguien me quiere

26.-

- A) Generalmente hago lo que me dicen
- B) Muchas veces no hago lo que me dicen
- C) Nunca hago lo que me dicen

27.-

- A) Me llevo bien con la gente
- B) Me peleo muchas veces
- C) Me peleo siempre

INVENTARIO DE DEPRESION PARA NIÑOS (KOVACS)

HOJA DE RESPUESTAS

- | | | |
|--------------------|--------------------|--------------------|
| 1. A B C
O O O | 14. A B C
O O O | 27. A B C
O O O |
| 2. A B C
O O O | 15. A B C
O O O | |
| 3. A B C
O O O | 16. A B C
O O O | |
| 4. A B C
O O O | 17. A B C
O O O | |
| 5. A B C
O O O | 18. A B C
O O O | |
| 6. A B C
O O O | 19. A B C
O O O | |
| 7. A B C
O O O | 20. A B C
O O O | |
| 8. A B C
O O O | 21. A B C
O O O | |
| 9. A B C
O O O | 22. A B C
O O O | |
| 10. A B C
O O O | 23. A B C
O O O | |
| 11. A B C
O O O | 24. A B C
O O O | |
| 12. A B C
O O O | 25. A B C
O O O | |
| 13. A B C
O O O | 26. A B C
O O O | |

APÉNDICE 2

Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (1990).

Hoja de respuestas.

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS (CDS)

M. Lang y M. Tisher

- 1.- Me siento alegre la mayor parte del tiempo.
- 2.- Muchas veces me siento desgraciado en el colegio.
- 3.- A menudo pienso que nadie se preocupa por mí.
- 4.- A menudo creo que valgo poco.
- 5.- Me despierto a menudo durante las noches.
- 6.- Pienso muchas veces que deje en mal lugar a mi madre/padre.
- 7.- Creo que se sufre mucho en la vida.
- 8.- Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago.

- 9.- Siempre creo que el día siguiente será mejor.
- 10.- A veces me gustaría estar ya muerto.
- 11.- Me siento solo muchas veces.
- 12.- Frecuentemente estoy descontento conmigo mismo.
- 13.- Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco.
- 14.- A veces creo que mi madre/padre hace o dice cosas que me hacen pensar que he hecho algo terrible.
- 15.- Me pongo triste cuando alguien se enfada conmigo.
- 16.- Muchas veces mi madre/padre me hace sentir que las cosas que hago son muy buenas.

- 17.- Siempre estoy deseando hacer muchas cosas cuando estoy en el colegio.
- 18.- Estando en el colegio, muchas veces me dan ganas de llorar.
- 19.- A menudo soy incapaz de mostrar lo desgraciado que me siento por dentro.
- 20.- Odio la forma de mi aspecto o de mi comportamiento.
- 21.- La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada.
- 22.- A veces temo que lo que hago pueda molestar o enfadar a mi madre/padre.
- 23.- Cuando me enfado mucho casi siempre termino llorando.
- 24.- En mi familia todos nos divertimos mucho juntos.

- 25.- Me divierto con las cosas que hago.
- 26.- Frecuentemente me siento desgraciado/triste/desdichado.
- 27.- Muchas veces me siento solo y como perdido en el colegio.
- 28.- A menudo me odio a mí mismo.
- 29.- Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas.
- 30.- Frecuentemente pienso que merezco ser castigado.
- 31.- A menudo me siento desgraciado por causa de mis tareas escolares.
- 32.- Cuando alguien se enfada conmigo, yo me enfado con él.

- 33 - casi siempre la paso bien en el colegio.
- 34.- A veces pienso que no vale la pena vivir esta vida.
- 35.- La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende.
- 36 - A menudo me avergüenzo de mi mismo.
- 37.- Muchas veces me siento muerto por dentro.
- 38.- A veces estoy preocupado porque no amo a mi madre/padre como debiera.
- 39.- A menudo la salud de mi madre me preocupa/inquieta.
- 40.- Creo que mi madre/padre esta muy orgulloso de mi.

- 41.- Soy una persona muy feliz.
- 42.- Cuando estoy fuera de casa me siento muy desdichado.
- 43.- Nadie sabe lo desgraciado que me siento por dentro.
- 44.- A veces me pregunto si en el fondo soy una persona muy mala.
- 45.- Estando en el colegio me siento cansado casi todo el tiempo.
- 46.- Creo que los demás me quieren, aunque no lo merezco.
- 47.- A veces sueño que tengo un accidente o me muero.
- 48.- Pienso que no es nada malo enfiadarse.

- 49.- Creo que tengo buena presencia y soy atractivo.
- 50.- Algunas veces no se por que me dan ganas de llorar.
- 51.- A menudo pienso que no soy de utilidad para nadie.
- 52.- Cuando fallo en el colegio pienso que no valgo para nada.
- 53.- A menudo imagino que me hago heridas o que me muero.
- 54.- A veces creo que hago cosas que ponen enfermo a mi madre/padre.
- 55.- Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero.
- 56.- Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche.

- 57.- Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer.
- 58.- Creo que mi vida es desgraciada.
- 59.- Cuando estoy fuera de casa me siento como vacío.
- 60.- La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser.
- 61.- A veces me siento mal porque no amo y escucho a mi madre/padre como se merece.
- 62.- Pienso a menudo que no voy a llegar a ninguna parte.
- 63.- Tengo muchos amigos.
- 64.- Utilizo mi tiempo haciendo con mi padre cosas muy interesantes.
- 65.- Hay mucha gente que se preocupa bastante por mi.
- 66.- A veces creo que dentro de mi hay dos personas que me empujan en distintas direcciones.

Apellidos y nombre _____

Curs _____ Edad _____ Sexo _____

Centro _____

- ++ Muy de acuerdo
- + De acuerdo
- +/- No estoy seguro
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

SEÑALA SOLO UNA RESPUESTA

	++	+	+/-	-	--
1...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	++	+	+/-	-	--
33...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

	++	+	+/-	-	--
41...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	++	+	+/-	-	--
17...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	++	+	+/-	-	--
49...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	++	+	+/-	-	--
25...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	++	+	+/-	-	--
57...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
61...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
63...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- PD
- AA
 - RA
 - PS
 - AE
 - PM
 - SC
 - DV
 - PV
 - TP
 - TD



CUESTIONARIO PARA EXPLORAR EL CONCEPTO DE DEPRESIÓN

1. ¿Qué entiendes por depresión? _____

2. ¿Cuándo tienes problemas, te sientes deprimido? _____
¿Cómo manifiestas tu depresión? _____

3. Identifica lo que haces o sientes cuando te deprimes _____

4. Si tienes problemas en tu casa (con tu familia), ¿Cómo te sientes? _____
¿Cómo manifiestas ese estado? _____

5. ¿Qué problemas en general provocan tu estado depresivo? _____

6. Ante un fracaso escolar (por ejem. reprobación) ¿Cómo te sientes y cómo manifiestas ese estado? _____

7. ¿Qué opinión tienes de ti mismo? _____
¿A qué se debe? _____

8. ¿Qué opinas del suicidio entre los adolescentes? _____

9. ¿Crees que vale la pena vivir? _____ ¿Por qué? _____

10. ¿Te sientes culpable cuando tienes conflictos con tus amigos? _____
¿Por qué? _____

11. ¿Te preocupa el futuro? _____ ¿Por qué? _____

12. Agrega algún comentario que quieras hacer con respecto a los aspectos depresivos.

GRACIAS POR TU COOPERACIÓN.

APÉNDICE 4

**Inventario de Depresión para Adolescentes (IDA): Manual de
Instrucciones y reactivos.**

Hoja de respuestas.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN PARA ADOLESCENTES (IDA)

HOJA DE INSTRUCCIONES

El presente inventario tiene como objetivo detectar niveles de depresión en adolescentes.

A continuación se presentan una lista de 40 enunciados que de alguna forma expresan tus sentimientos. Lee con mucho cuidado cada uno de estos enunciados, y en la hoja de respuestas marca con una (X) el número que mejor describa lo que piensas o sientes, de acuerdo a la siguiente categoría de respuestas.

- Con el número 1 si lo que ahí se expresa **NUNCA** lo has sentido o pensado.
- Con el número 2 si lo que ahí se expresa **RARAS VECES** lo has sentido o pensado.
- Con el número 3 si lo que ahí se expresa **ALGUNAS VECES** lo has sentido o pensado.
- Con el número 4 si lo que ahí se expresa **FRECUENTEMENTE** lo has sentido o pensado.
- Con el número 5 si lo que ahí se expresa **SIEMPRE** lo has sentido o pensado.

Ejemplo:

Creo que soy una persona muy infeliz (1) (2) (3) (4) (5)

Nota: Por favor no escribas en este inventario.

REACTIVOS

1. Me siento triste la mayor parte del tiempo.
2. cuando hay problemas en casa, pienso que son por mi culpa.
3. Me gusta estar solo (a).
4. no me dan ganas de comer.
5. Me desespero fácilmente.
6. no hago lo que me dicen.
7. Siento que nadie me quiere.
8. Pienso que lo mejor sería morirme
9. Durante las noches me despierto sin ningún motivo.
10. Me enoja por cualquier cosa.
11. Tengo problemas con los trabajos escolares.
12. Pienso que lo mejor sería desaparecer para que mis papás ya no tengan problemas.
13. Creo que estoy comiendo demasiado.
14. Me siento solo (a).
15. Siento que las cosas malas que suceden son por mi culpa.
16. Me distraigo en mis clases escolares.
17. Siento que últimamente he subido de peso.
18. No tengo interés por nada.
19. Me dan ganas de llorar.
20. Pienso que soy muy feo (a).
21. He pensado que la vida no vale la pena, porque sufro mucho.
22. Cuando me enoja termino llorando.
23. Me cuesta trabajo levantarme de la cama.
24. Me disgusta ir a la escuela.
25. Siento que nadie se preocupa por mi.
26. Siento que últimamente he bajado de peso.
27. Cuando alguien se enoja conmigo, me siento triste.
28. Pienso que los demás no me comprenden y me rechazan.
29. siento que me aburro.
30. No me llevo bien con la gente.
31. Me disgusta mucho tener problemas con mis hermanos o con mis papás.
32. Todo me sale mal.
33. Imagino que estoy muerto (a).
34. Me siento triste y desdichado (a).
35. Me siento culpable por todo lo que les sucede a mis amigos (as).
36. Siento que a los demás les caigo mal.
37. Creo que no valgo nada.
38. Siento que a la gente no le intereso.
39. Me avergüenzo de mi mismo (a).
40. Siento odio por mi mismo (a).

HOJA DE RESPUESTAS

NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

OCCUPACIÓN: _____ NACIONALIDAD: _____

INSTRUCCIONES: Marca con una X el número que más se acerque a lo que sientes o piensas, siguiendo el orden de la presente escala.

- 1 NUNCA
- 2 RARAS VECES
- 3 ALGUNAS VECES
- 4 FRECUENTEMENTE
- 5 SIEMPRE

- | | | | | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | 21. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| 2. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | 22. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| 3. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | 23. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| 4. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | 24. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| 5. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | 25. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| 6. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | 26. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| 7. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | 27. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| 8. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | 28. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| 9. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | 29. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| 10. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | 30. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| 11. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | 31. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| 12. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | 32. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| 13. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | 33. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| 14. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | 34. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| 15. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | 35. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| 16. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | 36. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| 17. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | 37. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| 18. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | 38. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| 19. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | 39. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| 20. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | 40. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |