

CONSTRUCCIÓN, CONFIABILIDAD, VALIDEZ DE CONTENIDO Y DISCRIMINANTE DEL INVENTARIO AUTODESCRIPTIVO DEL ADOLESCENTE¹

BLANCA E. BARCELATA EGUIARTE*, EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO** Y CONSUELO DURÁN PATIÑO***
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Recibido, julio 1/2006

Concepto evaluación, octubre 13/2006

Aceptado, noviembre 5/2006

Resumen

En los últimos años la población adolescente ha incrementado de manera importante, particularmente en Latinoamérica, y también han aumentado los problemas de salud en dicho sector. La Organización Mundial de la Salud al igual que la Federación Mundial de Salud Mental han considerado prioritaria la atención durante la adolescencia en tanto que la estabilidad emocional y física en dicha etapa es la base del desarrollo saludable en la edad adulta. De este modo la evaluación psicológica durante la adolescencia ha cobrado gran relevancia. El propósito de este trabajo es presentar la construcción del Inventario Autodescriptivo del Adolescente, una propuesta cuyo objetivo es la identificación de factores de riesgo en las dimensiones: familiar, personal, social, escolar, salud, y sexual. La construcción del instrumento se realizó básicamente en dos estudios: uno de ellos para examinar la validez de contenido a través de los coeficientes de concordancia kappa con la participación de 31 jueces expertos, y otro, para evaluar la confiabilidad y validez discriminante. Participaron tres muestras de adolescentes (13 a 18 años de edad); una muestra piloto de 113 estudiantes, una muestra normal de 1660 estudiantes de secundaria y preparatoria de escuelas públicas y privadas, y una muestra clínica de 76 adolescentes que asistían a instituciones de salud públicas y privadas de la Ciudad de México. Los análisis arrojaron coeficientes de concordancia kappa altos (.935) así como también alfas de Cronbach altas (alpha global .90). Se encontraron diferencias significativas con t de Student, entre la muestra normal y la clínica.

Palabras clave: Evaluación, riesgo, adolescencia, validez, confiabilidad.

DEVELOPMENT, REALIBILITY, CONTENT AND DISCRIMINANT VALIDITY OF SELF-DESCRIPTION ADOLESCENT INVENTORY

Abstract

In the last years the adolescent population has incremented in a thoughtful way, especially in America, health problems have also raised too. The World Health Organization as well as the World Federation of Mental Health had considered high-priority to aid adolescents due to the emotional and physical stability is the basis for a healthy and full development in the adulthood. The psychological evaluation during adolescence has charged great relevance. The purpose of this paper is to describe the development of a new instrument, the Self-Description Adolescent Inventory, a proposition which goal is the identification of risk factors in the family, social, personal, school, and health dimensions. The development of the instrument was done basically in two studies. The first one, in order to examine the content validity by using kappa concordance coefficients (31 judges participated), and the second one, to evaluate the realibility and the discriminant validity. There were several adolescents samples (13 to 18 years old); 113 pilot sample students, 1660 normal students of public and private high and junior-school, and clinical sample of adolescents attending mental public and private health institutions in Mexico City. The analysis brought up high kappa coefficients (.935) and high Cronbach alphas too (global alpha .90). Significant differences between normal and clinical sample by using t Student were established.

Key words: Assessment, risk, adolescence, validity, reliability.

* Profesor de Tiempo Completo y Tutor del Programa de Maestría con Residencia en Terapia de Familia, y Residencia en Psicoterapia de Adolescentes. Facultad de Psicología y FES Zaragoza. Universidad Nacional Autónoma de México. b0_@hotmail.com

** Profesor de Tiempo Completo y Tutor del Programa de Doctorado, y Maestría en Terapia Infantil. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. Miembro del SNI.

***Técnico Académico Tiempo Completo C. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

¹ Proyecto PAPIIT No. IN302206.

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los individuos de una sociedad occidental como la nuestra tiene que hacer frente a toda una variedad de demandas en los años comprendidos entre la niñez y la edad adulta que se presentan en una etapa denominada adolescencia. El individuo va experimentando una serie de cambios biológicos como psicológicos, planteándose con ello diversas situaciones que deberá resolver, entre ellas el establecimiento de la independencia, la elección vocacional, el desarrollo de un sentido de la propia identidad y de una filosofía normativa de la vida propia.

De acuerdo con algunos autores (Coleman, 1985; Rosenberg, 1995; Kimmel y Weiner, 2001), se considera a la adolescencia como una etapa de transición en la cual el individuo está intentando encontrar una nueva y propia identidad en un mundo de valores establecidos por los adultos, lo cual no resulta fácil. Asimismo, la adolescencia representa oportunidades para el crecimiento y la maduración de una persona influenciada por diversos factores, tanto intrínsecos como extrínsecos. La mayor parte de las variables extrínsecas son generadas por un mundo adulto lleno de patrones y normas de conducta muchas veces incongruentes impuestos al adolescente y que lejos de ser un apoyo para su crecimiento pueden representar fuentes de conflicto. Lo importante a destacar en todo caso es que la adolescencia representa una fase del desarrollo humano caracterizada por gran vulnerabilidad psicológica.

Se ha observado que entre los múltiples elementos que interactúan en la vida de un adolescente, la familia desempeña un papel muy importante, y su estructura y dinámica resultan factores que pueden convertirse en riesgo o de protección. En el primer caso, se ha asociado su participación con el surgimiento de problemas emocionales como lo muestran estudios como el de Wagner (1998), el cual reporta que la disfuncionalidad de la familia es un factor de riesgo que contribuye de manera importante en la ideación suicida en adolescentes; o como el de Dekovick (1999) el cual plantea que la familia puede convertirse ya sea en un factor de riesgo o de protección para el desarrollo de problemas de conducta durante la adolescencia. Otras investigaciones con adolescentes mexicanos, venezolanos y norteamericanos (Ritchie, & Fetzipatrich, 1990; Kurdek, & Fine, 1993; González-Forzeza y Andrade, 1995; Lucio, Barcelata, Durán y Villafañá, 2004) han encontrado que otros aspectos familiares como una mala o pobre comunicación en la familia, desintegración de la misma, presencia de psicopatología en algún miembro de la familia, o pérdida o la muerte de algunos de los padres, están relacionadas con la presencia

de trastornos psicológicos en adolescentes. De manera similar, se ha observado que la escuela, las relaciones con compañeros y con maestros, juegan un papel central en el desarrollo del adolescente como lo han reportado Prins-tein, Boergers, Spirito, Little, y Grapentine (2000).

Existen otros aspectos de índole personal que contribuyen de manera importante a la aparición de malestar emocional durante la adolescencia. Los procesos de autoafirmación, el autoconcepto y la percepción de la propia imagen son de vital trascendencia para el adolescente en su devenir como ser humano (Reuchin, Eisemann y Häggglöf, 1999; Lucio, Barcelata y Durán, 2002). En este sentido, los especialistas en desarrollo humano han dirigido sus esfuerzos a estudiar y comprender los mecanismos psicológicos, sociales y biológicos durante la adolescencia en un intento por apoyar a los adolescentes a transitar por esta etapa sin mayores contratiempos. Es fundamental conocer qué es lo que los adolescentes piensan y sienten en relación con su entorno; es decir, valorar las diferentes dimensiones o aspectos de la vida del adolescente a partir de su propia perspectiva. Asimismo, es básico identificar de manera oportuna qué aspectos específicos de dichas dimensiones contribuyen a la generación de problemas durante la adolescencia, a fin de poder diseñar estrategias de intervención a nivel de prevención primaria.

Todas las acciones dirigidas a apoyar al adolescente en el mantenimiento de su bienestar integral, revisten gran importancia si se considera que en las últimas décadas la población adolescente se ha incrementado de manera significativa, representando un amplio sector de la población en América Latina. La Organización Mundial de la Salud (2003), así como la Federación Mundial para la Salud Mental (2003) han priorizado la atención a los adolescentes por considerársele la base del desarrollo económico de los países en un futuro próximo, y debido al aumento de trastornos físicos y emocionales en dicho grupo poblacional. En México, por ejemplo, el índice de población joven es elevado. De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda de 2005, en el país existen 13.135.226 adolescentes entre 15 y 19 años de edad, que representan el 18.4% de la población total (INEGI, 2005). De este porcentaje, sólo en la Ciudad de México, sin considerar la zona conurbada, la concentración de población adolescente es del 11.8%.

Desde esta perspectiva y con base en la investigación de la literatura mundial, se consideró importante identificar diversos aspectos de algunas dimensiones de la vida de un adolescente como la familiar, escolar, social, personal, de salud y sexual, que pudieran constituir un riesgo y, por tanto, contribuir al surgimiento de problemas durante

dicha etapa. Para fines de este estudio, un riesgo o factor de riesgo puede ser definido como cualquier circunstancia o evento de naturaleza biológica, psicológica o social, que esté vinculada a comportamientos cuya ausencia o presencia modifica la probabilidad de que se presente un problema o un resultado de consecuencias negativas con respecto a la salud integral del individuo, tanto desde una perspectiva personal-subjetiva, como social y comunitaria (Irwin, 1990, Rutter, 2000).

El precisar qué factores pueden representar elementos de protección o por el contrario de riesgo para la presencia de problemas emocionales se ha convertido en una tarea central dentro de la investigación sobre adolescencia (Casullo, 2001). Por ello, a pesar de que existen numerosos instrumentos dirigidos a la evaluación de adolescentes, son varias las razones que apoyaron la idea de diseñar un instrumento que evaluara de manera integral situaciones de riesgo:

1. Algunos instrumentos valiosos para adolescentes tienen como objetivo principal evaluar psicopatología, como la *Diagnostic Interview for Children and Adolescent-Revisada* –DICA-R- (Ezpeleta, De la Osa, Domenech, Navarro, y Losilla, 1995; 1997) y la *Children's Global Assessment Scale* –CGAS- (Ezpeleta, Granero y De la Osa, 1999), las cuales son versiones en inglés validadas en población española; es decir, realizan la evaluación cuando el problema ya existe.

2. Otros formatos de evaluación no presentan criterios de validez y confiabilidad, como el Cuestionario para Adolescentes desarrollado para adolescentes brasileños (De Oliveira, 1988).

3. Algunos más, aunque poseen propiedades psicométricas adecuadas, no realizan una evaluación integral ya que su finalidad es evaluar aspectos muy específicos como por ejemplo, el uso y abuso de sustancias tóxicas, depresión. Tal es el caso del Cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes -POSIT- (Mariño, González-Forteza, Andrade, y Medina-Mora, 1998), y de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) adaptada para población adolescente (Mariño, Medina-Mora, Chaparro, González-Forteza, 1993; Aguilera, Carreño, y Juárez, 2004).

4. Otros instrumentos son, sin duda alguna, muy útiles, pero dadas las diferencias culturales entre los distintos grupos poblacionales, su uso no siempre es recomendable para una población en particular; en esta situación se podría ubicar el *Self Description Questionnaire II Short Versión* (SDQII-S)², adaptado para población Australiana,

el cual evalúa de manera particular autoconcepto (Marsh, Ellis, Parada, Richard y Heubeck, 2005).

5. Finalmente, la mayoría de los instrumentos revisados no evalúan situaciones o factores de riesgo, que es el objetivo general del instrumento que aquí se presenta.

Dada la importancia de la detección oportuna de factores de riesgo y la necesidad de contar con instrumentos que permitan realizar dicha tarea, uno de los propósitos de esta línea de investigación ha sido el desarrollo de diversos instrumentos para evaluar diferentes aspectos de la adolescencia a fin de diseñar estrategias de prevención primaria y secundaria dirigidas a población. La elaboración de instrumentos nuevos plantea retos; sin embargo, es una tarea que no se puede soslayar debido a que muchos de los instrumentos de evaluación para adolescentes han sido elaborados mayoritariamente en países de habla inglesa. Su adaptación y estandarización para habla hispana también implica un arduo trabajo que no siempre concluye con un instrumento que evalúe de manera fiel la idiosincrasia de las problemáticas de la población a la que va dirigido.

Este trabajo se ocupa particularmente de presentar parte de los datos del análisis de las propiedades psicométricas de un instrumento para la identificación de factores de riesgos a través del uso del autoreporte denominado Inventario Autodescriptivo del Adolescente –IADA- (véase anexo A). Con este fin se reporta el proceso de su construcción, su confiabilidad en términos de consistencia interna, así como su validez tanto de contenido como discriminante, toda vez que su validez de constructo es objeto de otro estudio.

MÉTODO

Investigación y diseño

Se plantea como una investigación descriptiva de tipo transversal, ex-post-facto y correlacional de muestras independientes desarrollada en dos tipos de estudios. *Un primer estudio* piloto y validez de contenido y un *segundo estudio* de evaluación de la confiabilidad y de validez discriminante.

Poblaciones y muestras

Primer estudio. Piloteo y validez de contenido. Se trabajó con *dos muestras*: una no probabilística de 113 *adolescentes* estudiantes de ambos sexos, de secundaria y preparatoria (57 hombres y 56 mujeres) con una edad

² Versión revisada del SDQII Boyle (1994).

promedio de 15.48 (DS= 1.35) de la Ciudad de México, así como una primera *muestra* de 15 jueces y una segunda de 31 *jueces* seleccionados de manera intencional por ser considerados profesionales expertos del área clínica y de la salud en el trabajo con adolescentes.

Segundo estudio. Confiabilidad y validez discriminante. En esta fase se trabajó con dos muestras. Se obtuvo una *muestra normal* no probabilística, para asegurar una distribución equilibrada de las variables socio demográficas como edad, sexo, y nivel socioeconómico (véase figura 1), conformada por 1660 adolescentes estudiantes de secundaria (48.6%) y preparatoria (51.4%) de ambos sexos, 777 hombres (46.8%) y 883 mujeres (53.2%) con una edad promedio de 15.19 años (DS=1.62) de escuelas públicas

(49.2%) y privadas (50.8%) de la zona metropolitana de la Ciudad de México. Los criterios de inclusión fueron el ser estudiante regular sin problemas de conducta y contar con una edad comprendida entre los 13 y 18 años de edad.

Se incorporó una *muestra clínica* apareada (véase figura 2) por la técnica de emparejamiento con la muestra normal, conformada por 76 adolescentes entre 13 a 18 años de edad (media 15.36 y DS= 1.63) 43 hombres y 33 mujeres, que asistían a consulta psicológica en instituciones públicas y privadas de salud de la Ciudad de México, que no presentaban trastornos psiquiátricos mayores. Las variables de apareamiento o emparejamiento con la muestra normal de 76 adolescentes estudiantes fueron sexo, edad y nivel socioeconómico.

MUESTRA NORMAL. Distribución por Edad, Nivel Escolar, y Sexo.

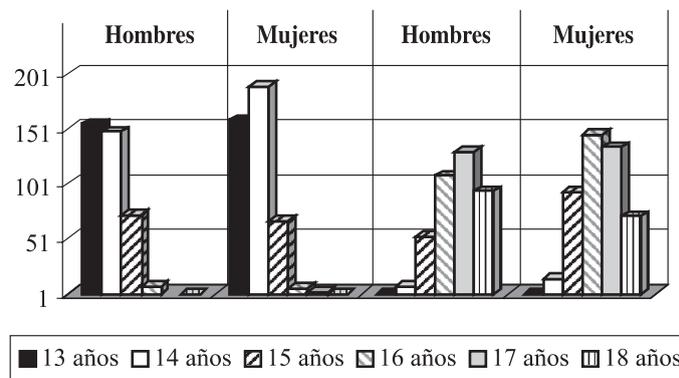


Figura 1. Características sociodemográficas de la muestra normal.

MUESTRA CLÍNICA: Distribución por Edad y Sexo

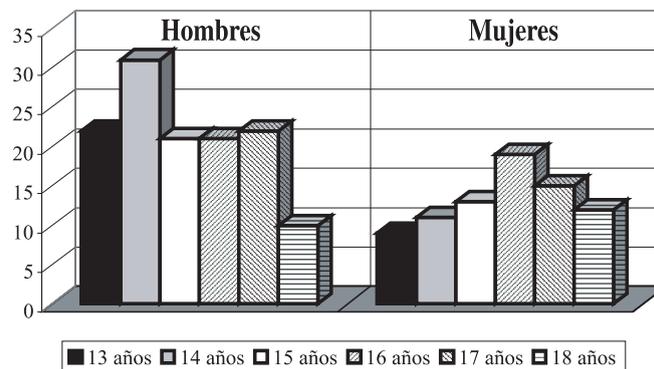


Figura 2. Características sociodemográficas muestra clínica.

Instrumento

Inventario Autodescriptivo del Adolescente –IADA– (Lucio, Barcelata, y Durán, 2003). Su objetivo es la identificación de factores de riesgo durante la adolescencia en diversas dimensiones de su vida las cuales son evaluadas desde la perspectiva del adolescente. Es un instrumento multidimensional y autoadministrable, a manera de auto-reporte constituido por 284 ítems (versión preliminar) de elección forzada SI/NO que exploran seis dominios: familiar, escolar, personal, salud, social y sexual. Su planteamiento inicial por dimensiones o dominios tiene la finalidad de que puedan ser aplicadas de manera independiente. El IADA puede ser utilizado en la práctica clínica, así como en el campo de la educación como un auxiliar en la detección oportuna de la presencia de algunos factores de riesgo para el desarrollo de problemas emocionales y de conducta durante la adolescencia.

Procedimiento

Para la construcción del inventario (IADA) se llevaron a cabo dos estudios. Un *primer estudio* piloteo y validez de contenido; y un *segundo* de evaluación de la confiabilidad y de validez discriminante.

Primer estudio. Piloteo y validez de contenido. El diseño del instrumento partió tanto de una base teórica como una empírica. Su contenido se determinó a partir de la revisión de literatura mundial sobre postulados básicos de funcionamiento familiar, características de la adolescencia, eventos de vida normativos y no normativos, factores de riesgo, así como alteraciones emocionales y de conducta durante dicha etapa (Seiffge-Krenke, 1998; Prinstein, et al, 2000; Kimmel, et al, 2001). Se consideraron aspectos personales, familiares, de salud, escolares, sociales y de la sexualidad de los adolescentes, con base en la revisión de autobiografías de una muestra clínica de adolescentes (Lucio, et al, 2002; Barcelata, Lucio y Durán, 2003; Lucio, et al, 2004).

Se decidió plantear ítems de elección forzada SI/NO para evitar la incertidumbre del adolescente al contestar. Se ha observado que las personas se inclinan a dar respuestas neutras cuando se presentan ítems en una escala con opciones intermedias, lo que tiende a generar sesgos en sus respuestas. Esto adquiere importancia particularmente en adolescentes, ya que entre sus características está la ambivalencia (Cheung y Mooi, 1994). Se elaboraron 298 ítems integrados en un instrumento multidimensional auto-administrable dado que los autoinformes han resultado útiles, como lo han demostrado otros instrumentos para

adolescentes como el *Self-Description Questionnaire II* (SDQII; Boyle, 1994)³ y el *SDQII-Short* (Marsh, Ellis, Parada, Richards & Huebeck, 2005). El formato de auto-reporte proporciona al adolescente la oportunidad de reflexionar sobre sí mismo y su entorno. El hecho de que sea el propio adolescente quien responda de manera directa y sin la presión de un entrevistador, le permite ir exteriorizando diversos aspectos sobre sí mismo y su ambiente que tal vez no había contemplado con anterioridad.

En este *primer estudio* se piloteó el instrumento de 298 ítems aplicándose a una muestra de los 113 adolescentes estudiantes de enseñanza media (secundaria) y media superior (preparatoria) a partir de la cual se hicieron básicamente algunos ajustes en las instrucciones, en el lenguaje y en el orden de los ítems.

Validez de contenido. Una vez modificado el lenguaje y forma de los enunciados evitando el uso de negaciones “no”, o el uso de expresiones como “nunca”, se consideró importante llevar a cabo una validación de contenido a través del método de expertos.

Método de expertos. En esta validación participaron en una primera fase 15 jueces profesionales del área clínica y de la salud, todos expertos en adolescencia para determinar la agrupación de los ítems en las dimensiones propuestas: familiar, escolar, social, personal, salud y sexual. Se realizó la evaluación interjueces siguiendo los criterios utilizados por Compas, Davis, Forsythe y Wagner (1987): a) 70% o más de los jueces clasificaron de la misma forma el evento, b) 80% o más de los jueces clasificaron de la misma forma el evento, c) 90% o más de los jueces clasificaron de la misma forma el evento. El porcentaje de acuerdo refleja la proporción en la cual jueces ubicaron a cada ítem dentro de la dimensión propuesta. Conforme a los resultados se reagruparon y se eliminaron cuatro ítems por ser confusos y no corresponder a ninguna de las dimensiones propuestas, quedando 294 ítems. Se realizó una nueva o segunda validación con la participación de 31 jueces. Se evaluó la fiabilidad del grado de acuerdo entre los jueces, a través de la obtención de coeficiente de concordancia o índices kappa (López y Fernández, 2001; Molinero, 2001; Cabrero y Richart, 2003). Con base en los resultados se eliminaron otros 10 ítems quedando un total de 284.

Segundo estudio. Estudio de confiabilidad y validez discriminante. En esta etapa se aplicó el IADA a dos muestras de adolescentes: una *muestra normal* de 1660 adolescentes de ambos sexos con edades entre 13 y 18 años, de diferentes niveles socioeconómicos, estudiantes

³ Boyle puede ser considerado como precursor de los instrumentos multidimensionales en la evaluación de adolescente.

de secundarias y preparatorias públicas y privadas, y la *muestra clínica*, conformada por 226 adolescentes que asistían a consulta externa en instituciones públicas y a consulta privada de la zona metropolitana de la Ciudad de México.

Con la muestra normal se evaluó la confiabilidad a través del análisis de la consistencia interna obtenida a través de los índices *alphas* de Cronbach y mediante la obtención de la correlación de las distintas dimensiones del Inventario. Asimismo, se llevó a cabo una comparación entre una muestra clínica y una muestra normal para determinar la capacidad del IADA para diferenciar adolescentes con problemas o en riesgo de las poblaciones de no riesgo (normales Vrs. clínicos) mediante el uso del estadígrafo *t* de Student.

RESULTADOS

Validez de Contenido. Método de expertos

La Tabla 1 muestra la 1ª validación por jueces en la cual el 70% de jueces coincidió en la ubicación del 93.97% de los ítems en la dimensión o dominio correspondiente y predeterminada con base al marco teórico; el 80%, en el 88.29%, y el 90%, en el 80.85%. No obstante, los altos porcentajes de acuerdo se eliminaron cuatro ítems de los 298 propuestos inicialmente.

En la Tabla 2 se presenta la 2ª validación por jueces. Se aprecia un aumento en el nivel de acuerdo de los jueces. 70% de jueces tuvo acuerdo en la clasificación del 98.14% de los ítems; el 80%, en un 97.77%, y el 90%, en el 94.07%. En esta segunda valoración se eliminaron diez ítems.

En la Tabla 3 se presentan los índices de concordancia Kappa ($p \leq 0.05$) obtenidos para la evaluación del grado de acuerdo entre jueces por ítem. Se observa que la mayoría de los ítems obtuvieron un muy alto (excelente) valor kappa indicando altos niveles de acuerdo entre los jueces en la ubicación y pertinencia de los ítems (López, et al, 2001; Molinero, 2001; Cabrero, et al, 2003).

Tabla 1

1ª Validación por Jueces. Porcentaje de acuerdo ubicación de ítems*

| % Acuerdo | % Ítems |
|--------------|------------|
| 70% | 93.97% |
| 80% | 88.29% |
| 90% | 80.85% |

* Criterios según Compas, et al (1987).

Tabla 2

2ª Validación por Jueces. Porcentaje de acuerdo ubicación de ítems*

| % Acuerdo | % Ítems |
|--------------|------------|
| 70% | 98.14 |
| 80% | 97.77 |
| 90% | 94.07 |

* Criterios según Compas, et al (1987).

Consistencia Interna

La Tabla 4 muestra los coeficientes de consistencia interna de Cronbach. Todos fueron superiores a 0.40, incluso en los casos en que fueron más bajos como es el caso de la dimensión sexual (aún considerado como moderadamente bajo). Los coeficientes de la dimensión escolar y social pueden ser considerados como moderadamente altos, mientras que los índices para las dimensiones familiar, personal y salud, pueden apreciarse como altos. En su totalidad el IADA presentó una alpha global de 0.90 asimismo considerada alta e indicando un alto grado de confiabilidad (Kerlinger, 2001).

En las Tablas 5 y 6 se muestran las correlaciones entre los puntajes por dimensión o dominio con respecto al puntaje total, así como entre las diversas dimensiones. Se observa que la mayoría de las correlaciones entre los puntajes de cada dimensión son moderadas y altas; sólo en la social la correlación resultó moderadamente baja.

Validez Discriminante

La Tabla 7 presenta los datos de la comparación entre el grupo normal y el grupo clínico encontrándose diferencias estadísticamente significativas analizadas a través de *t* de Student. La dimensión familiar es la que muestra diferencias significativas con menor margen de error, aunque las dimensiones social, personal y escolar también mostraron diferencias significativas a nivel de 0.05, excepto la dimensión salud la cual aparece sin diferencias significativas.

Tabla 3

Coeficientes Kappa. Fiabilidad del grado de concordancia entre jueces (N=31)

| Ítems | Acuerdos | Desacuerdos | Valor Kappa* |
|--|----------|-------------|--------------|
| 1, 2, 4 | 31 | 0 | 1 |
| 32, 37, 39, 42, 43, 49, 50, 51, 54, 55, 58, 73, 83, 84, 91, 101, 102, 103, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 117, 119, 120, 123, 124, 127, 130, 131, 132, 134, 135, 136, 138, 139, 140, 141, 143, 145, 146, 159, 160, 162, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 176, 177, 179, 180, 181, 183, 184, 185, 186, | 30 | 1 | .935 |
| 187, 188, 189, 191, 198, 199, 201, 202, 206, 207, 209, 210, 211, 213, 214, 215, 217, 218, 219, 222, 223, 224, 225, 227, 228, 229, 230, 231, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 256, 257, 258, 259, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 290, 291, 292, 293, 294 | 29 | 2 | .870 |
| 15, 16, 24, 33, 78, 79, 80, 90, 93, 94, 98, 142, 144, 150, 154, 182, 190, 221, 255 | | | |
| 18, 22, 27, 30, 35, 38, 40, 67, 104, 105, 133, 137, 148, 155, 156, 157, 158, 178, 200, 204, 205, 208, 212, 216, 226, 260, 289 | 28 | 3 | .805 |
| 5, 24, 26, 36, 95, 96, 147, 161, 220 | 27 | 4 | .740 |
| 3, 86, 87, 92, 151 | 26 | 5 | .676 |
| 192, 288 | 25 | 6 | .565 |
| 175 | 24 | 7 | .543 |
| 232 | 22 | 9 | .415 |
| 97, 193, 203 | 21 | 10 | .356 |
| 86, 261 | 20 | 11 | .282 |
| 34, 163, 164, 262 | 19 | 12 | .225 |
| 165, 196 | 18 | 13 | .162 |
| 195 | 17 | 14 | .047 |
| 166, 194 | 15 | 16 | -.03 |

* p .05

Tabla 4

Coeficientes de consistencia interna de Cronbach por dimensión

| DIMENSIÓN | No. Ítems | Alpha α |
|--------------|-----------|----------------|
| FAMILIAR | 127 | 0.76 |
| SOCIAL | 12 | 0.60 |
| ESCOLAR | 26 | 0.67 |
| PERSONAL | 42 | 0.77 |
| SALUD | 58 | 0.84 |
| SEXUAL | 19 | 0.48 |
| Alpha Global | 284 | 0.90 |

Tabla 5

Correlación entre los puntajes de cada dimensión con el puntaje total

| Dimensión | r* |
|-----------|------|
| Familiar | 0.84 |
| Social | 0.41 |
| Escolar | 0.64 |
| Personal | 0.72 |
| Salud | 0.70 |

* p .05

Tabla 6

Intercorrelaciones de las puntuaciones de cada dominio

| Dimensión Familiar | Social | Escolar | Personal | Salud |
|--------------------|--------|---------|----------|--------|
| Familiar | 0.32** | 0.41** | 0.45** | 0.41** |
| Social | | 0.20** | 0.35** | 0.03** |
| Escolar | | | 0.37** | 0.39** |
| Personal | | | | 0.30** |

** p 0.05

Tabla 7

Comparación grupo clínico y normal apareados: t Student

| Dimensión | Normales N= 76 | | Clínicos N= 76 | | t | Sig. |
|-----------|-------------------|-------|-------------------|------|-------|---------|
| | Media | D. E. | Media | D.E. | | |
| Familiar | 10.88 | 5.90 | 14.20 | 7.51 | -3.03 | 0.003** |
| Social | 1.46 | 1.50 | 2.11 | 1.73 | -2.45 | 0.015* |
| Escolar | 3.01 | 2.72 | 4.01 | 3.14 | -2.10 | 0.038* |
| Personal | 8.33 | 4.24 | 9.92 | 4.35 | -2.28 | 0.024* |
| Salud | 7.86 | 5.44 | 9.13 | 4.43 | -1.59 | 0.115 |

** p≤ .001

* p≤ .05

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

En términos generales, los resultados presentados parecen indicar que el Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA) cumple con las características básicas de todo instrumento de evaluación psicológica: confiabilidad y validez de contenido y discriminante⁴. Respecto a su confiabilidad, en general los altos y moderadamente altos coeficientes de consistencia interna (alphas de Cronbach) en las dimensiones salud, familiar, personal, y social y escolar, respectivamente, a excepción de la dimensión sexual, cuyo índice resultó moderado, parecen indicar que el IADA es un instrumento confiable (Kerlinger, 2001). El análisis de la validez de contenido a través del método de jueces, indican que el inventario cuenta con otra de las propiedades psicométricas fundamentales de la estructura de todo instrumento. Esta afirmación es apoyada por el alto grado de concordancia o acuerdo entre jueces expertos

obtenido en la mayoría de los ítems, grado de acuerdo que fue analizado a través del estadístico coeficiente kappa y cuyos valores fueron cercaron a 1, lo que suele ser interpretado como total acuerdo (López, et al, 2001; Molinero, 2001; Cabrero; et al, 2003). Paralelamente, los altos porcentajes de acuerdo, utilizando los criterios propuestos por Compas, et al, (1987), en cuyo caso la mayoría de los jueces evaluaron como pertinente el contenido de los ítems, clasificándolos en las dimensiones propuestas inicialmente conforme al marco teórico sobre adolescencia, confirman la decisión de agrupar o ubicar, desde su diseño inicial, los ítems en un dominio particular, conforme los diversos factores asociados a problemas emocionales en dicha etapa y reportados en la literatura internacional (Rutter, 1996; Wagner, 1998; Coleman, 1999; Prinstein, et al, 2000; Kimmel, et al, 2001; Lucio, et al. 2002; Lucio, et al, 2004). Por otra parte, el análisis de los datos a través de t Student en la comparación de población

⁴ La validez de constructo es objeto de análisis en otro estudio que se presenta por separado dada la extensión del instrumento y las limitaciones de espacio.

clínica y normal de adolescentes para la evaluación de su validez discriminante parecen apoyar la capacidad del IADA para discriminar e identificar poblaciones en riesgo, ya que todos los valores *t* fueron significativos, con niveles del 0.001 y del 0.05 en prácticamente todas las dimensiones. Estos resultados parecen indicar que las dimensiones familiar, personal y social son más sensibles en la detección de adolescentes en riesgo en comparación a la escolar y salud, debido al tipo de grupos contrastados. Es importante señalar que los resultados presentados en este trabajo pueden ser considerados parciales ya que los datos sobre la validez de constructo están en la fase final de análisis y son objeto de otro estudio. En este sentido habrá que estar atentos a las cargas y distribución de ítems resultante del análisis factorial, ya que muchos de los ítems podrían reconfigurar el IADA.

Sin embargo, el análisis “preliminar” de las características psicométricas del Inventario Autodescriptivo del Adolescente, presentados en este trabajo y que son esenciales para todo instrumento de evaluación psicológica, como confiabilidad, validez de contenido y discriminante, apoyan la idea de que se trata de una nueva propuesta que puede ser utilizada en la evaluación de adolescentes en riesgo y en la identificación de problemas en las dimensiones familiar, personal, social, escolar y salud, tanto en contextos clínicos como educativos. Los resultados indican que el IADA es una nueva herramienta auxiliar en la evaluación psicológica integral de diversas dimensiones de la vida de un adolescente, a partir de su propia perspectiva, con la finalidad de identificar factores que pueden representar un riesgo para su estabilidad física y emocional.

El contar con instrumentos válidos y confiables dirigidos al estudio de la adolescencia, es muy importante, ya que orientan el diseño de estrategias de promoción para la salud y de prevención primaria que apoyen el desarrollo armónico del individuo durante dicha etapa.

REFERENCIAS

- Aguilera, R.M., Carreño, M. y Juárez, F. (2004). Características Psicométricas de la CES-D en una muestra de adolescentes rurales mexicanos de zonas con alta tradición migratoria. *Salud mental*, 17, 6, 57-56.
- Barcelata, B, Lucio, E. y Durán, C. (2003, julio). El Inventario Autodescriptivo del Adolescente: desarrollo y potencialidades. IV Congreso Iberoamericano de Evaluación Psicológica, Lima, Perú.
- Boyle, G. I. (1994). Self-Description Questionnaire II: A review: *Test Critiques*, 10, 632-643.
- Cabrero, J. y Richart, M. (2003) Metodología de la Investigación I. Medición II. http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_8.htm - 94k – Recuperado el 2 de Junio de 2005.
- Casullo, M. (2001). Adolescencia en Riesgo. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Coleman, J. (1985). Psicología de la Adolescencia. Madrid: Morata.
- Compas, B., Davis, G., Forsythe, C. & Warner, B. (1987). Assessment of major and daily stress full events during adolescence. The Adolescent Perceived Events Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 4, 534-541.
- Cheung, K.C. & Mooi, L.C. (1994). A comparison between the rating scale model and dual scaling for Likert scales. *Applied Psychological Measurement*, 18, 1-13.
- Dekovic, M. (1999). Risk and protective factors in the development of problem behavior during adolescence. *Journal of Youth & Adolescence*, 28, 6, 667-685.
- De Oliveira, R. (1988). Cuestionario del Adolescente. Sao Paulo, Brasil: Universidad de Sao Paulo.
- Ezpeleta, L., De la Osa, N., Domenech, J.M., Navarro, J.B. y Losilla, J.M. (1995). La Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revisada (DICA-R): Acuerdo diagnóstico ente niños/adolescentes y sus padres. *Revista de Psiquiatría*, 22, 6, 153-163.
- Ezpeleta, L., De la Osa, N., Domenech, J.M., Navarro, J.B. y Losilla, J. M. (1997). Fiabilidad test-retest de la adaptación española de la Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA-R). *Psicothema*, 9, 3, 529-539.
- Ezpeleta, L., Granero, R. y De la Osa, N. (1999). Evaluación del deterioro en niños y adolescentes a través de la Children's Global Assessment Scale (CGAS). *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 1, 18-26.
- Federación Mundial de Salud Mental (FMSM, 2003). Programa de Educación en Salud Mental de la Federación Mundial de Salud Mental. <http://www.hday.net> Recuperado 11 de diciembre de 2005.
- González-Forteza, C. y Andrade, P. (1995). La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes. *Salud Mental*, 18, 4, 41-48.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática –INEGI- (2005). Aspectos sociodemográficos del Distrito Federal. México: Autor.
- Irwin, C. E. (1990). The theoretical concept of risk adolescents *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews*, 1, 1-14.
- Kerlinger, A. (2001). Investigación del Comportamiento: México: McGraw Hill.
- Kimmel, D. y Weiner, I. (2001). La adolescencia: una transición del desarrollo. España: Ariel Psicología.
- Kurdek, L.A. & Fine, M.A. (1993). The relation between family structure and young adolescents' appraisals of family climate and parenting behavior. *Journal of Family Issues*, 14, 2, 279-290.
- López, G. y Fernández, P. (2001). Metodología de la Investigación. Medidas de concordancia: el índice Kappa. Universidad de la Coruña. Recuperado el 25 de Agosto del 2005 de <http://www.fisterra.com/mbe/investiga/jappa/kappa/htm>.

- Lucio, E.; Barcelata, B. & Durán C. (2002, Agosto). Assessment of Emotional Problems in Mexican Adolescents and Development or Prevention Programs. 10a. Convention of the American Psychological Association, Chicago, U.S.A.
- Lucio, E. Barcelata, B. Durán, C. y Villafraña, L. (2004). Sucesos de vida estresantes: Un estudio transcultural de adolescentes venezolanos y mexicanos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 17, 1, 123-138.
- Mariño, M., González-Forteza C., Andrade, P. y Medina-Mora, M.E. (1998). Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas con el uso de drogas. *Salud mental*. 21, 1, 27-34.
- Mariño M., Medina-Mora, M.E., Chaparro, J. y González-Forteza, C. (1993). Confiabilidad y estructura factorial del CES-D en una muestra de adolescentes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 10, 2, 141-145.
- Marsh, H., Ellis, L., Parada, R., Richards, G. & Huebeck, B. (2005). A short version of the Self Description Questionnaire II: Operationalizing criteria for short-form evaluation with new applications of confirmatory analyses. *Psychological Assessment*, 17, 1, 81-102.
- Molinero, L. (2001) Medidas de concordancia para variables cualitativas. Asociación de la Sociedad Española de la Hipertensión. Recuperado 13 de Junio del 2006 de <http://www.seh-lelha.org/concor2.htm> - 16k.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). Prevention and Care of Illness Adolescents. Recuperado el 10 de noviembre del 2005 de http://www.who.int/child-adolescent-health/prevention/adolescents_substance.htm.
- Prinstein, M, Boergers, J., Spirito, A., Little, T. & Grapentine, W. (2000). Peer functioning, family dysfunction, and psychological symptoms in a risk factor model for adolescent impatiens suicidal ideation severity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 3, 392-405
- Reuchin, V., Eisemann, M. & Hägglöf, B. (1999). Coping Styles in Delinquent Adolescents and Control: The Role of Personality and Parental Rearing. *Journal of Youth and Adolescence*, 28, 6, 705-717.
- Ritchie, D. & Fetzpatrich, M. (1990). Family Communication Patterns: Measuring Interpersonal Perceptions of Interpersonal Relationship. *Communication Research*, 17, 4, 523-544.
- Rosenberg, M. (1995). *Society and the Adolescent*. New York: Princeton University.
- Rutter, M. (1996). Stress Research. Accomplishments and tasks ahead. En: Haggerty, R.J., Sherrod, I.R., Garmezy, N. & Rutter, M.(Eds.) *Stress, Risk and Resilience in children and Adolescents Processes, Mechanisms and Interventions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Seiffge-Krenke, I. (1998). *Adolescents' Health. A Developmental Perspective*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wagner, B (1998) Family Risk Factors for Child and Adolescent Suicidal Behavior. *Psychological Bulletin*, 121, 2, 246-298.

ANEXO A
Inventario Autodescriptivo del Adolescente

Vivo con:

1. Mi padre
2. Mi madre
3. Mis abuelos
4. Mis hermanos
5. Mis tíos
6. Mi(s) medio(as) hermano(as)
7. Mi madrastra
8. Mi padrastro
9. Mis hermanastros (as)
10. Padres adoptivos

El número de mis hermanos es:

11. Ninguno
12. Uno
13. Dos
14. Tres
15. Cuatro
16. Cinco o más

El lugar que ocupo entre mis hermanos es:

17. El mayor
18. El de en medio
19. El menor

En mi familia, las decisiones importantes las toma:

20. Mi papá
21. Mi mamá
22. Mi abuelo o abuela
23. Mi padrastro o madrastra
24. Mi hermano (a) mayor
25. Mi medio hermano (a)
26. Algún pariente cercano (tíos)
27. Todos

En mi familia las reglas (horarios, tareas, permisos, etc.) las pone:

28. Mi papá
29. Mi mamá
30. Mi abuelo o abuela
31. Mi padrastro o madrastra
32. Mi hermano (a) mayor
33. Algún pariente cercano (tíos)
34. Otra persona ajena a la familia
35. Entre todos
36. No hay reglas

En general mis padres o padrastros:

37. Son estrictos
38. Son razonables para dar permisos
39. Me dan muchos permisos
40. A veces me dan permiso, a veces no

En mi familia, las relaciones por lo regular son:

41. De apoyo
42. Cálidas
43. Sobre-protectoras
44. Frías
45. Tensas
46. Indiferentes

En mi familia, la relación entre padres e hijos (as) es:

47. Todos somos tratados igual
48. Hay preferencia por uno de mis hermanos (as)
49. Todos son tratados bien excepto yo
50. A cada uno se nos trata diferente.

Mi papá ha contraído matrimonio:

51. ninguna vez
52. una vez
53. dos veces
54. tres veces o más

Mi mamá ha contraído matrimonio:

55. ninguna vez
56. una vez
57. dos veces
58. tres veces o más

En mi familia hay pleitos:

59. Constantes entre mi (s) padres
60. Ocasionales entre mi (s) padres
61. Constantes entre mi (s) hermanos (as)
62. Ocasionales entre mi (s) hermanos (as)
63. Constantes entre mi (s) hermano (as) y yo
64. Ocasionales entre mi (s) hermano (as) y yo
65. Constantes entre toda mi familia
66. Ocasionales entre toda mi familia
67. Rara vez ha habido pleitos en mi familia

Cuando mis padres se pelean:

68. Gritan o se insultan
69. Llegan a la violencia física
70. Amenazan con dejarse o divorciarse
71. Se dejan de hablar
72. Discuten, luego se tranquilizan y hablan con calma
73. Alguno se va de la casa por un tiempo

Cuando mi(s) hermano(s) y yo peleamos:

74. Gritamos o nos insultamos
75. Llegamos a la violencia física
76. Nos dejamos de hablar
77. Discutimos, luego nos tranquilizamos y hablamos con calma

En cuanto a la situación económica de mi familia:

- 78. En ocasiones hemos tenido preocupaciones por el dinero
- 79. A veces hemos tenido preocupaciones por el dinero

Acostumbro convivir más con:

- 80. Mis padres
- 81. Mi (s) hermano (as)
- 82. Mis abuelos
- 83. Mis tíos
- 84. Mis primos
- 85. Mis amigos
- 86. Mi novio (a)
- 87. Con nadie

En casa me suceden cosas como:

- 88. Mi(s) hermano(s) me molesta(n)
- 89. En general me llevo bien con los miembros de
- 90. Tengo privacidad en mi casa
- 91. Tengo quehaceres en la casa
- 92. Tengo un buen espacio para estudiar
- 93. Me gusta vivir en mi casa
- 94. Generalmente mi casa está sucia o descuidada
- 95. Mi familia tiene mala fama
- 96. La zona donde vivo me desagrada
- 97. Mi(s) hermano(s) roba(n)
- 98. Me siento bien adaptado a mi ambiente familiar
- 99. Comento mis problemas con mis familiares
- 100. Me esfuerzo por comprender los problemas de mi familia
- 101. Trato de pasar el mayor tiempo posible fuera de mi casa

En la relación con mis padres generalmente me suceden cosas como:

- 102. Tengo problemas que escondo a mis padres
- 103. Mis padres desaprueban a mis amigos (as)
- 104. Mis padres desaprueban a mi novio (a)
- 105. Mis padres desaprueban mi forma de vestir o apariencia
- 106. Mis padres desaprueban mis citas con muchachos
- 107. Mis padres desaprueban la música que oigo
- 108. Mis padres esperan mucho de mí
- 109. Platico mis decisiones con mis padres
- 110. Mis padres nunca están en casa
- 111. Mis padres interfieren en mis decisiones
- 112. Tengo problemas con mi padrastro
- 113. Tengo problemas con mi madrastra

En mis relaciones sociales generalmente:

- 114. Me llevo bien con otras personas
- 115. Me llevo bien con mis vecinos
- 116. Tengo amigos inseparables
- 117. Tengo novio(a)
- 118. Mis amigos se aprovechan de mí
- 119. Tengo con quien compartir intereses
- 120. Se me dificulta hacer amigos
- 121. Me alejo de la gente
- 122. Me siento a gusto cuando hablo con otras personas
- 123. Me siento abandonado(a) por mis amigos
- 124. Me llevo bien con mis vecinos

- 125. Me llevo bien con mis maestros
- 126. Me llevo bien con otros estudiantes
- 127. Pertenezco a clubes o equipos

Por lo regular, la escuela a la que he asistido es:

- 128. Pública
- 129. Privada
- 130. Educación especial
- 131. Militarizada
- 132. Internado
- 133. Medio internado
- 134. Religiosa o de religiosos
- 135. De sistema abierto

En la escuela FRECUENTEMENTE me suceden cosas como:

- 136. Problemas con los profesores
- 137. Bajas calificaciones
- 138. Dificultades para el aprendizaje (distracción, falta de comprensión, etc.)
- 139. Pleitos con los compañeros
- 140. Tengo malos hábitos de estudio
- 141. Me siento fuera de lugar en la escuela
- 142. Me gusta la escuela
- 143. Estoy en una escuela inadecuada para mí
- 144. Falto a la escuela por enfermedad
- 145. Falta de interés de los maestros por sus alumnos
- 146. Me aburre la escuela
- 147. Reportes por mala conducta
- 148. Tomo clases de educación especial
- 149. Materias reprobadas
- 150. He repetido año
- 151. Muchas veces he tenido exámenes extraordinarios

Mis planes a futuro son:

- 152. Continuar con una carrera técnica
- 153. Continuar con la preparatoria
- 154. Continuar con una carrera universitaria
- 155. Trabajar
- 156. Casarme
- 157. Ingresar a una escuela militar de marina o de policía
- 158. No tengo planes

Mis características son:

- 159. Soy independiente
- 160. Soy creativo
- 161. Soy hábil para algunas cosas
- 162. Soy inteligente
- 163. Soy demasiado sentimental
- 164. Me siento criticado por otros
- 165. Estoy demasiado gordo(a)
- 166. Estoy demasiado delgado(a)
- 167. Tengo pensamientos que se repiten
- 168. Soy tímido(a)
- 169. Soy demasiado alto(a) o demasiado bajo(a)
- 170. Parezco demasiado joven o demasiado viejo(a)
- 171. Me siento a disgusto en sitios públicos
- 172. Me siento impopular

- 173. Lloro por cualquier cosa
- 174. Tengo mala fama
- 175. Me siento inmaduro(a)
- 176. Llamo la atención por mi apariencia física (por guapo(a) o por feo(a))
- 177. Me siento incómodo(a) y torpe
- 178. Desconfío de los demás
- 179. Me siento inferior
- 180. Parezco demasiado simple
- 181. No me gusta
- 182. Soy capaz de relajarme
- 183. Soy temeroso(a) de las cosas que me pasan
- 184. Siento que las personas están en mi contra
- 185. Soy sucio (a) y descuidado (a) con mi persona
- 186. Me siento nervioso(a)
- 187. Tengo problemas de concentración
- 188. Tengo alguna deficiencia física
- 189. Soy muy desordenado(a) con mis cosas personales
- 190. Quiero fugarme de mi casa
- 191. Me hace falta algún pasatiempo

Mis características son:

- 192. Me falta tiempo para mis intereses y pasatiempos
- 193. Soy enojón(a)
- 194. Mi autoestima es baja

En mi familia suceden cosas como éstas (una enfermedad larga o importante).

- 195. Mi padre está enfermo
- 196. Mi padre tiene problemas emocionales
- 197. Mi padre tiene problemas con el alcohol
- 198. Mi padre tiene problemas con las drogas
- 199. Mi madre está enferma
- 200. Mi madre tiene problemas emocionales
- 201. Mi madre tiene problemas con el alcohol
- 202. Mi madre tiene problemas con las drogas
- 203. Mi hermano (a) está enfermo(a)
- 204. Mi hermano(a) tiene problemas emocionales
- 205. Mi hermano(a) tiene problemas con el alcohol
- 206. Mi hermano(a) tiene problemas con las drogas
- 207. Algún miembro de mi familia tiene problemas con juegos de apuestas

Mi salud se caracteriza por:

- 208. Frecuentemente vómito
- 209. Frecuentemente sufro de dolores de cabeza
- 210. Frecuentemente sufro de dolores de pecho
- 211. Tengo problemas para respirar
- 212. Tengo problemas estomacales
- 213. He padecido alguna infección de tipo sexual
- 214. Tengo problemas emocionales
- 215. Tengo mareos
- 216. He sufrido desmayos
- 217. Sufro de insomnio
- 218. Paso por largos períodos de enfermedad
- 219. Frecuentemente tengo que tomar medicinas

Respecto a mis preferencias sexuales, me siento:

- 220. Atraído por el sexo opuesto
- 221. Atraído por personas de mi mismo sexo
- 222. Atraído por ambos sexos

He obtenido información sexual de:

- 223. Mi madre
- 224. Mi padre
- 225. Mis abuelos
- 226. Mi(s) amigo(s)
- 227. Mis hermanos mayores
- 228. Algún familiar (tío o primos)
- 229. En la escuela
- 230. Cursos de sexualidad
- 231. Televisión o algún otro medio de comunicación (radio, revistas, etc.)
- 232. Nadie me informó

Con respecto a mi vida sexual:

- 233. Me interesa tener relaciones sexuales
- 234. He tenido alguna vez relaciones sexuales
- 235. Tengo relaciones sexuales con frecuencia
- 236. Me generan temor las relaciones sexuales
- 237. He decidido no tener relaciones sexuales por el momento
- 238. Nunca he tenido relaciones sexuales

Mis hábitos son:

- 239. Tengo malos hábitos alimenticios
- 240. Como demasiado
- 241. Tengo buen apetito
- 242. No me gusta comer
- 243. Tengo problemas para dormir
- 244. Duermo mucho
- 245. Hago ejercicio
- 246. Me falta tiempo para relajarme
- 247. Veo demasiada televisión
- 248. Paso mucho tiempo en los videojuegos
- 249. Nunca he fumado

Fumo desde:

- 250. Primaria
- 251. Secundaria
- 252. Preparatoria

Cuando fumo lo hago:

- 253. En fiestas
- 254. Con amigos
- 255. En la escuela
- 256. En la casa

Tomo bebidas alcohólicas desde

- 257. Nunca he tomado
- 258. Primaria
- 259. Secundaria
- 260. Preparatoria

Cuando bebo regularmente lo hago:

- 261. En la escuela
- 262. En casa
- 263. Con amigos
- 264. En fiestas

Consumo alcohol:

- 265. Cada mes
- 266. Los fines de semana
- 267. Cada tercer día
- 268. Diario

Respecto al consumo de medicinas:

- 269. He tomado medicinas sin ir al médico
- 270. He tomado medicinas prescritas por el psiquiatra

Respecto al consumo de las siguientes sustancias (MARIHUANA, COCAÍNA, CEMENTO, ANFETAMINAS, TACHA, ÉTASIS, ETC.):

- 271. Alguna vez he consumido una o más sustancias
- 272. Frecuentemente consumo una o más sustancias

273. Nunca he consumido sustancias

274. He tenido algún problema con la policía por el consumo de alguna de estas sustancias

275. Mis amigos consumen este tipo de sustancias

He consumido alguna sustancia desde:

276. Primaria

277. Secundaria

278. Preparatoria

Asisto a algún tipo de tratamiento o ayuda psicológica con:

279. El médico familiar

280. El orientador escolar

281. El psicólogo

282. El psiquiatra

283. Un grupo de autoayuda

284. Un consejero religioso