

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL CUESTIONARIO EDUCATIVO CLÍNICO: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE TRUJILLO

Ruiz Caballero Katherine Marina *
Universidad Cesar Vallejo - Trujillo

RESUMEN

El presente estudio de tipo Tecnológica tuvo como objetivo describir las propiedades psicométricas del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión en una muestra de estudiantes del primero al quinto de secundaria en Instituciones Educativas de la ciudad de Trujillo. La muestra estuvo constituida por 600 sujetos. Los resultados obtenidos del CECAD fueron sometidos a un análisis estadístico encontrando que el test es válido y confiable. Para determinar la validez de constructo se hizo por medio del análisis ítem - test, en el cual se obtuvieron puntajes mayores a 0.30 y en el análisis factorial realizado se obtuvo la agrupación de ítems en once factores según su carga factorial; luego se procedió a realizar el análisis factorial confirmatorio lo cual generó la composición de las cuatro dimensiones planteadas por los autores de la prueba. La confiabilidad se determinó por medio del análisis de Alfa de Cronbach, alcanzando un nivel de Confiabilidad elevada con un Alpha =0.936.

Palabras claves: Ansiedad, Depresión, Validez de constructo, Análisis factorial, confiabilidad.

ABSTRACT

Type This Technological study aimed to describe the psychometric properties of Clinical Education Questionnaire: Anxiety and depression in a sample of students from first to fifth secondary of two educational institutions "A" and "B" in the city of Trujillo. The sample consisted of 441 students from the school "A" and 159 of the educational institution "B." The results of CECAD were subjected to statistical analysis found that the test is valid and reliable. To determine the construct validity was made by analyzing item - test, in which scores were greater than 0.30 and the factor analysis was obtained in eleven grouping of items by factor loading factors, we proceeded to perform the confirmatory factor analysis which led to the composition of the four dimensions raised by the authors of the test. Reliability was determined through Cronbach Alfa analysis, reaching a high level of reliability with Alpha = 0.936. In addition we developed a general T score scale for the dimensions of Futility and irritability, as there were no differences between ages for these dimensions.

Keywords: Anxiety, Depression, construct validity, factor analysis, reliability

*Alumna de XI Ciclo Esc. Psicología Universidad Cesar Vallejo. Tesis para Licenciatura.

Correspondencia: katty_rc_22@hotmail.com

Empezaremos

precisando que en esta investigación tomaremos como concepto genérico a la ansiedad infantil, el cual de acuerdo con Lozano, García Cueto y Lozano (2011) sostienen que la ansiedad se conceptualiza como un estado alterado del ánimo, que afecta a tres áreas del funcionamiento del niño: cogniciones, conductas y reacciones somáticas, condicionando su desempeño escolar, social y personal.

Al diferenciar estos tres sistemas implicados en la ansiedad se logra explicar las disparidades en los cambios fisiológicos, de comportamiento y subjetivos que ocurren al manifestarse una emoción como la ansiedad (Benjamin, Costelo y Warren, 1990). Los autores al referir lo antes mencionado, pretenden indicar que al experimentar un estado de ansiedad, una persona puede presentar reacciones fisiológicas muy intensas, mientras que las cognitivas y las conductuales pueden ser de menor intensidad.

En conclusión, asumimos que la ansiedad es una experiencia emocional desagradable, que engloba un patrón de respuestas a nivel cognitivos, caracterizados por aprehensión y tensión; aspectos conductuales, caracterizados por comportamiento poco ajustados y escasamente adaptativos, y aspectos fisiológicos caracterizados por la activación del sistema nervioso autónomo.

Por otro lado, en la línea teórica que considera la ansiedad infantil, la clasificación Internacional de Enfermedades (CIE - 10) (1992) como el manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM - IV) (1994) reseñan algunos trastornos de ansiedad de inicio en la infancia y adolescencia, tal como se indicaba previamente.

La CIE - 10 (1992) justifica la diferenciación entre trastornos emocionales

de la vida adulta y trastornos emocionales de la infancia y adolescencia por cuatro razones:

- a) La mayoría de los niños que sufren trastornos de ansiedad son sujetos normales en la vida adulta y sólo una minoría padece trastornos neuróticos. De igual modo la mayoría de los trastornos neuróticos del adulto comienzan en la vida adulta sin antecedentes psicopatológicos significativos durante la infancia. Se deduciría por tanto una cierta discontinuidad entre ambos grupos de trastornos.
- b) Muchos trastornos emocionales de la infancia pueden considerarse una exageración de las respuestas normales del niño y no tanto una perturbación cualitativa de las mismas.
- c) Se supone que los mecanismos etiopatogénicos son diferentes en la infancia y en la vida adulta.
- d) Los trastornos emocionales de los niños se diferencian con menos claridad que los del adulto en entidades específicas, por ejemplo en trastornos fóbicos y en trastornos obsesivos.

La primera crítica que puede hacerse la propia clasificación, es que, algunos de estos supuestos no han sido demostrados; es así que Benjamín, Costelo y Warren (1990) refieren que no se conocen bien las relaciones entre ansiedad en la infancia y ansiedad en la vida adulta y no existen suficientes estudios longitudinales que aclaren la evolución de los trastornos de ansiedad infantil.

Por su parte, el DSM - IV (1994) considera trastornos de ansiedad propios de

la infancia y adolescencia a la ansiedad a la separación, el trastorno por evitación y el trastorno por ansiedad excesiva. La fobia simple y la fobia social se incluyen en los trastornos del adulto, y la agorafobia y agorafobia con ataque de angustia se supone que no existen en los niños.

El DSM – IV (1994) incluye en los trastornos de ansiedad el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno por estrés postraumático, mientras que el CIE – 10 (1992) los considera entidades aparte, aunque todos ellos pertenecientes al capítulo de los trastornos neuróticos.

De todo lo expuesto en esta sección se deduce que la clasificación de los trastornos de ansiedad en la infancia aún no tiene un carácter definitivo y es evidente, por otra parte, que la clasificación de los trastornos de ansiedad del adulto cuenta también con grandes dificultades.

Según el DSM IV (1994) describe los trastornos de ansiedad, dividiéndolos en trastornos de angustia sin agorafobia, trastorno de angustia con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado. En el contexto de todos estos trastornos pueden aparecer crisis de angustia y agorafobia, de ahí que los criterios para el diagnóstico de estas dos entidades se expongan por separado.

Es así, que debido a que el trastorno por ansiedad de separación (que se caracteriza por la aparición de ansiedad coincidiendo con la separación de las figuras

paternas) suele aparecer en la infancia, se incluye en la sección “Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia”. La evitación fóbica que se limita exclusivamente al contacto sexual genital con parejas sexuales se denomina trastorno por aversión al sexo y se encuentra recogido en la sección “Trastornos sexuales y de la identidad sexual”.

Por otro lado, en cuanto a la Epidemiología de este trastorno, los estudios realizados con poblaciones generales muestran que la ansiedad es el trastorno emocional infantil más frecuente. La prevalencia de este trastorno se estima situada entre el 12 y el 20%, de los cuales el 8% pueden llegar a necesitar un tratamiento clínico (Bernstein y Borchardt, 1991). Los estudios españoles realizados por Rivas, Vásquez y Pérez (1995) informan que la prevalencia en los síntomas de ansiedad en función de la valoración de los padres es el 8%, mientras que basándose en la suministrada por los profesores es del 21.2% y del 22.9% cuando la información provenía de los propios niños.

Según Links (1989) los estudios epidemiológicos se han llevado a cabo en muestras de población general y en muestras clínicas, siendo las fuentes de información los propios niños, los padres o los profesores. Las tasas de prevalencia de los trastornos de ansiedad varían considerablemente de unos trabajos a otros, sin duda debido a diferencias en cuanto al método y a los criterios diagnósticos empleados. Oscilando los resultados desde un 5 hasta un 50%.

Orvaschel y Weissman (1986) sostienen que los síntomas son frecuentes en la infancia con escasas variaciones en función de la edad y afectan más a las niñas y a las clases sociales más desfavorecidas.

Es debido a ello que en los adolescentes la ansiedad se da también más en las niñas y suele asociarse a quejas somáticas, abuso sexual, drogadicción y bajo rendimiento escolar (Bernstein et. al. 1989).

Costello et. al (1966) añade que, estudios comunitarios de los trastornos de ansiedad constituyen el diagnóstico más frecuente en los adolescentes de 14 a 16 años, de modo similar a lo que sucede en los adultos y el sexo femenino es de nuevo el más afectado. En muestras pediátricas la prevalencia varía del 15.4% al 7.5%.

En base a estos datos epidemiológicos los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia es sin duda una disciplina reciente, pero ya comienza a dar los primeros frutos. La ansiedad y los trastornos de ansiedad constituyen el primer diagnóstico psiquiátrico a estas edades, muy por encima de los trastornos de la conducta y de la depresión. La ansiedad a la separación y la ansiedad excesiva afectan 12% de niños de 8 a 17 años respectivamente, mientras las fobias lo hacen al 4.3%. Estas cifras dan idea de la importancia del tema y de la necesidad de un diagnóstico y tratamiento adecuado de los niños.

Por otra parte, la conceptualización acerca de depresión infantil, según el DSM – IV (1994), se refiere a un estado alterado del humor caracterizado por un estado disfórico similar a la depresión adulta. No obstante, en los niños y adolescentes el estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, propia de los adultos, puede estar suplantada por un estado de ánimo irritable.

Costello et. al (1966) encuentran como paso importante para precisar la definición

de la depresión infantil, diferenciar entre lo que es la depresión como síntoma, como síndrome y como trastorno.

Así, lo que se entiende por depresión infantil es lo que corresponde al trastorno. En la actualidad, nadie duda de la existencia de este trastorno; sin embargo, existen divergencias en los investigadores frente a la pregunta de si los niños o los adolescentes pueden experimentar la gran variedad de aspectos afectivos, somáticos, cognitivos y conductuales que experimentan los adultos con depresión mayor (Wicks- Nelson e Israel, 1997). Algunos autores consideran que los síntomas de los niños y adolescentes pueden ser equiparables a los del adulto, mientras que otros piensan que es necesaria una evaluación de los síntomas considerando los diferentes niveles del desarrollo.

Entonces, podemos hacer una descripción clínica de la depresión infantil en función de las dos posturas planteadas anteriormente.

En la línea teórica que considera que la depresión infantil presenta características equiparables con la depresión en adultos, se encuentran las clasificaciones internacionales de trastornos mentales como el DSM-IV y el CIE-10. En la misma línea, otros autores como Waslick, Kandel y Kakourous (2003) refieren que los síntomas de la depresión infantil son muy similares a lo largo del espectro evolutivo y que sólo una pequeña minoría de niños y adolescentes presentan diferencias por lo que no proponen un enfoque evolutivo.

La clasificación propuesta en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2002) considera para niños y adultos los mismos criterios diagnósticos, salvo dos características que lo diferencian: (a) la

aceptación de que, en niños y adolescentes, la irritabilidad puede reemplazar el estado de ánimo depresivo; y (b) que los niños o adolescentes no solo subirán o bajarán de peso; sino que, al estar en proceso de crecimiento, se considera que la inapetencia y la falta de un peso adecuado para su edad es un indicador importante a tomar en cuenta.

Los autores del CIE-10 (Organización Mundial de la salud [OMS], 2007) no reconocen ningún criterio específico en función de la edad. Sin embargo, los criterios diagnósticos del CIE-10 se diferencian del DSM-IV-TR, pues consideran que la pérdida de la autoestima es un síntoma separado del criterio de sentimiento inapropiado de inutilidad y culpa excesivas e inapropiadas; así como también, se diferencian en el número de síntomas utilizados para los criterios diagnósticos, por lo menos seis aparte de los síntomas generales.

Según el DSM IV (1994) los estados depresivos se ubican dentro los trastornos de estado de ánimo. Esta sección de los trastornos del estado de ánimo incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. Esta sección se divide en 3 partes.

La primera describe los episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaniaco) que han sido incluidos por separado al principio de esta sección para poder diagnosticar adecuadamente los diversos trastornos del estado de ánimo. Estos episodios no tienen asignados códigos diagnósticos y no pueden diagnosticarse como entidades independientes; sin embargo, sirven como fundamento al diagnóstico de los trastornos. La segunda parte describe los trastornos del estado de

ánimo (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar I). Los criterios de la mayoría de los trastornos del estado de ánimo exigen la presencia o ausencia de los episodios afectivos descritos en la primera parte de esta sección.

La tercera parte incluye las especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente o el curso de los episodios recidivantes.

Es por tal motivo que Los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos (depresión unipolar), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Los trastornos depresivos (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado) se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaniaco. Los trastornos bipolares (p. ej., trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado) implican la presencia (o historia) de episodios maníacos, episodios mixtos o episodios hipomaniacos, normalmente acompañados por la presencia (o historia) de episodios depresivos mayores, (DSM IV, 1994)

En cuanto a la epidemiología de este trastorno, Lozano, García y Lozano (2011) indican la importancia de los trastornos afectivos en el desarrollo infanto-juvenil donde se compruebe en la alta tasa de diagnósticos realizados: entre un 10 y un 20% de todos los niños clínicamente consultados exhiben algunos niveles de depresión. Asimismo Mezquita y Guilian (1994) evidencia que existe una amplia

variedad en las estimaciones de los porcentajes de niños y adolescentes que parecen mostrar un trastorno depresivo. Esta disparidad en los resultados obtenidos puede deberse a varios factores: que la muestra estudiada sea la población general, la que asiste a consulta o la hospitalizada, que se considere el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, distimia, etc. O simplemente se centre en la existencia de síntomas depresivos, y que se estudien diferentes rangos de edades o las diferencias entre varones y mujeres.

La tasa de población general según Cichetti y Toth (1998), con un trastorno depresivo mayor varía entre el 0.4 al 2.5% de los niños y el 0.4 al 7.3% de los adolescentes.

Por otro lado, la comorbilidad es la presencia conjunta de dos o más trastornos en una persona en un momento dado. La presencia conjunta de diferentes trastornos infantiles es la regla, no una excepción.

Vázquez y Sanz (1992) afirman que es muy complicado diferenciar la ansiedad subjetiva o inquietud de la depresión en algunas ocasiones, ya que coexisten en un 70 u 80% de los casos. Una revisión de 21 estudios realizados con poblaciones generales y criterios DSM-IV (Angold y cols., 1999) encontró que aproximadamente entre el 11 y el 69% (media = 17%) de los jóvenes ansiosos tenían un trastorno depresivo comórbido, mientras que entre un 15 y un 75% (media = 39%) de los jóvenes que tenían un trastorno depresivo manifestaban ansiedad comórbida. Estos datos son consistentes con los encontrados por múltiples investigaciones anteriores y son coherentes con los trabajos de Essau, Conrado y Petermann (1999) y Masi, Mucci, Favilla, Romando y Poli (1999), en los que afirman que los trastornos depresivos tienen una mayor probabilidad de

que ocurran en los niños con un trastorno primario de ansiedad generalizada o fobia social.

En relación con la comorbilidad entre los trastornos de ansiedad, Bittner, Egger, Erkanli, Costello, Foley y Angold (2007) informan que el 30% de los niños diagnosticados con un trastorno de ansiedad cumplen los criterios diagnósticos para otro o más trastornos de ansiedad. Con relación a los problemas de conducta, Greene y cols. (2002) informan que más del 30% de los niños derivados a centros de salud mental por sufrir un trastorno depresivo también cumplen los criterios diagnósticos de trastornos de conducta. Igualmente de los derivados por trastornos de conducta, el 50% cumple los criterios de un trastorno depresivo.

Asimismo, los estudios de los síntomas ansiosos y depresivos en poblaciones generales, clínicas y escolares han demostrado repetidamente la existencia de altas correlaciones entre ellos: de 0.60 a 0.80 en los trabajos de Cole, Truglio y Peeke (1997) y Muris, Meesters, Merckelbach, Sermón y Zwakhalen (1998). Del solapamiento de síntomas y de las altas correlaciones entre las diferentes medidas de ansiedad y depresión surge una cuestión teórica, que supera el ámbito de este trabajo, sobre si la depresión y la ansiedad comórbida en los niños y adolescentes es una manifestación de un único constructo o son dos dominios separados entre sí.

La experiencia clínica sugiere que muchos pacientes que acuden a recibir tratamiento en los servicios de medicina general o en las consultas psiquiátricas muestran una mezcla de síntomas ansiosos y depresivos de diversa intensidad. El solapamiento sintomático plantea importantes cuestiones para el clínico. La cuestión básica es que en qué

medida el predominio de los síntomas ansiosos o depresivos afecta al diagnóstico o al tratamiento.

Por otra parte, a pesar de los numerosos estudios clínicos llevados a cabo en torno a esta temática, persiste la controversia sobre si los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos representan distintas entidades clínicas o si se trata de diferentes aspectos de una misma alteración psicopatológica.

En cuanto al modelo teórico que sigue la presente investigación, Ayuso (1997) explica tres modelos conceptuales principales que intentan explicar la relación entre ansiedad y depresión:

El modelo unitario propone que los estados de ansiedad y los síndromes depresivos son variantes del mismo trastorno y difieren cuantitativamente. Se sugiere que la ansiedad y la depresión pueden considerarse como dos estadios sintomáticos del trastorno afectivo, variando a lo largo del tiempo la intensidad síntomas ansiosos/síntomas depresivos, de forma que el diagnóstico depende del momento a lo largo del curso de la enfermedad en el que se hace la valoración.

Con respecto al modelo dualista se han comparado los datos biográficos, clínicos y pronósticos de los pacientes con estados de ansiedad frente a los pacientes con enfermedad depresiva, demostrando que estos dos trastornos son independientes y no simples variantes clínicas de un trastorno afectivo.

Por último el modelo Ansioso-Depresivo propone la existencia de una mezcla de los dos síndromes, fenomenológicamente diferente tanto de la ansiedad primaria como de la depresión primaria. (Ayuso, 1997).

De este modo podemos concluir que tanto la ansiedad y la depresión, mantienen una correlación significativa, pero cada cuadro posee sus propios síntomas de manera independiente. Es decir que en muchas ocasiones un individuo puede presentar síntomas de ambos cuadros, diagnosticándose de manera independiente cada cuadro; sin quitar la opción de que ambas tienen una relación bastante alta en función a sus síntomas.

Al ser la prueba nueva, no se encontraron antecedentes en cuanto a adaptaciones o propiedades psicométricas de la misma; es por ello que se consideran los siguientes como antecedentes, pues son estudios que se realizaron para la construcción del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión.

L. Lozano Gonzalez, E. Garcia Cueto, L. M Lozano Fernández (2006), se basaron en una muestra de estudiantes de centros públicos, privados y concertados del principado de Asturias, su muestra constó de 1.184 personas, donde el 21,9% fueron mujeres y el restante 48,1%, varones. El rango de edad osciló entre los 7 años hasta los 17. Dichos autores consideraron que un ámbito fundamental de evaluación en el ámbito educativo son los aspectos motivacionales y dentro de estos los afectivos. Es por ello que, el Cuestionario Educativo-Clínico (CECAD) para Niños y Adolescentes trata de cubrir los aspectos de ansiedad-depresión, auto concepto y el papel que cumplen los padres en el rendimiento académico.

Es así también que, Luis González (2006), realizó un estudio piloto, en el cual participaron más de 3.000 personas residentes en el Principado de Asturias. El rango de edad va desde los 7 a los 25 años, el cuestionario consistía en 50 ítems, evalúa

los niveles de ansiedad, depresión, irritabilidad, inutilidad y problemas de pensamiento. Todas las escalas aquí señaladas presentan una alta fiabilidad. Se obtuvo un único componente relevante; dato éste que parece señalar la unidimensionalidad del CECAD. No obstante, desde un punto de vista estrictamente clínico, las cinco escalas señaladas anteriormente han alcanzado una alta fiabilidad.

Por otro lado, se considera que la presente investigación se justifica porque: 1). No existen estudios en Trujillo sobre las propiedades psicométricas del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión; por lo tanto, es un aporte para futuras investigaciones, con poblaciones con características similares a la muestra. 2). Las propiedades psicométricas de esta prueba ayudará a crear un nuevo instrumento para Perú. 3). Esta investigación sirve para el uso de las Instituciones Educativas señaladas y sus responsables. 4). Permite a los profesionales del campo de la psicología clínica y/o educativa contar con un instrumento que posee validez, y confiabilidad aplicada.

Sabiendo que en cada época y en cada sociedad la crisis de la adolescencia se manifiesta de maneras diversas: desde los múltiples factores culturales que influyen en las diversas formas de comportamiento hasta los modos en cómo expresan su sufrimiento. Una de estas formas de expresión es la ansiedad al ser una respuesta emocional que engloba aspectos subjetivos de características displacenteras, corporales y fisiológicas.

Es así que según Bernstein y Borchardt (1991) han indicado que el estudio de los factores de riesgo de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia es de suma importancia para los profesionales de

la salud mental. Los trastornos de ansiedad constituyen una de las categorías diagnósticas más prevalentes de todos los trastornos psicológicos, tanto en la infancia como en la vida adulta.

Estos trastornos de ansiedad desarrollados en la infancia y adolescencia generan diversas alteraciones tanto a nivel comportamental, fisiológico y cognitivo, por eso Lozano, García y Lozano (2011) aseveran que los trastornos de ansiedad afectan tres áreas funcionales del niño: Las cogniciones, las conductas y las reacciones somáticas, condicionando su desempeño escolar, social y personal.

Asimismo, Benjamín, Costello y Warren (1990) indican que los estudios epidemiológicos demuestran que la prevalencia de los trastornos de ansiedad en la infancia oscila entre 5,6% y 21%.

Es así que, la depresión se manifiesta como otro problema tanto en la infancia como en la adolescencia, como también dentro del marco educativo. Cicchetti y Toth (1998) sostienen que actualmente, la depresión en los niños y en los adolescentes se conceptualiza como un estado alterado del humor caracterizado por un estado disfórico similar a la depresión adulta; es a partir de ello que se genera la importancia de la investigación sobre estas variables. Al respecto, Kazdin (1987) comprueba una alta tasa de diagnósticos de trastornos afectivos en el desarrollo infanto-juvenil; que oscilan entre un 10% y un 20% de todos los niños clínicamente consultados.

Es así que la ansiedad y la depresión, según los últimos datos estadísticos, se constituyen en las enfermedades mentales más prevalentes a nivel internacional, nacional y local. Así también, los estudios realizados en adolescentes revelan

alarmantes cifras tanto de sintomatología depresiva y ansiosa, que afectan al campo educativo.

A partir de esto es que se genera la idea de construir pruebas psicométricas que midan estas problemáticas con la finalidad de llegar a una detección temprana. Sin embargo, existen pruebas psicométricas que miden estas variables de forma independiente; por tal motivo los autores Luis Lozano González, Eduardo García Cueto y Luis Manuel Lozano Fernández (2011) preocupados por medir dichos constructos en forma conjunta es que crearon el Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD – 2° Edición). Este instrumento consta de 50 ítems, con una fiabilidad que se estimó mediante el coeficiente Alpha de Cronbach, el cual alcanzó un valor igual a 0.94. Para el estudio de la validez de constructo se llevó a cabo un análisis factorial con el método de factores principales y rotando un único factor. Este factor explicó el 25.5% de la varianza total y el 69.0% de la varianza estimada. Los baremos se elaboraron según la edad y el sexo, generando diferencias significativas en base a estas variables nominales. Así mismo, el presente instrumento es sencillo de responder puesto que necesita un nivel básico de escolaridad para poder ser comprendido; y que está dirigido a poblaciones de niños, adolescentes y jóvenes adultos.

El uso del CECAD y de otras pruebas como forma de medición constituye uno de los principales campos de acción de la psicología, razón por la cual es necesario tener instrumentos válidos y confiables y que cuenten con normas o baremos para la realidad local, que permitan obtener datos precisos de las características psicológicas de la población a la cual se dirige.

Sin embargo, en el Perú existen dificultades que obstaculizan dicha tarea; como la multiculturalidad existente, la centralización de las investigaciones psicométricas y de adaptaciones en Lima, y la falta de recursos económicos en el campo de la salud mental. Esta tarea obstaculiza enormemente la tarea de la medición, puesto que no se cuentan con suficientes pruebas adaptadas a las características de las diferentes regiones existentes en nuestro país, como es en este caso particular la ciudad de Trujillo, en la cual se hace necesario la adaptación y el estudio de las propiedades psicométricas del CECAD.

Son por estas razones, que el presente trabajo de investigación se enfocó en la determinación de las características psicométricas de validez y confiabilidad, así como de los baremos del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) en estudiantes de secundaria de la ciudad de Trujillo.

Por lo antes dicho es que se planteó la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las Propiedades Psicométricas del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión en estudiantes de sexo femenino de las Instituciones Educativas “A” y “B” del nivel secundario de la ciudad de Trujillo?.

Finalmente se propuso como objetivo general: Describir las propiedades psicométricas del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión en una muestra de estudiantes de sexo femenino del primero al quinto de secundaria de las Instituciones Educativas “A” y “B” de la ciudad de Trujillo. Para llegar al objetivo general se creyó oportuno plantear los siguientes objetivos específicos: 1). Determinar la validez de constructo del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión en estudiantes del sexo femenino

del primero a quinto de secundaria de las Instituciones Educativas “A” y “B”. 2). Determinar la Validez de constructo mediante análisis factorial en estudiantes del sexo femenino del primero a quinto de secundaria de las Instituciones Educativas “A” y “B”. 3). Determinar la confiabilidad a través del método de la consistencia interna por medio del coeficiente alfa de Cronbach del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión en estudiantes del sexo femenino de las Instituciones Educativas “A” y “B” del nivel secundario.

MÉTODO

Tipo de estudio:

La presente investigación es de naturaleza psicométrica, correspondiente al tipo Tecnológica, donde el investigador establece procedimientos para alcanzar sus objetivos. La investigación tecnológica responde a problemas técnicos; la cual, está orientada a demostrar la validez de ciertas técnicas bajo las cuales se aplican principios científicos que demuestran su eficacia en la modificación o transformación de un hecho o fenómeno. (Sánchez & Reyes, 2006, p. 39)

Participantes

La población estuvo conformada por un total 1418 alumnos del sexo femenino de primero a quinto grado de secundaria. Las participantes pertenecen a las Instituciones Educativas “A” y “B”, de la ciudad de Trujillo.

Para determinar el tamaño de la muestra se asumió una confianza del 95% ($Z= 1.96$), un error de muestreo de 4% y una varianza máxima ($pq= 0.25$) para asegurar un tamaño de muestra lo suficientemente grande respecto al tamaño de la población objetivo ($N= 1418$) de las referidas alumnas. Por tanto, la muestra estuvo constituida por 600 estudiantes de secundaria de sexo femenino

de las Instituciones Educativas “A” y “B” de la ciudad de Trujillo.

La presente investigación realizó un muestreo polietápico, donde primero se hizo uso del muestreo no probabilístico, de tipo Intencional. Para Sánchez y Reyes (2006, p. 147), en este tipo de muestreo quien selecciona la muestra busca que ésta sea representativa de la población donde es extraída. Lo importante es que dicha representación se de en base a una opinión o intención particular de quien selecciona la muestra y por lo tanto la evaluación de la representatividad es subjetiva. Es así que, una muestra intencional está influenciada por las preferencias o tendencias, conscientes o inconscientes, de la persona que la obtiene.

Posteriormente, se utilizó un *muestreo probabilístico, de tipo Aleatorio Simple y luego Estratificado*.

Se seleccionará una muestra de tamaño n , de una población de tamaño N elementos, de tal manera que cada elemento tiene la misma probabilidad de pertenecer a la muestra. Enseguida, los elementos se separan en grupos mutuamente excluyentes o estratos (en este caso por grados de estudio: 1°, 2°, 3°, 4° y 5° grado de educación secundaria) y la selección posterior de una muestra aleatoria. El procedimiento consiste en dividir el tamaño de la muestra entre el tamaño de la población y ese resultado se multiplica por cada estrato de la población, obteniendo de ese modo la cantidad que debe ser evaluada por cada estrato. (CICADE, 2004, citado en Chávez, pp.63-64)

Instrumentos

El instrumento lleva el nombre de Cuestionario Educativo clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD), creado por los autores: Luis Lozano Gonzalez, Eduardo García Cueto y Luis Manuel Lozano Fernández. La procedencia del mismo hace referencia a TEA

Ediciones, S.A., 2007, 2011; Respecto a su aplicación puede ser tanto de manera individual como colectiva y en cuanto a la duración es variable, entre unos 10 y 20 minutos aproximadamente. El presente instrumento psicológico está dirigido para niños desde los siete años en adelante.

La finalidad del instrumento es la evaluación global de la ansiedad, la depresión y cuatro aspectos relacionados: inutilidad, irritabilidad, pensamientos automáticos y síntomas psicofisiológicos.

Por último, es preciso referir que el instrumento presenta baremos en puntuaciones típicas T (Media = 50; Dt = 10) por edad y sexo.

Se pudo comprobar sus propiedades psicométricas a través de estudios realizados.

Procedimiento

Ante la aplicación del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión, se realizó el análisis de la información, en la que se procedió tanto al empleo de la

Estadística Descriptiva como de la Estadística Inferencial.

Con respecto a la Estadística Descriptiva se procedió al empleo de las medidas de tendencia central; tales como: La Media aritmética, la Mediana y la Moda. Así mismo, se utilizarán las medidas de variabilidad; tales como: La varianza y la desviación estándar.

Por otro lado, con respecto a la Estadística Inferencial, se utilizó estadísticos para hacer correlaciones (Producto Momento de Pearson), y para hallar la confiabilidad se hizo uso del coeficiente alfa de Cronbach. Asimismo se hizo el uso del análisis factorial exploratorio y el confirmatorio.

Finalmente se discutieron los resultados, contrastándolos con los antecedentes y el marco teórico, así también se plantearon las conclusiones teniendo en cuenta los objetivos propuestos y finalmente se plantearon las sugerencias según los resultados obtenidos.

RESULTADOS

Resultados sobre la validez de constructo del CECAD.

Tabla 1.

Índices de Validez de Constructo Ítem - Test

| Ítem | Test | r | Sig. | Ítem | Test | r | Sig. |
|---------|-------|-----|---------|---------|-------|-----|---------|
| Ítem 1 | CECAD | ,41 | ,000 ** | Ítem 26 | CECAD | ,60 | ,000 ** |
| Ítem 2 | CECAD | ,49 | ,000 ** | Ítem 27 | CECAD | ,44 | ,000 ** |
| Ítem 3 | CECAD | ,46 | ,000 ** | Ítem 28 | CECAD | ,50 | ,000 ** |
| Ítem 4 | CECAD | ,31 | ,000 ** | Ítem 29 | CECAD | ,61 | ,000 ** |
| Ítem 5 | CECAD | ,54 | ,000 ** | Ítem 30 | CECAD | ,59 | ,000 ** |
| Ítem 6 | CECAD | ,39 | ,000 ** | Ítem 31 | CECAD | ,64 | ,000 ** |
| Ítem 7 | CECAD | ,44 | ,000 ** | Ítem 32 | CECAD | ,64 | ,000 ** |
| Ítem 8 | CECAD | ,44 | ,000 ** | Ítem 33 | CECAD | ,50 | ,000 ** |
| Ítem 9 | CECAD | ,19 | ,000 ** | Ítem 34 | CECAD | ,39 | ,000 ** |
| Ítem 10 | CECAD | ,42 | ,000 ** | Ítem 35 | CECAD | ,46 | ,000 ** |
| Ítem 11 | CECAD | ,52 | ,000 ** | Ítem 36 | CECAD | ,53 | ,000 ** |
| Ítem 12 | CECAD | ,47 | ,000 ** | Ítem 37 | CECAD | ,45 | ,000 ** |
| Ítem 13 | CECAD | ,44 | ,000 ** | Ítem 38 | CECAD | ,57 | ,000 ** |
| Ítem 14 | CECAD | ,39 | ,000 ** | Ítem 39 | CECAD | ,66 | ,000 ** |
| Ítem 15 | CECAD | ,46 | ,000 ** | Ítem 40 | CECAD | ,45 | ,000 ** |
| Ítem 16 | CECAD | ,55 | ,000 ** | Ítem 41 | CECAD | ,49 | ,000 ** |
| Ítem 17 | CECAD | ,52 | ,000 ** | Ítem 42 | CECAD | ,52 | ,000 ** |
| Ítem 18 | CECAD | ,52 | ,000 ** | Ítem 43 | CECAD | ,41 | ,000 ** |
| Ítem 19 | CECAD | ,54 | ,000 ** | Ítem 44 | CECAD | ,65 | ,000 ** |
| Ítem 20 | CECAD | ,41 | ,000 ** | Ítem 45 | CECAD | ,58 | ,000 ** |
| Ítem 21 | CECAD | ,63 | ,000 ** | Ítem 46 | CECAD | ,39 | ,000 ** |
| Ítem 22 | CECAD | ,61 | ,000 ** | Ítem 47 | CECAD | ,66 | ,000 ** |
| Ítem 23 | CECAD | ,47 | ,000 ** | Ítem 48 | CECAD | ,51 | ,000 ** |
| Ítem 24 | CECAD | ,64 | ,000 ** | Ítem 49 | CECAD | ,69 | ,000 ** |
| Ítem 25 | CECAD | ,68 | ,000 ** | Ítem 50 | CECAD | ,64 | ,000 ** |

**p<,01

Los resultados de la tabla 5, muestran según Elosúa y Bully (2012), un índice de validez muy bueno ($r > ,40$) en 45 ítems del cuestionario; un índice de validez ($r > ,30$) bueno en los ítems 4, 6, 14 y 34 y un índice

de validez deficiente ($r > ,20$) en el ítem 9, corroborando el buen grado de correlación entre lo que mide cada ítem y lo que se pretende medir en todo el cuestionario educativo clínico: ansiedad y depresión.

Resultados de la validez de constructo mediante análisis factorial del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión

Tabla 2.

Estructura Factorial de Primer Orden del CECAD

| Ítem | Factores | | | h2 | Ítem | Factores | | | | | | | h2 | |
|---|-----------------|-----------------|-----------------|-----|------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------------|-----|------------------|
| | IN ₁ | SP ₂ | IR ₃ | | | IN ₄ | SP ₅ | SP ₆ | SP ₇ | SP ₈ | PP ₉ | PP ₁₀ | | SP ₁₁ |
| 19 | ,55 | | | ,54 | 3 | ,58 | | | | | | | | ,56 |
| 21 | ,78 | | | ,67 | 14 | ,59 | | | | | | | | ,53 |
| 24 | ,81 | | | ,71 | 16 | ,66 | | | | | | | | ,59 |
| 28 | ,50 | | | ,56 | 43 | ,77 | | | | | | | | ,62 |
| 30 | ,85 | | | ,75 | 8 | | ,43 | | | | | | | ,48 |
| 31 | ,60 | | | ,56 | 15 | | ,42 | | | | | | | ,42 |
| 38 | ,50 | | | ,48 | 2 | | | ,61 | | | | | | ,46 |
| 40 | ,38 | | | ,47 | 12 | | | ,65 | | | | | | ,46 |
| 41 | ,39 | | | ,41 | 20 | | | ,40 | | | | | | ,35 |
| 42 | ,35 | | | ,50 | 26 | | | ,54 | | | | | | ,56 |
| 44 | ,58 | | | ,66 | 35 | | | ,46 | | | | | | ,49 |
| 47 | ,54 | | | ,61 | 37 | | | ,70 | | | | | | ,59 |
| 49 | ,64 | | | ,69 | 46 | | | | ,53 | | | | | ,53 |
| 50 | ,85 | | | ,77 | 1 | | | | | ,72 | | | | ,56 |
| 7 | | ,72 | | ,62 | 27 | | | | | ,67 | | | | ,55 |
| 13 | | ,77 | | ,62 | 25 | | | | | | ,49 | | | ,53 |
| 23 | | ,56 | | ,42 | 32 | | | | | | ,52 | | | ,53 |
| 33 | | ,85 | | ,73 | 36 | | | | | | ,54 | | | ,47 |
| 48 | | ,61 | | ,45 | 45 | | | | | | ,53 | | | ,54 |
| 5 | | | ,56 | ,50 | 4 | | | | | | | ,59 | | ,48 |
| 11 | | | ,78 | ,63 | 18 | | | | | | | ,60 | | ,50 |
| 17 | | | ,54 | ,42 | 6 | | | | | | | | ,64 | ,55 |
| 22 | | | ,73 | ,60 | 9 | | | | | | | | ,48 | ,41 |
| 29 | | | ,76 | ,67 | 10 | | | | | | | | ,70 | ,58 |
| 34 | | | ,36 | ,66 | | | | | | | | | | |
| 39 | | | ,54 | ,53 | | | | | | | | | | |
| % Var. | 27,3 | 4,3 | 3,4 | | | 3,2 | 3,0 | 2,6 | 2,5 | 2,3 | 2,2 | 2,2 | 2,1 | 55,2 |
| Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin. | | | | | | | | | | | | | | ,944 |
| Prueba de esfericidad de Bartlett | | | | | | | | | | X ² | 10917,28 | | | |
| | | | | | | | | | | gl | 1225 | | | |
| | | | | | | | | | | Sig. | ,000** | | | |

**p<,01

En el Análisis Factorial de primer orden, mostrado en la tabla 5, se obtuvo un valor alto en la prueba KMO=0.944 lo cual indica la existencia de muchas correlaciones altamente significativas entre los ítems y un valor altamente significativo de la Prueba de

esfericidad de Bartlett indicando que todos los ítems siguen una distribución normal múltiple, estos resultados indican la pertinencia realizar el Análisis Factorial, en el cual a través del método de extracción por componentes principales con rotación

oblicua y normalización de Káiser se hallaron cargas factoriales altas para cada factor, determinando así once factores con valores propios mayores o iguales a uno, que explican un 55.2% de la varianza total acumulada. Estos diez factores de primer

orden presentan una estructura fraccionada de los indicadores clínicos del CECAD por lo cual se procedió a la aplicación de un análisis factorial de segundo orden, hallándose el siguiente resultado:

Tabla 3.

Estructura factorial de los rasgos clínicos del CECAD

| Factores de 1er orden | Indicadores Clínicos | | | | h ² |
|--|----------------------|---------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------------|
| | Inutilidad | Irritabilidad | Síntomas Psicofisiológicos | Problemas de pensamiento | |
| IN1 | ,85 | | | | ,75 |
| IN4 | ,57 | | | | ,52 |
| IR3 | | ,78 | | | ,63 |
| SP6 | | | ,55 | | ,62 |
| SP7 | | | ,38 | | ,82 |
| SP11 | | | ,90 | | ,83 |
| SP2 | | | ,61 | | ,51 |
| SP5 | | | ,59 | | ,65 |
| SP8 | | | ,30 | | ,86 |
| PP9 | | | | ,83 | ,71 |
| PP10 | | | | ,75 | ,60 |
| % Varianza | 46,4 | 8,1 | 7,1 | 6,6 | 68,1 |
| Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin. | | | | | ,94 |
| Prueba de esfericidad de Bartlett | | | | | X ² 5933,74 |
| | | | | | gl 55 |
| | | | | | Sig. ,000** |

**p<,01

En el Análisis Factorial, de segundo orden mostrado en la tabla 7, se obtuvo un valor alto en la prueba KMO=0.94 lo cual indica la existencia de muchas correlaciones altamente significativas entre los factores de primer orden y un valor altamente significativo de la prueba de esfericidad de Bartlett que indica que todos los factores de primer orden siguen una distribución normal múltiple, estos resultados indican la pertinencia de realizar el Análisis Factorial

de segundo orden, en el cual a través del método de extracción por componentes principales con rotación oblicua y normalización de Káiser se hallaron cargas factoriales altas para cada factor, confirmándose la estructura factorial de los rasgos clínicos del CECAD propuestas originalmente y que cumplen con los criterios de parsimonia e interpretabilidad teórica.

Tabla 4.*Estructura Bifactorial del CECAD*

| Depresión | | | Ansiedad | | |
|-----------|-----------------|----------------|----------|-----------------|----------------|
| Ítems | Carga factorial | h ² | Ítems | Carga factorial | h ² |
| 2 | ,46 | ,25 | 1 | ,24 | ,27 |
| 3 | ,49 | ,25 | 6 | ,41 | ,28 |
| 4 | ,30 | ,29 | 7 | ,62 | ,39 |
| 5 | ,52 | ,29 | 8 | ,31 | ,28 |
| 10 | ,38 | ,18 | 9 | ,20 | ,24 |
| 11 | ,48 | ,29 | 13 | ,68 | ,47 |
| 12 | ,44 | ,22 | 14 | ,42 | ,29 |
| 15 | ,44 | ,21 | 18 | ,50 | ,27 |
| 16 | ,55 | ,31 | 20 | ,44 | ,21 |
| 17 | ,49 | ,27 | 23 | ,54 | ,31 |
| 19 | ,58 | ,34 | 27 | ,37 | ,20 |
| 21 | ,72 | ,54 | 33 | ,76 | ,58 |
| 22 | ,56 | ,39 | 34 | ,32 | ,23 |
| 24 | ,73 | ,55 | 36 | ,50 | ,29 |
| 25 | ,67 | ,48 | 43 | ,31 | ,26 |
| 26 | ,61 | ,38 | 46 | ,35 | ,26 |
| 28 | ,55 | ,30 | 48 | ,64 | ,41 |
| 29 | ,57 | ,38 | | | |
| 30 | ,69 | ,53 | | | |
| 31 | ,69 | ,48 | | | |
| 32 | ,61 | ,42 | | | |
| 35 | ,45 | ,21 | | | |
| 37 | ,43 | ,29 | | | |
| 38 | ,62 | ,38 | | | |
| 39 | ,64 | ,44 | | | |
| 40 | ,44 | ,21 | | | |
| 41 | ,51 | ,26 | | | |
| 42 | ,53 | ,28 | | | |
| 44 | ,67 | ,44 | | | |
| 45 | ,62 | ,38 | | | |
| 47 | ,67 | ,46 | | | |
| 49 | ,72 | ,52 | | | |
| 50 | ,72 | ,55 | | | |

Así mismo, con fines confirmatorios y para corroborar el supuesto de una estructura bifactorial del CECAD se utilizó un análisis factorial por componentes principales método de extracción por componentes principales con rotación oblicua y

Tabla 5.

normalización de Káiser, hallándose cargas factoriales superiores a ,20 para los ítems, encontrándose 33 ítems pertenecientes a la dimensión de depresión y 17 ítems pertenecientes a la dimensión de ansiedad.

Índices de ajuste del modelo bifactorial del CECAD

| Instrumento | X ² | gl | Sig. | GFI | CFI |
|-------------|----------------|------|---------|------|------|
| CECAD | 24285,49 | 1225 | ,000 ** | ,956 | ,949 |

Nota: GFI: Índice de ajuste; CFI: Índice de ajuste corregido

**p<,01

Los índices de la tabla 9, muestran un índice de ajuste al modelo adecuados, con un índice de ajuste e índice de ajuste corregido superior

al ,90; comprobándose que parece muy sensato mantener de forma inequívoca la hipótesis del modelo bifactorial del CECAD.

Resultados de la Confiabilidad

Tabla 6.

Índices de Confiabilidad del CECAD

| Dimensión / Indicadores clínicos | Alfa de Cronbach | N de Ítems |
|-----------------------------------|------------------|------------|
| Depresión | ,93 | 33 |
| Ansiedad | ,76 | 17 |
| Inutilidad | ,88 | 18 |
| Irritabilidad | ,56 | 7 |
| Síntomas Psicofisiológicos | ,83 | 19 |
| Problemas de pensamiento | ,68 | 6 |
| CECAD Total | ,94 | 50 |

Los resultados de la tabla 10, muestran un nivel de confiabilidad elevada para el CECAD en general (.94) y para la dimensión de depresión (.93), una confiabilidad muy buena en el indicador inutilidad, una confiabilidad buena en el

indicador de síntomas psicofisiológicos, una confiabilidad mínimamente aceptable en el indicador de problemas de pensamiento y una confiabilidad moderada en el indicador de irritabilidad, corroborando la consistencia interna del CECAD.

Tabla 7.

Estadísticos Descriptivos por escala

| Escalas | Depre- sión | Ansiedad | Inutilidad | Irrita- bilidad | Síntomas Psico- fisiológicos | Problemas de CECAD pensamiento | Total |
|---------|----------------|----------|------------|--------------------|------------------------------------|-----------------------------------|--------|
| Media | 73,88 | 37,14 | 40,65 | 14,56 | 42,36 | 13,46 | 111,98 |
| Var | 419,01 | 90,43 | 122,56 | 19,35 | 128,77 | 17,33 | 820,24 |
| DE | 20,47 | 9,51 | 11,07 | 4,40 | 11,35 | 4,16 | 28,64 |
| EEM | 5,32 | 4,71 | 3,86 | 2,92 | 4,71 | 2,35 | 7,02 |

Nota: DE: Desviación Estándar; EEM: Error estándar de medición

Los resultados de la tabla 11, muestran una desviación estándar superior al error estándar

de medición en cada una de las dimensiones e indicadores clínicos del CEDAD.

DISCUSIÓN

En el presente capítulo se discutirán los resultados del análisis estadístico del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión obtenidos en una muestra de estudiantes del sexo femenino del nivel secundario de las instituciones educativas “A” y “B” de la ciudad de Trujillo.

El objetivo general de este estudio es Describir las propiedades psicométricas del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión en una muestra de estudiantes del primero al quinto de secundaria Instituciones Educativas “A” y “B” en la ciudad de Trujillo, dicho objetivo se cumplió en su totalidad, llegando a obtener la validez y confiabilidad para dicho instrumento.

En relación al primer objetivo específico: Determinar la validez de constructo del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión en estudiantes del primero a quinto de secundaria de las Instituciones Educativas “A” y “B” de la ciudad de Trujillo. Alarcón (2008) considera dentro de este concepto a las correlaciones ítem-test, es decir, la correlación de cada ítem con el puntaje total del test, ofreciendo información respecto a la consistencia interna del mismo. Es por ello, que se procedió a evaluar el cuestionario antes mencionado en una muestra de 600 estudiantes de sexo femenino de primero a quinto de secundaria, conformada así por 441 estudiantes de la institución educativa “A” y 159 de la institución educativa “B”. De esta evaluación, se obtuvo la correlación ítem-test, indicando que las correlaciones de los ítems 4, 6 y 14 con el total del test son significativas (de 0.30 a 0.39) y su validez es buena; en los ítems restantes las correlaciones con el total del test son significativas (mayores a 0.40) y esto refleja una validez muy buena. Lo que significa que todos los ítems miden las variables que el

Cuestionario pretende medir (Ansiedad y Depresión) y por tanto son válidos.

Respecto al segundo objetivo específico: Determinar la Validez de constructo mediante análisis factorial en estudiantes del primero a quinto de secundaria de las Instituciones Educativas “A” y “B”. Briones (1994), afirma que la búsqueda de correlaciones puede hacerse mediante un análisis factorial para conocer con precisión, mediante las magnitudes de sus cargas, si los ítems correlacionados miden una misma dimensión básica y en qué grado lo hacen.

Antes de aplicar dicho análisis se comprobó a través del índice de Kaiser Meyr Olkin ($KMO= 0,944$) y la prueba de esfericidad de Bartlett una buena adecuación de los datos para modelo de análisis factorial. Posteriormente se llevó a cabo la rotación de factores, encontrando que los componentes con autovalores mayores a uno explicaron el 55 % de la varianza total y que la selección de los ítems para cada componente sería de acuerdo a su peso, es así que el análisis indica que los ítems se agrupan en once componentes pero como el ítem 4 queda aislado en un solo componente, se optó por cargarlo al tercer factor que es donde está el segundo mayor peso. Luego se procedió a realizar el análisis factorial confirmatorio, donde nos indica que podríamos quedarnos con dos dimensiones dado que explicarían el 57.784% de la varianza total; sin embargo, dado que la teoría de este test nos indica que las dimensiones son cuatro (Inutilidad, Irritabilidad, Problemas de Pensamiento y Síntomas Psicofisiológicos), se toma en cuenta las cuatro dimensiones explicando así el 73.057% de la varianza total.

Asimismo, en los resultados se aprecia las dimensiones en los cuales se dividiría el cuestionario, dentro de cada dimensión estarían los ítems agrupados de los

componentes del primer factorial, es así que: la dimensión inutilidad estaría conformado por los componentes 01, 02, 03, 04,05 y 06, los cuales hacen referencia a la percepción que cada uno tiene sobre su valía en cuanto a la capacidad para enfrentarse a las tareas cotidianas de su contexto vital (Lozano et al, 2011). La dimensión irritabilidad estaría conformada por el componente 10, donde puntuaciones altas en esta dimensión indican que la persona se percibe con una alta capacidad para enfadarse y con sensación interna de rabia ante las situaciones cotidianas (Lozano et al, 2011). La dimensión Problemas de Pensamiento estaría conformada por el componente 05 y 08, una alta puntuación indica que la persona se siente inundada por pensamientos intrusivos con una tendencia a valorar las cosas desde la perspectiva más negativa (Lozano et al, 2011). Por último la dimensión de Síntomas psicofisiológicos estaría conformada por los componentes 07 y 10, haciendo referencia que una puntuación alta significa que las personas se muestra usualmente tensa, con dolores corporales, problemas respiratorios, dificultades en la conciliación o en el mantenimiento del sueño, etc (Lozano et al, 2011).

Lo antes mencionado son los resultados obtenidos de la presente investigación, mientras que en la primera edición del Cead (Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión) se llevó a cabo un análisis factorial por el método de factores principales, donde se obtuvo un único factor que explicó el 27,5 % de la varianza total y el 73,00% de la varianza común estimada; los valores para la medida de adecuación muestral ($KMO=0,863$; prueba de esfericidad de Bartlett: $\chi^2 - cuadrado= 3795,15$; $p<0,001$)garantizaron la adecuación de los datos para ser sometidos a este tipo de

análisis factorial. Posteriormente en la reciente edición (2da) se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio mediante el método MRFA (Minimum Rank Factor Analysis) y con rotación oblicua, utilizando como entrada la matriz de correlaciones policóricas entre todos los ítems del test; lográndose obtener dos factores (Ansiedad y Depresión) que explica el 54% de la varianza total; a la vista de los resultados los autores decidieron comprobar la estructura bifactorial del CECAD utilizando un análisis factorial confirmatorio tanto con la muestra total como con cada grupo de edad, para finalmente estudiar la dimensionalidad de cada uno de los aspectos clínicos (Inutilidad, Irritabilidad, Problemas de pensamiento y Síntomas psicofisiológicos) evaluados por el CECAD, los autores comprobaron la hipótesis de la unidimensionalidad de cada uno de ellos.

Por último, el tercero de los objetivos específicos en la presente investigación fue determinar la confiabilidad a través del método de consistencia interna por medio del coeficiente alfa de Cronbach del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión en estudiantes de secundaria de las instituciones Educativas “A” y “B”. Este objetivo también ha sido logrado en su totalidad. Al respecto debemos puntualizar que un cuestionario es confiable cuando su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto, produce los mismos resultados. En el presente caso, el análisis se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS forWindows Versión 18.0, y el Alpha de Cronbach según la escala de Vellis (García, 2005), alcanzando un Nivel de Confiabilidad elevada con un Alpha =0.936. Asimismo la confiabilidad del CECAD (2da edición) se estimó mediante el coeficiente Alpha de Cronbach, el cual alcanzó un valor igual a 0,94 (Lozano et al, 2011).

REFERENCIAS

- Alarcón, R. (2008). *Métodos y Diseños de Investigación del comportamiento*. Lima
- Ayuso, J. L. (1997). Comorbilidad depresión-ansiedad: Aspectos clínicos. *Psiquiatría.com*.
- Benjamín, R., Costelo, A. J., & Warren, M. (1990). Desordenes de Ansiedad en Pediatría Simple. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 293-316.
- Bernstein, G. A., & Borchardt, C. M. (1991). Los desórdenes de la ansiedad en la niñez y adolescencia: una revisión crítica. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 519-532.
- Bittner, A., Egger, H. L., Erkanli, A., Costelo, E. J., Foley, D. L., & Angold, A. (2007). ¿Qué predicen los desórdenes de ansiedad de niñez? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48 (12), 1174 - 1183.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1998). El desarrollo de la depresión en niños y adolescentes. *American Psychologist*, 53 (2), 221-241.
- Costello, E. J., Angold, A., Burns, B. J., Stangl, D. K., Tweed, D. L., Erkanli, A., y otros. (1966). el gran estudio de montañas ahumado de juventud: objetivos, métodos, y el predominio de DSM III - en los desórdenes mentales. *Archives of General Psychiatry*, 53,1129-1136.
- Cuevas, M., & Teva, I. (2006). Evaluación y tratamiento de la depresión infantil. *Manual de psicología clínica infantil*, pp. 219-268.
- Del Barrio, M. (2005). *Trastornos Depresivos*. Madrid: Pirámide.
- Essau, C. A., Conrado, J & Peterman, F. (1999). Frequency of comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour Research And Therapy*, 37, 831-843.
- Hernandez, Ferández, & Baptista. (2010). *Metodología de la Investigación 3era Edición*. México: Mc Graw Hil.
- Kasdin, A. (1987). Children's Depression Scale: Validation whit child psychiatric inpatients. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 28, 29-41
- Lozano, L., García-Cueto, E., & Lozano Fernández, L. M. (2011). *Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión*. España: TEA Ediciones.
- Masi, G., Mucci, M. Favilla, L., Romano, R. Y Poli, P. (1999). Symptomology and comorbity og GAB in children and adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 210-215.
- Mesquita, P. B., & Guilian, W. S. (1994). Diagnóstico diferencial de la niñez en la depresión:

- utilización de la comorbilidad y síntomas para generar múltiples hipótesis. *Child Psychiatry and Human Development*, 24(3), 157-172.
- Morales, V. P. (2012). *Estadística Aplicada a las Ciencias Sociales*. Madrid
- Muris, P., Meesters, C., Merckelbach, H., Sermon, A. & Zwakhalen, S. (1998). Worry in normal child. *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 37, 703-710.
- Psiquiatría, A. A. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM IV)*. Washington, DC: APA.
- Rivas, M. V., Vasquez, J., & Perez, M. (1995). Alteraciones Psicopatológicas en la Infancia: el niño en E. G. B. *Psicothema*, 7, (03), 513-526.
- Saavedra, J. (2000). *Resiliencia en el ande. Un modelo para promoverla en los niños*. Lima: P & S.
- Salud, O. M. (2007). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE - 10)*. Ginebra.
- Sanchez, H., & Reyes, C. (2006). *Metodología y Diseños en la investigación científica*. Perú
- Vásquez, C. & Sanz, J. (1992). Trastornos depresivos (I): Datos clínicos y modelos teóricos. En A. Belloch y E. Ibañez (Eds.), *Manual de Psicopatología*. (Vol. 2). Valencia: Promolibro.
- Waslick, B., Kandel, R., & Kakourous, A. (2003). *La depresión en niños y adolescentes*. Barcelona: Ars Médica.
- Weissman, M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Verdeli, H., & Pilowsky, D. (2005). Familias en riesgo alto y bajo para depresión: un estudio de 3 generaciones. *Archives of General Psychiatry*, 62 (1), 29-36.
- Wicks-Nelson, R., & Israel, A. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice Hall.
- Wolf, J. C., & Ollendick, T. H. (2006). La comorbilidad de la conducta en los problemas y la depresión en niños y adolescentes. *Clinical Childs And Family Psychology Review*, 9 (3-4) 201-220.