

Respuesta a Carta al Editor: Comparación del autoconcepto entre grupos, ¿sesgo o diferencias?



Reply to Letter to the Editor: Comparison of self-concept between groups: bias of differences?

Sr. Editor:

Hemos revisado con gran interés los comentarios realizados por el Dr. Sergio Domínguez-Lara y agradecemos su aporte, ya que permitirá a futuros interesados, en el manuscrito, guiar su lectura y evitar sesgos de medición en estudios comparativos.

Dado que el sesgo de medición puede aparecer cuando se producen cambios contextuales en el uso de un test respecto a sus condiciones originales, por ejemplo, cambio de idioma, cambio de condiciones de administración, cambio de objetivos, etc., en esas circunstancias sería conveniente evaluar la «invarianza métrica de las nuevas puntuaciones»¹.

Como el comentario se refiere a la modalidad de administración de la pauta, podemos informar que el instrumento utilizado, escala de autoconcepto de Piers y Harris, fue creado para ser aplicado en forma grupal e individual, y no se han descrito diferencias entre las 2 modalidades^{2,3}. Además, se trata de un instrumento de autorreporte, que obliga al niño/a a centrarse en autopercepciones, y en sí mismo.

La aplicación en el grupo control fue grupal para no interferir en el proceso escolar de los niños y del colegio, y la aplicación del grupo estudio fue individual porque se aprovechó el momento en que los pacientes se encontraban en espera de atención.

Esta escala consta de 70 ítems de respuesta dicotómica (Sí-No), con instrucciones breves y simples, fue desarrollada originalmente con propósitos de investigación, ampliamente utilizada y reconocida en el ámbito de la psicología.

Para las investigadoras, este instrumento daba todas las garantías para ser utilizado ya que fue estandarizado en Chile (1992), demostrando confiabilidad y validez.

Además, el constructo estudiado es un conjunto relativamente estable de actitudes hacia sí mismo, no solo

descriptivas sino también evaluativas y mantiene una imagen consistente de quienes somos y cómo reaccionamos en distintas circunstancias³.

Sabemos que los estudios de casos y controles, como están sujetos a la acción de diferentes sesgos, en este estudio se tomaron las debidas precauciones para reducirlos y/o evitarlos, no obstante, nuestro principal objetivo no era generalizar sus hallazgos⁴, sino que, aportar a la discusión aún no concluyente sobre la relación entre las secuelas de quemaduras y el nivel de autoconcepto.

Confiamos haber aportado de manera más nítida a la discusión con los resultados encontrados al interior del grupo de estudio: el autoconcepto total es adecuado (T 50.32), menor número de secuelas identificado como factor protector y los niños con secuelas de quemaduras en cara y manos tendrían menor autoconcepto en la dimensión conductual⁵.

Referencias

1. Elosua P. Evaluación progresiva de la invarianza factorial entre las versiones original y adaptada de una escala de autoconcepto. *Psicothema*. 2005;17:356-62.
2. Piers E. Manual for the Piers-Harris children's self-concept scale. Los Angeles, California: Western Psychological Services; 1969.
3. Gorostegui M. Tesis para optar al grado de psicólogo Adaptación y construcción de normas de la escala de autoconcepto para niños de Piers y Harris. Facultad de Ciencias Sociales. Psicología Educacional. Pontificia Universidad Católica de Chile; 1992.
4. Lazcano-Ponce E, Salazar-Martínez E, Hernández-Ávila M. Estudios epidemiológicos de casos y controles. Fundamento teórico, variantes y aplicaciones. *Salud Pública Mex*. 2001;43 [consultado 7 Abr 2016]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342001000200009>
5. Castillo C, Santander D, Solís F. Nivel de autoconcepto en niños con secuelas de quemaduras: estudio comparativo. *Rev Chil Pediatr*. 2015;86:251-6.

Carmen Castillo*, Dolores Santander y Fresia Solís

Centro de Rehabilitación Santiago, Corporación de Ayuda al Niño Quemado, COANIQUEM, Santiago, Chile

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: psicologia@coaniquem.org (C. Castillo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2016.04.008>

Síntomas depresivos en una muestra de adolescentes escolarizados de Lima y diferencias según género



Depressive symptoms in school adolescents from Lima and differences across gender

Sr. Editor:

La depresión en adolescentes se considera un problema de salud pública¹ y su estudio es prioritario porque se halla aso-

ciada con numerosas conductas disfuncionales: consumo de drogas, fracaso escolar, conducta antisocial, etc.¹; pero su abordaje debe estar sustentado por evidencia que permita conocer la magnitud de su presencia en diversos contextos.

A partir de medidas de autoinforme es difícil determinar la presencia de un cuadro depresivo propiamente dicho, pero su uso sirve como una aproximación a la realidad. Anteriormente fueron realizados estudios de prevalencia en Lima metropolitana, pero recientemente no se han hallado investigaciones que den cuenta del estado de la sintomatología depresiva en adolescentes limeños utilizando instrumentos de evaluación de alcance internacional que permitan comparar resultados.

Dado el creciente interés en este tópico, fueron evaluados los síntomas depresivos en adolescentes escolarizados utilizando el *Patient Health Questionnaire-2* (PHQ-2)². Este instrumento consta de 2 ítems que exploran aspectos emocionales y cognitivos vinculados con la depresión (desánimo, desesperanza, displacer y desinterés en las cosas). El PHQ-2 cuenta con apropiada evidencia de validez que acredita su uso en adolescentes^{3,4}, tomando como punto de corte una puntuación de ≥ 2 ^{3,4}, así como ≥ 3 que es utilizado como punto de corte en adultos². Fue utilizada la versión adaptada al español hablado en Perú (<http://www.phqscreeners.com/select-screener/36>). La confiabilidad de las puntuaciones en la presente muestra fue apropiada ($\alpha = 0,618$, IC 95%: 0,565 a 0,666)⁵. La investigación contó con la aprobación de las autoridades de la institución educativa en la que se aplicó la encuesta. Todos los participantes fueron informados acerca del objetivo de la investigación y se les pidió su participación voluntaria, además de indicarles que la encuesta era anónima y que el manejo de la información sería confidencial. Solo fueron evaluados aquellos adolescentes que aceptaron participar.

La muestra de carácter intencional estuvo compuesta por 587 adolescentes (50,1% mujeres) de edades comprendidas entre 13 y 17 años ($M = 20,62$; $DE = 3,428$), pertenecientes al 3.º (11,8%), 4.º (42,2%) y 5.º grado (46,0%) de educación secundaria de 2 instituciones educativas estatales de Lima metropolitana, ambas ubicada en un distrito de nivel socioeconómico medio-bajo.

De acuerdo con los resultados un 42,1% (38,15-46,11%) presenta una puntuación ≥ 2 , y un 22,7% una puntuación ≥ 3 . Teniendo en cuenta la capacidad discriminativa del PHQ-2 en adolescentes^{3,4}, es una magnitud elevada, considerando el 8,6% hallado previamente¹. Con respecto a la comparación según el sexo, existen diferencias estadísticamente significativas entre varones ($M = 1,37$; $DE = 1,413$) y mujeres ($M = 1,684$; $DE = 1,675$) a favor de las últimas ($t_{(585)} = -2,383$; $p = 0,017$; $d = 0,20$), tal como en investigaciones preliminares¹. No se asoció con la edad $-F_{(4,581)} = 0,588$, $p = 672$ — ni con el grado $-F_{(2,584)} = 0,302$, $p = 739$ —.

Aun con los posibles sesgos inherentes a las medidas de autoinforme, esta situación es preocupante, dado que expone cifras aún mayores que las mostradas hace más de una década en Lima. Todo ello indicaría que los planes orientados al incremento de la salud mental no tienen el alcance esperado en la población adolescente, ya que no se han considerado aquellos factores personales que son

moderadores del afecto depresivo, como las estrategias de regulación cognitiva de las emociones⁶ o las estrategias de afrontamiento⁷, los cuales podrían abordarse en contextos de riesgo debido a los estresores constantes a los que se ve expuesta la población estudiada.

Por último, si bien solo se ha evaluado a adolescentes de un distrito, probablemente en otras localidades el panorama sea similar. Por ello, para lograr intervenciones eficientes es necesario tener en cuenta los aspectos mencionados anteriormente y elaborar modelos explicativos en función de investigaciones rigurosamente planificadas, y finalmente involucrar en el proceso a aquellas personas que siguen de cerca el desarrollo de los menores (padres, maestros, etc.).

Referencias

1. Vargas H, Tovar H, Valverde J. Prevalencias y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de Lima metropolitana y Callao. *Rev Peru Epidemiol.* 2010;14:1–8.
2. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: Validity of two-item depression screener. *Med Care.* 2003;41:1284–92.
3. Allgaier AK, Pietsch K, Frühe B, Sigl-Glückner J, Schulte-Körne G. Screening for depression in adolescents: Validity of the patient health questionnaire in pediatric care. *Depress Anxiety.* 2012;29:906–13.
4. Davene RW, Katon WJ, Ludman E, et al. Association of adolescent depressive symptoms with health care utilization and payer-incurred expenditures. *Acad Pediatr.* 2016;16:82–9.
5. Domínguez S, Merino C. ¿Por qué es importante reportar los intervalos de confianza del coeficiente alfa de Cronbach? *Rev Latino Cien Social Niñez Juventud.* 2015;13:1326–8.
6. Andrés ML, Richaud MC, Castañeiras C, Canet-Juric L, Rodríguez-Carvajal R. Neuroticism and depression in children: The role of cognitive emotion regulation strategies. *J Gen Psychol.* 2016;177:55–71.
7. Morales FM, Trianes MV. Estrategias de afrontamiento e inadaptación en niños y adolescentes. *Eur J Educ Psychol.* 2010;3:275–86.

Sergio Alexis Domínguez-Lara

Instituto de Investigación de Psicología, Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú

Correos electrónicos: sdominguezmpcs@gmail.com, sdominguezl@usmp.pe

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2016.04.004>