

CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DE LA CES-D EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES RURALES MEXICANOS DE ZONAS CON ALTA TRADICIÓN MIGRATORIA

Rosa María Aguilera-Guzmán*, María Silvia Carreño García*, Francisco Juárez García*

SUMMARY

Introduction. Mexico has a long migration tradition: thousands of Mexican farm laborers and, more recently, industrial and service workers, constitute an essential sector of the US economy. The effects of this geographical movement on the physical and mental health of adults who participate in this process and the changes it produces in the familial and community sphere have been widely documented. Little is known, however, about the impact of these social processes on the mental health of members of the following generations, i.e., the offspring of international migrants who remain in their communities of origin.

Various international studies report that the psychosocial malaise that this process causes in children and teenagers is reflected in behavioral problems during childhood and identity conflicts and constant mood changes during adolescence, which may or may not turn into symptoms of various psychological disorders such as depressive symptomatology.

In Mexico, authors such as López and Moctezuma have pointed out that there is a culture of migration in the communities of origin of these children and teenagers which makes them view migration as "something natural", since this process has been part of the family history of their inhabitants for several generations. In Mexico, the adolescence of the children of migrants takes place in social contexts where the father's physical absence as a result of international migration is expected. Studies have also shown that migrants' wives may display high rates of depressive symptomatology associated with the numerous responsibilities and new tasks they perform as a result of their husbands' absence. All these circumstances may make these teenagers more vulnerable. It is therefore important to determine whether the father's physical absence due to international migration is in any way linked to the presence of possible depressive symptomatology in these teenagers.

Method: The aim of this study was to report the psychometric characteristics of a sample of rural adolescents from communities with a strong migratory tradition from the State of Zacatecas on the Radloff Center for Epidemiological Studies Depression Scale

(1977) and to provide new analytical tools to determine the effects of international migration on their mental health. The CES-D was applied to a sample of 310 adolescents from primary schools, during school hours, with the consent of the school authorities. It formed part of a questionnaire students could answer on their own, including an assessment of self-esteem and suicidal ideation. Its general objective was to study psychological malaise and well-being through everyday stressors and compensators associated with the father's physical absence due to international migration. Schools were selected through intentional, non-probabilistic sampling to ensure that semi-urban and rural schools were equally represented. Students were assured that the information provided would be confidential. The data were statistically analyzed using SPSS, version 10.

Results: The age range of the sample was 11 to 14 years (mean=11.51, $s=.72$), 51% of the participants were male and 34.2% were the children of migrant fathers. In addition to studying, 37.7% contributed to the family income. The group mean of depressive symptomatology was 19.3 ($s=7.6$) and no differences were observed between males and females or between the children of migrant fathers and non-migrant fathers. The scale had a .76 Alpha Cronbach, which increases to .84 without the *positive affect* items that had a low correlation with the total scale. Although factor analysis yielded four factors, the configuration of the latter failed to confirm the factorial structure reported by Radloff. A total of 15.8% of the sample was located above the cut-off point (the mean plus a standard deviation =27).

Being the child of an emigrant was not linked to greater depressive symptomatology, although having to work outside the home was: a higher proportion of adolescents who, in addition to studying, engaged in economic activities to contribute to the family income, had greater depressive symptomatology.

At the end, an analysis was carried out of the Pearson correlation between the overall CES-D score and Coopersmith self-esteem scale, yielding a negative significant correlation ($r=-0.341$, $p<0.01$), meaning that the higher the level of depression, the lower a person's self-esteem. Analysis of depressive

Correspondencia: Rosa María Aguilera-Guzmán. Instituto Nacional de Psiquiatría. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, Calzada México-Xochimilco 101. San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, 14370, México, D.F.

* Investigadores de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales.

Recibido primera versión: 18 de agosto de 2003. Segunda versión: 2 de abril de 2004. Aceptado: 23 de julio de 2004.

symptomatology with suicidal ideation showed a positive, significant correlation through the Pearson coefficient ($r=.501$, $p<0.001$): the greater the symptomatology, the greater the presence of suicidal ideation.

Discussion: Results confirm that the CES-D is a valid, reliable scale for measuring depressive symptomatology in this population. Further research, however, is required on the behavior of items concerning the *positive affect* factor, since its low correlation with the total scale and its lack of correlation with *negative affect*, *psychosomatic complaints* and *interpersonal relations factors* indicate that, as suggested by Iwata and collaborators (1998), these items are not measuring depressive symptomatology in this population.

Two results call for further comment :1. In this study, it was not the offspring of migrant fathers who obtained high scores in depressive symptomatology, but rather 2. teenagers who studied and worked who obtained scores of “possible cases” of depression. These results can be analyzed from various angles and as a consequence of the interaction of various factors: 1. Although paternal absence due to international migration has been cited as a predictive factor of emotional malaise, particularly among young teenagers, the culture of migration present in these communities may restrict its negative influence by regarding it as “normal”; 2. it is possible that certain characteristics of the mothers of these teenagers may act as a resilience factor to paternal absence and 3) regardless of whether or not teenagers lived with their fathers, there are certain structural situations that directly influence their emotional malaise, such as the conditions of everyday poverty in which they are raised and the lack of real opportunities for development (such as employment, agricultural training, and middle school education), which affect all the population sectors of these rural communities.

It is essential to determine the specific importance of each of the various situations outlined here and their interaction in order to obtain the elements that will enable health professionals to deal with the emotional malaise detected in these adolescents as well as providing a satisfactory response to the structural conditions in which they are raised. Otherwise, “going North” will continue to be their preferred life choice and Mexico will continue to lose a key element of its productive development: its youth population.

Key words: Depressive symptomatology, early adolescence, Mexico-US migration, rural communities, CES-D.

RESUMEN

Introducción: México tiene una larga tradición migratoria: miles de trabajadores mexicanos agrícolas y, más recientemente, de la industria y de servicios, constituyen un sector esencial para la economía de Estados Unidos de América. Se han dado a conocer los efectos que este movimiento geográfico tiene sobre la salud física y mental de los adultos que participan en este proceso y sobre los cambios que produce en el ámbito familiar y comunitario. Sin embargo, se conoce poco sobre el impacto que estos procesos sociales tienen sobre la salud mental de los miembros de las generaciones siguientes: niños, adolescentes y jóvenes, hijos e hijas de migrantes internacionales que permanecen en sus comunidades de origen.

Se ha referido que el malestar psicosocial que este proceso provoca en niños y adolescentes se manifiesta en la infancia con

problemas de conducta, mientras que en la adolescencia da origen a conflictos de identidad y constantes cambios de humor, que pueden convertirse o no en síntomas de diversos trastornos psicológicos como la sintomatología depresiva.

Método: El objetivo de este trabajo es informar sobre las características psicométricas de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D, por sus siglas en inglés) de Radloff, en una muestra de adolescentes rurales de comunidades con alta tradición migratoria del estado de Zacatecas, y brindar nuevos elementos de análisis para conocer los efectos que tiene la migración internacional sobre su salud mental. La CES-D se aplicó a una muestra de 310 adolescentes de escuelas primarias, en horas de clase y con el consentimiento de las autoridades escolares. Formó parte de un cuestionario autoaplicable que incluyó la medición de la autoestima y de la ideación suicida. Las escuelas se seleccionaron por medio de un muestreo no probabilístico intencional para que las semiurbanas y las rurales estuvieran igualmente representadas. Se aseguró el manejo confidencial de la información brindada. El análisis estadístico de los datos se realizó con SPSS, versión 10.

Resultados: El margen de edad de la muestra fue de 11 a 14 años (media=11.51, $s=.72$); 51% de los participantes estuvo constituido por varones; 34.2% era hijo de padre migrante. Además de estudiar, 37.7% colaboraba en la manutención familiar. La media grupal de sintomatología depresiva fue 19.3 ($s=7.6$) y no hubo diferencias entre varones y mujeres, ni entre hijos de padre migrante vs. no migrante. La escala tuvo un alfa de Cronbach de .76, la cual sube a .84 sin los reactivos de *afecto positivo*, que tuvieron una correlación baja con la escala total. Aunque el análisis factorial arrojó cuatro factores, la configuración de éstos no confirma la estructura factorial propuesta por Radloff; 15.8% de la muestra se ubicó por arriba del punto de corte (la media, más una desviación estándar =27).

Ser hijo de migrante no mostró relación con una mayor sintomatología depresiva, pero sí tener que trabajar fuera del hogar: una mayor proporción de adolescentes que, además de estudiar, realiza actividades económicas de apoyo para el sostenimiento familiar, tuvo mayor sintomatología depresiva. Lo anterior sugiere que, independientemente de que los adolescentes vivan o no con su padre, los factores estructurales del campo mexicano (desempleo, falta de capacitación para trabajar la tierra, deserción escolar, entre otros) constituyen situaciones que también inciden y merman el bienestar psicológico de este sector de la población.

Discusión: Los resultados confirman que la CES-D es una escala confiable y válida para medir sintomatología depresiva en la población rural adolescente. Sin embargo, se requiere mayor investigación del comportamiento de los reactivos del factor *afecto positivo*, pues su baja correlación con la escala total y su nula correlación con los factores *afecto negativo*, *quejas psicósomáticas* y *relaciones interpersonales*, apuntan a que, como señalaron Iwata y colaboradores, estos reactivos no están midiendo sintomatología depresiva en esta población. El que los adolescentes que estudian y trabajan obtengan puntajes de “posibles casos” de depresión nos habla no sólo de que la ausencia física paterna por migración es un factor de riesgo para estos adolescentes rurales, sino también de la importancia de las condiciones estructurales de la realidad en que viven.

Palabras clave: Sintomatología depresiva, adolescentes tempranos, migración México-EUA, comunidades rurales, CES-D.

INTRODUCCIÓN

México tiene una larga tradición de migración internacional de trabajadores agrícolas y, más recientemente, de trabajadores de la industria y de servicios, a Estados Unidos de América. Se han dado a conocer los efectos que este movimiento geográfico tiene sobre la salud física (16) y mental de los adultos que participan en este proceso (7, Salgado de Snyder,* 15, 38, 39) y sobre los cambios que produce en el ámbito familiar (27) y comunitario (8, 29). Sin embargo, se conoce poco sobre el impacto que estos procesos sociales tienen sobre la salud mental de los miembros de las generaciones siguientes: niños, adolescentes y jóvenes, hijos e hijas de migrantes internacionales.

El estudio de la migración en población infantil y adolescente se ha abordado básicamente desde los modelos teóricos que explican el estrés y la resiliencia**(4, 14, 30, 37). Estos estudios se han conducido en niños y adolescentes que han migrado, se han refugiado o radican en Estados Unidos de América (21), por lo que se sabe poco de la salud mental de los hijos e hijas que permanecen en sus comunidades de origen (Salgado de Snyder,*** 8).

En opinión de Guarnaccia,**** los niños y adolescentes son, al mismo tiempo, más vulnerables y más resilientes al encarar los cambios que implica el proceso de migración. Su dependencia de otros para decidir y negociar este proceso, así como su fase de desarrollo, les puede impedir entender los cambios que genera, pero su flexibilidad, su habilidad de adaptación y cierta ingenuidad pueden ser factores que los protejan de algunas consecuencias negativas.

Guarnaccia concluye que el estrés por migración en niños y adolescentes migrantes que radican en Estados Unidos de América aparece más probablemente como angustia y malestar psicosocial, que toma forma en problemas de conducta en la infancia y en conflictos de identidad en la adolescencia, situaciones que llegan a repercutir en su desempeño escolar.

*Salgado de Snyder VN: Estrés psicosocial y salud mental en esposas de emigrantes a los Estados Unidos. Reporte final del proyecto 4230, de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1991.

**Entendida como "los mecanismos de negociación (interacción de procesos sociales e intrapsíquicos) que tienen las personas frente a situaciones de riesgo, que posibilitan tener una vida sana a pesar de vivir en un medio insano" (Rutter, 1993).

*** Salgado de Snyder, VN, s/f. *La salud mental infantil en el contexto de la migración*. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Manuscrito, sin publicar.

****Guarnaccia P: *The mental health and adjustment of immigrant/refugee children*. A report prepared for the Committee on the Health and Adjustment of Immigrant Children and Families of the National Research Council and the Institute of Medicine. Department of Human Ecology. Rutgers University. New Brunswick, Nueva York (s/f).

En México, autores como López* y Moctezuma (29) han señalado que existe una *cultura de la migración* en las comunidades de origen de estos niños y adolescentes que permite ver este fenómeno como "algo natural", ya que forma parte de la historia familiar: 80% de los niños entrevistados por López han sufrido la ausencia del padre durante alguna época de su vida, mientras que un tercio de ellos han visto partir tanto al padre como a la madre.

Aunque ellos lo pueden ver como algo natural, o por lo menos lo verbalizan así, los maestros que los atienden pueden percatarse de *cambios importantes en su conducta* o en su desempeño escolar; algunos llaman a esto el "síndrome de enero", por ser el mes en que la mayor parte de los emigrantes salen a Estados Unidos" (López, 1997, p. 4).

Dichos cambios conductuales pueden reflejarse en constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo en los adolescentes, a tal grado que constituyen una de las características de la adolescencia (18, 19, 36). Los adolescentes, como grupo poblacional, no están exentos de los estresores que procesos históricos, culturales y sociales, como la migración, generan a sus comunidades y familias. Enfrentan exigencias y limitaciones de clase, género y etnia que puede colocarlos en riesgo de enfermar (1, 12). Además, hay que considerar: 1. que la adolescencia de los hijos de migrantes transcurre en contextos sociales donde la ausencia física paterna por migración internacional es lo esperado, y 2. se informa que las esposas de los migrantes pueden presentar puntajes altos de sintomatología depresiva, asociados a las múltiples responsabilidades y nuevas tareas que desarrollan debido a la ausencia de sus maridos (38, 39). Todas estas circunstancias pueden colocar a estos adolescentes en una situación de mayor vulnerabilidad.

Aunque existen varios instrumentos psicológicos y psiquiátricos para evaluar la depresión, la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de Estados Unidos de América (CES-D, por sus siglas en inglés) (31) ha sido la más usada en la investigación. Consiste en una medición breve y estructurada a manera de autoinforme, que se utiliza tanto en la población clínica como en la población general. Su énfasis en el componente afectivo y en el estado de ánimo depresivo proporciona indicadores de riesgo por medio de la expresión de la sintomatología depresiva; es, además, sensible al grado de severidad (3, 39).

Diversos estudios informan de sus características psicométricas; un criterio de su validez ha sido su sensibilidad para discriminar entre muestras de la pobla-

*López G: *La educación en la experiencia migratoria de niños binacionales*. Ponencia presentada en el XIX Coloquio de Antropología e Historia Regionales, del 22 al 24 de octubre de 1997.

ción general y la clínica, y entre muestras con diferentes diagnósticos (4, 5, 31). Ha sido útil para poner en relieve variaciones en la sintomatología depresiva (3, 31).

Su consistencia interna ha sido alta (34), así como la confiabilidad de los resultados entre muestras comparables, examinada por medio de su estructura factorial de cuatro grupos de reactivos: I. *afecto negativo*; II. *afecto positivo*; III. *actividad retardada y somatización* y IV: *relaciones interpersonales* (31, 44, 45). Sin embargo, como no existe un concepto universal de depresión, se reconoce la influencia cultural en la expresión de esta sintomatología, reflejada en la conformación de su estructura factorial (Guarnaccia, Angel y Worobey, 1989*; Stroup-Benham, Lawrence y Treviño, 1992**, 10, 13, 20, 22).

La aplicación de la CES-D en población adolescente ha arrojado mediciones válidas y confiables (Beals y cols., 1999***, 33, 35). Presenta características distintas a las documentadas para los adultos, dependiendo del desarrollo alcanzado (pubertad, adolescencia temprana, adolescencia tardía) y del criterio que se elija para determinarlo: edad, grado escolar o presencia de la menarca (2); también ha mostrado sensibilidad para discriminar correctamente entre grupos diagnósticos distintos, ayudando así al uso adecuado de servicios de salud en esta población (11).

Una constante han sido los puntajes más elevados en los adolescentes que en los adultos (25, 33); otra, la variabilidad de los resultados encaminados a determinar cuándo surge la brecha, claramente establecida en adultos, de mayor sintomatología depresiva en mujeres vs. varones (40).

En México se ha aplicado a mujeres adultas de poblaciones rurales (39), a mujeres de población general y con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria (41), a adultos que acuden a agencias del Ministerio Público****, a adolescentes urbanos de educación media y media superior (18, 26), y a niños y adolescentes tempranos de escuelas primarias y secundarias y de población psiquiátrica (3). Se ha informado de correlaciones positivas entre mayor sintomatología depresiva y uso de drogas (6, 17, 43).

Por disponer de datos normativos de su validez y confiabilidad en población adolescente de México, la CES-D se eligió para medir la sintomatología depresiva en adolescentes de comunidades rurales con alta tradición migratoria hacia Estados Unidos de América, saber cómo se comporta en esta población e in-

vestigar si la ausencia física paterna por migración internacional tiene alguna relación con la sintomatología depresiva de estos adolescentes.

En este trabajo se presentan las principales características psicométricas de una muestra de adolescentes rurales de comunidades con alta tradición migratoria del estado de Zacatecas, y se ofrecen además comparaciones de dicha sintomatología de acuerdo con las principales variables consideradas en el estudio.

MÉTODO

Este trabajo forma parte de una investigación más amplia (1) cuyo objetivo general fue estudiar el malestar y el bienestar psicológico por medio de estresores y compensadores cotidianos asociados con la ausencia física paterna por migración internacional.

Muestra

La aplicación de la CES-D se llevó a cabo en escuelas primarias de los municipios de Jalpa y Juchipila en Zacatecas, con alumnos de sexto año de primaria del ciclo escolar 1999-2000, cuya media de edad fue 11.5 años; las escuelas se seleccionaron por medio de un muestreo no probabilístico intencional.

La muestra final quedó constituida por 310 alumnos, 157 de escuelas rurales federales (112 del turno matutino y 45 del vespertino) y 153 de escuelas semiurbanas (74 del turno matutino y 79 del vespertino). Las escuelas participantes fueron cuatro urbanas estatales, dos urbanas federales, 9 rurales federales y una urbana particular: 16, en total. De un total de 310 estudiantes, 51% son hombres, la mayoría (89.4%) tiene entre 11 y 12 años, y 34.2% es hijo/a de padre migrante (HPM). Más de la mitad (56.6%) vive en familias nucleares; 37.7% de la muestra total ayuda a la manutención familiar (18.7% trabaja cuatro horas, 19%, ocho horas)(cuadro 1).

Instrumento

La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) de Radloff (31) consta de 20 reactivos que miden sintomatología depresiva; se pide al participante informar sobre el número de días, en la última semana previa a su aplicación, en que se sintió como lo indica cada uno de los reactivos. Ejemplos de éstos son: "Sentía que la gente era poco amigable", "No tenía hambre, no tenía apetito", "Veía el futuro con esperanza", "Me sentía triste". Las opciones de respuesta son 0 días, de 1 a 2 días, de 3 a 4 días y de 5 a 7 días, codificados con valores de 0 a 3, respectivamente. El margen posible de respuesta es de 0 a 60, y a mayor puntaje, mayor presencia de

* Autores citados por Benjet y colaboradores, 1999.

** Autores citados por Benjet y colaboradores, 1999.

***Citado por Edman y colaboradores, 1999.

****Natera G, López JL, Aguilera-Guzmán RM: Estructura factorial de la CES-D en una muestra de adultos mexicanos que acuden a agencias del Ministerio Público en Pachuca Hidalgo, México. Trabajo en trámite de publicación.

CUADRO 1. Características generales (n = 310)

	%
Sexo	
Hombres	51.0
Mujeres	49.0
Edad	
11-12	89.4
13-14	10.6
Media = 11.51, Desviación estándar = .72	
Hijos de migrantes	
Sí	34.2
No	65.8
Tipo de familia	
Nuclear (padre, madre, hermanos)	54.3
Extendida	45.7
Ocupación	
Estudiante	62.3
Estudiante y trabajador (4 horas)	18.7
Estudiante y trabajador (8 horas)	19.0

sintomatología depresiva. Se han fijado distintos puntos de corte. Radloff y Locke (32) establecieron 16 para adultos angloamericanos y es el que se utiliza para mediciones en el ámbito comunitario. En México, Salgado de Snyder (39) sugiere 35 para identificar casos de posible depresión entre mujeres mexicanas adultas de áreas rurales, mientras que Mariño y colaboradores (26) sugieren 26 para población mexicana de adolescentes mayores.

La CES-D formó parte de un cuestionario autoaplicable elaborado para cumplir con el objetivo general del trabajo; incluyó además la medición de la autoestima con la escala de Coopersmith (42) y de la ideación suicida (18).

Procedimiento

Prevía autorización de las autoridades municipales y escolares correspondientes, la escala CES-D se aplicó

en horas de clase y se aseguró la confidencialidad de la información brindada. El tiempo total promedio de la aplicación del cuestionario global fue de una hora y media.

Se consideró la falta de costumbre de los adolescentes rurales para contestar instrumentos de medición psicológica, por lo que se utilizaron palabras sencillas e instrucciones precisas, así como cartulinas que, colocadas en el pizarrón, mostraban y ejemplificaban las posibles opciones de respuesta de cada sección del cuestionario.

Análisis estadístico

El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS, versión 10 (SPSS Inc., 2000)*.

RESULTADOS

La media grupal de sintomatología depresiva en esta población fue 19.3 ($s=8.0$); la consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0.76. Al obtener este coeficiente por sexo, arrojó 0.78 para varones y 0.72 para mujeres.

La media de hijos de emigrantes (HE) fue prácticamente igual (19.8, $s=7.6$) que la de hijos de no emigrantes (HNE, 19.0, $s=8.3$); la de los varones (19.09, $s=8.5$) fue ligeramente menor en comparación con la de las mujeres (19.51, $s=7.6$); ninguna de estas diferencias fue significativa.

El cuadro 2 muestra la media y la mediana grupal de los 20 reactivos, así como la presencia y la persistencia

*Paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS) para Windows, versión 10.0.7, en español (*software* de computadora). (2000). Chicago, EU: SPSS, Inc.

CUADRO 2. Presencia y persistencia de síntomas

	CES-D		Presencia		Persistencia	
	Media	Mediana	f	%	f	%
1. Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan	0.6	1.0	158	51.0	8	2.6
2. No tenía hambre	0.5	0.0	120	38.7	10	3.2
3. Sentía que no podía quitarme la tristeza	0.7	0.0	144	46.5	21	6.8
4. Sentía que era tan bueno como los demás*	1.9	2.0	274	88.4	91	29.4
5. Problemas de atención*	1.0	1.0	205	66.1	28	9.0
6. Me sentí deprimido(a)	0.8	1.0	175	56.5	18	5.8
7. Todo era un esfuerzo*	1.1	1.0	216	69.7	38	12.3
8. Veía el futuro con esperanza*	1.7	2.0	256	82.6	89	28.7
9. Pensé que mi vida era un fracaso	0.7	0.0	127	41.0	26	8.4
10. Tenía miedo	0.8	1.0	164	52.9	24	7.7
11. Dormía sin poder descansar	0.8	1.0	160	51.6	28	9.0
12. Estaba feliz*	1.2	1.0	203	65.5	42	13.5
13. Platiqué menos de lo normal	1.1	1.0	209	67.4	29	9.4
14. Me sentía solo(a)	0.8	0.0	153	49.4	25	8.1
15. Sentí que la gente era poco amigable	0.8	1.0	160	51.6	22	7.1
16. Disfruté de la vida*	1.3	1.0	217	70.0	52	16.8
17. Lloraba a ratos	0.7	0.0	127	41.0	21	6.8
18. Me sentía triste	0.9	1.0	194	62.6	24	7.7
19. Sentí que no le caía bien a los demás*	0.9	1.0	180	58.1	30	9.7
20. No podía "seguir adelante"*	0.9	1.0	167	53.9	28	9.0

* Reactivos con porcentajes más altos en presencia y persistencia.

tencia de esta sintomatología. Los reactivos 4, 8, 12 y 16, que en la escala original forman el factor de *afecto positivo**, obtuvieron las medias más altas. Son de los que presentan porcentajes más elevados en la presencia (experimentar el síntoma durante la semana previa a la aplicación, sin importar el número de días en que se presentó), junto con los reactivos “sentí que todo lo que hacía era un esfuerzo”, “platicué menos de lo normal” y “tenía problemas para poner atención a lo que estaba haciendo”.

Respecto a la persistencia (padecer el síntoma de 5 a 7 días), nuevamente los reactivos de *afecto positivo* obtienen los porcentajes más altos. Sin embargo, estos reactivos tuvieron una correlación baja con respecto a la escala total. Es oportuno mencionar que al quitarlos del análisis de confiabilidad, se obtiene un alfa de Cronbach de .84 con los 16 reactivos restantes.

El análisis factorial (componentes principales y rotación varimax) de los 20 reactivos arrojó cuatro factores con valores eigen mayores a 1 y cargas factoriales mayores de .40, que explicaron 45% de la varianza (cuadro 3). Al factor I se le denominó “*relación interpersonal*” y agrupó cinco reactivos, dos de éstos referidos por Radloff en su cuarto factor, “*relaciones interpersonales*” (“sentí que no le caía bien a los demás” y “sentí que la gente era poco amigable”), junto con tres correspondientes al factor III, “*actividad retardada y somatización*”, de Radloff: “tenía problemas para poner

atención a lo que estaba haciendo”, “me molestaron cosas que generalmente no me molestan” y “platicué menos de lo normal”. Este factor tuvo un alfa de .61 y explicó 25% de la varianza total.

El segundo factor se conceptualizó como “*afecto negativo*”: incluyó cinco de los siete reactivos correspondientes al primer factor de Radloff “*afecto negativo, depresivo*” (“me sentí deprimido/a”, “sentía que no podía quitarme la tristeza ni con la ayuda de mi familia y amigos”, “lloraba a ratos”, “tenía miedo” y “me sentía triste”. Tuvo un alfa de .72 y explicó 9% de la varianza total.

En el tercer factor, que se nombró “*Quejas Psicosomáticas*”, se agruparon tres reactivos, dos de los cuales (“dormía sin poder descansar” y “no podía seguir adelante”) corresponden al factor del mismo nombre en la estructura de Radloff y otro (“pensé que mi vida era un fracaso”) al factor de *afecto depresivo* de esta autora. Tuvo un alfa de .61 y explicó 5.7% de la varianza.

El último factor agrupó cinco reactivos: los cuatro originalmente dados a conocer por Radloff bajo el nombre de “*afecto positivo*” (por lo que se mantuvo este nombre) y el de “sentí que todo lo que hacía era un esfuerzo”, el cual tuvo una carga negativa, por lo que al obtener la confiabilidad se excluyó del análisis. Este factor tuvo un alfa de .53 y explicó 5.3% de la varianza total.

Es importante mencionar que los reactivos “me sentí solo/a” y “no tenía hambre, no tenía apetito” no se cargaron en ningún factor, así como que la correlación de los cuatro factores (cuadro 4) mostró que los factores I, II y III están relacionados entre sí, pero no así el factor IV.

* Estos reactivos se evalúan de manera inversa que el resto, de manera tal que a mayor valor, menor presencia.

CUADRO 3. Análisis factorial de CES-D

Factor	Carga factorial	V. Eigen	Varianza explicada
1. <i>Relación interpersonal</i>			
19. Sentía que no le caía bien a los demás	.710		
15. Sentía que la gente era poco amigable	.633		
05. Tenía problemas para poner atención a lo que estaba haciendo	.542		
01. Me molestaron cosas que generalmente no me molestan	.453		
13. Platicué menos de lo normal	.452		
alfa = .6100		5.00	25.0%
2. <i>Afecto negativo</i>			
06. Me sentí deprimido(a)	.777		
03. Sentía que no podía quitarme la tristeza, ni con la ayuda de mi familia o amigos	.662		
17. Lloraba a ratos		.607	
10. Tenía miedo		.481	
18. Me sentía triste		.409	
alfa = .7242		1.79	9.0%
3. <i>Quejas psicósomáticas</i>			
11. Dormía sin poder descansar	.669		
20. No podía “seguir adelante”	.665		
09. Pensé que mi vida era un fracaso	.576		
alfa = .6155		1.13	5.7%
4. <i>Afecto positivo</i>			
12. Estaba feliz		.713	
16. Disfruté de la vida		.686	
08. Veía el futuro con esperanza	.527		
04. Sentía que era tan bueno(a) como los demás	.520		
07. Sentí que todo lo que hacía era un esfuerzo	-.493		
alfa = .5334		1.05	5.3%

CUADRO 4. Correlación de factores de la CES-D

Factores	1. Relación interpersonal	2. Afecto negativo	3. Quejas psicosomáticas	4. Afecto positivo
1. Relación interpersonal	1.000			
2. Afecto negativo	0.521*	1.000		
3. Quejas psicosomáticas	0.499*	0.545*	1.000	
4. Afecto positivo	-0.031	-0.007	-0.018	1.000

* p<0.01

Para conocer el nivel de sintomatología depresiva y el porcentaje de adolescentes que pudiera considerarse como “posible caso de depresión”, se utilizó como punto de corte la media (19.3), más una desviación estándar (8.0), es decir, 27. El 15.8% de la muestra global tuvo puntajes superiores al punto de corte, de los cuales 28 fueron varones y 21 mujeres, diferencia no significativa. Tampoco las hubo en los porcentajes de varones (17.7%) y de mujeres (13.8%) que estuvieron por arriba del punto de corte fijado, ni de los adolescentes que tienen padre migrante (16%) y no migrante (15.7%) en la muestra total.

La única diferencia estadísticamente significativa encontrada ocurrió entre los adolescentes que participaban económicamente en la manutención del hogar: un mayor porcentaje de los que trabajaba (23.9%) estuvo por arriba del punto de corte, en comparación con los que sólo eran estudiantes (10.9%), ($X^2=8.4$, $gl=1$, $p<.01$). Para analizar si las características demográficas interactuaron para predecir mayor sintomatología depresiva, se realizó una regresión logística (cuadro 5), que corroboró lo encontrado en los análisis univariados: además de estudiar, trabajar cuatro horas incrementó 2.2 veces el riesgo de presentar mayor sintomatología depresiva, mientras que trabajar ocho horas lo aumentó 2.6 veces. El modelo predijo 84.2% de los casos, teniendo un índice de bondad de ajuste de: $X^2=5.728$, $gl=8$, $p=.678$.

Al final se realizó un análisis de correlación de Pearson entre el puntaje global de la CES-D y la escala de autoestima de Coopersmith, arrojando una correlación significativa negativa ($r=-0.341$, $p<0.01$), de manera tal que, a mayor depresión, menor autoestima. Al analizar la sintomatología depresiva con la ideación suicida, se observó, mediante el coeficiente de Pearson, una correlación positiva y significativa ($r=.501$, $p<0.001$): a mayor sintomatología depresiva, mayor presencia de ideación suicida.

DISCUSIÓN

Si bien la expresión de sintomatología depresiva muestra algunas características específicas en esta población (correlaciones bajas de los reactivos de *afecto positivo* con respecto a la escala total), también hay aspectos similares a los referidos en adolescentes de otros países y de otras muestras mexicanas. La consistencia interna obtenida (0.76) se encuentra dentro del margen informado por Radloff (0.76 – 0.85) (31).

La media en esta población (19.3) coincide con la informada por Benjet y colaboradores (3) para mujeres púberes, y es un poco más elevada que la divulgada por Mariño y colaboradores (26) para mujeres (18.8) y varones (16.7) de escuelas urbanas de enseñanza media y media superior. En mujeres rurales se ha informado una media de 22.4 (39), datos que, en conjunto, sugieren investigar con mayor detenimiento la relación entre nivel socioeconómico y sintomatología depresiva (3).

Los porcentajes de presencia (38.7 a 88.4) y de persistencia (2.6 a 29.4) de los síntomas se encuentran entre los márgenes referidos para adolescentes tempranos y están en un nivel intermedio (en lo que se refiere a frecuencia y duración o intensidad) entre los que Iwata y colaboradores (23) refieren para adolescentes japoneses (24 a 91 en presencia y 3 a 31 en persistencia), y los que se han informado para adolescentes estadounidenses (22 a 81* en presencia y 4 a 15** en persistencia).

De los 10 reactivos con porcentajes más altos de presencia y persistencia, ocho (marcados con asterisco en el cuadro 2) también lo fueron entre los adolescen-

*Garrison CZ, Schluchter MD, Schoenbach VJ & Kaplan BH: Epidemiology of depressive symptoms in young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28:343-351, 1989, citado por Iwata y cols., 1993.

**Schoenbach VJ, Kaplan BH, Wagner EH, Grimson RC & Miller FT: Prevalence of self-reported depressive symptoms in young adolescents. *American J of Public Health*, 73:1281-1287, 1983, citados por Iwata, y cols., 1993.

CUADRO 5. Modelo de regresión logística de la CES-D por características demográficas

Variable	Razón de Momios (Odds Ratio)	Sig.	Intervalos de confianza
Ser mujer	.906	.764	(0.476 - 1.725)
Más edad	1.239	.300	(0.826 - 1.858)
Hijo de padre migrante	.949	.876	(0.490 - 1.838)
Estudiar y trabajar 4 horas	2.219	.047	(1.010 - 4.872)
Estudiar y trabajar 8 horas	2.655	.012	(1.239 - 5.685)

tes japoneses y los estadounidenses. Los dos restantes son “platiqué menos de lo normal” y “me sentía triste”. Llama la atención que, entre los adolescentes de estos tres países, los cuatro reactivos originales de *afecto positivo* se encuentren entre los de mayor presencia y persistencia, situación que también se informa en mujeres adultas rurales mexicanas y que en opinión de Salgado de Snyder y Maldonado (39), hace referencia a una dificultad para experimentar afecto positivo.

Si bien el análisis factorial de la escala arrojó cuatro factores, la estructura factorial de Radloff no se confirma en esta población. A excepción del segundo factor (*afecto negativo*) que se replicó con cinco de los siete reactivos originales, los tres restantes agruparon reactivos de varios factores. El primero (*relación interpersonal*) agrupó reactivos tanto de *relaciones interpersonales* como de *somatización/acción retardada*.

La mezcla de los reactivos *afecto negativo* y *somatización/acción retardada*, bastante documentada en poblaciones hispanas y orientales, configuró el tercer factor (*quejas psicosomáticas*). La configuración del último (*afecto positivo*) incluyó el reactivo “sentí que todo lo que hacía era un esfuerzo” con carga negativa, lo que coincide con lo referido para adolescentes indígenas estadounidenses (10) y para adolescentes filipino-estadounidenses (13). Ambos grupos de investigadores sugieren que pueda deberse a que los adolescentes perciben el término “esfuerzo” como una cualidad positiva, con orientación hacia una meta.

El que el factor IV *afecto positivo* no se correlacione con ninguno de los otros tres factores sugiere, como señalaron Iwata y colaboradores (24) para población japonesa, que la redacción en términos positivos de estos reactivos (“estaba feliz”, “disfruté de la vida”, “veía el futuro con esperanza” y “sentía que era tan bueno como los demás”), no puede usarse para medir sintomatología depresiva en esta población.

Al correlacionar la escala con otras variables estudiadas, ésta se asoció de manera negativa con la Escala de Autoestima de Coopersmith y positivamente con los reactivos de ideación suicida, de acuerdo con lo esperado, lo que habla de su validez de criterio.

No se encontraron diferencias por sexo, tal como ha sido informado por otros investigadores para adolescentes tempranos (3). Tampoco hubo diferencias entre la sintomatología depresiva de los que tienen padre migrante y padre no migrante, lo que puede analizarse desde distintos ángulos:

1. si bien la ausencia paterna por migración internacional ha sido referida como factor predictor de malestar emocional, especialmente en adolescentes jóvenes, es posible que la cultura de la migración presente en estas comunidades limite su influencia negativa al considerarla “normal”; y

2. es posible que algunas características de las madres de estos adolescentes puedan actuar como factor de resiliencia ante la ausencia paterna. Finalmente, el que los adolescentes que trabajan además de estudiar presenten los puntajes más altos de sintomatología depresiva habla de las consecuencias negativas de la pobreza y falta de oportunidades reales de desarrollo (empleo, capacitación agrícola, educación media superior, etc.) para este sector de la población rural. Al respecto, la Organización Internacional del Trabajo estima que muchos menores de 15 años que trabajan presentan síntomas de depresión grave, retraimiento y problemas de identidad relacionados con su situación de inferioridad (9). En México, se ha informado que trabajar desde temprana edad, abandonar la escuela y emigrar de zonas rurales son factores de riesgo, no sólo para sintomatología depresiva sino para uso y abuso de drogas (28).

CONCLUSIONES

Vistos en su globalidad, estos resultados indican que la escala es válida y confiable para ser utilizada con adolescentes tempranos de comunidades rurales; sin embargo, hay necesidad de investigar más el comportamiento de los reactivos del factor *afecto positivo*. Iwata y colaboradores (24) sugirieron redactarlos en términos negativos (“estaba infeliz”, “veía el futuro con desesperanza”, etc.); informan que de esta manera sí se correlacionan con los demás factores. Al respecto, es oportuno recordar que una de las intenciones de Radloff en relación con estos reactivos y de su redacción en términos positivos fue evitar un patrón repetitivo de respuesta.

La mayor presencia y persistencia de estos reactivos, si bien hay que ubicarlas en el contexto sociocultural de cada muestra estudiada (39), pudieran ser (junto con los puntajes más elevados en sintomatología depresiva que caracteriza a esta población vs. adultos), producto de las constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo que los caracteriza (18, 19, 36).

Hace falta investigar con mayor detenimiento el peso específico que sobre la sintomatología depresiva de estos adolescentes tienen los diferentes aspectos aquí esbozados, además de su interrelación: la ausencia física paterna por migración internacional y las distintas características de la figura materna. Atender las condiciones estructurales de la realidad en que viven los adolescentes de comunidades rurales resulta prioritario, de lo contrario, “ir al Norte”, seguirá siendo la opción de vida preferencial para ellos.

Limitaciones

La muestra fue muy pequeña y no es representativa de los adolescentes rurales mexicanos; queda la duda de cómo interpretan los adolescentes los reactivos de *afecto positivo* y los que no se cargaron en ningún otro factor, por lo que se reitera la necesidad de realizar mayor investigación sobre la expresión de la depresión en poblaciones rurales.

REFERENCIAS

1. AGUILERA-GUZMAN RM: Ausencia paterna y migración internacional: estresores y compensadores relacionados con la salud mental de adolescentes tempranos. Tesis de Maestría. Programa de Maestrías y Doctorados en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud. Facultad de Medicina. UNAM, México. 2001.
2. ANGOLD A, COSTELLO EJ, WORTHMAN CM: Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychological Medicine*, 28:51-61, 1998.
3. BENJET C, HERNANDEZ-GUZMAN L, TERCERO-QUINTANILLA G, HERNANDEZ-ROQUE A, CHART-LEON RM: Validez y confiabilidad de la CES-D en peripúberes. *Rev Mex Psicol*, 16(1):175-185, 1999.
4. BOYD JF, WEISSMAN MM, THOMPSON WD, MEYERS JK: Screening for depression in a community sample. *Arch Gen Psychiatry*, 39:1195-1200, 1982.
5. BRESLAU N: Depressive symptoms, major depression and generalized anxiety: A comparison of self-reports on CES-D and results from diagnostic interviews. *Psychiatric Research*, 15:219-229, 1985.
6. CORDOBA AJ: Correlatos psicosociales de prevalencia del uso, abuso y dependencia a drogas en adolescentes. Tesis de Maestría en Psicología Social. Facultad de Psicología, UNAM, 2000.
7. CUEVAS S: El estudio de la salud mental en relación con los procesos migratorios. Esbozo de un modelo. *Salud Mental*, 12(1):15-27, 1989.
8. D'AUBETERRE ME: Mujeres y espacio social transnacional: maniobras para renegociar el vínculo conyugal. En: Barrera D, Oehmichen C (eds). *Migración y Relaciones de Género en México*. Grupo Interdisciplinario sobre Mujer, Trabajo y Pobreza, AC, Instituto de Investigaciones Antropológicas de la UNAM, 63-85, México, 2000.
9. DESJARLAIS R, EISENBERG F, GOOD B, KLEINMAN A: *Salud Mental en el Mundo*. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, México, 1997.
10. DICK RW, VELAS J, KEANE EM, MANSON SM: Factorial structure of the CES-D among American Indian adolescents. *J Adolescence*, 17(1):73-79, 1994.
11. DIERKER LC, ALBANO AM, CLARKE GN, HEIMBERG RG, KENDALL PC y cols.: Screening for anxiety and depression in early adolescence. *J American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 40(8):929-936, 2001.
12. DRESSLER W: Culture, stress, and disease. En: Sargent C, Johnson T (eds). *Handbook of Medical Anthropology*. Contemporary theory and method. Greenwood Press, 252-271, Westport, Londres, 1996.
13. EDMAN JL, DANKO GP, ANDRADE N, McARLE JJ, FOSTER J y cols.: Factor structure of the CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) among Filipino-American adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 34:211-215, 1999.
14. ESCOBAR JI: Immigration and mental health, why are immigrants better off? *Arch Gen Psychiatry*, 55:781-782, 1998.
15. FAGUETTI A: Mujeres abandonadas: Desafíos y vivencias. En: Barrera D, Oehmichen C (eds). *Migración y Relaciones de Género en México*. Grupo Interdisciplinario sobre Mujer, Trabajo y Pobreza, AC, Instituto de Investigaciones Antropológicas de la UNAM, 119-134, México, 2000.
16. FRENK J, GARNICA ME, ZAMBRANA M, BRONFMAN M, BOBADILLA JL: Migración y Salud: notas sobre un campo interdisciplinario de investigación. *Salud Pública Mex*, 29:276-287, 1987.
17. GARCIA AR: La influencia de la familia y el nivel de depresión hacia el consumo de drogas en los adolescentes. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM, 2002.
18. GONZALEZ-FORTEZA C: Estrés psicosocial y respuestas de enfrentamiento: impacto sobre el estado emocional en adolescentes. Tesis para optar por el grado de Maestra en Psicología Social. Facultad de Psicología. UNAM, México, 1992.
19. GONZALEZ-FORTEZA C: Factores protectores y de riesgo de depresión e intentos de suicidio en adolescentes. Tesis para obtener el grado de Doctora en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM, México, 1996.
20. GHUBASH R, DARADKEH TK, AL-NASERI KS, AL-BLOUSHI NBA, AL-DAHERI AM: The performance of the Center for Epidemiologic Study Depression Scale (CES-D) in an Arab female community. *International J Social Psychiatry*, 46(4):241-249, 2000.
21. GUARNACCIA P: Social stress and psychological distress among Latinos in The United States. En: Ihsan AI, Tousignant M (eds). *Ethnicity, Immigration Psychopathology*, Plenum Press, pp 71-94, Nueva York, 1997.
22. GUPTA R, YICK A: Validation of CES-D scale for older Chinese immigrants. *J Mental Health Aging*, 7(2):257-272, 2001.
23. IWATA N, SAITO K, ROBERTS RE: Responses to a self-administered depression scale among younger adolescents in Japan. *Psychiatry Research*, 53:275-287, 1993.
24. IWATA N, UMESUE M, EGASHIRA K, HIRO H, MIZOUE T y cols.: Can positive affect items be used to assess depressive disorders in the Japanese population? *Psychological Medicine*, 28:153-158, 1998.
25. LI C, JOHNSON NP, LEOPARD K: Risk factors for depression among adolescents living in group homes in South Carolina. *J Health Social Policy*, 13(2):41-59, 2001.
26. MARIÑO MC, MEDINA-MORA ME, CHAPARRO JJ, GONZALEZ-FORTEZA C: Confiabilidad y estructura factorial del CES-D en una muestra de adolescentes mexicanos. *Rev Mex Psicol*, 10(2):141-145, 1993.
27. MARRONI MG: El siempre me ha dejado con los chiquitos y se lleva a los grandes. Ajustes y desarajustes familiares de la migración. En: Barrera D, Oehmichen C (eds). *Migración y Relaciones de Género en México*. Grupo Interdisciplinario sobre Mujer, Trabajo y Pobreza, A.C., Instituto de Investigaciones Antropológicas de la UNAM, 87-117, México, 2000.
28. MEDINA-MORA ME, MARIÑO MC, BERENZON SH, JUÁREZ F, CARREÑO MS: Factores asociados con la experimentación y con el uso problemático de drogas. Secretaría de Salud (eds). *Las Adicciones. Hacia un Enfoque Multidisciplinario*, 87-97, México, 1992.
29. MOCTEZUMA M: Familias y redes sociales de emigrantes. En: Redes sociales, comunidades y familias de emigrantes. Tesis para obtener el grado de Doctor en Sociología, El Colegio de la Frontera Norte, pp 137-182, México, 1999.
30. PADILLA A: *Life Experiences, Stress and Adaptation of Immigrant Adolescents*. Stanford University, Stanford, 1996.
31. RADLOFF LS: The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas*, 1:385-401, 1977.

32. RADLOFF LS, LOCKE BZ: The community mental health assessment survey and the CES-D scale. En: Weissman MM, Myers JK, Ross CE (eds). *Community Surveys of Psychiatric Disorders*. Rutgers University Press, 177-189, New Brunswick, 1986.
33. RADLOFF LS: The use of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale in adolescents and young adults. *J Youth Adolescence*, 20: 149-166, 1991.
34. ROBERTS RE: Reliability of the CES-D scale in different ethnic contexts. *Psychiatry Research*, 2:125-134, 1980.
35. ROBERTS RE, ANDREW JA, LEWINSOHN PM, HOPS H: Assessment of depression in adolescents using the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale. *J Consult Clin Psychol*, 2:122-128, 1990.
36. RODRIGUEZ G: Sexualidad juvenil. En: *Jóvenes: Una Evaluación del Conocimiento*. La investigación sobre juventud en México 1986-1996. SEP, Instituto Mexicano de la Juventud y Centro de Investigación y Estudios sobre juventud. pp. 207-279, México, 1996.
37. RUTTER M: Resilience: Some conceptual considerations. *J Adolescent Health*, 14(8):626-631, 1993.
38. SALGADO DE SNYDER VN: El impacto del apoyo social y la autoestima sobre el estrés y la sintomatología depresiva en esposas de emigrantes a Estados Unidos. En: *Anales*. Instituto Mexicano de Psiquiatría, Vol. IX:(2), México, 1992.
39. SALGADO DE SNYDER VN, MALDONADO M: Características Psicométricas de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en Mujeres Mexicanas Adultas de Areas Rurales. *Salud Publica Mexico*, 36:200-209, 1994.
40. TERRANCE JW, CAIRNEY J, PEVALIN DJ: Emergence of gender differences in depression during adolescence: National Panel results from three countries. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41(2):190-198, 2002.
41. UNIKEL C, GOMEZ G: Validez de constructo de un instrumento para la detección de factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres mexicanas. *Salud Mental*, 27(1):38-49, 2004.
42. VERDUZCO MA, LARA-CANTU MA, ACEVEDO M, CORTES J: Validación del Inventario de Autoestima de Coopersmith para niños mexicanos. *Rev Intercontinental Psicología Educacion*, 7(2):55-64, 1994.
43. VILLATORO J, MEDINA-MORA ME, JUAREZ F, ROJAS E, CARREÑO S, BERENZON S: Drug use pathways among high school students of México. *Addiction*, 93(10):1577-1588, 1998.
44. WONG YL: The measurement properties of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale in a homeless population. *Psychological Assessment*, 12(1):69-76, 2000.
45. YIN YW, LEE PA, TSAI JL, YEH YY, HUANG JS: The conception of depression in Chinese American college students. *Cultural Diversity Ethnic Minority Psychology*, 6(2):183-195, 2000.