

2ª PARTE: APLICACIÓN EMPÍRICA

MÉTODO

4. MÉTODO

Unidad y tamaño de la muestra: La muestra correspondió a los alumnos participantes de cada aula. Para alcanzar los objetivos se seleccionó una muestra entre todos los alumnos inscritos de ESO y bachillerato de los colegios elegidos.

Muestra representativa:

1) El muestreo fue aleatorio eligiendo una clase de cada curso de 3º y 4º E.S.O y 1º y 2º de bachillerato.

El número total de alumnos participantes en este estudio fue de 312.

N= 312. (188 chicas y 124 chicos).

4.1. Descripción de la muestra. Participantes.

Datos preliminares

Número de casos que participan en este estudio, N= 312. Todos los alumnos participantes tenían edades comprendidas entre los 14 y los 18 años.

El número total de casos de la muestra se distribuye de la siguiente manera:

Tabla nº 4.1. Distribución de los individuos de la muestra. N=312

	Nº individuos	Porcentaje
Chicas	188	60,25%
Chicos	124	39,75%
Total	312	100%

Tabla nº 4.2. Distribución de la muestra por cursos.

Curso	Chicas	Chicos	Total
3º ESO	41	37	78
4º ESO	36	39	75
1º Bachillerato	59	23	82
2º Bachillerato	52	25	77
Total	188	124	312

Tabla nº 4.3. Distribución de la muestra por escuelas.

Escuela	Chicas	Chicos	Total
Concertada BCN	47	24	71
IES Público	38	31	69
IES Público	46	29	75
Concertada BCN	57	49	97
Total	188	124	312

4.2. Instrumentos. Descripción y Propiedades.

Los datos que nos permitirán una primera aproximación a la posible población afectada, los tomaremos de las mediciones realizadas mediante tres cuestionarios:

- 1) Children's Depression Inventory (CDI).
- 2) Parental Bonding Instrument (PBI).
- 3) Inventario Acontecimientos Vitales en Infancia y Adolescencia (AVIA).

4.2.1. Inventario de Depresión para Niños. *Children's Depression Inventory.*

El autoinforme CDI (*Children's Depression Inventory*) fue desarrollado por Kovacs y colaboradores (1983). Este instrumento ha sido utilizado en diversos estudios epidemiológicos y en el ámbito clínico en España. El CDI es el autoinforme más usado para la evaluación de la depresión infantil en niños y adolescentes de 7 a 17 años. Esta escala se creó a partir del Beck Depression Inventory (Beck, 1967), para ser aplicado a niños y adolescentes en edad escolar. El manual del CDI fue publicado en 1992 y se incluyeron en él, tanto los datos psicométricos del CDI de los estudios de la propia autora, como una revisión de estudios de otros autores y sus resultados más relevantes. En el año 2004, aparece la versión española del instrumento (Del Barrio y Carrasco, 2004) publicada por TEA, en la que se incluyen revisiones de estudios y resultados del CDI en nuestro contexto.

El CDI consta de 27 ítems que miden sintomatología depresiva. Entre los síntomas que recoge incluye: el estado de ánimo deprimido, problemas interpersonales, sentimientos de incapacidad, anhedonia y autoestima baja o negativa. De los diversos instrumentos existentes que miden depresión o sintomatología depresiva es el que requiere un nivel más bajo de comprensión lectora. La escala discrimina entre jóvenes con diagnóstico de depresión mayor o distimia, otros trastornos psiquiátricos y muestra comunitaria. Además es una prueba sensible a los cambios de la sintomatología depresiva a través del

tiempo, lo que le hace adecuado para el uso en estas edades por su fácil administración y puntuación y además lo convierte en un procedimiento adecuado para el *screening*.

A pesar de que el CDI no es un instrumento diagnóstico, sus ítems se corresponden con los síntomas que aparecen en el DSM-IV (APA, 1995) y en el DSM-IV-TR (APA, 2000), tal y como se muestra en la siguiente tabla.

TABLA 4.1. *Contenido de los ítems del CDI relacionados con los síntomas recogidos en el DSM-IV y DSM-IV-TR (APA, 1995 - 2000).*

Criterios DSM-IV / DSM-IV-TR	Ítems CDI
A (1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio participante (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.	1,2,10,20
A (2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio participante u observan los demás).	4
A (3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.	18
A (4) Insomnio o hipersomnia casi cada día.	16
A (5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).	15
A (6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.	17
A (7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).	3,7,8,25
A (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).	13
A (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.	9

La edad recomendada para su aplicación es de 7 a 17 años, y el punto de corte (centil=90) establecido por la autora, según baremos americanos, está en la actualidad en una puntuación directa de 20 (la misma autora ha utilizado el punto de corte 19 en numerosos trabajos). En otros estudios realizados con niños y adolescentes el punto de corte se ha reducido a 19 y en algunos estudios a 17 como cita en su revisión Figueras (2006). Estos puntos de corte más bajos siguen siendo válidos para discriminar presencia o no presencia de sintomatología depresiva.

Sobre la sensibilidad y especificidad del CDI para el punto de corte 19 (puntuación a partir de la cual se considera que existe presencia de sintomatología depresiva severa) en muestra española, así como otros índices, se dispone de los datos obtenidos en el estudio de la depresión infantil, pionero en España, de Domènech y Polaino-Lorente (1990) sobre una N=6432 y fueron los siguientes: sensibilidad: 32,3%, especificidad: 94,3%, mal clasificados: 5,6%, valor predictivo positivo: 9,2%, valor predictivo negativo: 98,7.

Sus propiedades psicométricas también han sido estudiadas. Kovacs (1992) hace una revisión de estudios que han analizado la fiabilidad del CDI, tanto su consistencia interna, como la fiabilidad test-retest o la fiabilidad a dos mitades. En la mayoría de estudios ha encontrado coeficientes alfa que oscilan entre 0,71 y 0,94, indicadores de una buena consistencia interna del instrumento. La fiabilidad del CDI se ha demostrado aceptable oscilando entre 0,38 y 0,87 para la estabilidad temporal (en el periodo comprendido entre una semana y un año). Dado que el CDI mide un estado más que un rasgo, el intervalo de retest para evaluar la fiabilidad debe ser corto, entre 2 y 4 semanas (Kovacs, 1992; Sitanerios y Kovacs, 1999). La fiabilidad de dos mitades se encuentra entre 0,57 y 0,84.

Frías (1990) refiere que la aplicación del CDI en una muestra de 1.286 niños españoles normales proporcionó un alfa de Cronbach de 0,79. Los estudios sobre la validez del CDI indican que es capaz de discriminar entre los niños con problemas emocionales y los niños sin problemas. Sin embargo, no diferencia a los niños deprimidos de los niños con otros trastornos. Los datos sobre validez del CDI respecto a otros instrumentos fueron: convergencia con

el Children's Depression Scale (CDS) 0,84 convergencia con la Escala de Evaluación de la Depresión (EED) 0,78.

Por último, la adaptación española del CDI (Del Barrio y Carrasco, 2004) muestra un alfa de Cronbach de 0,79, una fiabilidad test-retest de 0,38 y una fiabilidad de las dos mitades de 0,77.

4.2.1.1. Puntuación e interpretación del CDI.

Todos los Ítems del CDI tienen tres enunciados de respuesta. El 50% de las preguntas comienzan con alternativas de respuesta que indican mayor sintomatología; el resto sigue una secuencia invertida reflejando ausencia de sintomatología. Las alternativas de respuesta presentan los siguientes valores:

0 Ausencia de sintomatología.

1 Sintomatología leve.

2 Sintomatología depresiva.

Existen dos tipos de puntuación del CDI:

- a) Puntuación directa: por suma del total de los puntos obtenidos en las 27 preguntas. Siendo la puntuación máxima posible de 54 puntos y la mínima de 0.
- b) Puntuación por escalas. Los Ítems del CDI se pueden agrupar en cinco subdimensiones o escalas que reflejan los siguientes constructos: A) humor negativo; B) problemas interpersonales; C) sentimiento de inutilidad, ineficacia; D) anhedonia (displacer); E) baja autoestima.

Interpretación.

Las puntuaciones del CDI se pueden interpretar en base a varios criterios de medida:

- a) Interpretación de las puntuaciones directas (puntuación total obtenida en las 27 preguntas).
- b) Interpretación de las puntuaciones directas y sus equivalentes en la escala de percentiles para diferentes grupos de edad y género.
- c) Interpretación de las 5 escalas o subdimensiones. La interpretación sigue el

criterio de puntuaciones directas y su equivalente en percentiles para cada escala.

En el presente estudio se utilizaron las puntuaciones directas del CDI. El punto de corte 19, puntuación directa que sumara 19 o más, se tomó como referencia de presencia de sintomatología depresiva. Esta puntuación fue sugerida por Kovacs (1981) a partir de los resultados del estudio realizado en Canadá por Friedman y Butler (1979), con una muestra de 875 niños normales escolarizados. Basándose en los datos de estudio, el valor 19 determinaba depresión severa, mientras que una puntuación de 10 ó más debería considerarse como indicativa de depresión moderada (Orvaschel, Sholonukas y Weissman, 1980 a).

Este mismo punto de corte fue utilizado en estudios epidemiológicos en España por Domènech y Polaino-Lorente en 1990 donde esta puntuación (19) fue el valor que correspondió al percentil 90 de un estudio piloto realizado en una aula de 4º de EGB.

Lourdes Ezpeleta y Nuria de la Osa en 1992 también utilizaron la puntuación 19 como punto de corte en un trabajo sobre la depresión y factores asociados en niños.

La elección de un valor alto del punto de corte nos dará un elevado valor de la especificidad y una baja sensibilidad en el cuestionario (Lilienfeld y Lilienfeld 1980). Sobre este último aspecto Edelmira Domènech (1997) afirma que el punto de corte 19 es poco sensible para la población española y recomienda que se utilice el punto de corte 17.

Este tipo de procedimiento nos plantea un problema; cuanto más alto es el punto de corte existe más probabilidad de que los niños que lo superan presenten depresión. Del mismo modo, también es probable que se “escape” algún niño deprimido al que no se le ha detectado el trastorno (falso negativo). Sin embargo, un punto de corte más bajo, aunque minimiza el riesgo de que se “escape” algún niño con depresión, incrementa la posibilidad de cometer el error de diagnosticar trastornos a chicos y chicas que no están deprimidos (falso positivo).

4.2.2. Parental Bonding Instrument (P.B.I.)

El Parental Bonding Instrument (P.B.I.) es un cuestionario de autoinforme desarrollado por Parker, Tupling y Brown, (1979) en la Universidad de New South Wales, Australia. Basado en la Teoría del Vínculo de John Bowlby, el P.B.I. mide la percepción de la conducta y la actitud de los padres en relación con el sujeto en su infancia y adolescencia. En este trabajo utilizamos la adaptación al castellano realizada por Ballús-Creus (1991).

En este instrumento se pregunta al adolescente por el recuerdo que tiene sobre las relaciones con su padre y con su madre durante la infancia, pretende evaluar el tipo de vínculo de apego establecido para cada uno de los progenitores. Está formado por 25 ítems referidos al padre y otros 25 referidos a la madre que se agrupan en dos dimensiones: afecto/cuidado versus rechazo (13 ítems) y sobreprotección versus estimulación de la autonomía (12 ítems).

Las propiedades psicométricas también han sido estudiadas. La fiabilidad del PBI respecto de su consistencia interna se halla entre los valores del 0,78 y 0,89 respectivamente para las escalas subdivididas por el sexo del progenitor. Resultados de estudios posteriores en la estandarización de PBI confirman la compatibilidad con el original (Oliva y Sánchez-Queija, 2003; Melis y cols., 2001; Parker, 1989).

Cada ítem se puntúa a través del método Likert, con valores de 0 (nunca) a 3 (siempre); de este modo, la escala de afecto/cuidado puede alcanzar un máximo de 39 puntos y la de sobreprotección de 36. El sujeto debe elegir aquella alternativa que mejor describa la relación con cada uno de los padres, por separado.

Los ítems que miden sobreprotección son los que corresponden a los números: 3, 7, 9, 10,13 ,15 ,19 ,20 ,21 ,22 ,23 ,25 ,28 ,32 ,33 ,34 ,35 ,38 ,40, 44, 45 ,46, 47, 48, 50. El resto de los ítems miden afecto/cuidado.

Como hemos citado anteriormente todas las respuestas se agrupan en dos dimensiones: afecto/cuidado versus rechazo (alfa= 0,76 para la madre, y alfa= 0,82 para el padre) y sobreprotección versus estimulación de la autonomía (alfa= 0,70 para la madre y alfa=0,72 para el padre) citado en Oliva y Sánchez Queija, 2003). Combinando estas dos dimensiones se construye la

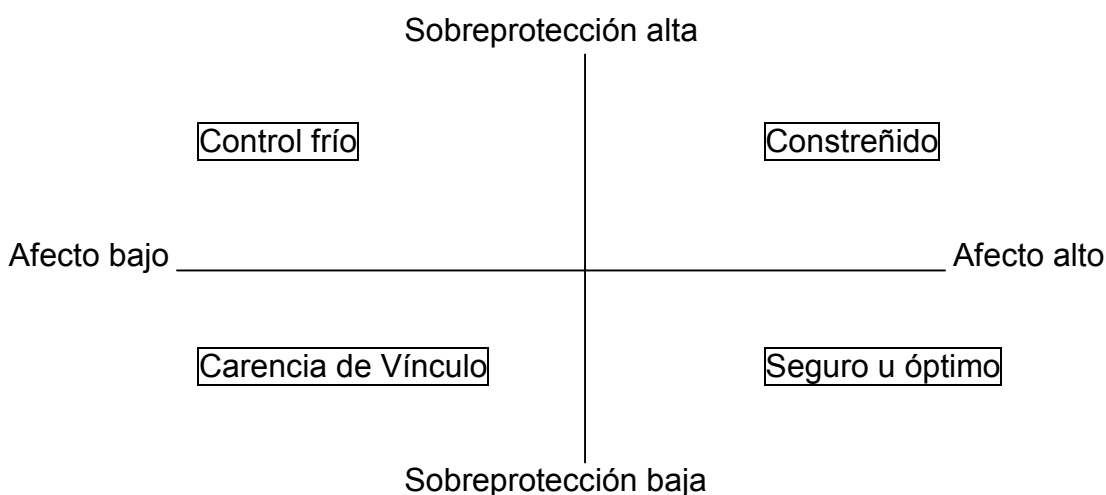
siguiente tipología (ver figura nº 1): vínculo seguro u óptimo (baja sobreprotección y alto afecto), carencia de vínculo (baja sobreprotección y poco afecto), vínculo constreñido (alta sobreprotección y alto afecto) y control frío (alta sobreprotección sin afecto).

El factor Apego/cuidado está definido, por un lado, como: afectuosidad, contención emocional, empatía y cercanía y, por otro, como frialdad emotiva, indiferencia y negligencia, apuntando de esta manera a la presencia o ausencia de esta variable. El factor Sobreprotección apunta de igual manera a la presencia o ausencia de éste, y se define como: control, sobreprotección, intrusión, contacto excesivo, infantilización y prevención de la conducta autónoma.

Cada escala puede ser utilizada de manera independiente o conjunta obteniendo así una puntuación para Afecto/cuidado y otra para Sobreprotección. Al obtener puntuaciones de ambas escalas permite elaborar los cuatro tipos de vínculos de apego citados anteriormente (ver figura nº 4.2.).

Figura nº 4.2.

Las dos dimensiones del P.B.I. muestran los distintos tipos de vínculos de apego. Adaptado de Parker, Tupling y Brown (1979).



4.2.3. Inventario de Acontecimientos Vitales en Infancia y Adolescencia (A.V.IA.).

El Inventario de Acontecimientos Vitales en Infancia y Adolescencia tiene como objetivo determinar la cantidad, calidad, impacto y momento de ocurrencia de los acontecimientos vitales en la infancia y la adolescencia.

Este inventario fue creado a partir de las escalas de Coddington (1972) y de Holmes y Rahe (1967). Tiene como objetivo determinar la cantidad, calidad, impacto y momento de ocurrencia de los acontecimientos vitales (AV) en la Infancia y Adolescencia. Traducido por Morato y adaptado para investigaciones en España por Moreno y Del Barrio (1992), consta de un total de 81 elementos, correspondientes a cuatro factores distintos: Familia, Escuela, Salud y Relaciones y Actividades sociales.

Cada elemento tiene 4 tipos de respuesta que permiten 12 posibles combinaciones de medida distintas: la primera de ellas es la suma total de eventos, estableciéndose dos puntuaciones, una de AV positivos y otra de negativos. También se obtienen sumas de eventos por cada una de las 4 áreas tanto positivo como negativo. Finalmente, se aplican dos fórmulas de corrección global de la escala, una para el cálculo de los AV positivos y la otra para los negativos. Estas puntuaciones se denominan “Impacto positivo” e “Impacto negativo”, debido a que son parecidas a las establecidas por Holmes y Rahe (1967), para el cálculo de las unidades de cambio vital (L.C.U.) en la que se cuantifican el peso o impacto de los AV, intentando paliar las posibles fuentes de error como la cantidad de tiempo transcurrido desde la ocurrencia del acontecimiento. Esta innovación introducida en el AVIA también ha sido utilizada en otros cuestionarios de AV (Berden, Athaus y Verhulst, 1990).

4.3. Procedimiento de la investigación. Trabajo de campo.

Descripción del trabajo realizado:

Contacto con el centro y solicitud de consentimiento.

Se estableció contacto con el Director de cada colegio seleccionado para presentar el proyecto y explicar los objetivos del estudio. Se envió una carta (ver anexo nº 1) y un cuestionario de cada tipo (ver anexos nº, 3, 4 ,5) al centro cuando aceptaron participar en el estudio. Se solicitó la colaboración del profesorado en la ejecución del trabajo de campo, tanto en la distribución, administración del cuestionario y la recogida de los mismos. Las dudas eran resueltas por nuestra colaboradora. Se realizó una reunión con el profesorado del centro para explicar el protocolo de administración cuando fue necesario.

Para mantener la confidencialidad de los datos se utilizó un código de identificación que fue separado del listado de adolescentes. Se enviaron cartas (ver anexo nº 2) a padres/tutores solicitando el consentimiento de participación de su hijo/a en el estudio, explicando los objetivos y garantizando la confidencialidad de la información recogida

Procedimiento de administración de los cuestionarios a los adolescentes.

Reserva y confidencialidad de los datos.

Es importante garantizar la confidencialidad de los datos recogidos. Además de ofrecer las instrucciones antes de cumplimentar los cuestionarios, los adolescentes deben saber que el cuestionario no es un exámen, no existen preguntas correctas ni incorrectas. Debe enfatizarse que la información que ofrezcan es completamente confidencial y no será facilitada ni al profesorado ni a padres o tutores.

Participación en el estudio.

Se ha seguido una metodología sistemática en la administración. Se enviaron las cartas de consentimiento para padres a los colegios, dos semanas antes de la administración y el profesorado se encargó de entregarlas a cada adolescente. Si los adolescentes traían la carta firmada por sus padres y aceptaban participar en el estudio, se les entregaban los cuestionarios. Antes

de iniciar el proceso de administración de los dos cuestionarios se les pedía su colaboración y que contestasen lo más completa y honestamente posible.

Duración de la administración.

Administración de los cuestionarios:

Se organizó la sesión para que ocupara una hora de clase (asumiendo una clase de 50-60 minutos). Esto permitió explicar los objetivos del estudio, realizar la introducción y las normas para responder a los tres cuestionarios y resolver las preguntas o dudas que aparecieron. La cumplimentación del CDI, PBI y AVIA supuso una media de 45-60 minutos teniendo en cuenta que los adolescentes de mayor edad tardaron aproximadamente 45 minutos. De la duración y de los tiempos medios de administración se informó previamente al profesorado colaborador para que fuera tenido en cuenta, puesto que algunos grupos de la muestra necesitaron algo más de 60 minutos.

Procedimiento de administración.

Se mantuvo una consistencia en el procedimiento de administración: distribución y recogida de cuestionarios, resolución de problemas y preguntas durante la administración.

En los cursos en los que se administró, la explicación inicial y las instrucciones para cumplimentar los cuestionarios fueron las siguientes:

"Los cuestionarios que os vamos a entregar recogen respuestas sobre el bienestar emocional, los recuerdos y los acontecimientos vitales en los adolescentes. De ellos podemos obtener información sobre vuestro bienestar emocional y las cosas que os suceden. No son tests ni exámenes y por tanto no hay respuestas correctas ni incorrectas. Se trata de responder las preguntas de la forma más sincera posible. La respuesta más adecuada es la que vosotros creáis que es la adecuada. Se trata de cuestionarios confidenciales y vuestras respuestas no las verán ni vuestros profesores ni padres/tutores. Por favor, contestad los cuestionarios sin hacer consultas ni comentarios con vuestros compañeros ya que son cuestionarios individuales.

Las instrucciones para rellenar cada cuestionario están en la primera hoja. La mayor parte de preguntas se rellenan con una cruz o señalando la

respuesta. Hay una parte que pregunta sobre acontecimientos vitales y el número de veces que os ha ocurrido. Si tenéis alguna duda, podéis hacer todas las preguntas que queráis. Intentad contestar a todas las preguntas sin saltar ninguna. Podéis empezar a leer la primera hoja con las instrucciones y luego rellenar el cuestionario, ¿tenéis alguna pregunta? Muchas gracias a todos por participar en el estudio sobre el bienestar emocional en los adolescentes”.

Durante la administración de los cuestionarios, los adolescentes pudieron hacer preguntas referidas al contenido y terminología de los ítems de los mismos. En este caso, la persona encargada de la administración pudo clarificar o explicar el término siempre y cuando el significado general no cambiara. Tuvieron que ser ellos mismos los que interpretaran las preguntas para eliminar posibles sesgos. Las confusiones respecto del formato de las preguntas y la correcta cumplimentación de las respuestas fueron explicadas de la misma forma que en la página de instrucciones de los cuestionarios.

La privacidad de los adolescentes era prioritaria. Se fomentó un entorno adecuado para conseguir la mayor participación y el menor número posible de respuestas erróneas. Se insistió en pedir que contestaran los cuestionarios de forma individual, sin hacer comentarios con los compañeros y que el profesorado, aunque ayudara en la administración, debía intentar no pasear por el aula para evitar dar la impresión de vigilar las respuestas de los adolescentes.

Las preguntas debían contestarse asignando una cruz sobre el número correspondiente a la respuesta (1,2, 3,) en ese ítem.