

Universidad de Belgrano  
Facultad de Humanidades  
Licenciatura en Psicología



## **Propiedades Psicométricas del DASS-21 en adolescentes de Argentina**

Tutora: Areas, Malenka Alejandra  
Alumno: Khoury, Tomás  
Licenciatura en Psicología (402) 21660

# Índice

<b>Índice</b>	<b>1</b>
<b>Agradecimientos</b>	<b>2</b>
<b>Resumen</b>	<b>3</b>
Palabras Clave	3
<b>Introducción</b>	<b>4</b>
Presentación de la Temática	4
Problema y Pregunta de Investigación	5
Relevancia de la Temática	5
<b>Objetivos Generales y Específicos</b>	<b>6</b>
Objetivo General	6
Objetivos Específicos	6
<b>Alcances y Límites</b>	<b>6</b>
<b>Antecedentes</b>	<b>7</b>
Antecedentes del concepto depresión	7
Antecedentes del concepto ansiedad	9
Antecedentes del concepto estrés	10
<b>Marco Teórico</b>	<b>11</b>
Progresos y Avances del Constructo Depresión	11
Progresos y Avances del Constructo Ansiedad	12
Progresos y avances del constructo estrés	14
<b>Estado del Arte</b>	<b>15</b>
Instrumentos de evaluación de depresión en adolescentes	15
Instrumentos de evaluación de ansiedad en adolescentes	16
Instrumentos de evaluación de estrés en adolescentes	17
DASS-21 en adolescentes	18
<b>Metodología</b>	<b>19</b>
<b>Participantes</b>	<b>19</b>
Instrumentos	19
Estrategias de análisis de datos	21
<b>Resultados</b>	<b>22</b>
Análisis descriptivos	22
Confiabilidad	26
Validez externa	27
<b>Referencias Bibliográficas</b>	<b>30</b>

## Agradecimientos

Quiero agradecer en primer lugar a mi directora y tutora, Malenka Areas, por su acompañamiento, apoyo y paciencia no sólo a lo largo de este trabajo si no a lo largo de mi recorrido académico. Aconsejandome tanto en mi progreso universitario como también en mi progreso profesional, introduciéndome al área de investigación.

A mis padres, por estar sin concesiones a lo largo de mi recorrido universitario y apoyándome en cada paso.

A mi hermana, Victoria, por estar siempre presente y ser un ejemplo para mí.

A mis compañeras, ahora amigas, Vero, Lola y Lore por hacer más ameno y agradable el camino.

A Marcos y Nicolás, por aparecer al final del recorrido y acompañar tanto en lo académico como en lo personal.

A mis amigos, Lauti, Pato, Fede, Agus, Mati, Tucu, Th, Jordie, Gasti y Juancito por alentarme y motivarme a continuar con entusiasmo este proceso siendo una base fundamental en lo personal.

Por último, a la Universidad de Belgrano y a cada persona que formó parte de mi paso por esta casa de estudios.

## Resumen

Tanto desde una perspectiva clínica como desde una perspectiva teórica los conceptos de depresión, ansiedad y estrés resultan centrales en el ámbito de la psicoterapia. Dichas problemáticas suelen ser los motivos principales de consultas en la población adolescente. Es por ello que resulta necesario contar con instrumentos que puedan ayudar en el proceso de evaluación de las mismas para el trabajo psicoterapéutico. Existen numerosos instrumentos que evalúan estos constructos pero en su mayoría fueron desarrollados para la población adulta.

En el presente trabajo se realiza un análisis de las propiedades psicométricas del instrumento DASS-21 utilizado en adolescentes de Argentina. Se evaluará tanto la validez interna, concurrente y de criterio, como la confiabilidad del instrumento. Además se tendrán en cuenta aspectos que brinden información respecto a la utilidad y funcionalidad del instrumento. En este estudio, se utilizó una muestra no probabilística de 401 adolescentes argentinos, con edades entre 12 y 18 años. Para evaluar la confiabilidad del instrumento, se utilizaron: medidas de consistencia interna, como el alfa de Cronbach y el alfa ordinal, y la homogeneidad de los ítems (correlaciones ítem-total corregidas). Además, se evaluó la validez del instrumento a través de la validez concurrente, con correlaciones de Pearson con otras medidas de severidad psicopatológica; validez del constructo, con un análisis factorial confirmatorio (AFC) y un análisis bifactorial; y la validez de criterio, a través de ANOVA.

Se observaron evidencias de adecuada consistencia interna y homogeneidad de ítems, así como también validez concurrente. Estos resultados mostraron evidencia de confiabilidad y validez de la versión argentina para adolescentes del DASS-21, sugiriendo que podría representar un instrumento valioso para la evaluación de depresión, ansiedad y estrés en dicha población. En nuestra región no abundan las validaciones de este tipo de instrumentos para la población adolescente, es por ello que resulta de gran interés y provecho para la comunidad científica continuar estudiando estas herramientas para el uso en la práctica clínica.

### **Palabras Clave**

Depresión; Ansiedad; Estrés; DASS-21

## Introducción

### Presentación de la Temática

A la hora de realizar un proceso diagnóstico, es inevitable la identificación y tipificación de síntomas en una categoría. Con el paso del tiempo, en el ámbito de la salud mental, continúa mutando el consenso respecto de estas categorías (ya sea, según la prevalencia de nuevas fuentes de malestar, los marcos teóricos de referencia, etc). Dentro de los diagnósticos, dos de los trastornos de mayor prevalencia internacionalmente son la depresión y la ansiedad (OMS, 2022). Sin embargo, los modos en que estos constructos son descritos son diversos. El presente trabajo se basa en las definiciones de Lovibond y Lovibond (1995).

En primer lugar los autores definen y conceptualizan la depresión como la pérdida de autoestima y la pérdida de incentivo, vinculando esto con la baja percepción en la posibilidad de alcanzar metas de interés y significativas para la vida de la persona. En segundo lugar, definen y conceptualizan la ansiedad principalmente en relación a los síntomas físicos y su relación con la respuesta al miedo como síntomas subjetivos. En tercer lugar, definen y conceptualizan el estrés principalmente como un estado de excitación y tensión persistente con un bajo umbral para adquirir una sensación de frustración y malestar (Lovibond y Lovibond, 1995).

Existen investigaciones que sostienen la existencia de un vínculo entre ansiedad y depresión, como también un vínculo en la prevalencia de estas (Acosta et al., 2010; OMS, 2022). En este caso, los autores explican que existe un vínculo y una relación entre los conceptos de ansiedad y depresión, tanto teórico como clínico. Pudiendo relevar en este último aspecto, un solapamiento en la sintomatología clínica. Desde la investigación, la utilización del modelo tripartito de la depresión y de la ansiedad permite dar cuenta de las características y aspectos que se superponen y los aspectos que se distinguen entre estos conceptos. Esto se observa a través de tres factores: 1) Afectividad Negativa, aglomerando características propias de la depresión y de la ansiedad; 2) Afecto Positivo reducido, frecuente en la depresión; y 3) Hiperestimulación o Activación Fisiológica, frecuente en la ansiedad (Clark y Watson, 1991; Gonzales et al., 2004; Lovibond y Lovibond, 1995). Continuando con esta línea de pensamiento, es que podemos decir que el Estrés, si bien puede ser distinguido de los constructos previos, presenta continuidades o similitudes sintomatológicas con la ansiedad, (Lovibond y Lovibond, 1995).

Ahora bien, teniendo en cuenta lo previamente mencionado, resulta de gran interés y utilidad la confección y utilización de un instrumento que permita evaluar estos constructos de modo particular, específico e individual sin perder de vista la extensión del mismo. Es decir, el poder realizar una evaluación de un modo breve. Para ello, Lovibond y Lovibond (1995) crearon el *Depresión, Anxiety and Stress Scale* (DASS) que es un instrumento de autoaplicación que consta de 42 ítems diseñado para medir los tres constructos de emocionalidad negativa

relacionados, depresión, ansiedad y estrés de forma individual. Desde su creación a la fecha, se realizaron validaciones a nivel internacional tanto en adultos como en otras poblaciones de una versión del instrumento llamada DASS-21 donde los ítems se redujeron a la mitad (Antúnez y Vinet 2012; Contreras-Mendoza et al., 2021; Jovanović et al., 2019; Mellor et al. 2015; Oei et al., 2013; Román et al., 2016; Valencia 2019; Vasconcelos-Raposo et al., 2013).. El hecho de que el instrumento continúe actualizándose, se debe a su utilidad clínica ya que en tan sólo 21 ítems logra realizar un screening de sintomatología diferenciada, lo cual resulta de gran utilidad para el proceso del monitoreo de la psicoterapia a lo largo de la misma.

## Problema y Pregunta de Investigación

En la literatura es posible encontrar diferentes instrumentos para medir depresión, ansiedad y estrés pero los mismos están principalmente dirigidos a población adulta. En el caso de la población infantojuvenil los instrumentos de evaluación validados para estas problemáticas escasean.

Resulta relevante estudiar la temática presentada, principalmente debido a la falta de instrumentos adaptados y validados en población adolescente en Argentina para medir depresión, ansiedad y estrés de modo breve y distinguido.

Considerando la relevancia y los conocimientos aportados por el DASS-21 en territorio internacional y su utilidad en la clínica y la práctica es menester contar con una adaptación de dicho instrumento en la población adolescente argentina. Es por ello, que es importante la adaptación del instrumento a nuestra población y el estudio de las propiedades psicométricas del mismo.

Como resultado de lo hasta aquí elaborado nos preguntamos:

1. ¿Cuál es la consistencia interna del DASS-21 en población adolescente argentina?
2. ¿Cuál es la homogeneidad de ítems del DASS-21 en población adolescente argentina?
3. ¿Cuál es la validez del DASS-21 en población adolescente argentina?

## Relevancia de la Temática

Es imprescindible contar con un instrumento que evalúe los constructos de depresión, ansiedad y estrés adaptado a la población adolescente. La adaptación y validación de instrumentos brinda a los terapeutas de adolescentes una herramienta de gran utilidad para discriminar la presencia de sintomatologías beneficiando el proceso diagnóstico y el abordaje de cada proceso psicoterapéutico.

Asimismo, esto favorece tanto a clínicos como a investigadores, ya que permite el discernimiento práctico y teórico de cada uno de los constructos. Brindando así la posibilidad de repensar posibles relaciones entre los diagnósticos y eventuales abordajes para cada uno, tanto individual como en su conjunto, colaborando con las diversas intervenciones.

La elección de validar el DASS-21 por sobre otros instrumentos se debe a la ventaja de que dicho instrumento, al ser breve, brinda la posibilidad de realizar un seguimiento del caso permitiendo ver una evolución del paciente. Esto permite a los terapeutas hacer ajustes en las intervenciones y ser más eficaces con el tratamiento. Incluso, facilita la identificación de los constructos por separado y una sencilla autoadministración durante el proceso terapéutico. Además de ser un instrumento utilizado en el marco internacional. Por todo lo previamente mencionado, es que consideramos que investigar las propiedades psicométricas del DASS-21 en adolescentes de argentina resulta de gran importancia tanto en el campo de la psicoterapia como de la investigación.

## Objetivos Generales y Específicos

### Objetivo General

Estudiar las propiedades psicométricas, en términos de confiabilidad y validez, del Depression Anxiety Stress Scales -21 (DASS-21), para población adolescente argentina.

### Objetivos Específicos

- Estudiar la consistencia interna del DASS-21 en población adolescente argentina.
- Estudiar la homogeneidad de ítems del DASS-21 en población adolescente argentina.
- Estudiar la validez concurrente del DASS-21 en población adolescente argentina.
- Estudiar la validez de constructo del DASS-21 en población adolescente argentina.
- Estudiar la validez de criterio del DASS-21 en población adolescente argentina.

## Alcances y Límites

La siguiente tesina incluye un recorrido a lo largo de los distintos trabajos de investigación que evalúan depresión, ansiedad y estrés en adolescentes. Además, detalla la situación actual de los estudios de estos constructos como también de los instrumentos para medirlos.

Al mismo tiempo, presenta una descripción de los instrumentos de medición más utilizados, según la literatura, en depresión, ansiedad y estrés tanto en adolescentes como en adultos y una breve comparación de la situación de estas variables entre ambas poblaciones. A raíz de la elaboración de esta tesina se conocerán las propiedades psicométricas en términos de confiabilidad y validez del DASS-21 en población adolescente argentina.

Este trabajo permite conocer las propiedades del instrumento, para ser utilizado durante el proceso terapéutico con adolescentes y conocer el estado de la sintomatología estudiada durante el transcurso del mismo con un instrumento adaptado y validado empíricamente.

Como se describió previamente, identificar sintomatología de depresión, ansiedad y estrés de modo claro y sin solapamientos es crítico para poder realizar un seguimiento de cada paciente. De esta forma es posible evaluar la evolución del paciente pudiendo así hacer ajustes en las intervenciones y ser más eficaces con el tratamiento.

Este trabajo presenta diversas limitaciones, entre ellas las medidas sintomatológicas fueron completadas solo por los adolescentes por lo que futuros trabajos se beneficiarían de utilizar y triangular medidas de sintomatología completadas por otras fuentes (observadores externos, conocidos, terapeutas, etc.), para así poder conocer la validez concurrente a través de distintos observadores del DASS-21. Además, en este estudio no se analizó la validez de contenido del instrumento, mediante la evaluación del grado de acuerdo de jueces expertos, respecto de la relevancia de los ítems utilizados. Por otra parte, en este estudio no se utilizó un método estructurado de diagnóstico psiquiátrico.

En el futuro deberían realizarse análisis diferenciales del DASS-21 en participantes que presenten diagnósticos psicopatológicos (por ejemplo, trastornos de ansiedad o trastornos depresivos). Incluso, en participantes que integren una población normal (es decir, no patológica), usando procedimientos estructurados de evaluación. Esto permitiría determinar empíricamente su diferencia y establecer puntos de corte clínicos. Nuevas investigaciones sobre el DASS-21 deberían utilizar muestreos probabilísticos o por cuotas, que permitan una distribución más representativa de la población en la muestra de estudio, y por ende, mayor validez externa de los inferencias psicométricas. Por otra parte, la muestra de este trabajo fue recolectada exclusivamente mediante redes sociales, utilizando una estrategia de bola de nieve. Al no contar con datos de participantes convocados mediante otras estrategias, no nos es posible determinar si la estrategia seleccionada pudo haber sesgado los resultados obtenidos en una dirección específica. A futuro sería relevante analizar las propiedades del DASS-21 en Argentina, usando muestras recolectadas con distintas estrategias para observar si el método de muestreo influye en sus propiedades psicométricas.

## Antecedentes

### **Antecedentes del concepto depresión**

A continuación, en esta sección, desarrollaremos las bases e inicios del concepto de depresión. Los orígenes de la depresión se remontan al año 450 A.C, más específicamente a Hipócrates y la utilización del término bilis negra, para dar cuenta de la melancolía haciendo referencia a la depresión. Es en ese entonces, donde podemos encontrar las primeras referencias clínicas y conceptuales de la depresión como también la primera aproximación científica al constructo. Con el correr del tiempo, autores como Baillarger, Esquirol y Pinel con origen en la psiquiatría francesa en el Siglo XIX, colaboraron a precisar con mayor definición dicho concepto. Por un lado, una acepción de la melancolía como un delirio parcial crónico sin



fiebre, determinado y mantenido por una pasión triste, debilitante o depresiva fue el aporte de Esquirol. Por otro lado, el primero en considerar que la manía y la depresión formaban parte de una misma enfermedad, a fines del siglo en 1896, fue Kraepelin quien clasificó y agrupó todos los síndromes depresivos en su tratado de enfermedades mentales. Debemos hacer un salto de aproximadamente un siglo, para encontrar en 1957 a Leonhard, y su diferenciación entre depresiones unipolares y bipolares (Zoch Zannini, 2002).

Es posible mencionar también a psicoanalistas como Freud y Abraham (1917), con una perspectiva diferente, describieron y explicaron una teoría del origen de la depresión vinculada con las pérdidas simbólicas o reales de un objeto amoroso. Dicha teoría, concibió el origen de las depresiones como psicógeno, resaltando que en los casos de depresión melancólica frecuentemente se halla una extravía emocional del objeto debido a desilusión o factores similares. Paulatinamente, se describieron teorías que entendían tanto factores psicológicos como orgánicos. Para ello, fueron necesarios una serie de posicionamientos desde los cuales se dio camino a otras dos teorías opuestas sobre la clasificación de la depresión.

Años más tarde, en la década del 60, surge el modelo cognitivo de la depresión de Beck (1967). Dicho modelo, conceptualizaba la depresión por la percepción negativa de tres aspectos a saber: de uno mismo, del mundo y del futuro. Continuando con esta línea, el progreso se mantuvo y el modelo continuó su adaptación y crecimiento en nuevos libros. El autor no postuló que los mencionados patrones de pensamiento disfuncionales fueran condición necesaria para la depresión, sino que existía un estrecho vínculo de estos con la depresión (Beck, 1967).

En la actualidad, una de las principales causas de discapacidad que afecta a 264 millones de personas, pudiendo derivar en suicidio, es la depresión (OMS, 2020). Dentro del grupo etario entre 15 y 29 años, el suicidio es la segunda causa de muerte. En los últimos diez años, se ha convertido en la mayor causa de discapacidad del mundo aumentando los casos un 20% (OMS, 2021b). Los datos arrojados por la OMS (2021) indican que aproximadamente 280 millones de personas tienen depresión y a pesar de contar con tratamientos públicos y competentes contra los trastornos mentales, más del 75% de las personas afectadas en los países de bajos y medianos recursos no perciben tratamiento alguno (Evans et al., 2018). Los inconvenientes más frecuentes para ello, son la ausencia de recursos y de profesionales de la salud preparados que suministren sus servicios en conjunto con un fuerte estigma emparentado a los trastornos mentales.

Hasta aquí se realizó un breve recorrido sobre la historia y antecedentes del concepto de depresión. Si bien son muchos los autores que a lo largo de los años han aportado al campo de la investigación de este constructo, se mencionaron algunos de los principales para comprender las bases del presente trabajo.

## **Antecedentes del concepto ansiedad**

En este apartado, se exploraran los orígenes del concepto ansiedad. A la hora de abordar el concepto de ansiedad, es necesario tener presentes algunas cuestiones respecto de los ángulos, áreas y ciencias que han definido al mismo. Debemos entender a la ansiedad como un fenómeno paradigmático, cuya explicación recae fundamentalmente en la psicología y psiquiatría (Clark y Beth, 2012). Por un lado, esto fue fruto para un próspero desarrollo del concepto. Por otro lado, causó gran diversificación terminológica y conceptual. Esto, concluyó en la confusión con experiencias emocionales concordantes o fuertemente vinculadas como el estrés, el miedo y la angustia (Sierra et al., 2003). Debido a todo esto, es que podemos decir que es un concepto difícil de delimitar y con gran amplitud de significados.

En sus orígenes, el concepto de ansiedad es proveniente del latín *anxietas* que significa estado de zozobra, inquietud o agitación (Real Academia Española, 2014). Es en este punto donde podemos comenzar a ver inconvenientes. Dicha definición, comparte raíz etimológica con el término *angustia* superponiéndose así ambos conceptos (Pichot, 1999). Basándonos en revisiones realizadas de tal error e inexactitud terminológica tiene bases en la traducción del vocablo alemán *angst* incorporado por Freud en 1894 (Ansorena et al., 1983; Cattell, 1983; González, 1993). Mientras que por un lado, para el idioma inglés se empleó únicamente el término *anxiety*. Por otro lado, tanto para el francés como para el español se utilizaron dos términos distintos para discernir terminológicamente cuestiones fisiológicas y psicológicas descritas por Freud. A saber, estos términos son *angoisse* y *angustia* haciendo respecto de lo concerniente a lo psicológico y los términos *anxiété* y *ansiedad* respecto de lo concerniente a lo fisiológico (González, 1993). Tal dicotomía, perdura al día de la fecha según (Satudiansky, 2013). De todos modos, resultan ser ambas expresiones posibles de ser utilizadas como sinónimos y opciones válidas de traducción entre sí (Hanns, 2001). Lógicamente, con el progreso y crecimiento de la psicología, sumado a la aparición de numerosas teorías se aportó a sostener dicha diferenciación conceptual. Particularmente, la corriente psicoanalítica y la corriente humanista, se hicieron del término *angustia* para sus desarrollos. En contrapartida, la psicología científica decidió tomar el término *ansiedad*. No obstante, la búsqueda por diferenciar los mencionados términos, tiene como fin último dar cuenta de los diferenciados usos dentro de cada marco teórico pero, en definitiva, ambos hacen referencia al mismo fenómeno. Miguel Tobal (1990).

Continuando con la línea de pensamiento anterior, es que podemos decir que han persistido y persisten al día de hoy numerosos enfoques y modos de abordar el concepto al interior de la disciplina. Resulta interesante, nombrar algunos de estos enfoques y aclarar que en otros puntos de este trabajo se desarrollará en alguno de los siguientes. A saber, los diversos enfoques son: un enfoque psicofisiológico, enfoque psicodinámico, enfoque experimental motivacional, enfoque psicométrico factorial y enfoque cognitivo conductual (Díaz Kuaik y De La Iglesia, 2019).

Por último, podemos decir que con el correr de los años y el avance de las investigaciones, cada vez la brecha entre las diversas teorías y posiciones se ha ido aproximando. En primera medida, sería infructuoso e inconveniente catalogar la ansiedad como constructo unidimensional, Borkovec y colegas (1977) proponen que lo más conveniente sería entenderlo y aproximarlos a una multiplicidad de dimensiones (Sierra et al., 2002). Este aspecto multidimensional, implica tener en cuenta 3 aspectos del constructo, siendo estos: la situación disparadora, el modo en que la ansiedad se adquiere y los patrones de respuesta (González, 1993). Respecto de estos 3 aspectos, podemos hacer un breve análisis de cada uno. En primer lugar, en base a la situación disparadora, Endler y Okada (1975) plantearon vía un modelo multidimensional, que la interacción de las variables personales y las situacionales son las que definirán y determinarán los estados de ansiedad. A su vez, realizaron una distinción de cuatro áreas situacionales diferentes siendo estas: situaciones interpersonales, situaciones que impliquen peligro físico, situaciones ambiguas o novedosas y situaciones de evaluación social. En segundo lugar, en base a los modos de adquisición, Bandura (1982) propuso que vía aprendizaje vicario, mediante información cognitiva y mediante condicionamiento clásico la respuesta de ansiedad puede aprenderse. En tercer y último lugar, en base a los patrones de respuesta podemos nombrar a Lang (1968) quien definió al constructo como un triple sistema de respuesta, estando compuesto este sistema por lo fisiológico, lo cognitivo y lo motor. Además, podemos mencionar a Clark y Beck (2012) quienes definieron la ansiedad como sistema complejo de respuesta cognitiva, fisiológica, conductual y afectiva (denominado modo amenaza), que se activa ante la anticipación de ciertos eventos o circunstancias evaluadas como aversivas (Barlow, 2002; Clark y Beck, 2012).

### **Antecedentes del concepto estrés**

Como hemos mencionado a lo largo de los desarrollos conceptuales, resulta fundamental continuar profundizando en la diferenciación entre los distintos constructos. Si nos remontamos a los orígenes del concepto estrés, podemos hacer referencia a la palabra *stringere*, del griego, que se traduce como “provocar tensión”. A pesar del cotidiano uso que se le da al concepto estrés, tanto en la vida diaria como en las ciencias médicas y psicológicas, aún no hay consenso respecto de su significado.

En líneas generales, hay tres marcos o visiones teóricas desde las cuales puede definirse (Sierra et al., 2003). La primera, entendió al estrés como una respuesta no específica del organismo frente a las demandas del entorno. Vale decir, una reacción a un estímulo que rompe la homeostasis del equilibrio fisiológico y requiere de un proceso adaptativo obligatorio para la supervivencia (Selye, 1980). La segunda, con foco en la situación estimular, entendió al estrés como un estímulo externo aversivo con la capacidad de superar las herramientas de afrontamiento del individuo. Por último, la tercera, con una visión transaccional, entendió al estrés como el resultado de un vínculo recíproco y dinámico entre el entorno y el sujeto, incesante interacción (Folkman, 1984). Siguiendo con esta corriente de pensamiento, podemos

nombrar a Lazarus (1981) quien postuló que el juicio que realizaba el sujeto tanto de sus propias herramientas y recursos de afrontamiento como de los eventos desencadenantes del estrés determinaba la naturaleza del estrés.

A modo de cierre, podemos decir que es posible apreciar el solapamiento existente entre los términos estrés y ansiedad. Según Sierra et al. (2003), la perspectiva teórica que mejor logró diferenciarlos es la fisiológica, al definir al estrés como el resultado de la incapacidad del individuo frente a las demandas del entorno, y a la ansiedad como la reacción emocional frente a una amenaza manifiesta a nivel cognitivo.

## Marco Teórico

### **Progresos y Avances del Constructo Depresión**

En el siguiente apartado, intentaremos adentrarnos en la perspectiva que la teoría cognitiva realiza y da sobre el constructo de la depresión.

Se puede decir que hace más de 40 años se formulaba la primera descripción de la depresión desde una teoría cognitiva. Recién en la actualidad se puede articular la misma con la incidencia demostrada de: factores genéticos, neuroquímicos y cognitivos. Nuevas posibilidades para el surgimiento de investigaciones integradas, fueron posibilitadas por la combinación de los hallazgos de genética conductual y neurociencia cognitiva con los datos acumulados por la investigación del modelo cognitivo. Los avances en psicología cognitiva, psicología de la personalidad y psicología social, junto con observaciones clínicas, han permitido la expansión del modelo cognitivo original incorporando en sucesivas etapas los pensamientos automáticos, las distorsiones cognitivas, las creencias disfuncionales y los sesgos en el procesamiento de la información. El desarrollo del modelo identificó las experiencias traumáticas tempranas y la formación de creencias disfuncionales como acontecimientos predisponentes, y los factores estresantes relacionados en etapas más tardías de la vida como factores desencadenantes (Beck, 2008).

El enfoque y teoría cognitivo-conductual entiende que el motivo de la depresión se desprende de una mezcla de variables biológicas, factores sociales y aspectos psicológicos. Sin embargo, parece existir un ciclo de cognición, afecto o emoción y conducta que da lugar a lo que se llama la espiral descendente de la depresión. En este sentido, podemos decir que la terapia cognitiva surge como un puente entre conductismo y psicoanálisis, a modo de nutrir el movimiento hacia la integración en psicoterapia (Beck, 1967).

En la actualidad es posible identificar vías genéticas y neuroquímicas que interactúan o son paralelas a las variables cognitivas. Es más, la combinación de una amígdala hiperactiva con una región prefrontal hipoactiva se ha relacionado con una baja evaluación cognitiva y con la aparición de depresión. Los polimorfismos genéticos también están involucrados en la reacción exagerada al estrés, y la hipercortisolemia se ha relacionado con el desarrollo de la

depresión, probablemente mediado por distorsiones cognitivas. Cabe suponer que el estudio exhaustivo de los correlatos psicológicos y biológicos de la depresión puede proporcionar una nueva comprensión de este trastorno tan incapacitante (Beck, 2008).

El constructo actual de depresión, es decir, el modo en el que es entendido principalmente de forma internacional se encuentra en dos clasificaciones oficiales. Por un lado, la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10;OMS , 2008) y por otro el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V; APA, 2014). Estos, conceptualizan la depresión desde una óptica de síndrome clínico, explicado por la presencia de una serie de características clínicas pero que no precisa una etiología específica, y que entiende la posibilidad de factores gatillantes tanto biológicos como psicológicos.

Por último, si nos situamos en la visión del DSM-V los trastornos depresivos se conforman por diferentes subtipos de depresión. Resulta ser el punto común de los mencionados subtipos, un estado de ánimo triste, vacío o irritable; en sintonía con cambios somáticos y cognitivos que alteran notablemente a la capacidad funcional del sujeto. La diferenciación entre los subtipos es la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología (APA, 2014).

### **Progresos y Avances del Constructo Ansiedad**

Seguidamente, se realizará un desarrollo respecto del enfoque cognitivo de la ansiedad para así brindar un marco teórico desde el cual comprender y abordar el concepto. Las variables cognitivas en el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad, son el foco y los aspectos en los que se ahondará en este marco. El vínculo entre cognición y ansiedad se estudió en dos direcciones contrarias. Por un lado, como los estados de ansiedad cambiaban distintas variables cognitivas e incluso afectaban en la conducta del sujeto, mientras que por otro lado, se investigó el modo en que las variables cognitivas podían mantener o favorecer una reacción de ansiedad (Cano Vindel, 1989). Bandura (1974,1977,1982) plantó la semilla cognitiva, o una inclinación cognitiva, dentro del enfoque conductual. Proponiendo mediante la teoría del aprendizaje social, que las acciones estaban reguladas por las expectativas del sujeto. Estas, fueron diferenciadas entre las expectativas de resultado y expectativas de autoeficacia. Mientras que las primeras, aludían a las estimaciones sobre el resultado que podían suscitar ciertas conductas, las segundas aludían a las creencias respecto de la propia capacidad de llevar adelante determinadas conductas de modo exitoso. Con el resultado obtenido, se llevaba a cabo una nueva evaluación-reevaluación tanto del individuo como de su entorno pudiendo incrementar o deshacer la valoración previa. Comprendió la ansiedad como un estado subjetivo resultante de la evaluación y reevaluación de estímulos externos e internos, cuyo producto precisaba el tipo, intensidad y persistencia de la experiencia emocional (Díaz Kuaik y De la Iglesia, 2019).

Además, Lazarus y Flokman (1984) propusieron que la réplica conductual y emocional de un sujeto ante determinado evento gatillo podía ser explicada por 3 aspectos, siendo estos,

la valoración cognitiva de dicho suceso, las conductas requeridas para obtener determinados resultados y los recursos de afrontamiento que posee el individuo. También, Clark y Beck (1999, 2012) postularon una teoría propia, definiendo y considerando la ansiedad como un complejo sistema de respuesta cognitiva, afectiva, fisiológica y conductual que se iniciaba y despertaba al prever eventos o situaciones percibidas como hechos imprevisibles, fuera de control que eventualmente podrían atentar contra los intereses vitales de un individuo. Los autores, postularon que la respuesta de ansiedad implicaba un sistema de procesamiento de la información que integraba dos procesos. En primer lugar, un proceso llamado valoración primaria de amenaza. Este se realizaba de modo automático a fines de evaluar veloz y eficientemente el potencial de amenaza de un estímulo. Notaron que en casos de trastornos de ansiedad, había una sobreestimación de la probabilidad de que suceda el daño y una sobrevaloración del rigor de este. En segundo lugar, un proceso llamado reevaluación secundaria que necesitaba de un procesamiento elaborativo, estratégico y controlado de la información recolectada. Pudieron ver que en los trastornos de ansiedad, se presentaba tanto una inclinación a menospreciar las capacidades de afrontamiento como también una complejidad a la hora de percibir los aspectos seguros de las situaciones de riesgo. Conforme este modelo, los procesos cognitivos automáticos forman parte activa en el mantenimiento y en la evolución de los trastornos de ansiedad (Clark y Beck, 2012).

Luego, se pueden mencionar los aportes destacados por parte de Lang (1968). Como fruto de sus investigaciones acerca de la técnica de desensibilización sistemática en el tratamiento de la fobia, se consiguió opugnar el modelo unidimensional de activación al hallar pocas correlaciones entre las distintas respuestas de ansiedad, y una variación discordante entre estas. Probó que la respuesta de ansiedad suponía la actuación de diferentes sistemas de respuesta medianamente independientes entre sí (Lang 1968; Martínez Monteaudó et al., 2012; Tobal y Cano Vindel, 2002). En base a su teoría tridimensional, la ansiedad era un medio para la acción, producto de la activación cerebral ante estímulos significativos que se observa a través de un sistema de triple respuesta, motor, cognitivo y fisiológico, con un grado de discordancia y disincronía entre sí, lo que generaba la posibilidad de que se presentaran perfiles de respuesta varios. Cuando se hace referencia a discordancia, se apunta a la variabilidad de las medidas intrasistema e intersistema del mismo individuo en determinado momento. Cuando se hace referencia a disincronía, se alude a los cambios producidos en distintos momentos (Cano Vindel, 2003; Martínez Monteagudo et al., 2012). El modelo en cuestión, fue validado y utilizado para las demás emociones y actualmente se lo considera uno de los más importantes y significantes aportes para la evaluación, conceptualización y tratamiento actual de los trastornos de ansiedad (Martínez Monteagudo et al. 2012). De igual modo, Lang (1979) postuló la teoría bioinformacional de gran implicancia en el campo clínico de las fobias y los trastornos de ansiedad. La misma, manifiesta que las emociones se codifican en la memoria en una suerte de categorías de información respecto de: los significados asociados con los estímulos, el contexto estimular y las respuestas que se producen en dicho

contexto. Sucede que hay, en los trastornos de ansiedad, una estructura de información que subyace a las demás. Esta es una estructura típica de miedo con contextos estimulares evocadores de ansiedad y respuestas de tres tipos: fisiológico, cognitivo y motor de ansiedad. Se estima, que las discrepancias entre los trastornos de ansiedad podrían deberse a la divergencia entre las estructuras de información típica de cada trastorno.

Por último, continuando con el desarrollo del mencionado enfoque cognitivo, podemos decir que éste otorgó importancia a la interacción de las variables cognitivas con las variables situacionales (Endler et. al, 1962; Engler y Okada, 1975) . Las variables situacionales, poseían injerencia en la conducta y en el modo en el que el individuo interpretaba o percibía la situación. El resultado de una respuesta ansiógena, fue entendida como el producto de un proceso en el que interactuaban los rasgos de personalidad del sujeto con las características de la situación específica, en la medida en que la misma implicaba una fuente de ansiedad para el sujeto. También, la teoría cognitiva estudió el efecto que la ansiedad tenía en el procesamiento de la información y el modo de réplica a las demandas del entorno. Tal es así, que los autores Eysenech y colegas (2007), mostraron que la ansiedad patológica era perjudicial para el funcionamiento eficiente del sistema atencional apuntado a un objetivo y incrementaba el grado en el que el procesamiento era afectado e influenciado por estímulos despreciables e irrelevantes. Aquellos individuos que presentaban altos niveles de ansiedad se diferenciaron de aquellos con disminuidos niveles de ansiedad en su funcionamiento atencional respecto a la capacidad, al contenido, la selectividad de la atención y la distracción (Eysenck, 1988).

### **Progresos y avances del constructo estrés**

En el siguiente apartado, intentaremos dar cuenta de un abordaje teórico posible para el concepto de estrés. Desde los comienzos e inicios de la existencia humana, el estrés fue a la par del humano. Podemos vislumbrar algo de esto, si nos remontamos a sujetos como Hipócrates, filósofo, quien discursaba sobre adversidad, aflicción, experiencias negativas y sufrimiento todas cuestiones vinculables con el estrés debido a que estas presentan un acumulamiento de energía. De todos modos, en la actualidad la conceptualización del estrés resulta de una complejidad sumamente superior debido al origen multifactorial del constructo (Verduzco et al., 1970).

Es entonces que podemos decir que, ya muchos años después de Hipócrates, es posible entender al estrés como un esfuerzo que origina cansancio para restablecer un balance perdido, correspondiente a la percepción del evento por parte del sujeto como algo amenazante que le prohibirá observar más allá del presente, siendo un fenómeno adaptativo que contribuye a la supervivencia (Corredor y Monroy, 2009).

Por otro lado, es posible concebir el estrés como una respuesta interna psicológica o fisiológica ante un estresor. Es menester, tener en consideración que aquello que puede resultar perturbador para una persona no producirá obligatoriamente el mismo efecto, vale decir

la misma reacción, en otra persona y suponiendo e hipotetizando que esto fuera así el modo de reaccionar ante ese mismo suceso puede ser diferente (Sue et al., 2010).

Continuando con otras líneas de pensamiento, Mauris y colegas (2011), postulan que el estrés es la réplica del organismo ante cualquier demanda produciendo una situación de impetuosa tensión fisiológica o psicológica que se dispone para la huida o el ataque. Siendo así, el inicio de una serie de patologías de las que aún cuando no es su responsable directa, coopera asiduamente a su evolución y desarrollo.

También, si retomamos lo propuesto por Uribe (2015) podemos afirmar que el estrés resulta ser un fenómeno natural del que ningún organismo puede escapar. Es posible atribuirle una valoración positiva o negativa, en tanto resulta ser la reacción a incitaciones específicas, en tanto estímulos.

Todas las definiciones previamente desarrolladas, presentan y conceptualizan al estrés como una conducta fisiológica en relación a la invitación que producen los estímulos del entorno, pudiendo ser negativa o positiva, dependiendo de las posibilidades de adaptación y supervivencia de cada organismo, considerando la cultura en la que se desarrolla el individuo y el contexto en el que se suscita dicho fenómeno (Verduzco et al., 1970).

A modo de conclusión, resulta importante mencionar que aún cuando comprendemos al estrés como una respuesta fisiológica frente al transcurso de adaptación, no debemos caer en reduccionismos. La complejidad y la comprensión de esta conducta sobrepasa las reacciones químicas que suceden al interior del cuerpo humano y es preponderante para emprender su estudio, mantener una visión holística y sistémica a fines de poder aprehender las varias áreas que explican este constructo en todo contexto.

## Estado del Arte

### **Instrumentos de evaluación de depresión en adolescentes**

A continuación, en este desarrollo, intentaremos presentar las posibles complejidades de la confección y ausencia de instrumentos de evaluación de depresión en adolescentes. Si bien es cierto que la psicoterapia posee un punto de partida igual tanto para los adultos como para los jóvenes, y se sustentan en algunos de los mismos métodos y teorías divergen en cuestiones importantes. Es por esto, que en la práctica se han llevado adelante tratamientos separados confeccionados concretamente para los jóvenes, si bien con frecuencia derivan en parte de los tratamientos para adultos.

La depresión es un trastorno mental que afecta a una gran cantidad de adolescentes en todo el mundo. Según un estudio publicado en la revista "JAMA Pediatrics" (Merikangas et al., 2010), se estima que el 11% de los adolescentes en los Estados Unidos experimentan síntomas de depresión clínicamente significativos en cualquier momento. La identificación temprana y el tratamiento adecuado son esenciales para mejorar la calidad de vida de estos



jóvenes. Por lo tanto, es importante contar con instrumentos de medición precisos y fiables que permitan detectar la depresión en adolescentes.

El producto de dicho registro, implica el acervo de cuerpos de investigación que estudian específicamente las psicoterapias para jóvenes (Zack et al., 2007; Ng et al., 2021). Es debido a esto, que podemos contar con evidencia respecto de la eficacia de los tratamientos psicológicos de diversas problemáticas de salud mental en adolescentes (Ng et al., 2021). Particularmente, para la depresión en adolescentes los tratamientos más estudiados son la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y la Terapia Interpersonal (David-Ferdon y Kaslow, 2008; Silverman et al., 2008; Weersing et al., 2017; Zhou et al., 2015).

La literatura sobre instrumentos de medición de la depresión en adolescentes ha identificado una amplia gama de escalas y cuestionarios. Algunos de los más utilizados incluyen la “Escala de Depresión de Beck” (Beck, 1967), el “Inventario de Depresión -Versión Niños” (Radloff, 1977) y el “Cuestionario de Depresión de Reynolds - Adolescente” (Reynolds, 1987). Estos instrumentos han sido evaluados en diversos estudios y se ha demostrado que tienen una alta validez y fiabilidad. Por ejemplo, un estudio publicado en la revista "Psychological Assessment", Kovacs (1992) encontró que la “Escala de Depresión de Beck” tenía una alta fiabilidad y validez en la medición de la depresión en adolescentes.

A modo de conclusión, podemos decir que, de todos modos, no hay tratamiento alguno que haya evidenciado con claridad estar por encima de los demás, y todavía nos es desconocido que adolescentes obtienen un mayor aprovechamiento de cada tipo de tratamiento (La Greca et al., 2009). Según una revisión sistemática publicada en la revista "Clinical Psychology Review" (Goodyer et al., 1990), estos instrumentos han demostrado ser efectivos en la identificación de la depresión en adolescentes. Sin embargo, es importante tener en cuenta que cada instrumento tiene sus fortalezas y debilidades, y es necesario evaluar cuidadosamente las características de cada uno antes de utilizarlos en un contexto específico.

### **Instrumentos de evaluación de ansiedad en adolescentes**

En la siguiente sección, intentaremos ahondar respecto de los distintos instrumentos presentes para evaluar y medir ansiedad en población adolescente. La ansiedad es una respuesta emocional normal a situaciones estresantes, pero en algunos casos puede convertirse en un trastorno que afecta la vida diaria de una persona. La ansiedad en adolescentes es un problema común, con estudios que indican que hasta un 25% de los jóvenes en los Estados Unidos experimentan síntomas de ansiedad (Merikangas et al., 2010). Por lo tanto, es importante tener instrumentos precisos y fiables para identificar la ansiedad en adolescentes y brindar tratamiento adecuado.

Hay varios instrumentos diseñados específicamente para medir los niveles de ansiedad en adolescentes. Algunos de los instrumentos más utilizados incluyen la “Escala de Ansiedad para Niños” (Spence, 1998), el “Inventario de Ansiedad para Adolescentes” (Reynolds y Kamphaus, 2004), la “Escala de Ansiedad para Adolescentes de Spielberger” (1999) y la

“Escala de Ansiedad de Beck” (1993). Estos instrumentos han sido evaluados en numerosos estudios y han demostrado tener una alta validez y fiabilidad. Por ejemplo, un estudio publicado en la revista "Journal of Anxiety Disorders" (Chorpita, 2002) encontró que el “Inventario de Ansiedad para Niños y Adolescentes” tenía una alta validez y fiabilidad en la medición de la ansiedad en adolescentes.

La “Escala de Ansiedad para Niños de Spence” (1998) es un cuestionario de autoinforme que mide los síntomas de ansiedad en niños y adolescentes. Se compone de 40 ítems que se refieren a diferentes categorías de ansiedad, como miedo a los animales, separación, fobia escolar y ansiedad social.

El “Inventario de Ansiedad para Adolescentes” (Reynolds y Kamphaus, 2004) es un cuestionario de autoinforme que mide los niveles de ansiedad en adolescentes. Se compone de 20 ítems que se refieren a diferentes categorías de ansiedad, como ansiedad social, fobia escolar, preocupaciones excesivas y pensamientos obsesivos.

La “Escala de Ansiedad para Adolescentes de Spielberg” (1999) es un cuestionario de autoinforme que mide los niveles de ansiedad en adolescentes. Se compone de 20 ítems que se refieren a diferentes categorías de ansiedad, como miedo a la evaluación por los demás, ansiedad social, ansiedad física y ansiedad general.

La “Escala de Ansiedad de Beck” (1993) es un cuestionario de autoinforme que mide los niveles de ansiedad en adultos y adolescentes. Se compone de 21 ítems que se refieren a diferentes categorías de ansiedad, como miedo a situaciones sociales, temor a los animales, miedo a los lugares cerrados y miedo a los lugares abiertos.

En resumen, existen varios instrumentos fiables y válidos para medir la ansiedad en adolescentes. Según una revisión sistemática publicada en la revista "Clinical Psychology Review" (Brown et. al., 1997), estos instrumentos han demostrado ser efectivos en la identificación de la ansiedad en adolescentes. Sin embargo, es importante evaluar cuidadosamente las características de cada instrumento antes de utilizarlos en un contexto específico.

### **Instrumentos de evaluación de estrés en adolescentes**

En el siguiente apartado y desarrollo, intentaremos mencionar algunos de los instrumentos utilizados para medir estrés en adolescentes. El estrés es una respuesta fisiológica y emocional normal ante situaciones desafiantes, pero en algunos casos puede ser perjudicial para la salud si se experimenta con frecuencia o con intensidad excesiva. La literatura ha identificado una amplia gama de instrumentos para medir el estrés en adolescentes, incluyendo la “Escala de Percepción del Estrés de Cohen” (Cohen et al., 1983), el “Cuestionario de Estrés en Adolescentes” (Compas et. al., 1991), la “Escala de Estrés en Adolescentes” (Reynolds y Richmond, 1978), la “Escala de Estrés en Adolescentes” (Birrell et al., 1995) y “Escala de Estrés Percibido para Adolescentes (PSS-A)” (Turner et al., 1999). Estos instrumentos han sido utilizados en diversos estudios y han demostrado ser válidos y fiables

para medir el estrés en adolescentes. Por ejemplo, un estudio publicado en la revista "Journal of Youth and Adolescence" (Compas et. al., 1991) encontró que el "Cuestionario de Estrés en Adolescentes" tenía una alta validez y fiabilidad en la medición del estrés en adolescentes. Además, una revisión sistemática publicada en la revista "Psychology & Health" (Lazarus y Folkman, 1984) encontró que la "Escala de Percepción del Estrés de Cohen" es un instrumento válido y fiable para medir el estrés en adolescentes.

La "Escala de Estrés Percibido para Adolescentes (PSS-A)" (Turner et al., 1999) es un cuestionario de autoinforme que mide los niveles de estrés percibido en adolescentes. Se compone de 10 ítems que se refieren a diferentes categorías de estrés, como estrés financiero, estrés por problemas familiares, estrés por problemas de relaciones y estrés por preocupaciones acerca del futuro.

La "Escala de Estrés de Cohen" (1983) es un cuestionario de autoinforme que mide los niveles de estrés percibido en adultos y adolescentes. Se compone de 14 ítems que se refieren a diferentes categorías de estrés, como estrés por problemas financieros, estrés por problemas familiares, estrés por problemas de relaciones y estrés por preocupaciones acerca del futuro.

La "Escala de Estrés en Adolescentes" (Birrell et al., 1995) es un cuestionario de autoinforme que mide los niveles de estrés en adolescentes. Se compone de 15 ítems que se refieren a diferentes categorías de estrés, como estrés por problemas familiares, estrés por problemas escolares, estrés por problemas de relaciones y estrés por preocupaciones acerca del futuro.

En resumen, existen varios instrumentos fiables y válidos para medir el estrés en adolescentes. Según una revisión sistemática publicada en la revista "Clinical Psychology Review" (Brown et. al., 1997), estos instrumentos han demostrado ser efectivos en la identificación del estrés en adolescentes. Sin embargo, es importante evaluar cuidadosamente las características de cada instrumento antes de utilizarlos en un contexto específico.

### **DASS-21 en adolescentes**

En la siguiente sección, haremos un breve recorrido por algunas de las escasas aplicaciones del instrumento "Depression, Anxiety, Stress Scales - 21" (DASS-21) tanto en países latinoamericanos como anglosajones. A diferencia de la literatura centrada en psicoterapia con adultos, resulta un desafío encontrar instrumentos de medición de depresión, ansiedad y estrés en población infanto-juvenil. En el caso del DASS-21, existen diversos instrumentos actualmente en proceso de validación y/o validados en territorio latinoamericano como también en algunos lugares de Europa y Oceanía (Antúnez y Vinet 2012; Contreras-Mendoza et al. 2021; Vasconcelos-Raposo et al. 2013). Si hacemos un recorrido respecto de los diversos resultados obtenidos por los estudios previamente mencionados, es que arribamos a la conclusión de que nos es ineludible la necesidad de llevar adelante la

validación de este instrumento en territorio nacional dada la utilidad que presentaría tanto para el terreno de la psicología como para el de la salud mental.

En el caso de Chile, los resultados obtenidos indican que el DASS – 21 sería un instrumento confiable, con un desempeño psicométrico aceptable en población universitaria no consultante chilena, con una adecuada validez de constructo, convergente y discriminante, así como una sólida consistencia interna (Antúñez y Vinet, 2012). También, en el caso de Perú los resultados indican que hay evidencia estadística para señalar que las escalas DASS-21 reúnen evidencias de validez, fiabilidad y equidad para su aplicación en adolescentes Peruanos (Contreras-Mendoza et al. 2021).

Finalmente, en el caso de Portugal los resultados del CFA revelaron que la versión portuguesa del DASS-21 mostró una buena validez factorial, mejor representada por un modelo cuatripartito que incluye un factor común de angustia general y tres factores ortogonales (escalas de depresión, ansiedad y estrés) (Vasconcelos-Raposo et al., 2013).

## Metodología

### ***Participantes***

La recolección de la muestra se realizó de forma no probabilística a través de una estrategia de bola de nieve y uso de redes sociales. La misma estuvo constituida por 401 adolescentes de Argentina. Del total de participantes, 286 eran mujeres (72%), 111 fueron hombres (28%) y 4 no respondieron dicha pregunta sociodemográfica. La edad promedio de la muestra fue de 16.25 (DE=1.52) años. Al agrupar los participantes de acuerdo a su edad, se observa que el 9.7% tenía entre 12 y 14 años, el 32.9% tenía entre 15 y 16 años, 57.4% tenía entre 17 y 18 años. Todos los jóvenes eran estudiantes. El 82% de la muestra pertenecía al Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). El 18% restante se distribuyó en un 4.4% de adolescentes del norte del país, y un 13.6% adolescentes del sur del país. Al momento de la recolección el 30.6% de los participantes concurrían a psicoterapia, el 47.1% nunca habían realizado psicoterapia, y el 22.3% habían acudido a terapia en los últimos 6 meses.

### ***Instrumentos***

- **Versión abreviada de “Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés” (DASS-21,** (Lovibond y Lovibond, 1995) [Versión en castellano; Román Mella, et al., 2014]. Es una escala de autorreporte diseñada para medir estados emocionales negativos de depresión, ansiedad y estrés. Consiste en tres escalas de respuesta tipo Likert con cuatro alternativas que varían de 0 (“No describe nada de lo que me pasó o sentí en la

semana”) a 3 puntos (“Si, esto me pasó mucho, o casi siempre.”). El puntaje de cada escala se calcula con la suma de los puntajes de los ítems pertenecientes a esa escala y varía entre 0 y 21 puntos. Los alfa de la versión utilizada oscilan entre 0.72 y 0.85 para cada una de las subescalas.

- **Listado de Síntomas Breve – 50** (LSB-50; de la Iglesia et al., 2015). Una escala de auto-reporte compuesta por 50 ítems que evalúan diferentes síntomas psicológicos mediante siete escalas clínicas: (a) Hipersensibilidad (siete ítems); (b) Obsesión-Compulsión (siete ítems); (c) Ansiedad (nueve ítems), indaga sobre síntomas de pánico, trastorno de ansiedad generalizada y fobias; (d) Hostilidad (seis ítems); (e) Somatizaciones (ocho ítems); (f) Depresión (diez ítems), examina síntomas tales como falta de energía, sentimientos de culpa, tristeza y desesperanza; y (g) Alteraciones del sueño (tres ítems). Los ítems se responden mediante una escala likert de cinco posiciones que varía entre 0 = “nada” a 4 = “mucho”. La validación argentina cuenta con un alfa de cronbach de 0.78 para las subescalas de ansiedad y depresión. Los alfa para cada una de las subescalas oscilan entre 0.70 y 0.92 (de la Iglesia et al., 2015)

### **Procedimiento**

En primera instancia, para la adaptación del DASS-21 al contexto argentino, se realizó una búsqueda de versiones validadas en español. Dos estudiantes y una investigadora revisaron las distintas versiones y seleccionaron la versión de Román Mella y colegas(2014) por su similitud al fraseo en Argentina. Los dos estudiantes (ambos argentinos) revisaron los ítems de la versión elegida para corregir detalles mínimos de escritura y fraseo. Posteriormente, se compararon los ítems originales de la versión ya validada y el resultado de las mínimas ediciones, sin encontrar diferencias sustanciales.

Los participantes fueron convocados para formar parte del estudio a través de servicios de mensajería y distintas redes sociales. En la invitación enviada a los potenciales participantes, se incluía un enlace que los dirigía a un sitio web especializado en la recolección de información para investigaciones (*SurveyMonkey*®). Allí se especificaba que para participar la persona debía tener entre 12 y 18 años, se informaba que la participación era voluntaria y anónima, y se solicitaba que los padres de aquellos que eran menores de edad estuvieran de acuerdo con la participación. Una vez que se obtenía el consentimiento de los participantes, éstos completaban el DASS-21 y el LSB-50. Al finalizar las escalas, se presentaban preguntas

sociodemográficas indagando género, edad, provincia y si se encontraban realizando o habían realizado psicoterapia en los últimos seis meses.

### **Estrategias de análisis de datos**

Todos los análisis de este trabajo se realizaron en el software libre *R* (*R* Core Team, 2020). Más específicamente, se utilizaron los paquetes *psych* (Revelle, 2019), *Hmisc* (Harrell, 2020) y *lavaan* (Rosseel, 2012).

Para estudiar la confiabilidad del instrumento se utilizaron medidas de consistencia interna y homogeneidad de ítems. Por un lado, se evaluó la consistencia interna del DASS-21 calculando el alfa de Cronbach y el alfa ordinal. Si bien el alfa de Cronbach es la medida de consistencia interna más utilizada en la literatura, diversos estudios sugieren que no es la mejor estrategia cuando los ítems tienen una escala Likert con menos de siete opciones de respuestas (Freiberg Hoffmann et al., 2013; Gadermann et al., 2012). En dichos casos se recomienda la utilización del alfa ordinal, una medida basada en correlaciones policóricas (Elosua Oliden y Zumbo, 2008; Zumbo et al., 2007). El estado del arte sugiere que un valor aceptable de alfa oscila entre 0.70 y 0.90 (Tavakol y Dennick, 2011). Valores más bajos representarían una consistencia interna cuestionable, mientras que valores más altos implicarían que algunos ítems son redundantes (representando la misma pregunta con diferente formato) (Tavakol y Dennick, 2011). Por otro lado, para evaluar la homogeneidad de ítems, se analizaron las correlaciones ítem-total corregidas (es decir, correlación promedio de cada ítem con el resto de los ítems de la escala, sin incluir dicho ítem). En este caso, se sugieren valores de correlación ítem-total en el rango de 0.30 a 0.80 (Rattray y Jones, 2007). Correlaciones más débiles de 0.30 implican una escasa homogeneidad del ítem con el resto de los reactivos, mientras que correlaciones superiores a 0.80 señalan que el ítem sería repetitivo (e innecesario).

Para el estudio de la validez del instrumento, evaluó específicamente la validez del constructo, la validez concurrente y la validez de criterio. La validez del constructo se estudió mediante un análisis factorial confirmatorio (AFC) y un análisis bifactor para examinar el modelo de 3 factores. En el modelo *bifactor* todas las correlaciones entre las variables latentes se limitaron a cero.

Para el establecimiento de la cantidad de participantes mínimo necesario, se tuvo en cuenta la cantidad de parámetros a estimar en el modelo *bifactor*. Debido a que el DASS-21 es un instrumento tridimensional integrado por 21 ítems, la cantidad de parámetros a estimar sería de 63 (21 cargas factoriales, 21 cargas correspondientes a las sub-escalas y 21 términos de error). Estableciendo un criterio de 5 sujetos por parámetro, se fijó un mínimo de 315 participantes para el estudio (dicho número fue superado).

Para la evaluación del ajuste del modelo en el AFC, se utilizaron diversas medidas de bondad de ajuste tales como *Comparative Fit Index* (CFI), *Tucker-Lewis Index* (TLI), *Root Mean*

*Square Error of Approximation* (RMSEA) y *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR). Como indicadores de buen ajuste del modelo la literatura suele recomendar valores de CFI y TLI superiores a 0.95 y valores de SRMR y RMSEA inferiores a 0.08 (Schumacker y Lomax, 2010). Por otra parte, para los modelos de AFC, se consideran cargas de regresión aceptables aquellas iguales o por encima de 0.40 (Stover et al., 2012). Se utilizó el estimador de *Máxima Verosimilitud Robusto* (MLR) que ha presentado superioridad al estudiar ítems que presentan un nivel de medición ordinal (Li, 2016; Mindrila, 2010).

El estudio de la validez concurrente del DASS-21 se realizó mediante correlaciones de Pearson producto-momento entre la escala y otras medidas de severidad psicopatológica. Particularmente, se analizaron las correlaciones del instrumento con las subescalas “ansiedad” y “depresión” correspondientes al LSB-50. En este caso, las correlaciones deberían oscilar en el rango entre 0.50 y 0.85, indicando asociación, pero, a su vez, independencia de los constructos (Rial Boubeta et al., 2006).

Por último, la validez del criterio se evaluó mediante la comparación de los puntajes de DASS-21 en sujetos que hayan o no realizado psicoterapia durante el último año, utilizando un análisis de varianza (ANOVA). Frente a la presunción de que las personas que solicitan psicoterapia corresponderían a una población clínica, con mayores niveles de severidad que la población no clínica (Jacobson y Truax, 1991), se hipotetizó que aquellos sujetos que realizaron terapia en el último año presentarían mayores puntajes de DASS-21, en comparación con aquellos que no requirieron tratamiento.

El pre-registro del plan de análisis fue cargado en la plataforma osf.io y puede accederse al mismo a través del siguiente identificador: DOI 10.17605/OSF.IO/AQZRP. (<https://osf.io/aqzrp/>).

## Resultados

### **Análisis descriptivos**

En la Tabla 1, 2, 3 y 4 se presentan los análisis descriptivos de los ítems del DASS-21. Asimismo, en la Tabla 5 se reportan las medias y desvío estándar de los puntajes totales de los instrumentos utilizados en el estudio y sus sub-escalas.

**Tabla 1.***Análisis descriptivos y correlaciones ítem-total corregidas de los ítems del DASS-21*

Ítem	Media	Desvío estándar	<i>r ítem-total corregida</i>
1) Me costo mucho calmarme	1.09	0.86	0.68
2) Me di cuenta que tenía la boca seca	0.84	0.88	0.33
3) No podía sentir nada positivo	0.98	0.92	0.65
4) Tuve problemas para respirar. (ej. respirar muy rápido, o perder el aliento sin haber hecho un esfuerzo físico).	0.66	0.9	0.57
5) Se me hizo difícil motivarme para hacer cosas.	1.50	1.00	0.58
6) Me descontrolé en ciertas situaciones.	0.86	0.87	0.55
7) Me sentí tembloroso/a (ej. manos temblorosas)	0.75	0.90	0.59
8) Sentí que estaba muy nervioso/a.	1.41	1.00	0.66
9) Estuve preocupado/a por situaciones en las cuales podría sentir pánico y hacer el ridículo.	1.01	0.96	0.62
10) Sentí que no tenía nada por que vivir.	0.55	0.89	0.65
11) Noté que me estaba poniendo intranquilo/a.	1.11	0.90	0.69
12) Se me hizo difícil relajarme.	1.20	0.91	0.64
13) Me sentí triste y deprimido/a.	1.23	0.98	0.69
14) No toleré que algo me distrajera de lo que estaba haciendo	0.85	0.89	0.38
15) Estuve a punto de tener un ataque de pánico	0.45	0.81	0.65
16) Fui incapaz de entusiasmarme con algo	0.66	0.82	0.51
17) Sentí que valía muy poco como persona.	0.89	1.02	0.66
18) Sentí que estaba muy irritable.	1.25	1.00	0.64
19) Sentí los latidos de mi corazón a pesar que no había hecho ningún esfuerzo físico.	0.73	0.91	0.60
20) Sentí miedo sin saber por qué.	0.78	0.95	0.69
21) Sentí que la vida no tenía ningún sentido.	0.61	0.94	0.65

*Nota. Los ítems se contestan en una escala de 0 a 3. La interpretación de los puntajes en la escala de respuesta se distribuye de la siguiente manera: 0 = No describe nada de lo que me pasó o sentí en la semana; 1 = Sí, esto me pasó o lo sentí en alguna medida o en algún momento; 2 = Sí, esto me pasó bastante o lo sentí muchas veces; 3 = Si, esto me pasó mucho, o casi siempre.*



**Tabla 2.***Análisis descriptivos y correlaciones ítem-total corregidas de sub-escala Depresión del DASS-21*

Ítem	Media	Desvío estándar	<i>r</i> ítem-total corregida
3) No podía sentir nada positivo	0.98	0.92	0.71
5) Se me hizo difícil motivarme para hacer cosas.	1.49	1.00	0.56
10) Sentí que no tenía nada por que vivir.	0.54	0.89	0.71
13) Me sentí triste y deprimido/a.	1.23	0.98	0.72
16) Fui incapaz de entusiasmarme con algo	0.65	0.82	0.56
17) Sentí que valía muy poco como persona.	0.89	1.02	0.70
21) Sentí que la vida no tenía ningún sentido.	0.61	0.94	0.72

*Nota. Los ítems se contestan en una escala de 0 a 3. La interpretación de los puntajes en la escala de respuesta se distribuye de la siguiente manera: 0 = No describe nada de lo que me pasó o sentí en la semana; 1 = Sí, esto me pasó o lo sentí en alguna medida o en algún momento; 2 = Sí, esto me pasó bastante o lo sentí muchas veces; 3 = Si, esto me pasó mucho, o casi siempre.*

**Tabla 3.***Análisis descriptivos y correlaciones ítem-total corregidas de sub-escala Ansiedad del DASS-21*

Ítem	Media	Desvío estándar	<i>r</i> ítem-total corregida
2) Me di cuenta que tenía la boca seca	0.84	0.88	0.37
4) Tuve problemas para respirar. (ej. respirar muy rápido, o perder el aliento sin haber hecho un esfuerzo físico).	0.66	0.90	0.63
7) Me sentí tembloroso/a (ej. manos temblorosas)	0.75	0.90	0.59
9) Estuve preocupado/a por situaciones en las cuales podría sentir pánico y hacer el ridículo.	1.01	0.96	0.53
15) Estuve a punto de tener un ataque de pánico	0.45	0.81	0.60
19) Sentí los latidos de mi corazón a pesar que no había hecho ningún esfuerzo físico.	0.73	0.91	0.61

*Nota. Los ítems se contestan en una escala de 0 a 3. La interpretación de los puntajes en la escala de respuesta se distribuye de la siguiente manera: 0 = No describe nada de lo que me pasó o sentí en la semana; 1 = Sí, esto me pasó o lo sentí en alguna medida o en algún momento; 2 = Sí, esto me pasó bastante o lo sentí muchas veces; 3 = Si, esto me pasó mucho, o casi siempre.*

**Tabla 4.***Análisis descriptivos y correlaciones ítem-total corregidas de sub-escala Estrés del DASS-21*

Ítem	Media	Desvío estándar	<i>r</i> ítem-total corregida
1) Me costo mucho calmarme	1.09	0.86	0.65
6) Me descontrolé en ciertas situaciones.	0.86	0.87	0.57
8) Sentí que estaba muy nervioso/a.	1.41	0.99	0.67
11) Noté que me estaba poniendo intranquilo/a.	1.11	0.90	0.67
12) Se me hizo difícil relajarme.	1.20	0.91	0.65
14) No toleré que algo me distrajera de lo que estaba haciendo	0.85	0.89	0.38
18) Sentí que estaba muy irritable.	1.25	1.00	0.62

*Nota. Los ítems se contestan en una escala de 1 a 4. La interpretación de los puntajes en la escala de respuesta se distribuye de la siguiente manera: 0 = No describe nada de lo que me pasó o sentí en la semana; 1 = Sí, esto me pasó o lo sentí en alguna medida o en algún momento; 2 = Sí, esto me pasó bastante o lo sentí muchas veces; 3 = Si, esto me pasó mucho, o casi siempre.*

**Tabla 5.***Análisis descriptos de los puntajes totales de los instrumentos utilizados en el estudio*

Escala	Media	Desvío estándar	Rango
<i>DASS-21</i>			
Total	0.93	0.6	[0, 2.81]
Depresión	0.92	0.72	[0, 3]
Ansiedad	0.75	0.64	[0, 2.57]
Estrés	1.11	0.67	[0, 3]
<i>LSB-50</i>			
Total	1.22	0.81	[0, 3.5]
Depresión	1.32	0.93	[0, 4]
Ansiedad	1.13	0.87	[0, 3.56]

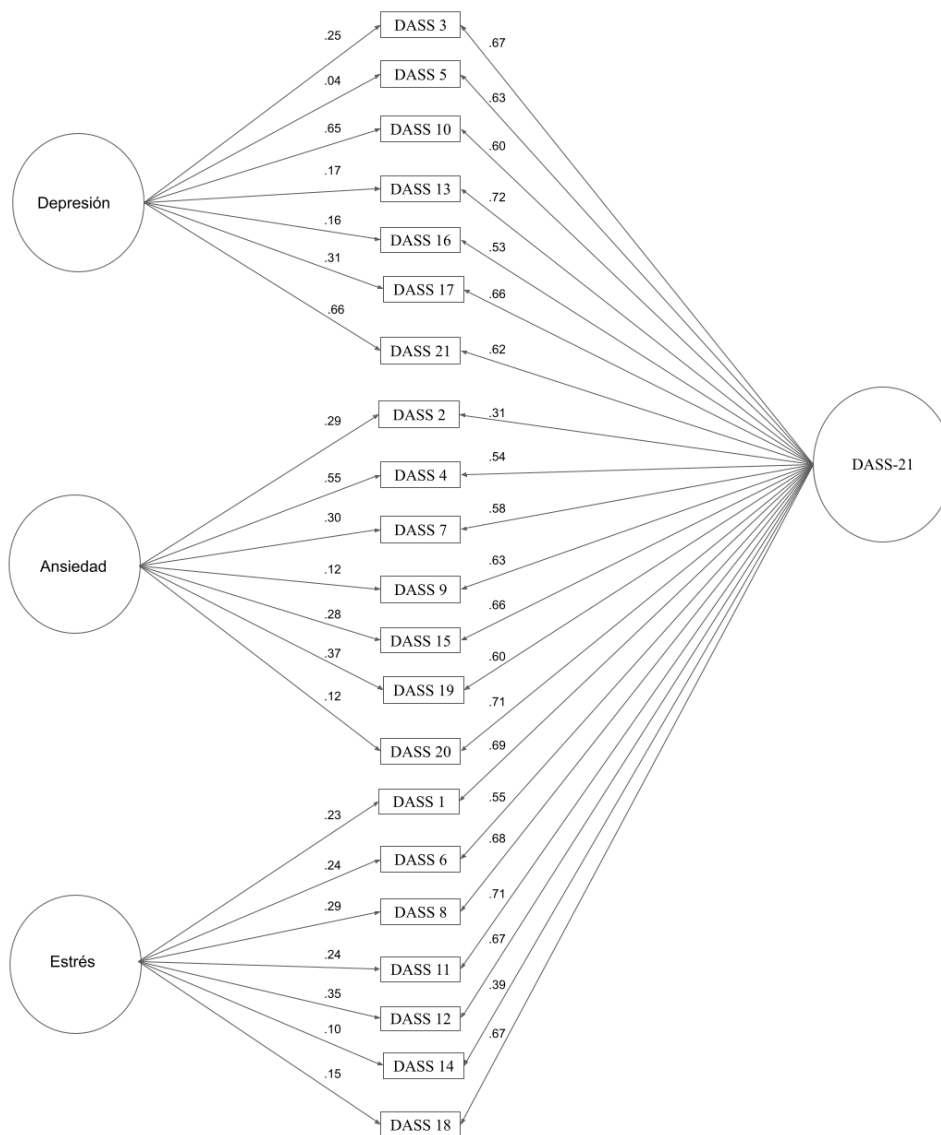
## **Confiabilidad**

**Consistencia interna.** El DASS-21 presentó un alfa de Cronbach de 0.93 en su puntaje total. Considerando que los ítems del instrumento tienen una naturaleza ordinal y únicamente cuatro categorías de respuestas, además del alfa de Cronbach se calculó también el alfa ordinal, una medida de consistencia interna menos difundida, pero considerada más adecuada para este tipo de reactivos (Elosua et al., 2008; Zumbo et al., 2007). En este caso el puntaje del alfa ordinal fue de 0.95. Respecto a las sub-escalas, la subescala de depresión obtuvo un alfa de Cronbach de 0.88 (alfa ordinal=0.92); la sub-escala de ansiedad obtuvo un alfa de Cronbach de 0.80 (alfa ordinal = 0.86); y la sub-escala de estrés un alfa de Cronbach de .85 para la sub-escala de estrés (alfa ordinal=0.88).

**Homogeneidad de ítems.** Las correlaciones ítem-total corregidas de los reactivos del DASS-21 se presentan en las Tablas 1, 2, 3 y 4. Como se observa en dichas tablas, ningún ítem presentó una correlación ítem-total corregida por debajo de 0.30. Por otra parte, ningún ítem obtuvo correlaciones ítem-total corregidas por encima de 0.80.

**Validez de Constructo.** En el modelo de análisis factorial confirmatorio todas las cargas factoriales estandarizadas se encontraron dentro de los parámetros estimados. Con el método de estimación MLR en las medidas de bondad de ajuste, se observó un CFI de 0.84 y un TLI de 0.83. El SRMR del modelo fue de .08. Mientras que el RMSEA se ubicó en 0.08, IC 90% [0.08, 0.09]. Los resultados del análisis *bifactor* que incluyó al factor global y los 3 factores correspondientes a las tres subescalas (Depresión, Ansiedad y Estrés) obtuvieron mejor ajuste. Dicho modelo se ilustra en la Figura 1. Al evaluar las cargas factoriales estandarizadas del modelo, todas se encontraron dentro de los parámetros estimados. Con el método de estimación MLR en las medidas de bondad de ajuste, se observó un CFI de 0.95 y un TLI de 0.94. El SRMR del modelo fue de .04. Mientras que el RMSEA se ubicó en 0.06, IC 90% [0.05, 0.07].

**Figura 1.**



**Validez externa**

**Validez concurrente.** Las correlaciones de Pearson producto-momento, mostraron asociaciones directas significativas de las subescalas del DASS-21 con el LSB-50, moderadas a fuertes, medida total  $r = 0.85, p < 0.001$ ; medida de depresión  $r = 0.83, p < 0.001$  y medida de ansiedad;  $r = 0.60, p < 0.001$ .

**Validez de criterio.** El ANOVA para comparación de medias de muestras independientes mostró diferencias estadísticamente significativas en los niveles de DASS-21.

Se compararon a los participantes que se encontraban realizando, aquellos que habían realizado tratamiento en el último año y los que no habían realizado tratamiento psicoterapéutico anteriormente ( $F(2, 210) = 20.7, p < .001$ ). Los pacientes que al momento de la recolección realizaban psicoterapia presentaron mayores puntaje en el DASS-21 (Media [M]= 1.20, desvío estándar [DE]= 0.60), que los pacientes que nunca realizaron terapia (M= 0.75, DE= 0.57) y que aquellos que habían acudido a psicoterapia hacía más de 6 meses (M= 0.55, DE= 0.51).

## Discusión

A lo largo de este trabajo se presentaron los antecedentes, el marco teórico y el estado del arte sobre los constructos de depresión, ansiedad y estrés en adolescentes. Se pudo constatar que estos trastornos emocionales han sido objeto de estudio hace varias décadas atrás, y que existe un creciente interés en comprender su prevalencia y manifestación en el grupo etario de la adolescencia.

En el apartado de antecedentes, se describieron los orígenes de cada uno de los constructos, así como las características más relevantes que los identifican. En el marco teórico, se presentaron los avances y progresos en el conocimiento sobre depresión, ansiedad y estrés, destacando la importancia de su identificación y tratamiento temprano para prevenir complicaciones a largo plazo. Por último, en el estado del arte, se describieron diferentes instrumentos de evaluación para detectar estos trastornos en adolescentes, destacando el papel del DASS-21 como una herramienta útil y válida para esta tarea.

Esta revisión permitió concluir que depresión, ansiedad y estrés son problemas relevantes en la salud mental de los adolescentes, y que existe una gran cantidad de investigaciones y estudios que avalan la importancia de su identificación y tratamiento. Por ello, resulta esencial que se siga profundizando en el conocimiento sobre estos trastornos, con el fin de mejorar la atención y el tratamiento de los adolescentes que los padecen.

El trabajo actual tuvo como meta investigar las características psicométricas del DASS-21 en una población adolescente en Argentina. Los resultados obtenidos indican que el instrumento es confiable y válido (en cuanto a validez de constructo, concurrente y criterio) en la población adolescente de nuestro país.

El presente estudio se ha enfocado en evaluar la consistencia interna del instrumento DASS-21 en una población de adolescentes en Argentina. La medida más ampliamente utilizada de confiabilidad, el alfa de Cronbach, arrojó un resultado de  $\alpha = .93$ , lo que indica un nivel aceptable de consistencia interna entre los ítems. Sin embargo, algunos reactivos podrían ser redundantes. Las subescalas también fueron evaluadas y los resultados de los alfas de las subescalas resultaron dentro del rango propuesto por Tavakol y Dennick (2011). Estos

resultados son similares a los encontrados en otros países como Brasil y Perú y son más altos que los hallados en Chile por Román Mella y colegas (2014).

Además, al analizar la consistencia entre los ítems, como otra medida de fiabilidad, todos los ítems mostraron una correlación adecuada con el puntaje total, según lo sugerido (Rattray y Jones, 2007). Solo un ítem (el número 2: "Me di cuenta de que tenía la boca seca") tuvo una consistencia más baja con el resto de los ítems, aunque su puntuación se encontraba dentro de los valores esperados. Este resultado es similar a lo encontrado en otras investigaciones, donde a pesar de que el ajuste del ítem cumple con los parámetros requeridos, su nivel de consistencia sigue siendo ligeramente más bajo que en el resto de los ítems (Mella et al., 2014). Esto podría estar relacionado con que los síntomas varían entre adultos y adolescentes, por lo que los ítems que describen más fisiología no son igualmente relevantes en este grupo de población. Por otro lado, todos los ítems tuvieron una correlación con el puntaje total por debajo de 0.85, lo que sugiere que no son repetitivos ni redundantes (Rattray y Jones, 2007).

Al analizar la validez del instrumento pudo observarse que el análisis bifactor obtenido arrojó evidencias de validez de constructo del instrumento. Los resultados del análisis de validez indicaron que el instrumento es válido de acuerdo con los estándares establecidos en la literatura (Schumacker y Lomax, 2010). A diferencia de otros estudios similares (Patrick et al., 2010 Shaw et al., 2017), donde se encontró un mal ajuste en la estructura propuesta por Lovibond y Lovibond (1995), en este caso se encontró que es posible realizar una valoración de las tres dimensiones propuestas originalmente por los autores (Lovibond y Lovibond, 1995). Además, estos resultados son coherentes con los encontrados en otros países de la región (Contreras-Mendoza et al., 2021, Dapieva et al., 2021).

Por otra parte, la correlación de Pearson entre el DASS-21 y otra medida de síntomas (con LSB-50= .85) sugiere la validez concurrente del instrumento. Al encontrarse la correlación en el rango de 0.50 a 0.85, esto significa que los instrumentos están relacionados entre sí, pero a su vez, explorando constructos distintos (Rial Boubeta et al., 2006).

En resumen, los resultados demuestran que el DASS-21 es una herramienta confiable y válida para medir los síntomas de depresión, ansiedad y estrés en adolescentes, lo que lo convierte en un recurso valioso.

El estudio presente tiene ciertas restricciones que deben ser consideradas en futuras investigaciones. En primer lugar, la evaluación de la validez concurrente se basa en encuestas auto-reportadas, lo cual podría haber influenciado en las correlaciones encontradas entre el DASS-21 y el LSB-50. Futuros estudios deberían incluir otras fuentes de información, como observadores externos o terapeutas, para explorar la validez concurrente del instrumento en adolescentes.

En relación a las características de la muestra, el 72% de la muestra estaba compuesta por mujeres y la muestra fue recopilada de manera no probabilística a través de anuncios en las redes sociales y una estrategia de bola de nieve donde los participantes compartían el

enlace al cuestionario. Debido a esto, no se puede determinar si la estrategia de muestreo pudo haber afectado los resultados obtenidos. En futuras investigaciones, sería deseable contar con una muestra más equilibrada y con evaluaciones realizadas por diferentes fuentes, como los padres o los terapeutas. Además, la mayoría de la muestra tenía entre 17 y 18 años, lo que significa una gran cantidad de jóvenes adultos, por lo que sería interesante incluir una proporción mayor de adolescentes más jóvenes en futuras investigaciones. La mayor parte de la muestra residía en el área metropolitana de Buenos Aires, lo que representa un sesgo hacia los jóvenes de otras provincias. En el futuro, sería relevante analizar las propiedades del DASS-21 a través de otras estrategias de muestreo para verificar si esto influye en sus propiedades psicométricas.

A pesar de estas limitaciones, los hallazgos muestran que el DASS-21 es una herramienta confiable y válida para evaluar los síntomas de depresión, ansiedad y estrés en adolescentes en Argentina. Aunque es necesario continuar investigando el instrumento para ampliar su potencial, puede convertirse en una valiosa herramienta para evaluar la sintomatología en adolescentes en el país.

## Referencias Bibliográficas

- Acosta, M. J., Posada-Villa, J., & Muñoz, R. F. (2010). La depresión y la ansiedad: diferencias y similitudes en sus manifestaciones clínicas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2), 189-197.
- Beck, A.T. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 165, 969-977
- Ansorena, A., González, A. G., & Zabala, A. (1983). *La terminología psicológica en el ámbito español y francés* [Psychological terminology in the Spanish and French contexts]. Madrid, Spain: Alianza Editorial.
- Antúnez, J. C., & Vinet, E. (2012). Validez y fiabilidad del DASS-21 en una muestra española. *Anales de Psicología*, 28(3), 1067-1073. <https://doi.org/10.6018/analesps.28.3.146911>
- Antúnez, Z. y Vinet, E. (2012). Validación del DASS-21 en población universitaria no consultante chilena. *Anales de Psicología*, 28(2), 346-352.
- Bandura, A. (1974). *Social learning theory*. New York: General Learning Press.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

- Bandura, A. (1982). *Self-efficacy mechanism in human agency*. *American Psychologist*, 37(2), 122-147.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1993). *Beck anxiety inventory manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, J. (1967). *Terapia cognitiva: Puente entre conductismo y psicoanálisis*.
- Birrell, P. J., & Parker, G. B. (1995). *Development of the Adolescent Stress Questionnaire*. *Journal of Adolescence*, 18(2), 163-173. <https://doi.org/10.1006/jado.1995.1010>
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (1997). *Current and future directions in the assessment of anxiety and depression in youth*. *Clinical Psychology Review*, 17(2), 167-186. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(96\)00070-3](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(96)00070-3)
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., Korotitsch, W., & Barlow, D. H. (1997). Psychometric properties of the anxiety disorders interview schedule for DSM-IV: Child and parent versions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7), 870-878.
- Cano Vindel, A. (1989). Variables cognitivas en el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad.
- Cattell, R. B. (1983). *Handbook of multivariate experimental psychology*. New York, NY: Holt, Rinehart, and Winston.
- Chorpita, B. F. (2002). *Assessment of anxiety and depression in children and adolescents*. *Journal of Anxiety Disorders*, 16(3), 289-306.
- CIE-10;OMS (2008). Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento.
- Clark, D. M., & Beck, A. T. (1999). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends in Cognitive Sciences*, 3(1), 104-110.
- Clark, D. M., & Beck, A. T. (2012). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(12), 593-599. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2012.10.011>
- Clark, D. M., & Beck, A. T. (2012). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: convergence with neurobiological findings. *Trends in Cognitive Sciences*, 3(1), 104-110.



- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(3), 316-336. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.3.316>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*(4), 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Compas, B. E., Ey, S., & Grant, K. E. (1991). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin, 110*(2), 3–24. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.110.2.3>
- Contreras-Mendoza, J., Téllez-Zenteno, J. F., & Jüni, P. (2021). Validity of the Spanish version of the Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21) in Mexican population with chronic medical conditions. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 28*(1), 130-139. <https://doi.org/10.1007/s10880-020-09555-3>
- Contreras-Mendoza, J.M., Maza, J.C., Oquendo, C., & Alarcón, R. (2021). Validez y fiabilidad de la versión en español de la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) en adolescentes peruanos. *Revista de Salud Pública, 23*(4), 531-540.
- Corredor, P., & Monroy, M. (2009). Estrés: una respuesta adaptativa al desafío. *Revista de Psicología, 33*(2), 123-132.
- David-Ferdon, C., & Kaslow, N. J. (2008). Adolescent depression: A review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47*(6), 615-623.
- De la Iglesia, G., Fernández Liporace, M., & Castro Solano, A. (2015). *Psychometric study of the main clinical scales of the Listado de Síntomas Breve (LSB-50) -Short Checklist of Symptoms- in Argentinean adolescents. Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology, 22, 383-399*
- Díaz Kuaik, J. R., & De La Iglesia, I. (2019). Enfoques teóricos y clínicos en el tratamiento de la ansiedad [Theoretical and clinical approaches in the treatment of anxiety]. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica, 27*(2), 123-130.
- Díaz Kuaik, M., & De la Iglesia, S. (2019). Las variables cognitivas en el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad.

- DSM-V; APA (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
- Elosua Olliden, P., & Zumbo, B. D. (2008). A comparison of nonparametric reliability estimates for ordinal and interval data. *Educational and Psychological Measurement, 68*(4), 563-574.
- Elosua, R., & Ruiz-Lipuerta, S. (2008). The kuder-richardson coefficient 20 and coefficient 21: reliability and best fit models. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 8*(2), 643-654.
- Esquirol, J. E. D. (1838). *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal (Vol. 1)*. J.B. Baillière.
- Evans-Lacko, S., Golbin, A., Koschorke, M., Karam, E. G., Motivari, A. A., Andrade, L. H., ... & Thornicroft, G. (2018). Human rights violations and psychiatric disorders in low- and middle-income countries: a systematic review. *The Lancet Psychiatry, 5*(11), 953-962.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Advances in nursing science, 6*(2), 36-52.
- Freiberg Hoffmann, R., Tressoldi, P. E., & Zanutto, B. M. (2013). Using the ordinal alpha coefficient to estimate the reliability of ordinal measures. *Anais Brasileiros de Psicologia, 35*(3), 401-408.
- Freud, S., & Abraham, K. (1917). Mourning and melancholia. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, 14*, 243-258.
- Gadermann, A. M., Guhn, M., & Zumbo, B. D. (2012). Ordinal alpha and the estimation of the reliability of ordinal measures. *Journal of Modern Applied Statistical Methods, 11*(1), 150-160.
- Gonzales, A. M., Miranda, J., & Pilkonis, P. A. (2004). The structure of negative affectivity in Anglo and Mexican-American women. *Psychological Assessment, 16*(2), 227-234.  
<https://doi.org/10.1037/1040-3590.16.2.227>
- González, A. G. (1993). *En torno a la terminología psicológica [About psychological terminology]*. Madrid, Spain: Ediciones Pirámide.

- Goodyer, I. M., Dunn, G., & Bretherton, I. (1990). The nature and course of childhood depression: A review of longitudinal studies. *Clinical Psychology Review, 10*(3), 247-271.
- Hanns, H. (2001). El uso de los términos angustia y ansiedad en la literatura psicológica [The use of the terms anxiety and anguish in psychological literature]. *Revista de Psicología General y Aplicada, 54*(1), 85-92.
- Harrell, F. E. (2020). Hmisc: Harrell Miscellaneous. R package version 4.4-0. URL <https://CRAN.R-project.org/package=Hmisc>
- Hipócrates. (450 A.C). Aforismos.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). *Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 12–19. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.59.1.12>
- Jovanović, S., Trivanović, D., Janković, S., & Ristić-Medić, D. (2019). Depresija, anksioznost i stres: Validancija Depresija, Anksioznost
- Kovacs, M. (1992). The Children's Depression Inventory (CDI): Psychometric properties and clinical utility. *Psychological Assessment, 4*(2), 92-99.
- Kraepelin, E. (1896). Lehrbuch der Psychiatrie (8th ed.). Barth.
- La Greca, A. M., Dandes, S. K., & Moor, W. (2009). Adolescent depression: An update. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 18*(4), 835-853.
- Lazarus, R. S. (1981). The stress and coping paradigm. *In Handbook of Behavioral Medicine (pp. 284-317). Springer, New York, NY.*
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York, NY: Springer.
- Leonhard, K. (1957). Aufteilung der endogenen Psychosen. Springer-Verlag.
- Li, C.H. (2016). *The performance of ML, DWLS, and ULS estimation with robust corrections in structural equation models with ordinal variables. Psychological Methods, 21*, 369-87. <https://doi.org/10.1037/met0000093>
- Li, W. (2016). Comparison of Maximum Likelihood and Robust Maximum Likelihood in Structural Equation Modeling. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 23*(1), 107-119.

- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995a). The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): Normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995b). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (DASS)*. Sydney, Australia: Psychology Foundation.
- Mauris, J., Cortés, A., Gómez, J., & Godínez, C. (2011). Estrés: respuesta a demandas y patologías asociadas. *Salud Mental*, 34(6), 543-551.
- Mella, F. R., Vinet, E. V., & Alarcón Muñoz, A. M. (2014). Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21): adaptación y propiedades psicométricas en estudiantes secundarios de Temuco. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23(2), 179-190.
- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., & Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989.
- Mindrila, D. (2010). A comparison of maximum likelihood and robust maximum likelihood in structural equation modeling. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 17(3), 463-489.
- Ng, T., Wilson, K., & Wilkes-Gillan, S. (2021). A systematic review of psychological interventions for depression in adolescence: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 83, 101644.
- OMS. (2020). Depresión. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- OMS. (2021a). Prevención del suicidio. Recuperado de <https://www.who.int/es/campaigns/world-suicide-prevention-day>

- OMS. (2021b). Discapacidad. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). Trastornos mentales y de comportamiento: Depresión. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Patrick, J., Dyck, M., & Bramston, P. (2010). *Depression Anxiety Stress Scale: Is it valid for children and adolescents? Journal of Clinical Psychology, 66*, 996-1007. <https://doi.org/10.1002/jclp.20696>
- Pichot, P. (1999). *La lucha contra la ansiedad: Clínica y teoría [The fight against anxiety: Clinic and theory]*. Barcelona, Spain: Paidós.
- R Core Team (2020). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*(3), 385-401.
- Rattray, J., & Jones, P. (2007). Investigating the reliability of likert-type scales. *Journal of Research in Nursing, 12*(4), 379-387.
- Rattray, J., & Jones, M. C. (2007). *Essential elements of questionnaire design and development. Journal of Clinical Nursing, 16*, 234-243. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01573.x>
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española [Dictionary of the Spanish language]*. Madrid, Spain: Real Academia Española.
- Revelle, W. (2019). psych: Procedures for Psychological, Psychometric, and Personality Research. *Northwestern University. R package version 1.9.12-74*. URL <https://CRAN.R-project.org/package=psych>
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (2004). Behavior assessment system for children. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Reynolds, C. R., & Richmond, B. O. (1978). What I think and feel: A revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology, 6*(3), 271-280. <https://doi.org/10.1007/BF00916635>

- Reynolds, W. M. (1987). Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS). Western Psychological Services.
- Rial Boubeta, A., Varela Mallou, J., Abalo Piñeiro, J. y Lévy Mangin, J.P. (2006). *El análisis factorial confirmatorio*. En: J.P. Lévy Mangin y J. Varela (Eds.), *Modelización con estructuras de covarianzas en ciencias sociales* (pp. 119-143). Coruña: Netbiblo.
- Rosseel, Y. (2012). lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistical Software*, 48(2), 1-36. URL <https://www.jstatsoft.org/article/view/v048i02>
- Satudiansky, J. (2013). El término ansiedad [The term anxiety]. *Boletín de Psiquiatría y Psicología Médica*, 21(1), 47-52.
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2010). *A beginner's guide to structural equation modeling (Fourth Edition)*. New York. Psychology press. <https://doi.org/10.4324/9781410610904>
- Selye, H. (1980). The stress concept: Past, present and future. *Journal of human stress*, 6(1), 37-44.
- Shaw, T., Campbell, M. A., Runions, K. C., & Zubrick, S. R. (2017). *Properties of the DASS-21 in an Australian community adolescent population*. *Journal of Clinical Psychology*, 73(7), 879-892. <https://doi.org/10.1002/jclp.22376>
- Sierra, J., Alarcón, R., & Navarro, J. (2003). *Estrés y ansiedad*. Barcelona: Ed. Masson.
- Sierra, M., Baker, D., Medford, N., David, A. S., Lawrence, N., & Phillips, M. L. (2003). *Specific phobias versus social phobia: A neuropsychological study*. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(4), 359-375. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(02\)00276-8](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00276-8)
- Silverman, W. K., Fein, R. A., & Baumeister, A. A. (2008). *Adolescent depression: A guide for parents*. American Academy of Pediatrics.
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36(5), 545-566.
- Spielberger, C. D. (1999). State-Trait Anxiety Inventory for Children. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Stover, L. J., Uriel, H. I., & Fernandez Liporace, M. (2012). A guide to using structural equation modeling. *Journal of Applied Research in Higher Education*, 3(2), 97-108.
- Sue, D., Sue, D.W., Sue, D.D., & Sue, S. (2010). *Psicología multicultural* (7th ed.). Pearson.

- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). *Making sense of Cronbach alpha*. *International Journal of Medical Education*, 2, 53-55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
- Tobal, M. (1990). *La ansiedad: Una aproximación conceptual [Anxiety: A conceptual approach]*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Turner, J. R., Palmer, R. F., & Beidel, D. C. (1999). Perceived Stress Scale-Adolescent (PSS-A). *Journal of Adolescence*, 22(3), 407-416. <https://doi.org/10.1006/jado.1999.0288>
- Uribe, J. (2015). Estrés: un fenómeno natural. *Salud y Bienestar*, 43(2), 156-162.
- Vasconcelos-Raposo, J., Barros, H., Sousa, N., & Vale, S. (2013). Validación de la versión portuguesa de la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21). *Psico-USF*, 18(2), 191-199.
- Verduzco, R.O.F., Hernández, C.G. and Ibarra, S.M.M. (1970) El Estrés en el entorno laboral: Revisión Genérica desde la teoría, Dialnet. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Available at: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7188504> (Accessed: February 2, 2023).
- Weersing, V. R., Brent, D. A., & Rozenman, M. S. (2017). Psychosocial treatments for child and adolescent depression: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 34(7), 563-576.
- Zack, M., Rounsaville, B., & Weissman, M. (2007). Empirically supported treatments for depression in children and adolescents. *Current Psychiatry Reports*, 9(4), 311-319.
- Zhou, X., Chiu, H. F., Chan, S. W., & Zhang, L. (2015). Cognitive behavioral therapy for adolescent depression: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 37, 1-15.
- Zoch Zannini, R. (2002). Depresión: concepto, clasificación y tratamiento. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(1), 7-14.
- Zumbo, B. D., Gadermann, A. M., & Zeisser, C. (2007). *A Handbook on the Theory and Methods of Differential Item Functioning (DIF): Logistic Regression Modeling as a Unitary Framework for Binary and Likert-type (Ordinal) Item Scores*. Ottawa, ON: DIFpublishing.

Zumbo, B. D., Gadermann, A. M., & Zeisser, C. (2007). Ordinal versions of coefficients alpha and theta for Likert rating scales. *Journal of Modern Applied Statistical Methods*, 6(1), 21-29.