



Acta de Investigación Psicológica -
Psychological Research Records

ISSN: 2007-4832

actapsicologicaunam@gmail.com

Universidad Nacional Autónoma de
México
México

Román, Francisca; Santibáñez, Patricia; Vinet, Eugenia V.
Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como Instrumento de
Tamizaje en Jóvenes con Problemas Clínicos
Acta de Investigación Psicológica - Psychological Research Records, vol. 6, núm. 1, abril,
2016, pp. 2325-2336
Universidad Nacional Autónoma de México
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358945983008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como Instrumento de Tamizaje en Jóvenes con Problemas Clínicos¹

Francisca Román², Patricia Santibáñez & Eugenia V. Vinet
Universidad de La Frontera

Resumen

Este estudio determinó los puntajes de corte de las Escalas abreviadas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) para detectar jóvenes en riesgo de problemas de salud mental. Se utilizó una muestra de 393 jóvenes no consultantes y una muestra clínica de 77 jóvenes consultantes en fase inicial de tratamiento. La presencia de sintomatología fue utilizada como gold standard para determinar puntajes de corte entre jóvenes de población general asintomáticos y consultantes con sintomatología clínica. Mediante análisis de curvas ROC se examinó la capacidad de discriminación de cada escala, y a través de análisis de sensibilidad y especificidad se determinaron puntajes de corte. El área bajo la curva para cada una de las escalas del DASS-21 fue mayor a 0.90. Para la escala de Depresión, se seleccionó un punto de corte de 6 (>5), con una sensibilidad de 88,46 y especificidad de 86,77. Para la escala de Ansiedad, el punto de corte correspondió a 5 (>4), con sensibilidad de 87,50 y especificidad de 83,38. En la escala Estrés, se seleccionó un punto de corte de 6 (>5), con una sensibilidad de 81,48 y especificidad de 71,36. Las escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) demostraron una adecuada utilidad como instrumento de tamizaje.

Palabras Clave: Depresión, Ansiedad, DASS-21, Tamizaje, Jóvenes

Use of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) as Screening Tests in Clinical Youngsters

Abstract

The short version of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS-21; Lovibond y Lovibond, 1995) has been shown to have appropriate psychometric properties among Chilean adolescents and undergraduates. The current study was aimed at determining the cut-off scores of the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS-21) for screening Chilean youngsters at risk of mental health problems and requiring mental health treatment. The sample comprised 393 non-patients youngsters aged 15-24 and 77 youngsters at early stage of psychotherapy. The presence of symptoms was used as gold standard for estimating the cut-off between non-symptomatic youngsters and symptomatic patients. Receiving Operating Characteristic (ROC) analyses allowed examining accuracy of each scale and sensitivity and specificity analysis was performed for determining the cut-off points. The area under the receiver operating characteristics curve (AUC) was higher than 0.9 for each scale of the DASS-21. The optimal cut-off score for the Depression scale was 6 and above, which resulted in sensitivity=88,46 and specificity=86,77, and a cut-off of 5 and above was optimal for the anxiety scale, with a sensitivity of 87,50 and specificity of 83,38. The Stress Scale had sensitivity of 81,48 and specificity of 71,36 at the optimal cut-off score of 6 and above. These findings suggest that the DASS-21 performs adequately as a screening tool to identify Chilean young people at risk of mental health problems.

Keywords: Depression, Anxiety, DASS-21, Screening, Youngsters

Original recibido / Original received: 07/08/2015

Aceptado / Accepted: 29/01/2016

¹ Esta investigación fue financiada por el Proyecto DIDUFRO DI11-0003 de la Universidad de La Frontera, Temuco – Chile. Además, contó con los aportes del Dr. David Mellor de Deakin University, Australia, cuya estadía en la Universidad de La Frontera fue financiada por el Programa CONICYT 80110035 de Atracción de Capital Humano Avanzado del Extranjero Modalidad Estadías Cortas (MEC).

² Correspondencia a Francisca Román, Departamento de Psicología, Universidad de La Frontera, Avda. Francisco Salazar 01145, Temuco, Chile. Teléfono: +447761490185, e-mail: maria.roman@ufrontera.cl

La juventud es una etapa muy relevante en la vida de las personas, en la cual ocurren procesos de desarrollo muy relevantes para la transición hacia la adultez. Entre ellos, los jóvenes completan la educación formal, se integran al mundo laboral, pueden participar como ciudadanos, establecen relaciones de pareja, así como también, se enfrentan a conductas de riesgo tales como el consumo de drogas y alcohol (INJUV, 2013).

Este periodo puede ser especialmente desafiante y vulnerable para los individuos con una mayor reactividad emocional al estrés, la cual puede jugar un rol significativo en el desarrollo de trastornos de ansiedad y depresión (Fox, Halpern, Ryan, & Lowe, 2010).

La ansiedad y la depresión son trastornos que impactan negativamente en el desarrollo de los jóvenes. Además, afectan en diversas áreas de su vida y les predisponen a sufrir otros problemas de salud (Lynch & Clarke, 2006). En este sentido, se ha observado que la ansiedad impacta el funcionamiento habitual de los jóvenes, cursando de forma crónica y elevando el riesgo de presentar otras patologías. Por su parte, la depresión afecta negativamente su desempeño académico y psicosocial, elevando el riesgo de padecer otros problemas de salud física y mental (Lynch & Clarke, 2006).

En Chile, una investigación realizada en estudiantes secundarios de la ciudad de Concepción, reportó que un 32,6% de éstos presentaba sintomatología depresiva (moderada a severa) y un 42,3% sintomatología ansiosa (moderada o severa) (Cova, Melipillán, Valdivia, Bravo, & Valenzuela, 2007). Recientemente, otro estudio reportó que 39,8% de estudiantes secundarios de una muestra de establecimientos municipales de la ciudad de Santiago presentaban síntomas depresivos clínicamente significativos, indicando además que las mujeres tenían una mayor prevalencia e intensidad de la sintomatología que los hombres, y que todas estas cifras eran mayores a las reportadas en estudios internacionales (Rojas et al., 2012). Con respecto a universitarios, en una muestra representativa de estudiantes de una universidad del sur de Chile, se encontró que 30,1% de la muestra total presentaba síntomas depresivos, 20,9% síntomas ansiosos, y el 15,5% de la muestra presentaba en forma conjunta síntomas ansiosos y depresivos (Antúnez & Vinet, 2013).

Cabe señalar que tanto el diagnóstico de depresión mayor en la adolescencia como la presencia de síntomas clínicamente significativos que no reúnen los criterios para este trastorno, aumentan el riesgo de episodios depresivos futuros y episodios depresivos mayores recurrentes (Fergusson, Horwood, Ridder, & Beautrais, 2005; Lynch & Clarke, 2006). Así también, de acuerdo a resultados de estudios longitudinales, los trastornos de ansiedad en adolescentes aumentan aproximadamente dos veces el riesgo de trastorno de ansiedad en la adultez (Castellanos & Hunter, 1999).

Debido a lo anterior, se hace relevante la detección temprana de estos síntomas y la oportuna derivación a tratamiento, siendo el sistema educacional, un contexto útil para esta detección temprana (Cuijpers, Van Straten, Smits, & Smit, 2006).

En Chile, el Inventario de Depresión de Beck- versión II y el Inventario de Ansiedad de Beck se han utilizado para la detección de síntomas depresivos y

ansiosos clínicamente significativos en adolescentes chilenos, ya que estos instrumentos cuentan con puntos de corte para población juvenil chilena (Cova & Melipillán, 2007; Melipillán, Cova, Rincón, & Valdivia, 2008).

Las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS) fueron creadas con el objetivo de evaluar la presencia de afectos negativos de depresión y ansiedad y lograr una discriminación máxima entre estas condiciones, cuya sobreposición clínica ha sido reportada por clínicos y por investigadores (Lovibond & Lovibond, 1995). Para esto se incluyeron síntomas esenciales de cada condición y se excluyeron los que pueden estar presentes en ambos trastornos, por ejemplo, cambios en el apetito. Durante los sucesivos análisis factoriales surgió el tercer factor de estrés, que reúne síntomas referidos a la dificultad para relajarse, tensión nerviosa, irritabilidad y agitación (Lovibond & Lovibond, 1995).

El DASS fue desarrollado para cumplir las exigencias psicométricas de una escala de autorreporte desde una concepción dimensional más que categórica de los trastornos psicológicos. Esto implica que las diferencias entre sujetos normales y con alteraciones clínicas radican en la severidad en que experimentan los estados afectivos de depresión, ansiedad y estrés (Lovibond & Lovibond, 1995).

Su versión abreviada, denominada Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés - 21 (DASS-21) tiene como ventajas el ser un instrumento de autorreporte, breve, fácil de responder y que ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas en estudios de validación en adultos de población general, en muestras clínicas, en adolescentes y estudiantes universitarios (Bados, Solanas, & Andrés, 2005; Daza, Novy, Stanley, & Averill, 2002; Lovibond & Lovibond, 1995; Tully, Zajac, & Venning, 2009).

En Chile, este instrumento fue adaptado idiomática y culturalmente, y sus propiedades psicométricas fueron evaluadas en adolescentes y estudiantes universitarios (Antúnez & Vinet, 2012; Román, Vinet, & Alarcón, 2014), demostrando una confiabilidad satisfactoria (valores alfa de 0,87 a 0,88 para la escala de Depresión, entre 0,72 a 0,79 para la escala de Ansiedad y de 0,82 a 0,83 para la escala de Estrés), similar a la observada en los estudios en población adulta y adolescente realizados en el extranjero (Antúnez & Vinet, 2012; Román et al., 2014; Szabo, 2010; Tully et al., 2009). En la evaluación de evidencias de validez, se observaron correlaciones altas y significativas entre las escalas del DASS-21 y escalas que miden constructos similares (Inventario de Depresión de Beck-II e Inventario de Ansiedad de Beck) y un ajuste aceptable del modelo de tres factores para el DASS-21 (Antúnez & Vinet, 2012; Román et al., 2014).

En estudios previos se ha establecido la validez discriminante de las escalas del DASS-21. Bados et al. (2005), reportaron que los puntajes de las tres escalas difirieron significativamente al comparar una muestra clínica con una no clínica y, adicionalmente se observaron diferencias significativas entre los puntajes de la escala de Depresión y la de Estrés, en pacientes con trastornos depresivos y con trastornos ansiosos. Los primeros obtuvieron un puntaje mayor en la escala de Depresión y los segundos un puntaje mayor en la escala de Estrés. No se observaron diferencias significativas en la escala de Ansiedad.

Con respecto a la utilidad clínica del instrumento, los autores de estas escalas sugirieron puntajes basados en normas percentiles que diferenciaban entre

una manifestación leve, moderada, severa y extremadamente severa de los estados afectivos depresivos ansiosos y de estrés (Lovibond & Lovibond, 1995). Sin embargo, estos puntajes fueron determinados para la versión completa del instrumento de 42 ítems a partir de la aplicación en estudiantes universitarios australianos. En un estudio posterior con una muestra de adultos de población general en el Reino Unido, se determinaron normas percentiles para el DASS-21 facilitando la interpretación y aplicabilidad del instrumento (Henry & Crawford, 2005). Algunos estudios han determinado puntajes de corte de las escalas del DASS-21 para grupos específicos. Gloster et al. (2008) determinaron, en una muestra de adultos mayores, un puntaje de corte en la escala de Depresión de mayor o igual a 6, que discriminaba entre un grupo con trastornos depresivos y un grupo asintomático. Para la escala de Estrés, determinaron un puntaje de corte de mayor o igual a 14 que permitía discriminar entre un grupo con y sin trastorno de ansiedad generalizada. Otros estudios han determinado puntajes de corte en grupos poblacionales que difieren culturalmente y en rango de edad con la población en estudio, como el realizado por Tran, Tran, and Fisher (2013) quienes determinaron la validez del DASS-21 como instrumento de screening en mujeres vietnamitas que residían en sectores rurales.

Considerando tanto la prevalencia de los trastornos depresivos y ansiosos en los jóvenes, las consecuencias para el desarrollo y bienestar en quienes los padecen, y la alta tasa de recurrencia de estos trastornos en la adultez, se justifica contar con instrumentos adaptados a jóvenes chilenos y con evidencias de validez que permitan detectar oportunamente la presencia de síntomas depresivos, ansiosos y de estrés. Además, la comorbilidad de los trastornos depresivos y ansiosos aumenta la relevancia de contar con instrumentos que permitan diferenciar entre síntomas de ansiedad y de depresión en jóvenes. Así, el propósito de este estudio fue determinar puntajes de corte para las Escalas abreviadas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) en población juvenil chilena para la detección de jóvenes en riesgo y con necesidad de atención profesional.

Método

Participantes

Para el estudio se utilizaron dos muestras:

Muestra de población general. Estuvo constituida por 393 jóvenes (198 hombres y 195 mujeres) entre 15 y 24 años, con una escolaridad entre primer año de enseñanza media y cuarto año de educación superior, procedentes de dos muestras mayores: estudiantes secundarios ($n = 448$) y universitarios ($n = 484$). De estas dos muestras, se seleccionaron los jóvenes que estaban dentro del rango de edad elegido para este estudio, cuyo puntaje obtenido en el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) estuviera bajo el punto de corte de estas pruebas y que no hubieran reportado haber recibido atención psicológica o psiquiátrica en los últimos seis meses.

El 16,5% de la muestra autorreportó su pertenencia a la etnia mapuche y el 14% señaló una procedencia rural. En cuanto al nivel socioeconómico familiar, un

72% de los participantes pertenecía al nivel socioeconómico medio según la clasificación ESOMAR (ADIMARK, 2000).

Muestra clínica. 77 jóvenes (22 hombres y 55 mujeres) entre 15 y 24 años, con una escolaridad entre primer año de enseñanza media y cuarto año de educación superior. Estos jóvenes se encontraban en fase inicial de atención psicológica ambulatoria por problemas generales de salud mental. El 15,6% de la muestra autorreportó su pertenencia a la etnia mapuche y el 17,7% autorreportó una procedencia rural. En cuanto al nivel socioeconómico familiar, un 62% de los participantes pertenecía al nivel socioeconómico medio según la clasificación ESOMAR (ADIMARK, 2000).

Se examinó el grupo de 77 pacientes en atención psicológica, seleccionando a 26 sujetos que de acuerdo a los terapeutas presentaban síntomas de depresión, 24 que presentaban síntomas de ansiedad y 27 que presentaban síntomas de estrés. Debido a que los grupos no eran excluyentes entre sí, un total de 53 consultantes presentó al menos un tipo de síntomas.

Procedimiento

Los jóvenes participaron en forma voluntaria y anónima. Los padres de los menores de edad firmaron un consentimiento informado y ellos un asentimiento, en tanto que los mayores de 18 años firmaron su propio consentimiento informado. A todos se les aseguró confidencialidad.

Los jóvenes de población general fueron contactados a través de sus establecimientos educacionales y contestaron los instrumentos en una sola sesión en sus grupos-curso. Los jóvenes del grupo clínico fueron contactados a través de sus terapeutas y respondieron los instrumentos en forma individual en el periodo inicial de tratamiento (antes de la tercera sesión). Los terapeutas completaron una pauta de cotejo de síntomas depresivos, ansiosos y de estrés para cada joven.

Una vez obtenidos los protocolos de los instrumentos su información fue codificada en una base de datos y analizadas a través de los programas SPSS 15.0 y STATA 9.2.

Instrumentos

Los participantes contestaron los siguientes instrumentos:

Versión abreviada de las Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés (DASS-21) (Lovibond & Lovibond, 1995). Las tres escalas de autorreporte dimensional evalúan la presencia e intensidad de estados afectivos de depresión, ansiedad y estrés. Cada ítem se responde de acuerdo a la presencia e intensidad de cada síntoma en la última semana en una escala de respuesta tipo Likert de 0 a 3 puntos. Cada escala tiene siete ítems y su puntaje total se calcula con la suma de los ítems pertenecientes a esa escala y varía entre 0 y 21 puntos.

La escala de Depresión evalúa disforia, falta de sentido, autodepreciación, falta de interés y anhedonia. La escala de Ansiedad considera síntomas subjetivos y somáticos de miedo, activación autonómica, ansiedad situacional y experiencia subjetiva de afecto ansioso. La escala de Estrés evalúa activación persistente no específica, dificultad para relajarse, irritabilidad e impaciencia. En ambas muestras la confiabilidad fue evaluada a través de consistencia interna con alfa de Cronbach,

obteniendo indicadores satisfactorios en la muestra clínica ($\alpha_{\text{depresión}} = 0,88$; $\alpha_{\text{ansiedad}} = 0,71$; $\alpha_{\text{estrés}} = 0,80$) y en la muestra de población general ($\alpha_{\text{depresión}} = 0,78$; $\alpha_{\text{ansiedad}} = 0,71$; $\alpha_{\text{estrés}} = 0,71$), los que fueron semejantes a los obtenidos en estudios previos con jóvenes chilenos.

Inventario de Depresión de Beck – Segunda Versión (BDI-II) (Beck, Steer, Ball, & Ranieri, 1996). Este instrumento permite evaluar severidad de síntomas depresivos en mayores de 13 años. Consta de 21 ítems, con una escala de respuesta ordenadas de menor a mayor severidad (0 a 3 puntos). En Chile, demostró una consistencia interna de 0.91 en una muestra de adolescentes y se determinó un puntaje de corte de 19 puntos para discriminar entre población consultante con sintomatología depresiva y población no consultante (Melipillán et al., 2008).

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988). Este instrumento es una escala de autorreporte de 21 ítems diseñada para evaluar síntomas de ansiedad, con una escala de severidad de 4 puntos. Fue validado para Chile, con una muestra de adolescentes, demostrando una consistencia interna de 0.91. Además, se determinó un puntaje de corte de 16 puntos para evaluar la presencia de síntomas ansiosos clínicamente significativos (Cova & Melipillán, 2007).

Cuestionario sociodemográfico. Se aplicó con el objetivo de recoger datos demográficos, antecedentes familiares, socio-económicos y mórbidos (consulta a psicólogo, psiquiatra u otro profesional en los últimos seis meses y motivo de consulta) que permitieran describir los participantes de acuerdo a estas características.

Adicionalmente, los terapeutas de la muestra clínica contestaron para cada uno de los participantes una *Pauta de Cotejo ad hoc* de 25 ítems formulados como expresiones sintomáticas de depresión, ansiedad y estrés frente a las cuales ellos debían indicar su ausencia o presencia en el joven participante. Las 25 expresiones sintomáticas se basaron en los principales síntomas que se encuentran en los criterios para el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada y Episodio Depresivo Mayor del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 2000). Los síntomas de la pauta de cotejo fueron agrupados de acuerdo a las categorías diagnósticas, seleccionando los distintivos de cada síndrome. Para Depresión, se consideraron síntomas centrales el “Estado de ánimo triste la mayor parte del día” e “Irritabilidad fácil”, y como síntomas secundarios “Disminución acusada de su interés por su entorno” y “Pérdida de energía o motivación”. Para Ansiedad el síntoma central fue “Estado de constante preocupación”, mientras los secundarios fueron “Fatigabilidad fácil”, “Disminución de la capacidad para pensar y concentrarse” e “Inquietud e intranquilidad motora”. Por su parte, los síntomas centrales para Estrés fueron “Impaciencia o baja tolerancia a la frustración” y “Dificultad para tomar decisiones”, siendo los secundarios “Enfermedades recurrentes”, “Alteraciones del sueño” y “Pérdida importante de peso sin causa biológica”.

Posteriormente, los participantes consultantes fueron clasificados de acuerdo a los síntomas reportados por los terapeutas en sintomáticos o no sintomáticos, seleccionándose como participante de la muestra clínica a quienes presentaban a lo

menos un síntoma central y un síntoma secundario de los definidos para cada categoría.

Plan de análisis

Se determinaron separadamente los estadísticos descriptivos de los tres instrumentos utilizados para la muestra de población general y para la muestra clínica.

Posteriormente, se determinaron los puntajes de corte para las escalas del DASS-21, utilizando el procedimiento que se describe a continuación. Como grupo de contraste no sintomático se utilizó el segmento de la población general sin sintomatología en BDI-II y BAI y que no hubieran reportado haber recibido atención psicológica o psiquiátrica con el objeto de asegurar la ausencia de sintomatología. Esta submuestra quedó constituida por 393 sujetos sin sintomatología en las pruebas de Beck (BDI-II y BAI) y sin atención clínica.

En la muestra de consultantes se seleccionaron 26 sujetos que de acuerdo a los terapeutas presentaban síntomas de depresión, 24 que presentaban síntomas de ansiedad y 27 que presentaban síntomas de estrés. Los grupos no fueron excluyentes entre sí.

La presencia de esta sintomatología fue utilizada como *gold standard* para determinar los puntajes de corte entre no consultantes asintomáticos y consultantes con sintomatología clínica en cada una de las tres áreas de modo independiente. Los puntajes de corte para las escalas del DASS-21 se determinaron utilizando análisis de curvas ROC para examinar la capacidad de discriminación de cada escala, y análisis de sensibilidad y especificidad para determinar puntajes de corte específicos.

Resultados

La Tabla 1 describe los promedios, desviación típica y rangos de las tres escalas del DASS-21 para la sub-muestra de población general, no sintomática, que se utilizó como grupo de contraste (puntaje bajo el punto de corte en BDI-II y BAI y sin atención psicológica) y para los tres sub-grupos de consultantes sintomáticos que presentaban síntomas de depresión, ansiedad o estrés de acuerdo a lo reportado por los terapeutas.

Tabla 1

Estadísticos descriptivos de la escalas del DASS-21 en la muestra de jóvenes de población general y en la muestra de consultantes sintomáticos

	Muestra de población general				Muestra de consultantes			
	n	Rango	Media	DT	n	Rango	Media	DT
Depresión	393	0 - 16	2,95	2,513	26	4 - 20	12,23	4,624
Ansiedad	393	0 - 13	2,52	2,167	24	0 - 16	9,16	3,974
Estrés	393	0 - 17	4,21	2,937	27	0 - 18	10,11	4,932

DT: desviación típica

Para determinar la capacidad de discriminación global de cada escala del DASS-21, se calcularon curvas ROC (*Receiver Operating Characteristic*), para las escalas de depresión, ansiedad y estrés del DASS-21 comparando la sub-muestra de población general sin síntomas con el grupo sintomático de la muestra clínica. Los resultados se presentan en la Tabla 2. Como se puede observar en los tres casos el Área Bajo la Curva (ABC) es superior a .90 indicando que cada una de las escalas del DASS-21 es eficiente en la detección de los síntomas que evalúa.

Tabla 2

Puntajes de Corte para DASS-21 determinados en muestra clínica con síntomas y muestra de población general

	ABC	Error típico	PC	Sen	Esp	MC	VG
DASS-21 Depresión	.902***	.016	> 5 >6	88,46 84,62	86,77 91,86	13,13 8,59	86,87 91,41
DASS-21 Ansiedad	.913***	.016	> 4 > 5	87,50 83,33	83,38 89,00	16,39 11,33	83,61 88,67
DASS-21 Estrés	.925***	.013	> 5 > 6	81,48 70,37	71,36 78,77	27,99 21,77	72,01 78,23

ABC: Área Bajo la Curva; PC: punto de corte; Sen: Sensibilidad; Esp: Especificidad; MC: Malas clasificaciones; VG: Valor global de aciertos. *** $p \leq 0.001$

Siguiendo el análisis, en cada uno de las escalas se determinaron dos puntos de corte entre el grupo de población general sin sintomatología y el grupo sintomático según la apreciación de los clínicos con el objeto de elegir aquel puntaje que, manteniendo un equilibrio, maximizara la sensibilidad (detección de los casos sintomáticos) por sobre la especificidad (detección de los no sintomáticos) en cada escala del DASS-21. Esos valores también se presentan en la Tabla 4. De acuerdo a la evaluación de los puntos de corte, que consideró además las Malas Clasificaciones (MC) y el Valor Global de aciertos (VG). Las autoras de este estudio proponen los siguientes puntajes de corte: Para la escala de Depresión se propone un punto de corte de 6 (>5), el cual tiene una sensibilidad de 88,46 y una especificidad de 86,77; para la escala de Ansiedad se propone un punto de corte de 5 (>4), el cual tiene una sensibilidad de 87,50 y una especificidad de 83,38. Finalmente para la escala de Estrés, el punto de corte propuesto es 6 (>5), el cual tiene una sensibilidad de 81,48 y una especificidad de 71,36.

Discusión

La presencia de síntomas depresivos y ansiosos en jóvenes chilenos, detectada en estudios previos con estudiantes secundarios y universitarios, justifica disponer de instrumentos adaptados y validados en el contexto nacional, que permitan la detección temprana de estos síntomas y la oportuna derivación a tratamiento.

En Chile, se cuenta con la versión abreviada de las Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés (DASS-21), instrumento cuyas propiedades psicométricas fueron

evaluadas en adolescentes y estudiantes universitarios, demostrando una confiabilidad satisfactoria, siendo necesaria la generación de puntos de corte para la detección de jóvenes en riesgo y con necesidad de atención profesional, lo cual fue el objetivo de este estudio.

Este estudio determinó puntajes de corte para cada escala del DASS-21 utilizando el procedimiento de curvas ROC, comparando una muestra de jóvenes de población general asintomáticos con una muestra clínica sintomática. La capacidad de discriminación global de cada escala fue evaluada a través del área bajo la curva ROC, demostrando las tres escalas eficiencia en la detección de los estados afectivos evaluados. Se considera que mientras mayor sea el área bajo la curva, es decir, mientras más próximo sea su valor a 1, con mayor certeza el test se aproxima al referente o *gold standard* que se ha elegido como grupo de comparación (Warner, 2004).

Los puntajes de corte permiten detectar la presencia de estados afectivos de depresión, ansiedad y estrés significativos en jóvenes chilenos entre 15 y 24 años. Para la escala de Depresión el puntaje de corte elegido fue 6, para la escala de Ansiedad, 5 y para la escala de Estrés, 6. Estos puntajes fueron seleccionados resguardando dos criterios, por una parte, maximizar la sensibilidad y especificidad y, por otra, asegurar que la mayor cantidad de casos puedan ser detectados, priorizando que la sensibilidad sea mayor a la especificidad (Warner, 2004). Los estudios previos que han determinado puntajes de corte para las Escalas del DASS-21 lo han hecho en grupos poblacionales que difieren en edad o cultura, por tanto no resulta apropiada la comparación.

Los valores de sensibilidad y especificidad asociados a cada puntaje de corte son mayores para la escala de Depresión y Ansiedad y menores para la escala de Estrés. Esta menor sensibilidad de la escala de Estrés puede estar relacionada, por una parte, con los síntomas incluidos dentro de la pauta de cotejo que permitieron seleccionar el subgrupo de consultantes que presentaban síntomas de estrés. Por otra parte, es importante recordar que la escala de Estrés surgió durante los sucesivos análisis factoriales que se realizaron en la creación de las escalas de Depresión y Ansiedad, y evalúa activación persistente no específica, dificultad para relajarse, irritabilidad e impaciencia (Lovibond & Lovibond, 1995). Estas condiciones pueden presentarse en comorbilidad con síntomas depresivos y ansiosos, y dan cuenta de un malestar subjetivo que puede ser difícil de detectar por parte de los terapeutas. Alternativamente, la pauta de cotejo puede que no haya permitido reportar adecuadamente a los terapeutas la presencia de estos estados en los consultantes.

Es importante reconocer las ventajas del DASS-21 como instrumento, el cual es breve, fácil de administrar y de interpretar, de bajo costo, y que puede ser utilizado tanto en el contexto educacional como en el sistema público de salud. Estas características coinciden con los criterios señalados por Warner (2004) quien plantea que los instrumentos que se utilizan para screening debieran ser fáciles de administrar, aceptables desde la perspectiva de los usuarios, con alta sensibilidad (que identifiquen a la mayoría de los individuos que presentan la condición), y que identifiquen un trastorno que sea tratable.

Como fue mencionado por Melipillán et al. (2008), es importante considerar estos puntajes de corte en relación a la población específica en que pueden ser utilizados –jóvenes entre 15 y 24 años– y el propósito del instrumento –detectar la presencia de estados afectivos de depresión, ansiedad y de estrés– teniendo en cuenta que no permite diagnosticar la presencia de un trastorno depresivo o ansioso. Tal como señala (Warner, 2004), los instrumentos de screening permiten detectar la posibilidad de que un trastorno esté presente y sugerir una evaluación posterior en quienes el puntaje obtenido es mayor al puntaje de corte, por tanto sólo representan la primera etapa de un proceso diagnóstico.

Es importante reconocer que en este estudio, la muestra de población general y la muestra de consultantes jóvenes eran similares en su composición sociodemográfica, lo que asegura que puedan ser utilizadas como grupos de comparación.

Una limitación del estudio consiste en la forma en que fue seleccionada la muestra de consultantes sintomáticos al interior de la muestra de consultantes, es decir, quienes presentaban síntomas depresivos, ansiosos y de estrés. Considerando la dificultad para reclutar una muestra de consultantes jóvenes, se recogió información en jóvenes en etapa inicial de tratamiento y, posteriormente, al interior de esta muestra de consultantes, se realizó una selección utilizando los síntomas reportados por los terapeutas en la pauta de cotejo detallada previamente. Este procedimiento permitió diferenciar tres subgrupos dentro de la muestra de consultantes de acuerdo a la presencia de síntomas depresivos, ansiosos o de estrés. Como fue reportado en los resultados, en los subgrupos con síntomas significativos se observaron puntajes superiores en cada escala del DASS-21 comparados con los consultantes asintomáticos. Si bien el procedimiento contó con el reporte realizado por los terapeutas, difirió del procedimiento recomendado para la validación de instrumentos de tamizaje y la determinación de puntos de corte, el que consiste en una entrevista clínica para el diagnóstico de trastornos de salud mental. Pese a esta limitación, las diferencias observadas en las puntuaciones en las escalas del instrumento entre los consultantes sintomáticos y asintomáticos dan cuenta de la validez discriminante del instrumento.

Considerando que tanto los trastornos de ansiedad como los depresivos tienen en los jóvenes un impacto negativo en diversas áreas de su funcionamiento, afectando su desempeño general y predisponiéndolos para otros trastornos de salud mental, es que la detección temprana de síntomas es muy relevante. Por lo anterior, el presente estudio pretende ser un aporte en este ámbito, brindando puntajes de corte para la detección de jóvenes en riesgo y con necesidad de atención profesional, en un instrumento de bajo costo y fácil aplicación como lo es el DASS-21. Las autoras de este estudio consideran que estas características facilitan su utilización en ambientes educativos y de salud pública, espacios donde la generación de programas preventivos en salud mental y una adecuada derivación para la intervención terapéutica oportuna de jóvenes que lo requieran, son una oportunidad para contribuir a mejorar la calidad de vida de los jóvenes chilenos y el bienestar futuro de nuestra sociedad.

Referencias

- ADIMARK. (2000). *El Nivel Socio Económico ESOMAR, Manual de Aplicación*. Retrieved 15 de Junio de 2010 from <http://www.microweb.cl/idm/documentos/ESOMAR.pdf>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., Text Revision)*. Washington: Author.
- Antúñez, Z., & Vinet, E. V. (2012). Escalas de depresión, ansiedad y Estrés (DASS-21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia Psicológica*, 30(3), 49-55.
- Antúñez, Z., & Vinet, E. V. (2013). Problemas de salud mental en estudiantes de una universidad regional chilena. *Revista Medica de Chile*, 141(2), 209-216.
- Bados, A., Solanas, A., & Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of depression, anxiety and stress scales (DASS). *Psicothema*, 17(4), 679-683.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. F. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67(3), 588-597.
- Castellanos, D., & Hunter, T. (1999). Anxiety disorders in children and adolescents. *Southern Medical Journal*, 92(10), 945-954.
- Cova, F., & Melipillán, R. (2007). *Evaluación de Sintomatología emocional y de trastornos depresivos y ansiosos en adolescentes chilenos*. Paper presented at the VII Congreso Nacional de Psicología: aportes y desafíos, Santiago, Chile.
- Cova, F., Melipillán, R., Valdivia, M., Bravo, E., & Valenzuela, B. (2007). Sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de enseñanza media. *Revista Chilena de Pediatría*, 78(2), 151-159.
- Cuijpers, P., Van Straten, A., Smits, N., & Smit, F. (2006). Screening and early psychological intervention for depression in schools. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15(5), 300-307.
- Daza, P., Novy, D. M., Stanley, M. A., & Averill, P. (2002). The depression anxiety stress scale-21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24(3), 195-205.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Ridder, E. M., & Beautrais, A. L. (2005). Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 62(1), 66-72.
- Fox, J. K., Halpern, L. F., Ryan, J. L., & Lowe, K. A. (2010). Stressful life events and the tripartite model: Relations to anxiety and depression in adolescent females. *Journal of Adolescence*, 33(1), 43-54.
- Gloster, A. T., Rhoades, H. M., Novy, D., Klotsche, J., Senior, A., Kunik, M., . . . Stanley, M. A. (2008). Psychometric properties of the Depression Anxiety and Stress Scale-21 in older primary care patients. *Journal of Affective Disorders*, 110(3), 248-259.
- Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The short - form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS - 21): Construct validity and normative data in a large non - clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(2), 227-239.
- INJUV. (2013). *Septima Encuesta Nacional de la Juventud*. Santiago, Chile: Instituto Nacional de la Juventud [INJUV].
- 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.
- Lynch, F. L., & Clarke, G. N. (2006). Estimating the economic burden of depression in children and adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 31(6), 143-151.
- Melipillán, R., Cova, F., Rincón, P., & Valdivia, M. (2008). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en adolescentes chilenos. *Terapia Psicológica*, 26(1), 59-69.
- Rojas, G., Gaete, J., Guajardo, V., Martínez, V., Barroilhet, S., Meneses, J., . . . Araya, R. (2012). Consumo de sustancias y síntomas depresivos en escolares de liceos municipales de Santiago. *Revista Médica de Chile*, 140(2), 184-191.
- Román, F., Vinet, E. V., & Alarcón, A. M. (2014). Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21): Adaptación y Propiedades Psicométricas en estudiantes secundarios de Temuco. *Revista Argentina Clínica Psicológica*, 23(2), 179-190.
- Szabo, M. (2010). The short version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Factor structure in a young adolescent sample. *Journal of Adolescence*, 33(1), 1-8.
- Tran, T. D., Tran, T., & Fisher, J. (2013). Validation of the depression anxiety stress scales (DASS) 21 as a screening instrument for depression and anxiety in a rural community-based cohort of northern Vietnamese women. *BMC Psychiatry*, 13(1), 24.
- Tully, P. J., Zajac, I. T., & Venning, A. J. (2009). The structure of anxiety and depression in a normative sample of younger and older Australian adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(5), 717-726.
- Warner, J. (2004). Clinicians' guide to evaluating diagnostic and screening tests in psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(6), 446-454.