

LA RCADS-30: UNA TÉCNICA PSICOLÓGICA PARA EVALUAR CONJUNTAMENTE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. VALORACIÓN DE LAS PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Grethel Selva Batista.

gselva@fh.uho.edu.cu

Yuri Arsenio Sanz Martínez

Universidad de Holguín « Oscar Lucero Moya » Provincia Holguín

Resumen

Aunque la ansiedad y la depresión son trastornos de elevada prevalencia, aversivos y dañinos para el bienestar psicológico de niños y adolescentes, existen en nuestro medio pocos instrumentos validados que permitan su diagnóstico. Actualmente no existe ninguno que evalúe brevemente y de forma conjunta ambas manifestaciones emocionales. Por ello el objetivo de este trabajo es evaluar las propiedades psicométricas de la Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil (RCADS-30: Sandín, Chorot, Valiente y Chorpita, 2010) a fin de complementar un estudio que puede validar este instrumento para el uso en población infantil cubana. Se obtuvo que la técnica reportó índices muy altos de confiabilidad. Sin embargo, la validez concurrente valorada a partir del análisis factorial (Componentes principales, rotación varimax) demostró una estructura similar a la reportada por los estudios originales: aunque emergieron parcialmente claras las cuatro subescalas relativas a la ansiedad (trastorno de pánico, fobia social, trastorno de ansiedad de separación, trastorno de ansiedad generalizada), la correspondiente al trastorno depresivo mayor y el trastorno obsesivo-compulsivo fueron las más segregadas. También, como parte de la validez de constructo, se exploraron las intercorrelaciones entre las subescalas obteniendo elevadas interrelaciones. Deben realizarse investigaciones adicionales con muestra que posean criterios clínicos para confirmar o no estos resultados.

Palabras claves: ansiedad, depresión, adolescente, evaluación.

Introducción

Los trastornos de salud mental son comunes durante la niñez y la adolescencia y actualmente constituyen una problemática seria por su elevada incidencia. Entre las

alteraciones más comunes se encuentran la ansiedad y la depresión. Para el diagnóstico de ambas existen diversos instrumentos; en el caso de la ansiedad, uno de los más empleados internacionalmente es el IDAREN (Inventario de ansiedad como rasgo estado en niños). En Cuba este test se ha incorporado y utilizado en diferentes servicios de psicología infantil y juvenil y está validado. En el caso de la depresión, en nuestro contexto se emplea el IDEREN (Inventario de depresión rasgo estado en niños), elaborado por investigadores cubanos. A pesar de contar con estos instrumentos, de manera general se carece de pruebas validadas, las existentes son escalas extensas y no evalúan la comorbilidad de ambos trastornos, lo cual es usual encontrar en los niños y adolescentes que acuden a consulta.

En la actualidad, en países como España se aplica la Escala Breve Revisada de Ansiedad y Depresión para Niños (RCADS-30). Fue creada por Sandín et al. en el año 2010. Esta prueba contiene seis subescalas para diagnosticar el trastorno de pánico, la fobia social, el trastorno de ansiedad de separación, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno obsesivo-compulsivo, y el trastorno depresivo mayor. La técnica consume poco tiempo de aplicación por ser corta, diagnostica la comorbilidad de ambos trastornos y puede ser especialmente valiosa como una herramienta en la investigación y la práctica clínica.

El RCADS-30 puede contribuir a eliminar las dificultades antes mencionadas que se manifiestan en nuestro contexto, por eso resulta útil la validación de este instrumento. Lo antes expresado conlleva a formular la siguiente interrogante como **problema** ¿cuáles serán algunas propiedades psicométricas de la técnica RCADS-30 en una muestra de niños y adolescentes holguineros de enseñanza primaria y secundaria?

Objetivo General: Determinar las propiedades psicométricas del RCADS-30 en una muestra de niños y adolescentes holguineros de enseñanza primaria y secundaria.

Objetivo Específico: Determinar los índices de confiabilidad y validez del RCADS-30 en una muestra de niños y adolescentes holguineros de enseñanza primaria y secundaria.

Desarrollo

Los trastornos de salud mental son comunes durante la niñez y la adolescencia.

Aunque no en todo momento de la historia se reconoció su presencia, actualmente

existen diversos trabajos que afirman su existencia en la niñez, con altas tasas de continuidad en la adolescencia y a lo largo de la vida adulta. La presencia de estos resulta un problema serio. Entre los diagnósticos más comunes se encuentran la ansiedad y la depresión. **Definición de ambos trastornos.**

Para poder diagnosticar estos trastornos es necesario remitirse a los clasificatorios internacionales, uno los más utilizados mundialmente es el (DSM-IV). En este artículo se tomaron de referencia los criterios que en él aparecen para definir los siguientes trastornos de ansiedad y depresión:

- Trastorno depresivo mayor.
- Trastorno de pánico.
- Fobia social.
- Trastorno de ansiedad de separación
- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Trastorno obsesivo-compulsivo.

Comorbilidad de la depresión infantil.

Es difícil encontrar estos trastornos de salud mental como entidades clínicas independientes, por eso la coexistencia de la depresión y la ansiedad actualmente es comprendida más como la norma que como la excepción y es necesario explorar ambas en los niños y adolescentes que acuden a consulta. (Zarragoitia, 2011)

La RCADS-30.

La RCADS-30 que es una versión española reducida de 30 ítems de la Escala Revisada de Ansiedad Depresión Infantil RCADS creada por Chorpita y colaboradores en el año 2000. Esta forma abreviada (RCADS-30) consiste en seis subescalas de 5 ítems cada una que miden los mismos trastornos de ansiedad y depresión que la escala original (trastorno de pánico, fobia social, trastorno de ansiedad de separación, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, y trastorno depresivo mayor).

Se ha demostrado que esta versión reducida tiene una alta correlación con la versión original, que hay correspondencia entre las subescalas de la versión reducida con las subescalas de la versión original, que hay consistencia interna de las subescalas del RCADS-30, a pesar de la disminución que ocurrió con la reducción de la escala (Chorpita et al., 2005). De manera general, aunque el largo del RCADS se redujo, la versión breve tiene propiedades métricas similares a la

versión original. Los datos proporcionaron evidencia de lo completo que quedó esta versión. La forma breve consume menos tiempo y puede ser especialmente valiosa como una herramienta en la investigación y la práctica clínica.

Si se tiene en cuenta que en nuestro país se carece de instrumentos validados para el diagnóstico de la ansiedad y la depresión en la etapa infanto-juvenil; los existentes y empleados son escalas extensas; estos no evalúan la comorbilidad de ambos trastornos, lo cual es usual encontrar en los niños y adolescentes que acuden a consulta; la existencia y utilización en otros países de la RCADS-30, instrumento que salda todas las dificultades, es lógico pensar en lo útil que resulta la validación de este instrumento en nuestro contexto cubano. Para dar los primeros pasos en función de esto se evaluaron las propiedades psicométricas del instrumento en una muestra de niños holguineros de la enseñanza primaria y secundaria

Selección de la muestra

La muestra estuvo constituida por 696 estudiantes supuestamente sanos, de ellos 375 de la educación primaria y 321 de educación secundaria. El rango de edad estuvo comprendido entre los 9 y los 14 años por ser las edades en la que se puede aplicar el instrumento según el autor de la técnica original. Las escuelas donde se trabajó fueron la primaria Ronald Léster, María Antonia Bolmey, Seremos como el Ché y la Secundaria Básica Oscar Ortiz. Todas son escuelas urbanas, seminternas y se sitúan en diferentes repartos del municipio Holguín. Se contó con la aprobación del MINED para la realización de la investigación así como con el consentimiento de los profesores y alumnos.

A los escolares se les aplicó la técnica RCADS-30 con el fin de evaluar la confiabilidad y validez.

Este estudio que se presenta estuvo precedido por el juicio de especialistas que valoró el instrumento y un estudio piloto. (Selva y Sanz, 2012)

Para garantizar la objetividad de dicha aplicación, se trató de homogeneizar al máximo en todos los grupos las condiciones ambientales de la aplicación (iluminación, ventilación), el horario del día (la sesión de la tarde), los niveles de ayuda, y el rapport. Además se describieron detalladamente las instrucciones.

Confiabilidad y Validez.

Para evaluar la confiabilidad se evaluó la consistencia interna a través del coeficiente Alfa Cronbach. Para evaluar la validez se utilizan los criterios de validez de constructo.

Para la Validez de constructo se utilizó el análisis factorial (Técnica de los componentes principales, rotación varimax). Este procedimiento estadístico permitiría comprobar si los mismos ítems propuestos para cada factor, previamente definido por los autores originales del instrumento, se manifiestan en la muestra holguinera, corroborando de esta forma la validez de constructo de la misma.

Análisis de Resultados.

Evaluación de la Confiabilidad:

El análisis de confiabilidad alfa se describe en la tabla 1.1

Tabla 1.1 Análisis de confiabilidad alfa

Escalas del RCADS-30	Alfas
Trastorno depresivo mayor	.64
Trastorno de pánico	.72
Fobia social	.73
Ansiedad de separación	.70
Ansiedad generalizada	.73
Trastorno obsesivo compulsivo	.65
Total	.90

Los valores oscilaron en un rango desde $\alpha = 0.64$, que fue el menor valor y le correspondió al Trastorno de depresión mayor, hasta $\alpha = 0.73$ de la subescala de Fobia social y con el mismo valor al Trastorno de ansiedad generalizada. Estos valores se consideran satisfactorios, arrojando una confiabilidad medio-alta. Otras evidencias tenidas en cuenta para analizar la consistencia interna fueron los valores de la correlación total de ítems y los valores alfas cuando el ítem es borrado.

Los valores más bajos en la correlación total de ítems fueron los obtenidos en los ítems 1 "*Me siento triste o decaído/a*" (.35) y el 7 "*Me cuesta divertirme o pasarla bien*" (.35). Ambos pertenecen a la subescala del Trastorno depresivo mayor. Esto puede estar indicando que de los síntomas que caracterizan la depresión y que diagnostica la técnica, la tristeza (el ítem 1 hace referencia a la misma) y la anhedonia (síntoma al que hace referencia el ítem 7) son los que menos se manifiestan en la muestra. Otro ítem con bajo valor fue el 5 "*Me preocupo mucho*

por las cosas” (.33). Pertenece a la subescala del Trastorno de ansiedad generalizada. Se analizó además el ítem 12 *“Tengo que seguir comprobando que he hecho las cosas bien (como que el interruptor está apagado o la puerta cerrada)”*, el cual arrojó un valor de .33. Este ítem aparece en la subescala correspondiente al Trastorno obsesivo-compulsivo y se corresponde a una conducta compulsiva la cual es difícil de identificar por los niños si es que estos no la han experimentado. Por último, el ítem 21 *“Me da miedo si tengo que hablar delante de la clase”* obtuvo en la correlación total de ítem un valor de .35, también relativamente bajo, esto puede deberse a que los niños pudieron haber alterado sus respuestas por su posible temor a ser evaluados en alguna medida por sus maestros a partir del instrumento que se les aplicó. Pertenece a la subescala de la Fobia social.

En el único caso en el que el valor del alfa si ítem es borrado afectó el valor del alfa general de la subescala fue el ítem 5, de borrarse, el alfa de la subescala aumentaría de .73 a .74.

No obstante estos valores, se decidió no eliminar ningún ítem porque la RCADS-30 es una escala ya reducida, eliminar los ítems cuyos valores fueron más bajos acortaría la técnica. Además este es un primer estudio realizado con una muestra de niños y adolescentes supuestamente sana, pero el instrumento está diseñado para el diagnóstico de trastornos, es decir que se hace necesario aplicar y evaluar las propiedades psicométricas de la escala para una muestra con criterio clínico y una vez que se obtengan los resultados, valorar si deben eliminarse estos ítems.

De manera general se evidencian resultados satisfactorios que aportan evidencia de la confiabilidad del instrumento aunque hubo ítems que arrojaron valores más bajos.

Evaluación de la validez:

En relación con la validez de constructo, la tabla 1.2 muestra cuáles fueron los factores que se discriminaron a partir del análisis factorial por cada una de las subescalas.

Tabla 1.2 Análisis Factorial

Ítems	Factores					
	1	2	3	4	5	6
5. Me preocupo mucho por las cosas	,49					
11. Me preocupa que le ocurra algo terrible a alguno de mis familiares	,47					
17. Me preocupa que me ocurran cosas malas	,75					
23. Me preocupa que me ocurra algo malo	,70					
29. Me preocupa lo que vaya a ocurrir	,66					
30. Tengo que repetir algunas cosas una y otra vez (como lavarme las manos, limpiar o colocar cosas en un orden determinado)	,47					
3. Me preocupa parecer tonto/a ante la gente		,71				
9. Me da miedo hacer las cosas mal		,46				
15. Me preocupa lo que otras personas piensen de mí		,56				
21. Me da miedo si tengo que hablar delante de la clase		,54				
25. Siento que no valgo para nada		,58				
27. Me asusta ponerme en ridículo delante de la gente		,64				
6. Me siento mal por tener pensamientos malos o tontos, o imágenes en mi cabeza			,40			
8. De repente empiezo a temblar o a agitarme sin saber porqué			,71			
14. De repente me siento muy asustado/a sin saber porqué			,54			
18. Tengo pensamientos malos o tontos que no puedo quitar de mi cabeza			,50			
19. Me resulta muy difícil pensar con claridad			,58			
20. De repente mi corazón empieza a latir rápido sin saber porqué			,64			
26. Me preocupa que de repente me sienta asustado/a, aunque no haya nada por lo que deba tener miedo			,45			
4. Sentiría miedo si estuviera solo/a en casa				,67		
10. Estar lejos de mis padres me da miedo				,55		
16. Si tengo que dormir solo/a siento miedo				,66		
22. Por las mañanas al ir al colegio me da miedo separarme de mis padres				,56		
28. Sentiría miedo si tuviera que pasar la noche fuera de casa				,64		
1. Me siento triste o decaído/a					,61	
2. De repente siento como si no pudiera respirar sin saber porqué					,51	
12. Tengo que seguir comprobando que he hecho las cosas bien (como que el interruptor está apagado o la puerta cerrada)					,44	
7. Me cuesta divertirme o pasarlo bien						,65
13. Me siento con muy poca energía para hacer las cosas						,38

Como se observa la estructura arrojó 6 factores, como la estructura conceptual original. De las combinaciones de ítems en cada factor, estuvo más clara la estructura del Trastorno de ansiedad de separación (factor 4), el Trastorno de ansiedad generalizada (factor 1), la Fobia social (factor 2) y el Trastorno de pánico (factor 3). Resulta interesante que las estructuras más segregadas fueron las correspondientes al Trastorno depresivo mayor y el Trastorno obsesivo-compulsivo. Esto es coherente con el análisis de confiabilidad en el cual los valores más bajos fueron arrojados por los dos subescalas mencionadas.

En el caso del Trastorno de depresión mayor los resultados planteados pueden estar indicando que en la muestra no se manifiestan los síntomas del trastorno que la escala RCADS-30 pretende diagnosticar. Del Trastorno obsesivo-compulsivo se afirma que aunque puede presentarse en la infancia, suele iniciar en la adolescencia o a principios de la edad adulta. También se plantea que los niños refieren obsesiones con menor frecuencia que los adultos, producto a que su nivel de desarrollo cognoscitivo no les permite reconocerlas como ideas absurdas y molestas o porque su contenido les causa temor. (Ulloa, 2011) Estas razones pudieron incidir en que en los niños y adolescentes muestreados no evidenciaran el trastorno.

De manera general en los resultados de validez y confiabilidad del presente estudio ha incidido que la muestra de niños y adolescentes que se seleccionó para trabajar es supuestamente sana, solo una parte de ella presenta los trastornos que se pretenden diagnosticar con la RCADS-30, pues dicho instrumento está elaborado para ser aplicado con muestra clínica.

Para la validez de constructo también se calcularon las intercorrelaciones existentes entre las diferentes subescalas de la técnica. La prueba estadística empleada fue el Coeficiente de correlación de Pearson. La siguiente tabla muestra los resultados.

Tabla 1.3: Intercorrelaciones entre las subescalas

	TDM	TP	FS	TAS	TAG	TOC
T. Depresión mayor TDM		.53 **	.53**	.34*	.29*	.51**
Trastorno pánico TP			.50**	.47*	.37*	.57**
Fobia Social FS				.39*	.51*	.54**
T. Ansiedad separación TAS					.39*	.49**

T. Ans generalizada TAG						.50**
T.obsesivo-compulsivo TOC						

** . La correlación es significativa al nivel de 0.01

Los resultados de la prueba del coeficiente de correlación de Pearson, demuestran que existe una correlación positiva entre las subescalas porque todos los valores fueron positivos, lo cual indica la comorbilidad entre los trastornos abordados, tal como se plantea en la teoría.

En cuanto a la magnitud de las correlaciones se aprecia que la mayoría de las subescalas mostraron correlaciones medias pues los valores se aproximan a .50. La subescala que obtuvo los valores superiores fue la del Trastorno obsesivo-compulsivo. Las más altas puntuaciones fueron con el Trastorno de pánico (.57) y la Fobia social (.54). Estos datos corroboran la teoría en la cual se plantea que el **Trastorno obsesivo-compulsivo** puede asociarse al **Trastorno de pánico**. Esto se corroboró también con el análisis factorial, en el que se obtuvo que en el factor 3, correspondiente a la subescala del Trastorno de pánico, cargaron 2 ítems del Trastorno obsesivo-compulsivo (6 y 18). En cuanto a la **Fobia social**, esta suele asociarse al **Trastorno obsesivo-compulsivo**, precediendo habitualmente su aparición a la de este y otros trastornos de ansiedad. La correlación establecida entre el Trastorno obsesivo-compulsivo y el **Trastorno depresivo mayor** también corrobora la teoría que plantea que ambos trastornos pueden estar asociados. Se afirma que durante la etapa involutiva de la depresión las manifestaciones obsesivo-compulsivas pueden ser los síntomas más llamativos. Además se plantea que independientemente de la edad, los síntomas obsesivo-compulsivos pueden ser la forma de expresión de un trastorno depresivo. (APA, 1994) En la muestra, al realizar el análisis factorial, se evidenció esta interrelación pues se mezclaron ítems de ambas subescalas en los factores 3 y 5.

El **Trastorno depresivo mayor** correlacionó con un valor por encima de la correlación media (.53) con el **Trastorno de pánico**. En la literatura especializada se plantea que los individuos con Trastorno de pánico muestran una notable incidencia (50-65%) de Trastorno depresivo mayor. En un tercio de las personas que presentan ambos trastornos, el de pánico coincide o precede a la aparición del trastorno depresivo mayor. (APA, 1994) En el análisis factorial también se evidenció la estrecha relación pues en los factores 3 y 5, se mezclaron ítems de

ambas patologías. El **Trastorno depresivo mayor** correlacionó en .53 con la **Fobia social**. Según lo que plantea la literatura, una de las características comúnmente asociadas a la Fobia social es la baja autoestima y los sentimientos de inferioridad, (APA, 1994) de ahí que esté estrechamente relacionada con la depresión. Además en ambos trastornos se evitan las relaciones interpersonales, aunque por causas diferentes. Esto demuestra que el Trastorno depresivo y la Fobia social tienen manifestaciones comunes lo cual favorece la interrelación. Esto también emergió en el factor 2, correspondiente a la subescala de la Fobia social y en el que cargó uno de los ítems del Trastorno depresivo mayor.

En la tabla 1.3 se aprecia que el **Trastorno de pánico** correlacionó con la **Fobia social** en .50 lo cual es coherente con lo descrito en la literatura científica, donde aparece que en el Trastorno de pánico es frecuente la comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, hecho éste especialmente constatable en los centros asistenciales, entre ellos se destaca la Fobia social. En la literatura se hace alusión a diversidad de estudios que revelan que entre un 15 y un 30 % de las personas con Trastorno de pánico presenta Fobia social. Esto se debe al temor que genera en el paciente con Trastorno de pánico, las consecuencias de los ataques, la vergüenza, desorganizarse en público, sufrir un accidente, etc. lo cual limita seriamente su nivel de relaciones sociales, hasta llegar a confinarlo en la casa. (APA, 1994) Además al padecer el **Trastorno de pánico**, hay sujetos que se vuelven excesivamente aprensivos en relación a la separación de seres queridos y por eso se plantea que hay estrecha relación con el **Trastorno de ansiedad de separación** ambas subescalas correlacionaron en .47.

En cuanto a la **Fobia social** hay una interrelación elevada (.51) con el **Trastorno de ansiedad generalizada** lo cual se debe a que las personas que la padecen experimentan casi siempre síntomas típicos de ansiedad como las taquicardias, temblores, sudoración, molestias gastrointestinales, diarrea, tensión muscular, enrojecimiento, confusión en las situaciones sociales temidas. (APA, 1994)

Es importante reconocer que el nivel de significancia que se obtuvo en esta prueba fue de 0.01 por lo que se infiere que la probabilidad de error es menor de 1% ($p < 1.00$)

Conclusiones.

- La técnica RCADS-30, aplicada a una muestra representativa de 696 niños y adolescentes holguineros de enseñanza primaria y secundaria, reportó índices moderadamente altos de confiabilidad.
- Para evaluar la validez de constructo se realizó el análisis factorial en la muestra seleccionada develó que la estructura estuvo compuesta por 6 factores, como la estructura conceptual original. Estuvo más clara la estructura del Trastorno de ansiedad de separación, el Trastorno de ansiedad generalizada, la Fobia social y el Trastorno de pánico. Las estructuras más segregadas fueron las correspondientes al Trastorno depresivo mayor y el Trastorno obsesivo-compulsivo.
- Para la validez de constructo también se exploraron las intercorrelaciones existentes entre las diferentes subescalas de la técnica; se corroboró la elevada comorbilidad que existe entre todos los trastornos abordados. La subescala que más alta puntuación obtuvo en las correlaciones con otros trastornos fue la del Trastorno obsesivo-compulsivo.
- En los resultados de validez y confiabilidad del presente estudio ha incidido que la muestra de niños y adolescentes que se seleccionó para trabajar es supuestamente sana, solo una parte de ella presenta los trastornos que se pretenden diagnosticar con la RCADS-30.

Recomendaciones

- Realizar el estudio en una muestra clínica para verificar las propiedades psicométricas evaluadas en este estudio.
- Realizar otros estudios de validez (validez concurrente, validez discriminante, validez convergente, validez de contenido) para comprobar que la técnica mide lo que realmente pretende medir.

Referencias bibliográficas.

Sociedad Americana de Psiquiatría (1994). Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales. (4th ed.), Washintong, DC: Autor.

- González, F. (2007) Instrumentos de evaluación psicológica. La Habana. Editorial Ciencias Médicas.
- Grau, J., Fumero, A., Vizcaíno, M. A., Martín, M., Prado, F. (2003) Validación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado para Niños en adolescentes cubanos. *Psicología y Salud*. 13(2): 203-214
- López, C., Alcántara, M., Fernández, V., Castro, M., López, J. (2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (Child Behavior Checklist). *Anales de Psicología*, 26 (2), 325-334.
- Rodríguez, O. (2005). Salud Mental Infanto-Juvenil. La Habana. Editorial Ciencias Médicas.
- Sandin, B., Chorot, P., Valiente, R., Chorrita, B. (2010) Development of a 30-item version of the revised child anxiety and depression scale. *Revista de psicopatología y psicología clínica*. 15 (3) ,165-178.
- Sanz, Y., Molerio, O. (2011) Adaptación del STAXI-II C/A (versión niño-adolescente) para la población cubana. Tesis en opción al título de máster en psicología médica. Santa Clara.
- Sampier, R., Fernández, C., Batista P. (2006) Metodología de la investigación. México. Editorial McGraw-Hill/Interamericana Editores S.A. de C.V.
- Selva, G., Sanz, Y. (2012) Una técnica psicológica para evaluar conjuntamente la ansiedad y depresión en niños y adolescentes. Estudio piloto. Memoria de evento.
- Ulloa, R., de la Peña, F., Ogales, I. (2011) Tratamiento multimodal de niños y adolescentes con depresión. *Salud Mental*, 34 (5), 403-407
- Ugarriza, N., Ecurra, M. (2002) Adaptación psicométrica de la Escala de depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) en estudiantes de secundaria de Lima metropolitana. *Persona*, 83-130.
- Zarragoitía, I. (2011). Depresión generalidades y particularidades. La Habana. Editorial Ciencias Médicas.