

Desarrollo y Propiedades Psicométricas de la Escala de Autoeficacia para la Depresión en Adolescentes (EADA)

Mirella Díaz-Santos^{1,2}
Eduardo Cumba-Avilés
Guillermo Bernal
Carmen Rivera-Medina

Universidad de Puerto Rico, Río Piedras, Puerto Rico

Compendio

Los instrumentos que miden autoeficacia en jóvenes son mayormente escalas para adultos adaptadas para evaluar adolescentes o escalas de autoeficacia general. El propósito de este estudio fue desarrollar y evaluar las propiedades psicométricas de la *Escala de Autoeficacia para la Depresión en Adolescentes (EADA)*. Además, administramos la versión en español de la subescala de Autoeficacia Emocional del *Self-Efficacy Questionnaire for Children*, así como el *Inventario de Depresión en Niños/as-Versión Corta*, para evaluar la validez concurrente entre estas medidas. Participaron 116 adolescentes entre 13 a 17 años. Los resultados indican que la EADA posee una consistencia interna y una validez concurrente excelente. Los mismos apoyan su adecuación como instrumento que evalúa la auto-percepción de confianza del/de la adolescente al enfrentar situaciones típicas del Trastorno Depresivo Mayor.

Palabras clave: Estudio instrumental; autoeficacia; depresión; adolescentes; psicometría.

Development and Psychometric Properties of the *Escala de Autoeficacia para la Depresión en Adolescentes (EADA)*

Abstract

Self-efficacy questionnaires used with adolescents are mostly youth-adapted adult measures or scales developed to assess general perceived self-efficacy. The purpose of this study was to develop and assess the psychometric properties of the *Escala de Autoeficacia para la Depresión en Adolescentes (EADA)*. Additionally, the Emotional Self-efficacy subscale from the *Self-Efficacy Questionnaire for Children* and the *Children's Depression Inventory-Short Version* were administered to evaluate concurrent validity among these three measures. Participants were 116 adolescents between 13 and 17 years old. Results revealed that EADA has excellent internal consistency and concurrent validity, and support its adequacy as a measure to assess youth self-perception of confidence when confronting situations related to Major Depressive Disorder.

Keywords: Instrumental study; self-efficacy; depression; adolescents; psychometrics.

Las personas poseen el conocimiento necesario para ejecutar y/o mantener ciertas conductas ante un acontecimiento específico (Bandura, 1997). No obstante, este conocimiento debe estar acompañado de la confianza de éstas en que podrán ejercer la conducta deseada. Esta confianza o habilidad que la persona percibe tener para producir la acción y obtener el resultado deseado es lo que Bandura ha denominado como *autoeficacia*. La autoeficacia ha sido vinculada a una serie de condiciones psicológicas, incluyendo el Trastorno Depresivo Mayor (TDM). Este es un desorden mental común entre niños

y adolescentes de distintos países y culturas (American Psychiatric Association [APA], 1994) y en Puerto Rico es la cuarta condición más frecuente en comparación con otros trastornos mentales pediátricos (Canino et al., 2004).

La autoeficacia ejerce un papel mediador en el mantenimiento de la depresión y otros desórdenes afectivos (Bandura, 1997). La *Teoría Social Cognitiva* expone un modelo de la depresión en donde es la persona quien posee un rol proactivo (es decir, es agente) en la adaptación de las circunstancias que le rodean en su ambiente social y personal. Según este marco conceptual, la persona posee la capacidad de ejercer una acción deseada aun cuando tenga diferentes tipos de problemas. Por esta razón, este modelo minimiza el énfasis en buscar factores protectores externos, como (por ejemplo) el apoyo social, en un intento por proveer explicaciones más completas para el fenómeno de la depresión, enfocándose, más bien, en factores cognitivos internos.

¹ Dirección: PO Box 23174, UPR Station, San Juan, Puerto Rico, 00931-3174. E-mail: estrella_upr@yahoo.com.

² Esta investigación recibió el apoyo económico mediante subvenciones del National Institute on Mental Health (RO1MH067893 y T34MH019134) al tercer autor. Agradecemos a las estudiantes Amarilys Galloza y Caroline Forastieri, así como a la Sra. Yolanda Cruz, por su colaboración durante la realización de este estudio.

La Teoría Social Cognitiva posee premisas congruentes con la Terapia Cognitiva-Conductual. Esta última se enfoca en la modificación de los pensamientos negativos y/o disfuncionales actuales y en cambiar el comportamiento que hace vulnerable a la persona para continuar con dichos pensamientos. El énfasis de la terapia está puesto más en el “Qué tengo que hacer para cambiar” que en el “Por qué”. Bandura (1997) indica que cuando la persona no ejerce un control adecuado sobre estos pensamientos, los mismos facilitan la disminución en la autoeficacia. Además, postula que las aspiraciones frustradas y un bajo nivel de autoeficacia social resultan en pensamientos que aumentan la vulnerabilidad hacia la sintomatología depresiva, principalmente en los/as jóvenes.

La adolescencia es un periodo importante para el desarrollo y la ejecución de la eficacia personal. Esta última posee un mayor despliegue o libertad en la adolescencia que en etapas previas del desarrollo, ya que está ligada a tres cambios típicos que pueden afectar positiva o negativamente la percepción de confianza que el/la joven posee de sí mismo: cambios hormonales y físicos, cambios sociales y cambios académicos. El éxito o fracaso relativo que el/la adolescente experimente en su manejo de estos cambios, así como las decisiones (y las consecuencias de las decisiones) que tome en dicho proceso, ayudarán a construir la percepción de cuán autoeficaz se considera, tanto a nivel global como en cada uno de los tres factores específicos antes mencionados. La percepción de que se es poco eficaz en el manejo de éstos (y otros) retos de la adolescencia bien puede aumentar las probabilidades de que los/as jóvenes desarrollen síntomas depresivos.

Varias investigaciones han contribuido al conocimiento sobre la relación entre la autoeficacia y la depresión (Comunian, 1989; Ehrenberg, Cox & Koopman, 1991; Smith & Betz, 2002). Por ejemplo, en la primera investigación realizada con adolescentes se informó una relación significativa y negativa entre ambos conceptos (Ehrenberg et al.). Este estudio, como otros, consideró efectiva la utilización de instrumentos de autoeficacia general. Sin embargo, algunos investigadores han estado desarrollando escalas para cuantificar aspectos específicos de la autoeficacia, como la autoeficacia social, la académica, la autorreguladora y la emocional, con el propósito de evaluar cuál de éstas se relaciona más con la sintomatología depresiva. Entre todas, la autoeficacia emocional obtuvo la mayor correlación (negativa) con la depresión (Muris, 2001).

Recientemente, Tonge et al. (2005) desarrollaron el primer instrumento para evaluar la autoeficacia en adolescentes con varios tipos de depresión que estaban recibiendo diferentes intervenciones terapéuticas, incluyendo la Terapia Cognitiva-Conductual. Interesantemente, los/as investigadores desarrollaron dicho instrumento a la luz de otro cuestionario de autoeficacia

para la depresión en adultos (Tucker, Brust & Richardson, 2002). Ambos estudios sugieren que una mayor autoeficacia para la depresión antes de la terapia resulta en menores síntomas de depresión y mejor funcionamiento posterior.

Partiendo de estos hallazgos y este trasfondo teórico, desarrollamos la Escala de Autoeficacia para la Depresión en Adolescentes (EADA) para evaluar directamente los aspectos emocionales de la autoeficacia, específicamente los que resultan pertinentes a la depresión juvenil. A pesar de la aportación de Tonge et al. (2005), consideramos importante el desarrollo de un nuevo instrumento para adolescentes que respondiera directamente a las experiencias y los valores culturales de la población juvenil hispana, y que, por tanto, resultara culturalmente sensible para este grupo (Bravo, Woodbury-Fariña, Canino & Rubio-Stipec, 1993; Canino & Guarnaccia, 1997). Dicho instrumento debía integrar la Teoría Social Cognitiva de Bandura y los conceptos claves de la Terapia Cognitiva-Conductual, a la vez que permitiera la evaluación de la autoeficacia vinculándola específicamente tanto a los criterios diagnósticos oficiales del TDM establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV por sus siglas en inglés), como a aquellas áreas de funcionamiento que la experiencia clínica demuestra que están irrefutablemente ligadas a la depresión juvenil (p. ej., retraimiento social). Por esa razón, la EADA se estructuró de modo que tres (3) de sus áreas temáticas correspondiesen a los módulos de tratamiento para la depresión contenidos en el Manual de Tratamiento para la Terapia Cognitiva-Conductual de la Depresión, diseñado por Muñoz, Aguilar-Gaxiola y Guzmán (1986), y la cuarta área correspondiese al criterio de funcionalidad del TDM, siendo todas áreas relevantes para el estudio de los desórdenes afectivos.

La validación de la EADA constó de dos fases. El propósito principal de la primera fue evaluar la validez de contenido del instrumento e incorporar las sugerencias provistas por un grupo de adolescentes puertorriqueños/as. Como parte de esta fase también se tradujo y se adaptó la subescala de Auto-eficacia Emocional del *Self-Efficacy Questionnaire for Children* (SEQ-C) (Muris, 2001), con el propósito de evaluar su adecuación para evaluar los/as adolescentes puertorriqueños/as. En la segunda fase, el propósito principal fue evaluar la consistencia interna de la EADA. En adición, se administró tanto la versión en español de la subescala de Autoeficacia Emocional del SEQ-C como el *Inventario de Depresión en Niños/as-Versión Corta* (IDN-VC) (Rivera, Bernal & Rosselló, 2005), para evaluar la validez concurrente entre estas tres medidas. Partiendo de estudios anteriores (Bandura, Pastorelli, Barbaranelli & Caprara, 1999; Comunian, 1989; Ehrenberg et al., 1991), anticipábamos una relación moderada y negativa entre las puntuaciones de las esca-

las de autoeficacia y la de depresión. De igual forma, esperábamos hallar una correlación positiva y moderada alta entre ambos instrumentos de autoeficacia, así un índice de consistencia interna para la EADA que fuese $\geq .70$. Finalmente, y en concordancia con lo esperado de acuerdo a la revisión de literatura, esperábamos encontrar que las féminas presentaran mayor severidad en los síntomas depresivos y que los varones reportaran una autoeficacia significativamente mayor.

Método

Participantes

Durante la *primera fase* del estudio, participaron 15 adolescentes (6 féminas y 9 varones) de entre las edades de 13 a 14 años. Los/as mismos/as eran estudiantes de octavo grado de una escuela pública de la zona metropolitana de San Juan, Puerto Rico. En la *segunda fase* participaron 116 adolescentes (75 féminas y 41 varones) de 13 a 17 años ($\bar{x} = 14.54$; $DE = 1.10$). Éstos/as provenían de la misma escuela pública mencionada, la cual incluye nivel intermedio ($n = 59$; 50.9%) y superior ($n = 57$; 49.1%). El tamaño promedio de las familias de los/as jóvenes fue de 4 miembros, con un rango de 2 a 7 miembros.

Instrumentos

Hoja de Datos Demográficos. Incluyó información de los/as participantes relacionada a la edad, el grado, el género y el número de personas que viven en su hogar (sólo en la fase 2).

Escala de Autoeficacia para la Depresión en Adolescentes (EADA). Esta es una escala de autoinforme, la cual diseñamos para medir el nivel de autoeficacia con relación a la depresión en adolescentes. La misma utiliza como marco temporal las últimas dos semanas, conforme al criterio del TDM. Consiste de 28 reactivos en formato Likert del 1 (*totalmente en desacuerdo*) al 5 (*totalmente de acuerdo*). Las puntuaciones totales fluctúan entre 28 y 140 (a mayor puntuación, mayor autoeficacia para la depresión). Posee cuatro subescalas temáticas: Pensamientos, Actividades, Relaciones Interpersonales y Funcionalidad. Sus reactivos evalúan áreas que resultan pertinentes a la depresión juvenil y que abordan temas consistentes con los criterios diagnósticos oficiales del TDM.

Self-Efficacy Questionnaire for Children (SEQ-C). Consiste de 24 reactivos en formato Likert del 1 (*nada bien*) al 5 (*muy bien*) que evalúan cuán bien los/as adolescentes pueden manejar diversas situaciones. Este cuestionario de autoinforme incluye tres aspectos de la autoeficacia denominados por Muris (2001): (a) Autoeficacia Social, (b) Autoeficacia Académica, y (c) Autoeficacia Emocional. El mismo posee una consistencia interna (Alfa) de .88. En este estudio utilizamos la subescala de Autoeficacia Emocional, la cual contiene

8 reactivos y posee una consistencia interna adecuada (Alfa = .86).

Inventario de Depresión en Niños/as-Versión Corta (IDN-VC). Este instrumento de autoinforme evalúa sintomatología depresiva, incluyendo problemas del estado de ánimo, la capacidad para disfrutar de actividades, las funciones vegetativas, el auto-concepto y la conducta interpersonal (Kovacs, 1983). La versión estándar del IDN consta de 27 reactivos, los cuales se codifican con números del 0 al 2, de manera que a mayor severidad del síntoma o la conducta, mayor puntuación. La consistencia interna de la versión original con la población de adolescentes puertorriqueños/as es de .83 (Rosselló, Guisasola, Ralat, Martínez & Nieves, 1992). En este estudio utilizamos una versión corta de 10 reactivos. Esta versión contiene reactivos que corresponden a al menos seis de los nueve criterios diagnósticos para el TDM incluidos en el DSM-IV (APA, 1994). Su punto de corte es de 9 puntos de una puntuación máxima de 20 (Rivera et al., 2005). Utilizamos el IDN-VC en la segunda fase del estudio para evaluar la validez concurrente de ambas escalas de autoeficacia con esta medida de depresión.

Procedimiento

Fase 1. Diseñamos el banco de reactivos considerados en el desarrollo de la EADA tomando en consideración la literatura revisada acerca de la autoeficacia en general, ejemplos de reactivos utilizados en otras escalas, la experiencia clínica de los/as colaboradores/as, los aspectos culturales que inciden en la depresión entre los/as latinos/as, así como aspectos que son específicos a la etapa de la adolescencia. Como señaláramos, en su diseño tomamos en consideración los conceptos propuestos por la Teoría Social Cognitiva y aquellos que sirven de base al Manual de Tratamiento para la Terapia Cognitiva-Conductual de la Depresión (Bernal, Rosselló, Sáez & Rivera, 2004; Muñoz et al., 1986). Luego de formar el banco de reactivos, sometimos a prueba su validez de contenido a través de la evaluación de un comité de expertos, que incluía psicólogos/as clínicos/as, estudiantes graduados/as de psicología clínica, una residente de psiquiatría y una psiquiatra infantil.

Seleccionamos la subescala de Autoeficacia Emocional del SEQ-C con el propósito de evaluar la validez concurrente entre ésta y la EADA. Esta subescala representó la mejor opción entre otras escalas de autoeficacia, ya que está ligada a los aspectos emocionales de los/as adolescentes. Con la autorización de su autor, Peter Muris, la traducimos y adaptamos al español para hacerla culturalmente sensible a los/as adolescentes puertorriqueños/as, siguiendo el procedimiento propuesto por Bravo et al. (1993). El mismo enfatiza en que la versión traducida y adaptada posea equivalencia semántica y conceptual respecto a la versión original, en que su contenido sea culturalmente relevante y significativo,

en que mantenga unas propiedades psicométricas adecuadas, así como en que sea capaz de producir efectos semejantes e identificar fenómenos similares a aquellos identificados por la versión original del instrumento, aun cuando la nueva versión sea utilizada en un contexto cultural distinto.

Sometimos para la consideración y aprobación del comité de revisión de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras (UPR-RP), el protocolo para realizar un grupo focal con estudiantes de octavo grado. Los/as estudiantes de 13 a 14 años de edad representaron un grupo adecuado para los propósitos de esta fase, ya que queríamos constatar que aun los/as jóvenes de tan corta edad podían entender los reactivos de ambos instrumentos (EADA y la subescala de Autoeficacia Emocional). Como parte del protocolo, sostuvimos una reunión con la directora de la escuela intermedia para explicarle los objetivos del estudio y la participación de los/as jóvenes. Una vez obtuvimos la cooperación de la escuela, procedimos a identificar el grupo y la maestra de octavo grado para explicarles el estudio. Luego de que los/as encargados/as llenaron la hoja de consentimiento, 15 estudiantes participaron del estudio de forma voluntaria y sin ningún tipo de incentivo. Durante los primeros 10 minutos del proceso, los/as adolescentes completaron los dos cuestionarios de forma individual. Luego, condujimos un grupo focal con los/as participantes para evaluar el entendimiento de las instrucciones y las premisas (reactivos) de ambos instrumentos. Evaluamos las sugerencias ofrecidas y las tomamos como base para las posibles modificaciones a realizar a ambos instrumentos.

Fase II. El protocolo de esta fase también fue examinado y aprobado por el comité de revisión de la UPR-RP. Como parte del mismo, planificamos reclutar participantes en una escuela pública y un colegio católico, ambos del área metropolitana de San Juan. No obstante, no pudimos llegar a un acuerdo con los/as maestros/as del colegio para la administración de los cuestionarios, por lo que toda la muestra la obtuvimos de la escuela pública. Los/as directores/as autorizaron la administración de los cuestionarios en una reunión en que se discutieron los propósitos y la naturaleza del estudio, así como en qué consistía la participación de los/as adolescentes en el mismo. Una vez obtuvimos su autorización, identificamos los grupos que correspondían a las edades pertinentes del estudio. Seleccionamos dos grupos por cada grado de octavo a duodécimo. Tras ser debidamente informados, los/as maestros/as autorizaron la administración de los instrumentos a los/as estudiantes de sus salones de clase. Luego, en horarios previamente acordados, les explicamos el estudio a los/as estudiantes y les entregamos un sobre con una hoja de datos demográficos y la hoja de consentimiento para la firma de sus padres o encargados/as. Discutimos la misma con los/as estudiantes para garantizar un mejor entendi-

miento del estudio y de su participación en éste. En ella obtuvimos también el asentimiento de los/as jóvenes para la administración de los tres instrumentos del estudio.

Participaron del estudio los/as adolescentes que entregaron la hoja de consentimiento debidamente firmada y la hoja de datos demográficos. En el día acordado previamente con los/as maestros/as, administramos los instrumentos en formato de autoinforme. El proceso de organizar a los participantes, darles las instrucciones pertinentes y completar los instrumentos tomó alrededor de media hora. Aun cuando la administración fue grupal, los/as adolescentes llenaron de forma privada los instrumentos y sus respuestas fueron confidenciales. Durante la administración, estuvo presente un(a) psicólogo(a) clínico(a) con experiencia en investigación que ayudó a velar por el mantenimiento de las condiciones adecuadas. Además, contactamos por teléfono a los padres o encargados/as de los/as adolescentes que alcanzaron o superaron el punto de corte establecido en el IDN-VC, para notificarles la presencia de esta sintomatología en el/la adolescente y ofrecerle un referido de ser necesario.

Análisis de Datos

Durante la *primera fase* realizamos un análisis de contenido de las sugerencias propuestas por los/as adolescentes para determinar qué modificaciones eran necesarias en los instrumentos, ya fuese en cuanto al contenido de sus reactivos o de sus instrucciones. En la *segunda fase* utilizamos la versión 13.0 del *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS por sus siglas en inglés) para calcular las estadísticas descriptivas, las correlaciones (r) producto-momento de Pearson (validez concurrente), los coeficientes de consistencia interna (Alfa de Cronbach), así como las correlaciones corregidas entre cada reactivo y su subescala, y entre cada reactivo y la puntuación total de la EADA (consistencia interna). Además, subdividimos la muestra por género y luego por tipo de escuela (intermedia vs. superior) para examinar si había diferencias significativas, ya fuese en las medidas de autoeficacia o de depresión. Para el análisis conjunto de las subescalas de la EADA utilizamos un análisis de varianza multivariado (MANOVA por sus siglas en inglés), seguido por análisis de varianza simples (ANOVAs) para cada subescala y la Escala Total. Para las puntuaciones del IDN-VC y la subescala de Autoeficacia Emocional del SEQ-C realizamos pruebas t de grupos independientes ($p \leq .05$).

Resultados

Estudio Piloto (Fase 1)

En la primera fase evaluamos el nivel de comprensión de las premisas e instrucciones de la EADA, así como la adecuación de la traducción y adaptación

de la subescala de Autoeficacia Emocional del SEQ-C. Para ello recibimos el insumo de los/as 15 jóvenes que participaron del grupo focal. La subescala de Autoeficacia Emocional no requirió cambio alguno y su administración duró 5 minutos. Completar la EADA, por su parte, tomó alrededor de 8 a 10 minutos y ésta requirió algunos cambios significativos en las instrucciones (p. ej., acortarlas y sustituir algunas palabras por otras más simples) y en algunas premisas, así como la inclusión de tres nuevos reactivos.

En primera instancia, los/as participantes sugirieron modificar varias palabras en diferentes premisas porque entendían que poseían diferentes significados para distintas personas (p. ej., se sustituyó “cosas” por “actividades” y “bien” por “normalmente”). Ante otras palabras o conceptos (p. ej., “placenteras”, “adecuadamente”, “visualizarme”, “apoyo emocional”, “inquietud” y “agitación”), los/as participantes sugirieron eliminarlas del instrumento por considerarlas confusas o muy intelectuales (esto es, no apelaban a su etapa de desarrollo y nivel de comprensión). Uno de los cambios más importantes incorporados a las instrucciones nos permitió simplificar los reactivos, de modo que la frase “Estoy confiado(a) en que aun cuando me sienta triste, molesto(a)/irritable, solo(a) o desanimado(a)...” precediera a la lista de reactivos y sirviera de contexto o marco de fondo a los mismos (ver Apéndice). Otra de las sugerencias ofrecidas por ellos/as fue incorporar ejemplos en las premisas para mejorar su entendimiento de las mismas (p. ej., en los reactivos 10, 11 y 22; ver Apéndice). Finalmente, los/as jóvenes propusieron incorporar

nuevas premisas a la EADA, de las que seleccionamos las siguientes: (a) Puedo escuchar los consejos de mis padres o amistades; (b) Puedo desahogarme, o sea, expresar mis pensamientos o sentimientos a mis padres o amistades; y (c) Puedo superar mi cansancio o falta de energía.

Estudio de las Propiedades Psicométricas (Fase 2)

Estadísticas descriptivas y comparaciones por género y nivel escolar. Antes de realizar los análisis correspondientes a los objetivos de la segunda fase, calculamos estadísticas descriptivas para cada uno de los instrumentos administrados. En la Tabla 1 presentamos los promedios y las desviaciones estándar. El MANOVA para las subescalas de la EADA al comparar los promedios de ambos géneros resultó significativo [$F(4, 111) = 7.60; p \leq .001$]. Como puede verse, los varones obtuvieron una puntuación mayor en el total de la EADA [$F(1, 114) = 8.82; p \leq .01$], así como en las subescalas de Actividades [$F(1, 114) = 8.32; p \leq .01$], Pensamientos [$F(1, 114) = 14.19; p \leq .001$] y Funcionalidad [$F(1, 114) = 20.54; p \leq .001$]. Lo mismo ocurrió en la subescala de Autoeficacia Emocional del SEQ-C [$t(114) = -2.09; (p \leq .05)$]. No se encontraron diferencias significativas por género en la subescala Interpersonal [$F(1, 114) = .02; p = .89$]. Por otro lado, las féminas obtuvieron un promedio significativamente más alto de sintomatología depresiva en el IDN-VC [$t(114) = 2.17; p \leq .05$]. No apreciamos diferencia significativa alguna en los promedios de ninguno de los instrumentos al comparar la muestra de escuela intermedia con la muestra de escuela superior.

Tabla 1

Promedios y Desviaciones Estándar de la EADA, la Subescala de Autoeficacia Emocional y el IDN-VC

VARIABLES	Muestra Total (n = 116)	Muestra Femenina (n = 75)	Muestra Masculina (n = 41)	Muestra Escuela Inter. (n = 59)	Muestra Escuela Sup. (n = 57)
EADA					
Total Autoeficacia	113.75 (12.99)	111.19 (13.23)	118.44 (11.26)	114.83 (14.26)	113.05 (11.59)
Interpersonal	41.42 (5.01)	41.37 (5.13)	41.51 (4.83)	41.78 (5.65)	41.05 (4.26)
Actividades	28.63 (4.04)	27.85 (4.17)	30.05 (3.42)	28.81 (4.20)	28.44 (3.90)
Pensamientos	23.68 (3.49)	22.83 (3.55)	25.24 (2.79)	23.75 (3.76)	23.61 (3.21)
Funcionalidad	20.02 (3.07)	19.13 (3.13)	21.63 (2.22)	20.17 (3.15)	19.86 (3.01)
IDN-VC					
	6.03 (3.04)	6.48 (2.99)	5.22 (3.00)	6.31 (3.01)	5.75 (3.07)
SEQ-C Emocional					
	28.17 (4.81)	27.49 (5.06)	29.41 (4.10)	28.69 (5.00)	27.63 (4.59)

Nota. EADA= Escala de Autoeficacia para la Depresión en Adolescentes; SEQ-C= *Self-efficacy Questionnaire for Children*; IDN-VC= Inventario de Depresión en Niños/as-Versión Corta; Inter. = Intermedia; Sup. = Superior.

Consistencia Interna. En la Tabla 2 presentamos las correlaciones corregidas (CC) de los reactivos con el total de la subescala pertinente y con el total de la EADA. Los resultados demuestran que la EADA posee una excelente consistencia interna, según se desprende tanto de las CC como del coeficiente Alfa. Las CC de los reactivos con el total de la EADA fluctuaron entre .23 y .65. Las CC de la subescala Interpersonal fueron entre

.21 y .50; las de la subescala de Actividades fluctuaron entre .41 y .64; las CC de la subescala de Pensamientos variaron entre .39 y .65, y las de la subescala de Funcionalidad tuvieron un rango entre .35 y .52. Todas las correlaciones fueron significativas. Los promedios de los reactivos fluctuaron entre 3.10 y 4.54, reflejando una autoeficacia considerable, típica de una muestra de comunidad.

Tabla 2

Estadísticas Descriptivas y Correlaciones Corregidas (CC) de los Reactivos de cada Subescala de la EADA

Reactivos del EADA	— X	DE	CC Subescala	CC EADA
Reactivos Subescala Interpersonal				
2. Buscar apoyo de padres	3.71	1.20	.472	.398
3. Buscar apoyo de amistades	4.25	.89	.422	.356
9. Conseguir que familia me ayude	4.32	.90	.466	.451
10. Conseguir que amistades me ayuden	4.27	.89	.395	.402
14. Disfrutar compañía de amistades	4.44	.73	.422	.558
15. Disfrutar compañía de familia	4.31	.87	.427	.550
19. Buscar apoyo de fuentes externas	3.10	1.23	.209	.234
22. Relacionarme normalmente	4.25	.77	.252	.428
26. Escuchar consejos de padres	4.54	.72	.503	.375
27. Desahogarme con padres/amistades	4.23	.96	.419	.236
Reactivos Subescala Actividades				
4. Continuar con cosas que me gusta hacer solo	4.53	.75	.462	.417
5. Continuar actividades con amistades	4.27	.82	.637	.631
6. Continuar cosas con familia	4.17	.91	.565	.648
16. Hacer nuevas actividades recreativas	3.97	.98	.581	.596
20. Llevar a cabo actividades diarias	4.34	.71	.566	.613
23. Aumentar frecuencia de actividades	3.60	.92	.545	.567
25. Planificar actividades recreativas	3.74	.87	.405	.458
Reactivos Subescala Pensamientos				
1. Reducir pensamientos negativos	3.64	.81	.525	.496
8. Concentración en escuela	3.80	.89	.587	.605
11. Tomar decisiones por mi mismo/a	4.23	.73	.392	.414
13. Actitud positiva	3.84	.77	.651	.600
18. Pensamientos agradables	4.10	.90	.608	.517
21. Imaginación de actividades recreativas	4.07	.91	.470	.461
Reactivos Subescala Funcionalidad				
7. Manejar sentimientos	3.90	.89	.349	.543
12. Comer normalmente	4.42	.93	.490	.422
17. Dormir normalmente	4.16	.93	.517	.442
24. Manejar momentos de ansiedad/lentitud	3.63	.97	.471	.537
28. Superar mi cansancio	3.91	.89	.384	.454

Nota. Todas las correlaciones corregidas son significativas al menos con $p \leq .05$; CC = Correlaciones corregidas; DE = Desviación Estándar; EADA = Escala de Autoeficacia para la Depresión en Adolescentes. El texto completo de los reactivos de la EADA se presenta en el Apéndice.

En la Tabla 3 resumimos los coeficientes Alfa de la EADA. La puntuación total de la EADA obtuvo una excelente consistencia interna, como lo refleja su coeficiente de .90. Los coeficientes de consistencia interna de las subescalas del instrumento fluctuaron entre .69 y .80. También se calcularon los coeficientes Alfa del IDN-VC y la subescala de Autoeficacia Emocional; los mismos fueron de .68 y .75, respectivamente, indicando su adecuación para esta población. Además, calculamos los coeficientes Alfa para la EADA subdividiendo

la muestra por género y por tipo de escuela (Intermedia vs. Superior). En general, estos resultados también demostraron la confiabilidad de la EADA, pues la mayoría de los valores de los coeficientes se ubicaron entre .67 y .92. No obstante, en la muestra masculina obtuvimos un coeficiente de sólo .46 para la subescala de Funcionalidad. Debemos notar, sin embargo, que dicha subescala es de sólo cinco reactivos y que la muestra masculina fue sólo de 40 participantes, lo que muy probablemente afectó la estabilidad del coeficiente.

Tabla 3
Coefficientes Alfa de Cronbach para la EADA-Total y sus Subescalas

	Muestra Total (n = 116)	Muestra Masculina (n = 41)	Muestra Femenina (n = 75)	Muestra Escuela Inter. (n = 59)	Muestra Escuela Sup. (n = 57)
EADA Total	.90	.90	.90	.92	.87
Pensamientos	.79	.73	.77	.81	.76
Actividades	.80	.78	.80	.83	.77
Funcionalidad	.69	.46	.68	.71	.67
Interpersonal	.73	.76	.72	.80	.61

Validez Concurrente. En la Tabla 4 presentamos los coeficientes de las correlaciones producto-momento de Pearson entre la EADA, el IDN-VC y la subescala de Autoeficacia Emocional. Utilizamos el grado de asociación entre las puntuaciones de los tres instrumentos como índice de la validez concurrente entre ellos. Puntuaciones

altas en la EADA reflejan un nivel adecuado de autoeficacia, mientras que puntuaciones altas en el IDN-VC indican una alta sintomatología depresiva. Como era de esperarse, las puntuaciones de la EADA correlacionaron negativa, moderada y significativamente con las puntuaciones del IDN-VC ($r = -.66, p \leq .001$).

Tabla 4
Validez Concurrente (r) entre la EADA, la Subescala de Autoeficacia Emocional y el IDN-VC

	1	2	3	4	5	6	7
1. EADA Total	—						
2. IDN-VC	-.66***	—					
3. SEQ-C	.71***	-.48***	—				
4. Pensam.	.81***	-.54***	.68***	—			
5. Activ.	.89***	-.54***	.57***	.65***	—		
6. Funcional.	.80***	-.56***	.68***	.67***	.66***	—	
7. Interper.	.82***	-.56***	.50***	.46***	.65***	.46***	—

Nota. Pensam. = Activ. = Actividades; Funcional. = Funcionalidad; Interp. = Interpersonal; *** $p \leq .001$ (r de Pearson, 2 colas).

Las correlaciones de las subescalas del instrumento con las puntuaciones de la sintomatología depresiva fluctuaron entre -.54 y -.56. La validez concurrente de la EADA también se demuestra por su correlación positiva y moderada alta (.71) con la subescala de Autoeficacia Emocional del SEQ-C ($p \leq .001$). El rango de las correlaciones de las subescalas de la EADA con este último instrumento fluctuó entre .50 y .68 ($p \leq .001$). Finalmente, las correlaciones entre las subescalas de la EADA fluctuaron entre .46 y .67 ($p \leq .001$).

Discusión

El objetivo principal de este estudio fue desarrollar el primer instrumento en español para evaluar la autoeficacia para la depresión en adolescentes. El mismo constó de dos fases. El objetivo de la primera fue desarrollar la EADA y conducir un estudio piloto para evaluar su adecuación y la de la traducción y adaptación de la subescala de Autoeficacia Emocional del SEQ-C. El objetivo de la segunda fase fue evaluar las propiedades

psicométricas de la EADA en una muestra de comunidad de jóvenes puertorriqueños/as. Finalmente, se pretendía evaluar la validez concurrente de ambos instrumentos. Los resultados de la primera fase revelaron que la EADA necesitó adaptaciones dirigidas a adecuar tanto sus instrucciones como sus reactivos a la percepción e idiosincrasia de los/as adolescentes puertorriqueños/as. Los hallazgos de la segunda fase revelaron una consistencia interna alta y apoyaron la validez de la EADA, siendo consistentes con el propósito de desarrollar una escala que midiera de manera más precisa el tipo de autoeficacia más directamente relacionada con la depresión juvenil.

Las correlaciones corregidas entre los reactivos individuales, la Escala Total y las subescalas demuestran la pertinencia de los reactivos de la EADA al evaluar la autoeficacia para la depresión en una muestra de comunidad de jóvenes puertorriqueños/as. Además, los índices de consistencia interna obtenidos para las subescalas y la Escala Total representan valores robustos desde el punto de vista psicométrico. Lo anterior apoya la confiabilidad de la escala al ser utilizada con esta población. Por otro lado, el patrón de correlaciones de la EADA y sus subescalas con el IDN-VC y la subescala de Autoeficacia Emocional del SEQ-C es evidencia contundente de su validez concurrente. Los hallazgos obtenidos al examinar diferencias por género reflejaron el patrón esperado de mayor sintomatología depresiva en las féminas y mayor autoeficacia en los varones, sirviendo de apoyo adicional a la validez de constructo de la escala. En general, los análisis de confiabilidad y de validez sugieren que la EADA puede ser utilizada para evaluar autoeficacia para la depresión en adolescentes puertorriqueños/as de la población general. Datos preliminares con una muestra clínica de jóvenes puertorriqueños/as referidos/as por síntomas depresivos sugieren que esta escala también es válida ($r = -.68$, $p \leq .001$ con la versión estándar del IDN) y confiable (Alfa = .94) cuando se usa con este tipo de población (Bernal, comunicación personal).

Nuestros hallazgos concuerdan con otros estudios que han encontrado una asociación negativa y significativa entre la autoeficacia y la depresión (Bandura et al., 1999; Comunian, 1989; Ehrenberg et al., 1991; Muris, 2001). Específicamente, las cuatro subescalas de la EADA tuvieron una asociación significativa con la sintomatología depresiva. Como dijimos, desarrollamos la EADA a partir de dos teorías complementarias: la Teoría Social Cognitiva y la teoría que subyace a la Terapia Cognitiva-Conductual. Ambas asumen que el ser humano posee un rol activo en la modificación de sus circunstancias y su medio ambiente, otorgándole un papel central a los pensamientos en dicho proceso. Los resultados de este estudio son cónsonos con los postulados de ambas teorías, pro-veyendo así evidencia adicional de la validez de constructo y de la validez general

del instrumento.

En términos clínicos, estudios en Canadá y Estados Unidos han revelado que una medida de autoeficacia ayudó a predecir la adherencia a la Terapia Cognitiva-Conductual (Bouchard, Bastien & Morin, 2003) en jóvenes adultos y adultos con insomnio. La autoeficacia también ha sido considerada como variable predictora del resultado de la terapia en jóvenes con desórdenes de sustancias (Burlison & Kammer, 2005) y en adolescentes con desórdenes depresivos (Tonge et al., 2005). Específicamente, Tonge et al. encontraron que una sintomatología depresiva alta en el pre-tratamiento correspondía a una baja autoeficacia para la depresión. Además, indicaron que la autoeficacia para la depresión ejerce un rol mediador en dicha terapia. Un hallazgo semejante se reportó en otro estudio con adultos deprimidos, en donde una autoeficacia alta estuvo asociada a menor sintomatología depresiva y a un mejor funcionamiento después de la terapia (Tucker et al., 2002). Estos hallazgos resultan alentadores respecto al ámbito de utilidad clínica que puede tener una medida de autoeficacia, como lo es la EADA.

A pesar de las implicaciones teóricas y clínicas, este estudio presenta varias limitaciones. En primer lugar, hubiésemos preferido una muestra de al menos 140 adolescentes (5 casos por reactivo) para llevar a cabo los análisis de consistencia interna. Es recomendable, pues, utilizar muestras más amplias en estudios futuros que analicen el comportamiento psicométrico de esta escala. En segundo lugar, la subdivisión de la muestra por género no fue tan proporcional como deseábamos. Pese a nuestros esfuerzos, la muestra posee más féminas que varones y esta distribución pudiera ponerle límites a las interpretaciones y generalizaciones que puedan hacerse a partir de los resultados. Por último, es importante aclarar que la administración del IDN-VC (cuyo valor Alfa fue de .68), en lugar de la versión estándar del IDN, resultó inevitable por razones prácticas (p. ej., la investigadora principal no estaba adiestrada en el manejo del riesgo suicida en jóvenes) y de tiempo (p. ej., la administración y corrección del instrumento toma menos tiempo). Es recomendable que en estudios futuros se utilice la versión estándar del IDN. No obstante, debe tenerse en mente que su administración supone la aplicación de un protocolo específico para el manejo de los casos en los que se identifique ideación suicida (reactivo que no se incluyó en la versión corta administrada en este estudio).

Estudios futuros también deben considerar la evaluación de las propiedades psicométricas de la EADA en muestras clínicas, especialmente de jóvenes referidos/as por sintomatología depresiva. Además, deben utilizarse muestras más representativas de la población juvenil puertorriqueña (p. ej., incluyendo participantes de diversas áreas geográficas de la isla), las que a su vez

pueden subdividirse tomando en consideración variables demográficas como género, tipo de escuela, zona de residencia y nivel socioeconómico, entre otras. Por último, resulta crucial llevar a cabo un estudio de confiabilidad temporal (*test-retest*) para fortalecer la evidencia que apoya la confiabilidad de esta escala y su utilidad en estudios longitudinales o de tratamiento.

A nuestro conocimiento, la EADA es el único instrumento disponible en español para medir la autoeficacia para la depresión en adolescentes, por lo que puede ser de mucha utilidad como parte de los protocolos para evaluar jóvenes que presentan síntomas depresivos (p. ej., puede proveer información acerca de sus fortalezas). Por otro lado, de evaluarse la autoeficacia para la depresión con la EADA antes del tratamiento, los/as psicólogos clínicos/as y otros profesionales adscritos/as al enfoque cognitivo-conductual o a enfoques relacionados podrían tener una idea bastante útil y precisa del nivel de adherencia al tratamiento que podrían esperar por parte del/de la paciente y, por consiguiente, del posible resultado del tratamiento. Además, utilizando la EADA podríamos monitorear el progreso de la terapia, de incluir la misma como una medida a repetirse a lo largo del tratamiento y una vez finalizado. Por último, esta escala podría utilizarse en estudios epidemiológicos (p. ej., donde se examinen los correlatos de la depresión) y en estudios para prevenir la depresión, ya que se estarían enfocando en las fortalezas cognitivas y conductuales del/de la joven y cómo éstas pueden servir de factor protector contra los desórdenes afectivos.

Este estudio representa un paso fundamental en el desarrollo de instrumentos que evalúen aspectos cognitivos de los/as jóvenes que pueden facilitar el entendimiento de los mecanismos que median el origen, el mantenimiento y la remisión de los síntomas depresivos en esta población. El mismo provee evidencia considerable de la utilidad de un instrumento que bien pudiera utilizarse para evaluar la autoeficacia para la depresión en jóvenes provenientes de otras poblaciones hispanas, sin necesidad de recurrir al uso de medidas desarrolladas en países no hispanos y que responden a la idiosincrasia y los valores de una cultura diferente. Entendemos que la realización de estudios acerca de las propiedades psicométricas de la EADA con otras poblaciones de jóvenes hispanos/as es el próximo paso para la consecución de esta meta.

Referencias

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura A., Pastorelli, C., Barbaranelli, C., & Caprara, G. V. (1999). Self-efficacy pathways to childhood depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 258-269.
- Bernal, G., Rosselló, J., Sáez, E., & Rivera, M. T. (2004). *Manual de tratamiento para la terapia cognitiva-conductual de la depresión: adaptación para adolescentes puertorriqueños* (Adaptado del manual original de R. F. Muñoz, S. A. Aguilar-Gaxiola & J. Guzmán, 1986). Río Piedras, Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico.
- Bouchard, S., Bastien, C., & Morin, C. (2003). Self-efficacy and adherence to cognitive-behavioral treatment of insomnia. *Behavioral Sleep Medicine*, 1, 187-199.
- Bravo, M., Woodbury-Fariña, M., Canino, G. J., & Rubio-Stipek, M. (1993). The Spanish translation and cultural adaptation of the Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) in Puerto Rico. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 17, 329-344.
- Burleson J., & Kaminer, Y. (2005). Self-efficacy as a predictor of treatment outcome in adolescent substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 30, 1751-1764.
- Canino, G., & Guarnaccia, P. (1997). Methodological challenges in the assessment of Hispanic children and adolescents. *Applied Development Science*, 1, 124-134.
- Canino, G., Shrout, P. E., Rubio-Stipek, M., Bird, H. R., Bravo, M., Ramírez, R., et al. (2004). The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, 61, 85-93.
- Comunian, A. L. (1989). Some characteristics of relations among depression, anxiety, and self-efficacy. *Perceptual and Motor Skills*, 69, 755-764.
- Ehrenberg, M. F., Cox, D. N., & Koopman, R. F. (1991). The relationship between self-efficacy and depression in adolescents. *Adolescents*, 26, 361-374.
- Kovacs, M. (1983). *The Children's Depression Inventory: A self report depression scale for school-aged youngsters*. Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh.
- Muñoz, R. F., Aguilar-Gaxiola, S. A., & Guzmán, J. (1986). *Manual de Tratamiento para la Terapia Cognitivo-Conductual de la Depresión*. San Francisco, CA: Universidad de California.
- Muris, P. (2001). A brief questionnaire for measuring self-efficacy in youth. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 3, 145-149.
- Rivera, C., Bernal, G., & Rosselló, J. (2005, April). *Toward a brief CDI: The predictive validity of CDI items for MDD in Latino adolescents*. Oral presentation presented at the Health Research through a Different Lens: LRPP-EXPORT Meeting, Cambridge, MA.
- Rosselló, J., Guisasaola, E., Ralat, S., Martínez, S., & Nieves (1992). La evaluación de la depresión en un grupo de jóvenes puertorriqueños. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 8, 155-162.
- Smith, H. S., & Betz, N. E. (2002). An examination of efficacy and esteem pathways to depression in youth adulthood. *Journal of Counseling Psychology*, 49, 438-448.
- Tonge, B., King, N., Klimkeit, E., Melvin, G., Heyne, D., & Gordon, M. (2005). The self-efficacy questionnaire for depression in adolescents (SEQ-DA): Development and psychometric evaluation. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14, 357-363.
- Tucker, S., Brust, S., & Richardson B. (2002). Validity of the depression coping self-efficacy scale. *Archives of Psychiatry Nursing*, 16, 125-133.

Received 27/07/2007

Accepted 06/10/2007

APÉNDICE

Escala de Autoeficacia para la Depresión en Adolescentes (EADA)

Instrucciones: Las siguientes frases describen algunos sentimientos, pensamientos o actividades que muchos/as jóvenes experimentan. Lee cuidadosamente cada oración y circula el número correspondiente a la alternativa que mejor describe tu experiencia en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS.

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE		
1	2	3	4	5		
Estoy confiado/a en que aun cuando me sienta triste, molesto(a)/irritable, solo(a) o desanimado(a)...						
1.	Puedo reducir o manejar los pensamientos negativos (p. ej., pensamientos de culpa o de inutilidad).	1	2	3	4	5
2.	Puedo buscar apoyo o consejo de mis padres.	1	2	3	4	5
3.	Puedo buscar apoyo o consejo de mis amistades.	1	2	3	4	5
4.	Puedo continuar con las actividades que me gusta hacer solo/a (p. ej., pasatiempos, deportes, pintura, escuchar música, etc.).	1	2	3	4	5
5.	Puedo continuar con las actividades que me gusta hacer con mis amistades.	1	2	3	4	5
6.	Puedo continuar con las actividades que me gusta hacer con mi familia.	1	2	3	4	5
7.	Puedo manejar mis sentimientos para que no interfieran con las actividades que quiero hacer.	1	2	3	4	5
8.	Puedo concentrarme o prestar atención en la escuela.	1	2	3	4	5
9.	Puedo conseguir que mi familia me ayude con las actividades que necesito hacer (p. ej., tareas del hogar, comprar cosas, llevarme al psicólogo/a, etc.).	1	2	3	4	5
10.	Puedo conseguir que mis amistades me ayuden con las actividades que necesito hacer (p. ej., tareas de la escuela, deportes, etc.).	1	2	3	4	5
11.	Puedo tomar buenas decisiones por mí mismo/a (p. ej., decisiones que no me perjudiquen ni perjudiquen a otros).	1	2	3	4	5
12.	Puedo comer normalmente.	1	2	3	4	5
13.	Puedo mantener una actitud positiva.	1	2	3	4	5
14.	Puedo disfrutar de la compañía de mis amistades.	1	2	3	4	5
15.	Puedo disfrutar de la compañía de mi familia.	1	2	3	4	5
16.	Puedo hacer nuevas actividades recreativas.	1	2	3	4	5
17.	Puedo dormir normalmente.	1	2	3	4	5
18.	Puedo tener pensamientos agradables.	1	2	3	4	5
19.	Puedo buscar apoyo o consejo de otras fuentes aparte de mi familia o amistades (p. ej., de un maestro/a, pastor/a, sacerdote, orientador/a, consejero/a, psicólogo/a, etc.).	1	2	3	4	5
20.	Puedo llevar a cabo mis actividades diarias.	1	2	3	4	5
21.	Puedo imaginarme haciendo actividades recreativas.	1	2	3	4	5
22.	Puedo relacionarme normalmente con otros (p. ej., compartiendo o hablando).	1	2	3	4	5
23.	Puedo aumentar la frecuencia con la que hago actividades recreativas.	1	2	3	4	5
24.	Puedo manejar bien los momentos de ansiedad o lentitud.	1	2	3	4	5
25.	Puedo planificar actividades recreativas.	1	2	3	4	5
26.	Puedo escuchar los consejos de mis padres o amistades.	1	2	3	4	5
27.	Puedo desahogarme, o sea, expresarle mis pensamientos o sentimientos a mis padres o amistades.	1	2	3	4	5
28.	Puedo superar mi cansancio o falta de energía	1	2	3	4	5

Mirella Díaz-Santos. Universidad de Puerto Rico, Río Piedras, Puerto Rico.

Eduardo Cumba-Avilés. Universidad de Puerto Rico, Río Piedras, Puerto Rico.

Guillermo Bernal. Universidad de Puerto Rico, Río Piedras, Puerto Rico.

Carmen Rivera-Medina. Universidad de Puerto Rico, Río Piedras, Puerto Rico.