



Asociación de Psicología de Puerto Rico

PO Box 363435 San Juan, Puerto Rico 00936-3435

Tel. 787.751.7100 Fax 787.758.6467

www.asppr.net E-mail: info@asppr.net

Revista Puertorriqueña de Psicología
Volumen 12, 1999

Traducción y adaptación de la Escala de Depresión Reynolds para Niños en una muestra puertorriqueña

Carmen R. Lauzurique, Ph.D,
y Alfonso Martínez Taboas, Ph.D.
Universidad Carlos Albizu

Abstract

In this study was performed a translation of the Reynolds Child Depression Scale -RCDS- (Reynolds, 1989), to count with a valid and reliable self-report instrument on the signs and symptoms of depression in children from 8-12 years. The study evaluated the internal and the concurrent validity with the Child Depression Inventory -CDI (Kovacs, 1983), in a clinical and community sample in Puerto Rico. The clinical sample consisted of 43 participants of whom 60% were male between 8 and 13 years of age, from mainly public schools, receiving psychological or psychiatric treatment, in a San Juan mental health center. The community sample (children who never received psychological or psychiatric treatment), consisted of 90 participants of whom 63% were females between 8 and 13 years of age, from a private school. The correlation coefficient between the RCDS and CDI was .70. The Alfa Coefficient for the RCDS was .87. The analysis suggested that although both instruments discriminate statistically between the clinical and community sample, the RCDS does not show clinical sensitivity to detect depressive symptoms. The results support the use of the CDI because it appears to offer consistent and valid information on the constructs it aims to measure. It is important for future research to evaluate the psychometric and clinical properties of the translation of the RCDS, and determine if it is convenient to reevaluate the cutoff points for Puerto Rican children.

Introducción

La depresión en la niñez representa un problema de suficiente magnitud y prevalencia para requerir una involucración activa de los profesionales que trabajamos con la salud mental. La depresión afecta múltiples áreas de funcionamiento incluyendo la conductual, emocional, cognitiva y somática. Más aún, los trastornos depresivos tienen el potencial de tener consecuencias adversas contra la propia vida si no son identificados y tratados a tiempo (American Psychiatric Association, 1994).

Lewinsohn, Rohde, Seeley y Eischer (1993) indican que, según lo observado en cohortes recientes, se está evidenciando un aumento en la tasa de niños y adolescentes que comienzan a sufrir de depresión a una edad cada vez más temprana. Kovacs, Akiskal, Gatsonis y Parrone (1994), encontraron que en muestras clínicas de niños, la edad promedio donde se inicia el trastorno depresivo o el distímico es aproximadamente a los 11 años.

A su vez, sabemos que mientras más temprano se exhibe el primer episodio depresivo, peor parece resultar el curso del trastorno y la prognosis para el paciente (McCauley, Myers, Mitchell, Calderón, Schloredt y Treder, 1993). Hammen y Rudolph (1996), quienes examinaron estudios epidemiológicos recientes en el área de identificación de trastornos psiquiátricos y psicológicos en la niñez, encontraron una tasa de prevalencia para la depresión mayor de 6% a 8%. Específicamente, en nuestro contexto puertorriqueño, según el estudio epidemiológico de Bird, Canino, Rubio-Stipec, Gould, Ribera, Sesman, Woodbury, Huertas-Goldman, Pagán, Sánchez-Lacay y Moscoso (1988), se reporta una prevalencia de 5.9% para los trastornos de depresión y distimia en niños y adolescentes de 4 a 16 años de edad, siendo estos trastornos

clínicos los terceros de mayor frecuencia, después de los trastornos oposicionales y los de déficit de atención con hiperactividad.

Polaino-Lorente (1988) indica que hay que tomar en consideración que las tasas reportadas en investigaciones epidemiológicas sobre la depresión en la niñez pueden ser inferiores a las que corresponden en la realidad, debido a tres factores: 1) el propio concepto de la depresión en la niñez se prestó durante mucho tiempo a la confusión y controversia, 2) la prevalencia de la depresión en la niñez como categoría independiente ha sido muy poco estudiada, y 3) debido a un sistema de detección incorrecto. Rosselló y Bernal (1996) indican que a nivel nacional no existe referencia sobre la incidencia de la depresión en niños y adolescentes donde se comparen diferentes grupos étnicos y clases sociales. Señalan, además, que existe diversidad en los porcentajes de prevalencia reportados en diferentes investigaciones debido principalmente a los siguientes factores: 1) las diferentes definiciones de depresión en la niñez, 2) las diferentes formas de medir este constructo (autoinformes, entrevistas, entre otros), y 3) la diversidad de las poblaciones estudiadas en diferentes investigaciones (clínica, comunitaria, rangos de edad, sexo, grupos de educación especial, entre otros).

Tomando como referencia los resultados de Bird y colaboradores (1988), se podría considerar que alrededor de 150,000 niños puertorriqueños se encuentran necesitados de servicios profesionales de salud mental. Esto contrasta con la cantidad de niños que recibían servicios de salud mental en ese momento. Bird y colaboradores (1988), indican que en Puerto Rico existe un grave problema de salud pública para la población de niños y adolescentes. Más aún, los que provienen de familias que pertenecen a la clase social desventajada, la disponibilidad y el acceso a los servicios resulta más limitado.

Rosselló y Bernal (1996) indican que cuando se considera este hallazgo, con el hecho de que existe una comorbilidad alta de los trastornos depresivos con los trastornos de déficit de atención con hiperactividad y con los oposicionales, se acentúa importancia del estudio de la depresión en nuestra población desarrollar programas efectivos de prevención y tratamiento en esta condición.

Bernal, Bonilla y Santiago (1995), señalan que el paso para desarrollar programas de prevención y tratamiento que respondan a la problemática de los trastornos del estado de ánimo, es contar con instrumentos de evaluación, cernimiento, identificación y evaluación de la depresión que sean válidos, confiables, fáciles de administrar y que sean sensibles para detectar cambios que surjan después de una intervención psicológica o social.

Actualmente, en Puerto Rico, necesitamos instrumentos debidamente normalizados para la población de niños y adolescentes que nos ayuden a evaluar sintomatología asociada a la depresión, y así no depender sólo de las observaciones o reportes de los padres y maestros (Rosselló, Guisasola, Ralat, Martínez y Nieves, 1992; Menéndez y Rivera, 1992). Necesitamos medidas de autoinforme lo suficientemente válidas y confiables para evaluar la severidad de los síntomas depresivos en los niños puertorriqueños, y que las mismas puedan ser de fácil administración, con el propósito de ser útiles tanto en situaciones clínicas, como escolares y para fines de investigación.

El propósito del presente estudio es realizar una traducción y adaptación de la Escala de Depresión Reynolds para Niños (EDRN), (Reynolds, 1989) y conocer el índice de confiabilidad interna y su validez concurrente con el Inventario de Depresión para Niños (IDN), (Kovacs, 1983), en una muestra de comunidad y otra clínica.

La EDRN es una medida de autoinforme sencilla y de fácil administración, para evaluar sintomatología depresiva en niños de 8 a 12 años de edad, que se encuentran en los grados elementales (tercero a sexto grado, principalmente). La EDRN fue diseñada con el propósito de: 1) medir niveles de sintomatología depresiva para intervención clínica individual, 2) como medida de cernimiento para identificar niños deprimidos en poblaciones escolares, 3) como herramienta de investigación, y 4) como instrumento para evaluar resultados de tratamiento (Reynolds, 1989). La información obtenida a través de la muestra de estandarización de la EDRN evidencia que la prueba obtuvo un coeficiente de confiabilidad alfa de .90 (Reynolds, 1989). Se reporta una validez concurrente donde se ha demostrado que la EDRN posee una correlación significativamente alta ($r=.72$) con el Inventario de Depresión para Niños (IDN) de Kovacs (Reynolds, 1989).

Kovacs (1985) informó un coeficiente de confiabilidad interna de .86 para el IDN y estableció que éste tenía una validez adecuada al compararlo con otros instrumentos. El IDN es un instrumento en formato de autoinforme que contiene 27 reactivos. Su consistencia interna es relativamente alta a base de estudios realizados en muestras norteamericanas (Kovacs, 1992). Por su parte, Rosselló, Guisasola, Ralat, Martínez y Nieves (1992), realizaron una traducción y adaptación del IDN en una muestra puertorriqueña. Se informaron índices de alta confiabilidad interna y temporal para este instrumento. Se encontró una consistencia interna alta (.95) y se documentó su validez concurrente con la Escala de Depresión para Niños del Centro para Estudios Epidemiológicos (CESD-C). La asociación entre el IDN y la CESD-C fue significativa en la dirección esperada.

En el presente estudio se interesa conocer la consistencia interna de la versión traducida y adaptada de la Escala de

Depresión Reynolds para Niños, y llevar a cabo un análisis de la validez concurrente con el Inventario de Depresión para Niños (Kovacs, 1983). Se espera así contar con otro instrumento en formato de autoinforme que nos permita la identificación efectiva de sintomatología depresiva en nuestros niños puertorriqueños de 8 a 12 años.

La hipótesis formulada en esta investigación es la siguiente: existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas en las escalas administradas, entre la muestra clínica (niños que reciben servicios psiquiátricos y/o de psicoterapia), y la de comunidad (niños que no reciben, ni han recibido anteriormente servicios psiquiátricos y/o de psicoterapia). Se espera que ambos instrumentos, el IDN y la EDRN, discriminen adecuadamente entre niños con síntomas depresivos significativos (muestra clínica) y niños no deprimidos (muestra de comunidad). Es decir, se espera que los niveles de depresión en los niños que reciben servicios psiquiátricos y/o de psicoterapia, serán significativamente mayores que los de los niños de comunidad, que nunca han recibido servicios psiquiátricos y/o de psicoterapia.

Como variables independientes serán incluidos 1) un grupo de niños y niñas, entre las edades de 8 a 13 años, que estén recibiendo servicios psiquiátricos o de psicoterapia actualmente, debido a una impresión diagnóstica de depresión mayor u otros trastornos de la niñez o adolescencia, comórbidos con la depresión y que están experimentando síntomas depresivos, 2) un segundo grupo de niños y niñas entre las edades de 8 a 13 años, estudiantes de escuela privada, y que actualmente no reciben ni han recibido anteriormente servicios psiquiátricos y/o de psicoterapia.

La variable dependiente en la investigación será la depresión. Se operacionalizará con los puntajes obtenidos por los participantes de la muestra clínica y de la comunidad en ambos

instrumentos de autoinforme, que se dirigen a medir sintomatología depresiva leve a severa en niños.

Método

Participantes

La muestra que se consideró para el análisis final de esta investigación fueron 2 grupos (N= 133) de niños(as), entre las edades de 8 a 13 años provenientes del área metropolitana y seleccionados por disponibilidad. Se configuró una muestra clínica de 43 niños (17 hembras y 26 varones), entre las edades de 8 a 13 años, que actualmente están recibiendo servicios psiquiátricos y/o psicológicos en la Clínica de Salud Mental de la Capital. Se consideraron como participantes aquellos niños y niñas cuyos expedientes revelaban una impresión diagnóstica de depresión, o trastornos que tuvieran mayor comorbilidad con la depresión. Se consideraron, por ejemplo, aquellos que reflejaban una impresión diagnóstica de trastornos de ansiedad, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno negativista desafiante y trastorno disocial, que a su vez estuvieran experimentando síntomas depresivos, según la impresión diagnóstica ofrecida por el clínico a cargo del caso. Se configuró una muestra de comunidad con base a 90 niños (57 hembras y 33 varones), entre las edades de 8 a 13 años, seleccionados por disponibilidad, de los siguientes años de estudio: cuarto, quinto y sexto grado, de un colegio privado. Los criterios de inclusión para participar en el estudio fueron los siguientes: 1) ser un niño o niña entre las edades de 8 a 13 años, 2) que el padre, madre o encargado completara el consentimiento informado, 3) que el padre, madre o encargado completara la hoja de información demográfica, 4) que el niño o niña completara el Inventario de Depresión para Niños (IDN), versión traducida y adaptada por Rosselló y

colaboradores (1992), y 5) que el niño o niña completara la versión debidamente traducida al español de la Escala de Depresión Reynolds para Niños (EDRN) de Reynolds (1989).

La muestra clínica se configuró con base a 43 participantes. Estuvo compuesta de 17 (40%) hembras y 26 (60%) varones. En términos de las edades, hubo 7 participantes (16%) de 8 años; 9 (21%) de 9 años; 10 (24%) de 10 años; 7 (16%) de 11 años; 9 (21%) de 12 años y 1 (2%) de 13 años. El porcentaje de estudiantes por grado fue el siguiente: de primer grado participaron 4 (9%); de segundo grado participaron 2 (4%); de tercer grado 5 (12%), de cuarto grado 11 (26%), de quinto grado 7 (17%), de sexto grado 12 (28%) y de octavo grado 2 (4%). Treinta y seis (84%) de los participantes estudiaban en escuelas públicas, mientras que siete (16%) estudiaban en escuelas privadas. En cuanto a la zona residencial, el 100% de los participantes vivían en la zona urbana. En términos de la constitución familiar, 16 (16%) de los padres estaban casados, 15 (35%) estaban divorciados, 2 (5%) estaban viudos y 19 (44%) estaban solteros. La información sobre ocupación de los padres se clasificó de la siguiente manera: trabajo en el sector privado, público, negocio propio y desempleado. De estas familias, 11 (25%) trabajaban en el sector privado, 6 (14%) en el sector público, 2 (5%) tenían negocio propio y 24 (56%) se encontraban desempleados. En la Tabla 1, se presentan las frecuencias y porcentajes de las variables de género, edad, grado escolar, tipo de escuela, zona residencial, estado civil y ocupación de los padres para la muestra clínica.

Tabla 1

Frecuencias y porcentajes de las variables de género, edad, grado escolar, tipo de escuela, zona residencial, estado civil y ocupación de los padres para la muestra clínica

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Género		
Femenino	17	40
Masculino	26	60
Edad		
8	7	16
9	9	21
10	10	24
11	7	16
12	9	21
13	1	2
Grado Escolar		
Primero	4	9
Segundo	2	4
Tercero	5	12
Cuarto	11	26
Quinto	7	17
sexto	12	28
Octavo	2	4
Escuela		
Pública	36	84
Privada	7	16
Zona Residencial		
Urbana	43	100
Estado Civil Padres		
Casados	7	16
Divorciados	15	35
Viudos	2	5
Solteros	19	44
Ocupación Padres		
Privado	11	25
Público	6	14
Negocio Propio	2	5
Desempleado	24	56

La muestra de comunidad se configuró con base a 90 participantes. Estuvo compuesta de 57 (63%) hembras y 33 (37%) varones. En términos de las edades, hubo 5 (5%) participantes de 8 años 33 (37%) de 9 años ; 25 (28%) de 10 años ; 23 (26%) de 11 años 3 (3%) de 12 años y 1 (1%) de 13 años. El porcentaje de estudiantes por grado fue el siguiente: de cuarto grado participaron 35 (39%); de quinto grado participaron 26 (29%) y de sexto grado 29 (32%). Un 100% de los participantes estudiaban en escuela privada. En cuanto a la zona residencial, el 100% de los participantes vivían en la zona urbana. En términos de la constitución familiar, 57 (63%) de los padres estaban casados, 24 (27%) estaban divorciados, 4 (4%) estaban viudos, y 5 (6%) estaban solteros. Respecto a la ocupación de los padres, de estas familias, 48 (53%) trabajaban en el sector privado, 28 (31%) en el sector público, 9 (10%) tenían negocio propio y 5 (6%) se encontraban desempleados. En la Tabla 2, se presentan las frecuencias y porcentajes de las variables de género, edad, grado escolar, tipo de escuela, zona residencial estado civil y ocupación de los padres para la muestra de comunidad.

Tabla 2

Frecuencias y porcentajes de las variables de género, edad, grado escolar, tipo de escuela, zona residencial, estado civil y ocupación de los padres para la muestra de comunidad

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Género		
Femenino	57	63
Masculino	33	37
Edad		
8	5	5
9	33	37
10	25	28

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Edad (cont.)		
11	23	26
12	3	3
13	1	
Grado Escolar		
Cuarto	35	39
Quinto	26	29
Sexto	29	32
Escuela		
Privada	90	100
Zona Residencial		
Urbana	90	100
Estado Civil Padres		
Casados	57	63
Divorciados	24	27
Viudos	4	4
Solteros	5	6
Ocupación Padres		
Privado	48	53
Público	28	31
Negocio Propio	9	10
Desempleado	5	6

En la Tabla 3 se presenta la edad promedio de los participantes en el grupo clínico (10 años, DE= 1.45), mientras el promedio de grado escolar fue el cuarto grado (DE=1.75). Para el grupo de comunidad la edad promedio fue de 9 años (DE=1.04), mientras el promedio de grado escolar fue el quinto grado (DE=. 85). Esto sugiere que no existe una variabilidad considerable en términos de las variables continuas de edad y grado escolar para los participantes de la muestra total.

Tabla 3

Promedio y desviación estándar en la EDRN y en el IDN para las variables de grado escolar y edad en el grupo clínico y el de comunidad

Escala	Variable	Promedio	Desviación Estándar	N
EDRN	Grado	4.42	1.75	43
EDRN	Edad	10.12	1.45	43
IDN	Grado	4.93	.85	90
IDN	Edad	9.88	1.04	90

Instrumentos

Se utilizó una planilla que provee datos demográficos. La misma fue cumplimentada por el padre, madre o encargado del niño o niña participante. Se identificó al participante con un código numérico para garantizar la confidencialidad. Se recopilé información demográfica sobre su edad, género, escolaridad, área de residencia, estado civil de los padres, ocupación de los padres y sobre si el niño o niña ha recibido o está recibiendo actualmente servicios psicológicos y/o psiquiátricos.

Para evaluar la sintomatología depresiva, se utilizó el Inventario de Depresión para Niños (IDN), desarrollado por Kovacs (1983), y traducido y adaptado por Rosselló y colaboradores (1992). Este es un instrumento en formato de autoinforme que ausculta las señales y síntomas de depresión en niños(as) y adolescentes. Se responde a cada pregunta o reactivo de acuerdo a lo que mejor describa el estado de ánimo durante las últimas dos semanas.

El IDN contiene 27 reactivos, los cuales incluyen preguntas específicas para cada síntoma. Por ejemplo, hay preguntas en torno al estado de ánimo, capacidad para diver-

tirse, autoevaluaciones y conducta interpersonal, entre otros. El IDN se codifica en una escala de 0, 16 2, que va en dirección de la gravedad o intensidad del síntoma y la puntuación total fluctúa entre 0 y 54. Se incluyen 13 reactivos que se corrigen de forma inversa, con el propósito de que los participantes presten mayor atención a cada reactivo individual al completarla. El punto de corte para indicar un nivel de sintomatología depresiva significativa es 12. Se clasifica como ausencia de síntomas depresivos una puntuación de 0 a 11, depresión leve a moderada de 12-18, y depresión severa una puntuación de 19 6 más.

Kovacs (1985) informó un coeficiente de confiabilidad interna de .86 para el IDN y estableció que éste tenía una validez adecuada al compararlo con otros instrumentos. Rosselló y colaboradores (1992), realizaron una traducción y adaptación del IDN en una muestra puertorriqueña. Se encontró una consistencia interna alta (.95) y se documentó su validez concurrente con la Escala de Depresión para Niños (as) del Centro para Estudios Epidemiológicos (CESD-C). La asociación entre el CDI y la CESD-C fue significativa en la dirección esperada. Como propósito principal de la investigación, se utilizó, además, la versión debidamente traducida al español de la Escala de Depresión Reynolds para Niños (Reynolds Child Depression Scale, 1989). La EDRN es una medida de autoinforme sencilla y de fácil administración, para evaluar sintomatología depresiva en niños(as), de 8 a 12 años de edad, que se encuentran en los grados elementales, de tercero a sexto grado, principalmente. La EDRN consiste de 30 reactivos, de los cuales 29 se completan a través de una escala Likert de 4 puntos. Se incluye un reactivo final que consiste de cinco caras que denotan diferentes emociones que fluctúan de feliz a triste. Este reactivo se puntúa de 1 a 5.

En términos generales, se le pide al niño o niña, que informe sobre cómo se ha sentido durante las últimas dos semanas, a base de los reactivos relacionados a síntomas depresivos. El niño o niña contesta si se ha sentido así: casi nunca, algunas veces, la mayoría del tiempo, o todo el tiempo. Los reactivos se expresan en tiempo presente para focalizar en el estado actual del síntoma. Los reactivos se redactaron de forma que los puedan leer niños (as) con un nivel de lectura de segundo grado y son consistentes con experiencias del desarrollo de niños (as) entre las edades de 8 a 12 años.

El contenido de los reactivos está asociado con sintomatología depresiva, como por ejemplo, ansiedad escolar, aislamiento social, tristeza, quejas somáticas, autoestima, irritabilidad dificultad para concentrarse, preocupación, pérdida de interés, dificultades al dormir, entre otros. Se incluyen 7 reactivos que se corrigen de forma inversa. De esta forma, se logra que los niños (as) participantes presten mayor atención a cada reactivo individual al completarla, y se provee una verificación para evaluar respuestas inconsistentes. La puntuación total fluctúa de 30 a 121 puntos. Cualquier niño o niña que obtenga 74 puntos o más en esta escala, debe ser referido para realizar una evaluación psicológica o psiquiátrica más completa, ya que está reflejando psicopatología significativa. Una puntuación de 30 a 73 no refleja sintomatología depresiva, mientras que una puntuación de 74 a 79 indica síntomas depresivos clínicamente significativos, y una puntuación de 80 a 121 más refleja depresión severa.

Procedimiento

Se obtuvo la debida autorización por escrito de la Compañía Psychological Assessment Resources (PAR, Inc.), quien posee los derechos reservados para trabajar con la traducción y adaptación del instrumento EDRN (Reynolds, 1989). Se

solicitó también, la autorización de María Kovacs, Ph.D., para utilizar el instrumento IDN (Kovacs, 1983), versión traducida y adaptada al español.

Se realizó el procedimiento de back-translation (Brislin, 1986), que se basa en el principio de descentralización, para traducir el instrumento Reynolds Child Depression Scale (Reynolds, 1989), al idioma español. En este procedimiento, una persona bilingüe (traductor certificado), tradujo el instrumento original (en inglés), al lenguaje deseado (español). Luego, un total de 9 jueces (profesionales en las áreas de la psicología y educación), evaluaron la adecuacidad de la traducción comparando ambas versiones, buscando conceptos paralelos en ambos lenguajes.

Los jueces ofrecieron recomendaciones para asegurar que no se perdiera el significado psicológico de la versión original.

Después de tomar en consideración la retrocomunicación ofrecida por los jueces, otra persona bilingüe (ciego), tradujo el instrumento al lenguaje original. Se obtuvo, finalmente, una versión debidamente traducida al idioma español de la EDRN, la cual fue evaluada y aprobada por el autor William Reynolds, Ph.D. y por la Compañía PAR antes del proceso de administración de la escala.

Se obtuvieron las respectivas autorizaciones de la Clínica de Salud Mental de la Capital y del Colegio Lourdes, para proceder con la búsqueda de la muestra clínica y la de comunidad para la investigación. Se realizó una reunión en cada una de las instituciones donde se reclutaron los participantes, en la cual se le explicó a los psiquiatras, psicólogos(as), personal administrativo pertinente, padres, madres y/o encargados, en un lenguaje sencillo, la naturaleza y el propósito del estudio. Se estableció que estaban en libertad de abandonar el estudio, si así lo estimaban conveniente,

siguiendo los estándares éticos de la profesión al realizar estudios con seres humanos.

Una vez se verificaba que reunían los criterios de selección establecidos (para la muestra clínica y la de comunidad), se logró que los padres, madres y/o encargados completaran un consentimiento de participación voluntaria y una planilla de datos demográficos. En la misma, los padres, madres y/o encargados, ofrecieron datos personales y sociales sobre ellos y sobre sus hijos(as). Luego, se coordinaron las fechas específicas en las cuales se administrarían de forma grupal a los niños y niñas de la muestra clínica y de comunidad, ambas escalas. Durante las diferentes administraciones se le ofrecieron a los participantes, de forma clara y sencilla, las instrucciones sobre cómo cumplimentar ambos inventarios; IDN y EDRN.

Finalizado el proceso de administración de las escalas de autoinforme a la muestra clínicas y a la de comunidad, se corrigieron las pruebas y luego se realizaron los análisis estadísticos pertinentes (descriptivos y cuantitativos).

Resultados

El estudio pretendía conocer la consistencia interna de la versión traducida de la EDRN y llevar a cabo un análisis de la validez concurrente con el IDN. Se esperaba que ambos instrumentos, la EDRN y el IDN discriminaran adecuadamente entre niños con síntomas depresivos (muestra clínica), que recibían tratamiento psiquiátrico y/o psicológico, y niños que nunca han recibido tratamiento psiquiátrico y/o psicológico (muestra de comunidad). La Tabla 4 presenta la frecuencia y porcentaje de los participantes por nivel de sintomatología depresiva en la EDRN para la muestra clínica considerando el género.

Tabla 4

Frecuencia y porcentaje en los niveles de sintomatología depresiva en la EDRN para muestra clínica por género

Nivel de Depresión	Femenino	Masculino	Porcentaje
Ausencia Depresión (30-73)	14	22	83.7
Depresión Significativa (74-79)	2	1	7.0
Depresión Severa (80-121)	1	3	9.3

De acuerdo a los puntos de corte para la EDRN establecidos por Reynolds (1989), un 7% de la muestra clínica presentó sintomatología depresiva moderada y un 9.3% severa. Esto significa que en la EDRN un 16.3% de la muestra clínica informó sintomatología depresiva clínicamente significativa, mientras que un 83.7% no informó síntomas depresivos.

La Tabla 5 presenta la frecuencia y porcentaje de los participantes por nivel de sintomatología depresiva en el IDN para la muestra clínica considerando el género.

Tabla 5

Frecuencia y porcentaje en los niveles de sintomatología depresiva en el IDN para la muestra clínica por género

Nivel de Depresión	Femenino	Masculino	Porcentaje
Ausencia Depresión (0-11)	4	11	34.9
Depresión Leve a Mod. (12-18)	6	4	23.3
Depresión Severa (19 ó +)	7	11	41.8

De acuerdo a los puntos de corte para el IDN establecidos por Kovacs (1983), un 34.9% de la muestra clínica no presentó síntomas depresivos. Por otro lado, un 23.3% informó síntomas depresivos significativos de leve a moderado y un 41.8% depresión severa. Esto significa que un 65.1% de la muestra clínica informó sintomatología depresiva clínicamente significativa en el IDN, mientras que un 34.9% no informó síntomas depresivos significativos. En ambas tablas observamos que no existen diferencias significativas en la cantidad de hembras en comparación con los varones que reportan síntomas depresivos como para establecer una tendencia o patrón definido.

La Tabla 6 presenta la frecuencia y porcentaje de los participantes por nivel de sintomatología depresiva en la EDRN para la muestra de comunidad considerando el género. De acuerdo a los puntos de corte establecidos por Reynolds (1989), un 100% de la muestra no informó sintomatología depresiva clínicamente significativa.

Tabla 6

Frecuencia y porcentaje en los niveles de sintomatología depresiva en la EDRN para la muestra de comunidad por género

Nivel de Depresión	Femenino	Masculino	Porcentaje
Ausencia Depresión (30-73)	57	33	100

La Tabla 7 presenta la frecuencia y porcentaje de los participantes por nivel de sintomatología depresiva en el IDN para la muestra de comunidad considerando el género. De acuerdo a los puntos de corte establecidos por Kovacs (1983), un 77.8% de los participantes no reflejó síntomas depresivos, un 8.9% informó depresión leve a moderada y un 13.3%

depresión severa. Esto significa que en el IDN un 22.2% de la muestra de comunidad informó sintomatología depresiva clínicamente significativa, mientras que un 77.8% no informó síntomas de depresión significativos.

Tabla 7

Frecuencia y porcentaje en los niveles de sintomatología depresiva en el IDN para la muestra de comunidad por género

Nivel de Depresión	Femenino	Masculino	Porcentaje
Ausencia Depresión (0-11)	48	22	77.8
Depresión Leve a Moderada (12-18)	3	5	8.9
Depresión Severa (19 ó +)	6	6	13.3

En las Tablas 6 y 7 observamos que para ambas muestras no se evidenciaron diferencias significativas en la cantidad de hembras o varones que reportan síntomas depresivos como para establecer una tendencia o patrón definido.

Para determinar si existían diferencias estadísticamente significativas entre la muestra clínica y la de comunidad se realizó un análisis entre grupos utilizando pruebas t. En la EDRN los participantes de la muestra clínica obtuvieron una puntuación promedio de 61.21 (DE= 14.36), mientras que los participantes de la muestra de comunidad obtuvieron una puntuación promedio de 47.51 (DE=7.1 S). Esta diferencia resultó ser estadísticamente significativa, $t(52.29) = 5.91$, $p = .000$. En la Tabla 8, se presenta el promedio y la desviación estándar del grupo clínico y el de comunidad en la EDRN.

Tabla 8

Promedio y desviación estándar de la muestra clínica y la de comunidad en la EDRN

Grupo	N	Promedio	Desviación Estándar
Clínico	43	61.21	14.36
Comunidad	90	47.51	7.18

La desviación estándar obtenida para la muestra clínica es relativamente alta, lo cual sugiere una variabilidad considerable en las puntuaciones para la EDRN. Se puede considerar que la puntuación promedio obtenida en la EDRN para la muestra por el grupo clínico (61.21) está muy por debajo de la puntuación de corte que indica un nivel de sintomatología depresiva significativa (74). Por otro lado, la puntuación promedio obtenida en la EDRN por los participantes de la muestra de comunidad (47.51), es comparable con la de la muestra de estandarización ofrecida por Reynolds (1989) que fue de 56.41, la cual sugiere ausencia de síntomas depresivos clínicamente significativos.

En el IDN, los participantes de la muestra clínica obtuvieron una puntuación promedio de 18.37 (DE=7.91), mientras que los participantes de la muestra de comunidad obtuvieron una puntuación promedio de 11.99 (DE=5.42). Esta diferencia resultó ser estadísticamente significativa, $t(61.47) = 4.78$, $p = .000$. En la Tabla 9, se presenta el promedio y la desviación estándar del grupo clínico y el de la comunidad en el IDN.

Tabla 9

Promedio y desviación estándar de la muestra clínica y la de comunidad en el IDN

Grupo	N	Promedio	Desviación Estándar
Clínico	43	18.37	7.91
Comunidad	90	11.99	5.42

Es importante señalar que la puntuación promedio obtenida por la muestra clínica en el IDN (18.37), se ubica dentro de la categoría de depresión leve a moderada (que va desde el punto de corte 12 a 18). Mientras, la puntuación promedio obtenida por la muestra de comunidad en el IDN (11.99), se ubica bajo la clasificación de depresión leve a moderada, ya que el punto de corte es 12, y la puntuación obtenida (11.99), está en ese mismo nivel cuando la redondeamos.

Para aportar mayor información relacionada a las características psicométricas de la versión traducida al español de la EDRN, se obtuvo un coeficiente de correlación de consistencia interna a través de la fórmula Alfa de Cronbach. El mismo nos ofrece información sobre el grado de homogeneidad entre los reactivos que constituyen un instrumento. El mismo resultó ser de .87. Este índice sugiere una confiabilidad interna alta de la escala. En la Tabla 10, se presenta el índice de discriminación de cada uno de los reactivos de la versión traducida de la EDRN.

Tabla 10

Índice de discriminación de los reactivos de la versión traducida de la EDRN

Ítem	Índice de Discriminación	Alpha al eliminar ítem
1	.4423	.8636
2	.1422	.8731
3	.3834	.8651
4	.5009	.8620
5	.0822	.8733
6	.2627	.8678
7	.6284	.8589
8	.4804	.8633
9	.6026	.8599
10	.1040	.8723
11	.3571	.8657
12	.4319	.8639
13	.5910	.8598
14	.5265	.8622
15	.3809	.8652
16	.5427	.8612
17	.4854	.8626
18	.2901	.8674
19	.5127	.8622
20	.4915	.8623
21	.3845	.8651
22	.3904	.8649
23	.0737	.8732
24	.5797	.8598
25	.2433	.8682
26	.4545	.8634
27	.2660	.8679
28	.4459	.8634
29	.5428	.8609
30	.5177	.8614

Los valores de la matriz de correlación obtenida entre los reactivos fluctuaron entre .07 y .62. Nótese que hay 8 reactivos con índices de discriminación menores de .30. Estos fueron los reactivos 2, 5, 6, 10, 18, 23, 25 y 27.

Estos reactivos que poseen una asociación menor con los demás son: ansiedad escolar (.14), autoestima (.08), aislamiento (.26), anhedonia (.10), fatiga (.29), poca verbalización (.07), anhedonia (.24) y quejas somáticas (.26). Por otro lado, los reactivos que en promedio estuvieron más correlacionados con los demás de la EDRN fueron los siguientes: tristeza (.62), autodesprecio (.60), desánimo (.59), problemas al dormir (.57), irritabilidad (.54) y desesperanza (.54).

Para examinar la validez concurrente de la versión traducida de la EDRN, se le administró a la muestra esta escala en conjunto con el IDN. El coeficiente de correlación entre las puntuaciones de ambas pruebas resultó estadísticamente significativo, $r(133) = .7055, p = .000$. Este coeficiente implica una correlación alta y significativa entre la EDRN y el IDN. Esto indica que ambos instrumentos ofrecen información consistente de los constructos que pretenden medir.

Discusión

En la presente investigación, se realizó una traducción de la Escala de Depresión Reynolds para Niños (Reynolds, 1989), con el propósito de contar con un instrumento en formato de autoinforme válido y confiable, que nos permita la identificación efectiva de sintomatología depresiva en nuestros niños de 8 a 12 años. Se utilizó la versión traducida al español de la EDRN y el Inventario de Depresión para Niños (IDN), para medir el nivel de sintomatología depresiva del niño (a) participante, y así poder evidenciar si ambas escalas discriminaban adecuadamente entre los participantes de la muestra clínica

y los de comunidad. Además, se realizó un análisis de la consistencia interna de la versión traducida de la EDRN y de su validez concurrente con el IDN.

Se realizó un análisis entre grupos utilizando pruebas *t* para determinar si existían diferencias estadísticamente significativas entre la muestra clínica y la de comunidad. Los resultados obtenidos indicaron que los niños del grupo clínico obtuvieron unas puntuaciones significativamente más altas en ambas escalas, lo cual indicaba un nivel de sintomatología depresiva mayor que el de los participantes de la muestra de comunidad. Esto podría sugerir que los participantes que recibían servicios psicológicos y/o psiquiátricos exhibieron un mayor número de síntomas depresivos, lo cual denota un nivel mayor de disfunción o malestar psicológico. Este hallazgo está a favor de que la composición de ambos grupos, el clínico y el de comunidad, pese a las limitaciones de la investigación, resultaron ser diferentes y que ambas escalas están midiendo un constructo particular.

La diferencia principal entre el grupo clínico y el de comunidad que resulta en una limitación del estudio, es que el primero provino de una institución pública de salud mental y el segundo de un colegio privado. Esto implica diferencias en los perfiles sociodemográficos entre los participantes que componen ambos grupos (por ejemplo, clases sociales, grado educativo de los padres, entre otros). Teniendo en perspectiva este factor se pudo desprender de las características demográficas de la muestra total, que las diferencias principales entre el grupo clínico y el de comunidad se relacionan con las variables de constitución familiar y ocupación de los padres.

Para la muestra clínica, se encontró que un 16% de los padres de los participantes estaban casados, 35% divorciados y un 44% solteros. Mientras, para la muestra de comunidad,

se encontró que un 63% de los padres de los participantes se encontraban casados, 27% divorciados y un 6% solteros. En comparación se refleja que un porcentaje significativamente mayor de los padres de los participantes del grupo clínico se encontraban solteros o divorciados.

Con relación a la variable de ocupación de los padres, se reflejó que para el grupo clínico, un 56% de los padres de los participantes se encontraban desempleados, en comparación con sólo un 6% de los del grupo de comunidad. Es decir, un porcentaje significativamente mayor de padres, madres y/o encargados de los participantes de la muestra clínica se encontraban desempleados.

Pese a las limitaciones o variables extrañas que puedan estar interviniendo en el presente estudio, los hallazgos reflejados en términos de indicadores sociales adversos para los participantes de la muestra clínica, como lo son el alto porcentaje de padres, madres y/o encargados desempleados y el rompimiento o inestabilidad familiar (divorcios, 6 madres y/o encargados criando solos), apoyan los resultados de investigaciones como las de Lewinsohn et al. (1993), Kovacs et al. (1994), McCauley et al. (1993) y Garrison, Jackson, Mars-teller, McKeown y Addy (1990).

En estos estudios, se expone que existen indicadores sociales como lo son el rompimiento o inestabilidad familiar, poca educación de los padres, ingreso limitado, pertenecer a una clase social desventajada, entre otros, que aumentan la vulnerabilidad de que algunos niños (as) comiencen a sufrir síntomas depresivos a una edad temprana, lo cual se ha visto, predice una peor prognosis y curso del trastorno (McCauley et al., 1993).

En Puerto Rico, Bird y colaboradores (1988), encontraron que la variable de desventaja socioeconómica estuvo asociada fuertemente con todas las categorías diagnósticas de psico-

patología en la niñez. Sería recomendable, llevar a cabo investigaciones en nuestra población, donde se explore más a fondo la relación entre estos indicadores sociales, como lo son el desempleo y el rompimiento o inestabilidad familiar, con la aparición temprana de síntomas depresivos en la niñez.

Otro aspecto que es importante destacar del presente estudio, es que no se encontraron diferencias significativas en el porcentaje de hembras en comparación con los varones, con relación a los niveles de sintomatología depresiva reportados. Esto apoyaría lo señalado por Fleming y Offord (1990), y por Allgood-Merten, Lewinsohn y Hops (1990), en cuanto a que no es hasta la adolescencia (14 años en adelante), donde se comienzan a exacerbar más las diferencias con relación a una tasa significativamente mayor de féminas con diagnóstico de depresión.

Luego de exponer un análisis cualitativo de los hallazgos relacionados a las características demográficas de la muestra, es fundamental elaborar sobre los resultados en términos de significancia estadística versus significancia clínica, de acuerdo a los instrumentos utilizados en la investigación para detectar depresión. A pesar de que se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones obtenidas en ambas escalas administradas entre el grupo clínico y el de comunidad, es imprescindible señalar que en términos de significancia clínica, los resultados obtenidos no favorecen el uso de la EDRN para detectar depresión en la niñez.

Los resultados reflejaron que la puntuación promedio obtenida en la EDRN por el grupo clínico (61.21), está muy por debajo de la puntuación de corte requerida (74), para indicar síntomas depresivos clínicamente significativos. Resulta una limitación que con la utilización de la EDRN, en el grupo clínico (niños que están recibiendo servicios psiquiátricos y/o psicológicos), sólo se haya detectado un 16.3% reportando

sintomatología depresiva clínicamente significativa, mientras un 83.7% no haya reflejado síntomas depresivos. Resulta una limitación también, que con la utilización de la EDRN en el grupo de comunidad, se haya encontrado que el 100% de los participantes no reflejó síntomas depresivos significativos, cuando es bien sabido que alrededor de un 6% de niños (as) de comunidad

informan síntomas depresivos (Birdy colaboradores, 1988). Esto pone de relieve el hecho de que la EDRN no mostró ser sensitiva al constructo que pretendía medir, lo que da paso a la posibilidad de obtener un gran número de casos con un falso-negativo.

Por otro lado, los resultados obtenidos en el presente estudio, favorecen y apoyan el uso del IDN para detectar depresión en la población de niños (as) de 8 a 12 años. La puntuación promedio obtenida en el IDN por el grupo clínico (18), apunta hacia una clasificación de depresión leve a moderada, lo cual es más cónsono con lo esperado, dado a que los participantes de este grupo estaban recibiendo servicios psiquiátricos y/o psicológicos, debido a una impresión diagnóstica de depresión, distimia u otros trastornos comórbidos con la depresión, donde además estuvieran experimentando síntomas depresivos.

Con la utilización del IDN, se detectó un 65.1% del grupo clínico informando síntomas depresivos clínicamente significativos, versus un 34.9% que no reflejaban síntomas depresivos. En la muestra de comunidad, el IDN detectó que un 77.8% de la muestra no reflejaba síntomas depresivos, mientras detectó que un 22.2% informó sintomatología depresiva clínicamente significativa. Pese a las limitaciones del estudio, estos hallazgos en la muestra de comunidad (que fueron niños que no han recibido anteriormente servicios psiquiátricos y/o psicológicos), son más cónsonos con lo que esperaríamos

de la población general. De acuerdo a Bird y colaboradores (1988), un 17.4% de la población de niños puertorriqueños (de 4-16 años), exhibieron trastornos de internalización, y los trastornos del estado de ánimo fueron la segunda categoría diagnóstica de mayor prevalencia en cuanto a psicopatología en la niñez.

Los hallazgos del presente estudio se pueden comparar con el realizado por Bernal, Rosselló y Martínez (1997), en términos de la utilización del IDN para detectar síntomas depresivos en una muestra clínica y otra de comunidad. Estos investigadores encontraron, para la muestra clínica, un 42% de los participantes reflejando síntomas depresivos de leve a moderado y un 58% depresión severa. En el presente estudio, un 23.3% de los participantes de la muestra clínica reportaron síntomas depresivos de leve a moderado, 41.8% depresión severa y un 34.9% no reflejaron síntomas depresivos. Para la muestra de comunidad, Bernal, Rosselló y Martínez (1997), encontraron un 40% de los participantes reportando síntomas depresivos de leve a moderado, 20% depresión severa y un 40% ausencia de síntomas depresivos. En el presente estudio, un 8.9% de los participantes de la muestra de comunidad informó síntomas de depresión de leve a moderado, 13.3% depresión severa y un 77.8% ausencia de síntomas depresivos. Tomando en consideración las limitaciones del presente estudio, vemos que al comparar los resultados obtenidos por Bernal, Rosselló y Martínez (1997), el IDN pudo detectar un porcentaje similar de menores con síntomas depresivos, tanto en la muestra clínica como en la de comunidad.

Todo lo señalado anteriormente, destaca la importancia de diferenciar adecuadamente entre los conceptos de significancia estadística y significancia clínica. El análisis de los resultados del presente estudio nos sugiere que, aunque am

bos instrumentos (IDN y EDRN), discriminaron estadísticamente entre arribos grupos (clínico y de comunidad), la EDRN no demostró la suficiente sensibilidad para detectar los niveles de sintomatología depresiva clínicamente significativos.

Respecto a otra área evaluada en el estudio, como lo fue la confiabilidad interna de la versión traducida de la EDRN, hay que señalar que los resultados obtenidos apoyaron favorablemente este instrumento. El Alfa de Cronbach obtenido fue de .87, lo cual sugiere una confiabilidad interna alta de la escala. Esto sugiere que existe un alto grado de homogeneidad entre los reactivos que constituyen la EDRN.

Con relación a los índices de discriminación de los reactivos de la EDRN, es importante señalar que se encontraron 8 ítems con índices inferiores a .30 que fueron aquellos relacionados a ansiedad escolar, autoestima, aislamiento anhedonia, fatiga, poca verbalización y quejas somáticas. Esto podría estar relacionado al proceso de traducción de la escala.

Por último, el coeficiente de correlación entre las puntuaciones de ambas pruebas resultó estadísticamente significativo (.70), lo cual indica una correlación positiva entre la EDRN y el IDN. De acuerdo a las interpretaciones realizadas de que es imprescindible utilizar instrumentos que sean sensibles psicométrica y clínicamente, los resultados obtenidos sugieren que ambas escalas ofrecen información consistente de los constructos que pretenden medir. Esto desde el punto de vista estadístico. Sin embargo, los resultados del presente estudio no favorecen la validez del EDRN, por la poca sensibilidad que demostró el instrumento para detectar síntomas clínicos depresivos. Las limitaciones principales del presente estudio fueron las siguientes:

1. La muestra no fue aleatoria, sino por disponibilidad. Esto implica que los resultados pueden verse afectados por el muestreo, ya que los que dejan de participar pueden ser los que determinan las verdaderas diferencias en los resultados obtenidos.
2. Los grupos no fueron homogéneos. Se estableció diferencia en la categoría de grupo clínico que provino de una institución pública de salud mental y que estuvo compuesta por niños que recibían servicios psicológicos y/o psiquiátricos (que presentan síntomas depresivos), y grupo de comunidad, que provino de un colegio privado y fue compuesta por niños que no habían recibido servicios psicológicos y/o psiquiátricos. Es importante señalar que variables extrañas como el perfil sociodemográfico de los participantes (por ejemplo, nivel socioeconómico, clases sociales, constitución familiar, aprendizaje, maduración, entre otros) pudieron estar interviniendo en los resultados.
3. Otra limitación lo fue el tamaño de la muestra clínica (43 participantes), el cual es limitado. Se hizo bastante difícil el que los clínicos (psiquiatras/psicólogos), refirieran más casos por la carga de trabajo que tienen, y porque tenía que mediar una impresión diagnóstica de que los candidatos referidos reflejaran síntomas depresivos.
4. Prácticamente son muy limitadas las investigaciones en Puerto Rico sobre el tema de la medición de la depresión en la niñez por lo cual el análisis de los resultados se hace más difícil.

Este estudio intenta motivar el que se generen futuras investigaciones con el tema de la depresión en la niñez donde se utilice la EDRN y el IDN en muestras más amplias y diversas de niños (as) puertorriqueños. De esta manera, se podrían

explorar los niveles depresivos en poblaciones especiales de niños (as) y continuar corroborando los índices de validez y confiabilidad de la versión traducida de la EDRN y del IDN. A continuación, se exponen las siguientes recomendaciones:

1. Sería recomendable llevar a cabo investigaciones donde se documenten ampliamente las propiedades psicométricas y clínicas de la traducción realizada de la EDRN. Sería importante focalizar en el aspecto de cuán sensible es la EDRN para la identificación de casos de depresión en la niñez, y examinar si es posible reevaluar los puntos de corte para la población puertorriqueña.
2. Utilizar la EDRN con muestras representativas y clínicas más amplias y estratificadas por género, edad, clase social y severidad de la depresión.
3. Llevar a cabo investigaciones con la traducción realizada utilizando los métodos de adaptación propuestos por los exponentes en el campo de la investigación transcultural.
4. Generar investigaciones donde se explore más a fondo la relación entre indicadores de adversidad ambiental en nuestra población puertorriqueña, como la tasa de desempleo, ingreso familiar, inestabilidad o rompimiento familiar con la prevalencia de la depresión en la niñez.
5. Utilizar la EDRN con otras poblaciones especiales, tales como niños (as) víctimas de abuso sexual, maltrato, niño con enfermedades terminales, niños con problemas específicos de aprendizaje, entre otros, para someter la escala a validación y conocer mejor el perfil psicológico de estas poblaciones especiales.
6. Comparar la estructura factorial de la EDRN con la del IDN y auscultar si mantienen la consistencia interna con diferentes muestras.

A través de esta investigación se espera motivar que se continúen realizando estudios en el área de la medición de la depresión en la niñez, ya que, tal como señalan Bernal, Bonilla y Santiago (1995), el primer paso para desarrollar programas de prevención y tratamiento para los trastornos del estado de ánimo, es contar con instrumentos que sean válidos y confiables. Las medidas de autoinforme como el IDN y la EDRN son apoyadas en la literatura, ya que los niños informan mejor los síntomas relacionados a su experiencia subjetiva y privada, más aún tratándose de un trastorno de internalización como la depresión.

Si se generan futuras investigaciones con la EDRN, donde se examinen sus propiedades psicométricas y clínicas, la misma podría ser útil como recurso adicional en el proceso de entrevista clínica así como en la evaluación psicológica, considerando que es una medida sencilla y de fácil administración para evaluar sintomatología depresiva en niños de 8 a 12 años.

Referencias

Allgood-Merten, B., Lewinsohn, P., & Hops, H. (1990). Sex differences and adolescent depression. *Journal of Abnormal Psychology, 99*, 55-63.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic statistical manual of mental disorders*. Fourth Edition. Washington, D.C.: Author.

Bernal, G., Bonilla, J. & Santiago, J. (1995). Confiabilidad interna y validez de construcción lógica de dos instrumentos para medir sintomatología psicológica en una muestra clínica: El Inventario de Depresión de Beck y la Lista de Cotejo de Síntomas - 36. *Revista Latinoamericana de Psicología, 2*, 207-229.

Bernal, G., Rosselló, J. & Martínez, A. (1997). El Inventario de Depresión para Niños y Niñas Propiedades psicométricas en dos muestras puertorriqueñas. *Revista Psicología Contemporánea, 4*, 12-23.

Bird, H. R., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Gould, M. S., Ribera, J., Sesman, M., Woodbury, M., Huertas-Goldman, S., Pagán, A., Sánchez-Lacay, A. & Moscoso, M. (1988). Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry, 45*, 1120-1126.

Fleming, J. E. & Offord, D. R. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders: A critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29*, 571-580.

Garrison, C. Z., Jackson, K. L., Marsteller, F., McKeown, R. & Addy, C. (1990). A longitudinal study of depressive symptomatology young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29*, 581-585.

Hammen, C. & Rudolph, K. D. (1996). Childhood depression. In E. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology*. (pp. 153-186). New York: Guilford Press.

Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory. *Psychopharmacology Bulletin, 21*, 995-998.

Kovacs, M., Akiskal, H. S., Gatsonis, C., & Parrone, P. L. (1994). Childhood-onset dysthymic disorder: Clinical features and prospective naturalistic outcome. *Archives of General Psychiatry, 51*, 365-374.

Lewinsohn, P., Rohde, P., Seeley, J. & Fischer, S. (1993). Age-cohort changes in the lifetime occurrence of depression and other mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 102*, 110-120.

McCauley, E., Myers, K., Mitchell, J., Calderón, R., Schlo-

redt, K. & Treder, R. (1993). Depression in young people: Initial presentation and clinical course. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 714-722.

Menéndez, B. & Rivera, S. P. (1992). Identificación de estados depresivos: La entrevista evaluativa, de depresión en la niñez. *Revista Interamericana de Psicología*, 26, 215-222.

Polaino-Lorente, A. (1988). *Las depresiones infantiles*. Madrid: Ediciones Morata.

Reynolds, W. M. (1989). *Reynolds Child Depression Scale Professional Manual*. Florida: Psychological Assessment Resources, Inc.

Rosselló, J. & Bernal, G. (1996). Adapting cognitive behavioral and interpersonal treatments for depressed Puerto Rican adolescents. En E. D. Hibbs & P. S. Jensen (Eds.), *Child an adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice* (pp. 157-185). Washington, D. C.: American Psychological Association.

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*, & 155 62.

Cultural Differences in MMPI-2 scores Between North Americans and Puerto Ricans

José J. Cabiya, Ph.D,
and Gisela Dávila, Ph.D.

Abstract

The present paper is directed at presenting a series of studies that demonstrate that Puerto Ricans of diverse groups including clinical and normal samples scored different in some MMPI-2 scales of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory from their corresponding American counterparts. In one study the MMPI-2 was administered to a sample of 40 depressed inpatients (17 males and 23 females), 35 depressed outpatients (13 males and 22 females) and 35 psychotic inpatients (12 males and 23 females) and 141 normals (85 males and 56 females). In another study, we report the findings of a comparison between Puerto Rican and American college students. It will be argued that Puerto Rican culture allows for a greater range of what could be considered deviant thinking in the United States. (Key words: MMPI-2, personality, and psychopathology)