

Construcción de una escala psiquiátrica para la investigación epidemiológica en adolescentes

Patricia Balcázar Nava,* Gloria Margarita Gurrola Peña,*
Martha Patricia Bonilla Muñoz,* Luis Trejo Gonzalez**

* Universidad Autónoma del Estado de México Facultad de Ciencias de la Conducta.

** Universidad Iberoamericana.

RESUMEN

Antecedentes. La Escala Psiquiátrica para la Investigación Epidemiológica en Adolescentes fue diseñada por B. P. Dohrenwend (1973, 1982), con base en algunos de los criterios del DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) (APA, 1996) con la finalidad de utilizarse en investigación epidemiológica de despistaje (casos posibles) de psicopatologías (Casullo, 1990). Está compuesta por 29 áreas o subescalas. Existe una versión en español, pero no hay reportes de su validación.

Objetivo. Validar la Escala Psiquiátrica Para la Investigación Epidemiológica (PERI), en su versión para adolescentes.

Método. Análisis factorial con rotación varimax, que determinará los valores eigen, el porcentaje de varianza explicada y los pesos factoriales de cada reactivo. Además del factorial, se obtuvieron los valores alpha de cada factor y del instrumento en su totalidad.

Resultados. Se encontraron cuatro factores que señalan indicadores relacionados con: consumo de alcohol, cinco reactivos ($\alpha = 0.83$); trastornos del estado de ánimo, 28 reactivos ($\alpha = 0.94$); distorsiones cognoscitivas o perceptivas, 11 reactivos ($\alpha = 0.86$); funciones cognoscitivas y de la memoria, 7 reactivos ($\alpha = 0.79$). El alpha de Cronbach total del instrumento fue de $\alpha = 0.9$.

Conclusión: Los factores encontrados señalan áreas de gran importancia epidemiológica dentro de la dinámica y la vivencia del adolescente, que pueden servir de base para el diseño de trabajo futuro en dicha población con un instrumento válido y confiable en población mexicana para uso clínico o de investigación.

Palabras clave: Adolescencia, despistaje, epidemiología, evaluación, validación, confiabilidad, psiquiátrica, salud mental.

Construction of psychiatric scale for epidemiological research with interview in adolescents

ABSTRACT

Background. The Psychiatric Epidemiological Research Interview (PERI) was designed by B. P. Dohrenwend (1973, 1982), based in some criteria from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (APA, 1996) aimed to use in epidemiological psychopathology screening (Casullo, 1990). It is composite by 29 areas or subscales. There is a Spanish version, but there is not validation reports.

Objetivo. To validate the Spanish versión of the PERI for adolescents.

Method. Factorial analysis with Varimax rotation, determination of Eigen values percentage of explained variance and factorial weight for each item. Alpha values were also determined for each factor and for the total scale.

Results. We found four factors which pointed out indicators related to: alcohol consumption, 5 items ($\alpha = 0.83$); mood disorders, 28 items ($\alpha = 0.94$); cognoscitives and perceptual distorsions, 11 items ($\alpha = 0.86$); and cognoscitive and memory functions, 7 items ($\alpha = 0.79$). The total Cronabch alpha for teh instrument was $\alpha = 0.95$.

Conclusions: The founded factors pointed out important epidemiological areas for the adolescent dynamic, and could be the base for future work in the mexican adolescent population with a valid and reliable instrument for clinical and research purposes.

Key words: Adolescence, screening, epidemiology, evaluation, validation, reliability, psychiatric, mental health.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con Casullo,¹ la comprensión del comportamiento humano se puede lograr a través del empleo de pruebas o técnicas de evaluación psicológica que, desde los últimos años del siglo XIX y hasta ahora, ha tenido una acogida favorable por parte de los profesionales de la salud.

Este especial interés por la evaluación se justifica con base en lo siguiente:

1. El uso de la evaluación psicológica, especialmente en el área clínica, brinda un soporte importante en la implementación de intervenciones eficaces.
2. El uso de la evaluación psicológica personal se extiende no sólo al área clínica, sino entre otros campos, al educativo.
3. Ayuda a concretar las tareas de investigación y aplicación en el quehacer psicológico.

Los criterios psicométricos establecidos²⁻⁴ indican que los instrumentos o pruebas de recolección de datos para la evaluación psicológica deben reunir dos requisitos esenciales para poder generar información importante: Confiabilidad y validez. Mientras la primera indica el grado de estabilidad de los datos a través del tiempo, la validez se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir.

Por otra parte, el conocimiento psicopatológico y epidemiológico de las alteraciones de la salud mental individual y colectiva, pueden plantear acciones de prevención y promoción con mejores fundamentos científicos. Costa y López⁵ indican que de acuerdo con las nociones de la salud comunitaria, actualmente se apunta hacia grandes áreas:

1. Incidencia en el ecosistema físico, biológico y social en donde residen los riesgos o las oportunidades para la salud mental y que de tal forma, contribuyan en el binomio salud-enfermedad.
2. Prevención y educación para la salud como uno de los aspectos clave fundamentales tanto a nivel individual como grupal.
3. Participación activa y organizada de la comunidad en la evaluación de los problemas y necesidades de salud y en su solución.

De acuerdo con estos autores, la salud comunitaria debiera estar cimentada en la investigación, que sirva de retroalimentación y de apoyo en el desarrollo, funcionamiento y evaluación de programas de acción en los niveles preventivo, curativo, de rehabilitación y promoción de la salud. Con base en esto, puede deducirse que el surgimiento de centros de atención a la salud no es suficiente si no se cuenta

con las bases de investigación que proporcionen el conocimiento suficiente acerca de las características y las necesidades de la población a la cual van dirigidos; esto es, no iniciar de manera inversa, sino a partir de la comunidad.

Según lo reportado por la Organización Mundial de la Salud (1982),¹ es apremiante que se realicen investigaciones que promuevan comportamientos favorables de la salud y que se establezcan metodologías adecuadas para tal efecto con el fin de conocer, producir, instaurar, promover, controlar y cambiar los comportamientos. Así, la obtención de datos en un grupo o comunidad puede hacerse a través del rastreo en los lugares donde se encuentren los casos ya diagnosticados; a través de entrevistas; por la consulta en bases de datos, en estadísticas, en la búsqueda de registros o expedientes, en cifras o fuentes oficiales o bien, a través de procedimientos como las encuestas. De acuerdo con Cabildo,⁶ las encuestas o escalas permiten trabajar personalmente con los miembros de un grupo, yendo a buscar a las personas afectadas o en riesgo, en vez de esperar a que acudan a los servicios de salud.

Ya sea que se trabaje con una muestra o con todo el universo, el uso de los instrumentos de investigación requiere de una elaboración exprefeso y bajo procedimientos de validación y confiabilidad de los que ya se habló al inicio de este apartado, que sean adecuados a las necesidades y características de la población con la que se trabaje.

Por otra parte, de acuerdo con estadísticas presentadas por el Instituto de Estadística, Geografía e Informática del Estado de México,⁷ se indica que más de 20% de la población mexiquense se encuentra localizada en un rango entre los 12 y los 20 años de edad, por lo cual puede decirse que es la adolescencia una etapa del ser humano en la que se concentra gran parte de la población. Lo anterior, al relacionarlo con los aspectos predominantes de la salud mental, plantea que es la adolescencia una etapa del desarrollo individual donde se consolida la personalidad y que es indispensable lograr que ésta se desarrolle en un marco adecuado si es que se desean generaciones mentalmente sanas.

Para las sociedades modernas, la adolescencia es un periodo de la vida de gran trascendencia, no sólo por marcar el inicio de la edad adulta, sino también por ser depositaria de ciertas experiencias, entre ellas del desarrollo cognoscitivo, afectivo y social, que llevan al individuo a tomar por primer vez decisiones acerca de su vida y sus circunstancias⁸ y le abren el camino hacia la vida adulta.

Algunos autores^{9,10} indican que la adolescencia representa un periodo de profundos problemas existenciales que el individuo experimenta y que las condiciones socioestructurales de una cultura en parti-

cular determinan que esta etapa sea considerada como un periodo de profunda búsqueda y de alienación; es decir, un periodo de la asunción de normas y valores ya internalizados, propuestos o introyectados por la cultura,¹¹ que le proporcionan al adolescente un significado existencial y que es importante por esta internalización, que la adolescencia tenga un paso adecuado para que la persona adulta pueda considerarse internamente sana.¹²

Si bien, muchos autores⁹ indican que existen discrepancias respecto a si la adolescencia representa un periodo de crecimiento, de tensión y desajuste, se acepta que es una etapa que demanda esfuerzos de adaptación a nuevas necesidades internas y a demandas de tipo social. Se indica⁹ que la mayoría de los adolescentes pasan por este periodo sin presentar problemas importantes, pero que aproximadamente 20% tienen un riesgo mayor de padecer alguna forma de desajuste emocional que pueden ser manifestaciones tempranas de trastornos posteriores. Esto es, que debido a la inestabilidad que caracteriza a este periodo, se espera que irrumpen en algunas ocasiones síntomas de diversos trastornos psicológicos que tienden a desaparecer con la conclusión de esta etapa, cuando existe una orientación y manejo adecuados de los mismos; o bien, que tienden a incrementarse cuando las condiciones no son propicias para ello. La presencia de trastornos diversos durante esta época puede generar consecuencias negativas variadas, entre las que se aprecian los problemas de adaptación, desórdenes afectivos, conflictos a nivel familiar, conductas adictivas diversas, problemas de rendimiento académico, entre otras. Bajo el anterior principio, el adolescente es una persona expuesta a circunstancias que propician en ocasiones su desequilibrio, mismas que pudieran prevenirse o evitar su ulterior desarrollo.⁶

De acuerdo con lo ya enunciado, la identificación y atención tempranas de los problemas de desajuste individual pueden ayudar a prevenir que éstos se tornen más graves. Para ello es importante disponer de procedimientos eficaces y que no impliquen mucho tiempo en hacer la detección inicial y el seguimiento de los problemas de desajuste emocional durante la adolescencia.

Galicia¹³ enuncia que las circunstancias ambientales que influyen actualmente en la vida personal del estudiante universitario producen situaciones que pueden sin lugar a duda influir negativamente en la salud mental y por tanto, en el desempeño de las actividades de los alumnos, sobre todo en las relacionadas con la asimilación, dominio y creación del conocimiento; con base en esto, indica en este sentido que es necesario realizar esfuerzos institucionales generalizados para salvaguardar el bienestar intelectual y espiritual de la comunidad universi-

taria; por lo cual los programas de atención personal a los alumnos son necesarios y prioritarios. Así, el objetivo de la presente investigación fue el de validar la Escala Psiquiátrica para la Investigación Epidemiológica, utilizable para una población adolescente, con la finalidad de generar un instrumento útil que sirva de base para la investigación de tipo preventiva, en el diseño de programas de salud mental, acordes a las características de esta población estudiada.

MÉTODO

Sujetos

Considerando los criterios estadísticos para la elaboración o validación de instrumentos^{2,14} que determinarán el número de sujetos participantes y que marcan por lo menos cinco sujetos por reactivo, se trabajó con una muestra propositiva de 1,590 adolescentes estudiantes de entre 15 y 18 años de edad, de uno u otro sexos, de ambos turnos, que en el momento de la investigación cursaban el tercer semestre ciclo 1997-2000, pertenecientes a tres escuelas preparatorias de la Ciudad de Toluca. Se eliminaron aquellos casos en los que el sujeto no estuviera en las listas oficiales o que fuese alumno irregular.

Instrumento

Se utilizó la Psychiatric Epidemiological Research Interview (PERI, Escala Psiquiátrica para la Investigación Epidemiológica), en su versión para adolescentes. Esta escala fue diseñada por B. P. Dohrenwend (1973, 1982),¹⁵ con base en algunos de los criterios del DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales)¹⁶ con la finalidad de utilizarse en investigación epidemiológica de despistaje (casos posibles) de psicopatologías.¹⁷ Este instrumento investiga distintas dimensiones o áreas psicopatológicas específicas y no específicas que arrojan indicadores específicos. Existen tanto la versión para adultos con 32 áreas o subescalas y la de adolescentes, utilizada en este estudio y compuesta por 29 áreas. En ambas versiones utilizables respectivamente en adultos o adolescentes, existen versiones abreviada y completa; para tal efecto, en este estudio se utilizó la completa, que contiene 202 reactivos con un rango de respuesta para cada ítem que va desde 0 (nunca) hasta 4 (siempre), opciones a través de las cuales se indica cómo la persona se siente en ese momento o si se ha sentido de la forma como lo indica el reactivo durante el último año de su vida, que al sumarse y ser promediados por cada área indican puntajes significativos (2.5 o más) o no significativos de psicopatología en esa área. Esta escala fue traducida y adaptada al español por Casullo¹⁷ y pese a su uso

en México, no existen reportes de su validación para la población mexicana.

Procedimiento

El instrumento fue repartido a los sujetos de estudio a quienes se les leyeron las instrucciones para su contestación y una vez resuelto fue devuelto al investigador para su procesamiento estadístico.

Análisis estadístico

Una vez aplicados y codificados los datos en una base electrónica de datos, se efectuaron los análisis estadísticos utilizándose el programa SPSS, sometiéndose los reactivos a las rotaciones que se consideraron se ajustaban al tipo de datos obtenidos. Para tal efecto, se utilizó un análisis factorial con rotación varimax, que determinara los valores eigen,

Cuadro 1. Valores eigen y varianzas del primer análisis factorial de la PERI.

Factor	Número de reactivos contenidos	Valores eigen	Porcentaje de varianza (%)	Porcentaje de varianza acumulada (%)
1	121	41.73	20.66	20.66
2	5	8.17	3.05	23.71

Cuadro 2. Valores eigen y varianzas del segundo análisis factorial de la PERI.

Factor	Número de reactivos contenidos	Valores eigen	Porcentaje de varianza (%)	Porcentaje de varianza acumulada (%)
1	28	34.79	28.29	28.29
2	11	3.85	3.13	31.42
3	7	3.00	2.44	33.86

Cuadro 3. Análisis factorial de la PERI en su versión final.

Número de reactivo	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Número de reactivo	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
117	0.406				190		0.565		
150	0.430				191		0.431		
164	0.415				192		0.587		
174	0.436				196		0.704		
179	0.467				197		0.699		
15		0.418			199		0.758		
21		0.510			13			0.427	
43		0.430			65			0.564	
44		0.512			67			0.403	
59		0.625			91			0.573	
62		0.526			114			0.646	
64		0.565			119			0.446	
77		0.492			133			0.427	
95		0.539			137			0.406	
98		0.511			149			0.596	
102		0.584			163			0.569	
104		0.403			165			0.496	
113		0.625			4				0.487
123		0.761			28				0.683
131		0.422			33				0.560
140		0.714			57				0.621
151		0.496			83				0.669
155		0.566			88				0.441
156		0.416			187				0.546
162		0.753							
168		0.496							
189		0.606							
					Alpha del factor	0.8333	0.9493	0.8603	0.7954
					Alpha Total				0.9564

Cuadro 4. Nombre de los factores integrantes de la PERI.

Número del factor	Nombre del factor	Número de reactivos
1	Indicadores relacionados con el consumo de alcohol	5
2	Indicadores relacionados con los trastornos del estado de ánimo	28
3	Indicadores relacionados con distorsiones cognoscitivas o perceptivas	11
4	Indicadores relacionados con funciones cognoscitivas y de la memoria	7

Cuadro 5. Muestra de la PERI validada.

Número del reactivo	Reactivo
1	Tener una experiencia desagradable por estar bebido (factor 1)
4	Tomar alcohol para levantarme el ánimo (factor 1)
7	Tener poca confianza en mí mismo(a) (factor 2)
11	Pensar que soy incapaz de razonar bien (factor 2)
15	Llegar a pensar que ya nada vale la pena (factor 2)
19	Creer que soy un fracaso (factor 2)
23	Sentirme poco satisfecho(a) con mi forma de ser (factor 2)
27	Sentir que nada me sale bien (factor 2)
31	Sentirme muy por debajo del término medio al compararme con los demás (factor 2)
35	Parecerme irreal lo que me rodea, como si fuera una película (factor 3)
38	Sentir que algo fuera de mí roba mis pensamientos (factor 3)
41	Tener ideas o pensamientos raros que la gente no puede comprender (factor 3)
44	Sentir que me ponen en la cabeza pensamientos que no son míos (factor 3)
46	Tener problemas para aprender (factor 4)
48	Resultarme muy difícil estudiar (factor 4)
50	Tener problemas en recordar ciertas cosas (factor 4)

el porcentaje de varianza explicada y los pesos factoriales de cada reactivo. Además del factorial, se obtuvieron los valores alpha de cada factor y del instrumento en su totalidad.

RESULTADOS

Con la finalidad de seleccionar e interpretar los factores integrantes, se tomó como criterio de elección a aquellos cuyos valores eigen fueran iguales o superiores a uno y que tuvieran al menos tres reactivos por factor. De igual forma, para poder elegir a un reactivo como perteneciente a un factor, se tomó como criterio de selección que su carga factorial (alpha) fuese de 0.40 o más y que ésta fuese positiva y mayor en caso de que apareciera este reactivo en dos o más factores. Con base en los anteriores criterios, de manera inicial el instrumento arrojó dos factores que agruparon 126 de los 202 reactivos originales y que en su conjunto explican 23.71% de la varianza total (Cuadro 1).

Con base en el análisis de contenido detallado de los reactivos, se decidió efectuar un segundo análisis factorial (de segundo orden o de componentes secundarios) al primer factor, debido a que incluía

una mezcla de indicadores pertenecientes a varias dimensiones y a que contenía la mayoría de los reactivos. Como resultado de este segundo análisis factorial y con base en los criterios indicados al inicio de la presentación de resultados, se eligieron los primeros tres factores que en su conjunto explicaron 33.86 % de la varianza y que contenían 46 de los 121 reactivos iniciales (Cuadro 2).

De acuerdo con los resultados de los dos análisis factoriales efectuados, se encontró que el instrumento quedó conformado finalmente por aquellos reactivos que tenían un peso factorial mayor o igual a 0.40, con valores eigen mayores o iguales a uno y que en total sumaron 51 reactivos de los 202 iniciales (Cuadro 3).

Una vez obtenidos los factores finales, se realizó un análisis de lo que en conjunto los reactivos indicaban, con la finalidad de denominar a cada factor acorde con el contenido de los mismos; de acuerdo con este análisis, los factores se nombraron como se indica en el cuadro 4.

Como parte de estos resultados reportados, finalmente se presenta una muestra de los reactivos que componen la escala una vez validada (Cuadro 5).

DISCUSIÓN

Con base en los hallazgos, se indica que aun cuando se ha estudiado e investigado ampliamente con la escala PERI en otros contextos^{1,15,17,18} su uso en la población adolescente de la UAEM requeriría del proceso de validación con la finalidad de obtener los datos de confiabilidad y validez que la sustenten teórica y estadísticamente para ser utilizada con toda confianza en posteriores investigaciones de tipo epidemiológico.

Al respecto de la epidemiología, cabe resaltar que el contar con un instrumento utilizable en investigaciones de este tipo asegura que la generación de programas de intervención o de prevención con la población adolescente se haga a partir de sus características y no de manera inversa.^{1,5,17,19} Así, la generación o la validación de instrumentos, como es el caso del utilizado en esta investigación, permite el quehacer epidemiológico que promueva la salud o que sirvan para implementar acciones de puesta en marcha de políticas sanitarias.^{5,17}

Para la sustentación de investigaciones de corte epidemiológico con la población estudiantil adolescente se hizo necesario previamente que se obtuviera un instrumento de medición acorde con las características de la población y que contestara a los dos requisitos básicos (confiabilidad y validez) que establece la psicometría para la elaboración de los instrumentos de evaluación psicológica.

En este sentido, basta revisar la literatura al respecto que indica los diferentes estudios de tipo epidemiológico¹⁷ y encontrar que en nuestro país es poco lo que se ha avanzado a este respecto,²⁰ debido esto en gran parte a la falta de herramientas diseñadas para tal fin.

Es importante destacar hasta este momento que la PERI es una técnica de evaluación psicológica y no de psicodiagnóstico. Esto es, su aplicación puede generar datos que posibilitan las tareas de detección (screening) de adolescentes en riesgo, desde el marco de trabajo psicológico,¹ que permite señalar los indicadores emocionales y que puede asociarse a factores o variables concomitantes o generadores de morbilidad y mortalidad vinculados al ambiente natural, social, biológico, intelectual, afectivo y cultural.⁵

En lo que respecta al primer factor integrante del instrumento, denominado *Indicadores Relacionados con el Consumo de Alcohol*, éste demostró tener una alta carga factorial (.8333) y de acuerdo con la literatura se demuestra su importancia en la PERI debido a que algunas encuestas realizadas sobre el uso de drogas²⁰ y de alcohol en adolescentes indican una alta prevalencia del uso de éstas y predominantemente de alcohol, existiendo con mayor frecuencia entre los hombres.

Este consumo de alcohol se asocia con regularidad^{8,11,20} con conductas de tipo antisocial (violencia, robos, formación de bandas juveniles para realizar actos delictivos, reñir, dañar cosas o vender drogas). Esto es, contar con los indicadores relacionados con el consumo de alcohol puede ayudar a prevenir las conductas de riesgo ya mencionadas al detectarse de manera oportuna.

Al respecto del segundo factor, denominado *Indicadores Relacionados con los Trastornos del Estado de Ánimo*, se sientan las bases para la detección de factores predisponentes de trastornos de tipo depresivo, por ejemplo APA,¹⁶ ya que como lo indica Casullo,¹ los síndromes depresivos se agrupan en síntomas de tipo anímico, caracterizados por la disforia, el abatimiento, la infelicidad o los sentimientos de tristeza; se presentan también los síntomas motivacionales, indicados por apatía, indiferencia, disminución de la capacidad de disfrute; los síntomas relacionados con el sistema cognitivo, que incluyen una valoración negativa de sí mismo, de su entorno y de su futuro y una autovaloración deficiente; en cuarto lugar, los síntomas de tipo físico se refieren a categorías como cambios en los ciclos de sueño, del apetito y molestias corporales de todo tipo, que incluyen la percepción de tener pocas energías para vivir; finalmente, se incluyen en la quinta categoría los síntomas vinculares, donde la principal característica es el deterioro de las relaciones con los demás, se experimenta un rechazo de las personas que le rodean y le determinan al sujeto a que se aísle más.

Asociados a la presencia de estos indicadores del estado de ánimo puede darse la ideación suicida, fatiga, cambios constantes en el estado de humor, retardo psicomotor, desesperanza, problemas de concentración y con frecuencia intentos suicidas, una baja considerable en las actividades cotidianas y del área escolar.^{1,8,16,17,20,21}

El tercer factor hace alusión a aquellos reactivos que son indicativos de distorsiones cognitivas o perceptivas y se denominó precisamente *Indicadores Relacionados con Distorsiones Cognoscitivas o Perceptivas*. Al buscar un equivalente en los indicadores del DSM-IV, se encontró que correspondería al eje II, indicado en el grupo de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Este factor incluye preguntas relacionadas con una percepción ideacional o corporal raros, a través de reactivos como "tener ideas o pensamientos raros que la gente no puede comprender", "sentir que me ponen en la cabeza pensamientos que no son míos" o "parecerme las cosas diferentes, como si no fueran reales, sin estar bebido(a) o drogado(a)".

En el cuarto factor, denominado *Indicadores Relacionados con Funciones Cognoscitivas y*

de la Memoria, se incluyeron todos aquellos reactivos que tienen que ver con la percepción de confusión, de experimentar dificultades para pensar, para recordar información, para aprender y para concentrarse, incluyendo la concentración en el área escolar. Estos indicadores se relacionan con el área de problemas de tipo cognoscitivo, incluidos en el DSM-IV,¹⁶ en el segundo eje de clasificación. A este respecto, Casullo¹ menciona que como parte complementaria de los trastornos del estado de ánimo (relacionados estrechamente con la depresión), ya catalogados en el segundo factor de la PERI, son comunes los trastornos de la memoria, las dificultades para concentrarse y se relacionan estrechamente con los problemas de tipo académico (bajo rendimiento escolar, reprobación, etc.),^{1,11,12,22}

Así, los cuatro factores que se incluyen en la PERI demuestran áreas de gran prevalencia y de importancia dentro de la dinámica y la vivencia del adolescente, que puede servir como punto de partida para indicar cómo se comportan estas áreas en la población joven y con mucha probabilidad, asociarlos a otras variables que pudieran estar relacionadas, ser predisponentes o desencadenadas por estos cuatro factores.

Finalmente, contar con un instrumento probado en una población específica, resulta valioso para las labores de investigación e intervención clínicas, pudiendo utilizarse con toda confianza en el contexto para el cual fue validado, ya que demostró tener un alto grado de validez y una confiabilidad también alta.

REFERENCIAS

1. Casullo MM. Adolescentes en Riesgo. Identificación y Orientación Psicológica. México: Paidós; 1998.
2. Anastasi A. Capacitación, avance de las pruebas y capacidades desarrolladas. México: Trillas; 1981.
3. Brown W. Prácticas actuales de la evaluación psicológica. México: Manual Moderno; 1976.
4. Hernández S, Fernández C, Baptista L. Metodología de la Investigación. México: Mc Graw Hill; 1991.
5. Goldberg M. La epidemiología sin esfuerzo. España: Díaz de Santos; 1994.
6. Cabildo HM, Cabildo-Arellano. Salud mental, un enfoque preventivo. México; 1991.
7. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Estadísticas Poblacionales del Estado de México. México: INEGI; 1999.
8. Wicks-Nelson R, Israel AC. Psicopatología del niño y del adolescente. México: Prentice Hall; 1997.
9. Montero ME. La psicología social en México. Soledad en la Adolescencia (Vol. 5). México: AMEPSO; 1994, p. 187-93.
10. Page RM, Cole GE. Loneliness and alcoholism risk in late adolescence. A comparative study of adults and adolescents. *Adolescence* 1991; 26(104): 925-9.
11. Papalia DE, Wendkos S. Psicología del Desarrollo. México: Mc Graw Hill; 1996.
12. Powell ME. Psicología de la adolescencia. México: Fondo de Cultura Económica; 1988.
13. Galicia U. Plan Rector de Desarrollo de la Universidad Autónoma del Estado de México. México: UAEM; 1997.
14. Pick S, López AL. Cómo investigar en Ciencias Sociales. México: Trillas; 1994.
15. Dorehnwend BP, Levav I, Shrout PE. Community surveys of psychiatric disorders. EUA: Rutgers University Press; 1986.
16. American Psychiatric Association. DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. España: Masson; 1996.
17. Casullo MM. Las técnicas psicométricas y el diagnóstico psicopatológico. Argentina: Lugar Editorial; 1990.
18. Fening S, Levav I, Kohn R, Yelin N. Telephone vs. face-to-face interviewing in a community psychiatric survey. *Am J Public Health* 1993; 83(6): 896-8.
19. Calderón-Narváez G. Salud mental comunitaria, un nuevo enfoque de la psiquiatría. México: Trillas; 1988.
20. De la Fuente R, Medina-Mora ME, Caraveo J. Salud mental en México. México: Fondo de Cultura Económica; 1997.
21. Villardón L. El pensamiento de suicidio en la adolescencia. España: Universidad de Deusto; 1993.
22. Caplan G. Aspectos preventivos en salud mental. México: Paidós; 1993.

Recibido: Mayo 17, 2004.
Aceptado: Junio 25, 2004.