

Universidad de Lima
Facultad de Psicología
Carrera de Psicología



PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN PARA ADOLESCENTES DE REYNOLDS – SEGUNDA VERSIÓN (EDAR-2) EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE LIMA METROPOLITANA

Tesis para optar por el Título Profesional de Licenciado en Psicología

Jorge Vidal Pascual Rivera
Código 20081660

Luis Manuel Rodríguez Robles
Código 20080885

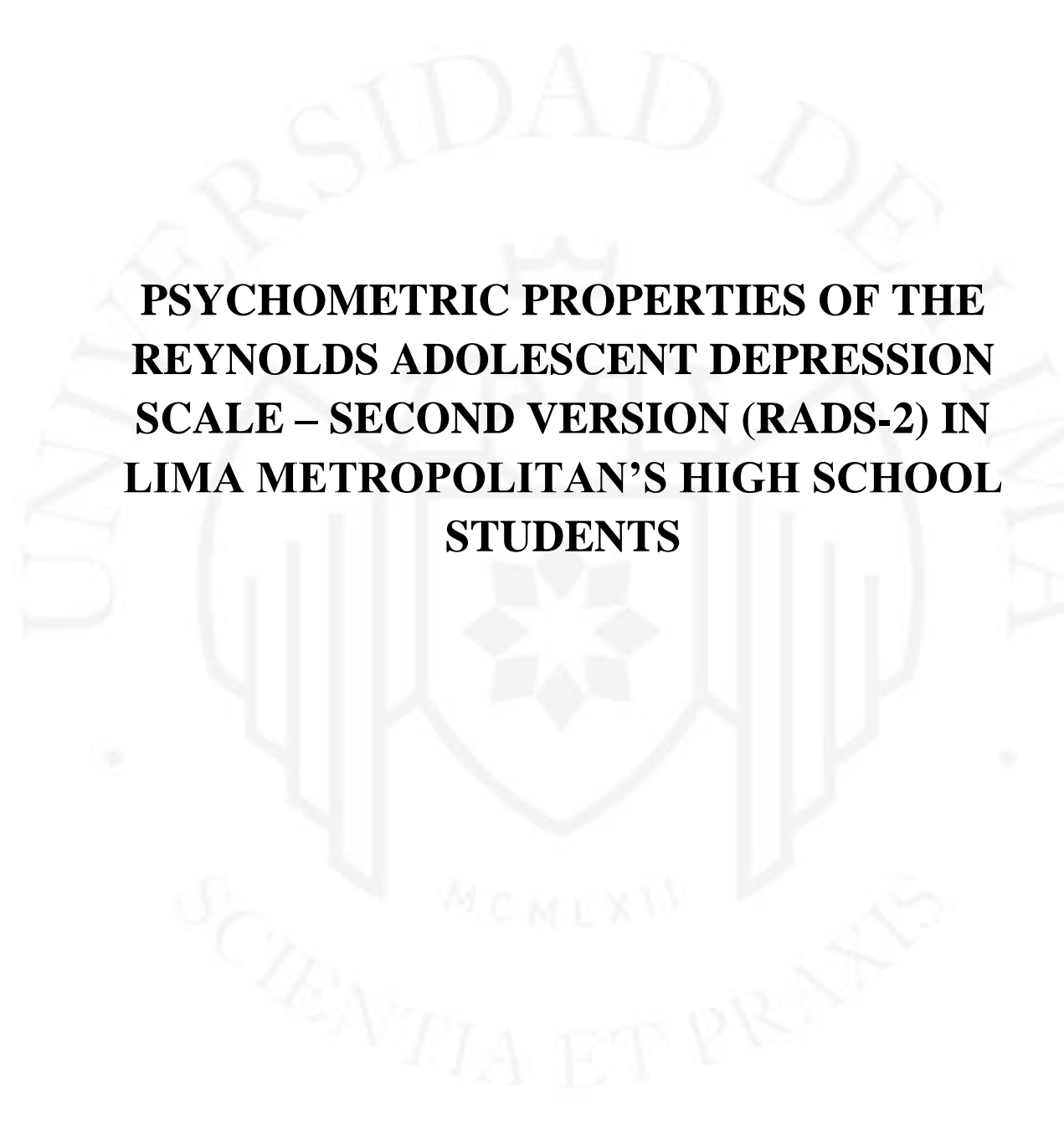
Asesor

Andrés Burga León

Lima – Perú

Marzo del 2022





**PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE
REYNOLDS ADOLESCENT DEPRESSION
SCALE – SECOND VERSION (RADS-2) IN
LIMA METROPOLITAN’S HIGH SCHOOL
STUDENTS**

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO	IV
INDICE DE TABLAS	VI
INDICE DE ANEXOS	VII
RESUMEN	VIII
ABSTRACT	IX
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.1. Descripción del problema	10
1.2. Justificación y relevancia	12
CAPITULO II: MARCO TEORICO	14
2.1. Adolescencia	14
2.1.1. Desarrollo físico.....	15
2.1.2. Desarrollo cognoscitivo	16
2.1.3. Desarrollo moral	16
2.1.4. Desarrollo Psicosocial.....	17
2.1.5. Adolescencia en el Perú	18
2.2. Depresión	19
2.2.1. Teorías acerca de la depresión	20
2.2.2. Sintomatología	21
2.2.3. Diagnóstico	24
2.3. Depresión en la adolescencia	25
2.3.1. Factores de riesgo que influyen en la depresión	25
2.3.2. Consecuencias de la depresión	27
2.4. Instrumentos de medición de la depresión	28
2.4.1. Inventario de depresión infantil (CDI).....	28
2.4.2. Escala de síntomas depresivos de Zung (ESD-Z).....	28
2.4.3. Inventario de depresión de Beck (BDI)	29
2.4.4. Escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR)	29
2.4.5. Escala de depresión para adolescentes de Reynolds – segunda versión..	31
2.4.5.1. El EDAR en el contexto peruano.....	33
CAPITULO III: OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y DEFINICIÓN DE VARIABLES 35	
3.1. Objetivos	35
3.2. Variables	35
CAPITULO IV: MÉTODO	36
4.1. Tipo y diseño de investigación	36

4.2. Participantes.....	36
4.3. Técnicas de recolección.....	38
4.4. Procedimiento de recolección de información.....	39
CAPITULO V: RESULTADOS.....	39
5.1. Análisis descriptivos.....	40
5.2. Evidencias de validez vinculadas a la estructura interna.....	41
5.3. Evidencias de validez y fiabilidad.....	47
CAPITULO VI: DISCUSION.....	49
CONCLUSIONES.....	55
RECOMENDACIONES.....	56
REFERENCIAS.....	57
ANEXOS.....	69



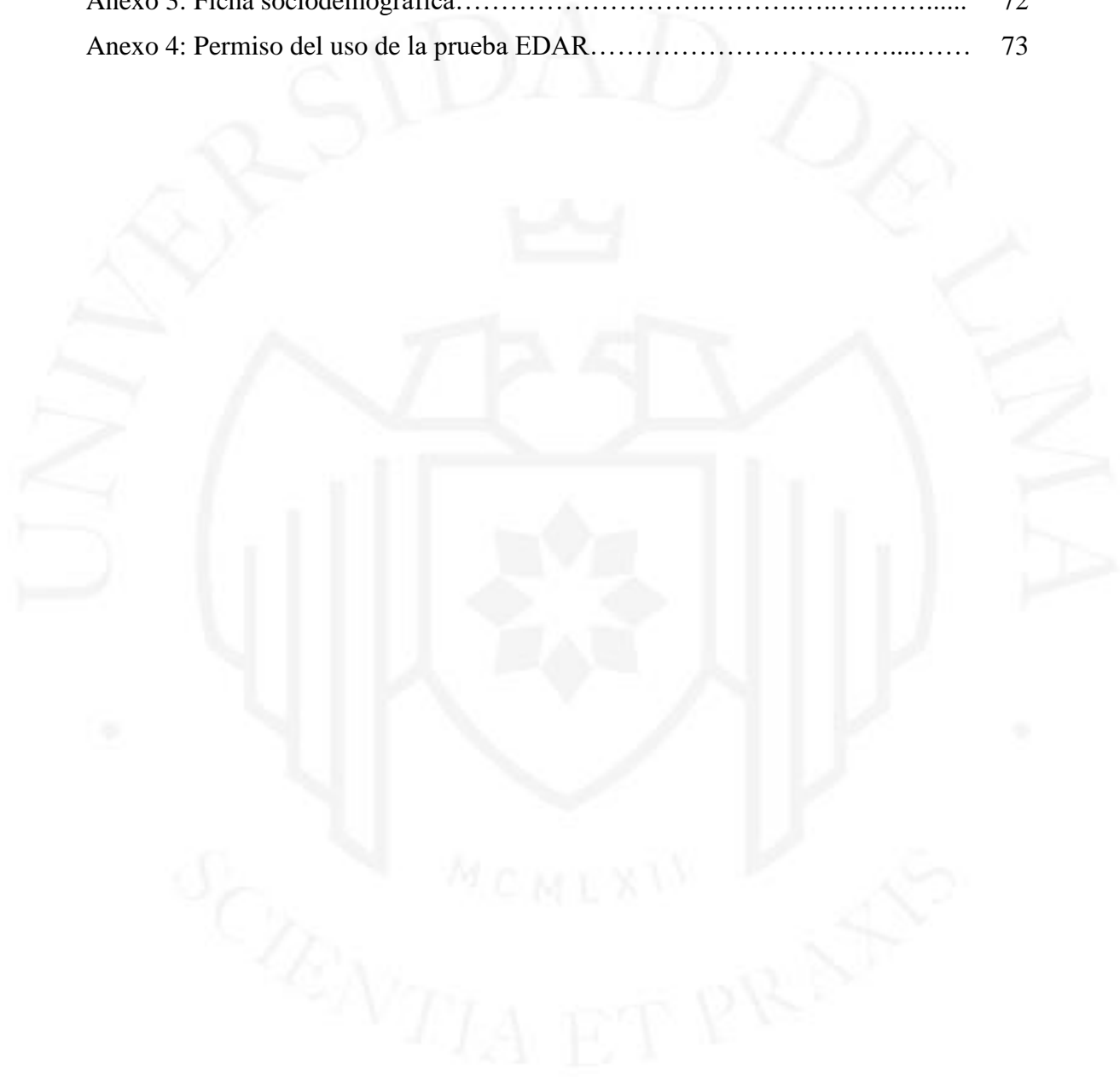
INDICE DE TABLAS

Tabla 2.1. Dimensiones de la prueba EDAR.....	29
Tabla 2.2. Dimensiones de la prueba EDAR – segunda versión.....	32
Tabla 4.1. Distribución de la muestra de estandarización.....	38
Tabla 5.1. Estadísticos descriptivos de los ítems.....	42
Tabla 5.2. Ítems de los modelos de seis, cinco y cuatro factores de Reynolds.....	43
Tabla 5.3. Índices de ajuste para las estructuras factoriales.....	44
Tabla 5.4. Estructura factorial del Modelo 1 y 2.....	44
Tabla 5.5. Estructura factorial del Modelo 3 y 4.....	45
Tabla 5.6. Estructura factorial del Modelo 5 y 6.....	47



INDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Escala de depresión para adolescentes de Reynolds.....	70
Anexo 2: Consentimiento informado.....	71
Anexo 3: Ficha sociodemográfica.....	72
Anexo 4: Permiso del uso de la prueba EDAR.....	73



RESUMEN

La depresión es una de las enfermedades mentales más comunes en la población adolescente, con una prevalencia estimada a nivel mundial de alrededor del 8%; sin embargo, se estima que alrededor del 50% experimentan algunos síntomas del espectro depresivo. Debido a estas circunstancias, la presente investigación tuvo como objetivo validar las propiedades psicométricas de la Escala de Depresión para Adolescente de Reynolds segunda versión (EDAR-2), con la finalidad de poder brindar información nueva y relevante ante este escenario. El diseño fue no experimental, siendo descriptivo y transversal, trabajando con una muestra de 941 estudiantes de nivel secundario de Lima Metropolitana. Se utilizó la versión adaptada en nuestro medio de la escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR). Se realizó un análisis factorial confirmatorio para examinar las estructuras propuestas de Reynolds; considerando la varianza media extraída (VME) y la fiabilidad compuesta (FC). Los resultados indicaron que la estructura de una nueva versión del EDAR-2 tiene un mejor ajuste para esta población ($\chi^2(gl) = 1282.89 (269)$; CFI = .961; TLI = .956; RMSEA = .063 (.060 - .067); SRMR = .045; WRMR = 1.477). Las estimaciones de confiabilidad, mediante el método de consistencia interna, mostraron un adecuado rango para todas las dimensiones del EDAR-2. Estos hallazgos respaldaron la validez y fiabilidad de la nueva versión de la Escala de depresión adolescente de Reynolds como una medida de depresión, sugiriendo que se pueda utilizar para evaluar el constructo en diferentes estudios.

Palabras clave: Depresión, adolescentes, EDAR-2, instrumento psicológico, análisis factorial confirmatorio

ABSTRACT

Depression is one of the most common mental illnesses in the adolescent population, with an estimated prevalence worldwide of around 8%; however, it is estimated that around 50% experience some symptoms of the depressive spectrum. Due to these circumstances, the present study aimed to validate the psychometric properties of the Reynolds adolescents depression scale (RADS-2), in order to be able to provide new and relevant information in this scenario. The design was non-experimental, being descriptive and cross-sectional, working with a sample of 941 high school students from Metropolitan Lima. Was used the Reynolds adolescents depression scale (RADS-2) adapted to our context. A confirmatory factor analysis was performed to examine the proposed Reynolds structures; considering the average variance extracted (AVE), and the composite reliability (CR). The results indicated that the scores in the new version of the RADS showed acceptable indices and a better fit for this population (χ^2 (gl) = 1282.89 (269); CFI = .961; TLI = .956; RMSEA = .063 (.060) - .067); SRMR = .045; WRMR = 1.477). Reliability estimates, using the internal consistency method, showed an acceptable range for all the RADS-2 dimensions. These findings supported the validity and reliability of the new version of the Reynolds Adolescent Depression Scale as a measure of depression was acceptable and suggest that it is can be used to evaluate the construct in different studies.

Key words: Depression, adolescents, RADS-2, psychological instrument, confirmatory factor analysis

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

La enfermedad mental es una condición que interrumpe en la vida de la persona, generando diversas circunstancias desfavorables e imprevistas en esta. Esta experiencia imposibilita o retrasa la ejecución de procesos y actividades del individuo. Uno de los padecimientos que más obstaculiza esta funcionalidad es la depresión, la cual por su naturaleza crónica e incapacitante, produce un malestar clínicamente significativo causando la postergación y en algunos casos la anulación de la sensación de bienestar (Benítez, 2009, p. 51).

Este mal ha sido definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una enfermedad mental, el cual se manifiesta con diversos síntomas, que van desde padecer de un ánimo decaído y sentimientos de desvalorización; hasta la pérdida de interés y placer por quehaceres cotidianos. Asimismo, estas manifestaciones emocionales, las cuales se vienen presentando por un prolongado periodo de tiempo, usualmente van acompañadas de una alteración en la concentración, en el apetito y sueño del individuo (Díaz, Quintana, & Vogel, 2012, p. 38; OMS, 2020). Al mismo tiempo, esta condición descrita presenta ciertas diferencias estructurales y funcionales con respecto a su padecimiento en diversas etapas de la vida; tal es el caso de la presencia de síntomas depresivos en la adolescencia.

Por lo tanto, acontecimientos o reacciones que se presentan como irritabilidad y/o tristeza, conflictos familiares, alteración en las relaciones con los amigos, problemas con el rendimiento académico, dificultad en la lectura y escritura, sentimientos de desesperanza y/o soledad entre otros, según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013) y el CIE-11 de la OMS, van a ser asociados a indicadores propios de una sintomatología depresiva en la adolescencia. Sin embargo, estas manifestaciones desde la visión del mundo adulto, son observadas como una problemática usual de dicha etapa o en algunos casos vistas como un signo de debilidad o fragilidad del adolescente, debido a que no logra sobreponerse ante el empeoramiento de su estado de ánimo. Esta situación hace que se ignore el posible impacto que tienen estos eventos en la estructura psíquica del adolescente (Buzi, Weinman & Smith, 2007, p. 680; Ortuño-Sierra et al. 2017, p. 02).

Esta desvalorización por parte del entorno, produce que las tasas de depresión aumenten considerablemente en esta población; diversos estudios nacionales e internacionales (Reynolds, 1992, p. 04; Ugarriza y Escurra, 2002, p. 94; Fonseca-Pedrero et al., 2010, p. 218; Cairns et al., 2014, p. 64; Stirling, Tombourou, & Rownlan, 2015, p. 881; Carter et al., 2016, p. 583; Navarro-Loli, Moscoso & Calderón de la Cruz, 2017, p. 62; INSM, 2019) hacen mención de que alrededor del 3% al 8% de los adolescentes presentan cuadros depresivos clínicos. No obstante, autores como Fonseca-Pedrero et al. (2010) hacen alusión que a pesar del porcentaje clínico, se ha observado que existe alrededor del 20% al 50% de adolescentes que muestran niveles sub-clínicos de depresión, en otras palabras, no logran los requisitos necesarios para ser diagnosticados con este mal, generando que la tasa de prevalencia infradiagnosticada sea mayor; y el ignorar estos indicios y sin llegar a un nivel clínico, puedan tener un alto impacto en el funcionamiento psíquico del adolescente (p. 134).

Dado este panorama, esta investigación buscó proporcionar una herramienta de medición, en la cual se pueda hacer referencia de los diversos fenómenos que comprende la depresión. La importancia de este aporte reside en que este instrumento, tomando en cuenta los aspectos más importantes de este fenómeno, permitirá evaluar y detectar tempranamente los síntomas depresivos en los adolescentes debido a su capacidad dinámica de evaluación y valoración acerca del fenómeno a investigar (Domínguez-Lara, 2016, p. 437). Asimismo, estos reportes brindaran una visión acerca del mundo interior del sujeto, ofreciendo una información valiosa acerca de las experiencias subjetivas en esta población (Fonseca-Pedrero et al., 2010, p. 134; Osman et al., 2010. p. 1325; Thabrew et al., 2017. p. 01).

Una de las herramientas más utilizadas con esta finalidad es la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR); desarrollada con el propósito de diagnosticar y monitorear síntomas depresivos presentes en los adolescentes (Ortuño-Sierra *et al.*, 2017, p. 02). A razón de la eficacia y datos confiables, válidos y normativos que ha brindado en diferentes estudios (Kostanski, & Gullone. 1998, p. 258; Mazza & Reynolds. 1999, p. 207; Krefetz et al, 2002, p. 455), fue adaptada en nuestro medio por Ugarriza y Escurra en el año 2002, corroborando así sus características descriptivas. Sin embargo, estos instrumentos se deben renovar a medida que se da un cambio generacional en la población a evaluar, debido a que las actitudes y expectativas presentes han de variar cada cierto lapso de tiempo (Chirinos, 2009, p. 137; Osman et al., 2010, p. 134).

Autores como Thabrew et al. (2017) sugieren de la importancia que tiene la validación y adaptación de instrumentos psicométricos de acuerdo al contexto de estudio (p. 2). Con respecto a esta problemática, distintos autores hacen mención que en cuestión de evaluar la depresión en la adolescencia, se necesita renovar, adaptar y/o construir instrumentos confiables para con esto obtener nuevos baremos que puedan ser utilizados por la comunidad científica local, favoreciendo así a la creación de nuevas puntuaciones de los síntomas y reportes que ayuden a entender mejor este fenómeno (Figueras-Masip, Amador-Campos & Peró-Cebollero, 2008, p. 249; Hyun et al. 2009, p. 643; Cobos-Aguilar *et al.*, 2015, p. 201).

En definitiva, se vuelve necesaria la elaboración de evaluaciones que permitan identificar indicios de sintomatología depresiva, no solo por su rol preventivo, sino también por las posibilidades que ofrece al mundo académico del desarrollar o renovar estrategias que permitan una evaluación eficiente.

Por lo tanto, en el marco de comprender y analizar la estructura de la sintomatología depresiva; así como, en el desarrollo y la validación de instrumentos de medición psicológica, esta investigación tiene como objetivo responder la siguiente interrogante ¿Cuáles son las propiedades psicométricas referidas a la confiabilidad de las puntuaciones y las evidencias de validez vinculadas a la estructura interna de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds – segunda versión (EDAR-2) en estudiantes del nivel secundaria de colegios privados de Lima Metropolitana?

1.2. Justificación y relevancia

Esta investigación sugirió la necesidad de actualizar las propiedades psicométricas en la escala de depresión para adolescentes de Reynolds – segunda versión (EDAR-2). Con tal propósito, se efectuó la exploración de las colecciones de tesis de las diversas universidades peruanas, portales bibliográficos y en diversas bases de datos [APA, Ebsco, Proquest, Psycodoc, PsycNET y Pubmed] evidenciando que en nuestro medio no se ha realizado un estudio a nivel de Lima Metropolitana de la prueba EDAR como el efectuado por Ugarriza y Escurra en el año 2002.

Por consiguiente, a nivel metodológico, la presente investigación es valiosa debido a que nos facilitará contrastar los nuevos resultados con aquellos obtenidos en estudios previos; lo cual nos permitirá ratificar y/o acondicionar las propiedades psicométricas del EDAR acordes a esta generación. Logrando así cubrir ciertos vacíos

de conocimiento en nuestro medio y contar con una prueba eficaz que permita estudiar correctamente la sintomatología depresiva y pueda ser utilizada en futuras preguntas e hipótesis en relación al fenómeno de estudio.

De igual modo, en su valor práctico, se pone de manifiesto un nuevo escenario que será un insumo importante en el análisis de la realidad estudiantil. Logrando contribuir en generar nuevos conocimientos y valores acerca de la sintomatología depresiva; que a su vez servirá en la planificación y elaboración de proyectos en torno a la salud mental del alumnado. Adicionalmente, el uso de esta nueva información resulta más relevante aun cuando reportes como el de Garay (2016) expresan que alrededor de 1'7000,000 peruanos padecen de algún trastorno depresivo, pero solo el 25% de esta población ha recibido tratamiento psicológico, lo cual evidencia una falta de interés por esta problemática, siendo ignorada y/o postergada las posibles acciones para hacerle frente. Este desinterés puede traer consigo una variedad de consecuencias poco favorables para las personas que lo padecen a largo plazo. Uno de estos resultados adversos es el suicidio, el cual es motivado por este mal y tiene una presencia importante en el transcurso de la adolescencia, donde según el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, del 20 % al 25 % de la población adolescente ha mostrado deseos de acabar con su vida, considerándola como una solución ante sus problemas (El Comercio, 2016)

Por estas razones, esta investigación contempla la necesidad de tener un instrumento que permita prevenir la sintomatología depresiva en los adolescentes, mediante la identificación de los signos de advertencia por medio de la prueba EDAR para poder así tener nuevas evidencias y tomar acciones ante estos.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. Adolescencia

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano, ubicada entre la niñez y la adultez, en el cual se van a producir diversos cambios en distintos aspectos del adolescente. Empero, más allá de un cambio o el de superar una transición crítica en el desarrollo humano, lo que se da es una transformación, ya que se van a suscitar una serie de mecanismos, funciones, procesos y patrones nuevos que van a desencadenar el crecimiento y desarrollo en el joven (Mikkelsen, 2009, p. 01; Marchesi, Palacios & Coll, 2017, p. 436).

Diversos autores han definido y estudiado a la adolescencia desde diferentes perspectivas, así tenemos a Stanley Hall, quien sostenía que la adolescencia representa un periodo crítico en el desarrollo humano ya que suponía una evolución del salvajismo al mundo civilizado; otro autor como Freud, suponía que en esta etapa se culminaba el estado de latencia para que pueda resurgir los impulsos sexuales. Desde el punto de vista social, Erikson consideraba a la adolescencia como un periodo fundamental en el desarrollo del Yo, construyendo su identidad por medio de distintas crisis; mientras que por el lado cognitivo, Piaget creía que la única manera de afrontar el mundo y diversas tareas, era con un pensamiento más evolucionado, y este se daba en la adolescencia. De tal forma, muchos investigadores trataron de llegar a la existencia de una representación homogénea de la adolescencia; pese a lo cual, nadie ofrece una explicación definitiva de este periodo (Marchesi, Palacios & Coll, 2017, p. 437).

Por ello, en las últimas décadas se ha reconocido que la adolescencia se debe estudiar desde una perspectiva global, puesto que desde este enfoque se puede abarcar distintos puntos de vista de diversos autores, considerando así las mejores características de sus suposiciones, de sus enfoques de investigación y de sus estrategias para descubrir información. (Marchesi, Palacios & Coll, 2017, p. 440; Corcuera, 2010, p. 10). Por consiguiente, para tener un mejor entendimiento de los adolescentes se buscare comprender sus aspectos emocionales, físicos, cognoscitivos y sociales.

2.1.1. Desarrollo físico

Biológicamente, según Papalia et al. (2012) esta etapa tiene un inicio promedio alrededor de los 8 y 14 años, unido con la aparición de la pubertad; pese a lo cual, últimamente se ha visto diversos casos de inicio antes de los 11 años, siendo relevante el contexto socio-cultural y social del menor. Finalmente, este periodo finaliza entre los 19 o 20 años, iniciando así la adultez temprana (p. 354).

Los cambios físicos que se suscitan en este periodo son debidos, en gran parte, al aumento de hormonas en los niños, iniciando así la pubertad. Esta fase, el cual se da entre los 9 y 16 años, es caracterizada por dos hechos relevantes que son la activación de las glándulas suprarrenales seguido por la maduración de los órganos sexuales (Santrock, 2014, p. 52). De acuerdo con Papalia et al. (2012) este hecho es categorizado como una “explosión”, ya que el aumento de estrógeno, andrógeno y la hormona de crecimiento en el adolescente va a estimular el crecimiento corporal o comúnmente denominado “estirón”; así como el desarrollo pleno de los órganos reproductivos, dando lugar a la menarquia y espermaquia (p. 355). Paralelamente, se hacen presentes también características secundarias de desarrollo como es el crecimiento de los hombros en los chicos y el desarrollo mamario en las chicas; y en ambos se dan un aumento en el peso, masa muscular y sistema óseo (Stassen, 2018, p. 407).

La pubertad va a durar aproximadamente dos años, en donde no solamente el adolescente va a incrementar medidas, sino también van a aparecer cambios espectaculares en la estructura cerebral, siendo este suceso presente durante toda la adolescencia y la adultez temprana, autores como Jay Giedd (2008, citado en Woolfolk & Perry, 2014) categorizan a esta etapa como la consolidación e integración de las funciones cerebrales (p. 326). Estos eventos son expuestos por Woolfolk & Perry (2014), los cuales destaca la prolongación de la mielinización permitiendo el desplazamiento de la información más rápidamente; el incremento de las conexiones neuronales, para luego suprimir algunas y consolidar las más significativas; y la maduración del sistema límbico, del lobo pre-frontal y el cuerpo calloso, lo que conlleva el rumbo de un procesamiento más emocional a uno más racional. (p. 327)

2.1.2. Desarrollo cognoscitivo

Paralelamente con el cambio y maduración de los lóbulos frontales del cerebro, se da el inicio del más nivel más alto del desarrollo cognoscitivo, el cual es categorizado por Piaget como operaciones formales. En este nivel, se va a desarrollar y perfeccionar el pensamiento abstracto, así como una nueva forma de manipular y comprender la información obtenida del medio, obteniendo así un nuevo tipo de razonamiento (Santrock, 2014, p. 95). Este razonamiento, denominado hipotético-deductivo, va a permitir al adolescente desarrollar hipótesis, pensar en probabilidades y posibilidades, entender el tiempo histórico y el espacio, utilizar símbolos para poder representar otros símbolos, etc. (Papalia et al., 2012, p. 372). En todo caso, Piaget sostiene que estos grandes avances en el proceso de razonamiento no se van a consolidar si es que no se aparecen los estímulos y oportunidades medioambientales oportunas, y es que, para este autor, la educación y la cultura tienen un papel importante en el desarrollo cognoscitivo. (Papalia et al., 2012, p. 373)

Complementando a la idea del desarrollo cognoscitivo propuesto por Piaget, Vigotsky propone además que la educación y la cultura juegan un rol importante en el desarrollo de algunos tipos de pensamientos, en este caso el pensamiento formal. Este tipo de pensamiento abstracto será desarrollado en mayor medida en la escuela, mediante el apoyo y la enseñanza de los maestros. Para Vigotsky, son los maestros los que guiarán a desarrollar numerosas capacidades y habilidades que se volverán más complejas a medida que el alumno progresa en la escuela. (Woolfolk & Perry, 2014, p. 363)

2.1.3. Desarrollo moral

Semejante al crecimiento físico y cognoscitivo, el razonamiento moral también se desarrolla considerablemente en esta etapa, donde el adolescente llega a adquirir un mayor entendimiento acerca de los temas morales de nuestra sociedad. Es Kohlberg quien menciona, con su teoría del desarrollo moral, esta premisa; sosteniendo que la moralidad es la combinación de factores biológicos, culturales y cognoscitivos, además de los principios morales que se adquieren en el proceso de maduración (Díaz-Serrano, 2015, p. 75). En el caso de los adolescentes, ellos van a comenzar a presentar actitudes “sofisticadas”, donde el comportamiento altruista y la empatía toman otro nivel; así

como, las relaciones interpersonales. Según esta teoría, el adolescente atravesaría por la etapa llamada moralidad convencional. (Papalia et al., 2012, p. 375)

Esta etapa se alcanza por lo general pasado los diez años, en donde se sugiere que a los adolescentes les preocupa agradar a los demás, siendo “buenos” y tratando de hacer lo correcto para alcanzar un orden social. Asimismo, este periodo se divide en dos fases, siendo primero el nivel III, donde según Díaz-Serrano (2015) la idea de justicia está vinculada a la empatía, es decir, los adolescentes van a actuar dependiendo como les gustaría que los traten a ellos. Luego en la etapa de crecimiento, continúa el nivel IV, destacando que el adolescente, no solamente se percibe como miembro de un grupo, sino también de la sociedad donde habita; incluyendo en ello el conocimiento y respeto por las leyes e instituciones sociales. (p.76)

Si bien la teoría de Kohlberg se ha ratificado en diversos contextos, en otros entornos parece ser que no funciona tan bien, ya que en estas realidades prima el deber y responsabilidades hacia los demás. Actualmente, las investigaciones muestran que el razonamiento moral maduro surge mediante la discusión, en donde los adolescentes van a ser libres de expresar sus ideas hacia sus superiores, quienes a su vez expresan sus propias opiniones exponiéndolos a un razonamiento moral más maduro. (Kail & Cavanaugh, 2019, p. 283)

2.1.4. Desarrollo Psicosocial

A largo del periodo conocido como pubertad y adolescencia podemos observar un crecimiento exponencial, donde el objetivo principal de esta fase en el desarrollo humano es la de formar su identidad personal con distintos ángulos, como lo es la identidad psicosexual, que por medio del sentimiento de confianza y lealtad, se pueda compartir el sentimiento de amor, con compañeros de vida, amigos, familiares, etc. Otro aspecto diferente, es la identificación ideológica, la cual se pone de manifiesto a través de la formación de sistemas ideológico o políticos; así también, la identidad psicosocial la cual se basa en asociaciones o movimientos de corte social. Adicionalmente, se encuentra también la identidad profesional la cual es la búsqueda y elección de una profesión u oficio a la cual dedicarse, emplear tiempo energías, en donde se pueda crecer profesionalmente; y la identidad cultural y religiosa en la que se

refuerza diversas experiencias culturales y religiosas, en donde el sentido espiritual de la vida se ve consolidado (Bordignon, 2005, p. 56)

Asimismo, los conflictos y/o contradicciones más evidentes en esta etapa son la confusión de identidad, de roles, la inseguridad y la indecisión en la formación de la identidad. Las dificultades de este ciclo de la vida son fluctuantes y dinámicos y pueden extenderse más allá del tiempo esperado (Bordignon, 2005, p. 57), en repetidas ocasiones la crisis de identidad pocas veces se logran resolver durante este estadio de la vida (Papalia, 2012, p. 390).

2.1.5. Adolescencia en el Perú

La adolescencia en el estado peruano está comprendida entre los 12 a 17 años, 11 meses y 29 días (MINSA, 2019), siendo su población alrededor de 2.9 millones de adolescentes entre hombres y mujeres, que equivale al 9% de la población total; mientras que en Lima metropolitana se hallan 828 500 adolescentes (CPI, 2019).

Al día de hoy, los y las adolescentes peruanas cuentan con una mejor y mayor cobertura educativa, esto se debe a que el sistema implantado señala que hay una óptima relación entre la juventud y el desarrollo (UNICEF, 2019). Esta idea es mencionada por Corcuera (2010) quien señala que a través de la educación los adolescentes van a adquirir habilidades y potencialidades para el desarrollo de una vida óptima y la prosperidad de su nación. Es por ello que entender y comprender la adolescencia en el Perú, conlleva a conocer circunstancias en el cual el adolescente peruano se desarrolla y desenvuelve, lo cual hace que se tenga una mejor noción de la población a estudiar (p. 27).

Uno de los aspectos comprendidos en el estudio de Corcuera (2010), y que es relevante en esta investigación, es el aspecto familiar, el cual señala que la mayor parte de los estudiantes poseen algún grado de supervisión en el hogar. De ellos, casi seis de diez estudiantes escolarizados viven con ambos padres; dos de cada diez viven únicamente con su madre; menos de uno de cada diez vive únicamente con su padre y dos de cada diez no viven con ningún integrante de su núcleo familiar (p. 17).

Describiendo la realidad del adolescente peruano, se puede apreciar que esta generación se encuentra más familiarizada con nuevas tecnologías y nuevos medios de comunicación e información; y esto debido a que en todo el territorio nacional, más de

la mitad de los adolescentes escolarizados posee una computadora en su hogar, y a su vez, siete de cada diez adolescentes tiene un celular (Corcuera, 2010, p. 19; INEI, 2017). Esta situación para Corcuera (2010) le permite al adolescente ser protagonista o participe del cambio cultural que se suscita en la actualidad, beneficiándose también en la organización de su trabajo y pasatiempos (p. 30).

2.2. Depresión

La depresión a lo largo del tiempo ha sido considerada como una enfermedad mental, el cual ha sido caracterizada por una sensación de tristeza y soledad que invade en la persona (Beck & Alford, 2009, p. 08). Este conocimiento no difiere mucho en esencia con las nociones que tienen diversos autores al día de hoy; por ejemplo Vásquez et al. (2000) menciona que la depresión se caracteriza por ser un trastorno en donde el individuo presenta un estado de ánimo decaído y diversas de alteraciones a nivel emocional, cognitivo, conductual y fisiológico (p. 418). Gotlib & Hammen (2012) incluso menciona la falta de estados afectivos positivos en las personas, que se manifiestan en la carencia de interés cognitivo y comportamental en las actividades de la vida cotidiana (p. 95). Chávez & Tena (2018), agrega a este concepto que este trastorno del estado de ánimo podría ser transitorio o permanente, el cual se distingue por una sensación de abatimiento, culpabilidad, infelicidad, además de ocasionar una incapacidad total o parcial en actividades cotidianas (p. 07),

Al ser un concepto que ha sido utilizado para designar sentimientos, síntomas, complejos de síntomas o una enfermedad son muchos los autores que se han referido para determinar la definición de la depresión. Sin embargo, el modelo general a seguir como referencia es el que brinda la organización mundial de la salud (OMS, 2017), el cual define a la depresión como “un trastorno mental el cual se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Este trastorno puede llegar a ser crónico y dificultar el desempeño en el ámbito laboral, educativo o en la vida cotidiana”.

2.2.1. Teorías acerca de la depresión

Así como no existe un consenso final acerca del concepto de la depresión, de igual forma se observa que existen diferentes puntos de vista para entender su origen, así como su funcionamiento; sin embargo, son dos corrientes las que prevalecen (Bernaras, Jaureguizar & Garaigordobil, 2019, p. 02). Por un lado se encuentra el enfoque biológico, el cual busca la explicación de la depresión en posibles causas fisiológicas como los desórdenes endocrinos (Birmaher, et al., 1996, p. 09), en el déficit de noradrenalina (Narbona, 2014, p. 573), en la estructura e influencia del código genético (Scourfield et al., 2003, p. 968), y/o en las alteraciones de la estructura cerebral (Whittle et al., 2014, p. 564). Por otro lado se encuentra la perspectiva psicológica, argumentando que la depresión podría describirse acorde a los modelos del apego (Bigelow et al., 2018, p. 34.), al modelo interpersonal (Milrod et al., 2014, p. 37), al sociocultural (Lorenzo-Blanco et al., 2012, p. 05) y/o al comportamental (Skinner, 1953, p. 165).

Sin embargo, el modelo que guiara a esta investigación es el modelo cognitivo realizado por Beck et al. (2010), el cual plantea que la depresión se fundamenta en la premisa de que los efectos y la conducta de los individuos son determinados por la forma en como estructuran su mundo y entorno en base a las cogniciones propias que tienen origen en acontecimientos y/o vivencias experimentadas con anterioridad. Este modelo propone que el pensamiento distorsionado es común denominador a todas las patologías psicológicas, en donde, la depresión es producto de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tienen que afrontar las personas. En conclusión, se afirma que una evaluación realista y la modificación del pensamiento distorsionado puede generar una mejora del estado del ánimo y la conducta (p. 19). El modelo cognitivo presenta tres conceptos específicos para explicar la depresión (Vásquez et al., 2000. p. 427):

- La triada cognitiva son los patrones cognitivos principales que llevan a la persona a considerarse a sí mismo, a su futuro y sus experiencias de forma negativa. El primero hace referencia la visión negativa propia de la persona, las personas se suelen ver torpes, con poca valía. Esto genera que la persona tenga la idea que no cuenta con las herramientas internas que se necesitan para lograr alegría, dicha y felicidad. El segundo elemento recae en la visión pesimista y negativa que tiene persona sobre el futuro. Los pensamientos y/o

ideas de fracaso son inevitables al querer emprender algún proyecto nuevo. El tercer componente las tendencias de interpretar el mundo u experiencias de forma negativa. Tiene una idea que el mundo únicamente le coloque objetivos y metas inalcanzables de alta demanda e insuperables (Beck, 1991, p. 372)

- Los esquemas se emplean para explicar porque una persona depresiva tiende a perpetuar actitudes que generan sufrimiento y poco beneficiosos en su día a día. El termino esquema hace referencia a una serie de patrones cognitivos estables. Cuando una persona afronta determinada situación o suceso, el esquema reconstruye datos en cogniciones, comprendida como cualquier idea con contenido verbal y/o gráfico. Las personas depresivas llegan a distorsionar diferentes situaciones a tal modo que ajustan su pensar de forma automática a esquemas inadecuados, en donde ya no tienen un libre control sus procesos de pensamiento y se vuelve incapaz de emplear otros esquemas más idóneos (Beck, 1991, p. 369).
- Los errores cognitivos son definidos por Vasquez, Muñoz & Becoña (2000) “son aquellas cogniciones negativas específicas que desencadenan la activación emocional característica del paciente depresivo. Son pensamientos automáticos (el paciente no se da cuenta del mismo o de su proceso de interpretación), repetitivos, involuntarios e incontrolables” (pp. 427). Alrededor el 60-80% de los pensamientos presentan una connotación negativa. Aunque eventualmente la mayoría de personas tienen pensamientos negativos, en aquellas con un problema de depresión grave estos pensamientos ya no son eventos aislados, por el contrario, son recurrentes en su conocimiento consciente (Beck, 1991, p. 369).

2.2.2. Sintomatología

La depresión, según Beck y Alford (2009), se expresa por un conjunto de síntomas que serán explicados a continuación

Manifestaciones emocionales (Beck & Alford, 2009):

- Estado de ánimo decaído: Este síntoma de la depresión es una de sus principales características, pero a su vez una de las que puede ser descrita de diferentes formas. Ya que algunas veces puede ser definida como tristeza,

disforia o en casos severos ser descrito como algo desesperanzador o miserable

- Sentimientos negativos hacia uno mismo: Los pacientes con síntomas depresivos usualmente expresan sentimiento negativos sobre sí mismos. Estos sentimientos para Beck pudieran estar relacionados con su estado de ánimo decaído, lo cual hace que las personas pudieran sentirse decepcionados de sí mismos, como llegar a sentir auto desprecio y odio hacia su persona
- Reducción en la gratificación (Anhedonia): Una de las características centrales de la enfermedad es la pérdida de sensación de satisfacción por actividades biológicas, cotidianas y psicosociales.
- Pérdida de relaciones emocionales: Este síntoma se ve manifestado por una disminución en la realización de actividades en el cual participen personas con algún vínculo afectivo o laboral; pudiendo en algunos casos generar apatía o indiferencia
- Episodios de llanto: Entre los pacientes con episodios depresivos es frecuente experimentar un aumento en la tendencia al llanto, ya que los estímulos o situaciones que normalmente no afectarían al paciente, ahora lo hacen. Sin embargo, existen casos en los que llorar puede ser difícil, incluso cuando lo deseen.
- Pérdida de la alegría: Los pacientes que atraviesan por algún cuadro depresivo, usualmente manifiestan la pérdida del sentido de humor. Por lo tanto, no logran divertirse y no presentan ningún sentimiento de satisfacción (p. 17).

Manifestaciones cognitivas (Beck & Alford, 2009):

- Baja autoevaluación: Esta propiedad es un rasgo característico de la enfermedad, la cual hace que el evaluado vea insuficiente atributos como su rendimiento, inteligencia, salud, fuerza, atractivo personal, recursos financieros, etc.
- Expectativas negativas: Esta característica de la persona deprimida muestra una perspectiva sombría y pesimista acerca de su situación y del futuro, rechazando cualquier posibilidad de mejora y pensando que su situación empeorara

- Auto culpa y autocrítica: Los pacientes depresivos tienen una tendencia de atribuir eventos adversos a alguna deficiencia en sí mismos y luego se reprenden por este supuesto defecto
- Indecisión: Existe en el evaluado una dificultad para tomar decisiones, como para analizar otras alternativas; ya que los pacientes deprimidos anticipan que su decisión va a ser errónea.
- Distorsión de la imagen corporal: La alteración en su autoimagen es un síntoma más frecuente en mujeres que en hombres; sin embargo, esta distorsión causa una preocupación incesante en su “falta de atractivo” (p. 22).

Manifestaciones motivacionales (Beck & Alford, 2009):

- Parálisis de la voluntad: Una característica a menudo es la pérdida de motivación para realizar actividades cotidianas, e inclusive de tareas más elementales y vitales como comer o tomar medicamentos. Estos deseos escapistas son similares a la parálisis de voluntad, debido a la pérdida o ausencia de motivación
- Evitación, escapismo y deseos de retirada: Los pacientes con depresión usualmente manifiestan salir del patrón de vida habitual por una actividad que ofrezca relajación o refugio
- Deseos suicidas: el interés del paciente por el suicidio puede variar desde un deseo pasivo, un deseo de actividad, un pensamiento repetitivo y obsesivo hasta un sueño o un plan meticuloso
- Incremento de la dependencia: Este síntoma se refiere al deseo de recibir ayuda u orientación, en vez de ir o entender que es una necesidad realista. Muchas veces el paciente alcanza este objetivo sin problema; sin embargo, en etapas avanzadas se observa deseos sinceros, no disimulados e intensos de búsqueda de ayuda (p. 27).

Manifestaciones físicas (Beck & Alford, 2009):

- Falta de apetito: A menudo la falta de apetito es el primer signo de depresión incipiente; sin embargo, el retorno del apetito puede ser el primer signo de que está comenzando a levantarse
- Distorsión del sueño: Uno de los síntomas más significativos es la dificultad para dormir o el dormir más de lo habitual

- Perdida del deseo sexual
- Cansancio (p. 33).

2.2.3. Diagnóstico

En nuestro medio, la clasificación de la depresión va a adherirse de las siguientes dos publicaciones

Según el manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), para el diagnóstico de sintomatología depresiva se debe presentar al menos cinco de los siguientes síntomas por un periodo al menos de dos semanas, donde además debe estar presente uno de los dos primeros síntomas

- Un estado de ánimo deprimido la mayor parte del tiempo (p. ej., tristeza, vacío, desesperanza).
- Disminución considerable del interés o placer por las actividades que se realiza cotidianamente.
- Disminución o aumento del apetito casi todos los días, teniendo como consecuencia la modificación del peso corporal.
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad.
- Disminución para concentrarse o para tomar decisiones.
- Ideación suicida recurrente. (APA, 2013, p.74)

Estos síntomas deben causar malestar significativa en el paciente, viéndose afectado aspectos sociales, laborales u otros que sean importante en su funcionamiento. Asimismo este resultado no puede ser atribuido a efectos fisiológicos de una sustancia u otra enfermedad. (APA, 2013)

Por otro lado, la clasificación internacional de las enfermedades (CIE-11) propone que la depresión es un trastorno disfórico que produce una disfunción significativa que conlleva a un deterioro funcional. Los síntomas necesarios para el diagnóstico son en primer lugar la ausencia de episodios maníacos previos. En segundo lugar, la presencia de al menos tres de cinco de los siguientes síntomas depresivos, los cuales deben persistir por al menos por dos semanas de duración, estos son: Estado de

ánimo deprimido persistente, disminución del placer e interés, sentimiento de inutilidad, sentimiento de confianza disminuida e ideación recurrente suicida. En tercer lugar, presenta pocos síntomas ansiosos, los cuales son: sentirse ansioso o nervioso, incapacidad para manejar sus propias preocupaciones, incapacidad para relajarse. La imposibilidad de quedarse quieto y sentir miedo de que algo terrible suceda (CIE, 2019).

2.3. Depresión en la adolescencia

La depresión en los adolescentes, según Reynolds, es considerado un trastorno de carácter intrínseco, debido a que tiene un impacto en el mundo interior del menor, causando miseria, desmoralización y angustia. Estas sensaciones van usualmente acompañadas de trastornos de conducta que causan preocupación en los padres, compañeros, maestros, etc. (Reynolds, 1992, p. 04). Debido a esta complejidad de eventos internos y/o externos que experimenta el adolescente, ellos no suelen interpretar correctamente lo que les está ocurriendo; es por ello que las personas de su entorno atribuyen estos eventos a características propias de la etapa, sin saber que estar relacionada a un trastorno mental (Reynolds, 1992, p. 04)

Para llegar a un diagnóstico apropiado, los encargados de la salud mental han planteado que se agreguen criterios a los que ya existían en el trastorno de depresión mayor (TDM), estos son: la irritabilidad, oposicionismo, agresividad, conductas de riesgo que pueden ocasionar problemas dentro del entorno escolar, familiar y social. Estas manifestaciones deben estar afectando al adolescente y su entorno de manera continua; y a su vez, le cause gran malestar que interrumpa su normal funcionamiento (Moreso & Sans, 2018, p. 28).

2.3.1. Factores de riesgo que influyen en la depresión

Los factores de riesgo son aquellos elementos que aumentan la posibilidad de experimentar y/o desarrollar síntomas depresivos. Estos pueden llegar a ser variados, dependiendo del autor, así como puede incluir aspectos diversos como los biológicos, psicológicos y sociales (Lugo, Domínguez & Romero, 2018, p. 02). Sin embargo, los

siguientes hallazgos hacen relevante tomar en consideración los siguientes factores detonantes.

- La familia es el primer espacio donde el individuo llega a socializar durante la infancia y también es un elemento clave en la etapa juvenil, en el cual los adolescentes son capaces de identificarse diversos modelos a seguir por medio de la educación, observación y las formas de relación social establecidas por el núcleo familiar con otros grupos. Además, es en este espacio lograr desarrollar distintas habilidades que le permiten superar las limitaciones que existen (Pardo, 2004, p. 22).
- Por todo lo anterior mencionado, la relación entre padres e hijos es un factor determinante, en el desarrollo de síntomas depresivos en niños y jóvenes. Aquellos que no logran desarrollar un vínculo fuerte con sus progenitores son más propensos a presentar síntomas depresivos cuando se enfrentan a eventos vitales adversos, en comparación con aquellos que tienen relaciones de tipo más cercanos y mayor soporte emocional (Kraaij et al., 2003, p. 189). En una investigación realizada en diversas muestras de adolescentes se encontró que en aquellos adolescentes que presenciaron violencia entre sus progenitores durante su niñez, tienden a desarrollar síntomas depresivos en la adolescencia. Aquellos jóvenes provenientes de padres con relaciones conflictivas evidencian mayor probabilidad de presentar depresión durante la adolescencia, así como de agredir físicamente a pares del mismo sexo, compañeros y padres. (Como se citó en Pardo, 2004, p.23). Adicionalmente, elementos como los factores socioeconómicos y los cambios en la estructura familiar guardan relación con la presencia de depresión en edades tempranas. Gilman et al. (2003), plantean que el divorcio y pertenecer a un bajo nivel socioeconómico tienen consecuencias en el bienestar percibido por los miembros de la familia, lo que favorecen a la presencia de depresión a lo largo de la vida (p. 941).
- Otro de los factores que tienen influencia en el padecimiento de la depresión son experimentar eventos estresantes, estos pueden tener gran impacto e importancia en la vida del adolescente y pueden ser situaciones como inconvenientes que se puedan presentar frente al ingreso a la universidad, la elección de una profesión, el inicio de la vida laboral o la dificultad de

conseguir un trabajo, las relaciones de pareja, el divorcio de los padres, la pérdida de algún ser querido y el maltrato físico o psicológico, pueden preceder al desarrollo de la depresión (Pardo, 2004, p. 22).

- Uno de los agentes disparadores, y de suma importancia, es el experimentar pobreza, sobre todo si es prolongada. Diversos informes han demostrado que padecer necesidades tienen un efecto en la salud, en el desarrollo cognitivo, el rendimiento escolar, sueños, autoestima, relaciones interpersonales, conductas de riesgo, etc. (UNICEF, 2007, p. 05). Asimismo, la familia de bajos recursos con padres de un nivel educativo bajo influyen longitudinalmente en el padecimiento de depresión de sus hijos (Pardo, 2004, p. 27).
- El soporte social es considerado como un elemento importante en el padecimiento o no de la depresión en edades tempranas, ya que el sentirse amado, cuidado, estimado y valorado como una persona y poder contar con alguien que está dispuesto a escuchar, entender y ayudar cuando sea necesario hará que las personas cuenten con factores protectores ante algún desbalance emocional (Cornwell, 2003, p. 967)

2.3.2. Consecuencias de la depresión

La depresión puede traer consigo efectos negativos en los adolescentes, por ejemplo, Borges et al. (2010) menciona quienes padecieron de depresión en las etapas tempranas de la vida tienen una alta probabilidad de presentar alteraciones como agorafobia, fobia social, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y dependencia a las drogas (p. 05)

Por otro lado, en el ámbito educativo, Franco et al. (2011, p. 72) determinó en un estudio realizado a jóvenes universitarios, que el rendimiento académico, entendido como la capacidad de respuesta con la que cuentan los alumnos ante los diversos estímulos educativos previamente establecidos, guarda una relación directamente proporcional entre depresión y un regular o mal rendimiento académico.

2.4. Instrumentos de medición de la depresión

En la actualidad existen diversos medios para evaluar la depresión entre la población adolescente, estas pueden ser el Inventario de Depresión Infantil (CDI), el inventario de depresión de Beck (BDI), la escala de autoevaluación para la depresión de Zung. A continuación, se realizará una breve reseña de los instrumentos mencionados, para luego, ahondar en la escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR) que será la herramienta a emplear en este proyecto.

2.4.1. Inventario de depresión infantil (CDI)

El CDI (Children Depression Inventory) fue desarrollado por Maria Kovacs (1977) con el objetivo de contar con un test capaz de identificar sintomatología depresiva en niños y/o adolescentes. Este inventario, es el instrumento más utilizado y aceptado por los diversos investigadores en el abordaje de la depresión infantil. La prueba comprende 27 preguntas cada una de ellas con 3 afirmaciones y compuesta por 5 escalas sub – divididas en: Estado de ánimo negativo, dificultades interpersonales, baja auto estima, ineficacia y anhedonia (Segura et al., 2010, p. 65).

2.4.2. Escala de síntomas depresivos de Zung (ESD-Z)

La escala de síntomas depresivos de Zung (ESD-Z) es un auto reporte que busca identificar la frecuencia con la que los adolescentes experimentan síntomas depresivos presentes (Zung, 1965). Esta prueba, de desarrollo breve, está compuesta por 20 items, los cuales forman parte de tres dimensiones: Estado de ánimo (02), síntomas cognoscitivos (08), síntomas somáticos (08) y síntomas psicomotores (02); además esta se realiza por una escala Likert de 4 opciones de respuesta (muy pocas veces, muy poco tiempo, algunas veces y casi siempre. Con respecto al nivel de depresión que brinda la prueba: puntajes menores a 50 establecen un rango normal, de 50 a 59 los sujetos experimentan depresión leve, de 60 a 69 depresión moderada y mayor de 70 depresiones grave (Campo-Arias et al., 2006, p. 56; Lezama, 2012, p. 93; Vélez-Álvarez et al., 2016, p. 10)

2.4.3. Inventario de depresión de Beck (BDI)

El inventario de depresión de Beck (BDI-I) creado por Beck y colaboradores en 1971, siendo su última versión en 1996 (BDI-II), trata de un auto informe que mide síntomas de depresión en adolescentes de 13 años en adelante. El informante valorará la gravedad de sus síntomas durante las dos últimas semanas, situándose en cuatro opciones de sus 21 ítems. La puntuación total puede oscilar entre 0 y 93, donde a mayor puntuación, mayor gravedad de la sintomatología depresiva. La prueba consta de dos dimensiones: cognitivo-afectivo y somático-motivacional (Rodríguez & Farfán, 2015, p. 72; Contreras-Valdez, Hernández-Gúzmán, Freyre, 2015, p. 197; Sánchez-Villena & Farfán, 2019, p. 03)

2.4.4. Escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR)

Para la presente investigación, se utilizará la Escala de Depresión para Adolescentes (EDAR) de Reynolds (1986/1987); el cual es un instrumento que busca estudiar los diferentes niveles de depresión que presentan los adolescentes cuyas edades oscilan entre los 12 a 18 años. El instrumento cuenta con 30 ítems distribuidos en 30 indicadores de sintomatología depresiva delineados por el manual de diagnóstico y estadística para los trastornos mentales (DSM); estos a su vez forman parte de 6 dimensiones, que equivalen a las planteadas por el autor; estas son la desmoralización, las expresiones emocionales vinculadas hacia la cólera, anhedonia, baja autoestima, somático vegetativo y factor escolar. (Reynolds & Mazza, 1998, p. 298)

Tabla 2.1.

Dimensiones de la prueba EDAR

Dimensiones	Indicadores	Ítems
Desmoralización	Disforia	01
	Soledad	03
	Devaluado por padres	04
	Valía personal	05
	Llanto	08
	No apreciado, no valorado	09
	Bajo merito personal	12
	Abatimiento	13
	Daño a si mismo	14
	Desaprobarse a si mismo	20
	Desesperanza	30

(Continua)

(Continuación)

Dimensiones	Indicadores	Ítems
Expresiones emocionales vinculadas a la cólera	Tristeza	07
	Irritabilidad	16
	Pesimismo	17
	Fatiga	18
	Cólera	22
	Preocupación	26
Anhedonia	Aburrimiento	28
	Anhedonia-pares	10
	Reducción del habla	23
Baja Autoestima	Anhedonia-general	25
	Aislamiento Social	06
	Autoestima	15
	Autoreproche	19
Somático-vegetativo	Pena de sí mismo	21
	Alteraciones del sueño	24
	Queja somática	27, 11
	Trastorno del apetito	29
Factor Escolar	Ansiedad escolar	02

La prueba presenta una escala Likert de cuatro puntos (Casi nunca, rara vez, algunas veces y casi siempre), teniendo un rango de puntaje de 30 a 120. Con respecto a sus ítems, Reynolds plantea que van a existir ítems críticos, los cuales ayudarán a identificar y discriminar de manera rápida sintomatología depresiva, estos son el ítem 06, 14, 20, 26, 29 y 30; asimismo, existen ítems que se califican de un modo inverso los cuales son: 01, 05, 10, 12, 23, 25 y 29. La interpretación de la puntuación obtenida es de la siguiente manera: mínimos síntomas depresivos de 0 a 73 puntos: un leve grado de 74 a 79; un grado moderado de 80 a 89 y un grado severo de 90 a 120 puntos. (Figueras-Masip, Amador-Campos & Peró-Cebollero, 2008, p. 252).

En cuanto a las propiedades psicométricas de la prueba, esta presenta una alta confiabilidad, que oscila entre .91 a .96 en muestras de adolescentes clínicos y no clínicos; una consistencia interna entre .92 y .96; además de una fiabilidad test-retest de .80 (seis semanas), .79 (tres meses) y .63 (al año). En relación a su validez, la prueba demuestra en su tipo concurrente que existen varias correlaciones con distintos instrumentos de medición como son con el Inventario de Depresión Infantil (CDI), el cual las correlaciones muestran .62 y .73; además con instrumentos como el Inventario de Depresión de Beck (BDI), Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes (CES-D) y la escala de Depresión de Zung; cuyos valores comprendidos oscilan entre el .71 y .89. (Reynolds & Mazza, 1998, p. 297).

El instrumento EDAR ha sido utilizado en distintas investigaciones situadas en Estados Unidos (Seeman, 1997, p. 32; Reynolds & Mazza, 1998, p. 299; Li, DiGiuseppe & Froh, 2006, p. 411), Canadá (Campbell, Byrne & Baron, 1992, p. 328; Schonert-Reichl, 1994, p. 53) y Australia (Boyd *et al.*, 2000, p. 485; Price & Lavercombe, 2000, p. 192), las cuales han tenido como muestra distintas poblaciones tales como adolescentes (Boyd *et al.*, 2000, p. 485; Li, DiGiuseppe & Froh, 2006, p. 411), estudiantes (Campbell, Byrne & Baron, 1992, p. 328; Reynolds & Mazza, 1998, p. 299; Schonert-Reichl, 1994, p. 53.; Price & Lavercombe, 2000, p. 725), y adolescentes con antecedentes clínicos (Seeman, 1997, p. 32). Con respecto a las propiedades psicométricas, se evidencia en promedio un alfa de Cronbach de .91 y una consistencia interna de .85 (Schonert-Reichl, 1994, p. 55; Reynolds & Mazza, 1998, p. 303). Dentro de los resultados, podemos observar que los puntajes de la prueba EDAR oscilan entre 52.19 y 62.3 para adolescentes y 83 para aquellos con historial clínico (Seeman, 1997, p. 67); asimismo se aprecia que de 7.4% a 18% de los jóvenes presentan indicadores de sintomatología depresiva (Reynolds & Mazza, 1998, p.302; Mazza & Reynolds, 1999, p.207; Boyd, Gullone, Kostanski, Ollendick & Shek, 2000, p.487; Price & Lavercombe, 2000, p.727), mientras que en los casos médicos se estima un 45% (Seeman, 1997, p.68). En la gran mayoría de estudios se puede apreciar que de acuerdo al género, son las mujeres las que presentan un mayor porcentaje de indicadores depresivos en comparación que los hombres; además, de acuerdo a los rangos de edad se observa que los adolescentes en 15 y 18 tienen una tasa de depresión mayor a los de entre 11 y 14 años (Price & Lavercombe, 2000, p.193; Schonert-Reichl, 1994, p.57).

2.4.5. Escala de depresión para adolescentes de Reynolds – segunda versión

La segunda versión del EDAR mantiene la finalidad de servir como una prueba para la identificación de síntomas depresivos en el ámbito escolar y clínico, esta nueva entrega presenta el mismo formato y enunciados. Con respecto a los cambios, ahora el EDAR-2 se basa en los criterios de diagnóstico del DSM-IV-TR, presentando además distintas muestras de estandarización y cuatro nuevas sub-escalas (Anhedonia, disforia, autoevaluación negativa y quejas somáticas). En cuestión a su uso, la nueva versión amplía el rango de edad de 11 a 20 años (Vassar y Bradley, 2012, p. 519). En cuanto a

sus propiedades psicométricas, se puede apreciar que la prueba presenta un índice de confiabilidad de .93, mientras que las de las sub-escalas van desde .80 a .87

Tabla 2.2.

Dimensiones de la prueba EDAR – segunda versión

Dimensiones	Indicadores	Ítems
Disforia	Ansiedad escolar	02
	Soledad	03
	Aislamiento Social	06
	Tristeza	07
	Llanto	08
	Irritabilidad	16
	Pena de sí mismo	21
	Preocupación	26
Anhedonia	Disforia	01
	Valía personal	05
	Anhedonia - pares	10
	Bajo mérito personal	12
	Reducción del habla	23
	Anhedonia - general	25
	Trastorno del apetito	29
	Devaluado por padres	04
Autoevaluación negativa	No apreciado, no valorado	09
	Abatimiento	13
	Daño a si mismo	14
	Autoestima	15
	Autorreproche	19
	Desaprobarse a sí mismo	20
	Desesperanza	30
	Queja somática	11
Quejas somáticas	Aburrimiento	17
	Fatiga	18
	Cólera	22
	Alteraciones del sueño	24
	Queja somática	27
	Aburrimiento	28

Esta nueva versión ha sido validada en diversos entornos, tal es el caso de Nueva Zelanda (Walker *et al.* 2005, p. 137); España (Figueras-Masip, Amador-Campos & Peró-Cebollero, 2008, p. 251; Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos-Giraldez & Muñiz, 2011, p. 294); Corea del Sur (Hyun *et al.* 2009, p. 643); Trinidad & Tobago (Maharajh, Ali & Konings, 2006, p. 34); Pakistan (Sami, Ahmad y Khanam, 2013, p. 03). Dentro de los resultados obtenidos, se puede evidenciar que los modelos de ajuste en promedio son apropiados, con CFI e IFI > 90 y RMSEA inferior a 0.80. Con respecto a la confiabilidad de la prueba entre las distintas poblaciones, esta oscila entre .89 a .93; asimismo también se evidencia que la puntuación media fluctúa entre 47.4 y 59,

certificando que son las mujeres ($M = 61.6$) las que presentan mayor puntuación que los hombres ($M = 55.9$).

Asimismo, se observa en estos estudios que la tasa de depresión en adolescentes muestra en promedio una cifra de 7.5 % a 14.6 %; así también, se puede apreciar que en el grupo de 16 años muestra mayor índice de sintomatología depresiva (Maharajh, Ali & Konings, 2006, p.34), además son los alumnos de grados inferiores que presentan también una alta tasa de depresión. (Figueras-Masip, Amador-Campos & Peró-Cebollero, 2007, p.258)

En cuanto a las variables sociodemográficas, se encuentra que los adolescentes pertenecientes a familias reconstituidas presentan mayores evidencias en síntomas depresivos en comparación a los que pertenecen a familias monoparentales y extensas (Maharajh, Ali & Konings, 2006, p.35). Además, los adolescentes que pertenecen a escuelas con pocos recursos tienden a padecer de depresión, en equiparación de los adolescentes que asisten a escuelas con altos recursos (Maharajh, Ali & Konings, 2006, p.35).

2.4.5.1. El EDAR en el contexto peruano

En nuestro medio, son pocos los estudios que han venido utilizando el RADS como parte de sus investigaciones. Estos, han brindado características de sintomatología depresiva presente en cierta población adolescentes (Ugarriza y Escurra, 2002; Ramírez, 2010, p. 83) o han sido relacionados con diversas variables como con afrontamiento (Purisaca y Cajahuanca, 2017, p. 36), con necesidades psicológicas básicas (Bellido, 2019, p. 18), resiliencia y felicidad (Arequipeño y Gaspar, 2017, p. 57) y funcionalidad familiar y estilos parentales (Panuera, 2018, p.15; Hinojosa, 2019, p. 36). A su vez, encontramos que todas las investigaciones se han realizado en Lima Metropolitana, en poblaciones mixtas a excepción del estudio hecho por Ramírez (2010) quien lo realizó en una muestra femenina (p. 66). Otra característica en común encontrada fue que la edad de la muestra oscila entre 13 a 19 años, tomando en cuenta que la población se encontraba en 3ro, 4to y 5to de secundaria; a excepción del estudio realizado por Purisaca y Cajahuanca (2017) quien agrega a su muestra el 2do de secundaria (p. 35).

Dentro de los resultados obtenidos en las personas que padecen depresión, observamos que la tasa presente en dichas muestras oscila entre el 5.5% al 13.4% (Ugarriza y Escurra, 2002, p. 103; Ramírez, 2010, p. 67; Arequipeño y Gaspar, 2017 p. 75; Purisaca y Cajahuanca, 2017, p. 46; Bellido, 2019, p. 28; Hinojosa, 2019, p. 50), siendo las mujeres las que presentan una mayor tasa de prevalencia depresiva en comparación con los hombres (Purisaca y Cajahuanca, 2017, p. 46; Arequipeño y Gaspar, 2017). Con respecto a la edad, se puede apreciar que los adolescentes que tienen 15 años tienden a tener una mayor posibilidad al padecimiento de síntomas depresivos, seguido por el grupo de 17 años (Ramírez, 2010, p. 67; Purisaca y Cajahuanca, 2017, p. 46; Arequipeño y Gaspar, 2017, p. 75). En relación con el tipo de familia, se observó que de los alumnos que vivían con ambos padres, 27.3% de ellos presentaban síntomas depresivos; mientras que los que vivían únicamente con el padre o la madre presentaban 50% y 34.9% respectivamente (Ramírez, 2010, p. 67). Asimismo, otra información relevante fue que los de los alumnos que presentaban sintomatología depresiva, 40% de ellos poseían algún antecedente familiar con el mismo cuadro (Ramírez, 2010, p. 67); a su vez, también se observó que los alumnos de los colegios estatales tenían mayor tendencia al padecimiento de depresión en comparación los alumnos de colegios privados (Ugarriza y Escura, 200., p. 103)

En cuanto al análisis de sus dimensiones, se pudo observar que en promedio la desmoralización y la cólera y tristeza, son las que predominan en esta población, seguido por disforia y somático-vegetativo (Arequipeño y Gaspar, 2017, p. 76; Purisaca y Cajahuanca, 2017, p. 47; Hinojosa, 2019, p. 50); asimismo, dentro de los síntomas más frecuentes se puede encontrar a la ansiedad escolar, seguido por la ira y la preocupación (Purisaca y Cajahuanca, 2017, p. 47). Con respecto a la influencia del sexo sobre las dimensiones, se pudo observar que en los varones existen mayores puntuaciones en baja autoestima y ansiedad escolar; mientras que en las mujeres se relaciona con la somatización y la ansiedad escolar. Por último, se pudo observar que los alumnos con presencia de sintomatología depresiva del tercero, cuarto y quinto grado de secundaria, muestran altos puntajes en somático-vegetativo y ansiedad escolar (Arequipeño y Gaspar, 201. p. 76).

CAPITULO III: OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y DEFINICIÓN DE VARIABLES

3.1. Objetivos

- Evaluar y comparar los modelos de la primera y segunda versión de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) mediante el análisis factorial confirmatorio (AFC)
- Obtener evidencias de validez vinculadas a la estructura interna de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) a través de la varianza media extraída (AVE)
- Obtener evidencias de confiabilidad de las puntuaciones derivadas de la Escala de Depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR) por medio de la fiabilidad compuesta (FC)

3.2. Variables

La depresión se define, de manera conceptual, como un trastorno mental donde se pone de manifiesto características tales como la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, baja autoestima, sentimientos de culpa hacia uno mismo, trastornos del sueño o del apetito, una constante sensación de agotamiento y falta de concentración. Este trastorno puede llegar a ser crónico y entorpecer el desempeño en diversos ámbitos de la vida tales como el laboral, educativo y familiar (OMS, 2017). Asimismo, la sintomatología depresiva será operacionalmente definida por el resultado obtenido de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR)

CAPITULO IV: MÉTODO

4.1. Tipo y diseño de investigación

El presente trabajo tuvo como finalidad obtener las evidencias de validez basadas en la estructura interna de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) a través del análisis factorial confirmatorio (AFC) y presentar las propiedades psicométricas de la segunda versión en estudiantes de secundaria de Lima Metropolitana. Con tal propósito, se realizó una investigación psicométrica donde se buscó evaluar los atributos del instrumento a investigar, así como la confiabilidad de sus datos y la validez de los resultados obtenidos; lo cual permitió identificar y cuantificar las diferencias psicológicas que existen entre las personas (Furr & Bacharach, 2013, p. 09).

A su vez, este estudio fue realizado con un diseño no experimental, teniendo como fin el recolectar información en forma pasiva, sin producir ningún cambio o intervención (Monje, 2011, p. 24). Asimismo, fue descriptivo, puesto que buscaba observar y registrar el comportamiento, con el fin de revelar información relevante de la persona (Leedy & Ormrod, 2013, p. 136); y transversal, debido a que implicó estudiar a todas los individuos al mismo tiempo (Santrock, 2014, p. 36)

4.2. Participantes

La metodología que se utilizó para realizar el muestreo fue no probabilística del tipo intencional, este método fue escogido debido a que la población seleccionada no va a depender de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de inclusión de la muestra (Hernández et al., 2014).

Se estableció un tamaño mínimo de 538 participantes a través del interfaz del programa de Soper (Soper, 2015) para el cálculo de un modelo de ecuaciones estructurales. Esta cantidad se estimó incorporando cinco valores a dicho programa. El primero es el tamaño del efecto, donde se asumió un valor de .30, el cual es un nivel adecuado para este tipo de investigación, ya que para un instrumento no se sugiere cargas factoriales menores (Hair et al., citado en Vargas & Mora, 2017, p.20). La segunda y tercera división estuvo conformada por el nivel de probabilidad y la potencia

estadística, siendo las cantidades agregadas .05 y .80 respectivamente; estas cifras añadidas han sido establecidas por Quezada (2017) como pautas para la investigación cuantitativa (p. 165). Las últimas secciones estuvieron conformadas por el número de variables latentes y observadas, las cuales conforme a la estructura del EDAR son 4 y 30 (Figueras, Amador, & Perú, 2008, p. 254). Asimismo, los criterios de inclusión para esta investigación fueron: estudiantes matriculados en el año académico 2020, personas de sexo femenino y masculino y aquellos que presenten el consentimiento aprobado de sus padres.

Consecuentemente, debido a que algunas comunalidades de la prueba fueron bajas, además de que algunas dimensiones presentaban únicamente 3 ítems por factor, se tomó en cuenta lo sugerido en estos casos por Hogarty et al. (2005), lo cual indican que la muestra debe ser mayor a 500 participantes (p. 203): Asimismo, Ferrando y Anguiano-Carrasco (2010) agregan que en cuanto mayor sea el tamaño de la muestra del que se disponga, mayor sería la confianza que se tendría en que la solución sea estable (p. 28). Por tales motivos, la muestra final para esta investigación consistió en 941 estudiantes de Lima Metropolitana.

Tabla 4.1

Distribución de la muestra de estandarización

	N ° Participantes	%
Género		
Hombres	480	51
Mujeres	461	49
Edad		
12	112	22.81
13	216	22.95
14	200	21.25
15	200	21.25
16	165	17.54
17	48	5.10
Grado		
1ro de secundaria	199	21.15
2do de secundaria	201	21.36
3ro de secundaria	191	20.30
4to de secundaria	184	19.55
5to de secundaria	166	17.64
Convivencia		
Con ambos padres	492	52.28
Solamente con la madre	164	17.43
Solamente con el padre	24	2.55
Con alguno de sus abuelos	12	1.28
Solamente con alguno de sus tíos	3	0.32

(Continua)

(Continuación)

	N ° Participantes	%
Convivencia		
Familia extendida (papas, abuelos, tíos, etc.)	177	18.81
Otros	69	7.33
Lugar de procedencia		
Lima Norte	191	20.32
Lima Sur	7	0.75
Lima Centro	586	62.34
Lima Este	154	16.38
Callao	2	0.21

Nota: Otros: Familias reconstituidas (madre con nueva pareja, padre con nueva pareja).

Lima Norte: San Martín de Porras, Independencia, Comas, Los Olivos, Puente Piedra, Carabayllo Chancay; Lima Sur: Santiago de Surco, San Juan de Miraflores; Lima Centro: Rímac, Cercado de Lima, La Victoria, San Miguel, Surquillo, San Borja, San Luis, Jesús María, Lince, San Isidro; Lima Este: El Agustino, San Juan de Lurigancho, Santa Anita, Ate; La Molina, Chaclacayo; Callao: Ventanilla.

4.3. Técnicas de recolección

La recolección de información se realizó por medio de una encuesta sociodemográfica y por la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR).

El EDAR fue elaborado por William Reynolds en 1988, teniendo como objetivo crear una prueba de screening que pueda determinar sintomatología depresiva en adolescentes de 13 a 18 años de edad. Este instrumento cuenta con 30 ítems divididos en seis dimensiones, los cuales son evaluados mediante una escala Likert de cuatro puntos (Casi nunca, rara vez, algunas veces y casi siempre), teniendo un rango de puntaje de 30 a 120. Asimismo, es posible aplicar a evaluados fuera de este rango, de manera grupal o individual.

Con respecto a la composición de la escala, Reynolds planteó la existencia de ítems críticos, los cuales ayudarán a identificar y discriminar de manera rápida sintomatología depresiva, estos son el ítem 06, 14, 20, 26, 29 y 30; asimismo, existen ítems que se califican de un modo inverso los cuales son: 01, 05, 10, 12, 23, 25 y 29. La interpretación de la puntuación obtenida es de la siguiente manera: mínimos síntomas depresivos de 0 a 73 puntos: un leve grado de 74 a 79; un grado moderado de 80 a 89 y un grado severo de 90 a 120 puntos (Ugarriza y Ecurra, 2002, p. 102; Purisaca y Cahahuanca, 2017, p. 40; Panuera, 2018, p. 63).

La adaptación peruana del instrumento fue realizada por Ugarriza y Ecurra en el año 2002, teniendo como objetivo realizar la adaptación psicométrica en escolares de nivel secundaria de Lima Metropolitana. Con respecto a sus propiedades psicométricas,

la consistencia interna fue obtenida mediante el coeficiente de alpha de Cronbach, siendo .87; mientras, que la confiabilidad determinada por el método de división por mitades es de .85 para la muestra total de estandarización. Asimismo, los resultados de las dimensiones fueron: ansiedad escolar obtuvo .78, anhedonia .75, síntomas somáticos – vegetativos .66, cólera y tristeza .65, baja autoestima .65 y desmoralización .63.

4.4. Procedimiento de recolección de información

Esta etapa de la investigación se llevó a cabo durante los meses de septiembre, octubre, noviembre y diciembre del año 2020, contando con dos fases:

La primera fase, consistió en contactar con los centros educativos elegidos para esta investigación e informando el propósito del estudio. A continuación, se procedió a coordinar una reunión con el director, seguidamente con los tutores a cargo de cada aula. En las reuniones se brindó información relacionada al procedimiento de la prueba, criterios éticos de la misma y el consentimiento informado de manera virtual para que pueda ser entregado a los apoderados de los estudiantes (<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScjf1QCQvXR2bE9CbSq1vT6SQncbyC543mdvb9PiOW1FLoMg/viewform?vc=0&c=0&w=1&flr=0&gxids=7628>) y agendar el cronograma de aplicación de la prueba.

La segunda fase, fue en torno a la aplicación del instrumento la cual se llevó a cabo de forma remota y virtual mediante el siguiente enlace https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfvLPZbZR4IvQiVDasqO3Kw7D_rviLDp_7dN-QpMSSmYlZXEw/viewform?vc=0&c=0&w=1&flr=0&gxids=7628 el cual dirigió a los estudiantes a la plataforma de “Google Forms”, donde completaron el test. Esta forma de evaluación ha sido elaborada también en Nueva Zelanda utilizando el mismo instrumento y similar muestra (Walker et al., 2005, p. 137). El procedimiento que fue llevado a cabo, comprende que uno de los evaluadores ingresó a la clase de tutoría, quien con apoyo del tutor del aula envió el link de la prueba. Durante la evaluación, los alumnos que no contaron con el permiso de sus padres fueron exentos de hacer la prueba; sucesivamente el evaluador enunció las indicaciones acerca de la ficha sociodemográfica y la prueba brindando un aproximado de 15 a 20 minutos para su término.

CAPITULO V: RESULTADOS

Luego de aplicar el instrumento a los participantes a través de la plataforma de Google Docs, se exportó la información a una hoja de cálculo con la finalidad de crear una base de datos en el software Microsoft Excel 19.0. Con los datos ya recogidos se llevó a cabo el análisis estadístico descriptivo con el programa IBM SPSS Statistics 26. Finalmente, se utilizó el software R para llevar a cabo el análisis factorial confirmatorio y determinar los índices de ajuste de la escala. El método de estimación de parámetros que se utilizó fue el de mínimos cuadrados ponderados robustos (WLSMV) debido a que este se adecua a las variables de tipo categóricas (Freiberg et al., 2013, p. 155) y es el más idóneo para diversos tamaños de muestra y datos de tipo ordinal. (Viladrich et al., 2017, p. 761). Debido a que no existe un consenso acerca de cuál es el mejor índice de ajuste para usar, se determinó un número variado de ellos, los cuales fueron el chi cuadrado (χ^2), seguido por el índice de ajuste normado (NFI), el coeficiente de Tucker-Lewis (TLI), el índice de ajuste comparativo (CFI) y el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA). Los valores que se esperaron encontrar para determinar un buen ajuste deben ser superiores a .90 en el caso de NFI, TLI y CFI; mientras en el caso del RMSEA se esperará un valor menor o igual a .08 (Ruiz, Pardo & San Martín, 2010, p.43; Byrne, 2016, p.96).

5.1. Análisis descriptivos

En la tabla 5.1 se presentan las medidas descriptivas y las características distribucionales de los ítems; asimismo, el supuesto de normalidad univariada se estimó a través de los coeficientes de curtosis y asimetría, y se consideraron como criterio los valores dentro del rango de ± 1.5 (Pérez & Medrano, 2010, p.60). En el análisis descriptivo de los ítems que componen el EDAR, las medidas reportadas dan cuenta de la media (M), la desviación estándar (DE), el coeficiente de asimetría (g1) y de curtosis (g2). Estos valores evidencian que los ítems 02 (M = 3.17), 22 (M = 2.62) y 26 (M = 2.62) presentan las medias aritméticas más altas; mientras que las más bajas son los ítems 14 (M = 1.33), 25 (M = 1.48) y 12 (M = 1.55). En cuanto a la variabilidad, se aprecia que los ítems 24 (DE = 1.088), 03 (DE = 1.026) y 08 (DE = 1.026), son los que

presentan mayor dispersión. La asimetría fluctúa entre -0.857 y 2.210; mientras que la curtosis oscila entre -1.214 y 4.174, lo cual indica que la distribución de los ítems no se aproxima a una distribución univariante normal.

Tabla 5.1

Estadísticos descriptivos de los ítems

	M	DE	g1	g2
Ítem 1	1.71	0.729	0.918	0.812
Ítem 2	3.17	0.833	-0.857	0.231
Ítem 3	2.24	1.026	0.174	-1.195
Ítem 4	1.56	0.839	1.302	0.626
Ítem 5	2.16	0.939	0.401	-0.732
Ítem 6	2.00	1.013	0.508	-1.026
Ítem 7	2.35	0.936	-0.092	-1.018
Ítem 8	2.09	1.026	0.396	-1.097
Ítem 9	1.75	0.910	0.923	-0.259
Ítem 10	1.72	0.908	1.169	0.494
Ítem 11	1.74	0.873	0.945	-0.019
Ítem 12	1.55	0.689	1.123	1.011
Ítem 13	1.77	0.978	0.993	-0.242
Ítem 14	1.33	0.707	2.210	4.174
Ítem 15	1.89	0.946	0.695	-0.617
Ítem 16	2.35	0.923	0.037	-0.891
Ítem 17	2.35	1.020	0.068	-1.152
Ítem 18	2.75	0.977	-0.440	-0.772
Ítem 19	1.99	0.996	0.594	-0.819
Ítem 20	1.62	0.881	1.220	0.415
Ítem 21	1.80	0.963	0.882	-0.410
Ítem 22	2.62	0.889	-0.309	-0.617
Ítem 23	2.00	0.971	0.696	-0.501
Ítem 24	2.21	1.088	0.335	-1.214
Ítem 25	1.48	0.730	1.554	2.051
Ítem 26	2.62	0.922	-0.210	-0.776
Ítem 27	1.90	0.955	0.683	-0.656
Ítem 28	2.95	0.894	-0.642	-0.250
Ítem 29	1.60	0.737	1.151	1.031
Ítem 30	2.10	0.987	0.394	-0.976

Nota: M: media; SD: desviación típica; g1: coeficiente de asimetría; g2: coeficiente de curtosis.

5.2. Evidencias de validez vinculadas a la estructura interna

Para la presente investigación se utilizó el análisis factorial confirmatorio (AFC), método de evaluación que permite establecer el número de factores y el patrón de relación entre sus cargas factoriales e indicadores; además de llegar a reproducir la matriz de las varianzas y covarianzas de las muestras en las variables medidas (Fernández, 2015, p. 45). Según Batista et al. (2004) contar con un amplio conocimiento para establecer hipótesis entre indicadores e hipótesis latentes permite contrastarlas entre sí (p. 24). Una vez especificado el modelo se busca determinar los

grados de ajuste de este, en donde difícilmente los datos ajustarán en un primer contraste y es por ello que se da la modificación del modelo original y se contrasta con otros modelos creados del esquema inicial para determinar cuál muestra mejor índice de ajuste según los datos observados (Batista, 2004, p. 25-26).

Con este objetivo, se busca confirmar la estructura factorial propuesta por Reynolds (Tabla 5.2) mediante análisis factorial confirmatorio (AFC) y utilizando un estimador robusto (WLSMV) y correlaciones de tipo policóricas (Freiberg et al., 2013, p. 153), debido a la naturaleza categórica de las variables estudiadas (Medrano & Muñoz-Navarro, 2017 p.222). Adicionalmente, este estimador tiende a obtener parámetros más precisos, particularmente cuando la asimetría distribucional de los ítems es fuerte (Li, 2016 p.942). Finalmente, en este estudio fueron consideradas como cargas factoriales aquellas iguales o superiores a .40 (Williams, Onsmán & Brown, 2010 p. 5)

Tabla 5.2

Ítems que saturan en los modelos de seis, cinco y cuatro factores de Reynolds

Modelo de 6 factores		Modelo de 5 factores		Modelo de 4 factores	
Factor	Ítems	Factor	Ítems	Factor	Ítems
1	20, 9, 12, 4, 13, 14, 1, 30, 3, 8, 5	1	4, 9, 13, 14, 20, 30	1	7, 8, 3, 16, 26, 6, 2
2	22, 16, 28, 7, 26, 17, 18	2	2, 3, 6, 7, 8, 15, 16, 17, 21, 26	2	21, 25, 10, 1, 12, 23, 5, 29
3	25, 10, 23	3	11, 18, 19, 22, 24, 27, 28	3	13, 14, 20, 4, 9, 30, 19, 15
4	19, 15, 21, 6	4	1, 10, 23, 25	4	11, 27, 18, 24, 28, 17, 22
5	24, 27, 11, 29	5	5, 12		
6	2				

En una primera instancia, se intentó evaluar el modelo de seis factores, pero al momento de intentar ejecutarlo en el programa R no fue posible. Esta situación posiblemente se produjo debido a que el factor 6 (Acoso escolar) solamente está conformado por un ítem (Ítem 2), contradiciendo lo sugerido por diversos estudios acerca de la construcción y composición de pruebas, los cuales sostienen que el número mínimo de variables observadas deberían ser tres indicadores, ya que se reflejaría una mejor representación de la dimensión a evaluar. (Ferrando & Aguiano, 2010, p. 26; Lloret et al., 2014, p. 1156; Vargas & Mora, 2017, p. 10)

Tabla 5.3*Índices de ajuste para las estructuras factoriales*

Modelos	χ^2(gl)	CFI	TLI	RMSEA	SRMR	WRMR
Modelo 1	4136.707 (405)	.866	.866	.099 (.096 - .102)	.074	2.474
Modelo 2	2910.261 (367)	.908	.898	.086 (.083 - .089)	.071	2.136
Modelo 3	3411.371 (399)	.892	.892	.090 (.087 - .092)	.068	2.243
Modelo 4	1386.822 (341)	.961	.961	.057 (.054 - .060)	.047	1.438
Modelo 5	1419.636 (293)	.957	.952	.064 (.061 - .067)	.047	1.510
Modelo 6	1282.89 (269)	.961	.956	.063 (.060 - .067)	.045	1.477

Nota. Modelo 1: modelo unifactorial, Modelo 2: modelo de 5 factores, Modelo 3: modelo de 4 factores, Modelo 4: modelo sin cargas factoriales menores a .30 y con ítem correlacionados, Modelo 5: modelo sin cargas factoriales menores a .40 en la dimensión anhedonia, Modelo 6: modelo sin cargas factoriales menores a .40. χ^2 (gl): La razón al cuadrado entre los grados de libertad, CFI: Comparative fit index (Índice de ajuste comparativo), TLI: Tucker-Lewis index (Índice de Tucker-Lewis), RMSEA: root mean square error of approximation (Error cuadrático medio de la aproximación), SRMR: Standardized root mean square residual (raíz cuadrada media residual estandarizada), WRMR: Weighted root mean square residual

En una segunda instancia se utilizó el modelo 1, el cual agrupa a todos los ítems en un solo factor, brindando cargas factoriales adecuadas (Ver tabla 5.4); sin embargo, sus índices de ajuste se encuentran en niveles inferiores a lo esperado (χ^2 (gl) = 4136.707 (405); CFI = .866; TLI = .866; RMSEA = .099 (.096 - .102); SRMR = .074; WRMR = 2.474). La misma situación se presentó con el modelo 2, de cinco factores (χ^2 (gl) = 2910.261 (367); CFI = .908; TLI = .898; RMSEA = .086 (.083 - .089); SRMR = .071; WRMR = 2.136).

Tabla 5.4*Estructura factorial del Modelo 1 y 2*

Modelo 1 (1 Factor)		Modelo 2 (5 Factores)					
Ítems	F1	Ítems	F1	F2	F3	F4	F5
2	.273	4	.696				
3	.756	9	.870				
6	.676	13	.735				
7	.811	14	.816				
8	.782	20	.913				
16	.662	30	.812				
21	.802	2		2.79			
26	.612	3		.767			
1	.632	6		.686			
5	.661	7		.824			
10	.216	8		.794			
12	.727	15		.672			
23	.273	16		.672			
25	.270	17		.701			
29	.149	21		.816			
4	.681	26		.622			
9	.853	11			.573		
13	.719	18			.628		
14	.800	19			.805		

(Continúa)

(Continuación)

Modelo 1 (1 Factor)		Modelo 2 (5 Factores)					
Ítems	F1	Ítems	F1	F2	F3	F4	F5
15	.662	22			.638		
19	.757	24			.619		
20	.895	27			.580		
30	.793	28			.640		
11	.543	1				1.10	
17	.691	10				.513	
18	.595	23				.528	
22	.603	25				.564	
24	.587	5					.778
27	.549	12					.856
28	.607						

Medida de fiabilidad							
AVE	.423	FC	.657	.489	.415	.517	.669
FC	.953	AVE	.919	.901	.831	.791	.801

Nota: AVE: Varianza media extraída, FC: Fiabilidad compuesta

En un tercer momento, se examinó el modelo 3, de cuatro factores, donde se obtuvo cargas factoriales satisfactorias (>.40) para la gran mayoría de los ítems, a excepción de los ítems 02, 10, 23, 25 y 29 que obtuvieron cargas de .281, .321, .364, .377, .199 (Williams et al. 2010). Además, los índices de ajuste del modelo no presentaban los valores mínimos adecuados (χ^2 (gl) = 3411.371 (399); CFI = .892; TLI = .892; RMSEA = .090 (.087 - .092); SRMR = .068; WRMR = 2.243), no apoyando la estructura factorial de la escala propuesta por el autor. (Ver tabla 5.5)

Tabla 5.5

Estructura factorial del Modelo 3 y 4

Modelo 3 (4 Factores)					Modelo 4 (con errores correlacionados)				
Ítems	F1	F 2	F 3	F4	Ítems	F1	F 2	F 3	F4
2	.281				2	--			
3	.772				3	.770			
6	.691				6	.687			
7	.829				7	.827			
8	.799				8	.797			
16	.677				16	.676			
21	.823				21	.821			
26	.626				26	.619			
1		.771			1		.739		
5		.803			5		.770		
10		.321			10		.165		
12		.885			12		.848		
23		.364			23		.274		
25		.377			25		.256		
29		.199			29		--		

(Continua)

(Continuación)

Modelo 3 (4 Factores)					Modelo 4 (con errores correlacionados)				
Ítems	F1	F 2	F 3	F4	Ítems	F1	F 2	F 3	F4
4			.693		4			.693	
9			.867		9			.867	
13			.733		13			.734	
14			.813		14			.812	
15			.674		15			.750	
19			.770		19			.769	
20			.909		20			.908	
30			.808		30			.808	
11				.580	11				.581
17				.739	17				.738
18				.636	18				.636
22				.645	22				.646
24				.627	24				.627
27				.587	27				.586
28				.647	28				.647

Medida de fiabilidad									
AVE	.500	.349	.620	.408	AVE	.557	.338	.619	.408
FC	.883	.752	.928	.828	FC	.897	.701	.928	.828

Ítems con errores correlacionados	
25-10	0.680
10-23	0.617
25-23	0.495

Nota: AVE: Varianza media extraída, FC: Fiabilidad compuesta

Seguidamente, con la finalidad de establecer un modelo con mejores índices de ajuste, se desarrolló el modelo 4, donde se propuso uno que contiene errores correlacionados (ítem 10, 23 y 25) con la finalidad de mejorar los índices de ajuste y eliminó aquellos ítems con carga factorial menor a .30. La técnica AFC permite puntualizar la naturaleza de las relaciones entre los errores de medición de los indicadores (Fernández, 2015). Los ítems que presentan errores correlacionados se encuentran en la dimensión anhedonia los cuales son el ítem 10 (“Tengo ganas de divertirme con los compañeros”) con el ítem 23 (“Siento ganas de hablar con los compañeros”) y el ítem 25 (“Tengo ganas de divertirme”) que evidencian ser redundantes entre sí o a la influencia compartida de la dimensión latente. La especificación de los errores correlacionados puede justificarse sobre la base de los efectos de la fuente o el método que reflejan una covariación adicional del indicador resultante de métodos de evaluación comunes elementos de prueba invertidos o redactados de manera similar; o susceptibilidad diferencial a otras influencias, como el conjunto de respuestas, las características de la demanda, la dificultad para leer o la deseabilidad social (Brown, 2006, p.41). Este análisis del nuevo modelo permitió que se

podiera obtener mejoras sustanciales en los índices de bondad ($\chi^2(gl) = 1386.822 (341)$;
CFI = .961; TLI = .961; RMSEA = .057 (.054 - .060); SRMR = .047; WRMR = 1.438)

Tabla 5.6

Estructura factorial del Modelo 5 y 6

Modelo 5					Modelo 6				
Ítems	F1	F 2	F 3	F4	Ítems	F1	F 2	F 3	F4
2	.284				2	--			
3	.773				3	.771			
6	.683				6	.682			
7	.830				7	.828			
8	.800				8	.798			
16	.677				16	.677			
21	.821				21	.821			
26	.628				26	.620			
1		.737			1		.737		
5		.766			5		.766		
10		--			10		--		
12		.844			12		.845		
23		--			23		--		
25		--			25		--		
29		--			29		--		
4			.695		4			.695	
9			.867		9			.867	
13			.733		13			.734	
14			.810		14			.810	
15			.673		15			.673	
19			.769		19			.768	
20			.909		20			.909	
30			.808		30			.808	
11				.580	11				.581
17				.738	17				.737
18				.635	18				.635
22				.646	22				.646
24				.626	24				.626
27				.586	27				.585
28				.650	28				.649
Medida de fiabilidad									
AVE	.500	.614	.619	.408	AVE	.557	.615	.619	.408
FC	.883	.826	.928	.828	FC	.897	.827	.928	.828

En un intento de mejorar el modelo 4, se propuso una nueva versión. Es así que el modelo 6 consistió en el retiro de todos los ítems con puntuación factorial por debajo de .40 (Lloret-Segura et al., 2014, p. 1165). El ejercicio de excluir este conjunto de ítems no afecta al nuevo modelo, ya que se conserva el mínimo de variables observadas para una dimensión; además, los ítems que permanecen presentan cargas factoriales mayores a .71 lo que permite asumir que son buenos indicadores del constructo de interés (Vargas & Mora, 2017, p. 10; Lloret-Segura et al., 2014, p. 1157; Mavrou, 2015). En términos generales, el modelo 6 presento los siguientes indicadores de ajuste

$\chi^2(\text{gl}) = 1282.89 (269)$; CFI = .961; TLI = .956; RMSEA = .063 (.060 - .067); SRMR = .045; WRMR = 1.477. Indicadores como el chi cuadrado y los grados de libertad ($\chi^2/\text{gl} = 1282.89 (269)$) se encontraron entre los valores sugeridos, aportando evidencia sobre el ajuste global del modelo (Byrne, 1989). Por su parte, los indicadores robustos como el índice de ajuste comparativo (CFI) = .961 y el índice de Tucker-Lewis (TLI) = .956, se encuentran dentro de los valores esperados (Maccallum & Austin, 2000). Otro de los indicadores estudiados fue el error cuadrático medio de la aproximación (RMSEA) = .063 (.060 - .067), mostrando los valores recomendados por debajo de .08. (Brown, 2015). Al mismo tiempo, todas las cargas factoriales fueron superiores a .40 y estadísticamente significativas

5.3. Evidencias de validez y fiabilidad

En la evaluación de las evidencias de validez vinculadas a la estructura interna del EDAR se tomaron en cuenta dos medidas: la varianza media extraída (AVE) y la fiabilidad compuesta (FC) para cada factor

La varianza media extraída es un indicador que brinda la precisión con que se explica los enunciados de cada variable; considerándose aceptable para cada dimensión un puntaje mayor que .40-.50 (Fornell & Larcker 1981, p. 45; Hair, Black, Babin, Anderson & Tatham, 2014, p. 605; Etchezahar, Prado-Gascó, Jaume, & Brussino, 2014). Tomando en cuenta los índices de ajuste para las estructuras factoriales se evidencia que en el modelo 3 y 4, la dimensión 2 (anhedonia) tiene un índice menor a lo esperado, no cumpliendo con el parámetro mínimo requerido; mientras que en los modelos 5 y 6 dicha dimensión alcanza .614 y .615 respectivamente, cuyos valores se ajustaron a los parámetros recomendados por la literatura. Sin embargo, es el modelo 6 el que alcanza un mejor desempeño (ver tabla 5.6)

Finalmente, para evaluar la consistencia interna la consistencia interna de las puntuaciones derivadas al aplicar el EDAR se utilizó el índice de fiabilidad compuesta (FC). Este indicador es recomendado debido a que se mantiene dentro del modelo de ecuaciones estructurales (SEM). Asimismo, los valores aceptables de acuerdo con la literatura se encuentran por encima de .70 (Fornell & Larcker, 1981, p. 45; Raykov, 1997, p. 174; Hair, Black, Babin, Anderson & Tatham, 2014, p. 123). De acuerdo a los resultados, es posible afirmar que todas las dimensiones del modelo 6 se encuentran por

encima de los valores esperados, presentando valores satisfactorios que oscilan entre .828 y .928 (ver tabla 5.6)



CAPITULO VI: DISCUSION

La depresión es una enfermedad mental caracterizada por una sensación de tristeza y soledad que invade a la persona. Esta suele presentarse en los adolescentes con diversas manifestaciones en relación a sus condiciones evolutivas como son la irritabilidad, el opositorismo, etc. (Beck & Alford, 2009, p. 08; Moreso & Sans, 2018, p. 28). En tal sentido, uno de los instrumentos más utilizados para medir este constructo es la escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR), ya que cuenta con evidencias de validez y confiabilidad en distintos contextos. Sin embargo, la validación de este instrumento en nuestro medio data de hace veinte años; por lo que el propósito de esta investigación fue re-examinar las propiedades psicométricas del EDAR-2.

El presente estudio está centrado en proponer nuevas propiedades psicométricas de la escala de depresión para adolescentes de Reynolds – segunda versión (EDAR -2), lo cual ha sido realizado acorde a los estándares planteados por American Psychological Association (APA), Educational Research Association (AERA) y National Council on Measurement in Education (NCME). Es así que se siguió el diseño propuesto del autor (Reynolds, 2002), utilizando la estructura, puntuaciones e interpretaciones del mismo. Asimismo, se ha utilizado antecedentes de la escala para proponer un nuevo modelo, reportando los índices relevantes derivados de la estructura interna de la prueba; así como las evidencias de validez y confiabilidad de cada dimensión. Finalizando con los hallazgos e interpretaciones en base a los resultados; y brindando los aportes, limitaciones y futuras sugerencias de su uso (AERA, APA & NCME, 2014).

La primera versión de la escala propuesta por Reynolds (1988) estuvo constituida por seis dimensiones. Estas fueron representaciones del concepto de depresión según el DSM-III, las cuales eran la desmoralización; las expresiones vinculadas a la cólera; anhedonia; baja autoestima; estado somático-vegetativo; y el factor escolar. (Campbell, Byrne & Baron, 1992, p. 330; Ugarriza & Ecurra, 2002, p. 113). A medida que el entendimiento de la depresión evolucionaba, Reynolds (2002) propone un nuevo modelo del EDAR, basado en el DSM-IV-TR, el cual cuenta con cuatro dimensiones que son la anhedonia, estado de ánimo disfórico, quejas somáticas y autoevaluación negativa. Esta propuesta ha sido verificada y reproducida en distintas

poblaciones e idiomas (Walker et al., 2005, p. 139; Hyun et al., 2009, p. 643; Blomqvist et al., 2018, p. 297) la cual mostró adecuadas puntuaciones de acuerdo a los datos.

A diferencia del análisis factorial exploratorio (AFE) realizado en otros estudios del EDAR (Reynolds, 2002; Ugarriza & Ecurra, 2002. p. 110), esta investigación optó por realizar un análisis factorial confirmatorio (AFC) debido a que ha facilitado la comparación de diversos modelos que se han realizado en otros contextos (Walker et al., 2005, p. 138; Figueras, Amador, & Però, 2008, p. 255; Hyun et al., 2009, p. 647; Fonseca-Pedrero et al., 2010, p. 222; Osman et al., 2010, p. 1337; Fonseca-Pedrero et al., 2011, p. 297; Sami, Ahmad & Khanam, 2013, p. 26; Blomqvist et al., 2018, p. 297). Poniendo de manifiesto que el análisis, mediante AFC, de las estructuras originales de Reynolds mostraron índices de ajuste inadecuados para este entorno, situación que no apoya la estructura factorial de la escala propuesta por el autor (Ver tabla 5.3)

Este hallazgo obtenido en los diversos análisis de la prueba original de Reynolds (1988, 2002) permite en primer lugar, tomar en consideración que el modelo de seis factores podría no tener un mínimo de variables observadas para su análisis confirmatorio. Esta premisa surge a partir de que la estructura del factor 6 (acoso escolar) está compuesta únicamente por un ítem (ítem 2), lo cual contradice lo sugerido para la construcción de pruebas por Vargas & Mora (2017, p. 10) y Lloret-Segura et al. (2014, p. 1157), donde sugieren que cada factor debe contar con un mínimo de tres indicadores, ya que reflejaría una mejor representación de la dimensión a evaluar; es así que esta situación presentada origina un problema en el análisis, distorsionando el resultado. En segundo lugar, se observa que en la versión del EDAR de cuatro factores, el ajuste del modelo es insatisfactorio, debido a que los índices de ajuste presentados no superan el umbral de aceptación (Byrne, 2016 p. 96); este hallazgo se pone en contraposición con los estudios que se han realizado en otros contextos, donde todos los coeficientes estimados son satisfactorios. (Figueras, Amador, & Però, 2008, p. 255; Hyun et al., 2009, p. 647; Fonseca-Pedrero et al., 2010, p. 140; Blomqvist et al., 2021, p. 298). En tercer lugar, cabe considerar que el EDAR en otros estudios experimenta ciertas variaciones en su estructura interna, las cuales pueden ser desde indicar cierto defecto en algún ítem (Blomqvist et al., 2021, p. 297; Hyun et al., 2009, p. 646; Castillo, 2020, p. 21); trasladar algunos a otro factor (Lau & Lau. 1996, p. 294; Charoensuk, 2005, p. 55; Weber & Terhost, 2010, p. 625); hasta utilizar una nueva distribución de factores de acuerdo a la estructura original de la prueba (Lau & Lau.

1996, p. 294; Charoensuk, 2005, p. 55; Figueras, Amador, & Però, 2008, p. 256; Osman et al., 2010, p. 1330; Weber & Terhost, 2010, p. 624)

En consecuencia con lo mostrado, se buscó reorganizar los factores (pertenencia ítem-factor), sugiriendo la eliminación de los ítems que mostraban cargas factoriales menores a .30 (Lloret-Segura et al., 2014, p. 1165), con la finalidad de obtener un mejor índice de ajuste. En consecuencia, se desarrolló el modelo 4 (Ver tabla 5.5) en el cual se presentaron ítems con errores correlacionados, además de retirar los que presentaban saturaciones bajas (ítem 02 y 29). Los ítems que presentan relación se encuentran en la dimensión anhedonia los cuales son el ítem 10 (“Tengo ganas de divertirme con los compañeros”) con el ítem 23 (“Siento ganas de hablar con los compañeros”) y el ítem 25 (“Tengo ganas de divertirme”), lo que puede sugerir que estos errores correlacionados son producto de la similitud en el significado, fraseo de los ítems y demanda en las tareas con respecto a la presencia o ausencia de interés en actividades que les cause agrado en los adolescentes. (Brown, 2006, p. 40). Esta práctica del nuevo modelo permitió que se pudiera obtener mejoras sustanciales en los índices de bondad del nuevo modelo, en valores similares a los desarrollados en distintos contextos (Hyun et al., 2009, p. 647; Figueras, Amador, & Però, 2008, p. 255; Fonseca-Pedrero et al., 2010, p. 140; Blomqvist et al., 2021, p. 298)

Con el propósito de mejorar el modelo 4, se desarrolló el modelo 6 (Ver tabla 5.6), esta vez eliminando todos los ítems del test que mostraran cargas factoriales menores a .40 (Lloret-Segura et al., 2014 p. 1165). Estos ítems descartados también presentaron cargas débiles en otros estudios, tal como el ítem 02 (Charoensuk, 2005, p. 55; Fonseca-Pedrero et al., 2010, p. 142; Osman et al., 2010, p. 1337; Castillo, 2020, p. 21) ítem 10 (Hyun et al., 2009, p. 646; Fonseca-Pedrero et al., 2010, p. 142; Osman et al., 2010, p. 1337), ítem 23 (Hyun et al., 2009, p. 646; Fonseca-Pedrero et al., 2010, p. 142; Osman et al., 2010, p. 1337; Maciejewski et al., 2018, p. 443), ítem 25 (Hyun et al., 2009, p. 646; Fonseca-Pedrero et al., 2010, p. 142; Osman et al., 2010, p. 1337) e ítem 29 (Charoensuk, 2005, p. 54 Hyun et al., 2009, p. 646; Osman et al., 2010, p. 1337 Fonseca-Pedrero et al., 2010, p. 142 Castillo, 2020, p. 21). Asimismo, el ejercicio de excluir este conjunto de ítems no afecta al nuevo modelo, ya que se conserva el mínimo de variables observadas para su estudio (Vargas & Mora, 2017, p. 10; Lloret-Segura et al., 2014, p. 1157). Por consiguiente, el análisis realizado confirma que el modelo 6 obtiene los mejores índices de bondad de ajuste para criterios como el CFI, RMSEA,

TLI, SRMR y WRMR (Kline. 2011, p. 193-210) esto en comparación con los demás modelos propuestos anteriormente. Con esta evidencia señalada, se estima que el nuevo modelo presenta índices aceptables y se ajusta mejor para los adolescentes de Lima Metropolitana, comparando así con estudios similares.

Otro tipo de evidencias de validez vinculadas a la estructura interna fueron obtenidas mediante el coeficiente de varianza media extraída (AVE). Este índice, según Ruparel et al., nos va a permitir evaluar si el conjunto de indicadores planteados se orientan a evaluar el mismo constructo y no otro concepto distinto (2020, p. 06). Los hallazgos obtenidos corroboran que los valores del AVE de cada dimensión son superiores en el modelo 6 en comparación con los demás. Además se encontró que tres de sus dimensiones (Disforia, Anhedonia y Autoevaluación Negativa) muestran puntajes mayores a .50, indicador adecuado según Fornell y Larcker (1981, p.45); sin embargo la dimensión 4 (Quejas Somáticas) muestra un puntaje menor a lo esperado.

Asimismo, con la consistencia interna de las puntuaciones derivadas al aplicar el EDAR, se utilizó el índice de fiabilidad compuesta (FC), donde valores superiores a .60 se consideran aceptables (Bagozzi & Yi, 1988, p. 80). Este indicador es recomendado por Fornell and Larcker (1981) ya que demuestra la consistencia interna de la escala mediante el modelo de ecuaciones estructurales (SEM); además de brindar una evaluación rigurosa, comparado con otros indicadores que tienden a sobrestimar o subestimar la confiabilidad de la prueba (Fornell & Larcker, 1981, p. 45; Raykov, 1997, p. 174). Los resultados evidencian que los índices de las dimensiones del modelo 6 son superiores en relación a los demás modelos propuestos, este incremento se evidencia en el aumento del índice del factor 2 (anhedonia); lo cual nos permite indicar que la eliminación de ítems ha permitido reducir el error de medición, maximizando el valor verdadero de la prueba y consecuentemente el incremento de su confiabilidad.

Por consiguiente, los resultados mostraron que la estructura interna del nuevo modelo consta de 4 factores, siguiendo así la línea de la prueba original del EDAR (Reynolds, 2002). A su vez, se desestimó los demás modelos propuestos, como los de una dimensión (Figueras, Amador, & Perú, 2008, p. 256), dos dimensiones (Osman et al., 2010, p. 1330; Weber & Terhost, 2010, p. 624) y tres dimensiones (Lau & Lau. 1996, p. 294; Charoensuk, 2005, p. 55). Asimismo, esta nueva versión consta de 25 ítems, lo cual difiere al modelo original de Reynolds (2002) que cuenta con 30 ítems.

Además, se logró apreciar que las modificaciones realizadas al EDAR debido a cargas factoriales bajas en algunos ítems, pudiera tener una explicación cultural. Esta presunción surge debido a las diferencias culturales entre la muestra de los estudios originales de Reynolds (2002) con los estudios realizados en países de habla no inglesa, sugieren que la interpretación de algunos indicadores de la depresión no logra ser deducida en su totalidad por el estudiante, ya que posiblemente la percepción de estos síntomas sean distintos para estos contextos (Lau & Lau, 1996, p. 294; Charoensuk, 2005, p. 55; Figueras, Amador, & Perú, 2008, p. 256). Consecuentemente con lo afirmado, se apreció que las bajas cargas factoriales en los ítems 10, 23 y 25, los cuales hacen referencia a un interés por divertirse y relacionarse con sus pares, posiblemente no estén desarrollando adecuadamente la apreciación de presencia o ausencia de anhedonia social. Esta aseveración podría deberse a un eje contextual, ya que debido a la coyuntura experimentada por la pandemia el estado peruano limitó las salidas y cerró escuelas, teniendo como consecuencia que dos de las fuentes más frecuentes de socialización y diversión para los menores de edad se encuentren limitadas, teniendo una disposición y deseo por volver a realizar estas actividades.

Asimismo, conviene indicar que hubo ciertas limitaciones en el desarrollo de la investigación. Para empezar, el estudio tuvo un muestreo no probabilístico de tipo intencional, por lo que en la muestra obtenida no se pudo incluir otros contextos distintos a los elegidos por los investigadores, debido a las dificultades producidas por el contexto de la pandemia, afectando el sistema académico en el país (Resolución Ministerial N° 160-2020-MINEDU, 2020). Esta situación generó que el presente proyecto no refleje la diversidad que existe en Lima Metropolitana, con lo cual los resultados obtenidos no pueden generalizarse ni ser representativos a grupos distintos a los seleccionados. Del mismo modo, no se pudo alcanzar un tamaño de la muestra más representativa, dado que la accesibilidad a las escuelas públicas, así como el acceso a internet por parte de sus estudiantes, era limitado. Otro aspecto que no se pudo controlar en la investigación es la deseabilidad social presente en el alumno, ya que este posible sesgo o disposición de respuesta a responder los ítems podría ser una reacción temporal o transitoria ante el contexto de la evaluación, o ante una característica opositora propia de la etapa del desarrollo que se encuentra el adolescente (Sanz, et al., 2018, p. 115). Por último, no se pudo evaluar otros tipos de evidencias de validez, ya sea la relación con pruebas que midan el mismo constructo o con otras variables, lo cual

hubiera permitido evaluar en qué medida se relaciona el EDAR con otros resultados, lo que nos invita a sugerir que otros estudios continúen evaluando la prueba presentada.

Por lo tanto, con los resultados obtenidos en esta investigación, se nos permite ratificar que la escala de depresión para adolescentes (EDAR) presenta características psicométricas aceptables para su utilización en la población estudiantil de nivel secundario de Lima Metropolitana, dado que todos los datos expuestos muestran un ajuste adecuado del modelo. Por consiguiente, el reexaminar las propiedades psicométricas del EDAR brinda a nuestro medio poder contar con un instrumento que pueda ser utilizado como un aporte científico en este ámbito de conocimiento.



CONCLUSIONES

Con respecto al análisis psicométrico de la escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR), se concluyó:

- El análisis factorial confirmatorio ha puesto de manifiesto que las estructuras originales de la escala propuesta por Reynolds (1988, 2002) no presentaron un ajuste adecuado para el contexto trabajado en esta investigación.
- Se elaboró un nuevo modelo en base a la estructura de cuatro factores del EDAR, denominado modelo 6. En este modelo se retiraron todos los ítems con carga factorial menor a 0.4, conservando las dimensiones propuestas por el autor (Disforia, anhedonia, autoevaluación negativa, quejas somáticas), obteniendo óptimos índices de bondad de ajuste
- En relación con las evidencias de validez vinculadas a la estructura interna del EDAR, se evaluaron mediante la varianza media extraída (AVE), alcanzando en tres dimensiones puntajes mayor a .50; mientras que en la dimensión quejas somáticas, el puntaje fue ligeramente menor.
- En cuanto a la consistencia interna de las puntuaciones derivadas al aplicar el EDAR, esta se evaluó mediante el coeficiente de fiabilidad compuesta (FC), obteniendo, en todas sus dimensiones, valores por encima del mínimo esperado de .70

RECOMENDACIONES

- En primer lugar, se sugiere utilizar el EDAR, considerando la estructura obtenida en esta investigación, para la realización de futuras investigaciones en la población estudiantil de nivel secundario de Lima Metropolitana.
- En segundo lugar, se sugiere que la nueva versión del EDAR sea utilizado solamente para fines académicos y no para la realización de un diagnóstico clínico, debido a que por el momento no se ha determinado evidencias de validez y fiabilidad en muestras clínicas
- En tercer lugar, se sugiere un nuevo estudio con una muestra más equitativa, que comprenda alumnos provenientes de la educación estatal y de los diversos distritos de Lima Metropolitana
- En cuarto lugar, se recomienda que próximos estudios evalúen las evidencias de validez con otras variables, a través de un modelo de ecuaciones estructurales (SEM), donde se incluya como variable independiente a la sintomatología depresiva
- En quinto lugar, dado que el EDAR presenta distinta estructura en poblaciones no clínicas, se sugiere realizar o incluir en nuevas investigaciones a estos grupos minoritarios: comunidad LGTBQ, inmigrantes y desplazados, pacientes clínicos, etc.
- Por último, se sugiere que se realice un nuevo estudio después de la pandemia, debido a que algunas partes de la estructura del EDAR puedan haber sido influenciadas por el contexto

REFERENCIAS

- American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council for Measurement in Education (2014). *Standards for educational and psychological testing*. AERA Publications.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5*. American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association. (s.f.). *Psicoterapia y depresión*.
<https://www.apa.org/centrodeapoyo/depression>
- Arequipeno, F. M., & Gaspar, M. (2017). *Resiliencia, felicidad y depresión en adolescentes de 3ero a 5to grado del nivel secundario de instituciones educativas estatales del distrito de Ate Vitarte, 2016*. [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Unión]. Repositorio institucional de la Universidad Unión.
https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/397/Flor_Tesis_bachiller_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Bagozzi, R. & Yi, Y. (1988). On the evaluation of structural equation models. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 16, 74-94.
https://www.researchgate.net/publication/225359099_On_the_Evaluation_of_Structure_Equation_Models/link/0046352ce35bb49e7b000000/download
- Barclay, D., Higgins, C., & Thompson, R. (1995). The Partial Least Squares (PLS) approach to causal modelling: personal computer adoption and use as an illustration. *Technology Studies*, 2(2), 285-309.
https://www.researchgate.net/publication/242663837_The_Partial_Least_Squares_PLS_Approach_to_Causal_Modeling_Personal_Computer_Use_as_an_Illustration
- Batista, J., Coenders, G. & Alonso, J. (2004). Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Medicina Clínica*, 122, 21-27. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-pdf-13057542>
- Beck, A. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46, 368-375.
https://pdfs.semanticscholar.org/39de/b011e86070df31355105706a18695250e56c.pdf?_ga=2.24487039.494651841.1603044747-1719085090.1602551243
- Beck, A., & Alford, B. (2009). *Depression: causes and treatment*. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. Desclée de Brouwer.
- Bellido, C. (2019). *Necesidades psicológicas básicas y sintomatología depresiva en adolescentes de 3ro, 4to y 5to de secundaria en una institución educativa estatal en*

Lima Metropolitana. [Tesis de licenciatura, Universidad San Martín de Porres].
Repositorio institucional de la Universidad San Martín de Porres.
http://200.37.16.212/bitstream/handle/usmp/5750/BELLIDO_PC.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Benítez, J. (2009). Calidad de vida y funcionalidad en la depresión. *Semergen*, 35(1), 50-56. <https://medes.com/publication/63783>
- Bernaras, E., Jaureguizar, J., & Garaigordobil, M. (2019). Child and adolescent depression: a review of theories, evaluation instruments, prevention programs, and treatments. *Frontiers in Psychology*, 10, 1-24. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00543>
- Bigelow, A. E., Beebe, B., Power, M., Stafford, A.-L., Ewing, J., Egleson, A., & Kaminer, T. (2018). Longitudinal relations among maternal depressive symptoms, maternal mind-mindedness, and infant attachment behavior. *Infant Behavior & Development*, 51, 33-44. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2018.02.006>
- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., Kaufman, J., Dahl, R. E., *et al.* (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. *Part I. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 5, 1427-1439. [https://doi: 10.1097/00004583-199611000-00011](https://doi:10.1097/00004583-199611000-00011)
- Blomqvist, I., Ekbäck, E., Denhag, I., & Henje, E. (2021). Validation of the Swedish version of the Reynolds Adolescent Depression Scale second edition (RAD5-2) in a normative sample. *Nordic Journal of Psychiatry*, 75(4), 292-300. <https://doi.org/10.1080/08039488.2020.1850858>
- Bordignon, N. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, 2(2), 50-63. <https://www.redalyc.org/pdf/695/69520210.pdf>
- Boyd, C. P., Kostanski, M., Gullone, E., Ollendick, T. H., & Shek, D. T. L. (2000). Prevalence of anxiety and depression in Australian adolescents: Comparisons with worldwide data. *The Journal of Genetic Psychology: Research and Theory on Human Development*, 161(4), 479-492. <https://doi.org/10.1080/00221320009596726>
- Buzi, R., Weinman, M., & Smith, P. (2007). The relationship between adolescent depression and a history of sexual abuse. *Adolescence*, 42(168), 679-688. <https://search.proquest.com/openview/1e2b22e74bf746cb9c0c91de0c7b2d65/1?pq-origsite=gscholar&cbl=41539>
- Byrne, B. M. (2016). *Structural equation modeling with AMOS: basic concepts, applications, and programming*. Routledge
- Cairns, K., Yap, M., Pilkington, P., & Jorm, A. (2014). Risk and protective factors for depression that adolescents can modify: a systematic review and metaanalysis of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders*, 169, 61-75. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.006>

- Campbell, T. L., Byrne, B. M., & Baron, P. (1992). Gender differences in the expression of depressive symptoms in early adolescents. *The Journal of Early Adolescence*, *12*(3), 326–338. <https://doi.org/10.1177/0272431692012003007>
- Campo-Arias, Adalberto., Díaz-Martínez, Luis., Rueda-Jaimes, Germán., & Barros-Bermúdez, Jaider. (2005). Validación de la escala de Zung para depresión en universitarias de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *34*(1), 54-62.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000100004&lng=es&tlng=es.
- Carter, T., Morres, I. D., Meade, O., & Callaghan, P. (2016). The effect of exercise on depressive symptoms in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *55*(7), 580-590. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.04.016>
- Castillo, S. (2020). *Evidencias psicométricas de la escala de depresión de Reynolds en una muestra adolescente, Nuevo Chimbote*. [Tesis de licenciatura, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio institucional de la Universidad Cesar Vallejo.
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/61076>
- Charoensuk, S. (2005). *Factors influencing depression in Thai adolescents*. [Tesis de licenciatura, University of Kentucky]. Proquest Central, 3167866.
- Chavez, K. & Tena, E. (2018). *Depresión manual de intervención grupal en habilidades sociales*. Manual Moderno
- Chirinos, N. (2009). Características generacionales y los valores. Su impacto en lo laboral. *Observatorio Laboral Revista Venezolana*, *2*(4), 133-153.
<https://biblat.unam.mx/hevila/Observatoriolaboralrevistavenezolana/2009/vol2/no4/6.pdf>
- Cobos, H., Pérez, P., Quintanilla, G., & Ochoa, C. (2015). Proceso de validación de un instrumento para medir la lectura crítica de informes de investigación médica. *Investigación en Educación Médica*, *4*(16), 200-206.
<https://doi.org/10.1016/j.riem.2015.04.005>
- Comeche, M. I., & Vallejo, P. M. (2015). *Manual de terapia de conducta en la infancia*. Dykinson
- Contreras-Valdez, J. A., Hernández-Guzmán, L., & Freyre, M. A. (2015). Validez de constructo del Inventario de Depresión de Beck II para adolescentes. *Terapia Psicológica*, *33*(3), 195–203. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082015000300004>
- Corcuera, P., Irala, J., Osorio, A., & Rivera, R. (2010). *Estilos de vida de los adolescentes peruanos*. Universidad de Piura. <https://es.slideshare.net/intermediaconsulting/libro-estilo-de-vida-de-los-adolescentes-peruanos>
- Cornwell, B. (2003). The dynamic properties of social support: Decay, growth, and staticity, and their effects on adolescent depression depression. *Social Forces*, *81*(3), 953-978. <https://doi.org/10.1353/sof.2003.0029>

- CPI Compañía peruana de estudios de Mercado y opinión pública s.a.c. (Abril de 2019). *Market report. Perú: Población 2019*.
http://cpi.pe/images/upload/paginaweb/archivo/26/mr_poblacional_peru_201905.pdf
- Díaz, C., Quintana, G., & Vogel, E. (2012). Síntomas de depresión, ansiedad y estrés posttraumático en adolescentes siete meses después del terremoto del 27 de febrero de 2010 en Chile. *Terapia Psicológica*, 30(1), 37-43. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000100004>
- Díaz-Serrano, J. (2015). El desarrollo del juicio moral en Kohlberg como factor condicionante del rendimiento académico en ciencias sociales de un grupo de estudiantes de educación secundaria. *Revista Electrónica Educare*, 19(3), 72-85. <https://doi.org/10.15359/ree.19-3.8>
- Domínguez-Lara, S. (2016). Síntomas depresivos en una muestra de adolescentes escolarizados de Lima y diferencias según género. *Revista Chilena de Pediatría*, 87(5), 437-438. <https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2016.04.004>
- El Comercio (2016, 30 de octubre). *Suicidios: 3.6% de adolescentes lo intentaron en Lima y Callao*. <https://elcomercio.pe/lima/suicidios-3-6-adolescentes-intentaron-lima-callao-276648-noticia/>
- El Peruano (2020, 31 de marzo). *Resolución Ministerial N° 160-2020-MINEDU*. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/disponen-el-inicio-del-ano-escolar-a-traves-de-la-implementa-resolucion-ministerial-n-160-2020-minedu-1865282-1/>
- Etchezahar, E., Prado-Gascó, V., Jaume, L., & Brussino, S. (2014). Validación argentina de la Escala de Orientación a la Dominancia Social. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(1), 35-43. [https://doi.org/10.1016/S0120-0534\(14\)70004-4](https://doi.org/10.1016/S0120-0534(14)70004-4)
- Fernández, A. (2015). Aplicación del Análisis Factorial Confirmatorio a un modelo de medición del rendimiento académico en lectura. *Ciencias Económicas*, 2, 39-66. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/economicas/article/view/22216/23751>
- Ferrando, P & Anguino-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31, 18-33. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77812441003.pdf>
- Figueras, A., Amador, J., & Però, 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. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33780117.pdf>
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos, S., & Muñoz, J. (2011). Schizotypal traits and depressive symptoms in nonclinical adolescent. *Comprehensive Psychiatry*, 52(3), 293-300. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.07.001>
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos, S., Sierra, S., Ordóñez, N., & Muñoz, J. (2011). Early psychopathological features in Spanish adolescents. *Psicothema*, 23(1), 87-93. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72717207014.pdf>

- Fonseca-Pedrero, E., Wells, C., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., Villazón-García, Ú., Sierra, S., García-Portilla, M.P., Bobes, J., & Muñiz, J. (2010). Measurement invariance of the Reynolds Depression Adolescent Scale across gender and age. *International Journal of Testing, 10*(2), 133-148. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02064>
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research, 18*(1), 39-50. <https://doi.org/10.1177/002224378101800104>
- Franco, C., Gutierrez, S. & Perea, E. (2011). Asociación entre depresión y bajo rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Psicogente, 14*(25), 67-75. <https://www.redalyc.org/pdf/4975/497552358007.pdf>
- Freiberg, A., Stover, J., De la Iglesia, G. & Fernandez, M. (2013). Correlaciones policóricas y tetracóricas en estudios factoriales exploratorios y confirmatorios. *Ciencias Psicológicas, 7*(2), 151-164. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v7n2/v7n2a05.pdf>
- Furr, R. M., & Bacharach, V. R. (2008). *Psychometrics: An introduction*. Sage Publications, Inc.
- Garay, K. (2016, junio). La depresión es el trastorno mental más común en Perú. *Diario El Peruano*. <https://elperuano.pe/noticia.aspx?id=41872>
- Gilman, S., Kawachi, I., Fitzmaurice, G., Buka, S. (2003). Family disruption in childhood and risk of adult depression. *The American Journal of Psychiatry, 160*(5), 939 – 946. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.5.939>
- Gotlib, I., & Hammen, C. (2012). *Handbook of depression*. Guilford Press.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2006). *Multivariate data analysis*. Pearson Education Inc.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación (6ª Ed)*. McGraw-Hill Education.
- Herrero, J. (2010). El análisis factorial confirmatorio en el estudio de la estructura y estabilidad de los instrumentos de evaluación: Un ejemplo con el cuestionario de autoestima CA-14. *Intervención Psicosocial, 19*(3), 289-300. <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v19n3/v19n3a09.pdf>
- Hinojosa-Navarro, C. G. (2019). *Percepción de los estilos parentales y sintomatología depresiva en estudiantes varones de 4to y 5to año de secundaria de una institución educativa estatal del Callao*. [Tesis de licenciatura, Universidad San Martín de Porres]. Repositorio institucional de la Universidad San Martín de Porres. http://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/usmp/5739/HINOJOSA_NC.a.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Hogarty, K. Y., Hines, C. V., Kromrey, J. D., Ferron, J. M. & Munford, K. R. (2005). The quality of factor solutions in exploratory factor analysis: The influence of sample size, communalities, and overdetermination. *Educational and Psychological Measurement, 65*, 202-226. <https://doi.org/10.1177/0013164404267287>

- Hyun, M., Nam, K., Kang, H., & Reynolds, W. (2009). Reynolds Adolescent Depression Scale—Second Edition: initial validation of the Korean version. *Journal of Advanced Nursing*, 65(3), 642-651. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04913.x>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2017, diciembre). *Estado de la niñez y adolescencia*. http://m.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/boletines/04-informe-tecnico-n04_ninez-y-adolescencia-jul-ago-set2017.pdf
- Instituto Nacional de Salud Mental (2019). *Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao – Replicación 2015 (Informe general. Anales de salud mental)*. <http://www.insm.gov.pe/investigacion/archivos/estudios/2020/Vol%20XXXV%202019%20Nro1%20EESM%20en%20Hospitales%20Regionales.pdf>
- Kail, R. & Cavanaugh, J. (2019). *Human development: A life span view*. Cengage Learning
- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications.
- Kostanski, M., & Gullone, E. (1998). Adolescent body image dissatisfaction: relationships with self-esteem, anxiety, and depression controlling for body mass. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(2), 255-262. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9669238/>
- Kraaij, V., Garnefski, N., Wilde, E., & Dijkstra, A. (2003). Negative life events and depressive symptoms in late adolescence: Bonding and cognitive coping as vulnerability factors?. *Journal of Youth and Adolescence*, 32(3), 185-193. <https://doi.org/10.1023/A:1022543419747>
- Krefetz, D. G., Steer, R. A., Gulab, N. A., & Beck, A. T. (2002). Convergent validity of the Beck Depression Inventory-II with the Reynolds Adolescent Depression Scale in psychiatric inpatients. *Journal of Personality Assessment*, 78(3), 451-460. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA7803_05
- Lau, S., & Lau, W. (1996). Outlook on life: how adolescents and children view the life-style of parents, adults and self. *Journal of Adolescence*, 19(3), 293-296. <https://doi.org/10.1006/jado.1996.0026>
- Leedy, P. D. (2013). *Practical research: Planning and design*. Macmillan publishing company.
- Lezama Meneses, S. R. (2012). Propiedades psicométricas de la escala de Zung para síntomas depresivos en población adolescente escolarizada colombiana. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 6(1), 91-101. <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v6n1/v6n1a08.pdf>
- Li, C. (2016). Confirmatory factor analysis with ordinal data: Comparing robust maximum likelihood and diagonally weighted least squares. *Behavior Research Methods*, 48, 936-949. <https://link.springer.com/article/10.3758/s13428-015-0619-7>
- Li, C., DiGiuseppe, R., & Froh, J. (2006). The roles of sex, gender, and coping in adolescent depression. *Adolescence*, 41(163), 409-415.

<https://sites.hofstra.edu/jeffrey-froh/wp-content/uploads/sites/86/2019/11/Sex-Roles-and-Coping.pdf>

- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., & Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, *30*(3), 1151-1169. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
- Lorenzo-Blanco, E. I., Unger, J. B., Baezconde-Garbanati, L., Ritt-Olson, A., & Soto, D. (2012). Acculturation, enculturation, and symptoms of depression in Hispanic youth: The roles of gender, Hispanic cultural values, and family functioning. *Journal of Youth and Adolescence*, *41*(10), 1350–1365. <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9774-7>
- Lugo, S. G., Dominguez, A. P., & Romero, J. C. G. (2018). Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector. *Universitas Psychologica*, *17*(3), 1-11. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-3.dafr>
- Maharajh, H. D., Ali, A., & Konings, M. (2006). Adolescent depression in Trinidad and Tobago. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *15*(1), 30-37. <https://doi.org/10.1007/s00787-006-0501-3>
- Marchesi, Á., Palacios, J., & Coll, C. (2017). *Desarrollo psicológico y educación*. Alianza Editorial.
- Mavrou, I. (2015). Análisis factorial exploratorio: cuestiones conceptuales y metodológicas. *Revista Nebrija de Lingüística Aplicada*, *19*, 1-10. https://www.nebrija.com/revista-linguistica/files/articulosPDF/articulo_56583a3b9a601.pdf
- Mazza, J. J., & Reynolds, W. M. (1999). Exposure to violence in young inner-city adolescents: Relationships with suicidal ideation, depression, and PTSD symptomatology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *27*(3), 203-213. <https://doi.org/10.1023/a:1021900423004>
- Medrano, L. & Muñoz-Navarro, R. (2017). Aproximación conceptual y práctica a los Modelos de Ecuaciones Estructurales. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, *11*, 219 -239. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2223-25162017000100015&script=sci_abstract
- Mendez, A., Fernandez, J. & Cecchini, J. (2014). Validación de la versión en español del Cuestionario de Metas de Amistad en Educación Física. *Universitas Psychologica*, *13*, 227-237. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672014000100019
- Mikkelsen-Ramella, F. D. M. (2009). *Satisfacción con la vida y estrategias de afrontamiento en un grupo de adolescentes universitarios de Lima*. [Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio institucional de la Pontificia Universidad Católica del Perú. http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/416/MIKKELSEN_RAMELLA_FLOR_SATISFACCION_CON_LA_VIDA.pdf?sequence=1

- Milrod, B., Markowitz, J. C., Gerber, A. J., Cyranowski, J., Altemus, M., Shapiro, T., Hofer, M & Glatt, C. (2014). Childhood separation anxiety and the pathogenesis and treatment of adult anxiety. *American Journal of Psychiatry*, *171*, 34–43. <https://doi:10.1176/appi.ajp.2013.13060781>.
- Ministerio de Salud. (2019). *Norma técnica de salud para la atención integral de salud para adolescentes 2019*. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4942.pdf>
- Monje, C. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa*. Neiva: universidad surcolombiana. <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf>
- Moreso, N., & Sans, J. (2018). La depresión en la adolescencia:¿ Un problema enmascarado?. *Revista de Estudios de Juventud*, *121*, 25-43. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7161800>
- Narbona, J. (2014). Depressive phenomenology at the outset of neuropaediatric diseases. *Revista de Neurología*, *58*(1), 71–75. <https://doi.org/10.33588/rn.58S01.2014017>
- Navarro-Loli, J., Moscoso, M., & Calderón-De La Cruz, G. (2017). La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. *Liberabit*, *23*(1), 57-74. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2017.v23n1.04>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión*. <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2020, 30 de enero). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Ortuño-Sierra, J., Aritio-Solana, R., Inchausti, F., Chocarro de Luis, E., Lucas Molina, B., Pérez de Albéniz, A., & Fonseca-Pedrero, E. (2017). Screening for depressive symptoms in adolescents at school: new validity evidences on the short form of the reynolds depression scale. *PLoS One*, *12*(2), 01-11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170950>
- Osman, A., Gutierrez, P. M., Bagge, C. L., Fang, Q., & Emmerich, A. (2010). Reynolds adolescent depression scale second edition: a reliable and useful instrument. *Journal of Clinical Psychology*, *66*(12), 1324-1345. <https://doi.org/10.1002/jclp.20727>
- Panuera-Zare, M. R. (2018). *Funcionalidad familiar, estilos parentales y sintomatología depresiva en adolescentes de tercero, cuarto y quinto año de secundaria de una institución educativa estatal en Chorrillos*. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio institucional de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/10133>
- Papalia, D. E., Sterns, H. L., Feldman, R. D., & Camp, C. J. (2007). *Adult development and aging*. McGraw-Hill.
- Pardo, G., Sandoval, A. & Umbarilla Z. (2004) Adolescencia y Depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, *13*, 17-32. <https://www.redalyc.org/pdf/804/80401303.pdf>

- Perez, E., & Medrano, L. (2010). Análisis Factorial Exploratorio: Bases Conceptuales y Metodológicas. *Revista Argentina de Ciencias del comportamiento*, 1, 58-66. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3161108>
- Price, I. R., & Lavercombe, L. J. (2000). Depression in early adolescence: Relation to externalising and internalising behavior. *Perceptual and Motor Skills*, 90(3), 723-730. <https://doi.org/10.2466/pms.2000.90.3.723>
- Purisaca, J. & Cajahuanca, A. (2017). *Sintomatología depresiva y afrontamiento en escolares de nivel secundario de una institución educativa estatal de la provincia constitucional del Callao*. [Tesis de licenciatura, Universidad de Ciencias de la Salud]. Repositorio institucional de la Universidad de Ciencias de la Salud. http://repositorio.ucss.edu.pe/bitstream/handle/UCSS/215/Purisaca_Cajahuanca_tesis_bachiller_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Quezada, C. (2007). Potencia estadística, sensibilidad y tamaño de efecto: ¿un nuevo canon para la investigación?. *Onomázein*, (16), 159-170. http://onomazein.letras.uc.cl/Articulos/16/4_Quezada.pdf
- Ramírez, F. (2010). Sintomatología depresiva en adolescentes mujeres: prevalencia y factores de relación interpersonal asociados. *Revista Peruana de Epidemiología*, 14(1), 65-71. <https://www.redalyc.org/pdf/2031/203119805009.pdf>
- Ramos, M. & Plata, W. (2015). Correlación policórica en el análisis de factores con variables ordinales. *Matemática*, 13(1), 37-42. <http://www.revistas.espol.edu.ec/index.php/matematica/article/view/487>
- Raykov, T. (1997). Estimation of composite reliability for congeneric measures. *Applied Psychological Measurement*, 21(2), 173-184. <https://doi.org/10.1177/01466216970212006>
- Reynolds, W. M. (1992). *Depression in children and adolescents*. John Wiley & Sons
- Reynolds, W. M., & Mazza, J. J. (1998). Reliability and validity of the Reynolds Adolescent Depression Scale with young adolescents. *Journal of School Psychology*, 36(3), 295-312. [https://doi.org/10.1016/S0022-4405\(98\)00010-7](https://doi.org/10.1016/S0022-4405(98)00010-7)
- Rodríguez, E., & Farfán, D. (2015). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en estudiantes de 5to año de secundaria de Huancayo, 2013. *Revista de Investigación Universitaria*, 4(2), 70-78. <https://doi.org/10.17162/riu.v4i2.688>
- Ruiz, M. A., Pardo, A., & San Martín, R. (2010). Modelos de ecuaciones estructurales. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 34-45. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77812441004.pdf>
- Ruparel, N., Choubisa, R., Sharma, K., & Seth, H. (2020). Assessing the psychometric properties of cultural intelligence scale among Indian employees. *Current Psychology*, 1-12. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00814-0>
- Ruparel, N., Dhir, A., Tandon, A., Kaur, P., & Islam, J. U. (2020). The influence of online professional social media in human resource management: A systematic literature

- review. *Technology in Society*, 63(1), 1-11.
<https://doi.org/10.1016/j.techsoc.2020.101335>
- Sami, S., Ahmad, R., & Khanam, S. J. (2013). Translation of Reynolds Adolescent Depression Scale-in Pakistan: Reliability estimates and Factor Analysis. *Pakistan Journal of Clinical Psychology*, 12(2), 19-32.
<http://connection.ebscohost.com/c/articles/97474905/translation-reynolds-adolescent-depression-scale-second-edition-pakistan-reliability-estimates-factor-analysis>
- Sánchez-Villena, A., & Farfán, E. (2019). Análisis Factorial Exploratorio del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) en universitarios cajamarquinos. *Interacciones*, 5(3), e177. <https://doi.org/10.24016/2019.v5n3.177>
- Santrock, J. (2014). *Adolescence*. McGraw-Hill Education.
- Sausa, M. (2018). Menores ocupan el 70% de atenciones en salud mental. *Diario Perú 21*. <https://peru21.pe/peru/cifras-salud-mental-peru-menores-ocupan-70-atenciones-infografia-394376-noticia/>
- Schonert-Reichl, K. A. (1994). Gender differences in depressive symptomatology and egocentrism in adolescence. *The Journal of Early Adolescence*, 14(1), 49–65. <https://doi.org/10.1177/0272431694014001004>
- Scourfield, J., Rice, F., Thapar, A., Harold, G., Martin, N., and McGuffin, P. (2003). Depressive symptoms in children and adolescents: changing aetiological influences with development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 968–976. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00181>
- Seeman, H. (1997). *Adolescents coping after parental divorce depression, high risk behaviors and suicidality*. [Tesis de doctorado, University of California]. ProQuest Central.
- Skinner, B. (1953). *Science and human behavior*. McMillan
- Soper, D. (2015). *Calculator: A priori sample size for structural equation models*. Free Statistics Calculators. <https://www.danielsoper.com/statcalc/calculator.aspx?id=89>
- Stassen, K. (2018). *Developing person through childhood and adolescence*. Worth publishers
- Stirling, K., Toumbourou, J. W., & Rowland, B. (2015). Community factors influencing child and adolescent depression: A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(10), 869-886.
<https://doi.org/10.1177/0004867415603129>
- Supple, A. J., Aquilino, W. S., & Wright, D. L. (1999). Collecting Sensitive Self-Report Data with Laptop Computers: Impact on the Response Tendencies of Adolescents in a Home Interview. *Journal of Research on Adolescence*, 9(4), 467-488, https://doi.org/10.1207/s15327795jra0904_5

- Thabrew, H., Stasiak, K., Bavin, L. M., Frampton, C., & Merry, S. (2018). Validation of the mood and feelings questionnaire (mfq) and short mood and feelings questionnaire (smfq) in New Zealand help seeking adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 27(3), 1-9. <https://doi.org/10.1002/mpr.1610>
- Ugarriza, N., & Escurra, M. (2002). Adaptación psicométrica de la escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR) en estudiantes de secundaria de Lima metropolitana. *Persona*, 5, oct. 2002, 83-130. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147118132004>
- UNICEF. (2019). *Adolescencia en Perú*. <https://www.unicef.org/peru/publicaciones/adolescencia-en-peru>
- Vargas, T., & Mora, R. (2017). Tamaño de la muestra en modelos de ecuaciones estructurales con constructos latentes: Un método práctico. *Actualidades Investigativas en Educación*, 17(1), 25-60. <https://dx.doi.org/10.15517/aie.v17i1.27294>
- Vásquez, L. F., Muñoz, R. & Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8(3), 417-449. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-3oa.pdf
- Vassar, M., & Bradley, G. (2012). A reliability generalization meta-analysis of coefficient alpha for the Reynolds Adolescent Depression Scale. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 17(4), 519-527. <https://doi.org/10.1177/1359104511424998>
- Vélez-Álvarez, C., Barrera-Valencia, C., Benito-Devia, A.V., Figueroa-Barrera, M., & Franco-Idarraga, S.M.. (2016). Study of depressive symptoms according to Zung's self-rating scale on men deprived of freedom in a city of Colombia. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 18(2), 43-48. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202016000200002&lng=es&tlng=en.
- Ventura, J. & Caycho, T. (2017). El coeficiente omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(1), 625-627. <https://www.redalyc.org/pdf/773/77349627039.pdf>
- Viladrich, C., Angulo, A. & Doval, E. (2017). A journey around alpha and omega to estimate internal consistency reliability. *Anales de Psicología*, 33(3), 755 - 782. <http://scielo.isciii.es/pdf/ap/v33n3/metodologia.pdf>
- Walker, L., Merry, S., Watson, P. D., Robinson, E., Crengle, S., & Schaaf, D. (2005). The Reynolds Adolescent Depression scale in New Zealand adolescents. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(3), 136-140. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01534.x>

Weber, S., & Terhorst, L. (2010). Does the currently accepted RADS-2 factor structure apply to LGBTIQ youth?. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 17(7), 621-627. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01563.x>

Weiner, I. B. (2003). *Handbook of psychology, developmental psychology, Vol. 6*. John Wiley & Sons.

Whittle, S., Lichter, R., Dennison, M., Vijayakumar, N., Schwartz, O., Byrne, M. L., Simmons, J., Yucel, M., Pantelis, C., McGorry, P., & Allen, N. (2014). Structural brain development and depression onset during adolescence: a prospective longitudinal study. *American Journal of Psychiatry*, 171, 564–571. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.1307092>

Woolfolk, A. & Perry, N. (2014). *Child and adolescent development*. Pearson

Williams, B., Onsman, A., & Brown, T. (2010). Exploratory factor analysis: A five-step guide for novices. *Australian Journal of Paramedicine*, 8, 1-13. <https://ajp.paramedics.org/index.php/ajp/article/view/93/90>

Woolfolk, A. & Perry, N. (2014). *Child and adolescent development*. Pearson



ANEXOS

APÉNDICE 1: ESCALA DE DEPRESIÓN PARA ADOLESCENTES DE REYNOLDS (EDAR)

“Sobre mí mismo” por William M. Reynolds

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Colegio: _____ Grado: _____ Fecha: _____

Instrucciones

A continuación se presenta una lista de oraciones sobre cómo te sientes. Lee cada una y decide sinceramente cuán a menudo te sientes así: *Casi nunca*, *Rara vez*, *Algunas veces* o *Casi siempre*. Marca el círculo que está debajo de la respuesta que mejor describe cómo te sientes realmente. Recuerda, que no hay respuestas correctas ni equivocadas. Sólo escoge la respuesta que dice cómo te sientes generalmente.

	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre
1. Me siento feliz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Me preocupa el colegio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Me siento solo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Siento que mis padres no me quieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Me siento importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Siento ganas de esconderme de la gente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Me siento triste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Me siento con ganas de llorar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Siento que no le importo a nadie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Tengo ganas de divertirme con los compañeros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me siento enfermo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Me siento querido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Tengo deseos de huir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Tengo ganas de hacerme daño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Siento que no les gusto a los compañeros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Me siento molesto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Siento que la vida es injusta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Me siento cansado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Siento que soy malo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Siento que no valgo nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Tengo pena de mí mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Hay cosas que me molestan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Siento ganas de hablar con los compañeros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Tengo problemas para dormir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Tengo ganas de divertirme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me siento preocupado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Me dan dolores de estómago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Me siento aburrido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Me gusta comer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Siento que nada de lo que hago me ayuda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

RS	
TOTAL %	
%	

CI	

APÉNDICE 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de este documento es otorgarles al participante y su apoderado una clara explicación de la intención de este proyecto; así como el papel que cumple en esta investigación. Esta será conducida por Jorge Vidal Pascual Rivera y Luis Manuel Rodríguez Robles, Bachilleres de Psicología de la Universidad de Lima. El cual tiene como propósito conocer si su hijo(a) presenta algún tipo de sintomatología asociada a conductas depresivas. Para ello, se le pedirá al evaluado que responda algunas preguntas que serán enviadas de forma digital mediante un enlace. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y todo dato brindado será manejado de forma estrictamente confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Desde ya le agradecemos su permiso para la participación de su hijo(a). De estar conforme seleccione la opción "sí" caso contrario seleccione la opción "no".

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria, la información que se recoja será confidencial, es decir anónima; y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Desde ya le agradecemos su permiso para la participación de su hijo(a).

Acepto que mi hijo(a) participe voluntariamente en esta investigación, conducida por Jorge Vidal Pascual Rivera y Luis Manuel Rodríguez Robles. Asimismo, he sido informado(a) de que el propósito del estudio es investigar si mi hijo(a) presenta algún tipo de sintomatología asociada a conductas depresivas. Reconozco que la información que mi persona y/o mi hijo(a) brinde es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. De tener preguntas sobre la participación de mi hijo(a) en este estudio, puedo contactar a Jorge Pascual Rivera al correo electrónico: 20081660@aloe.ulima.edu.pe o Luis Manuel Rodríguez Robles al correo electrónico: 20080885@aloe.ulima.edu.pe (A razón de la actual situación de la pandemia y con la finalidad de velar por la seguridad de los alumnos e investigadores la encuesta será realizada de forma online). *

Si

No

Nombre del tutor

Nombre del menor

APÉNDICE 3: FICHA SOCIODEMOGRAFICA

Sexo: Femenino () Masculino ()

Edad: _____ **Distrito:** _____

Nombre de tu colegio: _____

Grado en el que te encuentras:

Primero () Segundo () Tercero () Cuarto () Quinto ()

Sección en la que te encuentras: _____

¿Con quién vives en tu casa? (Elige una alternativa)

Con ambos padres..... ()

Con mi mama..... ()

Con mi papa..... ()

Con alguno de mis abuelos..... ()

Con mis padres, algún abuelo, tíos, etc..... ()

Con mis tíos..... ()

Familia extendida (papas, abuelos, tíos, etc..)..... ()

Otros..... ()

APÉNDICE 4: PERMISO DEL USO DE LA PRUEBA EDAR

Proyecto de tesis Universidad de Lima - Solicitud de autorización de uso de Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR)

Nelly Ugarriza Chávez <nellyraquelugarriza@gmail.com>

30 de enero de 2020, 16:48 Para: Manuel Rodríguez Robles <manuelrodriguez0787@gmail.com>

Por la presente autorizo que utilicen la adaptación de la prueba EDAR, desarrollada con conjuntamente con Miguel Ecurra, con fines de investigación.

Cordialmente

Dra. Nelly Ugarriza Chávez

[El texto citado está oculto]

<https://mail.google.com/mail/u/0?ik=7954ebbe7b&view=pt&search=all&permmsgid=msg-f%3A1657191441666109678&simpl=msg-f%3A1657191...> 1/1