

ADAPTACIÓN AL CONTEXTO ÑAHÑÚ DEL CUESTIONARIO DE ENFRENTAMIENTOS (CQ), LA ESCALA DE SÍNTOMAS (SRT) Y LA ESCALA DE DEPRESIÓN DEL CENTRO DE ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS (CES-D)

Marcela Tiburcio Sainz*, Guillermina Natera Rey**

SUMMARY

The present paper is a part of a broader research project aimed at adapting a brief intervention model to help families cope with substance abuse for its application to an indigenous population.

Due to cultural differences between urban and indigenous contexts, the adaptation of psychological instruments to assess the intervention outcomes is a major need. Poortinga and Van de Vijver point out that transferring an instrument from the cultural group where it has been designed to another group is a common and economic practice; however, it can lead to invalid conclusions. For this reason, the adaptation must be pursued according to a thorough systematic process in order to develop reliable, understandable, and culture-sensitive instruments.

Cognitive laboratories are among the different methods to evaluate instruments previous to its final application. Its main utility is to generate information about the quality of an instrument and about the way a single question is interpreted, accepted or rejected in different cultural groups.

The objective of this article is to adapt the Coping Questionnaire (CQ), the Symptom Rating Test (SRT) and the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) for its use in indigenous population through the cognitive laboratories method. The main interest is to develop instruments to assess psychological distress and how people cope with excessive drinking in the Mezquital Valley.

To accomplish this objective, a two-phase study was carried out. Language adaptation for all three instruments was completed in phase 1, while the validation and identification of the psychometric properties of the new version took place during phase 2. The study was carried out in a community located in Municipio del Cardonal, Hidalgo, where around 60% of the population aged 5 or older speak an indigenous language, mainly Otomi also known as Ñahñu.

The participants in phase 1 were 43 bilingual (Spanish-Ñahñu) women aged between 16 and 60 years, whose main activity was housekeeping. Women were contacted at community meetings, and they agreed to participate voluntarily once the objectives of the study were explained. They were also asked to authorize the recording of the interviews. The language adaptation was performed through the concurrent probing method of cognitive labo-

ratory in its individual modality. Each one of the original items and answer options were read aloud as many times as needed. Immediately following the response, every participant was asked: What does this question mean?, Could you rephrase it?, How would you explain this question to another person in your community?.

All comments were taken into account to rewrite each item. The instructions of all three questionnaires were also simplified to facilitate understanding. As a result of this procedure, the phrasing of 26 out of the 30 items of the CQ changed. The way the SRT questions were written was adjusted so that they could be used in an interview, which is why nearly all the items were modified. As for the CES-D, 9 items were modified, while 11 remained as in the original. Through this method, versions that were easier to understand were achieved, since commonly used terms among the population being studied were incorporated, which in turn reduced the time required to apply the three questionnaires.

During the second phase, the researchers proceeded to validate the final version of the three instruments with a non-probabilistic study of 191 women who were contacted in the health center of the municipal head town; these were inhabitants of 30 of the 92 communities comprising the Municipio del Cardonal. All of them spoke Spanish, 65.8% were aged between 26 and 45 ($X=35.2$, $SD=10.05$), 29.5% had completed their primary school studies, while 26% had finished junior high school. Their main activity was housekeeping (69.9%), while 78.5% of the interviewees said they were in close contact with a person who drank heavily. The three instruments were applied individually by a previously trained psychologist and nurse, which took an average of 25 minutes.

The power of discrimination of each item was determined. Those in which no significant differences were found between groups at either end of the spectrum were excluded from the factorial analyses. Factorial analyses were undertaken for the main components using Oblimin rotation to obtain the factorial structure of each instrument and eventually the overall internal reliability and that of each sub-scale was obtained.

In the case of the CQ, the best solution was obtained by testing a 27-item structure distributed among three factors that explained 41.6% of the variance (23.6%, 10.5% and 7.4%, respectively). The first of these, called *assertive engagement*, includes 11 items that ex-

*Investigadora del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

**Coordinadora de Investigaciones Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Correspondencia: Marcela Tiburcio Sainz. Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, Tlalpan. 14370, México, DF, E-mail: naterar@imp.edu.mx
Recibido primera versión: 19 de octubre de 2006. Segunda versión: 25 de enero de 2007. Aceptado: 2 de febrero de 2007.

plore coping styles such as control, tolerance, assertiveness and support for the users, which have a reliability rate of .8147. The second factor, called *emotional engagement* consists of 12 items referring to emotional reactions, avoidance and inaction, with a reliability rate of .8411. The third factor consists of four items referring to actions involving the *search for independence*, with a reliability rate of .6689. Cronbach's alpha for the overall scale was .8707.

The final version of the SRT consisted of 29 items. Two factors were obtained that explained 32.5% of the total variance (26.3% and 6.2%, respectively). The first of these comprises 17 items exploring physical health, the reliability of this scale being .8557. The second factor consists of 12 items that explore psychological aspects, which together obtained a reliability rate of .8222. The reliability of the 29-item scale was .9012, while the total mean was 19.4 (SD=9.7).

The adapted version of the CES-D consists of 19 items (alpha=.9105) comprising three factors. Factor 1 comprises 11 items which together had a reliability of .9031 and which is known as *negative affect*. Factor 2 consists of five items that explore *interpersonal relations*, with a reliability rate of .7581. The structure of the third factor, consisting solely of three items, includes symptoms related to *positive affect*, the reliability of these three items being .6051.

The methodology of cognitive laboratories proved extremely useful in translating the items into an equivalent language without affecting the validity and reliability of the instruments, since the statistical analyses show that the adapted versions of the instruments have appropriate psychometric characteristics, with acceptable reliability levels.

As for the factorial analysis, the factorial structure of the CQ reported by Orford et al. was not corroborated. Nevertheless, the structure found in this study provides a better reflection of the way alcohol consumption problems are dealt with in this population where actions tending towards independence are uncommon, while *emotional engagement* strategies are much more frequent.

At the same time, the SRT structure proved very similar to that mentioned in other research conducted in Mexico. The highest percentages of answers on the scale of physical symptoms agree with other studies that document a high degree of somatization among Mexican women.

The CES-D structure was found to differ from Radloff's original, although the behavior of positive affect items was very similar to that found among Mexican women of rural origin from Jalisco and female teenagers from Zacatecas.

The findings of this study should be regarded cautiously, since the sample from which the data were taken is not representative of the Otomi population. However, they help to distinguish certain particularities of the way depressive symptomatology is expressed in women of Nāhñu origin and to increase knowledge of the cultural variations of coping.

Key words: Validation, Coping Questionnaire, Symptom Rating Test, CES-D, indigenous population, Mexico.

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es adaptar el Cuestionario de Enfrentamientos (CQ), la Escala de Síntomas (SRT) y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) al medio indígena mediante la metodología de los laboratorios cognitivos. El interés es contar con instrumentos que permitan evaluar el

malestar psicológico y cómo enfrentan el consumo excesivo de sustancias las familias del Valle del Mezquital.

La investigación consta de dos fases y se llevó a cabo en una comunidad del municipio del Cardonal, Estado de Hidalgo, donde aproximadamente 60% de la población de más de cinco años de edad habla una lengua indígena, principalmente otomí o ñahñu.

En la primera fase participó una muestra no probabilística de 43 mujeres entre 16 y 60 años de edad que hablaban castellano, además de ñahñu, que se contactaron en reuniones comunitarias. Para invitarlas a participar, se les explicaron los objetivos del estudio y se pidió su autorización para grabar las entrevistas. Se empleó la metodología del laboratorio cognitivo concurrente por escrutinio en su modalidad individual. Cada uno de los reactivos originales y sus opciones de respuesta se leyeron tantas veces como fue necesario, y después se preguntó: ¿Qué quiere decir esta pregunta?, ¿Cómo podría decirse de otra manera? o bien, ¿Cómo le explicaría esto a otra persona de su comunidad?

Con este método se lograron versiones de comprensión más fácil, ya que se retomaron términos de uso común entre la población de estudio; en consecuencia, se redujo el tiempo de aplicación de los tres cuestionarios.

En la fase 2 se procedió a validar la versión final de los tres instrumentos con una muestra no probabilística de 191 mujeres, que se contactaron en el centro de salud de la cabecera municipal. En el caso del CQ, la mejor solución se obtuvo al probar una estructura de 27 reactivos distribuidos en tres factores que explicaron 41.6% de la varianza (23.6%, 10.5% y 7.4%, respectivamente). El primero de ellos se denominó *Involucramiento asertivo*, incluye 11 reactivos y tiene una confiabilidad de .8147. El segundo factor se nombró *involucramiento emocional*, consta de 12 reactivos, con una confiabilidad de .8411. El tercer factor se compone de cuatro reactivos que refieren acciones de *búsqueda de independencia* con una confiabilidad de .6689. El alpha de Cronbach para la escala global fue de .8707.

La versión final del SRT quedó integrada por 29 reactivos; así se obtuvieron dos factores que explican 32.5% de la varianza total (26.3% y 6.2%, respectivamente). El primero de ellos está integrado por 17 reactivos que exploran la salud física; el nivel de confiabilidad de esta subescala es de .8557. El segundo factor consta de 12 reactivos que indagan aspectos de tipo psicológico y en conjunto obtuvieron una confiabilidad de .8222. La confiabilidad de la escala de 29 reactivos fue de .9012 y la media total de 19.4 (SD=9.7).

La versión adaptada del CES-D consta de 19 reactivos (alpha=.9105); con ellos se integraron tres factores. El factor 1 está compuesto por 11 reactivos que en conjunto tuvieron una confiabilidad de .9031 y se denominó *afecto negativo*. El factor 2 consta de cinco reactivos que exploran las *relaciones interpersonales*; su confiabilidad es de .7581. La estructura del tercer factor, conformado únicamente por tres reactivos, comprende síntomas relacionados con el *afecto positivo*, la confiabilidad de estos tres reactivos es de .6051.

La metodología de los laboratorios cognitivos fue muy útil para traducir los reactivos a un lenguaje equivalente sin afectar la validez y confiabilidad de los instrumentos. Los hallazgos de este estudio deben considerarse con cautela ya que la muestra de la que provienen los datos no es representativa de la población otomí. Sin embargo, contribuyen a distinguir algunas particularidades sobre cómo se manifiesta la sintomatología depresiva en mujeres de origen ñahñu y a ampliar el conocimiento sobre las variaciones culturales del enfrentamiento.

Palabras clave: Validación, Cuestionario de Enfrentamientos, Escala de Síntomas, CES-D, población indígena, México.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo forma parte de un proyecto más amplio que tiene como objetivo adaptar a una población indígena un modelo de intervención breve para apoyar a familias con problemas relacionados con el consumo de alcohol.*

La intervención es producto de una investigación transcultural y se basa en la teoría psicológica sobre tensión-estrés-enfrentamiento-salud-apoyo (13), y busca mejorar la forma en que las personas hacen frente al consumo de un familiar (11).

La aplicación de la intervención en población indígena requiere la adaptación de los instrumentos de evaluación debido a las diferencias culturales con el ámbito urbano. Al respecto, Poortinga y Van de Vijver (16) comentan que transferir instrumentos del grupo cultural para el cual han sido diseñados a otra población sin realizar modificaciones es una práctica frecuente, que a pesar de ser económica puede llevar a conclusiones inválidas. Por lo tanto, es necesario que la adaptación se realice de acuerdo con un proceso cuidadoso y sistemático a fin de lograr instrumentos confiables, comprensibles, de fácil aplicación y sensibles a la cultura (2).

Entre los diferentes métodos que existen para probar instrumentos antes de su aplicación definitiva se encuentran los laboratorios cognitivos. Estos constituyen un método de investigación cualitativa cuya utilidad principal es generar información sobre la calidad de un instrumento y sobre la forma en que se interpreta, acepta o rechaza una misma pregunta en diferentes grupos culturales (20).

Los laboratorios pueden aplicarse en entrevistas individuales o grupales (3, 12, 20, 21) y se clasifican en dos tipos: a) los métodos concurrentes; requieren que el sujeto resuelva simultáneamente una tarea cognitiva (una operación matemática, por ejemplo) y proporcione un reporte verbal de sus pensamientos en el momento en que éstos ocurren; b) los métodos retardados o retrospectivos; aquí el individuo debe resolver primero la tarea cognitiva y posteriormente reportar cómo llegó a la solución de la tarea o problema (12, 21).

Tanto los métodos concurrentes como los retardados se pueden pensar en voz alta (*think aloud methods*) o por escrutinio. En el primer caso, los participantes verbalizan espontáneamente sus pensamientos y en los métodos por escrutinio se cuestiona al individuo sobre algún aspecto particular de la tarea o pregunta a resolver (p. ej. ¿Qué entendiste? ¿Es una pregunta fácil o difícil?) y es necesaria una guía para generar y registrar las respuestas de los participantes (12, 19, 21).

El objetivo de este trabajo es adaptar el Cuestionario de Enfrentamientos (CQ) (14), la Escala de Síntomas (SRT) (7) y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) (17) al medio indígena por medio de la metodología de los laboratorios cognitivos. El interés es contar con instrumentos que permitan evaluar el malestar psicológico y cómo enfrentan el consumo excesivo de sustancias las familias del Valle del Mezquital.

Para cumplir este objetivo, se realizó un estudio en dos fases: la primera estuvo encaminada a la adaptación del lenguaje para lograr una nueva versión de los instrumentos; en la segunda se aplicó esta nueva versión a una muestra no probabilística para identificar sus propiedades psicométricas.

La investigación se llevó a cabo en una comunidad del municipio del Cardonal, Estado de Hidalgo, donde aproximadamente 60% de la población de más de cinco años de edad habla una lengua indígena, principalmente otomí o ñahñú. La comunidad seleccionada es la cuarta más grande del municipio y tiene 745 habitantes, de los cuales 55% son mujeres y 45% hombres; 290 individuos de 15 años o más son alfabetas, y la población económicamente activa está integrada por 39% del total de habitantes (5).

Existen muy pocas fuentes de trabajo y esto es una de las principales preocupaciones de los pobladores. La mayoría de los hombres que no han optado por emigrar hacia los Estados Unidos se dedica al campo, ya sea haciéndose cargo de su propia parcela o prestando sus servicios como jornaleros en la región cercana irrigada. También hay una minoría que se dedica al trabajo de la construcción. Este es un sector que aparentemente representa una mejor alternativa, ya que muchas personas que han migrado hacia el norte envían dinero para construir casas.

En todo el Valle del Mezquital, la explotación doméstica del maguey es ancestral; el aguamiel y pulque que obtienen se venden con frecuencia pero principalmente son para el autoconsumo. Con base en los datos de mortalidad por cirrosis en la zona (22 por cada 100 mil habitantes) (9, 10), se puede suponer que existe un gran número de personas que conviven cotidianamente con un consumidor excesivo, que es la principal característica para participar en el programa de intervención descrito en párrafos precedentes.

FASE 1. ADAPTACIÓN DE LENGUAJE

La redacción y el fraseo de los reactivos e instrucciones se adaptó al contexto indígena mediante laborato-

*NATERA G, TIBURCIO M: Desarrollo y evaluación de un modelo de intervención breve para familiares de usuarios de alcohol en zona rural. Proyecto de investigación. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, 2003.

rios cognitivos con el objeto de favorecer la comprensión y mejorar la calidad de la información.

Participantes. La muestra estuvo conformada por 43 mujeres de la comunidad seleccionada. Más de 90% de las personas entrevistadas tenía edades entre los 16 y 60 años ($X=36.6$, $SD=10.7$), y eran principalmente esposas (33.3%) o hijas (12.5%) de usuarios de alcohol. Todas hablaban castellano y la escolaridad máxima fue secundaria. Se detectaron personas que no sabían leer ni escribir sobre todo entre quienes tenían mayor edad. La ocupación reportada con más frecuencia fue el hogar y el cuidado de animales de corral.

Instrumentos. Los instrumentos seleccionados evalúan las formas naturales de enfrentar el consumo en la familia y la presencia de sintomatología física y psicológica.

- **Cuestionario de enfrentamientos (CQ, 14).** Consta de 30 reactivos que indagan la ocurrencia de ocho diferentes formas de enfrentar el consumo excesivo de sustancias en la familia (emoción, control, tolerancia, inacción, evitación, apoyo al usuario, asertividad e independencia), así como la frecuencia con que se han empleado en los últimos tres meses (nunca=0, una o dos veces=1, algunas veces=2, con frecuencia=3). Las formas de enfrentar se agrupan en tres posiciones: involucramiento, tolerancia y retiro. En una muestra mexicana (14) se obtuvieron coeficientes de confiabilidad de 0.82, 0.73 y 0.70, respectivamente.
- **Escala de síntomas (SRT, 7).** Consiste en 30 reactivos que evalúan el malestar psicológico, entendido como un estado transitorio y cambiante. Tiene tres opciones de respuesta para evaluar la frecuencia con que se experimenta cada uno de los síntomas (nunca=0, algunas veces=1 y a menudo=2). La versión original de Kellner y Sheffield (7) consta de cuatro áreas: inadecuación, ansiedad, somatización y depresión. En la validación en población mexicana de estudiantes se encontró un nivel de confiabilidad aceptable ($\alpha=0.93$). Se observó también que la SRT puede emplearse por medio de dos o cuatro subescalas: síntomas físicos ($\alpha=.87$) y síntomas psicológicos ($\alpha=.91$) (8). En el estudio conducido por Orford, Natera, Velleman y cols. (15), se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de 0.93 para la escala total en la muestra mexicana, 0.91 en la subescala de síntomas psicológicos y 0.82 en la subescala de síntomas somáticos.
- **Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D, 17).** Contiene 20 reactivos que evalúan indicadores de riesgo de depresión mediante la presencia de sintomatología depresiva durante la semana previa a la aplicación. Este tipo de evaluación parte de que la duración de un síntoma es más importante para determinar la existencia de un

trastorno que la sola presencia del mismo. En un estudio realizado con mujeres provenientes de zonas rurales de los estados de Jalisco y Michoacán, se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de 0.92 (18).

Procedimiento. De acuerdo con las normas tradicionales del lugar, se solicitó autorización a la asamblea comunal para realizar el trabajo. Para ello se explicaron los objetivos del estudio y el procedimiento a seguir. Una vez que se obtuvo la anuencia, se inició el trabajo de campo en julio de 2003 y se concluyó en diciembre del mismo año. Se contactó a las participantes en reuniones comunitarias, así como en el Centro de Salud y en las escuelas, ya que son los lugares donde normalmente se congregan. Las entrevistas se efectuaron en lugares tan diversos como los patios de escuela, los salones de juntas, la sala de espera del centro de salud, las casas de las entrevistadas e incluso en la calle. Para lograr la colaboración de las mujeres, se les explicaron los objetivos del estudio y se solicitó autorización para grabar las entrevistas*.

Un equipo integrado por tres psicólogas previamente capacitadas estuvo a cargo de la realización de los laboratorios cognitivos. Se empleó la metodología del laboratorio cognitivo concurrente por escrutinio en su modalidad individual (12). Cada uno de los reactivos originales y sus opciones de respuesta se leyeron tantas veces como fue necesario, y después se preguntó: ¿Qué quiere decir esta pregunta?, ¿Cómo podría decirse de otra manera?, o bien ¿Cómo le explicaría esto a otra persona de su comunidad?

Cuando las mujeres no deseaban ser grabadas, las entrevistadoras registraron los comentarios y las expresiones de las entrevistadas referentes a los reactivos de los tres cuestionarios, así como sus propias obser-

*El consentimiento de las participantes se obtuvo de manera verbal dado que algunas de ellas se mostraron renuentes a firmar cualquier documento. Para obtener el consentimiento individual se leyó el siguiente texto a cada participante: "Se está haciendo una investigación en diferentes comunidades del Valle del Mezquital para conocer ciertos aspectos de la salud de la población y algunos de los problemas que tienen las familias que viven en esta zona. Estamos invitando a la gente que vive en las comunidades cercanas a participar en el estudio contestando algunas preguntas, le agradecería mucho que usted también colabore con nosotros. Su participación puede ser muy útil porque nos puede ayudar a entender mejor cómo son las familias de esta localidad. Si usted está de acuerdo, le voy a hacer algunas preguntas sobre cómo se ha sentido últimamente y sobre algunas situaciones que probablemente viven en su familia. La entrevista va a durar más o menos una hora o una hora y media, y si usted me da permiso voy a grabar nuestra plática. Esta grabación es muy útil porque me va a permitir analizar con mayor detalle todo lo que usted me diga, pero va a ser confidencial. Esto quiere decir que nadie se va a enterar de lo que usted y yo platiquemos pues nadie va a escuchar el cassette. Si tiene cualquier duda o hay algo que no entienda puede hacer todas las preguntas que quiera, si se le ocurre alguna pregunta después de que terminemos la entrevista me puede encontrar en el Centro de Salud los días ____ o me puede hablar por teléfono a este número que le voy a dejar. Si usted ya no quiere participar en la entrevista podemos detenernos en cualquier momento ¿quiere participar?"

vaciones respecto a los términos que representaron mayor dificultad para su comprensión. Todas las anotaciones y sugerencias para cada reactivo se concentraron en un formato para facilitar su análisis. La redacción final de los reactivos se determinó por medio de jueces.

Resultados de la fase 1

En la nueva versión de los instrumentos se modificaron las instrucciones para facilitar la comprensión de las opciones de respuesta. Para ello se siguió un procedimiento de dos pasos: primero se debía preguntar a la entrevistada si la situación que planteaba un reactivo (por ejemplo, sentirse nerviosa) le había sucedido durante los últimos tres meses o no. En caso de que la respuesta fuera positiva, se indagaba la frecuencia con que la situación se había presentado (*por ej. a veces o muy seguido*).

En el CQ se modificó la redacción de 26 de las 30 preguntas; los reactivos que no sufrieron modificaciones son el 3, 4, 9 y 26. La redacción de las preguntas del SRT se ajustó para su aplicación por medio de entrevista; por esta razón, prácticamente todos los reactivos sufrieron cambios. En cuanto al CES-D, se hicieron transformaciones en nueve reactivos y 11 conservaron su redacción original.

Por medio de este método se lograron versiones de comprensión más fácil ya que se retomaron términos de uso común entre la población de estudio; en consecuencia, se redujo el tiempo de aplicación de los tres cuestionarios.

FASE 2. VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DE LOS INSTRUMENTOS

Una vez desarrollada la versión modificada de los tres instrumentos, se procedió a realizar la validación con una muestra más amplia como se describe a continuación.

Participantes. Se seleccionó una muestra no probabilística de personas que solicitaron atención en el centro de salud de la cabecera municipal, al cual acuden habitantes de todas las comunidades que integran el municipio del Cardonal. En total colaboraron 235 individuos: 18.7% de hombres y 81.2% de mujeres.

Esta importante diferencia en la participación de hombres y mujeres condujo a la decisión de trabajar únicamente con la población femenina. Esta resolución se apoyó también en los datos de una encuesta realizada en esta zona que revelan que el consumo excesivo de alcohol es un problema que se presenta principalmente en los hombres (4)*.

De esta forma, la muestra final quedó integrada por 191 mujeres provenientes de 30 de las 92 comunidades que conforman el municipio del Cardonal; todas ellas hablaban castellano. Más de la mitad de las entrevista-

das (65.8%), se encontraba entre los 26 y 45 años de edad ($X=35.2$, $SD=10.05$). Asimismo, 81.4% vivía en pareja, ya fuera en matrimonio o en unión libre. Sólo 5.5% dijo no haber recibido ningún tipo de educación formal, 29.5% contaba con estudios de primaria completa y 26% concluyó la secundaria. Aunque 7.5% informó haber alcanzado estudios universitarios, cabe señalar que este grupo estaba integrado por las participantes más jóvenes, quienes habían tenido más oportunidades de acceder a la educación en comparación con las mujeres de generaciones anteriores. La actividad principal era el cuidado del hogar (69.9%), seguida del comercio (11%) (cuadro 1). El 78.5% de las entrevistadas refirió convivir cercanamente con una persona que bebía en exceso: el 55.3% dijo ser esposa, 18%, hija y 8.6%, madre de un consumidor.

Instrumentos. Se aplicó la versión modificada de los instrumentos SRT, CQ y CES-D.

Procedimiento. Se invitó a las personas que aguardaban en la sala de espera a participar en el estudio, explicándoles los objetivos del mismo y asegurando la confidencialidad de la información.

Los tres instrumentos fueron aplicados de manera individual por un equipo previamente capacitado para esta labor, integrado por una psicóloga y una enfermera oriunda del Valle del Mezquital. La aplicación tuvo una duración promedio de 25 minutos; el trabajo de campo de esta segunda fase se realizó durante el primer semestre de 2005.

Es importante mencionar que el tamaño de la muestra difiere en los tres instrumentos (CQ $n=150$, SRT $n=185$, CES-D $n=182$). Esto se debe a que en algunos casos las entrevistas se interrumpieron por que las participantes debían acudir a consulta médica, o bien porque no necesariamente eran familiares de un consumidor excesivo de alcohol y, por ende, no respondían al cuestionario de enfrentamientos.

Los datos se analizaron empleando la versión 10 del programa SPSS. El poder de discriminación de los reactivos se determinó mediante la comparación de las medias de respuesta de los grupos extremos usando la prueba *t* para muestras independientes. Se realizaron análisis factoriales de componentes principales con rotación Oblimin para obtener la estructura factorial de cada instrumento. Así, se consideraron como válidas las cargas factoriales iguales o superiores a .30 y se eliminaron los factores compuestos por menos de tres reactivos. Finalmente, se obtuvo la confiabilidad interna global y de cada subescala.

* De acuerdo con ese estudio epidemiológico, 54% de los hombres y 26% de las mujeres en las siete comunidades estudiadas son bebedores frecuentes, la proporción de personas que califican como bebedores problema es de 33% de los varones y 11% de las mujeres, en tanto que 8% de los hombres y 1% de las mujeres cubre los criterios de dependencia al alcohol (4).

CUADRO 1. Características sociodemográficas de la muestra (n=191)

Característica	%
Edad	
15-25	17.2
26-30	16.7
31-35	18.3
36-40	18.3
41-45	12.5
46-50	6.8
51-55	4.1
56-60	2.6
61 o más	1.0
Estado civil	
Casado	35.9
Unión libre	45.5
Separado	3.4
Divorciado	0.7
Viudo	1.4
Soltero	13.1
Escolaridad	
Ninguna	5.5
Sabe leer y escribir	3.4
Primaria incompleta	13.7
Primaria	29.5
Secundaria incompleta	4.1
Secundaria	26.0
Carrera técnica	4.1
Preparatoria/vocacional	6.2
Universidad	7.5
Ocupación	
Hogar	69.9
Comerciante	11.0
Albañil	0.7
Educadora	4.8
Otro	11.0
Campo	2.7
Parentesco con el usuario	
Esposa	55.3
Madre	8.6
Hija	18.0
Hermana	5.3
Cuñada	1.3
Prima	2.7
Sobrina	0.7
Nieta	0.7
Vecina	2.0
Nuera	2.0
Tía	2.7
Abuela	0.7

Resultados de la fase 2

Cuestionario de enfrentamientos (CQ)

El análisis de frecuencias permitió detectar las acciones más comunes para enfrentar el consumo de un familiar en esta población. El reactivo con mayor porcentaje en la categoría de respuesta *muy seguido*, fue *le ha rogado que deje de tomar* (45.3%); en segundo lugar se encontraron los intentos por aclarar que la forma de consumir del usuario le molesta al familiar (43.3%); en tercer lugar *ponerse triste o enojado* con el usuario (39.6%); en la cuarta posición *sentirse desesperada* (39.3%), y finalmente *preferir dejarlo solo* (33.6%) (cuadro 2).

Las formas de enfrentar el consumo que reportaron no haber empleado fueron: deshacerse de las bebidas del usuario sin avisarle (60.1%), acusar al usuario de no amar a su familia (53%), vigilarlo constantemente

(52.4%), ocuparse de sus propias cosas como si el usuario no estuviera (48%) y hacer amenazas que no se cumplirían (44.9%).

Con base en el poder de discriminación de grupos extremos, se eliminó el reactivo número 24 *ha aceptado el consumo como una parte de la vida que no se puede cambiar*. En los 29 reactivos restantes se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos contrastados y éstas se incluyeron en un análisis factorial de componentes principales que inicialmente originó ocho factores. Sin embargo, esta primera solución no era interpretable ya que se obtuvieron factores conformados por uno, dos y tres reactivos. La mejor solución se obtuvo al probar una estructura de tres factores que explicaron 41.6% de la varianza (23.6%, 10.5% y 7.4% respectivamente) (cuadro 3). El primero de ellos integra 11 reactivos relacionados con formas de enfrentar: de control, tolerancia, asertividad y apoyo al usuario, y que en conjunto tienen una confiabilidad de .8147. Debido a la combinación de acciones que se encontró, el factor se nombró *involucramiento asertivo*.

El segundo factor agrupa 12 reactivos que hacen referencia a reacciones de tipo emocional (enojo, tristeza), de evitación (dejarlo solo) e inacción (darse por vencido), por lo que se denominó *involucramiento emocional*; tuvo una confiabilidad de .8411. Finalmente, el tercer factor consta de cuatro reactivos que refieren acciones de *búsqueda de independencia* con una confiabilidad de .6689.

Los reactivos 4 (*le ha dado dinero sabiendo que lo gastará en bebida*) y 30 (*ha tratado de disimular que no pasa nada*) no cargaron en ningún factor. El valor del coeficiente alfa de Cronbach para la escala global de 27 reactivos fue de .8707.

ESCALA DE SÍNTOMAS (SRT)

A partir del análisis de frecuencias se puede observar que los síntomas experimentados más comúnmente por las mujeres fueron *sentirse preocupada* (33.2%), *sentirse cansada o sin energía* (19.7%), *sentirse nerviosa* (19.1%), *sentir que se enoja de todo* (17.6%) y *dolores musculares* (16.6%) (cuadro 4).

Los síntomas menos frecuentes fueron: *sentir mucho miedo y ganas de salir corriendo* (77%), *sentirse culpable de haber hecho algo* (68.1%), *sentir que le falta el aire* (62.8%), *sentir que es menos que otras personas* (62%) y *sentir que le tiembla el cuerpo* (58.8%).

El 100% de los reactivos discriminó de manera adecuada los grupos extremos por lo que los análisis posteriores se corrieron con la escala completa. En el análisis factorial se obtuvieron dos factores que explican 32.5% de la varianza total (26.3 y 6.2%, respectivamente).

El primero de estos factores está integrado por 17 reactivos que exploran la salud física; el nivel de

CUADRO 2. Frecuencia de respuestas al Cuestionario de Enfrentamientos (n=150)

<i>Durante los últimos tres meses usted...</i>	<i>Nunca %</i>	<i>1 o 2 veces %</i>	<i>Algunas veces %</i>	<i>Muy seguido %</i>
1. Se ha negado a darle dinero	44.0	17.3	23.3	15.3
2. Ha dado más importancia a otras personas	46.4	13.9	24.5	15.2
3. Lo ha cuidado o apoyado	33.8	16.6	35.8	13.9
4. Le ha dado dinero que gastará en bebida*	61.3	13.3	17.3	8.0
5. Se ha sentado con él	27.5	18.8	30.2	23.5
6. Ha comenzado a pelearse con él	26.0	12.0	34.0	28.0
7. Le ha rogado que deje de tomar	18.7	10.0	26.0	45.3
8. Ha preferido dejarlo solo	33.6	12.8	20.1	33.6
9. Ha aclarado que su forma de tomar le molesta	14.7	14.0	28.0	43.3
10. Se siente asustada y no puede hacer nada	31.3	11.3	26.7	30.7
11. Ha creado reglas	43.6	15.4	18.1	22.8
12. Ha buscado nuevas actividades	35.6	10.1	22.8	31.5
13. Ha tratado de convencerlo que jure	38.0	16.0	25.3	20.7
14. Se ha sentido desesperada	21.3	5.3	34.0	39.3
15. Trata de no estar con él	28.9	19.5	27.5	24.2
16. Se ha puesto triste o enojada	15.4	5.4	39.6	39.6
17. Ha vigilado todo lo que hace	52.4	14.3	21.8	11.6
18. Se ocupa de sus cosas	48.0	10.1	20.3	21.6
19. No va a consentir su consumo	31.8	13.5	23.0	31.8
20. Ha amenazado y no va a cumplir	44.9	14.3	23.8	17.0
21. Le ha dicho qué espera de él	34.0	7.5	30.6	27.9
22. Lo ha defendido o apoyado	50.0	9.5	23.6	16.9
23. Se ha dado por vencida	36.7	7.5	30.6	25.2
24. Ha aceptado el consumo**	32.2	10.1	27.5	30.2
25. "Tomas porque no me quieres"	53.0	12.1	16.8	18.1
26. Ha hablado con él para ayudarlo	39.6	6.0	33.6	20.8
27. Lo disculpa frente a otros	68.5	7.4	17.4	6.7
28. Si encuentra vino lo tira sin avisar	60.1	15.5	15.5	8.8
29. Prefiere darse sus gustos	38.5	18.2	25.0	18.2
30. Ha tratado de disimular que no pasa nada*	38.3	14.1	26.2	21.5

*Reactivo con peso inferior a .30 en los tres factores

**Reactivo sin poder de discriminación entre grupos extremos

CUADRO 3. Estructura factorial y consistencia interna del Cuestionario de Enfrentamientos en población indígena

	<i>Factor 1</i>	<i>Factor 2</i>	<i>Factor 3</i>
21. Le ha dicho qué espera de él	.76463		
26. Ha hablado con él para ayudarlo	.68976		
5. Se ha sentado con él	.62269		
11. Ha creado reglas	.61126		
22. Lo ha defendido o apoyado	.58888		
27. Lo disculpa frente a otros	.47710		
9. Ha aclarado que su forma de tomar le molesta	.45088		
25. "Tomas porque no me quieres"	.44229		
3. Lo ha cuidado o apoyado	.42872		
17. Ha vigilado todo lo que hace	.39338		
19. No va a consentir su consumo	.35619		
14. Se ha sentido desesperada		.70453	
10. Se siente asustada y no puede hacer nada		.70219	
8. Ha preferido dejarlo solo		.69289	
15. Trata de no estar con él		.68687	
6. Ha comenzado a pelearse con él		.68139	
16. Se ha puesto triste o enojada		.63309	
13. Ha tratado de convencerlo que jure		.52323	
23. Se ha dado por vencida		.51964	
7. Le ha rogado que deje de tomar		.49435	
20. Ha amenazado y no va a cumplir		.48511	
28. Si encuentra vino lo tira sin avisar		.47516	
1. Se ha negado a darle dinero		.35900	
18. Se ocupa de sus cosas			.74538
29. Prefiere darse sus gustos			.74366
2. Ha dado más importancia a otras personas			.72627
12. Ha buscado nuevas actividades			.53924
Alpha de Cronbach = .8707	.8147	.8411	.6689

CUADRO 4. Frecuencia de respuestas al SRT (n=185)

<i>Durante los últimos tres meses se ha sentido...</i>	<i>Nunca %</i>	<i>Algunas veces %</i>	<i>Muy seguido %</i>
1. Mareada	43.6	45.2	11.2
2. Cansada o sin energía	23.9	56.4	19.7
3. Nerviosa	28.7	52.1	19.1
4. Con presión en la cabeza	36.7	51.6	11.7
5. Con temores o miedos	45.7	41.0	13.3
6. Pocas ganas de comer*	56.4	34.6	9.0
7. Su corazón late muy rápido o muy fuerte	59.0	35.1	5.9
8. Sin esperanza	50.0	41.0	9.0
9. Se asusta fácilmente	33.9	46.8	13.3
10. Le ha costado acordarse de las cosas	43.1	42.0	14.9
11. Que le falta el aire	62.8	30.9	6.4
12. Culpable de haber hecho algo	68.1	25.5	6.4
13. Preocupada	4.8	61.5	33.2
14. Dolores musculares	36.9	46.5	16.6
15. Que la gente la hace menos	54.0	34.2	11.8
16. Que le tiembla el cuerpo	58.8	35.8	5.3
17. Le cuesta trabajo pensar	38.5	51.9	9.6
18. No vale nada y nada le sale bien	57.2	38.0	4.8
19. Como si tuviera mucha cuerda	47.1	38.0	15.0
20. Que es menos que otras personas	62.0	31.0	7.0
21. Hormigueo en partes de su cuerpo	50.8	42.2	7.0
22. Que se enoja de todo	28.9	53.5	17.6
23. Piensa todo el tiempo en lo mismo	45.5	44.4	10.2
24. Que no tiene ganas de hacer nada	44.6	48.4	7.0
25. No está contenta con nada	37.4	51.9	10.7
26. Mucho miedo y ganas de salir corriendo	77.0	21.4	1.6
27. Desguanzada o con el cuerpo caído	42.8	49.7	7.5
28. Le cuesta trabajo poner atención	48.1	47.1	4.8
29. Ha tratado de dormir y no puede	46.0	42.8	11.2
30. Se ha despertado y no puede dormirse	46.0	42.2	11.8

*Reactivo con peso factorial inferior a .30 en ambos factores

confiabilidad de esta subescala es de .8557. El segundo factor consta de 12 reactivos que indagan aspectos de tipo psicológico y en conjunto obtuvieron una confiabilidad de .8222 (cuadro 5).

El reactivo número 6 *ha sentido pocas ganas de comer* no cargó en ninguno de los dos factores; es interesante resaltar que este síntoma fue experimentado *algunas veces* por 34.6% de la muestra. Sin embargo, al plantearse esta pregunta muchas mujeres mencionaban que *raras veces* perdían el apetito a consecuencia de una preocupación: *hasta eso, siempre como bien*. La confiabilidad de la escala de 29 reactivos fue de .9012 y la media total 19.4 (SD=9.7).

ESCALA DE DEPRESIÓN (CES-D)

El cuadro 6 muestra la presencia (experimentar el síntoma durante la semana previa a la aplicación sin importar el número de días que se presentó) y persistencia (padecer el síntoma de cinco a 7 días) para cada reactivo. Los reactivos con mayor porcentaje de presencia fueron: *no durmió bien* (48.3%), *dificultad para poner atención* (47.2%), *estuvo contenta* (46.7%), *se sintió triste* (45%) y *se sintió deprimida* (44%).

Por otra parte, los reactivos con mayor porcentaje en cuanto a la persistencia fueron: *disfrutó de la vida*

(42.2%), y *estuvo contenta* (36.7%) (ambos recodificados en orden inverso), seguidos de *se sintió sola* (16.1%), *se sintió deprimida* (14.3%), *se sintió triste* y *sintió que no le caía bien a la gente* (ambos con 13.9%).

El reactivo número 8 (*sintió que las cosas pueden ir mejor*) no se incluyó en el análisis factorial ya que no discriminó entre los grupos extremos. Los 19 reactivos restantes tuvieron una confiabilidad de .9105 y el puntaje promedio grupal fue de 16.4.

A continuación se integraron tres factores por medio del análisis factorial, los cuales explican 56.9% de la varianza total (42.4, 8.6 y 5.9%, respectivamente). El factor 1 está compuesto por 11 reactivos que en conjunto tuvieron una confiabilidad de .9031; para efectos del presente trabajo, este factor se denominará *Afecto negativo* (cuadro 7).

El factor 2 consta de cinco reactivos que exploran las *Relaciones interpersonales*; su confiabilidad es de .7581. La estructura del tercer factor, conformado únicamente por tres reactivos, comprende síntomas relacionados con el *Afecto positivo*; la confiabilidad de estos tres reactivos es de .6051.

Para establecer la proporción de posibles casos de depresión, se usó como punto de corte el valor de la media grupal (X=16.4) más una desviación estándar (SD=12). Con base en este criterio, se encontró que 17.4% de las mujeres califican como posibles casos de depresión.

CUADRO 5. Estructura factorial y consistencia interna del SRT en población indígena

	<i>Factor 1</i>	<i>Factor 2</i>
29. Ha tratado de dormir y no puede	.81485	
30. Se ha despertado y no puede dormirse	.80598	
21. Hormigueo en algunas partes de su cuerpo	.58550	
27. Desguanzada o con el cuerpo caído	.57259	
1. Mareado	.56064	
14. Dolores musculares	.54835	
2. Cansado o sin energía	.53685	
13. Preocupado	.51254	
23. He pensado todo el tiempo en lo mismo	.45611	
24. Que no tiene ganas de hacer nada	.44213	
7. Su corazón late muy rápido o muy fuerte	.42747	
19. Como si tuviera mucha cuerda	.41789	
4. Presión en la cabeza	.40750	
10. Le ha costado trabajo acordarse de las cosas	.38311	
11. Que le falta el aire	.35516	
22. Que se enoja de todo	.34236	
16. Que le tiembla el cuerpo	.33862	
18. No vale nada y nada le sale bien		.66932
3. Nervioso		-.33766
9. Se asusta fácilmente		-.35401
28. Le cuesta trabajo poner atención		-.37785
8. Sin esperanza		-.41910
25. No está contenta con nada		-.42040
26. Mucho miedo y ganas de salir corriendo		-.44087
12. Culpable de haber hecho algo		-.45088
17. Le cuesta trabajo pensar		-.55660
15. Que la gente la hace menos		-.58629
5. Temores o miedos		-.72763
20. Que es menos que otras personas		-.73019
Alpha de Cronbach = .9012	.8557	.8222

DISCUSIÓN

El objetivo central de este trabajo fue desarrollar una versión adaptada de instrumentos para evaluar diferentes formas de enfrentar el consumo de alcohol en la familia y el malestar psicológico en población de origen indígena.

La metodología de los laboratorios cognitivos fue muy útil para traducir los reactivos a un lenguaje equi-

valente sin afectar la validez y confiabilidad de los instrumentos, como lo sugieren los resultados de la segunda fase.

Los análisis estadísticos muestran que las versiones adaptadas de los instrumentos cuentan con características psicométricas adecuadas, con niveles de confiabilidad aceptables dado que son superiores a .70.

En cuanto a los análisis factoriales, no se corroboró la estructura factorial del CQ reportada por Orford y

CUADRO 6. Presencia y persistencia de síntomas CES-D (n=182)

	<i>Media</i>	<i>Presencia</i>	<i>Persistencia</i>
1. Molestaron cosas que gen. no le molestan	.73	42.3	7.1
2. No sintió ganas de comer o poca hambre	.68	36.2	7.1
3. No podía dejar de estar triste	.80	29.8	13.8
4. Era tan buena gente como los demás	1.16	55.3	22.7
5. Dificultad para poner atención	.80	47.2	6.0
6. Se sintió deprimida	1.04	44.0	14.3
7. Le costó trabajo hacer sus actividades	.92	40.6	12.6
8. Sintió que las cosas pueden ir mejor*	1.27	65.3	15.9
9. Pensó que su vida no sirve para nada	.63	28.1	9.4
10. Sintió miedo	.73	39.5	7.2
11. No durmió bien	1.02	48.3	11.7
12. Estuvo contenta	1.18	63.4	16.7
13. Habló menos de lo normal	.72	33.3	8.3
14. Se sintió sola	1.03	39.5	16.1
15. Sintió que la gente no era amable	.71	31.7	9.4
16. Disfrutó de la vida	1.20	57.7	19.4
17. Pasó ratos llorando	.67	36.7	6.1
18. Se sintió triste	1.04	45.0	13.9
19. Sintió que no le caía bien a la gente	.82	30.0	13.9
20. Sintió que no podía seguir adelante	.61	27.2	8.3

*Reactivo con pesos factoriales inferiores a .30 en los tres factores

CUADRO 7. Estructura factorial y consistencia interna del CES-D en población indígena

	Factor 1	Factor 2	
<i>Factor 3</i>			
13. Habló menos de lo normal	.84298		
3. No podía dejar de estar triste	.81064		
17. Pasó ratos llorando	.80018		
18. Se sintió triste	.79652		
11. No durmió bien	.64174		
2. No sintió ganas de comer o poca hambre	.58454		
14. Se sintió sola	.56007		
6. Se sintió deprimida	.51169		
10. Sintió miedo	.49644		
7. Le costó trabajo hacer sus actividades	.46184		
5. Dificultad para poner atención	.36918		
15. Sintió que la gente no era amable		-.87251	
19. Sintió que no le caía bien a la gente		-.86966	
9. Pensó que su vida no sirve para nada		-.56879	
20. Sintió que no podía seguir adelante		-.53509	
1. Molestaron cosas que generalmente no molestan		-.38998	
4. Era tan buena gente como otros			.77651
16. Disfrutó de la vida			.64045
12. Estuvo contenta			.46987
Alpha de Cronbach: .9105	.9031	.7581	.6051

cols. (14), con excepción del factor 1, que replicó ocho de los 14 reactivos originales. El factor 2 coincide con el original en cuatro reactivos; por otro lado, los cuatro reactivos que integran el factor 3 forman parte de la subescala original de retiro; no obstante, a pesar de ser conceptualmente congruentes, obtuvieron un coeficiente de confiabilidad bajo.

Llama la atención que el enfrentamiento inactivo estaba originalmente en el factor 1 y en este estudio se encuentra en el factor 3. Ello refleja mejor la forma en que se enfrentan los problemas de consumo en esta población a diferencia de lo que ocurre en la población urbana. En este sentido es posible que la inacción sea una alternativa más realista y efectiva ante la ausencia de alternativas de tratamiento.

Como se ha observado también en población urbana, el análisis de frecuencias sugiere que las acciones tendientes a la independencia son muy poco comunes y sobresale el empleo de estrategias del factor *involucramiento emocional*. Este hallazgo tiene importantes implicaciones ya que, de acuerdo con los relatos de las entrevistadas, son formas poco eficientes de enfrentar el problema. Sin embargo, a pesar de la pobreza de sus resultados, continúan haciendo uso de ellas, lo cual habla de la necesidad de ampliar su repertorio de respuesta.

Por medio de los laboratorios cognitivos y de los datos cuantitativos, se identificaron formas de enfrentar que no se usan en este contexto cultural; por ejemplo, buscar bebidas alcohólicas entre las pertenencias de los usuarios o no atenderlos cuando están intoxicados. Este hallazgo debe tomarse en consideración al implementar la intervención a fin de promover formas de enfrentar el problema que sean compatibles con los valores y normas de esta población y asegurar la aceptación y éxito del programa.

Por otra parte, la estructura del SRT resultó muy similar a la referida en otras investigaciones realizadas en México (8, 15). No obstante, cinco de los reactivos que forman parte de la sub-escala de síntomas psicológicos en el estudio de Orford y cols. (15), forman parte del factor *síntomas físicos* del presente estudio. La media global ($X=19.4$) es inferior a la que se encontró en una muestra de familiares de usuarios de alcohol y drogas de la ciudad de México ($X=25.4$). Los porcentajes de respuesta más altos en la escala de síntomas físicos concuerdan con otros estudios que documentan una alta somatización en mujeres mexicanas (18).

Respecto a la estructura del CES-D, se encontraron diferencias con la escala original. Así, el factor *afecto negativo* integra cuatro de los reactivos que forman parte del factor 1 original y los seis restantes pertenecen al factor IV de Radloff (17), en tanto que sólo dos reactivos del factor *Relaciones interpersonales* coinciden con el factor IV de Radloff.

El comportamiento de los reactivos de afecto positivo fue muy similar a lo encontrado en mujeres mexicanas de origen rural de Jalisco (18) y en mujeres adolescentes de Zacatecas (1). Por un lado, se trata de los reactivos con mayor persistencia en los tres estudios pero, por otro, conforman factores de baja consistencia interna. Al respecto, Iwata y cols. (6) proponen redactar estos reactivos en términos negativos. En esta investigación se optó por conservar el sentido positivo de las preguntas con el objeto de comparar los resultados con datos de otras poblaciones, pero es evidente la necesidad de poner a prueba otras formas de evaluar las manifestaciones del afecto positivo.

En lo referente a la media grupal del CES-D en las mujeres ñahñú (16.4), se encontró que es menor a lo referido para las mujeres rurales de Jalisco (22.4) y Zaca-

tecas (19.5). Sin embargo, la proporción de posibles casos de depresión (17.4%) es inferior a la reportada en Jalisco (20%) y más elevada que la encontrada en jóvenes zacatecanas (13.8%).

Los hallazgos de este estudio deben considerarse con cautela ya que la muestra de la que provienen los datos no es representativa de la población otomí. Aun así, contribuyen a distinguir algunas particularidades sobre cómo se manifiesta la sintomatología depresiva en mujeres de origen ñahñú y a ampliar el conocimiento sobre las variaciones culturales del enfrentamiento.

REFERENCIAS

1. AGUILERA R, CARREÑO S, JUAREZ F: Características psicométricas de la CES-D en adolescentes rurales mexicanos de zonas con alta tradición migratoria. *Salud Mental*, 27(6):57-66, 2004.
2. COSTA N, DE BRITO E: Adaptación cultural de instrumentos utilizados en salud ocupacional. *Rev Panam Salud Publica*, 11(2):109-111, 2002.
3. EISENHOWER D: Design-oriented focus groups and cognitive laboratories: A comparison. *Proceedings of the Survey Research Methods Section, American Statistical Association*, 1374-1379, Alezandria, 1994.
4. GARCIA C, MEDINA MORA ME, NATERA G, JUAREZ F, KERSHENOBICH D: Consumo de alcohol en comunidades Ñahñu del Valle del Mezquital. En: *Retos para la Atención del Alcoholismo en Pueblos Indígenas*. CONADIC, pp. 36-42, México, 2005.
5. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, GEOGRAFIA E INFORMATICA. *Censo de Población y Vivienda*, México, 2000.
6. IWATA N, UMESUE M, EGASHIRA K, HIRO H y cols.: Can positive affect items be used to assess depressive disorders in the Japanese population? *Psychological Medicine*, 28(1):153-158, 1998.
7. KELLNER R, SHEFFIELD BF: A self-rating scale of distress. *Psychological Medicine*, 3,88-100, 1973.
8. MORA J, NATERA G, ANDRADE P: Validación de la Escala de Sintomas (Symptom Rating Test) en jóvenes mexicanos, *Salud Mental*, 17(39):15-23, 1994.
9. NARRO RJ, GUTIERREZ AH, LOPEZ CM, PHIL M y cols.: La mortalidad por cirrosis hepática en México. I: Características epidemiológicas relevantes. *Salud Publica México*, 34(4):378-387, 1992a
10. NARRO RJ, GUTIERREZ AH, LOPEZ CM, PHIL M y cols.: La mortalidad por cirrosis hepática en México. II: Exceso de mortalidad y consumo de pulque. *Salud Pública México*, 34(4):388-405, 1992b.
11. NATERA G, ORFORD J, TIBURCIO M, MORA J: Prevención del consumo de alcohol y drogas en el trabajador y sus familiares. *Manual para el Orientador*. OIT/OMS/SSA/IMP, México, 1998.
12. NOLIN MJ, CHANDLER K: *Use of Cognitive Laboratories and Recorded Interviews in the National Household Education Survey*. US Department of Education. National Center for Education Statistics. Washington, 1996.
13. ORFORD J, NATERA G, COPELLO A, ATKINSON C y cols.: *Coping with alcohol and drug problems. The experiences of family members in three contrasting cultures*. Routledge, p. 292, East Sussex, 2005.
14. ORFORD J, NATERA G, DAVIES J, NAVA A y cols.: Tolerate, engage or withdraw: A study of the structure of family coping in South West England and Mexico City. *Addiction*, 93(12):1799-1813, 1998.
15. ORFORD J, NATERA G, VELLEMAN R, COPELLO A y cols.: Ways of coping and the health of relatives facing drugs and alcohol problems in Mexico and England. *Addiction*, 96(5):761-774, 2001.
16. POORTINGA Y, VAN DE VIJVER F: Aplicación de pruebas psicológicas a través de las culturas: Algunos planteamientos conceptuales. *Revista Psicología Social Personalidad*, 15(2):91-103, 1999.
17. RADLOFF LS: The CES-D Scale: A new self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychology Measurement*, 1:385-401, 1977.
18. SALGADO DE SNYDER N, MALDONADO M: Características psicométricas de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en mujeres mexicanas adultas de áreas rurales. *Salud Publica Mexico*, 36(2):200-209, 1994.
19. WILLIS G: *Cognitive Interviewing. A "How to" Guide*. American Statistical Association, Research Triangle Institute, Research Triangle Park, 1999.
20. YOUSSEFZADEH M: Cognitive Laboratory Approach to Instrument Design. En: *Transportation Research Board. Personal Travel. The Long and Short of it*. Conference Proceedings, June 28-July 1, pp. 431-447, Washington, 1999.
21. ZUCKER S, SASSMAN C, CASE B: *Cognitive Labs*. Hartcourt Technical Report, 10 p., San Antonio, 2004.