

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL INVENTARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL ESPECTRO DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ADOLESCENTES*

PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE DEPRESSIVE SYMPTOMS SPECTRUM ASSESSMENT INVENTORY IN YOUTH

Recibido: 11 de Marzo del 2014 | Aceptado: 03 de Octubre del 2014

Vidalina **Feliciano-López**¹, Eduardo **Cumba-Avilés**¹
(UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO RECINTO RÍO PIEDRAS, San Juan, Puerto Rico)

RESUMEN

Validar medidas autóctonas facilita la evaluación óptima de la depresión juvenil en Puerto Rico. Evaluamos las propiedades psicométricas del Inventario para la Evaluación del Espectro de la Sintomatología Depresiva (Cumba-Avilés, 2004) con 201 jóvenes (12-17 años). La consistencia interna ($\alpha=.98$) de su escala total de las últimas 2 semanas (U2S) y los últimos 6 meses (U6M), y la de sus subescalas (.78- .90 [U2S] y .75- .89 [U6M]), fue excelente. Su estabilidad temporal ($r=.91$ [U2S] y .81 [U6M]) y validez concurrente ($r=.72$ con el Children's Depression Inventory) también fueron apropiadas. Los hallazgos documentan su validez divergente, convergente y discriminante, apoyando su estatus como medida válida y confiable de la depresión juvenil.

PALABRAS CLAVE: Adolescentes, depresión, propiedades psicométricas, sensibilidad cultural.

ABSTRACT

To validate indigenous scales enables the optimal assessment of youth depression in Puerto Rico. We assessed the psychometric properties of the Depressive Symptoms Spectrum Assessment Inventory (Cumba-Avilés, 2004) with 201 youth (12-17 years old). We obtained an excellent internal consistency ($\alpha=.98$) for its total scales of the last two weeks (L2W) and last six months (L6M), as well as for its subscales (ranges of .78- .90 [L2W] and .75- .89 [L6M]). Its temporal stability ($r=.90$ [L2W] and .80 [L6M]) and concurrent validity were appropriate too ($r=.72$ with the Children's Depression Inventory). Our results also document its convergent, divergent and discriminate validity, supporting its status as a valid and reliable measure of youth depression.

KEY WORDS: Adolescents, cultural sensibility, depression, psychometric properties.

* El contenido de este artículo está basado en la disertación doctoral de su primera autora. Este estudio fue apoyado en parte por la Oficina del Presidente de la Universidad de Puerto Rico, por medio de fondos otorgados al Instituto de Investigación Psicológica, así como por el Decanato de Estudios Graduados e Investigación (DEGI) de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras, a través de una Beca de Mérito Académico otorgada a la primera autora. Agradecemos a los asistentes de investigación Mayra M. López, Idamari Santiago, Jessica Torres, Mariela Fernández, Laura Milán, Julissa Pagán, Nicole Rivera y Stephanie Santiago, por su colaboración en este estudio, así como a los/as adolescentes que participaron en el mismo.

1. Afiliado(a) al Instituto de Investigación Psicológica de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. Comunicaciones deben ser dirigidas a la Dra. Vidalina Feliciano-López, Universidad de Puerto Rico, Facultad de Ciencias Sociales, Instituto de Investigación Psicológica (IPsi), PO Box 23174, San Juan, PR 00931-3174. E-mail: vfeliciano@ipsi.uprrp.edu

En la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, por sus siglas en inglés) los criterios de los trastornos de depresión son iguales para todas las etapas de desarrollo (American Psychiatric Association, 2013). La exclusión de criterios particulares para la población pediátrica es probablemente una de las razones por las que hasta un 70% de la misma no ha sido bien diagnosticada o no recibe el tratamiento adecuado aunque presente dichos trastornos (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009). Los jóvenes deprimidos, por ejemplo, pueden mostrar un estado de ánimo predominantemente irritable, agresividad, sentimientos de no ser aceptados, aislamiento, descuido del aseo personal, ansiedad, autorreproches, un menor rendimiento escolar y muchas conductas desafiantes. A menudo varias de estas características se perciben como parte normal de la adolescencia, por lo que se hace difícil diagnosticar con precisión a una persona joven que se sospecha deprimida.

El DSM-5 establece que para que ciertas características sean síntomas de depresión tienen que representar un cambio respecto al estado normal del joven. Evaluar este requisito se dificulta porque la adolescencia misma es una etapa de cambios (p. ej., en la apariencia personal, en las horas de sueño y en la dificultad para decidir) que pudieran requerir una indagación más precisa para conocer si se trata de un síntoma. Siendo la depresión un problema de salud mental tan común, y habiendo evidencia de que puede iniciarse en etapas tempranas, es importante que los instrumentos para medirla en niños y adolescentes incluyan reactivos que logren captar las manifestaciones particulares de dicho problema en esas etapas. Esto ayudaría a superar las limitaciones de una nosología que equipara las etapas evolutivas bajo los mismos criterios, lo que hace cuestionable su capacidad de dar cuenta de aquello mismo que pretende describir.

Las escalas de autoinforme más utilizadas en Puerto Rico para medir

síntomas de depresión en jóvenes son el *Children's Depression Inventory* (CDI), el *Beck Depression Inventory* (BDI), el *Center for Epidemiological Studies-Depression Scale for Children* (CES-DC) y el *Reynolds Adolescent Depression Scale* (RADS), siendo las primeras dos las de mayor uso. En estudios hechos en diversas partes del mundo el CDI ha mostrado una consistencia interna que fluctúan entre .59 y .89 (Kovacs, 2001), mientras que en los realizados en Puerto Rico este índice ha fluctuado entre .80 y .89 (p. ej., Bernal, Rosselló, & Martínez, 1997; Rosselló, Guisasola, Ralat, Martínez, & Nieves, 1992). En cuanto a la confiabilidad temporal, los coeficientes reportados a nivel mundial han fluctuado entre .38 a .87 utilizando intervalos que fluctúan entre una semana y un año (Kovacs, 2001; Saylor, Finch, Spirito, & Bennett, 1984). En el único estudio identificado que utilizó un intervalo de dos semanas entre administraciones se encontró un coeficiente de .82 en población normal, pero con niños de 7 a 12 años. En Puerto Rico, el coeficiente reportado fue de $r = .63$ en un intervalo de 4 meses. En este mismo estudio, Rosselló y colaboradores (1992) reportaron un índice de validez concurrente de $r = -.66$ con la Escala de Autoconcepto *Piers-Harris*.

Sobre el BDI, en estudios a nivel mundial con adolescentes, su consistencia interna oscila entre .79 a .96 (Adewuya, Ola, & Aloba, 2007; Basker, Moses, Russell, & Russell, 2007; Myers & Winters, 2002), mientras que en Puerto Rico la misma fue de .91 (Rivera-Medina, Bernal, & Rosselló, 2005). Su confiabilidad temporal, a nivel mundial, se ha situado entre .61 (Roberts, Lewinsohn, & Seeley, 1991) y .88 (Larsson & Melin, 1990) con intervalos desde 1 semana a 2 meses. En India el BDI correlacionó .72 con el *Children's Depression Rating Scale-Revised* (CDRS-R) y .26 con la Escala de Impacto de Evento (Basker et al., 2007), y en Puerto Rico correlacionó .69 con el CDI y -.57 con la Escala *Piers-Harris* (Rivera-Medina et al., 2005).

Por otro lado, la consistencia interna del CES-DC, a nivel mundial, en población general o clínica, varía entre .67 a .89 (Barkmann, Erhart, & Schulte-Markwort, 2008; Faulstich, Carey, Ruggiero, Enyart, & Gresham, 1986; Myers & Winters, 2002). Además, se ha reportado una confiabilidad temporal de .51 a .79, esta última en muestra de adolescentes guatemaltecos (Aguilar & Berganza, 1993; Faulstich et al., 1986). En Puerto Rico sólo se ha reportado que el instrumento obtuvo una validez alta y significativa al ser correlacionado con el CDI (Bernal et al., 1997), pero no el coeficiente en sí.

El RADS, en estudios hechos en diversas partes del mundo, ha mostrado una consistencia interna que va de .81 a .96 (Campbell, Byrne, & Baron, 1992; Dalley, Bolocofsky, Alcorn, & Baker, 1992; del-Barrio, Colondrón, de-Pablo, & Roa, 1996; Figueras-Masip, Amador-Campos, & Peró-Cebollero, 2008; Myers & Winters, 2002; Reynolds, 1987, 2002) para muestras tanto clínicas como no clínicas. En Puerto Rico, obtuvo un coeficiente alfa de .86 en la etapa de cernimiento en un estudio con adolescentes de 12 a 18 años de una muestra referida de escuelas del área metropolitana (Rivera-Medina, 2000). Su consistencia temporal, a nivel mundial, ha fluctuado entre .63 a .89 (en intervalos desde 1 año a 2 semanas, respectivamente) en muestras de comunidad y clínicas (Reynolds, 1987; Ugarriza & Ecurra, 2002). La segunda edición de la escala ha obtenido coeficientes entre .85 a .89 con un intervalo de 2 semanas (Reynolds, 2002).

Aunque los cuestionarios más usados en nuestra isla son traducidos y adaptados de escalas en inglés, existe uno validado para medir síntomas de depresión en niños y adolescentes (8 a 19 años) de Puerto Rico. El mismo se utilizó primero con ancianos (Rodríguez, Noguera, & Pérez, 2003). El Cuestionario de Depresión Hispano Rodríguez-Gómez (CDHRG), según utilizado con niños y adolescentes, contó con 15

reactivos y una confiabilidad (alfa de Cronbach) de .72, la que se elevaría a .82 al eliminar 2 ítems fraseados en positivo (Díaz-Díaz, Rodríguez, & Sayers, 2005). Curiosamente los autores dicen que “el cuestionario es uno de utilidad para la población puertorriqueña” (p. 159), pero no proveyeron evidencia sólida de que fuese válido.

Si bien los rangos de consistencia interna de las escalas mencionados son adecuados según el criterio mínimo para la investigación (.70), con la excepción del RADS y el BDI, en la mayoría de los estudios los valores de confiabilidad rara vez alcanzan el .90. Muchas de éstas se usan para cernir la depresión en jóvenes e incluso como ayuda en decisiones diagnósticas. No obstante, según Nunnally (1978, p. 246), “en escenarios aplicados donde tienen que hacerse decisiones con base a puntuaciones específicas de una prueba, una confiabilidad de .90 es el mínimo que debe ser tolerado, y una confiabilidad de .95 debería ser considerada como el estándar deseable”. Respecto a la confiabilidad temporal, con la excepción del RADS, las otras escalas tienden a tener valores algo inestables. Además, tanto en la consistencia interna como en la temporal estos valores son sustancialmente menores para las subescalas en los instrumentos que las reportan. En general la validez concurrente y convergente de estos cuestionarios son adecuadas, si bien de algunos se ha examinado poco su validez discriminante (p. ej., del BDI y del RADS), mientras que otros muestran dificultad en discriminar adecuadamente entre jóvenes depresivos y no depresivos, o entre jóvenes deprimidos y los que presentan otros desórdenes emocionales o conductuales (p. ej., el CDI y el CES-DC) (Myers & Winters, 2002).

Aunque los instrumentos discutidos son breves y de fácil administración, todos tienen limitaciones de cobertura al evaluar la sintomatología depresiva. Si bien incluyen algunos de los síntomas oficiales del DSM,

no los incluyen todos, sino principalmente los de depresión mayor. Tampoco incluyen la mayoría de los síntomas depresivos que se han observado en muestras de diferentes poblaciones, pero que no se han reconocido como oficiales en el DSM. Algunos de éstos se han observado en muchas poblaciones, mientras que otros tienden a ser particulares a algunos grupos culturales (Alarcón et al., 2009; Koh, Chang, Fung, & Kee, 2007; Matthey & Petrovski, 2002). Además, no recogen adecuadamente la sintomatología depresiva propia de los adolescentes, o las expresiones lingüísticas que puedan apelar más a éstos, aun para evaluar síntomas oficiales (Cumba-Avilés & Feliciano-López, 2013). Mientras que algunos privilegian los síntomas cognitivos, la anhedonia, los afectivos o los de ansiedad, ninguno de los más ampliamente utilizados en la isla abarca a plenitud el espectro de la sintomatología depresiva.

Las medidas de autoinforme para evaluar la depresión juvenil que hemos mencionado también tienen otras limitaciones. Por ejemplo, algunas ni siquiera exigen el marco temporal de las últimas 2 semanas (p. ej., el CES-DC, el RADS y el CDHRG). Otras evalúan sintomatología en niños y jóvenes a la vez (p. ej., el CDI, el CES-DC y el CDHRG), convirtiéndose en escalas cuyas puntuaciones se obtienen a partir de ítems que no necesariamente son igualmente aplicables o sensibles para ambas etapas. Finalmente, aunque la definición de la depresión exige que sus indicadores representen un cambio respecto al funcionamiento normal de la persona, los cuestionarios evaluados no incorporan este elemento o lo hacen deficientemente (p. ej., el BDI).

Es común asumir que las traducciones y adaptaciones locales de instrumentos foráneos pueden ser aplicables en una cultura dada si lo fueron en la cultura para la cual se desarrollaron. Así, se afirma implícitamente que el instrumento es bueno y aplicable *intrínsecamente*; lo que hace falta

es encontrar la traducción y adaptación “adecuada” del mismo conjunto de indicadores a nuestro grupo particular (Bravo, Woodbury-Fariña, Canino, & Rubio-Stipec, 1993). Sin embargo, al aceptar esta posición, se asume (a) que dichos indicadores van a aplicar igual a culturas distintas, (b) que esa muestra específica de reactivos es la manera óptima de medir el constructo en toda las culturas, y (c) que no hay indicadores específicos a cada cultura que deban añadirse para medir de forma óptima el constructo tal y como se manifiesta en cada cultura (Alegría & McGuire, 2003; Cumba-Avilés, 2004; Cumba-Avilés & Feliciano-López, 2013). Un error similar ocurre al tratar de homogeneizar de modo forzado los temas, las metáforas y el lenguaje (o jerga) contenido en los reactivos para hacerlos aplicables a varias o a todas las etapas evolutivas humanas simultáneamente, aun cuando se utilice el instrumento con sujetos pertenecientes a una misma cultura (Cumba-Avilés & Feliciano-López, 2013).

Fue tomando en cuenta ese contexto que Cumba-Avilés (2004) diseñó una escala para medir y evaluar el constructo *depresión* en adolescentes de Puerto Rico. A diferencia del CDHRG, este instrumento, llamado *Inventario para la Evaluación del Espectro de la Sintomatología Depresiva (INEESD)*, fue adecuado desde su concepción a las particularidades, los giros lingüísticos, las metáforas y los asuntos emblemáticos de nuestro contexto cultural y la etapa específica de la adolescencia. El propósito de este estudio es evaluar sus propiedades psicométricas en una muestra de adolescentes de 12 a 17 años. Evaluamos su consistencia interna, confiabilidad temporal, validez concurrente, validez convergente y divergente, así como su validez discriminante. Como en su estudio piloto, esperábamos una consistencia interna $\geq .80$ para las puntuaciones totales del INEESD y $\geq .70$ para las subescalas. Pensábamos obtener una confiabilidad temporal $\geq .70$ tanto para el total como para

las subescalas. Además, esperábamos observar una correlación significativa y positiva (moderada alta) entre el INEESD y el CDI. También asumimos que habría diferencias en las puntuaciones de depresión (INEESD) entre los jóvenes clínicamente deprimidos vs. los que no están deprimidos (validez discriminante), según definido por las puntuaciones obtenidas en el CDI. Hipotetizamos una correlación negativa entre la sintomatología depresiva y la autoeficacia personal e interpersonal para la depresión (validez divergente). Por último, anticipamos una correlación positiva entre el INEESD y el número de episodios depresivos reportados por los jóvenes en toda su vida (validez convergente).

MÉTODO

Participantes

Participaron 201 adolescentes (65.67% féminas) de 12 a 17 años (\bar{X} = 14.72; DE = 1.51), residentes en Puerto Rico (91.04% puertorriqueños). Los reclutamos en escuelas públicas (n = 128) y privadas (n = 73), de nivel intermedio (7^{mo} a 9^{no}; n = 83) y superior (10^{mo} a 12^{mo}; n = 118), del área metropolitana de San Juan. El 88.56% (178) venía de municipios del área metro, y 157 (78.11%) vivían en áreas urbanas. Debían leer y escribir en español, y no presentar problemas sensoriales, neurológicos u otros de tipo cognitivo o físico que pudieran impedir su participación y que los maestros pudieran identificar. La muestra constituye el primer 32% de los participantes de un estudio más amplio, realizado en la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras.

En 198 de los hogares había encargadas.¹ El 97.98% (n = 194) eran madres biológicas o de crianza. En un 61.19% (n = 123) de los hogares vivían encargados. El 84.55% (n = 104) eran

padres biológicos o de crianza. Un 93.53% de los/as encargados/as dijo que su familia era de un nivel socioeconómico medio alto (34.82%) o medio bajo (58.71%). El 67.68% de las 198 encargadas, trabajaba a tiempo completo y 10.10% a tiempo parcial. De los 123 encargados, el 70.73% trabajaba a tiempo completo y el 13.01% a tiempo parcial. El 80.81% de las encargadas y el 78.05% de los encargados eran puertorriqueños. El resto pertenecía a otra nacionalidad latina. La escolaridad promedio de las encargadas fue de 15.57 años (DE = 2.65) y la de los encargados fue de 15.13 años (DE = 2.84). La edad promedio para las encargadas fue de 43.31 años (DE = 6.40), mientras que el promedio para los encargados fue de 46.35 años (DE = 7.55).

Instrumentos

Hoja de Datos Demográficos. En esta hoja recopilamos de cada joven su sexo, tipo de escuela, escolaridad, edad, estatus laboral y nacionalidad. De sus encargados/as recogimos las últimas cuatro, su ocupación, municipio, zona de vivienda, el número de residentes en el hogar, así como la relación existente entre las figuras parentales (p. ej., casados, divorciados, separados, etc.). Además solicitamos que indicaran el estatus socioeconómico en que ubicaban a su familia.

Inventario para la Evaluación del Espectro de la Sintomatología Depresiva. El INEESD, desarrollado por Cumba-Avilés (2004), es una medida de autoinforme de la sintomatología depresiva en adolescentes de 12 años en adelante. Utiliza como marcos temporales tanto las últimas 2 semanas (U2S) como los últimos 6 meses (U6M), por lo que recoge dos puntuaciones totales. El primero responde al criterio temporal de la Depresión Mayor (DM). Aunque la versión administrada en el estudio piloto tenía 122 reactivos, la versión utilizada en este estudio tiene 120 ítems, en formato *Likert* con opciones de 0 (*Nunca o casi nunca*), 1 (*A veces*), 2 (*Frecuentemente*) y 3 (*Muy*

¹ El uso de la palabra "encargada" o "encargado" se refiere al adulto mayor de edad (21 años de edad o más) que tiene a su cargo a un menor de edad (p.ej., padre biológico o madre biológica, padre de crianza o madre de crianza, abuelo o abuela, etc.).

frecuentemente)². Para cada opción hay guías definidas por los días en que el/la joven presentara los indicadores evaluados. Al completarse para las U2S, aplican las siguientes guías: 0 = 0 días, 1 = 1 a 6 días, 2 = 7 a 10 días y 3 = 11 a 14 días. Al hacerlo para los U6M, las guías son: 0 = 0 a 6 días, 1 = 7 a 89 días, 2 = 90 a 130 días y 3 = 131 a 180 días. El INEESD posee cuatro dominios temáticos: el Conductual, el Afectivo, el de Pensamientos y el Somático. Además, sus ítems cubren 10 subtemas clínicos que corresponden a dimensiones del espectro de la sintomatología depresiva, a saber: Alteraciones de la Actividad (AACT), Alteraciones Cognitivas (ACOG), Anhedonia (ANHE), Alteraciones del Estado de Ánimo (AEAN), Alteraciones Somáticas (ASOM), Desesperanza/Pesimismo (DEPE), Infravaloración/Autorreproche (IVAR), Inclínación Suicida/Autodestructiva (ISAD), Indefensión/Desamparo (INDE) y Alteraciones Interpersonales (AINT).

Contiene, además, una segunda parte con preguntas para evaluar la presencia de los síntomas de la DM alguna vez en la vida y la vez más reciente, los criterios de exclusión de la DM (p. ej., si los síntomas se deben a un duelo, a un trastorno adaptativo, a una droga o medicamento, a una enfermedad, etc.), la presencia de impedimento, la historia de tratamiento y diagnóstico de la depresión, la frecuencia de los episodios de depresión, la edad de inicio y la edad más reciente en que se presentaron los síntomas, la duración del primer episodio y el más reciente, entre otras cosas pertinentes. Esta versión también contiene preguntas que evalúan la ocurrencia de intentos suicidas (si aplican) alguna vez en la vida, el método utilizado, si necesitó o no servicios médicos, cuántas veces y hace cuánto fue la vez más reciente. Finalmente, esta parte posee una pregunta sobre el grado de autoeficacia personal e

interpersonal para lidiar con la depresión en las U2S y en los U6M. Para detalles adicionales sobre el desarrollo del INEESD y su estudio piloto, refiérase a Cumba-Avilés y Feliciano-López (2013).

Inventario de Depresión en Niños (Children's Depression Inventory; CDI). El CDI, creado por María Kovacs, es una escala de autoinforme de la sintomatología depresiva en menores de 7 a 17 años durante las últimas 2 semanas. Sus 27 ítems ofrecen tres alternativas que reflejan la severidad de cada síntoma en niveles puntuados como 0, 1 y 2. Posee subescalas que miden: estado de ánimo negativo, problemas interpersonales, autoestima negativa, ineficacia y anhedonia. Su puntuación total fluctúa entre 0 a 54: a mayor puntuación, mayor sintomatología. La autora recomienda puntos de corte de 12 o 13 para poblaciones clínicas y de 19 o 20 (con preferencia por 20) en adelante para hacer cernimiento en muestra de la población general (p. ej. escolares o de la comunidad), y así reducir los falsos positivos (Kovacs, 2001). Aunque hay una versión traducida y adaptada para Puerto Rico por Rosselló et al. (1992), en este estudio utilizamos la versión oficial en español del CDI, publicada y distribuida por *Multi-Health Systems, Inc.* Con ella, Duarté-Vélez (2007) obtuvo una consistencia interna de .82 con adolescentes de escuelas públicas y privadas de San Juan.

Formulario de Entrevista de Riesgo Suicida-Adolescentes (FERSA). Éste fue el formulario que utilizamos para la entrevista clínica estructurada realizada para evaluar en detalle el nivel de riesgo o peligrosidad suicida. Adaptamos el FERSA para este estudio a partir del Cuestionario para Evaluar Peligrosidad (CEP) desarrollado por Duarté-Vélez (2007) y de la Evaluación de Riesgo Suicida en los Cuidadores diseñada por Nazario y Cumba-Avilés como parte del Proyecto Tratamiento, Avalúo y Recursos para Adolescentes, realizado en el Instituto de Investigación Psicológica (IPsi) del Recinto de Río Piedras de la Universidad de

² Para información acerca de los cambios realizados en el INEESD a raíz del estudio piloto, el lector puede referirse a Cumba-Avilés y Feliciano-López, 2013.

Puerto Rico. Para ver más detalles sobre el contenido de este instrumento, su aplicación y el protocolo utilizado para evaluar la peligrosidad suicida, véase Cumba-Avilés y Feliciano-López (2013).

Procedimiento

Como en el estudio piloto, después de la aprobación del Comité Institucional para la Protección de los Seres Humanos en la Investigación, previo a la recolección de los datos para esta fase, nos reunimos con los directores, los trabajadores sociales o los orientadores y los maestros de los grupos de las escuelas seleccionadas para explicarles el propósito y el procedimiento del estudio, así como para facilitar su colaboración. Tanto en las reuniones con los trabajadores sociales o los orientadores, así como con los maestros, discutimos más a fondo los criterios de exclusión para facilitar la identificación de los jóvenes que no estaban aptos para participar en el estudio.

También realizamos reuniones con los estudiantes de los grupos seleccionados que potencialmente quisieran participar. Estas reuniones fueron para explicarles el propósito y el procedimiento de este estudio, y entregarle en un sobre la Hoja de Consentimiento/Asentimiento y la Hoja de Datos Demográficos, así como la Hoja Informativa sobre la Depresión y la Hoja de Medidas de Seguridad para los padres. Cada joven llevó el sobre a su casa y lo entregó a su encargado para que completara la información demográfica, decidiera si autorizaba a que su hijo participara, y tuviera a mano la información sobre la depresión y las medidas de seguridad. Los jóvenes también firmaron donde correspondía para asentir a participar del estudio. Pedimos que entregaran los documentos al personal escolar autorizado, de modo que nos los hicieran llegar. Cada reunión ocurrió en el salón de clase de cada grupo en un horario previamente acordado con los maestros y directores. En cada escuela disponible, y en coordinación con el director y los maestros de cada grado, pautamos un día y un horario

específico (durante el salón hogar o su equivalente) para la administración de los cuestionarios. Tras obtener la autorización de los/as encargados/as y el asentimiento de los adolescentes, administramos los cuestionarios (INEESD y CDI) en formato de autoinforme. Sólo el 11% de los jóvenes invitados participó del estudio.

Como en el estudio piloto, quienes presentaron ideación suicida activa en el INEESD o en el CDI fueron evaluados a profundidad para conocer la severidad y peligrosidad de su ideación suicida. Quienes sólo presentaron depresión o se sintieron incómodos al llenar cualquier cuestionario, pudieron hablar con alguien del personal investigativo o solicitaron ayuda a través de los números que fueron repartidos a todos los adolescentes en los sobres.

Ciento setenta y seis de los 201 participantes de la primera administración aceptaron llevarse a su casa una copia de la primera parte del INEESD para completarla y enviarla a vuelta de correo en un sobre franqueado (pre-pagado) y pre-dirigido a la dirección de las oficinas del proyecto. En la Hoja de Consentimiento / Asentimiento proveímos la opción de participar sólo de la primera administración o de ambas. Además de una copia del INEESD, el sobre contenía una Hoja de Instrucciones sobre la fecha en que debían completarlo (en su hogar) y enviarlo por correo. Les entregamos dicho sobre el día de la primera administración. Los jóvenes recibieron una llamada de recordatorio poco antes de la fecha en que le tocaría llenar el cuestionario por segunda vez. Un total de 93 de los 176 (52.84%) jóvenes que se llevaron dicho sobre completó al menos una de las escalas totales del INEESD en esta segunda ocasión, tras un intervalo de dos semanas, para evaluar su confiabilidad temporal. Tras eliminar los casos que estaban en tratamiento, tenían demasiados reactivos vacíos o no fueron completados de forma válida, culminamos con una muestra de 86

para los análisis de las U2S y de 85 para los U6M.

Análisis de Datos

Primero calculamos estadísticas descriptivas tanto al nivel global, de las subescalas y de los reactivos del INEESD. Evaluamos la consistencia interna por el método de alfa de Cronbach. Para este análisis consideramos la muestra total, así como subdivisiones de ésta basadas en algunas de las variables demográficas mencionadas antes (p. ej., sexo, grupos de edad, tipo de escuela, nivel socioeconómico y zona de vivienda). También analizamos la consistencia interna con el subconjunto de reactivos que componen cada uno de los 10 subtemas clínicos.

Para examinar la confiabilidad temporal utilizamos tanto el índice de correlación de Pearson (r) para prueba-reprueba, así como el coeficiente de correlación intraclase (CCI , modelo *Two-Way Random, Consistency*). Hicimos estos análisis para las puntuaciones totales del INEESD (U2S y U6M), así como para los 10 subtemas clínicos mencionados antes. Al excluir del análisis los jóvenes que recibieron algún tipo de ayuda psicológica o psiquiátrica a raíz de lo encontrado en la primera administración de instrumentos, buscamos evitar que el efecto del tratamiento alterara la interpretación de la confiabilidad temporal de la medida.

También examinamos distintos tipos de validez. Evaluamos la validez de criterio concurrente mediante la correlación (producto-momento de Pearson) entre las puntuaciones obtenidas en el CDI y el INEESD. La validez de constructo la examinamos por los patrones de correlaciones con criterios convergentes (números de episodios depresivos; NED) y divergentes (puntuaciones de autoeficacia para la depresión). Para esto también utilizamos el coeficiente producto momento de Pearson. Utilizamos análisis de MANOVA y ANOVA para evaluar la validez

discriminante del INEESD por la comparación en las puntuaciones del mismo de dos grupos: un grupo clínicamente deprimido y uno que no, según determinado a través de las puntuaciones del CDI (13 o más o menos de 13). Ya que en cada MANOVA incluimos 10 subescalas, aplicamos la corrección de Bonferroni por comparaciones múltiples y determinamos que podríamos considerar significativa la prueba multivariada sólo con un valor de $p \leq .005$.

RESULTADOS

Consistencia Interna

Calculamos el promedio y la desviación estándar para todos los reactivos del INEESD para las U2S y los U6M. El rango de los promedios para los reactivos de las U2S fue entre 0.01 (reactivo 94) y 1.15 (reactivo 45). Para los U6M este rango fue entre 0.02 (reactivo 94) y 1.08 (reactivo 28). Como esperábamos, los promedios más bajos los obtuvimos en la subescala de Inclinación Suicida/Autodestructiva en ambos marcos temporales (Para detalles sobre los promedios específicos por reactivo y sus desviaciones estándar, véase Feliciano-López, 2011).

En la Tabla 1 resumimos las estadísticas asociadas a la consistencia interna, incluyendo la correlación corregida entre cada ítem y la puntuación total de la escala (CCRT), la correlación corregida entre el reactivo y la puntuación total de la subescala (CCRS) a la que pertenece, y el valor que asumiría el alfa de cada subescala si ese reactivo fuera eliminado (ASRE), ya sea para el análisis de las U2S o de los U6M. El INEESD-Total U2S mostró una consistencia interna excelente (.98), con valores de CCRT que fluctuaron entre .30 (reactivo 48) y .73 (reactivo 97), excepto el ítem 94 (.27). Para los U6M estos valores fluctuaron mayormente entre .30 (reactivo 4) y .74 (reactivo 86) con idéntico valor de alfa. Sólo tres reactivos obtuvieron una CCRT por

debajo de .30 (el 94 [.23]; el 32 [.26]; y el 31 [.27]). Por otro lado, los coeficientes alfa de las subescalas para las U2S variaron entre .78 (AACT) y .90 (ISAD y AINT). Los

coeficientes de las subescalas para los U6M fluctuaron entre .75 (AACT) y .89 (ISAD y AINT).

TABLA 1.

Estadísticas descriptivas y de consistencia interna de los reactivos del INEESD para las últimas 2 semanas (U2S; $\alpha = .98$) y los últimos 6 meses (U6M; $\alpha = .98$) (N = 201).

Reactivos INEESD	CCRS U2S	CCRT U2S	ASRE U2S	CCRS U6M	CCRT U6M	ASRE U6M
Alteraciones de la Actividad (AACT) U2S ($\alpha = .78$); U6M ($\alpha = .75$)						
2. Oye música que lo entristece	.53	.58	.74	.44	.52	.72
50. Agitación (<i>hyper</i> , acelerado)	.29	.34	.78	.31	.41	.75
52. Retraso psicomotor (en cámara lenta)	.44	.49	.76	.43	.47	.73
57. Descuida apariencia personal (<i>look</i>)	.28	.33	.78	.35	.40	.74
59. Pospone (deja para después)	.63	.63	.72	.57	.64	.70
61. Más trabajo/esfuerzo para ejecutar	.58	.66	.73	.53	.61	.70
67. Acostado o amotetado de día	.50	.49	.75	.48	.46	.72
68. Disminuye calidad del desempeño	.56	.57	.74	.46	.51	.72
Alteraciones Cognitivas (ACOG) U2S ($\alpha = .88$); U6M ($\alpha = .87$)						
5. Ahogarse en vaso de agua	.49	.53	.88	.50	.46	.86
39. Rigidez ante los cambios	.51	.60	.88	.43	.52	.87
45. Indeciso o dudoso	.70	.72	.86	.63	.64	.85
53. Difícil concentrarse o <i>enfocarse</i>	.64	.64	.87	.63	.63	.85
69. Olvida más/registra menos	.64	.61	.87	.58	.55	.86
70. Preocupado (rocheado) por todo	.61	.55	.87	.66	.68	.85
90. Desorientación (perdido, despistado/a)	.67	.64	.86	.64	.58	.85
93. Estar fundido (cansancio mental)	.52	.49	.88	.48	.49	.86
98. Darle vuelta a lo mismo	.65	.62	.87	.65	.66	.85
113. Difícil pensar clara/organizadamente	.69	.65	.87	.66	.64	.85
Anhedonia (ANHE) U2S ($\alpha = .84$); U6M ($\alpha = .82$)						
9. Serio, indiferente, soso	.55	.52	.82	.53	.52	.80
12. Menos capacidad de disfrute/placer	.58	.61	.82	.58	.59	.79
25. Menos interés en actividades	.39	.34	.84	.37	.36	.82
40. Le apesta la vida/todo le da igual	.67	.68	.81	.54	.58	.80
96. Poca reactividad ante eventos buenos	.49	.47	.83	.45	.46	.81
105. Poca interés en conversar/compartir	.52	.53	.83	.48	.57	.80
106. Nada le importa/motiva (aplatanado)	.59	.64	.82	.56	.62	.79
112. Poca reacción ante elogios/premios	.57	.50	.82	.54	.51	.80
119. Insatisfecho consigo o su vida	.64	.65	.82	.62	.63	.78
Alteraciones del Estado de Ánimo (AEAN) U2S ($\alpha = .89$); U6M ($\alpha = .86$)						
4. Sentirse enlutado	.38	.31	.89	.31	.30	.86
13. Triste, vacío o desanimado	.70	.71	.87	.63	.62	.85
14. Llanto fácil o más ganas de llorar	.63	.56	.87	.57	.53	.85
15. Down, apagado o "en baja"	.60	.61	.88	.53	.55	.85
28. Nostalgia por un pasado mejor	.56	.61	.88	.57	.63	.85
29. Irritable, prende de un maniguetazo	.55	.54	.88	.57	.55	.85
79. Pierde paciencia; no aguanta presión	.55	.57	.88	.45	.50	.86
81. Cambia de triste a irritable (moody)	.63	.65	.88	.60	.66	.85
88. Corazón roto o sangra por la herida	.62	.67	.88	.49	.60	.86
95. Sentirse peor por las mañanas	.50	.56	.88	.48	.52	.86
102. Deseos de abandonar algo importante	.57	.62	.88	.58	.58	.85
110. Otros notan su afecto deprimido	.57	.55	.88	.53	.52	.85
118. Echa chispas (crispy o cranky)	.62	.66	.88	.58	.59	.85
Alteraciones Somáticas (ASOM) U2S ($\alpha = .85$); U6M ($\alpha = .84$)						
17. Menos hambre/ánimo de comer	.41	.50	.84	.38	.49	.83
26. <i>Achaques</i> , molestias o dolores	.49	.40	.84	.47	.38	.83

31. Más hambre, <i>munchies</i> o antojos	.36	.32	.85	.33	.27	.84
32. Rebajar notablemente (jaláo)	.32	.31	.85	.22	.26	.84
33. Más tiempo durmiendo	.38	.33	.84	.39	.31	.83
34. Menos tiempo durmiendo	.41	.41	.84	.46	.50	.83
35. Cansancio, <i>desgano</i> , sacar el jugo	.60	.54	.83	.57	.52	.82
48. Engordar notablemente (cebáo)	.28	.30	.85	.36	.36	.84
49. Mono trepado/nervios de punta	.54	.44	.84	.57	.49	.82
62. Insomnio inicial (quedarse dormido)	.47	.53	.84	.51	.53	.83
63. Insomnio intermedio (coger el sueño)	.54	.58	.84	.56	.54	.82
64. Insomnio tardío (despertar antes)	.39	.42	.84	.38	.45	.83
65. Difícil despertar/se pega la sábana	.43	.36	.84	.34	.32	.84
66. Difícil quedarse despierto	.50	.47	.84	.49	.46	.83
73. Abrumado o sobrecargado	.62	.59	.83	.57	.61	.82
74. Sentir extremidades pesadas	.49	.48	.84	.48	.51	.83
87. Sufrir mareos o desequilibrio	.54	.52	.84	.47	.38	.83
Desesperanza/Pesimismo (DEPE) U2S ($\alpha = .89$); U6M ($\alpha = .88$)						
41. Pensamientos negativos/dañinos	.60	.65	.88	.62	.64	.87
42. Pesimista, ve cosas negativamente	.59	.67	.88	.63	.58	.87
54. Desanimado/a sobre el futuro	.63	.64	.88	.54	.56	.88
72. No ve la luz al final del túnel	.76	.69	.86	.67	.63	.86
76. Sentir que su vida es un fracaso	.67	.64	.87	.69	.68	.87
89. Problemas no tienen solución	.69	.70	.87	.73	.68	.86
97. No será tan feliz como otro	.76	.73	.86	.62	.64	.87
99. No tendré tantas oportunidades	.62	.59	.88	.63	.58	.87
Infravaloración/Autorreproche (IVAR) U2S ($\alpha = .89$); U6M ($\alpha = .88$)						
3. Aguajero/a o "puro frente"	.43	.50	.89	.37	.44	.88
24. Sentir lástima o <i>vergüenza</i> de sí	.68	.66	.87	.72	.69	.86
27. Sentirse inferior ("acomplejado")	.58	.53	.88	.60	.55	.87
43. Culpa excesiva o infundada	.51	.61	.88	.54	.61	.87
58. Auto-crítica o decepción	.61	.57	.88	.59	.55	.87
60. Sentirse poco atractivo	.62	.55	.88	.58	.55	.87
75. No es tan buena persona	.62	.52	.88	.46	.47	.88
80. Sentirse menos inteligente o <i>listo</i>	.63	.54	.87	.60	.57	.87
83. Lo malo le pasa por sus defectos	.65	.58	.88	.62	.57	.87
92. Culpa exclusiva o anticipada	.53	.59	.88	.51	.62	.87
100. Sentir que todo lo hace mal	.64	.61	.87	.62	.65	.87
111. Inútil, insuficiente o <i>indigno</i>	.69	.66	.87	.74	.67	.86
Inclinación Suicida/Autodestructiva (ISAD) U2S ($\alpha = .90$); U6M ($\alpha = .89$)						
10. Maldecirse o desearse mal	.48	.44	.90	.47	.51	.89
16. Pensar más en su muerte	.69	.53	.89	.64	.47	.88
23. Otros mejor si muriera	.68	.63	.89	.65	.62	.88
37. Morir sería mejor para sí	.73	.63	.89	.77	.61	.87
46. Sin razón de vivir/no vale la pena	.83	.66	.88	.76	.60	.87
51. Muerte única solución a problemas	.79	.60	.88	.71	.52	.88
56. Derecho autodestructivo sin acto	.73	.64	.89	.70	.54	.88
71. Prefiere música sobre matarse	.62	.50	.89	.47	.47	.89
77. Daño sin intención letal (gesto)	.52	.35	.90	.44	.31	.89
85. Ideación suicida seria	.68	.44	.89	.56	.35	.88
94. Regalos/despedita suicida	.40	.24	.90	.39	.23	.89
103. Idea de escribir carta suicida	.55	.34	.90	.51	.39	.89
109. Plan suicida pensado	.72	.49	.89	.61	.46	.89
114. Daño con intención letal (intento)	.42	.32	.90	.55	.35	.89
Indefensión/Desamparo (INDE) U2S ($\alpha = .87$); U6M ($\alpha = .86$)						
1. Está a punto de caer por un risco	.49	.53	.87	.40	.41	.86
55. Es castigado o lo merece	.51	.54	.86	.45	.50	.86
86. Dolor emocional intenso y sin fin	.65	.70	.85	.69	.74	.84
91. Desamparo, abandono, desvalidez	.68	.71	.85	.70	.72	.83
104. Impotente ante al pasado	.65	.66	.85	.66	.66	.84
108. Bajar la guardia o tirar la toalla	.71	.72	.85	.64	.69	.84

115. Toda ayuda externa es inútil	.57	.57	.86	.57	.58	.85
116. Hundido, atascado, tocar fondo	.70	.69	.85	.68	.66	.84
117. Toda autogestión es inútil	.57	.50	.86	.52	.47	.85
Alteraciones Interpersonales (AINT) U2S ($\alpha = .90$); U6M ($\alpha = .89$)						
6. No cae bien, es aburrido	.46	.35	.90	.50	.41	.89
7. La cogen conmigo/son injustos	.53	.52	.90	.52	.53	.89
8. Desconfianza/sospecha ("perse")	.46	.47	.90	.43	.48	.89
11. Hipersensible a crítica/desatención	.62	.60	.89	.59	.56	.89
18. Sentirse solo aun acompañado	.59	.65	.89	.58	.60	.89
19. Sentir que nadie lo quiere	.60	.59	.89	.58	.58	.89
20. Hipersensible al rechazo, <i>touchy</i>	.64	.56	.89	.59	.59	.89
21. Desafiante o <i>irrespetuoso</i>	.54	.52	.90	.55	.54	.89
22. Dependencia excesiva	.46	.47	.90	.36	.36	.89
30. Difícil hacer/retener amistades	.48	.46	.90	.41	.40	.89
36. Siente incomprensión/desaprobación	.62	.60	.89	.59	.58	.89
38. Encerrarse en sí mismo, "trancado"	.61	.65	.89	.55	.62	.89
44. Desobedece o resiste obedecer	.59	.56	.89	.62	.59	.89
47. Conflictivo o argumentativo	.55	.51	.90	.48	.50	.89
78. Violento o agresivo sin causa	.45	.48	.90	.51	.52	.89
82. Monótono o repetitivo al hablar	.46	.52	.90	.44	.49	.89
84. Pobre defensa de derechos o <i>dignidad</i>	.47	.43	.90	.50	.46	.89
101. Crítica o juzga a otros	.47	.45	.90	.45	.44	.89
107. Encerrarse en el cuarto, "encuevarse"	.50	.57	.90	.48	.54	.89
120. Hipervigilancia, estar "pendiente"	.49	.53	.90	.60	.62	.89

Nota. INEESD = Inventario para la Evaluación del Espectro de la Sintomatología Depresiva; CCRS = Correlación Corregida Reactivo Subescala; CCRT = Correlación Corregida Reactivo Total; ASRE = Alfa (para las subescalas) si el Reactivo es Eliminado.

Los rangos de las CCRS para los reactivos de las subescalas en las U2S fueron, a saber: entre .28 y .63 (AACT); entre .49 y .70 (ACOG); entre .39 y .67 (ANHE); entre .38 y .70 (AEAN); entre .28 y .62 (ASOM); entre .59 y .76 (DEPE); entre .43 y .69 (IVAR); entre .40 y .83 (ISAD); entre .49 y .71 (INDE); y entre .45 y .64 (AINT). Por otro lado, las CCRS para los ítems de las subescalas en los U6M fluctuaron, a saber: de .31 a .57 (AACT); de .43 a .66 (ACOG); de .37 a .62 (ANHE); de .31 a .63 (AEAN); de .22 a .57 (ASOM); de .54 a .74 (DEPE); de .37 a .74 (IVAR); de .39 a .77 (ISAD); de .40 a .70 (INDE) y de .36 a .62 (AINT). Como puede apreciarse (ver columnas ASRE), no hubo ítems que al eliminarse producirían un alza en el alfa de sus subescalas para la muestra total en la evaluación de las U2S y los U6M. Aunque no ilustrado en la tabla, lo mismo ocurrió respecto a la Escala Total (U2S y U6M).

Luego subdividimos la muestra por las variables sociodemográficas sexo (mujer vs. varón), *grupo de edad* (< 15 vs. ≥ 15), *estatus socioeconómico percibido*

(alto/medio alto vs. medio bajo/bajo), *zona de vivienda* (rural vs. urbana) y *tipo de escuela* (pública vs. privada). En general, estos resultados también apoyaron la confiabilidad interna del INEESD (U2S y U6M) y no difirieron sustancialmente de lo encontrado en la muestra total. El alfa de las escalas totales fue de .98 para la mayoría de las subcategorías de las variables sociodemográficas, excepto para la de zona rural (.97). En el caso de las subescalas del INEESD U2S, sólo uno de los 110 coeficientes alfa para las subcategorías demográficas fue menor de .70 (AACT = .68 para escuela privada). El resto fluctuó entre .73 y .93. En el caso de las subescalas del INEESD U6M, sólo tres de 110 coeficientes (los pertenecientes a zona rural, escuela privada y menores de 15 años) fueron menores de .70, perteneciendo todos a la subescala de Alteraciones de la Actividad (.64, .64 y .61, respectivamente). El resto fluctuó entre .70 y .91. Lógicamente, estos coeficientes surgieron de algunas de las submuestras más pequeñas.

Consistencia Temporal

La Escala Total del INEESD U2S y sus subescalas demostraron índices de confiabilidad temporal bastante altos. El coeficiente r para la Escala Total fue de .91, mientras que los coeficientes para las subescalas fluctuaron entre .70 (ISAD) y .84 (IVAR y ACOG). El CCI para la Escala Total fue de .89. Los CCI de las subescalas fluctuaron entre .65 (ISAD) y .83 (ACOG). El coeficiente r para la Escala Total de los U6M fue de .81, mientras que los coeficientes para las subescalas fluctuaron entre .70 (AEAN y ASOM) y .81 (INDE). El CCI para la Escala Total de los U6M también fue de .81, y obtuvimos el mismo rango de valores para las subescalas reflejado para el coeficiente r . Todos los coeficientes fueron significativos con valor de $p \leq .001$.

Validez Concurrente, Convergente y Divergente

Al examinar la validez concurrente, la correlación entre el total del INEESD (U2S y U6M) y el CDI fue moderada alta (.72). Las correlaciones entre las subescalas del INEESD U2S y el CDI fluctuaron entre .58 (AACT, ASOM y DEPE) y .67 (IVAR e INDE). Para los U6M, estas correlaciones (dos colas; $p \leq .001$) fluctuaron entre .56 (AACT) y .70 (INDE).

En cuanto a la validez convergente, las puntuaciones totales del INEESD U2S y U6M correlacionaron .38 y .39, respectivamente, con el número de episodios de depresión (NED) de 5 síntomas o más reportados por los jóvenes en toda su vida. Las correlaciones entre las subescalas de las U2S y el NED fluctuaron entre .29 (ISAD y AINT) y .40 (INDE). Los valores de estas correlaciones para los U6M variaron entre .30 (AACT, DEPE e ISAD) y .39 (INDE) ($p \leq .001$).

Evaluamos la validez divergente del INEESD (U2S y U6M) por sus correlaciones con las puntuaciones reportadas por los adolescentes en las variables de autoeficacia

personal (APD U2S y APD U6M), autoeficacia interpersonal (AID U2S y AID U6M) y autoeficacia total para la depresión. Las primeras corresponden a la confianza del adolescente en manejar la depresión por sí mismo y en pedir ayuda para manejarla, respectivamente. Las mismas se puntúan del 1 al 10 (a mayor el número, mayor autoeficacia) y utilizamos la suma para computar la autoeficacia total (ATD U2S y U6M). El INEESD Total U2S correlacionó -.41 con la puntuación de APD U2S y -.30 con la puntuación de AID U2S ($p \leq .001$). El rango de correlaciones entre las subescalas de las U2S y la APD U2S fluctuó entre -.28 (ISAD) y -.43 (AINT), mientras que con la AID U2S varió entre -.12 (ISAD; no significativa) y -.37 (AINT), todas con $p \leq .001$. La ATD U2S correlacionó -.42 con el INEESD Total U2S. Sus correlaciones con las subescalas fluctuaron en un rango de -.22 (ISAD) a -.48 (AINT) ($p \leq .001$). Por su parte, el INEESD Total U6M correlacionó -.37 con la puntuación de APD U6M y -.36 con la puntuación de AID U6M ($p \leq .001$). Las correlaciones entre las subescalas de los U6M y la APD U6M fluctuaron entre -.21 (ISAD) y -.42 (AINT) mostrando igual significancia, mientras que con la AID U6M variaron entre -.20 (ISAD; $p \leq .01$) y -.38 (AACT; $p \leq .001$). La ATD U6M correlacionó -.44 con el INEESD Total U6M. Sus correlaciones con las subescalas fluctuaron en un rango de -.25 (ISAD) a -.46 (AINT) ($p \leq .001$). Sólo la correlación entre la ISAD y la AID U2S no fue significativa.

Validez Discriminante

El MANOVA con el que comparamos los promedios de los adolescentes clínicamente deprimidos (Grupo 1; G1) y no deprimidos (Grupo 2; G2) en las 10 subescalas produjo un valor significativo en la prueba estadística multivariada (*Pillai's Trace*), tanto para las U2S, $F(10, 190) = 18.58$, $p \leq .001$, como para los U6M, $F(10, 190) = 14.88$, $p \leq .001$. Seleccionamos dicha prueba ya que es la más robusta ante violaciones de los supuestos del análisis (Olson, 1974). A pesar

de que hubo diferencias en las matrices de covarianza de las variables dependientes entre los grupos, ambos hallazgos fueron sumamente robustos, observándose además un tamaño del efecto considerable, $\eta^2 = .49$ (U2S) y de $.44$ (U6M). Como mostramos en la Tabla 2, todos los ANOVAs de las subescalas individuales del INEESD (U2S y U6M) fueron significativos ($p \leq .001$). Dadas las diferencias en las varianzas de los errores reflejadas por la prueba de *Levene*, y el tamaño diferente entre los grupos comparados, los valores de *F* presentados corresponden al *Welch Robust Test of*

Equality of Means. Los índices *Partial Eta-Squared* fluctuaron entre $.24$ y $.39$. En general, los promedios del G1 fueron el doble o más de los promedios obtenidos en el G2 (ver Tabla 2). Incluso para la Escala Total U2S ($G1, \bar{X} = 127.88, DE = 58.21$; $G2, \bar{X} = 42.96, DE = 31.88$) y U6M ($G1, \bar{X} = 121.95, DE = 55.66$; $G2, \bar{X} = 44.46, DE = 33.23$), tal diferencia fue de cerca del triple, con valores *Welch* de $F(1, 199) = 84.62, p \leq .001, \eta^2 = .45$ para las U2S y de $F(1, 199) = 76.00, p \leq .001, \eta^2 = .40$ para los U6M.

TABLA 2.

Comparación de grupos definidos por las puntuaciones en el Children's Depression Inventory.

Variables	Grupo 1	Grupo 2	F	η^2
Alteraciones de la Actividad U2S	9.58 (4.47)	4.13 (3.62)	54.16***	.26
Alteraciones Cognitivas U2S	15.67 (6.78)	6.43 (4.69)	70.70***	.35
Anhedonia U2S	8.84 (5.58)	2.65 (2.81)	49.51***	.34
Alteraciones del Estado de Ánimo U2S	17.02 (8.41)	5.67 (4.94)	71.66***	.39
Alteraciones Somáticas U2S	18.60 (8.21)	8.30 (6.60)	57.62***	.27
Desesperanza/Pesimismo U2S	8.60 (6.48)	2.05 (2.65)	42.06***	.34
Infravaloración/Autorreproche U2S	13.56 (7.75)	3.88 (4.06)	62.36***	.38
Inclinación Suicida/Autodestructiva U2S	7.00 (7.49)	0.81 (1.44)	29.10***	.33
Indefensión/Desamparo U2S	8.16 (5.67)	1.67 (2.51)	53.61***	.38
Alteraciones Interpersonales U2S	20.84 (10.94)	7.37 (6.38)	59.68***	.35
Alteraciones de la Actividad U6M	8.74 (4.32)	3.96 (3.26)	45.72***	.24
Alteraciones Cognitivas U6M	13.77 (6.62)	5.76 (4.28)	56.52***	.32
Anhedonia U6M	8.56 (4.96)	2.94 (3.15)	49.81***	.29
Alteraciones del Estado de Ánimo U6M	16.09 (7.65)	5.97 (4.74)	68.18***	.37
Alteraciones Somáticas U6M	16.72 (8.19)	7.59 (6.22)	46.12***	.24
Desesperanza/Pesimismo U6M	8.42 (6.23)	2.35 (2.90)	38.42***	.30
Infravaloración/Autorreproche U6M	12.81 (6.98)	4.44 (4.61)	55.36***	.31
Inclinación Suicida/Autodestructiva U6M	7.70 (7.49)	1.39 (2.25)	29.78***	.30
Indefensión/Desamparo U6M	8.37 (5.51)	2.00 (2.82)	53.64***	.35
Alteraciones Interpersonales U6M	20.77 (10.46)	8.05 (6.48)	57.57***	.33

Nota: Grupo 1 = Clínicamente deprimidos ($CDI \geq 13, n = 43$); Grupo II = No deprimidos ($CDI < 13, n = 158$); U2S = Evaluación de las últimas 2 semanas; U6M = Evaluación de los últimos 6 meses; F = Welch Robust Test of Equality of Means (prueba para análisis de varianza simple que ajusta por diferencias en el tamaño de los grupos y por diferencias entre grupos en la varianza de los errores); η^2 = Partial Eta Squared (indicador del tamaño del efecto en el análisis de varianza simple, que es semejante al coeficiente de determinación en la regresión).

En términos de las subescalas de las U2S, algunas como AEAN, ANHE, e IVAR evidenciaron diferencias en los promedios en proporción de 3:1. Las proporciones en las diferencias de los promedios para las subescalas de DEPE, INDE, e ISAD fueron de 4:1, 5:1 y 7:1, respectivamente. En el

caso de las subescalas de los U6M, la proporción en la diferencia para las subescalas de DEPE, INDE e ISAD fue de 3:1, 4:1 y 5:1, respectivamente, ubicándose también entre las más sobresalientes respecto a la magnitud de las diferencias en promedios. No obstante, con relación al

tamaño del efecto, para ambos marcos temporales sobresalieron las subescalas de AEAN e INDE. Repetimos los análisis seleccionando una muestra aleatoria del G2 ($n = 43$) que tuviera el mismo tamaño del G1 (modelo balanceado) y obtuvimos prácticamente los mismos resultados, pero con tamaños del efecto incluso un poco mayores. Concluimos, pues, que la capacidad mostrada por el instrumento para distinguir entre los jóvenes clínicamente deprimidos y los no deprimidos no fue un producto estadístico artificial creado por las diferencias en el tamaño de los grupos, sino el efecto real de su validez discriminante.

DISCUSIÓN

El objetivo del estudio fue evaluar las propiedades psicométricas del INEESD en una muestra escolar de adolescentes mucho más amplia que la de su estudio piloto (Cumba-Avilés & Feliciano-López, 2013). Los hallazgos revelaron una excelente consistencia interna (.98) en la Escala Total para las U2S y los U6M, así como para las subescalas, acorde con lo encontrado en dicho estudio, y esto se sostuvo en los distintos subgrupos demográficos. Los coeficientes para las subescalas variaron entre .78 a .90 (U2S) y entre .75 a .89 (U6M) considerando la muestra total, manteniendo valores de .70 o más (e incluso de .76 o más) para la inmensa mayoría de los subgrupos. Ya que los coeficientes alfa para las subescalas se calcularon con grupos de reactivos de entre 8 a 20, su robustez no puede atribuirse a una gran cantidad de ítems, como podría argumentarse con las escalas totales. Esto indica que el INEESD cumple los más altos estándares de confiabilidad (Nunnally, 1978) y se coloca en una categoría aparte ($\geq .95$), junto al RADS, en cuanto a las medidas de autoinforme se refiere. Es notable que ambas escalas fueron creadas *específicamente para adolescentes* (no para niños y adolescentes) y no fueron adaptaciones para la población pediátrica de medidas previamente diseñadas para

adultos, como ocurre con el CDI. También es de resaltar que la escala más utilizada en Puerto Rico para medir depresión juvenil (el CDI) haya reportado un alfa de sólo .86 en su muestra normativa (Kovacs, 2001), y de menos de .90 en nuestro país, pero se use a menudo para tomar decisiones clasificatorias en entrevistas de cernimiento, así como para evaluar la eficacia de diversos tratamientos antidepresivos.

Las correlaciones corregidas de los reactivos con la escala total (CCRT) y las de los reactivos con las subescalas (CCRS) del INEESD demuestran la pertinencia de sus indicadores al evaluar la sintomatología depresiva en adolescentes de Puerto Rico. Sólo un reactivo del INEESD U2S obtuvo un CCRT por debajo de .30 (reactivo 94, "Regalos/despedita suicida" [.24]). Tres reactivos obtuvieron valores de CCRS por debajo de .30. Estos fueron el 50 (Agitación, *hyper*, acelerado) con .29, el 57 (Descuida apariencia personal ["/ook"/]) con .28 y el 48 (Engordar notablemente, "cebáo") con .28. El reactivo 94 pudo presentar baja prevalencia y CCRT (en las U2S) por su fuerte contenido sugestivo de una alta probabilidad de intención suicida. La CCRS del reactivo 50 podría estar atenuada por su manifestación en casos con hiperactividad, desórdenes de ansiedad y síntomas maníacos que pudieran haber estado presentes en la muestra, mientras que la atenuación en el reactivo 57 sugiere la posibilidad de que algunos jóvenes estuviesen presentando cambios (reportados por ellos como descuido) en su apariencia personal debido a que los tales fuesen socialmente requeridos por su grupo de pares (p. ej., seguidores de algún tipo de música o filosofía particular) y no porque estuviesen deprimidos. Por último, creemos que la atenuación de la CCRS para el reactivo 48 se vincula a la dificultad natural de evaluar el aumento de peso en periodos de tiempo tan cortos como dos semanas.

Por otra parte, para los U6M, tres de los reactivos del INEESD reportaron una CCRT por debajo de .30. Estos reactivos fueron: el

94, “Regalos/despedita suicida” (.23); el 32, “Rebajar notablemente (jaláo)” (.26); y el 31, “Más hambre, *munchies* o antojos” (.27). El segundo también, obtuvo un coeficiente bajo (de .22) en la CCRS. Sin embargo, la eliminación de ninguno produciría un aumento en el coeficiente alfa. Interesantemente, el reactivo 32 (sobre disminución del peso) se desempeñó mejor en las U2S que en los U6M, mientras que el 48 (aumento de peso) lo superó para los U6M. Este último también superó al reactivo 31 (aumento de apetito) para dicho periodo. En general, aunque la pérdida de apetito (reactivo 17: “Menos hambre/ánimo de comer”) surge como el mejor indicador de esta faceta (peso/apetito) del espectro depresivo en ambos marcos temporales, los datos parecen apoyar que el aumento de peso es mejor indicador de depresión a largo plazo (o en su manifestación crónica) mientras que la pérdida de peso tiende a serlo sólo en su manifestación aguda. Tal distinción (entre otras posibles) ilustra la importancia de evaluar los síntomas depresivos tanto para las U2S como para los U6M, algo que ninguna otra escala conocida para adolescentes evalúa, ni aun el CDHRG.

En cuanto a la consistencia temporal, también obtuvimos índices altos ($\geq .80$) para ambas puntuaciones totales. El coeficiente de correlación de Pearson (r) obtenido para la Escala Total del INEESD U2S fue de .91 y de .81 para los U6M. Encontramos índices parecidos para la Escala Total del INEESD (U2S y U6M) con el CCI (.89 y .81, respectivamente). En cuanto a las subescalas del INEESD, los valores más bajos para las U2S fueron reportados en la subescala de ISAD, con magnitudes de .70 (Pearson) y .65 (Intraclase). Este resultado va acorde con lo esperado dado el carácter cambiante e impulsivo del comportamiento suicida y (similar al valor encontrado para los U6M) se asemeja al reportado para otras medidas de ese constructo. Para los U6M, los valores más bajos tanto de r como de CCI (.70) fueron compartidos por las subescalas de AEAN y ASOM, pero los

mismos fueron adecuados. En ese sentido, en ambos aspectos de confiabilidad (interna y temporal), el INEESD compara favorablemente con (y frecuentemente supera a) las escalas comúnmente utilizadas para medir depresión en adolescentes. Además, hemos reportado los valores de ambas propiedades psicométricas para todas sus subescalas, lo que no es común ver en estudios realizados con otros instrumentos utilizados con el mismo propósito. De hecho, en el manual del CDI no se reporta la confiabilidad temporal de sus 5 subescalas; sin embargo, el rango de los valores de la consistencia interna de éstas es apenas de entre .59 y .68 (Kovacs, 2001; p. 34). Estos valores del CDI son sustancialmente menores a los encontrados para el INEESD, a pesar de que los primeros estuvieron basados en una muestra de más de 1,200 participantes. Más aún, al analizar la consistencia interna de las subescalas del CDI en nuestra muestra, sus magnitudes resultan incluso menores (rango de .48 a .67).

Este estudio también brinda evidencia contundente de la validez del INEESD. Obtuvimos una correlación significativa y positiva (.72) entre las puntuaciones totales del INEESD (U2S y U6M) y el CDI. Estos datos confirman nuestra cuarta hipótesis y apoyan la validez concurrente de la escala. También, en apoyo a su validez discriminante, hubo diferencias significativas en las puntuaciones del INEESD de los jóvenes clínicamente deprimidos (Grupo 1) vs. los jóvenes que no lo estaban (Grupo 2), según clasificados por la puntuación obtenida en el CDI. Por otro lado, se encontró una correlación negativa y significativa entre la sintomatología depresiva y las variables relacionadas a la autoeficacia para la depresión (personal, interpersonal y total) reportada por los jóvenes en las U2S y los U6M. Estos resultados apoyan la validez divergente del INEESD. Finalmente, las correlaciones positivas y significativas encontradas entre el INEESD y el número de episodios

depresivos reportados por los adolescentes en toda su vida, proveyeron evidencia de la validez convergente del instrumento.

En términos generales, los análisis sugieren que el INEESD puede ser utilizado de forma válida y confiable para evaluar la depresión en adolescentes de Puerto Rico de la población general. No obstante, aunque la muestra obtenida ($N = 201$) es casi ocho veces mayor que la del estudio piloto, aspiramos a replicar los hallazgos con una muestra de no menos de 600 jóvenes (cinco por reactivo). Además, con dicha muestra podremos realizar un análisis factorial para detectar la estructura subyacente de relaciones entre las variables medidas en el cuestionario y obtener información adicional sobre los posibles reactivos de la escala de los cuales se podría prescindir sin alterar su psicometría. El hecho de que las correlaciones promedio entre los reactivos (*Mean Inter-Item Correlations*) del INEESD U2S y U6M, tanto para la Escala Total como para las subescalas, estuvieran dentro o por encima de los estándares esperados (que son entre .20 y .40), sugiere que (de mantenerse ese patrón) su consistencia interna continuaría siendo adecuada aun cuando se le eliminaran múltiples reactivos (Carmines & Zeller, 1979). En estudios futuros debe considerarse la evaluación de las propiedades psicométricas del INEESD en una muestra clínica, específicamente de jóvenes referidos por sintomatología depresiva. Una vez obtenida una versión final (y más breve) del instrumento, sería recomendable administrarlo a una muestra más representativa de adolescentes de toda la isla y obtener normas. También recomendamos utilizar dicha versión en estudios de tratamiento para examinar cuán sensible es el cuestionario para medir cambios en la sintomatología depresiva a través del tiempo. Creemos que su rango de cobertura ofrecerá oportunidades para detectar cambios en áreas que no pueden ser detectadas por otras medidas de depresión porque no las miden o porque las

miden utilizando pocos reactivos (Cumba-Avilés & Feliciano-López, 2013).

Según sabemos, este estudio es el segundo realizado en Puerto Rico para desarrollar y evaluar un instrumento que mida sintomatología depresiva. No obstante, éste es el primero en hacerlo específicamente para adolescentes, siendo precedido por un estudio piloto, considerando nuestra idiosincrasia, e incorporando metáforas y expresiones lingüísticas de nuestra cultura, así como jerga típica de la etapa evolutiva en el texto de los ítems. Entendemos que esta estrategia hace del INEESD una medida verdaderamente autóctona, culturalmente sintónica y sensible en términos evolutivos cuando se compara con el CDHRG y las escalas foráneas (traducidas y adaptadas) que comúnmente se utilizan en la isla para medir la depresión en esta población. Junto con el estudio piloto que le sirvió de preámbulo (Cumba-Avilés & Feliciano-López, 2013), este estudio demuestra que es posible crear una escala abarcadora para medir el espectro de la sintomatología depresiva tal y como se manifiesta en adolescentes de Puerto Rico, y lograr que la misma sea válida, confiable y con mayor aplicabilidad y sensibilidad cultural que las medidas disponibles. Dado que el INEESD a su vez recoge en su segunda parte información que ayuda a determinar los criterios de inclusión y exclusión de la depresión, así como la percepción de la autoeficacia para lidiar con ella, el mismo es, a nuestro entender, la herramienta más completa disponible para la evaluación de la depresión juvenil en nuestro contexto.

El uso para cernimiento de medidas con menor adecuación o aplicabilidad a nuestra cultura no sólo levanta cuestionamientos éticos y metodológicos, sino que podría privar a algunos jóvenes del tratamiento que necesitan o resultar en la admisión o la exclusión errónea de participantes en estudios sobre la depresión, afectando sus resultados y, por ende, la validez del

conocimiento obtenido de ellos. Además, evaluar la eficacia de un tratamiento con medidas que dejan mucho que desear en términos de su aplicabilidad cultural, o que no permiten realizar un seguimiento específico y confiable del progreso en las distintas áreas del espectro depresivo, atenta contra la posibilidad de optimizar dicho tratamiento, de evaluarlo en su justa perspectiva contra otros tratamientos disponibles, o de descartar los tratamientos disponibles para diseñar otros que respondan mejor a las necesidades y la idiosincrasia de la población juvenil de nuestro país. Este estudio representa, pues, una aportación valiosa al campo general de la psicología clínica, y de la medición psicológica en particular, así como de la investigación psicológica en Puerto Rico, sobre todo respecto a los trastornos depresivos juveniles. Esperamos que el mismo sirva para motivar la ejecución de estudios similares con poblaciones pediátricas de nuestra isla.

REFERENCIAS

- Adewuya, A. O., Ola, B. A., & Aloba, O. O. (2007). Prevalence of major depressive disorders and a validation of the beck depression inventory among nigerian adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 16(5), 287-292. doi: 10.1007/s00787-006-0557-0
- Aguilar, G., & Berganza, C. E. (1993). Confiabilidad test-retest de la Escala de Depresión para Niños y Adolescentes del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-DC-M), en el diagnósticos de la depresión en adolescentes guatemaltecos. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 11, 59-63.
- Alarcón, R. D., Becker, A. E., Lewis-Fernández, R., Like, R. C., Desai, P., Foulks, E., . . . Primm, A. (2009). Issues for DSM-IV: The role of culture in psychiatric diagnosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(8), 559-560. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181b0cbff
- Alegría, M., & McGuire, T. (2003). Rethinking a universal framework in the psychiatric symptoms-disorder relationship. *Journal of Health and Social Behavior*, 44, 257-274.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Barkmann, C., Erhart, M., & Schulte-Markwort, M. (2008). The German version of the Centre for Epidemiological Studies Depression Scale for Children: Psychometric evaluation in a population-based survey of 7 to 17 years old children and adolescents-results of the BELLA study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17(1), 116-124. doi: 10.1007/s00787-008-1013-0
- Basker, M. J., Moses, P. D., Russell, S., & Russell, P. S. (2007). The psychometric properties of Beck Depression Inventory for adolescent depression in a primary-care pediatric setting in India. *Child and Adolescent Psychiatry*, 46(1), 1-10. doi: 10.1007/s00787-006-0557-0

- Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 1(1), 1-7. doi: 10.1186/11753-2000-1-8
- Bernal, G., Rosselló, J., & Martínez, A. (1997). El inventario de depresión para niños y niñas: Propiedades psicométricas en dos muestras puertorriqueñas. *Revista de Psicología Contemporánea*, 4(1), 12-23.
- Bravo, M., Woodbury-Fariña, M., Canino, G., & Rubio-Stipec, M. (1993). The Spanish translation and cultural adaptation of the Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) in Puerto Rico. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 17(3), 329-344. doi: 10.1007/BF01380008
- Campbell, T. L., Byrne, B. M., & Baron, P. (1992). Gender differences in the expression of depressive symptoms in early adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 12(3), 326-338. doi: 10.1177/0272431692012003007
- Carmines, E. G., & Zeller, R. A. (1979). *Reliability and Validity Assessment*. Thousand Oak, CA: Sage Publications.
- Cumba-Avilés, E. (2004). *Inventario para la Evaluación del Espectro de la Sintomatología Depresiva (INEESD)*. Manuscrito sin publicar. Universidad de Puerto Rico, Río Piedras.
- Cumba-Avilés, E., & Feliciano-López, V. (2013). Estudio piloto de validación del Inventario para la Evaluación del Espectro de la Sintomatología Depresiva (INEESD). *Ciencias de la Conducta*, 28(1), 1-19.
- Dalley, M. B., Bolocofsky, D. N., Alcorn, M. B., & Baker, C. (1992). Depressive symptomatology, attributional style, dysfunctional attitude, and social competency in adolescents with and without learning disabilities. *School Psychology Review*, 21(3), 444-458.
- del-Barrio, V., Colondrón, M. F., de-Pablo, C., & Roa, M. L. (1996). Primera adaptación de las escalas de depresión de Reynolds RCDS y RADS a población española. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 2, 75-100.
- Díaz-Díaz, V., Rodríguez, J. R., & Sayers, S. K. (2005). Estudio Preliminar de las Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Depresión Hispano Rodríguez-Gómez (CDHRG) *Ciencias de la Conducta*, 20(1), 143-162.
- Duarté-Vélez, Y. (2007). *Modelo socio-cognitivo de vulnerabilidad a la ideación suicida en una muestra de adolescentes puertorriqueños/as* (Disertación doctoral no publicada), Universidad de Puerto Rico, Río Piedras.
- Faulstich, M. E., Carey, M. P., Ruggiero, L., Enyart, P., & Gresham, F. (1986). Assessment of depression in childhood and adolescence: An evaluation of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC). *The American Journal of Psychiatry*, 143(8), 1024-1027.
- Feliciano-López, V. (2011). *Evaluación de las propiedades psicométricas del Inventario para la Evaluación del Espectro de la Sintomatología Depresiva (INEESD) en una muestra de adolescentes puertorriqueños de 12 a 17 años*. (Disertación doctoral no publicada), Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras.
- Figuera-Masip, A., Amador-Campos, J. A., & Però-Cebollero, M. (2008). Características psicométricas de la Reynolds Adolescent Depression Scale en población comunitaria y clínica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 247-266.
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (2009). *Depresión*. Recuperado de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/depression.html>
- Koh, J., Chang, W., Fung, D., & Kee, C. (2007). Conceptualization and manifestation of depression in an asian context: Formal construction and validation of a children's depression scale in Singapore. *Cultural, Medicine and Psychiatry*, 31(2), 225-249. doi: 10.1007/S11013-007-9048-0
- Kovacs, M. (2001). *Children's Depression Inventory Manual (CDI): Technical*

- Manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems, Inc.
- Larsson, B., & Melin, L. (1990). Depressive symptoms in Swedish adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 91-103. doi: 10.1007/BF00919458
- Matthey, S., & Petrovski, P. (2002). The Children's Depression Inventory: Error in cutoff scores for screening purposes. *Psychological Assessment*, 14(2), 146-149. doi: 10.1037/1040-3590.14.2.146
- Myers, K., & Winters, N. C. (2002). Ten-year review of rating scales. II: Scales for internalizing disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(6), 634-659. doi: 10.1097/00004583-200206000-00004
- Nunnally, J. O. (1978). *Psychometric Theory* (2nd ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- Olson, C. L. (1974). Comparative robustness of six tests in multivariate analysis of variance. *Journal of the American Statistical Association*, 69(348), 894-908.
- Reynolds, W. M. (1987). *Reynolds Adolescent Depression Scale. Professional Manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Reynolds, W. M. (2002). *Reynolds Adolescent Depression Scale - 2nd Edition. Professional Manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Rivera-Medina, C. (2000). [Propiedades psicométricas del *Reynolds Adolescents Depression Scale* en adolescentes de Puerto Rico]. Datos en bruto.
- Rivera-Medina, C., Bernal, G., & Rosselló, J. (2005). The Children Depression Inventory (CDI) and the Beck Depression Inventory (BDI): Their validity as screening measures for major depression in a group of Puerto Rican adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 485-498.
- Roberts, R. E., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1991). Screening for adolescent depression: A comparison of depression scales. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(1), 58-66. doi: 10.1097/00004583-199101000-00009
- Rodríguez, J. R., Nogueras, J., & Pérez, E. (2003). Cernimiento de depresión en las personas de edad avanzada en Puerto Rico: Primer estudio piloto con el Cuestionario de Depresión Hispano Rodríguez-Gómez. *Hospitales*, 16(54), 17-21.
- Rosselló, J., Guisasola, E., Ralat, S., Martínez, S., & Nieves, A. (1992). La evaluación de la depresión en un grupo de jóvenes puertorriqueños. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 8(1), 155-162.
- Saylor, C. F., Finch, A. J., Spirito, A., & Bennett, B. (1984). The Children's Depression Inventory: A systematic evaluation of psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(6), 955-967. doi: 10.1037/0022-006X.52.6.955
- Ugarriza, N., & Ecurra, M. (2002). Adaptación psicométrica de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds en estudiantes de secundaria de Lima metropolitana. *Persona*, 5, 83-130.