



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**“NORMALIZACION DE LA ESCALA DE
DEPRESION DE BIRLESON EN UNA MUESTRA
DE NIÑOS DE PRIMARIA DEL SUR DE LA
CIUDAD DE MEXICO”.**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A :

DIANA ALEIDA ORTIZ DEL COLLADO

DIRECTOR DE TESIS:

LIC. RUBEN VARELA DOMINGUEZ

REVISOR:

LIC. JOSETTE BENAVIDES TOURRES



MEXICO, D. F.

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICADA

**A
MIS PADRES**

**Eduardo Ortiz Arenas
Ubalдина del Collado de Ortiz**

**A
MIS HERMANOS**

**Daniel Ortiz del Collado
Pamela Ortiz del Collado**

AGRADECIMIENTOS

A Dios y a mi bebé por brillar con su luz muy cerca de mi

A mis padres por enseñarme a ser feliz, a amar y a vivir intensamente: A ti papá por ser ejemplo de lucha incansable, amor y apoyo incondicional. A ti mamá por ser una personita llena de luz, fortaleza y amor, gran amiga, mi mejor ejemplo a seguir

A mis hermanos por tantos bellos momentos, por su sonrisa, por ser parte de mi y de mi mundo

A la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de México por haberme regalado el espíritu universitario

A Rubén por haber confiado en mí y brindarme su ayuda y apoyo durante este proceso

A Jossette por sus grandes observaciones

A mis sinodales Lic. Estela Cordero, Lic. Samuel Jurado y Dr. Miguel López por sus enseñanzas, confianza y apoyo

A Carla incansable amiga, por su confianza, cariño y apoyo, por enseñarme que no es lo que predicamos si no lo que practicamos lo que nos hace auténticos

A Livia por compartir sus conocimientos, por motivarme a seguir adelante, por confiar en mí

A mis abuelitas Chelo y María por todo su cariño y experiencia

A dos grandes e inolvidables amigos, Mónica y Jorge cada uno en su momento y cada uno a su manera siempre juntos en el momento justo

A Sol por haber compartido conmigo su trabajo, tiempo y paciencia

A Miss Tere por todo su apoyo, confianza y palabras de sabiduría

A Gabriel por ser un amigo y enseñarme que la vida se encoge o se expande en proporción al coraje de cada uno

A todas mis compañeras del Bosque Addy, Ara, Paty L., Lupita D., Lupita C., Maru, Ivonne, Gaby, Marlene, Paty J., Lupita de la Rosa, Imelda, Esther, Marisol, Dña. Irma por su amistad y todos los años compartidos

A Marce por su cariño, confianza y amistad

A Armando por ser amigo y cómplice

A Marce por su cariño y por todos los momentos compartidos

A Rogelio quien me reto a comenzar una nueva forma de vida

A todos y cada uno de los niños y jóvenes que hicieron posible la realización de este trabajo

A todos ustedes GRACIAS!!! Por hacer de este trabajo un éxito compartido

VICEVERSA

Tengo miedo de verte
necesidad de verte
esperanza de verte
desazones de verte

Tengo ganas de hallarte
preocupación de hallarte
certidumbre de hallarte
pobres dudas de hallarte

Tengo urgencia de oírte
alegría de oírte
buena suerte de oírte
y temores de oírte
osea
resumido
estoy jodido
y radiante
quizá más lo primero
que lo segundo
y también

Viceversa

Mario Benedetti

ÍNDICE

Introducción

CAPÍTULO 1 “DEPRESIÓN INFANTIL”

1.1	Reseña histórica	1
1.2	Revisión concepto de depresión	4
1.3	Epidemiología	14
1.4	Clasificación	18
1.5	Criterio para el diagnóstico	19
1.6	Medición de la Depresión Infantil	21
1.6.1	Antecedentes	
1.6.2	Técnicas de Evaluación	

CAPÍTULO 2 “TEST PSICOLÓGICOS”

2.1	Historia de la medición en psicología	29
2.2	Definición de las pruebas psicológicas	36
2.3	Características de las pruebas psicológicas	37
2.3.1	Grado de dificultad y poder discriminativo de los reactivos	
2.3.2	Estandarización	
2.3.3	Confiabilidad	
2.3.4	Validez	
2.3.5	Normalización	
2.4	Clasificación de las pruebas psicométricas	52
2.5	Influencia del examinador en cuanto a la aplicación	55
2.6	Adaptación de test para su uso en diferentes idiomas y culturas	60
2.6.1	Fuentes de error o invalidez en la adaptación de los tests	
2.6.2	Directrices prácticas para la adaptación de los tests	

CAPÍTULO 3 “ESCALA DE DEPRESIÓN DE BIRLESON”

3.1	Ficha Descriptiva	74
3.2	Origen de la Escala	74
3.3	Descripción de la prueba	75
3.4	Aspectos Psicométricos	75
3.4.1	Análisis de ítems	
3.4.2	Análisis factorial	
3.4.3	Validez	
3.4.4	Confiabilidad	
3.5	Valoración clínica	78
3.6	Modificaciones de la Escala	78

CAPÍTULO 4 “MÉTODO”

4.1 Justificación y planteamiento del problema	82
4.2 Objetivo	83
4.3 Hipótesis	83
4.4 Variables	84
4.5 Muestra	84
4.6 Diseño y tipo de estudio	85
4.7 Instrumento	86
4.8 Procedimiento	86

RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	91
---	-----------

REVISIÓN DOCUMENTAL	93
----------------------------	-----------

INTRODUCCIÓN

La depresión es uno de los problemas más grandes de nuestro tiempo, es una de las enfermedades más comunes y de las que más estragos han causado durante las últimas décadas. Es un trastorno común con una prevalencia estimada del 12% en hombres y quizás en las mujeres ascienda hasta un 26% incrementándose con el paso del tiempo. (GlaxoWellcome, 1999).

En numerosos casos, la depresión puede constituir algunas veces un síntoma, un síndrome y otras una enfermedad, por lo que se encuentra en innumerables situaciones y cuadros clínicos, lo que, en parte, explica las altas cifras (por arriba del 70%) de fracasos en el diagnóstico y tratamiento de dichos pacientes. Otro de los factores que hacen difícil de diagnosticar depresión en adolescentes es que los cambios conductuales frecuentes se asocian con los cambios hormonales de este período. (GlaxoWellcome, 1999)

Se estima que el 50% de los pacientes con síndrome depresivo inician entre los 20 y los 50 años, pero algunos resultados epidemiológicos recientes sugieren que la incidencia se está incrementando entre personas menores de 20 años. La depresión durante la adolescencia a menudo persiste en la edad adulta, etapa en que las víctimas enfrentan mayores riesgos de suicidio (GlaxoWellcome, 1999)

En los últimos años, el índice de suicidios en adolescentes ha aumentado considerablemente. En un informe de la revista de la Asociación Médica Estadounidense (JAMA, 1999) se publicaron resultados de investigaciones hechas en el Instituto de Psiquiatría del Estado de Nueva York y la Universidad de Columbia en donde se encontró que los adolescentes deprimidos tienen cinco veces más posibilidades de intentar suicidarse en el período de seguimiento. Estos resultados sugieren la importancia de que la depresión debe ser diagnosticada y tratada en etapas tempranas de la vida.

A partir de 1970 la aceptación de un síndrome depresivo, específico de la infancia, es casi unánime. En esta época el interés se centra en la obtención de criterios diagnósticos válidos, inicialmente clínicos y psicológicos y más tarde también en los biológicos.

Dentro de los aspectos psicológicos encontramos la creación de escalas de valoración, que clasifican los diferentes tipos de depresión así como la agudeza de sus síntomas. (Polaino-Lorente, 1988)

Actualmente, en México se traducen instrumentos desarrollados en otros países y por lo tanto utilizan normas diferentes, lo que da lugar a errores en el diagnóstico de la depresión en niños. Por esto es de suma importancia contar con instrumentos válidos que permitan a los especialistas detectar tempranamente la depresión y así realizar tratamientos adecuados y oportunos.

Por todo lo anterior, el presente trabajo tendrá como objetivo realizar el análisis psicométrico adecuado para la normalización de la escala de Depresión de Birlleson en una muestra de niños mexicanos, considerando diferencias entre sexo y edad. Será llevado a cabo a partir del trabajo realizado por Ma. de la Soledad Jiménez, quien elaboró el análisis psicométrico para la estandarización de la escala de Depresión de Birlleson con una muestra de 504 adolescentes mexicanos de ambos sexos demostrando una alta validez y confiabilidad de .78 a través del Alfa de Cronbach para obtener la Tabla de calificación estandarizada para edades de 15 a 20 años, por lo que se pretende ampliar el rango de edad en la Tabla Normativa a la población infantil mexicana.

CAPITULO UNO “DEPRESIÓN INFANTIL”

1.1 Reseña histórica

A la depresión se le considera como una vivencia que todo ser humano ha experimentado en algún momento de su existencia. Puede variar en intensidad y duración, desde un abatimiento ligero en el cual el individuo se muestra triste, infeliz o pesimista durante algunos días; hasta una desesperación extrema que se mantiene por un periodo considerable, en el que se llegan a comprometer seriamente los deseos de vivir de la persona afectada.

El múltiple uso que se ha hecho del término y la imprecisión para definirlo dentro del campo de la patología han dificultado el estudio de la depresión tanto en la vida adulta como en etapas previas al desarrollo.

A lo largo de la historia el hombre ha dejado, en diversos documentos, crónicas sobre su conducta, así como comentarios acerca de individuos que presentaban tendencia a la melancolía.

El cuadro patológico de la depresión en su forma más severa, fue descrito por vez primera en la época grecorromana con el nombre de melancolía. En el siglo IV a.C., Hipócrates afirmaba que los problemas que hoy llamamos psiquiátricos, estaban relacionados por la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema; y que la melancolía era producida por la bilis negra o atrabilis que subía al cerebro.

Por su parte, Aristóteles en el siglo III a.C., consideraba que todos los grandes pensadores, poetas, artistas y estadistas, tenían un temperamento melancólico. Arateo de Cappadocia, en el siglo I d.C. hablaba de la manía y de la melancolía como problemas médicos, considerándolos como dos expresiones de una enfermedad recurrente, aunque

potencialmente curable. A los pacientes melancólicos los describía como tristes, somnolientos, pudiendo desear morir al llegar a cierta edad.

Soranos de Ephesus, en su descripción del cuadro clínico, señalaba como síntomas principales de la melancolía: tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto, irritabilidad y, en ocasiones, jovialidad, (Calderón, 1984).

También Santo Tomás de Aquino atribuyó la melancolía a un cambio en los humores personales, aunque sostenía que las enfermedades mentales eran producidas por demonios y por influencias astrales.

A principios del siglo XIX, Philippe Pinel indicó que el pensamiento de los melancólicos estaba completamente concentrado (obsesivamente), en un objeto y que la memoria y la asociación de ideas estaban frecuentemente perturbadas, pudiendo en ocasiones inducir al suicidio. Señaló dos causas posibles de la melancolía, en primer lugar las psicológicas y en segundo las físicas.

En 1896, Kraepelin estableció la diferencia entre psicosis maniaco-depresiva y demencia precoz, llamada después, esquizofrenia. Posteriormente, gracias a estudios genéticos, los síndromes depresivos fueron considerados como parte de dicha psicosis.

Ya en 1904, Adolf Meyer objetó el término melancolía, sugiriendo el término de depresión a dicho desorden.

No fue sino hasta principios del siglo XX, que se da la identificación precisa de los cuadros depresivos y se habla de la existencia de dos clases diferentes de depresión: la endógena, cuyo origen es atribuido a una anomalía bioquímica, y la exógena o reactiva, que es consecutiva a una reacción excesiva ante sucesos adversos (Calderón, 1984).

Todas las teorías mencionadas anteriormente, se relacionan con la depresión de la edad adulta, porque se pensaba que durante la infancia esta enfermedad no se presentaba,

ya que era considerada como un padecimiento único de la edad adulta. Por esto, podemos decir que la depresión infantil, tiene un largo pasado y una reciente historia.

Fue a Polaino (1988) quien sugirió cuatro etapas en la evolución del estudio de las depresiones infantiles, en las cuales señala brevemente la evolución de este concepto a través de la historia.

A. En el periodo inicial, se encuentran referencias al concepto de melancolía, que se enfoca principalmente a los adultos, con sólo alguna alusión a la infancia. El texto más representativo es la "Anatomía de la Melancolía", de Robert Burton en 1621. En esta etapa, el término de "lipemania" tuvo igual éxito durante bastante tiempo.

B. En el siglo XIX se encuentran dos grupos de gran interés. De un lado, el representado por el inicio de la aparición de textos de psiquiatría infantil o, de monografías sobre patología mental infantil. En este período, las referencias a la melancolía no son primicia, pues se recuerdan las obras de Delasiauve, Filibiliu o Moreau de Tours, en Francia y de Vidal Perera en España. En este mismo siglo, aparecen numerosas referencias acerca del suicidio infantil, relacionándolo obviamente con la depresión, aunque no era este su único origen.

C. El tercer periodo comprende la primera mitad del siglo XX, aquí el concepto de depresión se va imponiendo a través de una literatura abundante. Quizá pueda caracterizar a esta etapa la progresiva fijación del término "depresión", desde la primera década del siglo XX, así como también el creciente interés despertado en pedagogos y psicólogos. Sería muy difícil de explicar el interés suscitado por la depresión sin apelar a las aportaciones realizadas por el psicoanálisis, cuyas influencias fueron predominantes en aquel contexto histórico y científico.

D. El cuarto periodo, mucho más reciente, está representado por la consideración de las depresiones como un importante capítulo de la psiquiatría infantil. Esta etapa se caracteriza por una abundante producción bibliográfica en la que se hacen análisis muy detallados de algunos aspectos concretos de la enfermedad depresiva, especialmente los

que se refieren a la epidemiología, a las técnicas de diagnóstico y a la intervención terapéutica. Todo ello ha llevado a modificaciones y precisiones incesantes, que aún perduran en el concepto de depresión infantil.

No fue sino hasta la década de 1960, en donde el estudio de la depresión infantil toma un gran auge y coinciden diversos hechos relevantes que explican el interés creciente por la misma; Rie publica en 1966 una Comprehensive Review, la cual presenta una excelente revisión del tema (Rie, 1966). Rutter publica el que probablemente sea el primer trabajo científico sobre hijos de padres depresivos (Rutter, 1966). En ese mismo año, la clasificación de las alteraciones psiquiátricas del niño, del Group for the Advancement of Psychiatry (GAP), incluye por primera vez el síndrome depresivo infantil entre las alteraciones mentales (GAP, 1966).

En los últimos veinte años, la depresión infantil ha pasado de ser ignorada a cuestionada, a ser aceptada como entidad sindrómica independiente (Kovacs y Beck, 1977). A partir de 1970 la aceptación de un síndrome depresivo específico de esta etapa es casi unánime.

1.2 Revisión del concepto de depresión.

Durante las décadas de 1970 y 1980, el estudio de la depresión en niños y adolescente, se convirtió en el campo de acción de numerosos investigadores, dentro de los cuales se encuentran Psiquiatras, Psicólogos y otros profesionales de la salud mental.

El campo de investigación es muy amplio, abarca desde la neuroendocrinología hasta los déficits cognoscitivos, lo cual sugiere que hay un enorme interés de los profesionales en la naturaleza, evaluación y tratamiento de los jóvenes que padecen esta enfermedad.

Se emplea la palabra depresión en diversos sentidos: para describir una perturbación del estado de ánimo; es decir, un trastorno de la afectividad. Un síntoma, un síndrome (conjunto de signos y síntomas), o bien para designar un grupo específico de enfermedades.. (Mendels, 1977; Cantawell, 1987).

La depresión como síndrome, en comparación con la depresión como síntoma, es un concepto que no sólo incluye la disforia. Hablar de síndrome significa que la disforia aparece acompañada de otros síntomas y que éstos normalmente aparecen juntos. Dichos síntomas no se refieren exclusivamente a cambios en la afectividad, sino que también incluyen trastornos vegetativos y psicomotores; así como cambios cognitivos y motivacionales. (Cantawell 1987).

Para abordar a la depresión como un trastorno de la afectividad, es necesario señalar, antes de definirla, que todo afecto es una sensación con representación intelectual que posee un significado particular o individual; así mismo, tiene también una expresión biológica concomitante a través de sistema nervioso vegetativo. (Escotto Morett, 1984).

La afectividad penetra y colorea toda la vida psíquica del individuo y determina su actitud hacia el medio que lo rodea. Los estados afectivos proporcionan los impulsos dinámicos motivadores. Al hablar de estado de ánimo se pretende hacerlo de un estado afectivo sostenido, de duración considerable (Kolb, 1986).

La depresión como desorden clínico tiene implicaciones más extensas y vagas que el concepto de síndrome depresivo, puesto que no sólo implica la posible existencia de un síndrome depresivo que causa un determinado grado de incapacidad en el sujeto, sino que manifiesta también ciertas características clínicas específicas vinculadas o no a una historia biográfica concreta, siendo posible correlacionar, en ocasiones, algunos datos biológicos y familiares.

Escotto Morett (1984) señala que la vida como un proceso presenta al individuo circunstancias diversas, a las que éste reacciona de acuerdo a su historia personal y a las normas de la sociedad a la que pertenece. Toda alteración, pérdida o cambio en la vida se

traduce en un estado particular que marca un giro en la existencia de la persona, distinto al que tenía previo a la experiencia del cambio. Este estado de ánimo gobernará la existencia durante el tiempo que tarde la asimilación y adaptación al cambio, en terminos psicológicos, a este conflicto afectivo se le denomina *depresión*, la cual no siempre es patológica. Cuando la depresión guarda relación con hechos externos y es congruente en duración e intensidad con el factor desencadenante (objeto perdido), es posible decir que se trata de una reacción esperada y con una explicación que la ubica como una respuesta normal. Cuando tal respuesta es desmesurada y su intensidad y duración no corresponde a lo esperado y que además tiende a mantenerse con repercusiones disfuncionales en quien la presenta, se trata entonces de un estado patológico que amerita tratamiento, ya que amenaza el funcionamiento e incluso la vida de quien la sufre.

En una serie de investigaciones se concluyó que la depresión se puede diagnosticar en niños, adolescentes y adultos, usando los mismos criterios, considerando que hay síntomas específicos propios de cada nivel de desarrollo, (Polaino-Lorente, 1988).

En 1980, se logró un consenso en los estados Unidos en torno a la semejanza entre la depresión infantil y la depresión del adulto. Esto se reflejó en la clasificación de los Desórdenes Mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana, creándose el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), que en 1980 publicó su tercera edición.

En 1987 se publicó la tercera edición revisada (DSM III-R) y en 1994 la cuarta edición (DSM IV). Otro sistema de clasificación actual es el creado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1992 "The Classification of Mental and Behavioral Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines (ICD-10 o CIE-10)".

La clasificación de las depresiones infantiles y los criterios diagnósticos continúan siendo un tema controvertido. Las más relevantes clasificaciones antes mencionadas (DSM-III-R y CIE-10), no han incluido las depresiones infantiles dentro de los trastornos referidos a la infancia, sino que las integran en los cuadros análogos que se dan en los adultos (Polaino-Lorente, 1995).

Actualmente, el DSM-IV es el instrumento más relevante, atinado y práctico para el diagnóstico. En esta edición se hace mención explícita de determinados hallazgos de laboratorio, así como de aquellos síntomas relativos a cada entidad, que pueden ser dependientes de la cultura, la edad y el sexo. Se describen además, los trastornos mentales que frecuentemente se asocian a estas alteraciones, así como el curso que las caracteriza; se perfilan también los criterios para establecer el diagnóstico diferencial entre trastornos afines y se comparan los criterios empleados con los adoptados por la CIE-10.

En suma, la depresión es más que una baja temporal del estado de ánimo. Los síntomas afectan pensamientos, sentimientos y el comportamiento. Ciertos episodios depresivos ocurren en forma repentina, sin causa aparente, otros son desencadenados por experiencias desagradables, algunas personas tienen un episodio de depresión en su vida y otros tienen episodios recurrentes; unos más son tan severos que afectan la vida diaria del paciente, mientras que otros tienen síntomas crónicos que no interfieren con su vida, pero sí con su estado de ánimo. La depresión, como síndrome clínico, puede presentarse, primariamente, bien delimitado o como forma secundaria está, asociada a otras alteraciones psicopatológicas como fobias, ansiedad, alcoholismo, etc. (Polaino-Lorente, 1995).

De acuerdo a fuentes de consulta psicológica, las depresiones revisten variedades diversas:

- a. De tipo orgánica con etiologías múltiples, como lesiones cerebrales, tumores, etc. Se trata de individuos con un sistema nervioso frágil que se descompensa con la insuficiencia.
- b. De tipo psicótico, que es una depresión profunda y que puede degenerar en una psicosis maniaco-depresiva, en la que el enfermo sufre estados de melancolía alternado con otros de exaltación. Las ideas de culpa y la indignidad de no servir para nada pueden conducir al sujeto que las padece al suicidio.
- c. De tipo neurótico, más frecuentes y menos graves que las de tipo psicótico. Se deben a causas psicológicas, generalmente son producto de una pérdida que sufre el sujeto, una

frustración, situación de abandono o problemas familiares. (Diccionario de Psicología Orbis, 1986).

Al revisar diferentes teorías se observa que el modelo psicoanalítico considera a la depresión como el resultado de un conflicto intrapsíquico entre un super-ego primitivo y un ego desvalido. Desde esta perspectiva, se niega la existencia de la depresión en la infancia porque en los niños no tienen un super-ego suficientemente desarrollado que pueda dar origen a este desorden. Según este modelo, si no se ha alcanzado el desarrollo, tal como se supone que ocurre en la infancia, es imposible que acontezcan en estas edades episodios depresivos (Polaino-Lorente, 1988).

Investigadores como Arieti (1978) y Bemporad (1982), sostienen que la depresión es posible en la infancia y que puede surgir en cualquier edad, aunque hacen depender sus manifestaciones del desarrollo psicosexual y de determinadas habilidades cognitivas y perceptuales, específicas de esos períodos evolutivos.

Otros psicoanalistas han trivializado el concepto al emplearlo superficial y abusivamente (reacción depresiva, pérdida del objeto, etc.), para referirse a una psicopatología menor, de pequeño y dudoso alcance (Polaino-Loente, 1988).

Así, algunos investigadores han considerado que muchas manifestaciones depresivas están vinculadas a ciertos períodos evolutivos en los que el niño es especialmente vulnerable y en consecuencia, experimenta afectos depresivos que deben considerarse como normales y sin ninguna validez psicopatológica. Este es el caso, por ejemplo, de las denominadas angustia del nacimiento y angustia del octavo mes, que correspondería a períodos evolutivos depresivos durante la fase edípica y la adolescencia, respectivamente.

Hacer depender las depresiones infantiles de la "angustia de separación" puede tener un mayor fundamento, si nos remontamos a los trabajos de Spitz (1945) y Bowlby (1969), pero por sí sola, la angustia de separación tal y como hoy se concibe, no justifica la necesaria aparición de depresiones infantiles (Polaino-Lorente, 1995).

Spitz (1945), fue el pionero de estas investigaciones, al introducir el término de depresión anaclítica. Este concepto fue formulado en un trabajo realizado con niños entre los 6 y 8 meses de edad, quienes después de haber establecido una relación normal con sus madres, sufrieron una ruptura total sin que las reemplazara ninguna madre sustituta o vicaria. Las fases de la depresión anaclítica descritas por Spitz fueron las siguientes:

- a) Período reactivo: De aproximadamente tres meses de duración y se caracteriza por astenia, irritabilidad, excesiva dependencia del medio, angustia, dificultades alimentarias, alteraciones del sueño y reacciones de oposición.
- b) Período depresivo: Se caracteriza por disminución de la movilidad, pobreza expresiva y gestual, inercia psicomotriz, aislamiento, astenia, hostilidad, pérdida de peso, crisis de llanto, etc. La salud del niño en este período puede todavía recuperarse si se le restituye la madre o si una madre vicaria hace las veces de aquella.
- c) Período de hospitalismo: Acontece cuando han transcurrido cinco meses continuos de privación materna y se caracteriza por pasividad, inercia, aislamiento, hermetismo, retraso psicomotor y un importante déficit intelectual y lingüístico que configuran un cuadro de retraso global y masivo de todas sus funciones.

Bowlby (1969) estudió con mayor rigor el proceso de separación materno-infantil describiendo las tres fases siguientes.

- a) Fase asténica y reactiva: Se caracteriza por la separación de las manifestaciones sintomatológicas siguientes: ansiedad, gritos, dificultades para dormir, terrores nocturnos, reacciones de oposición, regresión en el comportamiento alimentario, etc.
- b) Fase depresiva: Se caracteriza por la disminución de la movilidad y plasticidad psicomotrices, indiferencia ante los estímulos que se le presentan, limitación de la vida de relación a sólo los automatismos, pérdida de iniciativa, etc.

- c) Fase autodestructiva: Se caracteriza por la reducción de la vida de relación a sólo las necesidades primarias, apatía, indiferencia y otras numerosas manifestaciones depresivas. En esta fase, la restitución de la madre no logra hacer reversible el cuadro clínico depresivo que, generalmente, aparece después del primer año de vida.

Aunque la validez de estas investigaciones fue muy discutida, algunas de las manifestaciones allí descritas se comprobaron después en trabajos experimentales realizados en animales de laboratorio. A lo largo del desarrollo, puede haber circunstancias en que el niño manifieste un comportamiento más desajustado, consistente en rabietas, gritos, agresividad, etc. Pero ni estos periodos acontecen puntualmente en determinados estudios evolutivos, ni apoyan con cierta probabilidad la presunción de que tales manifestaciones constituyan un cuadro depresivo.

La mayoría de estos autores se inspiraron en los trabajos de Abraham (1924) y Freud (1917), cuya validez no se ha podido verificar. Hacer depender la depresión de los adolescentes, del duelo ante la pérdida de la imagen parental o ante la pérdida de las ilusiones personales, no deja de ser un constructo inverificable, por muy arraigado que esté en la tradición psicoanalítica.

Con todo, y a pesar de estas contradicciones en el ámbito del psicoanálisis, la idea predominante es que la depresión no existe en la infancia. En consecuencia, ni se ha investigado en la clínica ni se incluye en una categoría diagnóstica.

Algunos autores han conceptualizado la depresión infantil desde la perspectiva del desarrollo. En diversos estudios como los realizados por Nissen (1971), se ha probado que los "equivalentes depresivos" son relativamente comunes a lo largo de todo el desarrollo infantil.

Es sabido que antes de acuñar el concepto de depresión enmascarada se puso en circulación el término de "equivalentes depresivos", concepto muy problemático, porque un síntoma era conceptualizado como un equivalente de la depresión, cuando él mismo,

por su naturaleza, no reunía todos los atributos que permitían reagruparle en el bloque de los síntomas típicos y tradicionalmente depresivos.

El concepto de depresión enmascarada (“maskierte depression” o “depression masquée”), se introdujo para designar una forma clínica de depresión en el adulto que posteriormente fue reintroducida por Nissen (1971) en el ámbito de la psiquiatría infantil. Este término designa un proceso depresivo, cuyos síntomas se manifiestan con cierto predominio en el plano somático.

Las depresiones enmascaradas fueron concebidas como depresiones endógenas donde las manifestaciones distímicas, típicas de la depresión, han sido recubiertas y enmascaradas por una sintomatología de tipo, principalmente, somático.

Diferentes autores han creado nuevos términos para designar a la depresión enmascarada como: “Syndromishft” (Van den Berg, 1963), “Late Syndrome association” (Kissen, 1963), “Overlapping Syndroms” (Dunbar, 1950), etc.

Detrás de estos conceptos subyace la idea de una interacción entre las manifestaciones psicopatológicas y somáticas, por cuya virtud los síntomas con que unas y otras emergen pueden asociarse, suplirse, alternarse, superponerse o sustituirse.

Es decir, la inestabilidad sintomatológica debilitaría la especificidad que cada síntoma representa respecto de su inclusión/exclusión dentro de un síndrome, en el marco de una determinada categoría nosológica (polaino-Lorente, 1993).

A favor de la existencia de los “equivalentes depresivos”, se puede decir que existen múltiples manifestaciones somáticas que concurren en la enfermedad depresiva y se extinguen cuando, con la ayuda de fármacos antidepresivos, disminuye la depresión.

Por otra parte, se ha puesto de manifiesto, que los trastornos afectivos reflejan su sintomatología de modo muy diferente en función de la edad del niño, pero no tanto como algunos autores, especialmente psicoanalistas pretenden.

Nissen (1971), describe la relativa correspondencia entre las distintas edades y los diferentes síntomas que caracterizan a la depresión en las etapas del desarrollo.

- a) Edad preescolar: Rechazo del juego, agitación timidez (síntomas psíquicos); crisis de llanto y gritos, encopresis, insomnio, hiperactividad y dificultades para alimentarse (síntomas somáticos).
- b) Edad escolar: Irritabilidad, inseguridad, resistencia a jugar, dificultades en el aprendizaje y timidez (síntomas psíquicos). Eneuresis, encopresis, onicofagia, terrores nocturnos, manipulaciones genitales, crisis de llanto y gritos (síntomas psicossomáticos).
- c) Preadolescencia y adolescencia: Rumiación, impulsos suicidas, abatimiento, sentimientos de inferioridad y opresión (síntomas psíquicos); cefaleas (síntomas psicossomáticos).

En el trabajo de Nissen (1971), se recogen los datos sintomatológicos en función de su significación respecto a la edad y el sexo de los pacientes. Por lo general, son mas frecuentes las depresiones infantiles inhibidas que agitadas, así mismo, desde el punto de vista psicopatológico, hay una predominancia asociativa entre los varones con los cuadros agitados; las mujeres y los cuadros inhibidos.

En las mujeres, los cinco síntomas psíquicos más frecuentes son: inhibición, ansiedad, dificultades para establecer contacto social, conformismo, buen comportamiento. En los hombres los cinco síntomas que mejor les caracterizan son: dificultades para establecer contacto social, ansiedad, incapacidad para integrarse, dudas e inhibición.

Los cinco síntomas somáticos peculiares de las mujeres son: mutismo, agresividad, crisis de llanto y gritos, enuresis y compulsión alimentaria. En los hombres, en cambio, son la agresividad, enuresis, llanto inmotivado, alteraciones del sueño y onicofagia.

Estos perfiles coinciden con el modelo estereotipado que se tiene de las chicas depresivas, que suelen ser tranquilas e inhibidas, de buena conducta y con variaciones en su estado de ánimo. Los chicos, por el contrario, no suelen ser modelo de buen comportamiento, ni tan fácilmente protegidos por sus padres, siendo predominantes en ellos la dificultad para establecer contacto social y el aislamiento, frecuentemente asociados con irritabilidad, dificultades en la escuela, inhibición en el aprendizaje y agresividad (Nissen, 1971).

En las depresiones somatógenas, el perfil sintomatológico predominante está constituido por dificultades para concentrarse, hipocondría, ensoñación y variaciones, en ocasiones muy versátiles, del estado de ánimo.

Ahora bien, la inteligencia parece constituir otra variable importante, cuyo nivel correlaciona con ciertos agregados sintomatológicos. Así, entre los niños cuya inteligencia promedio es baja, aparecen síntomas psíquicos de tipo inhibitorio (pobreza de afectos, escasa concentración, dificultades para establecer contacto social, timidez, y sentimientos de inferioridad), y algunos síntomas psicosomáticos predominantes que consisten en llanto inmotivado, mutismo, ausencias escolares, encopresis y excesivas manipulaciones de los genitales.

Por otra parte, el perfil sintomatológico que caracteriza a los niños depresivos, cuya inteligencia promedio es más bien alta, está constituido por un espectro sintomático de tipo psíquico mucho más amplio, que va de la agitación a la inhibición (irritabilidad, extrañeza, opresión e inquietud interior), y por un síntoma somático característico: la compulsión alimenticia (Nissen, 1971).

Entre los síntomas que pueden ser considerados como indicadores de un pronóstico, más bien sombrío, se encuentran las siguientes: perplejidad, disforia, ensoñación, inhibición del aprendizaje, tentativas suicidas, tristeza vital, inquietud interior y mutismo.

La alternativa planteada por la psicopatología del desarrollo tiene un alto valor significativo, pues pone de manifiesto que los síntomas de la depresión pueden variar a través de los diversos estadios del desarrollo, y nos advierte de la probable confusión existente entre síntomas que son comunes al desarrollo normal, con aquellos otros más específicos del desorden depresivo.

Respecto a esto, Polaino-Lorente (1988), señala que, la depresión se puede diagnosticar en niños, adolescentes y adultos, usando los mismos criterios. El hecho de que la depresión como síndrome clínico, pueda ser diagnosticada en las diferentes etapas, no significa en absoluto que las manifestaciones de este cuadro sean necesariamente idénticas.

1.3 Epidemiología

Estudios poblacionales realizados en niños y adolescentes, durante la última década, han reportado prevalencias de depresión en niños de 0.4% y 2.5% , y en adolescentes del 0.4% y 8.3% (Anderson and McGee, 1994; Fleming and Offord, 1990; Kashani, et al., 1987^{a,b}; Lewinsohn et al., 1986, 1993 a, 1994). Los escasos estudios epidemiológicos acerca de la distimia, han reportado una tasa de prevalencia entre 0.6% a 1.7% en niños y 1.6% a 8.0% en adolescentes (Kashani et al., 1987a, b; Lewinsohn, et al., 1993a, 1994). En niños, la depresión mayor se presenta en una proporción similar en hombres y mujeres, mientras que en los adolescentes, la relación mujer-hombre es aproximadamente 2 a 1 (Fleming and Offord, 1990; Kessler et al., 1994a; Lewinson et al., 1994).

Tanto en estudios clínicos como epidemiológicos, se ha demostrado que de un 40% a un 70% de niños y adolescentes con depresión mayor, tienen comorbilidad psiquiátrica, y que al menos del 20% al 50% tienen dos o más diagnósticos adicionales.

Los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes asociados a la depresión mayor en niños son: distimia, trastornos de ansiedad, trastornos de conducta y abuso de sustancias. Con excepción de este último, es más probable que la depresión mayor ocurra después del inicio de los otros trastornos psiquiátricos. Así mismo, los problemas de conducta pueden desarrollarse como complicación de la depresión y persistir después de que los síntomas depresivos remitan (Birmaher, 1996).

Aproximadamente el 70% de los pacientes que desarrollan una distimia a temprana edad, tienen una depresión mayor sobreimpuesta, y un 50% tienen otros trastornos psiquiátricos preexistentes, incluyendo trastornos de ansiedad (40%), trastornos de conducta (30%), trastorno por déficit de atención (24%), enuresis y encopresis (15%). Todos ellos, tienen al mismo tiempo dos o más diagnósticos adicionales (Kovacs et al., 1994a).

Por otra parte, son muy pocos los estudios que han investigado los factores biológicos y psicosociales, que contribuyen a la recurrencia de la depresión mayor durante la infancia y la adolescencia. Se ha reportado que los niños deprimidos que viven en medios familiares conflictivos, tienen mayor índice de recurrencia que aquellos que viven en familias que tienen pocos conflictos (Asarnow and Ben-Mier, 1998; Asarnow et al., 1994).

Por otra parte, los factores que han sido asociados con el inicio, duración y recurrencia de la depresión de inicio temprano son: demográficos (edad, género, nivel socioeconómico), psicopatológicos (diagnósticos psiquiátricos preexistentes, síntomas depresivos, etc.), factores familiares (psicopatología de los padres, inicio temprano de trastornos afectivos) y factores psicosociales (poco apoyo), así como eventos estresantes

de la vida. Estos factores influyen de manera diferente en el inicio y curso natural del trastorno (Kovacs et al., 1984b; Reinherz et al., 1993; Sanford et al., 1995).

En total, los niños de padres deprimidos tienen tres veces más posibilidades de desarrollar una depresión mayor a lo largo de su vida, con un riesgo calculado entre un 15% (Orvaschel et al., 1988) a un 45% (Hammen et al., 1990^a). El inicio temprano y un cuadro clínico recurrente en los padres, incrementa el riesgo en los hijos para desarrollar depresión mayor (Mufson et al., 1992; Orvaschel, 1990; Warner et al., 1995; Weissman et al., 1987, 1988).

Este riesgo se incrementa aún más cuando ambos padres tienen trastornos afectivos (Merikangas et al., 1988). Sin embargo, los hijos de padres deprimidos no solo tienen alto riesgo para desarrollar un cuadro depresivo, sino también para psicopatología en general, incluyendo trastornos de ansiedad y trastornos de conducta (Biederman et al., 1991, 1995; Hammen et al., 1990; Keller et al., 1988; Mufson et al., 1992; Orvaschel et al., 1988; Warner et al., 1995; Weissman et al., 1987, 1988, 1992).

Se ha encontrado, en diversos estudios, una prevalencia de depresión a lo largo de la vida del 20% al 46%, de los parientes de primer grado de niños y adolescentes deprimidos (Kutcher and Marton, 1991), Livingston et al., 1985; Mitchell et al., 1989; Puig-Antich et al., 1989b; Strober, 1984; Todd et al., 1993; Williamson et al., 1995c).

También se encontró de manera consistente en estudios de familia, un incremento de dos a tres veces, en la proporción de trastornos depresivos en los parientes de sujetos deprimidos comparados con sujetos no deprimidos (Gershon et al., 1982; Tsuang et al., 1985; Weissman et al., 1982, 1984a,b).

Asimismo, hay una relación inversa entre la edad de inicio y la densidad de la agregación familiar para depresión. Un inicio tardío de la depresión (a los 60 años o después), se asocia con el menor riesgo, mientras que un inicio temprano (a los 20 años o

antes) se asocia con el mayor riesgo para depresión en miembros de la familia (Puig-Antich et al., 1989b; Weissman et al., 1984b, 1988).

Los factores del medio ambiente parecen jugar un papel muy importante, por ejemplo, un ambiente familiar caótico, ha sido asociado con un incremento en el riesgo para distimia en hijos de padres con depresión mayor. En estudios realizados con adultos deprimidos, sus hijos y jóvenes deprimidos, han demostrado que en sus interacciones hay más conflictos, más rechazo, más problemas de comunicación, menor expresión de afecto, menos apoyo y más abusos que en la interacción familiar de los controles normales (Kaufman, 1991; McCauley and Myers, 1992).

Muchos estudios de adultos deprimidos han mostrado de manera consistente, usando diferentes metodologías, que entre 60% al 70% de las personas, han experimentado uno o más eventos estresantes severos (particularmente pérdidas), en el año anterior al inicio de la depresión mayor (Brown and Harris, 1989, 1993; Frank et al., 1994). Algunos estudios que han usado tanto muestras clínicas como comunitarias de niños y adolescentes deprimidos, han reportado una modesta pero significativa relación entre eventos estresantes de la vida y la depresión (Garber and Hilsman, 1992; Williamson et al., 1995a).

Eventos específicos, incluyendo pérdidas, divorcios, privaciones, exposición al suicidio solo o junto con otros factores de riesgo, como por ejemplo pérdida del apoyo, han sido asociados con el inicio de la depresión (Brent et al., 1993 c,d; Reinherz et al., 1993; Weller et al., 1991).

La depresión en niños y adolescentes es también asociada con un incremento en el riesgo de conductas suicidas, ideas homicidas, uso de tabaco, abuso de alcohol o de otras sustancias durante la adolescencia tardía (Deykin et al., 1992; Kandel and Davis, 1986) y la edad adulta (Rao et al., 1995).

El incremento de suicidios relacionados con la depresión en adolescentes se ha cuadruplicado desde 1950, actualmente representa el 12% del total de mortandad en este grupo de edad (Brent et al., 1988; Lewinsohn et al., 1993b). De igual forma, los intentos de suicidio se han incrementado en los últimos años, se ha encontrado una prevalencia del 1.7% al 5.9% en niños, y de 3.0% a 7.1% en adolescentes (Centers for Disease control 1994; Fergusson and Lynskey, 1995; Lewinsohn et al., 1993b).

Además de la depresión, existen factores que predisponen la conducta suicida, como son: la ansiedad, el abuso de sustancias y los desórdenes de la personalidad, entre otros. Así mismo, una historia familiar con conductas suicidas, violencia intrafamiliar e impulsividad, están asociados con el riesgo de suicidio en niños y adolescentes (Brent et al., 1987, 1993 a,b; Fergusson an Lynskey, 1995; Kovacs et al., 1993; Lewinsohn et al., 1994, 1995b; Pfeffer et al., 1993; Shaffer et al., 1996).

1.4 Clasificación

En las clasificaciones del DSM-III-R y CIE-10 no se han incluido las depresiones infantiles dentro de los trastornos referidos a la infancia, sino que las integran en los cuadros análogos que se dan en los adultos. Esto resulta bastante extraño, porque la ansiedad de separación, el trastorno por evitación y la ansiedad generalizada, se consideran como formas típicamente infantiles.

El DSM-III-R clasifica los trastornos del humor en bipolares y depresivos. Los primeros distinguen entre bipolares ciclotímicos. Los segundos se clasifican en depresión mayor y distimia. Por otra parte, el CIE-10 no incluye la depresión infantil en el capítulo F9 que trata sobre los “trastornos conductuales y emocionales de comienzo en la infancia y la adolescencia”. Aquí se establece una clasificación un poco diferente, los trastornos afectivos se encuentran en la sección F3 y están divididos en episodio maniaco, trastorno bipolar, episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente, trastornos del humor persistentes y otros. El episodio depresivo se clasifica en función de la severidad, en

ligero, moderado y severo (con o sin síntomas psicóticos). Por otro lado, la distimia ha sido incorporada a los trastornos persistentes del humor.

Ahora bien, el DSM-IV sistematiza el estudio de estas alteraciones en la sección de los trastornos del estado de ánimo, ubicándolos en tres bloques diferentes: trastornos depresivos, trastornos bipolares y otros trastornos del estado de ánimo.

1.5 Criterios para el diagnóstico

De acuerdo al DSM-IV, la depresión se define como un síntoma el cual presenta los siguientes síntomas:

- Humor básico deprimido de forma persistente, cuatro o más entre los ocho ítems siguientes, o tres o más en niños menores de seis años;
- -Variación significativa del apetito o peso
- -Insomnio o hipersomnia
- Agitación psicomotora o hipoactividad (menores de 6 años: hiperactividad)
- Pérdida de interés para experimentar placer (menores de 6 años: apatía)
- Pérdida de energía, cansancio
- Sentimiento de culpa excesiva
- Disminución de la concentración y de la capacidad de pensar
- Pensamientos recurrentes de muerte y de matarse. Ideación suicida
- -No evidencia de delirios, alucinaciones y conductas extravagantes

Duración mínima de los síntomas:

2 semanas

Al menos uno de éstos síntomas debe estar presente: disminución del interés/placer o humor deprimido. Ninguna condición orgánica debe haber precipitado o mantenido el síndrome, tampoco puede ser una reacción a la pérdida de algo amado. Aunque pueden ocurrir delirios, ellos deben estar asociados con los síntomas del humor.

Incluso, un episodio de depresión mayor no debe ser sobreimpuesto a la esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastornos delirantes, o a un trastorno psicótico si éste no está especificado. El trastorno depresivo puede ser leve, moderado o severo, y con o sin síntomas psicóticos pueden ser de estado de ánimo congruente o incongruente.

Cuando el episodio ha durado dos años consecutivos sin ningún periodo, de al menos dos meses sin síntomas depresivos significativos, la depresión debe ser diagnosticada como crónica.

Distimia (Neurosis Depresiva)

Puede ser diagnosticada cuando hay un humor irritable o depresivo, que dura un año o más y el individuo afectado nunca tiene síntomas libres por más de dos meses. Para diagnosticar distimia, al menos dos de los siguientes síntomas deben estar presentes:

- Alteración del apetito
- Alteración del sueño
- Energía disminuida
- Baja autoestima
- Dificultad para tomar decisiones o pobre concentración
- Sentimiento de desesperanza

La distimia no debe ser diagnosticada en presencia de una condición orgánica subyacente, esquizofrenia o trastorno delirante. Ya que la distimia a menudo empieza en la niñez, adolescencia o en la etapa adulta temprana, es a menudo referida como personalidad depresiva. Es crónica, si coexiste con anorexia nerviosa, trastorno de ansiedad, artritis reumatoide, trastorno de somatización o dependencia de sustancias psicoactivas.

En los niños y adolescentes, los factores predisponentes incluyen el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, trastornos específicos del desarrollo y un medio ambiente del hogar caótico o de rechazo.

Habitualmente, este trastorno empieza en la infancia, la adolescencia al inicio de la edad adulta, y por esta razón se considera a menudo como expresión de una personalidad depresiva. Normalmente, el trastorno no tiene un inicio claro y presenta un curso crónico. El deterioro en la actividad laboral o social suele ser leve o moderado, debido más a la cronicidad que a la gravedad del síndrome depresivo.

En niños y adolescentes suelen encontrarse afectadas las relaciones sociales con los compañeros y con los adultos. Los niños con depresión, a menudo reaccionan negativa o tímidamente a los elogios, y casi siempre responden con conductas negativas a relaciones positivas. El progreso y el rendimiento escolar pueden estar afectados.

El diagnóstico diferencial entre distimia y depresión mayor es particularmente complicado debido a que ambos comparten síntomas similares y tan sólo difieren en su duración y gravedad.

1.6 Medición de la Depresión Infantil

1.6.1 Antecedentes

A partir de 1970, la aceptación de un síndrome depresivo, específico de la infancia, es casi unánime. En esta época el interés se centra en la obtención de criterios diagnósticos válidos, inicialmente clínicos y psicológicos, y más tarde, también en los biológicos.

Gran parte de los avances logrados en el estudio de la depresión infantil, se deben a los conocimientos disponibles sobre la depresión en adultos, actualmente, la depresión infantil goza de cierta autonomía, aunque son muy evidentes los lazos de unión existentes entre la depresión en los adultos y la que se presenta en niños y adolescentes.

Para el diagnóstico y evaluación de las depresiones en la infancia y la adolescencia, deben utilizarse parámetros establecidos por organismos internacionales, los

cuales dan el perfil de los criterios para establecer el diagnóstico diferencial entre los trastornos afines.

1.6.2 Técnicas de evaluación

Varias definiciones de depresión difieren en su nivel de análisis diagnóstico, lo cual depende de si ésta es considerada como síntoma, síndrome, desorden afectivo o una enfermedad. La evaluación psicológica está basada en: - técnicas de autoinformes y -entrevista clínica, sin dejar a un lado el registro de observaciones proporcionadas por los padres de familia, compañeros, amigos y maestros, quienes tienen la oportunidad de observar al sujeto con frecuencia y durante su vida rutinaria.

En los últimos años, se han desarrollado una serie de medidas apropiadas para evaluar la severidad de la depresión en niños adolescentes, destacándose los autoinformes, evaluaciones conductuales y las entrevistas.

La entrevista clínica es más flexible y menos objetiva que el autoinforme. La flexibilidad se obtiene cuando el clínico es capaz de guiar la información proporcionada con el fin de obtener una visión más amplia de las áreas no incluidas en un autoinforme, sin embargo, este último es más objetivo tanto por su elaboración, como por su aplicación y evaluación. La entrevista clínica en manos de un experto proporciona información valiosa sobre la personalidad del sujeto, convirtiéndose en un proceso de información sistemático.

Una evaluación conductual determina la presencia o ausencia, frecuencia y tipo de un comportamiento específico, rara vez son ocupadas para determinar la intensidad del comportamiento; no están designadas para averiguar sobre los pensamientos, sentimientos o temperamento de los sujetos.

Sin embargo las tres formas de evaluación antes mencionadas son importantes ya que ayudan a determinar la co-morbilidad.

Para los niños, los autoinformes son a menudo presentados con un formato de entrevista, pues éstos necesitan frecuentemente que se les ayude a entender el contenido de los ítemes preguntados, por las dificultades propias de ésta edad. En cambio, para los adolescentes éstos instrumentos son generalmente contestados, sin la intervención del clínico.

Aparte del formato, los autoinformes y las entrevistas tienen otras características en común: ambos procedimientos toman en cuenta la información proporcionada por el niño o adolescente cuyos síntomas son evaluados.

Actualmente existe un mayor interés en la evaluación y diagnóstico de la depresión infantil, para ello, existen cuestionarios que facilitan su descubrimiento, pero ningún diagnóstico definitivo debe basarse exclusivamente en ellos; tienen que ser comprensibles, el niño ha de ser inteligente y poseer un mínimo de capacidad de introspección, debe distinguir suficientemente bien entre lo que le sucede realmente y lo que él cree que le debe suceder, ha de tener ganas de responder correctamente y hacer un esfuerzo de atender a las preguntas. De modo que los principales condicionantes son: la edad, el nivel intelectual y el nivel madurativo del niño.

Hay que tener en cuenta que todas estas cuestiones son removedoras. Es cierto que, a veces, el niño se siente aliviado por poder expresar y transmitir lo que le pasa cuando responde a esas cuestiones; pero también puede suceder que le remuevan negativamente. Otras veces, aunque haya voluntad de cooperar, no es fácil responder con precisión a fenómenos que no están nada claros, que no son tangibles, que son muy subjetivos. Por otro lado, el éxito del cuestionario depende de la habilidad de quien lo administre.

Existen aspectos que se relacionan más con el registro neurótico que con el depresivo, pero hay que decir que la clínica depresiva se nutre mucho de las raíces de la personalidad neurótica. Las preguntas de "autovaloración" y de "culpa" corresponden más a la vertiente neurótica mientras que las de "estado de ánimo", de "corporalidad" y de

“muerte” se relacionan directamente con el estado de depresión, en tanto que las de “escolaridad” y “relaciones” son más inespecíficas. Estos cuestionarios plantean ciertos problemas específicos si van dirigidos a niños y si son éstos los que han de contestarlos directamente.

Técnicas de evaluación de los correlatos clínico-conductuales

En la medida de la depresión infantil, desde la perspectiva clínico-conductual, confluyen al menos dos tipos de metas: a) diagnosticar si el niño manifiesta los síntomas específicos de la depresión y b) establecer la gravedad de la misma. El diagnóstico está basado en la clasificación de los niños como depresivos o no, apelando a cualquiera de los sistemas de diagnóstico al uso. La severidad, en cambio, se refiere a la intensidad que presentan los síntomas depresivos. Para realizar el diagnóstico, se entrevista generalmente a los padres y al niño, de forma separada, para ver si los síntomas de la depresión están o no presentes. La medida de la severidad puede venir explícitamente determinada en el propio cuestionario –p.ej., por la Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia; (Chambers, Puig-Antich y Tabrizi, 1978)- o puede realizarse al margen del cuestionario aplicado.

La consideración de la severidad de los síntomas es importante por varias razones:

- a) El grado de severidad es más sensible a cualquier cambio en la intensidad de un síntoma o grupo de síntomas que el diagnóstico global.
- b) La probable relación existente entre determinadas variables demográficas y de personalidad y la depresión es más clara y rigurosa cuando se apela al grado de severidad, estimado éste en términos cuantitativos, que a la simple construcción de una table de presencia/ausencia de síntomas.
- c) La evaluación del grado de severidad es más útil y operativa que el mero diagnóstico, sobre todo a la hora de establecer los criterios respecto de la eficacia terapéutica. Los efectos diferenciales de diversos tipos de tratamiento se determinan más fácilmente tomando como referencia los índices de severidad (por su mayor sensibilidad al cambio), que los criterios de apreciación global.

Recientemente se han desarrollado una serie de medidas apropiadas para evaluar la severidad de la depresión en niños y adolescentes, destacándose especialmente los autoinformes y las entrevistas (Kazdin, 1981; Kazdin y Petti, 1982; Kovacs, 1981), la severidad se mide en función de la presencia o ausencia de síntomas, no obstante pueden utilizarse también como puntuaciones-criterio para diagnosticar la presencia o ausencia del síndrome depresivo.

A Autoinformes

Por lo tanto, los autoinformes son procedimientos de medida ampliamente utilizados. En el ámbito de la depresión parecen especialmente indicados, pues los estados afectivos se prestan más a la evaluación subjetiva. Entre los más usados están los siguientes:

1.- Children's Depression Inventory (CDI; Kovacs y Beck, 1977). La versión en español se encuentra en proceso de estandarización por Varela, y cols.

2.- Short Children's Depression Inventory (Short-CDI; Carlson y Cant-Well, 1979)

3.- Face Valid depression Scale for Adolescents (DSA; Mezzich y Mezzich, 1979)

4.- Center for epidemiological Studies Depression Scale (modified for children) (CES-D; Weisman y cols., 1980)

5.- Beck depression Inventory (modificado para adolescentes) (BDI-A; Chiles y cols., 1980).

6.- Modified Zung (M-Zung, Lefkowitz y Tesiny, 1980)

7.- Children's depression Scale (CDS; Lang y Tisher, 1978).

B Entrevistas

Es difícil excluir a las entrevistas de cualquier proceso diagnóstico. Su importancia es obvia, máxime si tenemos en cuenta que el niño, por sí solo, muy raramente es capaz de informar sobre su posible estado de ánimo depresivo, casi siempre necesita de la ayuda del

terapeuta quien, mediante el diálogo, va desvelando e interpretando esas manifestaciones que, de otra forma, le hubieran pasado inadvertidas.

Existen algunos formatos de entrevistas estructuradas o semi-estructuradas. A continuación se exponen algunas de las más relevantes:

- 1.- Children's depression Scale (CDRS; Poznanski y cols., 1979)
- 2.- Children's Depression Rating Scale-Revised (CDRS-R; Poznanski y cols., 1984)
- 3.- Bellevue Index of Depression (BID; Petti, 1978)
- 4.- Children's Affective Rating Scale (CARS; Mc Knew y cols., 1979)
- 5.- Interview Schedule for Children (ISIC-Form C; Kovacs, 1978; Kovacs y cols., 1984)
- 6.- Kiddie-SADS (K-SADS; Chambers y cols., 1978)

C Información proveniente de los compañeros

Los compañeros del paciente evalúan con bastante facilidad el cambio de éste en determinados aspectos como, por ejemplo, disforia, pérdida de energía, falta de interés por actividades usuales, etc. Las numerosas conductas en las que los compañeros pueden informar, son de un valor muy estimable a la hora de realizar un diagnóstico. Entre los cuestionarios destinados a este fin puede destacarse el Peer Nomination Inventory for Depression (PNID; Lefkowitz y Tesiny, 1980).

D Análisis de la conducta no verbal

Cada vez es mayor el interés que para el diagnóstico tiene la observación de la conducta no verbal del paciente. Nadie duda en señalar que un buen número de

interacciones entre paciente y terapeuta se canalizan a través de la comunicación no verbal. Generalmente, los clínicos experimentados toman buena cuenta de la conducta gestual del paciente a la hora de hacer su diagnóstico.

A pesar de que se han hecho esfuerzos para incorporar la observación de la conducta no verbal a la entrevista clínica, lo cierto es que tales intentos resultaron infructuosos hasta que no se desarrollaron técnicas apropiadas para el registro y análisis cuantitativo de la conducta gestual. El perfeccionamiento de las técnicas de análisis de series temporales y los notables avances operados en la instrumentación y recolección de datos (por ejemplo en video tapes, cassetes, etc). Incluso existen actualmente técnicas con pasos específicos a seguir dentro de algunas técnicas conductistas, como por ejemplo:

- 1.- Especificar la parte del cuerpo que se va a estudiar
- 2.- Establecer el número de dimensiones que se van a codificar
- 3.- Descripción de esas dimensiones (vertical, arriba-abajo, etc.), en su forma más operativa
- 4.- Establecer el tipo de escalas (p.ej., nominales, ordinales, etc.) y el modo de puntuación de cada una de ellas.
- 5.- Definir el tipo de movimientos en cada dimensión (p. ej. Rotación de cabeza, derecha-izquierda, etc.)

Frisch, fey y Hirsbrunner (1983) experimentaron este método en el análisis de la conducta motora de los sujetos depresivos. Los resultados de su investigación pusieron de manifiesto que los pacientes depresivos, que iniciaban el proceso de recuperación y mejora, manifestaban un notable incremento de su motilidad (esto es, cantidad de tiempo que, al menos, una parte del cuerpo está en movimiento), realizando movimientos cada vez más complejos (la complejidad indica el grado en el que varias partes del cuerpo se coordinan simultáneamente para realizar un determinado movimiento) y una mayor velocidad para lograr el ajuste en estos cambios de movimiento. Se comprobó que estos pacientes inician y finalizan más movimientos que durante el comienzo de la fase depresiva.

Ello nos sugiere la relevancia que tiene la conducta no verbal en este tipo de pacientes y, en consecuencia, la necesidad de incluir esta clase de registros en el proceso diagnóstico.

En las depresiones infantiles la observación de estos datos puede tener una significación muy diferente, al estar mediada, como está la comunicación no verbal, por otras variables como el nivel de activación, la conducta de imitación y el mayor o menor autocontrol del comportamiento motor desde instancias cognitivas y/o las características de determinadas etapas del desarrollo evolutivo.

CAPITULO 2 “PRUEBAS PSICOLÓGICAS”

2.1. *Historia de la medición en psicología*

El origen de las pruebas psicológicas surgió debido al interés por conocer las diferencias humanas (Nunnally, 1970; Pichot, 1976; Anastasi, 1978; Cerdá, 1984).

En el intento por conocer las diferencias humanas se realizaron diversas investigaciones que van desde el estudio de las sensaciones del ser humano hasta el nivel intelectual y las emociones de cada persona.

Estas investigaciones tuvieron gran importancia dentro de la psicología ya que llevaron a la creación de las pruebas o test psicológicos, que hasta la fecha permiten conocer diversas características de los seres humanos.

Entre los primeros estudios de las diferencias humanas se encuentra el trabajo del español J. Huarte de San Juan quien, en el siglo XVI, daba normas para descubrir habilidades e ingenios y establecer diferencias mediante su Examen de ingenios.

En el siglo XIX en Francia, ante el trato inadecuado que sufrían los enfermos mentales surge un interés por estudiarlos y hacer clasificaciones que permitieran poder darles un tratamiento adecuado. En el año de 1838, el psiquiatra Esquirol publicó: *Des maladies mentales considerees sous les rapports medical hygienique et medico-legal*, donde realizó la primera clasificación de los enfermos mentales, la cual se basó en el uso del lenguaje que podía tener un sujeto, ya que consideraba que éste era un criterio adecuado para determinar el nivel intelectual (Cerdá, 1984).

Es importante mencionar que el trabajo que realizó Esquirol sirvió como referencia para la construcción de las primeras escalas de inteligencia y desarrollo, como las de Binet-Simon y Gessell.

Durante ese mismo siglo Ernest Weber, en el año de 1840, publica los resultados de sus trabajos sobre relaciones entre estímulos y respuestas sensoriales donde postula

diversas leyes, entre las cuales destacan las del “umbral absoluto y umbral diferencial” (Cerdá, 1984).

Fechner se interesó y continuó los trabajos de Weber; sus investigaciones se dedicaron a medir las sensaciones por medio de los juicios humanos, de esta manera llegó a la conclusión de que la “respuesta sensorial es proporcional al logaritmo del estímulo” (Cerdá, 1984).

Wundt, en el año de 1879, crea el primer laboratorio de psicología experimental, que tenía como finalidad formular leyes sobre la conducta humana; en este laboratorio se trabajo con diversos sujetos observando que no todos reaccionaban de la misma manera, por lo que no se podían realizar generalizaciones, por lo tanto fue necesario que todos trabajaran bajo las mismas circunstancias y se estudiaran entonces las diferencias individuales. Los experimentos que ahí se realizaban tenían influencia médica y fisiológica, por lo tanto se hacían estudios sobre las reacciones de los sentidos ante diversos estímulos.

Posteriormente Francis Galton, en Londres, se dedicó a hacer estudios sobre la herencia humana realizando mediciones en personas que tenían o no parentesco. Galton, influenciado por Locke, creó diversos test para medir funciones sensoriomotoras ya que consideraba que el conocimiento entra por los sentidos, y por lo que la medición de estas funciones le permitiría conocer la inteligencia de cada ser humano. En el año de 1884 estableció un laboratorio antropométrico, en el Museo de South Kensington, donde a los visitantes se les aplicaba una serie de pruebas que les permitía conocer su altura, peso, capacidad auditiva y otros atributos. Se emplearon por primera vez las escalas de estimación y los cuestionarios.

Una de las aportaciones de Galton fue el uso de procedimientos estadísticos en los datos que reportaban el uso de los test; dichos procedimientos los desarrollo con su discípulo K. Pearson; quien estableció la fórmula del coeficiente de correlación, la correlación parcial, correlación múltiple y el análisis factorial.

En 1904 Spearman establece el uso del análisis factorial al utilizar el coeficiente de correlación de Pearson en los resultados de diferentes test.

James McKeen Cattell, un psicólogo norteamericano que fue colaborador de Galton y discípulo de Wundt, siguió los estudios de las diferencias individuales y el uso de los test en los Estados Unidos. En el año de 1890 publicó un artículo llamado *Mental Test and Measurements*, en la revista *Mind* (Cerdá, 1984), donde utilizó por primera vez el término **test mental** para designar a una serie de pruebas psicológicas que se empleaban para conocer las diferencias individuales y la inteligencia. Cattell, consideraba al igual que Galton, que la inteligencia se podía medir a través de la discriminación sensorial y el tiempo de reacción.

Kraepelin, quien es considerado el padre de la psiquiatría, en el año de 1895 crea pruebas para explorar funciones más complejas como la elaboración de conceptos, enjuiciamiento práctico, fatiga mental, etcétera.

En 1897 Ebbinghaus elabora pruebas para medir memoria y cálculo aritmético.

Los italianos Gucciardi y Ferrari, continuaron el trabajo de Kraepelin y diseñaron pruebas destinadas a la exploración de los enfermos mentales.

A finales del siglo XIX A. Binet y Herni realizan un trabajo llamado *La psychologie individuelle* donde se oponen totalmente a la teoría de Locke y sus seguidores, que sostenía que la inteligencia se podía medir a través de los sentidos, argumentando que ésta no tomaba en cuenta las diferencias individuales. Propusieron entonces diversos test que incluían la medición de la memoria, la comprensión, la imaginación y la atención.

En 1904 se formó una comisión dentro de la Institución Pública francesa para estudiar las formas de educación de los niños subnormales y el diagnóstico de la enfermedad mental.

Binet y Simon publican en 1905 en *L' Anné Psychologique* un artículo llamado Nuevos métodos para el diagnóstico del nivel intelectual de los anormales (Pichot, 1976),

donde se incluía el primer test mental práctico. Esta escala contaba con problemas ordenados en grado de dificultad y de acuerdo al ambiente cultural. Sus subtest medían el juicio, la comprensión y el razonamiento, dentro de sus reactivos se incluía nombrar objetos, completar frases o comprender preguntas. Este test se presentó como un instrumento provisional y no contaba con ningún método para su calificación.

En 1908 apareció la primera revisión de la escala Binet-Simon: se eliminaron los test que no eran satisfactorios de la versión anterior y se agregaron nuevos test. Además se realizó una clasificación de los test de acuerdo a diversos niveles de edad. En esta escala se utilizó por primera vez el término "*Edad mental*", que correspondía a los niños cuya ejecución igualaba la edad cronológica (Anastasi, 1978).

La tercera revisión de esta escala se realizó en 1911: en ésta se le adicionaron varios niveles de edad, contemplando su uso en adultos.

La escala Binet-Simon despertó un gran interés en diversas partes del mundo, se realizaron diversas traducciones y adaptaciones, una de las más importantes fue la que llevó a cabo L.M. Terman en la Universidad de Stanford en 1916, conocida como *Escala Stanford-Binet*, en la cual Stern sugirió el término "*Coficiente Intelectual*", que consideraba la relación entre la edad mental y la edad cronológica (Anastasi, 1978).

Las diversas formas de la escala de Binet, requerían en su aplicación un examinador que interactuará con cada sujeto.

En 1917 cuando el gobierno de los Estados Unidos, decide participar en la Primera Guerra Mundial, se enfrenta ante el problema de seleccionar rápidamente a un millón y medio de personas para el ejército y elegir su cargo por lo que la *American Association* forma un comité dirigido por R. K. Yarkes para investigar acerca de todos los procedimientos disponibles para elaborar dicha selección.

Durante esa época Arthur S. Otis había realizado un test colectivo de inteligencia; formado con preguntas de información general, razonamiento y aritmética, que presentó ante al comité, en donde se revisó y adaptó para poderse emplear en la selección de los reclutas. A este test se le conoció como "*Test Alfa*" ("*Army Alpha Test*") (Otis, 1939 a).

Se construyó además un test complementario para personas analfabetas y con poco dominio del idioma inglés, que incluía rompecabezas geométricos y análisis de ilustraciones. Estos test fueron cedidos para su uso civil.

Durante la Primera Guerra Mundial, se desarrollaron también test de personalidad, dentro de los cuales destaca el que elaboró Woodsworth para los reclutas y que servía para detectar casos que podrían requerir un mayor estudio clínico. Este test estaba formado por preguntas que se emplearían comúnmente en una entrevista referentes a la adaptación del sujeto en su hogar, en la escuela y con sus amigos.

En Suiza, también durante la Primera Guerra Mundial, el psiquiatra Hermann Rorschach implementaba una nueva forma para evaluar la personalidad. Elaboró una prueba en donde al sujeto se le presentaban 10 láminas con manchas de tinta y se le pedía que las describiera. Esta técnica tenía influencia psicoanalítica y daba relevancia al aspecto simbólico.

En 1939 aparece la primera Escala Wechsler-Bellevue, que sirve para medir inteligencia, siendo ésta la primera escala para adultos en la que se llevó a cabo una estandarización en función de su edad cronológica.

Anastasi (1978) menciona que el desarrollo de pruebas psicológicas, en un principio se orientó principalmente a medir diversas funciones y a partir de éstas determinar el nivel de inteligencia, estas pruebas medían en su mayoría aptitud verbal y en menor grado aptitudes para manejar relaciones numéricas, abstractas y simbólicas. Posteriormente se descubrió que estas medidas proporcionaban poca información de cada función, por lo que fue necesario crear pruebas que midieran funciones específicas.

Desde antes de la Primera Guerra Mundial los psicólogos comenzaron a realizar pruebas que midieran aptitudes especiales que complementarían a las pruebas de inteligencia, se crearon pruebas para conocer la vocación profesional, para selección y clasificación de personal, entre otras.

Al mismo tiempo en que se descubría la necesidad de elaborar pruebas para medir las diversas aptitudes de los individuos, se estudiaba la organización de rasgos, por lo que

se facilitó la elaboración de éstas. En esta área, Spearman realizó una de las mayores aportaciones con sus investigaciones estadísticas en estudios de intercorrelaciones de la naturaleza de la inteligencia y las puntuaciones en otras pruebas; y sus estudios sobre el análisis factorial, en donde se descubrió que en las puntuaciones de una prueba, están presentes diversos factores o rasgos independientes.

Los estudios realizados con el análisis factorial permitieron el desarrollo de baterías de aptitud múltiple, que tenían como finalidad proporcionar una medida de la posición del sujeto en cierto número de rasgos.

En 1941, se publican los Test de Chicago de aptitudes mentales primarias (PMA), siendo este el primer esfuerzo por construir una batería.

Fue después de la Segunda Guerra Mundial, en 1945, cuando los psicólogos militares realizaron investigaciones sobre las pruebas basándose en el análisis factorial dirigidas a la elaboración de aptitudes diferenciales. Durante este período se crearon pruebas especiales para pilotos, bombarderos, operadores de radio dentro de la Army Air Forces 1947-1948.

Por otro lado en el ámbito escolar se experimentaban nuevas técnicas, dentro de las cuales se encontraba la aplicación de pruebas tipificadas de rendimiento, siendo éstas las primeras que consideraban importante que todos los sujetos se sometieran a las mismas circunstancias. En estas pruebas se trataba de abarcar contenidos más amplios y eliminar la posibilidad de favoritismo por parte del examinador durante el proceso de evaluación (Mann, citado en Anastasi, 1978).

Durante esta misma época se establecieron programas de test a escala estatal, regional y nacional, de los cuales el más conocido fue el que realizó el *College Entrance Examination Board* (CEEB). Posteriormente los servicios del CEEB se unieron al *Carnegie Corporation* y los del *American Council on Education* formando el *Educational Testing Service*, quien se encargaron de elaborar pruebas para universidades, escuelas profesionales, y organismos gubernamentales (Anastasi, 1978).

En 1959 el *American Collage Tesitng Program* elaboraba pruebas para los aspirantes de ingreso en los centros no incluidos en el CEEB.

Dentro del estudio de la personalidad, se crearon pruebas para evaluar los intereses, actitudes y opiniones, dentro de las primeras pruebas que se elaboraron se encuentra la que fue creada en el seminario para graduados celebrado en el Instituto de Tecnología Carnegie 1919-1920 (Fryer, 1931, citado en Anastasi, 1978), esta prueba se denominaba Strong Vocational Interest Blank (SVIB). El grupo del Carnegie creó diversos inventarios de intereses los cuales presentaban preferencias o aversiones de los sujetos para una variedad de actividades específicas, objetos o personas que se encuentran comúnmente en la vida diaria (Anastasi, 1978). Posteriormente se crearon otros inventarios, dentro de los cuales destaca la elaboración del MMPI (1939) (Inventario Multifásico de la Personalidad Minnessota) y el CPI (*California Psychological Inventory*).

Anastasi (1978) señala que para complementar el SVIB, se elaboró un inventario similar de intereses para diversas ocupaciones especializadas y semiespecializadas. Este inventario se llamó *Minnesota Vocational Interest Inventory*, formado por 21 escalas para ocupaciones tales como panaderos, conductores, reparadores de televisión, entre otros.

Otro de los inventarios más conocidos para evaluar intereses son las diversas formas y versiones del Kuder, dentro de las cuales se encuentra el *Kuder Preference*, el *Kuder Occupational Interest Survey*, *Kuder General Interest Survey*.

En lo referente a la historia de la medición en psicología es importante señalar que aquí solamente se han citado algunas de las pruebas que marcaron un paso en la historia, y que el desarrollo de pruebas ha seguido hasta la fecha.

2.2. Definición de las pruebas psicológicas

La conceptualización y definición de las pruebas o test psicológicos varía de acuerdo a cada autor, a continuación se presentará una definición breve de los autores más relevantes:

Tyler, Leona (1972) señala que una *"Una prueba puede definirse como una situación estándar diseñada para tomar una muestra del comportamiento de un individuo"*.

Pichot (1976) da la siguiente definición *"Un test es una situación experimental estandarizada, sirviendo de estímulo a un comportamiento."*

Anastasi (1978) considera que un test tiene como finalidad medir las diferencias que existen entre diferentes individuos o las reacciones del mismo individuo en diferentes ocasiones. Por lo tanto, para Anastasi *"Un test psicológico constituye una medida objetiva y tipificada de una muestra de conducta"*.

Brown (1980) define a una prueba como el *"Procedimiento sistemático para medir una muestra de conducta"* *"El procedimiento sistemático se refiere a que una prueba se construye, se administra y se aplica, según las reglas preestablecidas"*.

"Test es una palabra inglesa que significa prueba y que se deriva del latín testis." (Cerdá, 1984).

Cerdá (1984) menciona la definición que fue aceptada en la Antigua Asociación Internacional de la Psicotécnica de H. Pieron que dice: *"Test es una prueba definida, fijando una tarea a realizar, idéntica para todos los sujetos examinados. Debe disponer de una técnica precisa, que permita discriminar entre soluciones satisfactorias y erróneas o bien de un sistema numérico que permita puntuar el resultado. La tarea puede consistir en poner de manifiesto conocimientos adquiridos (test pedagógicos) o bien funciones sensorio-motoras o mentales (test psicológico)." Cerdá, señala que esta definición sólo incluye test de inteligencia, aptitudes y conocimiento, y no toma en cuenta las pruebas de personalidad.*

Considerando la definición de los diversos autores, se puede concluir que una prueba psicológica es una situación estandarizada, que permite tener una medida objetiva de la conducta de un individuo.

2.3. *Características de las pruebas psicológicas*

Toda prueba de medición psicológica, debe cumplir con características específicas, para que los datos que ésta proporcione sean objetivos, de utilidad y confiables.

2.3.1. *Grado de dificultad y poder discriminativo de los reactivos*

Una de estas características es el *grado de dificultad* (Anastasi, 1978) o la *sensibilidad de discriminación* (Pichot, 1976) que debe tener los reactivos de una prueba psicológica. Esta característica permite conocer las diferencias individuales; y se logra mediante un procedimiento que se lleva a cabo en el momento de construir la prueba. Este procedimiento consiste en agregar reactivos que puedan ser contestados por todos los sujetos y reactivos que sólo puedan ser contestados por aquellos más aptos. Generalmente en las pruebas psicológicas que evalúan el rendimiento académico, inteligencia y aptitudes, los reactivos son ordenados en orden de dificultad, colocando primero los reactivos más fáciles y posteriormente los de mayor dificultad, esto se hace con la finalidad de que los sujetos sientan confianza al empezar la prueba y permitir que los sujetos con menor capacidad, puedan dedicar mayor tiempo a aquellos reactivos que pueden resolver correctamente.

El poder discriminativo describe el grado en que la probabilidad de la respuesta alfa (aprobar un reactivo, calificando como correcto contra incorrecto, responder un reactivo en dirección clave) se correlaciona con el atributo. Un reactivo que no discrimina debe ser eliminado de la prueba. El índice clásico más común de la discriminación es la correlación con personas entre la respuesta alfa y el puntaje total de la prueba, la correlación reactivo total. (Nunnally, 1995).

2.3.2. Estandarización

La *tipificación* o *estandarización* es otra de las características que debe incluir una prueba psicométrica, ésta consiste en utilizar los mismos procedimientos para aplicar y calificar las pruebas en todos los sujetos. La tipificación abarca pues, materiales, límites de tiempo, instrucciones, demostraciones previas, formas de resolver dudas a los sujetos durante la aplicación. El hecho de tener bajo las mismas condiciones a los sujetos permitirá, posteriormente generar normas que permitan hacer comparaciones entre éstos.

Dentro de las características más importantes que debe cubrir una prueba psicométrica es que ésta tenga un grado aceptable de confiabilidad y validez. En seguida se presentará una breve definición de ambos términos y posteriormente se revisará detalladamente cada uno de éstos.

La *confiabilidad* de una prueba “se refiere a la consistencia o estabilidad de las puntuaciones obtenidas en un mismo sujeto en diferentes ocasiones o con conjuntos distintos de elementos equivalentes” (Anastasi, 1978).

La *validez* “Es el grado en que un test psicológico mide lo que realmente pretende medir” (Anastasi, 1978), es decir, los elementos que conformen la prueba psicométrica, deben ser representativos de la conducta que desea medir.

2.3.3. Confiabilidad

Al realizar diversas mediciones sobre un mismo objeto, es muy probable que se cometan errores entre una y otra medición, por lo que éstas pueden no ser exactas o verse alteradas. Al medir atributos psicológicos, nos encontramos con que muchos de estos no son estables, y en ocasiones aunque se utilice la misma prueba en distintas ocasiones las puntuaciones obtenidas de un mismo sujeto pueden variar. Por tal motivo es importante

determinar si las variaciones en las puntuaciones de los sujetos se deben a un cambio real en el atributo medido o a un error cometido durante el proceso de medición.

Para tal efecto, la teoría psicométrica contempla el estudio del *error de medición* al calcular la confiabilidad de una prueba. Se considera error de medición, a todas aquellas condiciones ajenas o imprevistas que se presentan durante el proceso de medición y que no fueron contempladas cuando se diseñó la prueba psicométrica.

Nunnally (1995) menciona que el error de medición es una combinación de procesos sistemáticos y procesos aleatorios. Los procesos sistemáticos son las fallas en el procedimiento, que incluyen desde la elaboración, aplicación y calificación de la prueba, hasta la captura y el análisis de los datos. Los procesos aleatorios son los que quedan fuera de control del proceso de la medición, como los cambios propios del elemento medido.

Si el error de medición es sistemático y altera todas las mediciones por igual, se considera un *error constante*, que no tendrá mayor efecto en la medición puesto que no alterará las comparaciones de los grupos. Pero cuando el error sólo afecta algunas de las mediciones se considera que hay un sesgo en la medición.

El error aleatorio tiene mayor importancia en las mediciones psicológicas puesto que los puntajes obtenidos se ven afectados por diversas situaciones tales como la elección adecuada de los reactivos de acuerdo a la muestra de sujetos, es decir, determinada prueba puede arrojar puntuaciones elevadas en un grupo y bajas en otro, probablemente porque uno de estos tuvo mayor acceso a información que le fue útil al contestar la prueba y el otro grupo no; otras situaciones que pueden variar las puntuaciones de un mismo sujeto, es el empleo del azar al contestar los reactivos de la prueba o que no tenga la misma disposición en las diversas mediciones.

Este tipo de error es casi imposible de eliminar, por lo que se debe de tratar de reducir al mínimo siempre que sea posible.

Debido a la cantidad de errores que se pueden cometer en las mediciones es importante conocer la confiabilidad de una prueba. Anastasi (1978) define la confiabilidad de una prueba como "la consistencia de las puntuaciones obtenidas por los mismos individuos cuando son examinados con el mismo *test* en diferentes ocasiones, con conjuntos distintos de elementos equivalentes o bajo otras condiciones variables del examen".

Para obtener la confiabilidad de una prueba psicométrica se obtiene un *coeficiente de correlación*, que indica el grado de concordancia que hay entre dos conjuntos de calificaciones. Para estimar el coeficiente de correlación se emplean algunos métodos estadísticos como la fórmula de correlación de Pearson, Spearman entre otros.

Los valores que puede asumir una correlación van desde -1 hasta +1, cuando el valor obtenido de la correlación es positivo se dice que se ha encontrado una correlación positiva, y cuando el valor es negativo la correlación se denomina negativa. Cuando el valor del coeficiente se acerca más a +1 se considera que la correlación es significativa. Es importante señalar que los coeficientes de correlación que se encuentran en una prueba psicológica son generalmente positivos. El coeficiente de correlación toma en cuenta la posición del sujeto en el grupo así como la distancia que hay en el puntaje de cada sujeto respecto al promedio de calificaciones obtenidas. Es importante señalar que en las mediciones de atributos psicológicos es imposible llegar a obtener un grado de correlación igual a 1. Este coeficiente también es denominado por algunos autores como *coeficiente de confiabilidad*.

Debido a los diversos factores que pueden alterar la confiabilidad se pueden considerar diferentes tipos de confiabilidad, algunos de éstos contemplan el tiempo que transcurre entre una y otra aplicación como es el caso del *coeficiente de estabilidad*, otros considera la adecuada elección de los reactivos que forman la prueba y proporcionan el *coeficiente de consistencia interna* y/o el *coeficiente de equivalencia*. Cada uno de éstos presenta una varianza de error distinta, en seguida se describirá brevemente en que consiste cada uno de estos métodos así como el tipo de coeficiente de correlación que aporta y el tipo de varianza de error que se contempla.

MÉTODOS PARA OBTENER LA CONFIABILIDAD

2.3.3.1. Método de confiabilidad test-retest

Este método consiste en aplicar una prueba y después de un intervalo de tiempo, volver a aplicar la misma prueba. Posteriormente se calcula el coeficiente de confiabilidad con las calificaciones obtenidas en la primera y segunda aplicación de cada sujeto. El coeficiente de confiabilidad que se obtiene con este método se denomina *coeficiente de estabilidad temporal*. La varianza de error se debe a las variación que se puede producir en transcurso de tiempo de una aplicación a otra, o a las condiciones de aplicación en que se administró la prueba. Es importante que este tipo de confiabilidad se podría ver alterado con rasgos variables de la personalidad, como el estado de ánimo.

2.3.3.2. Método de confiabilidad con formas equivalentes o paralelas

Consiste en elaborar dos pruebas parecidas que midan el mismo atributo; la construcción de pruebas paralelas consiste en crear dos formas de la prueba que contengan el mismo número de reactivos y el mismo grado de dificultad. Ambas pruebas deben tener formato, instrucciones, límite de tiempo de la administración similares, para posteriormente poder ser comparadas. Una vez construidas ambas se aplica una forma y con un período mínimo de tiempo se aplica la segunda forma al mismo grupo de sujetos. Para estimar la confiabilidad se correlacionan las calificaciones obtenidas en las dos formas y el resultado de ésta se denomina *coeficiente de equivalencia*. La varianza de error muestra las variaciones en la actuación de los sujetos en ambas formas. Este método permite además conocer la magnitud del error de medida debido al muestreo de contenido.

2.3.3.3. Método confiabilidad de división por mitades

En este método se aplica sólo una forma de la prueba. Después se divide la prueba en dos mitades equivalentes que se califican por separado para obtener dos calificaciones distintas para cada sujeto. Una de las formas más comunes para dividir la prueba es separar los reactivos pares e impares y obtener una calificación sumando todos los

reactivos pares y otra con los reactivos impares, en esta división se debe tener en cuenta que los reactivos pares e impares sean similares en el grado de dificultad.

Posteriormente para obtener la confiabilidad de la prueba estas dos puntuaciones se correlacionan y se obtiene un *coeficiente de consistencia interna*, se le llama así puesto que sólo emplea una forma de la prueba. Este método proporciona sólo la confiabilidad de la mitad de la prueba, pero entre mayor sea el número de reactivos que contiene la prueba mayor será la confiabilidad.

2.3.3.4. Método confiabilidad de Kurder Richardson

Este método consiste en evaluar la consistencia interna de una prueba, para lo cual se requiere de una sola aplicación y la confiabilidad se estima a partir de las respuestas de los sujetos a todos los reactivos de la prueba, la forma más común de evaluar este tipo de consistencia es utilizando la fórmula Kuder-Richardson que hace un examen de la ejecución de cada elemento. Las fuentes de error influyen en este método son el muestreo de contenido y la heterogeneidad de lo que se pretenda medir.

2.3.4. Validez

En las pruebas psicológicas no sólo es importante que haya confiabilidad en las mediciones, puesto que esta sólo indica la consistencia en las puntuaciones, un problema más importante que enfrenta una prueba psicológica es comprobar empíricamente que ésta mide el atributo o rasgo para el que fue construida.

Magnusson (1969) menciona que “la validez de un método es la exactitud con que pueden hacerse medidas significativas y adecuadas con él, en el sentido que midan realmente los rasgos que se pretenden medir”. Anastasi (1978) señala que para poder determinar la validez es necesario contar con criterios específicos y fuentes objetivas de información que definan el rasgo que mide la prueba. Una prueba psicológica no tiene una sola validez, sino varias, que están en función del uso para el que ésta se destine y el grupo en el que se utilice.

La validez se estima mediante un coeficiente de correlación, denominado *coeficiente de validez*, que indica la relación existente entre los datos obtenidos de la prueba psicológica y los datos que se utilizan como índices para los puntajes del individuo en la variable de criterio. Magnusson (1969).

Brown (1980) menciona que los diversos procedimientos para conocer la validez de una prueba se clasifican en tres categorías principales según los *Standards for Educational and Psychological Test (1974)*: validez de contenido, validez relacionada con el criterio, y validez de construcción. A continuación se explicará en que consiste cada uno de estos procedimientos.

2.3.4.1. Validez de contenido

Este tipo de validez supone un adecuado muestreo de contenido, es decir, una selección cuidadosa de los reactivos que conforman la prueba psicológica, para el cual se realiza un examen sistemático del contenido de los reactivos que conforman la prueba. En el muestreo de contenido se debe especificar la amplitud que fue considerada, y esta debe tratar de abarcar todas las áreas posibles. Este análisis permitirá determinar si éstos comprenden una muestra representativa del atributo o rasgo que pretende medir.

Uno de los procedimientos para determinar si una prueba tiene validez de contenido consiste en que un grupo de jueces expertos en el tema decidan si los reactivos de ésta son una muestra representativa del área que se pretende medir, si los jueces deciden que la muestra es representativa, entonces la prueba tiene validez de contenido. Para que este procedimiento pueda ser considerado objetivo es necesario especificar a los jueces el dominio de contenido que fue considerado, así como las categorías y su grado de importancia.

Un procedimiento más para conocer la validez de contenido consiste en administrar la prueba un grupo de sujetos, someter a este grupo a un curso que contenga información relativa a lo que la prueba pretende medir, y al finalizar el curso se administra

nuevamente la prueba. Este procedimiento indicará si la prueba mide la información proporcionada en el curso.

Algunos autores mencionan la *validez aparente o de facie* al describir la validez de contenido. Esta validez, es la menos objetiva, ya que sólo toma en cuenta la apariencia de la prueba, es decir, lo que aparentemente parece medir. Se considera importante que la mayoría de las pruebas tengan este tipo de validez, ya que ésta permite cierto grado de confianza en las personas que han utilizarla. Una prueba que a simple vista no indica que es lo que se pretende medir es probable que genere desconfianza y poca cooperación de los sujetos. Este tipo de validez no debe confundirse con la validez de contenido, puesto que no es una validez en sentido técnico. Es importante señalar que “la validez aparente no se debe substituir por la validez objetivamente determinada” (Anastasi, 1978).

Para obtener una validez aparente es necesario que en el momento en que se elabore se tenga en cuenta la población a la que va dirigida, ya que se requiere de una terminología especial para cada caso, por ejemplo, no se podrían utilizar los mismos términos para evaluar a niños y adultos o a un ingeniero y a un mecánico.

2.3.4.2. Validez empírica o de criterio

Las pruebas psicológicas se emplean en algunas situaciones para predecir conductas en situaciones específicas. En este caso se requiere comparar los resultados de la prueba con un criterio específico. El criterio es una medida directa e independiente de lo que mide la prueba (Anastasi, 1978). Un ejemplo de esto es comparar las puntuaciones obtenidas de un individuo en un test de inteligencia para predecir sus logros académicos en la universidad. Las medidas de criterio para obtener la validez de una prueba se pueden obtener mediante dos formas, al mismo tiempo en que se aplica la prueba o después de un intervalo de tiempo.

La validez de criterio se puede clasificar en validez predictiva y validez concurrente, la primera se emplea como se mencionó anteriormente para predecir la actuación o ejecución de un individuo ante determinada situación, y la medida del criterio

se obtiene después de un determinado intervalo de tiempo; este tipo de validez se emplea comúnmente en las pruebas empleadas en la selección y clasificación de personal. La validez concurrente se emplea cuando ya se tienen datos de los individuos (criterio) y éstos se pretenden substituir con los resultados obtenidos en la prueba, esto es con la finalidad de ahorrar tiempo en determinados procesos, esta validez se emplea generalmente en pruebas de diagnóstico. Debido a que la validez empírica requiere de medidas de criterio, es necesario tener ciertas consideraciones al elegir éstas.

Brown (1980) señala tres principales características para elegir una medida de criterio: relevancia, confiabilidad y desviaciones tendenciosas.

La *relevancia*, considera una evaluación racional de las dimensiones relevantes del criterio conceptual para determinar si están representadas o no en la medida del criterio.

La *confiabilidad* de la medida de criterio, ya que considera que si la ejecución del criterio varía con el tiempo no se puede relacionar de manera consistente con otras medidas.

Y por último es importante que no haya *desviaciones tendenciosas* que afecten las medidas, para evitar esto señala que si han de utilizarse medidas de criterio como juicios, será necesario proporcionar indicaciones específicas y concretas de las características que se van a calificar para que el procedimiento de calificación sea lo más objetivo posible. Brown menciona que una fuente de desviación es la contaminación de criterios que se refiere a la situación en que la calificación de una persona en un criterio se ve afectada por el conocimiento del evaluador de su calificación predictora.

Concluye señalando que la mejor medida de criterio es la que tenga mayor número de ventajas prácticas, es decir, la que sea más fácil de utilizar, que se disponga de ella con facilidad y que no resulte muy costosa.

En seguida se presentan algunos de los métodos que sugieren Brown (1980) y Anastasi (1978) para obtener la validez de criterio.

El método más común para obtener la validez de criterio es el de obtener un *coeficiente de validez*, éste se obtiene mediante la correlación de las calificaciones de la prueba con un determinado criterio. Este procedimiento requiere de cinco etapas que incluyen la selección de un grupo apropiado; la aplicación de la prueba predictora; la aplicación del tratamiento relevante; la recopilación de los datos del criterio y por último se obtiene la correlación de las calificaciones y el criterio. Es importante señalar que si la correlación de las variables es lineal se puede subestimar la magnitud de la correlación y que esta magnitud estará determinada por el rango de las diferencias individuales.

Otro método es el de *grupos contrastados o diferenciación de grupos* que implica comparar dos grupos, uno que haya sido sometido a tratamiento (ejecución en el criterio) y uno control, si se encuentran diferencias significativas entre ambos se dice que la prueba tiene validez.

La *exactitud en la toma de decisiones o desempeño en la tarea*, es un método más para conocer la validez de criterio y consiste en realizar una serie de registros acerca de la actuación en el criterio determinado y determinar la proporción de éxitos o fracasos en los sujetos que fueron seleccionados con una prueba predictora. La prueba psicológica que tenga mayor validez será entonces aquella que proporcione mayor número de decisiones correctas.

La *utilidad* de la prueba, es un método más para determinar la validez de criterio, éste se logra mediante un análisis de costos y beneficios de diversas acciones. Los resultados de la prueba deben representar algún beneficio y ofrecer un ahorro de costos en la toma de decisiones, para ser considerada válida.

2.3.4.3. Validez de construcción o validez estructural

Este tipo de validez se emplea para comprobar un constructo que se supone mide la prueba. "En la medida en que una variable es abstracta y latente más que concreta y observable se denomina constructo. Es algo que los científicos construyen y que no existe como dimensión observable de la conducta. Un constructo refleja una hipótesis de que una

variedad de conductas se correlacionan entre sí en estudios de diferencias individuales y/o serán afectadas de manera semejante por manipulaciones experimentales” (Nunnally, 1995).

Un ejemplo de un constructo es el estudio de la ansiedad o la personalidad, por la tanto las pruebas psicológicas que tienen validez de construcción miden rasgos para los cuales no hay un criterio externo (Magnusson, 1969) o algún atributo o cualidad que se supone poseen las personas (Brown, 1980).

Nunnally (1995) menciona que “el objetivo del estudio de los constructos es emplear una o más medidas cuyos resultados se generalicen a una clase más amplia de medias que legítimamente empleen el mismo nombre”.

Para obtener la validez de construcción es necesario reunir pruebas suficientes que permitan comprobar que los resultados de la prueba pueden medir un constructo, Brown (1980) señala que no es posible obtener un índice cuantitativo de la validez de construcción.

Los pasos para obtener la validez de construcción son los mismos que utiliza el método científico, que incluyen formulación de hipótesis, observación del fenómeno, recopilación de datos y por último aceptar o rechazar las hipótesis.

Existen diversos métodos para obtener la validez de constructo, en seguida se presenta brevemente en que consiste cada uno de ellos, según la clasificación que presenta Brown (1980).

Método intrapruebas: Consiste en estudiar la estructura interna de la prueba psicológica: su contenido, formas de respuesta, y las relaciones entre las subpruebas o los reactivos. Este método considera la determinación del universo medido por el constructo y otras variables. La validez de contenido de una prueba representa una fuente de evidencia para la validez de constructo, ya que al especificar el universo conductual se define la naturaleza del constructo que mide la prueba.

Método *interpruebas*: Este método toma en consideración las relaciones recíprocas entre varias pruebas de manera simultánea, indicando cuales son los aspectos que tienen en común éstas, o si miden o no el mismo constructo. Encontrándose en este método la validez congruente que consiste en obtener una correlación entre las calificaciones de una prueba nueva y otras ya existentes; y el análisis factorial.

Nunnally (1995), define el análisis factorial como un “procedimiento estadístico que permite encontrar agrupamientos de variables relacionadas. Cada grupo o factor, consiste en un grupo de variables cuyos miembros se correlacionan de manera más elevada entre ellos mismos de lo que hacen con variables fuera del grupo. Cada factor se toma como un atributo que es medido en mayor o menor grado por instrumentos particulares de acuerdo con su correlación con el factor”. Señala además que estas correlaciones son denominadas a veces como “validez factorial” de las medidas, pero es mejor hablar de dichas correlaciones como la “composición factorial”.

Método de *estudios relacionados con el criterio*: En este método se toma en cuenta la naturaleza y el tipo de criterio que predice una prueba psicológica, para dar una idea del constructo que la prueba está midiendo. Por lo tanto la validez de criterio puede proporcionar información valiosa para la validez de construcción.

Método de *manipulación experimental*: Consiste en manipular una variable y observar los efectos que esta produce en las calificaciones obtenidas en la prueba psicológica. La variable que se manipulará puede ser el constructo que se pretende medir. De esta manera se puede observar si los resultados de la prueba comprueban las hipótesis que plantea el constructo.

Método de *estudios de capacidad de generalización*: Consiste en analizar sistemáticamente la prueba sobre una variedad de condiciones o dimensiones o con diferentes condiciones en la administración.

Este método se basa principalmente en la contribución de Campell y Fiske(1959), (citado en Brown, 1980 y Nunnally, 1995) sobre estudios de la validez de constructo, en el

cual se hace mención al método de *matriz de multirasgo y multimétodo*, el cual sostiene que hay cuatro tipos de correlaciones:

- 1) *Coefficientes de confiabilidad* Describen el grado en que una medida es consistente internamente en el sentido de que todos sus componentes miden lo mismo.
- 2) *Correlación heterorasgo-monométodo* Denota la correlación entre dos medidas que comparten un método común pero evalúan atributos diferentes.
- 3) *Correlación monorasgo-heterométodo* Denota una correlación entre dos medidas del mismo rasgo que utilizan métodos diferentes.
- 4) *Correlación heterorasgo-heterométodo* Es una correlación entre atributos diferentes que usan métodos diferentes.

Es importante señalar que los coeficientes de confiabilidad esperados sean elevados, mientras que las correlaciones heterorasgo-heterométodo deben ser más bajas puesto que utilizan métodos diferentes y miden rasgos distintos.

2.3.5. Normalización

Dentro de la medición en el campo de la psicología, existen algunas limitaciones, es decir, el asignar números a los atributos de los "objetos psicológicos", los cuales se asignan para representar cantidades de uno o varios atributos de los objetos, estableciendo cuidadosamente las reglas o procedimientos para ese fin. Dichos procedimientos deben ser estandarizados, porque no sólo permiten la objetividad de los resultados, sino también establecer el tipo promedio de comportamiento (atributo que se mide), también conocido como "Norma", la cual da sentido al proceso de medición y al empleo de métodos eficaces de análisis matemático.

La ciencia ha desarrollado reglas para cuantificar los atributos de los objetos reales, recurriendo a los sistemas matemáticos con el fin de poder establecer las relaciones

internas entre los datos obtenidos con diferentes tipos de mediciones; así que la Teoría de la probabilidad es la única área de las matemáticas utilizada por la ciencia del comportamiento ya que establece, por una parte, la asignación de números a los eventos o atributos de los objetos bajo tres condiciones principales:

- a) Condición de no negatividad: los números siempre deben ser positivos
- b) Condición de normalización: la probabilidad de que un evento ocurra es una
- c) Condición de aditividad: si dos eventos son mutuamente exclusivos, la ocurrencia de uno elimina la del otro, de tal forma que la ocurrencia de uno u otro de ellos es la suma de las probabilidades individuales de ambos eventos.

Uno de los principales problemas de los psicólogos que manejan instrumentos de medición es la interpretación que deben dar a los números que obtienen de las mediciones psicológicas. Al respecto existe una clasificación convencional de escalas cuyo propósito fundamental es generar un continuo, en el cual queden o puedan quedar ubicadas las personas u objetos y, a partir del atributo que se intenta medir, ser localizados, ya sea para clasificar, ordenar o conocer la magnitud relativa de dicho atributo, a fin de establecer semejanzas o diferencias en la posesión que cada objeto o persona tiene de él.

Sin embargo, para que sean comparables los resultados de diferentes tests, deben expresarse sobre la misma escala. La comparación entre los puntajes de un individuo en 2 diferentes tests, son más significativos después de haberse transformado los puntajes originales en puntajes sobre una escala estándar, y estas comparaciones entre puntajes de diferentes distribuciones pueden hacerse aún más significativas si también están normalizadas.

La transformación de puntajes originales en puntajes sobre otra distribución puede hacerse de manera que cada individuo conserve exactamente su posición relativa sobre la distribución. Esta es una "transformación lineal". La transformación también puede cambiar la forma de la distribución, modificando el tamaño de las unidades de la escala en diferentes niveles de dificultad, de tal forma que se obtenga una distribución normal de puntajes después de la transformación. Esta transformación se llama "normalización" Es

posible hacer una normalización sin realizar una transformación lineal a la vez (Magnusson, 1995)

En una distribución normalizada cada puntaje tiene un significado estadístico conciso; el porcentaje de individuos que se hallan arriba y debajo de cada puntaje se conoce exactamente en una escala que tiene una media y una unidad de medida conocidas, aquí se da importancia no a la comparación entre diferencias a distintos niveles de puntajes, sino a la posición relativa de un individuo en una distribución cuyas propiedades son conocidas.

La normalización puede utilizarse también en diferencias inter o intraindividuales, para lo cual se necesitan los valores de los individuos en las variables en cuestión como puntajes en una escala de intervalo; por ejemplo, en las medidas realizadas por medio de cuestionarios se obtienen puntajes cuya distribución es asimétrica, en tales casos se puede normalizar dicha distribución y obtener una distribución normal de los puntajes. La normalización es simplemente un caso especial de transformación no lineal.

Por todo lo anteriores necesario considerar en el trabajo con pruebas psicológicas, la interpretación de los datos que éstas proporcionan, ya que la calificación aislada de una prueba sólo proporciona puntajes crudos que no se pueden interpretar en situaciones prácticas. Para lograr una adecuada interpretación es necesario hacer una normalización de las calificaciones.

La calificación que obtiene un sujeto en una prueba depende principalmente de su ejecución en ella, y en algunas pruebas del grado de dificultad que ésta presenta, y para poder interpretar esta calificación es necesario recurrir a normas. “Las normas son cualesquiera datos estadísticos que proporcionen un marco de referencia para interpretar los puntajes de un individuo en relación con los puntaje de otros” (Nunnally, 1995).

Magnusson (1969) señala que la normalización es una transformación de la distribución de los puntajes originales a una distribución normal que permita tener escalas con diferentes niveles de dificultad. De ésta manera las calificaciones de una prueba podrán interpretarse con mayor precisión.

La finalidad de convertir los puntajes a una distribución normal es que ésta proporciona un significado estadístico preciso, en el cual el porcentaje de individuos que se encuentra arriba y abajo de cada puntaje se conoce exactamente cuando se tiene una media y una unidad de medidas conocidas.

Anastasi (1978) señala que los puntajes normalizados tienen una doble finalidad, indicar la situación relativa de un sujeto en relación al grupo normativo que permite valorar su ejecución con relación a otras personas; y proporcionar medidas que hacen posible la comparación directa de la actuación del sujeto en distintas pruebas.

En relación a la determinación de normas, es importante señalar que éstas se deben obtener en una muestra representativa de la población para la que fue construida para que se puedan obtener valores estables.

Por último es importante señalar que si se han de utilizar normas ya establecidas de una determinada prueba, es necesario considerar las características de la muestra para las que éstas se obtuvieron.

2.4. Clasificación de las pruebas psicométricas

Morales (1975) señala que las pruebas psicológicas, se clasifican de acuerdo a sus características, las cuales contemplan: a) su objetivo, b) tipos de respuesta, c) formas de aplicación, d) ejecución, e) instrucciones, f) material y g) calificación. Brown (1980) hace una clasificación de acuerdo al formato de cada prueba. Se expone en seguida una clasificación considerando a ambos autores.

a) En principio las pruebas psicológicas se clasifican por su *objetivo*, es decir, el objetivo principal para el que fueron construidas y los rasgos o conductas que pretenden medir. Esta clasificación divide a las pruebas en: 1) pruebas de potencia o ejecución máxima y, 2) pruebas de rasgos o ejecución típica, conocidas también como pruebas proyectivas. Una característica de las pruebas de ejecución máxima, es que éstas presentan

estímulos y tareas específicas al sujeto, mientras que en las pruebas proyectivas los estímulos y tareas que se le piden al sujeto son ambiguos.

1) Las pruebas de ejecución máxima o de potencia son aquellas en las cuales se evalúa el rendimiento y las aptitudes del individuo, estas pruebas demandan el mayor rendimiento del sujeto en la tarea encomendada. La calificación que obtiene el individuo está determinada por tres factores principales: habilidades innatas, habilidades aprendidas y la motivación que presente al resolver la prueba.

Dentro de esta clasificación se encuentran las pruebas de inteligencia, rendimiento, aptitudes múltiples y específicas. Las pruebas de rendimiento proporcionan información a cerca de los conocimientos, habilidades y capacidades del individuo. Las pruebas de aptitudes permiten hacer una predicción de la conducta futura que tendrá el sujeto en determinadas tareas.

2) Las pruebas de ejecución típica o de rasgos permiten conocer la forma en que se comporta un individuo de manera habitual, la forma en que reacciona, piensa y siente ante diversas situaciones; estas pruebas se pueden clasificar además en estructuradas e inestructuradas.

En esta clasificación se encuentran las pruebas de personalidad, actitudes, intereses, preferencias, valores y técnicas proyectivas.

b) Las pruebas se pueden clasificar por su *forma de respuesta* en: 1) objetivas y 2) subjetivas. En las objetivas se encuentran las pruebas de inteligencia, y en las subjetivas las técnicas de proyectivas.

En esta clasificación se puede considerar además las formas que se presentan al sujeto para elegir su respuesta. Una prueba, puede entonces, presentar respuestas alternativas o respuestas libres, en las primeras el sujeto deberá elegir su respuesta de entre varias opciones, y en las de respuesta libre el sujeto deberá completar frases, hacer historias, realizar un dibujo, etc.

c) La clasificación de acuerdo a la *forma en que se administra* una prueba señala tres formas para aplicar una prueba: 1) individual, 2) colectiva y, 3) autoadministrable. Las pruebas de aplicación individual, requieren la presencia de un examinador para cada sujeto, en este tipo de aplicación el examinador indicará al sujeto las tareas que habrá de realizar y manipulará los materiales que sean necesarios. Las pruebas de aplicación colectiva son aquellas que se pueden aplicar a más de un sujeto a la vez, generalmente son del tipo lápiz-papel, y no requieren manipulación de materiales, la tarea del examinador será dar las instrucciones, vigilar a los sujetos y atender las dudas que pudieran presentar. En las pruebas autoadministrables, la tarea del examinador será sólo dar las instrucciones de cómo resolver la prueba, pero no será necesario que éste permanezca mientras el sujeto resuelve la prueba.

Dentro de las formas de aplicación cabe señalar, una de las más recientes, a la cual se le denomina *automatización*, esta forma de aplicación requiere de una computadora en la cual se le presentarán los reactivos

d) Las pruebas psicológicas se clasifican de acuerdo a *la manera en que se pueden contestar* en: 1) pruebas de poder y 2) pruebas de velocidad. Las pruebas de poder contienen reactivos de diferentes grados de dificultad, y tienen un tiempo límite suficiente para poder contestar todos los reactivos. Las pruebas de velocidad generalmente contienen reactivos de menor dificultad, y tienen un tiempo límite en el cual el sujeto deberá contestar el mayor número de reactivos que le sea posible.

e) Las *instrucciones* que puede contener una prueba psicológica pueden estar escritas en el protocolo, o pueden requerir ser especificadas por el examinador de manera oral, en algunas ocasiones será necesario que el examinador ejemplifique cómo ha de realizarse la tarea.

f) Las pruebas psicológicas se pueden clasificar de acuerdo al material que empleen en: 1) lápiz-papel, 2) verbal, 3) ejecución, 4) aparatos específicos para realizar alguna tarea y, 5) una combinación de los tres primeros.

g) La *calificación*, de las pruebas se pueden llevar a cabo manualmente o por medio de una computadora, representando este último método un ahorro de tiempo y una mayor objetividad en las puntuaciones de cada sujeto.

h) Por último es importante señalar que las pruebas psicológicas deben tener un límite de aplicación, éste considera la población para la que se elaboró la prueba. De esta manera se clasifican en pruebas para bebés, niños preescolares, niños escolares, adolescentes y adultos.

2.5. *Influencia del examinador en cuanto a la aplicación*

Una prueba psicológica proporciona información útil para la toma de decisión en diversas actividades, tales como, elaborar un diagnóstico, determinar un tratamiento, elegir la carrera que ha de estudiarse, o aceptar o no a una persona para determinado empleo, y como es de esperarse, estas decisiones pueden influir o determinar de alguna manera en el futuro de las personas, por lo tanto, los resultados que brinda una prueba son información muy delicada, que requiere de un manejo profesional, es decir por personal debidamente capacitado para aplicar, calificar e interpretar los resultados.

En seguida se presentarán algunas de las consideraciones más importantes que señalan diversos autores (Morgan, 1975; Anastasi, 1978; Sattler, 1988) que se deben tener en cuenta tanto para el personal que ha de administrar la prueba (examinador), como para las condiciones que se deben tener en el proceso de aplicación.

El examinador o aplicador de una prueba debe cubrir determinadas características y habilidades para poder desempeñar profesionalmente su labor. En principio debe contar con conocimientos suficientes a cerca del comportamiento humano y de las diferencias individuales que presenta cada sujeto, esto con el propósito de conocer la importancia del trabajo que ha de realizar, entender a los diferentes sujetos y poder establecer una relación interpersonal adecuada. Las personas que pueden desempeñar esta labor pueden ser psicómetras o psicólogos con preparación psicométrica, es decir todos los conocimientos relacionados con el manejo de pruebas, material, instrucciones y forma en que ha de aplicarse cada prueba.

Morgan (1975) hace algunas sugerencias de las habilidades que requiere el entrevistador completo, que se pueden aplicar al examinador de pruebas, estas habilidades son sociales, de comunicación, analíticas e interpretativas y para la toma de decisiones.

Las *habilidades sociales* le permiten al examinador mantener una relación interpersonal cordial y amable, para de esta manera obtener mayor cooperación y participación de los sujetos, además le permitirán determinar que es correcto o no hacer en las diferentes situaciones que puede afrontar.

Las *habilidades de comunicación* le han de servir para mantener una correcta interacción verbal, que incluye el poder determinar el vocabulario que ha de emplear según la edad, escolaridad y cultura de los sujetos. El aplicador deberá saber modular los tonos de voz que ha de utilizar, y ser claro en sus explicaciones para que no existan problemas en la forma de resolver la prueba.

Las *habilidades analíticas e interpretativas* le serán de utilidad para poder ser objetivo en el momento de calificar e interpretar las puntuaciones de cada sujeto obtenidas en las pruebas psicológicas.

Las *habilidades en la toma de decisiones* le servirán para no dejarse llevar por estereotipos al elaborar los reportes finales con los que se han de tomar decisiones, es decir, que no deberá juzgar a las personas por su sexo, edad, raza o religión.

Las condiciones para poder aplicar adecuadamente una prueba psicológica requieren de un lugar amplio perfectamente iluminado, en el que no haya exceso o falta de luz, con ventilación adecuada y temperatura agradable, deberá contar con una silla cómoda y una mesa para cada sujeto, así como aislado de ruidos y de todo tipo de interrupciones que puedan distraer la atención del sujeto.

En el proceso de aplicación, el examinador necesita establecer un adecuado *rapport*, es decir, deberá realizar un esfuerzo para despertar el interés del sujeto, obtener su cooperación y asegurar que sigue las instrucciones tipificadas de la prueba (Anastasi, 1978).

Para poder establecer el *rapport*, es necesario que haya una empatía con el sujeto, y para lograrla, el examinador deberá empezar el proceso de aplicación saludando al (los) sujeto (s), presentándose, preguntado su nombre al sujeto, en el caso de que la aplicación fuera individual. En esta parte el aplicador se puede ayudar con expresiones faciales y modulaciones de voz apropiadas que le permitirán establecer un ambiente de confianza.

Anastasi (1978), señala que cualquier prueba representa una amenaza implícita al prestigio del individuo, por lo que será necesario ganarse la confianza y cooperación del sujeto, así como darle cierta seguridad al iniciar la prueba. Sattler (1988) menciona que para reducir la angustia que pudiera tener el sujeto, se le debe explicar para que se le está aplicando la prueba y como afectará su futuro.

Por último se presentarán los puntos principales de la lista de sugerencias que propone Sattler (1988) para el examinador, en el proceso de aplicación de pruebas de inteligencia, tomando únicamente aquellos puntos que se pueden extender a la mayoría de las pruebas psicológicas.

I. Precauciones generales

- A. Lea, aprenda y *vuelva a leer* las instrucciones.
- B. Aténgase siempre a los procedimientos estandarizados.
 - 1. Use la redacción exacta.
 - 2. Observe con mucho cuidado el tiempo establecido.
 - 3. Presente los materiales en la forma descrita.
 - 4. Siga con todo rigor las instrucciones para calificar.
 - 5. No se conforme con leer las instrucciones impresas, téngalas a la mano para consultarlas.
- C. Sea objetivo.
 - 1. No haga ninguna insinuación sobre lo correcto o incorrecto de las respuestas del sujeto.

2. No de ninguna pista sobre la respuesta que espera; cuido mucho su tono de voz, recuerde que está en examen, no enseñando.
- D. Sea natural.
1. Trate de ser impersonal, pero sea amable.
 2. Aprenda a usar una dicción estandarizada en forma natural e informal
 3. Establezca empatía recíproca y comunicación franca antes de que inicie la prueba; tome una actitud expectante.
- E. Prepare el ambiente
1. Evite distracciones.
 - a) Visuales: Impida que el sujeto mire hacia puertas y ventanas donde haya mucho movimiento y actividad. Que no vea tampoco hacia grandes espacios abiertos que tengan imágenes, colores, etc. que puedan distraerlo. Evite el ruido.
 - b) Auditivas: Evítese las áreas ruidosas, otras voces, etc.; aplique la prueba en un lugar aislado.
 - c) Emocionales: No administre la prueba cuando el sujeto se sienta presionado, perturbado o enfermo.
- F. Eficiencia para la forma en que se aplique la prueba y el manejo de materiales.
1. Establezca un orden eficiente y un método apto para manipular los materiales.
 - a) Para registrar.
 - b) Para consultar el manual *sin que se convierta en obstáculo entre usted y el examinado.*
 - c) Para guardar y sacar en forma oportuna los materiales.
 2. Haga una transición suave de una prueba a otra y de un reactivo a otro. En cada punto de la prueba debe saberse qué es lo que se va a presentar en seguida.
 3. Conozca el material, las calificaciones lo suficiente como para no alargar la prueba en forma innecesaria. Una prueba demasiado prolongada suele producir cansancio, desinterés o ambos.
 - a) Disimule o reoriente los comentarios no importantes.

- b) Reduzca al mínimo los movimientos extraños fomentando el interés, la motivación, la orientación de las tareas.
- c) Prevenga el cansancio y la distracción.

G. Calificación

1. Es esencial que el examinador conozca bien los criterios de calificación. Este requisito se refiere en especial a la comprensión del *objetivo* de cada prueba o subprueba.
2. Debe recordarse que los criterios de calificación son simplemente lo que dice la "etiqueta". "Criterios" y no respuestas completas y de absoluta veracidad o falsedad. Suele ser necesario evaluar respuestas equivalentes basándose en las enumeradas en los criterios de calificación, ya que no pueden incluirse todas las respuestas posibles.
3. El examinador principiante debe constatar las respuestas con el manual, para verificar cualquier duda.
4. Deben volver a revisarse cada uno de los pasos en el proceso de calificación.

H. Cuidado del material de la prueba.

1. Siempre que cualquier material presentado al niño tenga marcas o esté deteriorado de modo que pudiera influir en su respuesta, habrá que reemplazarlo.
2. Los materiales extravagantes o dañados tendrán que ser substituidos por otros *idénticos a los originales*.

De acuerdo al marco teórico que se ha expuesto en este capítulo, en el que se señalan las consideraciones que han de tenerse al elaborar y aplicar una prueba, las características que debe cubrir, confiabilidad, validez, normas, etc., así como al manejo de las calificaciones que ésta proporciona, criterios, normalización, estandarización, es posible concluir que para hacer un uso adecuado y responsable de ellas, es necesario que cubran siempre todas las características mencionadas, y éste se debe limitar sólo a aquellas personas que estén debidamente capacitadas en el manejo de ellas.

2.6 Adaptación de test para su uso en diferentes idiomas y culturas

En la actualidad existe un interés creciente por los estudios comparativos internacionales de todo tipo.

La forma más habitual de elaborarlos es adaptando los ya existentes a los idiomas y/o culturas objetivo que se desea investigar. Este proceso de adaptación de los test constituye un momento clave dentro de cualquier proyecto de estudio intercultural.

Existen bastantes datos indicadores de que está creciendo el interés por los estudios internacionales comparativos. Con este crecimiento aparece la necesidad de adaptar (habitualmente llamada "traducir") test psicológicos, para uso en múltiples culturas e idiomas.

Hay muchas razones para adaptar tests. Una razón es que adaptar un test es generalmente más barato y rápido que preparar uno nuevo para un segundo idioma. Una segunda razón es que en el segundo idioma no siempre existe la experiencia técnica para producir un nuevo test validado. Esto es especialmente cierto en los países de tercer mundo, como lo es México. Una tercera razón es que para llevar a cabo estudios comparativos interpaíses, interidiomas, y/o interétnicos, se requieren tests adaptados. (Hambleton, 1996)

Estos estudios se han vuelto muy populares en los últimos años, dado que muchos países se esfuerzan por establecer estándares educativos internacionales y desean comparar sus progresos con los de otros países.

Mientras que las muchas razones para la adaptación de los tests están claras, los métodos para llevarla a cabo y establecer las equivalencias entre las puntuaciones no lo están tanto (Hambleton, 1993, 1994). Algunos investigadores interculturales han señalado que un alto porcentaje de investigaciones en su campo son defectuosas, incluso no válidas, debido a una adaptación deficiente de los tests utilizados.

La adaptación de un test incluye todo tipo de tareas, desde decidir si mide o no el mismo constructo en idiomas y culturas diferentes, hasta el problema de la selección de

traductores, la decisión sobre los ajustes necesarios que hay que hacer para usar el test en un segundo idioma, o la propia adaptación del test y la comprobación de la equivalencia de la forma adaptada.

2.6.1 Fuentes de error o invalidez en la adaptación de los tests

Las fuentes de error o invalidez presentes en la adaptación de los tests pueden organizarse en tres amplias categorías:

- Diferencias culturales y de idioma.
- Aspectos técnicos y métodos.
- Interpretación de los resultados.

Si no se atienden adecuadamente todos los aspectos incluidos en estas categorías, podemos terminar con un test adaptado que no es equivalente en los dos idiomas o grupos culturales. Los tests no equivalentes conducen necesariamente a errores en la interpretación y a conclusiones defectuosas acerca de los grupos implicados.

2.6.1.1 Diferencias culturales e idiomáticas que afectan a las puntuaciones

La evaluación e interpretación de los resultados interculturales no deberían verse en el contexto restringido de la mera traducción o adaptación de los tests. Este proceso debería considerarse más bien para todas las partes del proceso de evaluación, incluyendo la aplicación del test y el formato de los ítems. Existen además otros factores, pero en este apartado sólo revisaremos estos dos.

Aplicación del test

Los problemas de comunicación entre el aplicador y los examinados pueden constituir una seria amenaza para la validez de los resultados del test. Tal vez las instrucciones no se comunican claramente debido a problemas de adaptación. Una manera de evitar los problemas es asegurarse de que las propias instrucciones estén claras y sean exhaustivas, dejando un margen mínimo para las explicaciones verbales (Van de Vijver y Poortinga, 1991).

Una adecuada selección de los aplicadores constituye una gran ayuda:

- Deben ser elegidos de la población a la que se va a aplicar el test.
- Deben estar familiarizados con la cultura, idioma y dialectos.
- Deben tener experiencia y habilidades adecuadas para la aplicación de tests.
- Deben conocer la importancia de seguir los procedimientos estandarizados asociados con el test.

Adicionalmente, se puede mejorar la consistencia en la aplicación de los tests a diferentes grupos proporcionando un entrenamiento básico a todos los aplicadores.

Formato del test

La diferente experiencia de las personas con ciertos formatos de los items representa otra fuente de invalidez de los resultados de los tests en los estudios interculturales. En los Estados Unidos el formato de elección múltiple para los items se ha utilizado con gran frecuencia en evaluación. En los estudios interculturales no se puede asumir sin más que todo el mundo está tan familiarizado con este tipo de items como los estudiantes americanos. De modo que los estudiantes de otros países podrían tener desventajas en comparación con sus homólogos americanos.

A veces un equilibrio entre los tipos de formatos puede ser la mejor solución para asegurar la imparcialidad y reducir fuentes de invalidez en el proceso de evaluación.

Otra solución al sesgo potencial asociado con un formato particular es incluir sólo aquellos formatos en los que todos los grupos evaluados tienen experiencia. Cuando se pueda asegurar que los examinados no están en desventaja, y supuesto que todas las variables de interés puedan medirse, entonces son preferibles los ítems de elección múltiple o sencillas escalas de calificación. La mayor ventaja es que los ítems de elección múltiple o las escalas sencillas de calificación pueden puntuarse objetivamente. De ese modo se evitan las complicaciones asociadas con la puntuación de las respuestas abiertas. Además, unas instrucciones detalladas y claras que incluyan ejemplos y ejercicios ayudan a reducir los efectos de las diferencias previas en experiencia (Van de Vijver y Poortinga, 1991).

2.6.1.2 Aspectos técnicos y métodos

Hay cinco factores técnicos que pueden influir en la validez de los tests adaptados: el propio test, la selección y entrenamiento de los traductores, el proceso de traducción, los diseños racionales para adaptar tests, y los diseños empíricos para establecer la equivalencia.

El propio test

Si un investigador sabe de antemano que va a utilizar un test en una cultura o idioma diferentes, es muy ventajoso tenerlo en cuenta al principio del proceso de construcción del test. Si no se hace así pueden generarse problemas posteriores en el proceso de adaptación, lo cual reducirá la validez del test adaptado. La elección del formato de los ítems, tipo de material para el test, vocabulario, estructura de las frases, y otros aspectos que pueden ser difíciles de traducir bien, pueden tenerse en cuenta a la hora

de preparar las especificaciones del test. Tales acciones preventivas pueden minimizar los problemas posteriores.

Con las escalas de personalidad, por ejemplo, debe tenerse cuidado y elegir situaciones, vocabulario, y expresiones que se adapten fácilmente a través de grupos idiomáticos y culturas. Por ejemplo, conductas que pueden ser habituales en el mundo occidental pueden tener un significado muy distinto en otras culturas.

Selección y entrenamiento de los traductores

La necesidad de obtener los servicios de traductores competentes es obvia. Sin embargo, demasiado a menudo los investigadores han tratado de solucionar el proceso de traducción con un solo traductor, seleccionado porque se tenía a mano, un amigo, la esposa de un colega, alguien realmente barato, etc. Un trabajo de traducción competente reclama un tratamiento sistemático.

Los traductores deberían de ser algo más que personas competentes en los idiomas implicados en la traducción. Deberían conocer muy bien las culturas, especialmente la cultura objetivo (es decir, la cultura del idioma al cual se está adaptando el test). El conocimiento de las culturas implicadas, especialmente la cultura objetivo, es a menudo fundamental para una adaptación eficiente.

Muy a menudo los traductores sin conocimientos técnicos recurren a traducciones literales que son con frecuencia problemáticas para los examinados del idioma objetivo y amenazan la validez del test.

Un traductor que no conozca los principios de la construcción de tests y escalas puede fácilmente sin saberlo hacer el material del test más o menos difícil, y, en consecuencia, rebajar su validez en la población objetivo.

Proceso de traducción

El problema de los dialectos dentro de un idioma puede llegar a ser una amenaza para la validez de los tests adaptados.

El conocimiento de la frecuencia de uso de las palabras puede ser de gran valor para obtener adaptaciones válidas. En general es mejor traducir palabras y expresiones por otras con aproximadamente la misma frecuencia de uso en los dos idiomas.

En la adaptación de tests se usa a veces el “descentramiento”. Puede ocurrir que ciertas palabras y expresiones no tengan equivalentes en el idioma objetivo. Es incluso posible que ciertas palabras y expresiones no existan en el idioma objetivo. El descentramiento implica hacer revisiones del test en el idioma fuente de modo que pueda utilizarse material equivalente en las versiones del idioma fuente y del idioma objetivo. Esta estrategia es posible cuando el test se está desarrollando en el idioma fuente, y a la vez se está llevando a cabo la versión del idioma objetivo.

Diseños racionales para la adaptación de tests

Los dos diseños más populares son la traducción hacia delante o directa y la traducción hacia atrás o inversa. Mediante el diseño de la traducción directa, un traductor, o preferiblemente un grupo de traductores, traduce el test del idioma fuente al idioma objetivo. Posteriormente, otro grupo de traductores juzga la equivalencia entre las dos versiones del test. Pueden hacerse revisiones de la versión objetivo a partir de los problemas identificados por los traductores. A veces la validez de los juicios acerca de la equivalencia de las dos versiones se mejora permitiendo a los propios examinados dar sus opiniones sobre el material de los tests y cuestionarios a los expertos y traductores.

La mayor debilidad de este diseño básico radica en el alto grado de apreciaciones que deben llevar a cabo los jueces o traductores acerca de la equivalencia entre las dos versiones del test.

El diseño de la traducción inversa es el más conocido y popular de los diseños racionales. En su forma más común, un grupo de traductores adapta un test del idioma fuente al idioma objetivo. Un segundo grupo de traductores toma el test adaptado (en el idioma objetivo) y lo vuelve a adaptar al idioma fuente. A continuación se compara la versión original del test con la traducción inversa y se hacen análisis racionales acerca de su equivalencia. En la medida en la que las dos versiones del test en el idioma fuente sean similares, aumenta la seguridad acerca de la equivalencia entre las versiones fuente y objetivo del test. El diseño de traducción inversa puede considerarse como un chequeo general de la calidad de la traducción, que permite detectar al menos algunos de los problemas asociados con traducciones o adaptaciones deficientes.

Aunque el diseño de traducción inversa es útil y a menudo permite identificar problemas en el proceso de adaptación, raramente proporciona suficiente información para decidir el uso de un test adaptado en la práctica. Una de las mayores limitaciones es que la comparación de los tests se lleva a cabo en el idioma fuente. Es muy posible que la adaptación pueda ser deficiente, mientras que los datos sobre la comparabilidad del test original y su traducción inversa sugieran otra cosa. Una segunda limitación es que la adaptación puede ser deficiente debido a que retiene aspectos inapropiados del idioma original del test, tales como la misma estructura gramatical y ortografía. Tales errores facilitan la traducción inversa, pero enmascaran limitaciones serias en la versión objetivo del test.

Finalmente, este y otros diseños basados en el análisis racional pueden resultar defectuosos debido a que las personas a las que va destinado el test no se les aplica en condiciones adecuadas. Hay una amplia evidencia que sugiere, por ejemplo, que los revisores no son capaces de predecir las propiedades estadísticas de los items, o identificar

todos los fallos potenciales de un conjunto de items, y es precisamente por esto que los items se han de probar sobre el terreno antes de utilizarlos.

Diseños empíricos para establecer la equivalencia

Son habituales tres diseños de recogida de datos para establecer la equivalencia entre los items de un test en diferentes idiomas:

- a) Se aplica a sujetos bilingües la versión fuente y objetivo del test. En este diseño a los mismos participantes se les pasa la versión fuente y objetivo del test. La ventaja de este diseño es que se controlan las distintas características de los participantes. Los sujetos son bilingües igualmente expertos en ambos idiomas. Este diseño es mejor utilizarlo junto con otros, pudiendo así comprobar la validez convergente de los resultados. Una variante de este diseño bilingüe es la asignación al azar de los sujetos bilingües para realizar una de las versiones del test.
- b) Se aplica la versión original y la traducción inversa a monolingües en el idioma fuente. Este diseño implica la administración de las versiones original e inversa del test a una muestra monolingüe en el idioma fuente. La equivalencia entre los items se comprueba comparando la ejecución de los participantes en las diferentes versiones del mismo ítem. La ventaja de este diseño radica en que al utilizar una sola muestra las puntuaciones resultantes no se confunden con las características diferenciales de los sujetos (Hambleton y Bollwark, 1991).
- c) A los monolingües en el idioma fuente se les aplica la versión original y a los monolingües en el idioma objetivo la versión adaptada. La ventaja de este diseño es que se

utilizan en los análisis las muestras de las poblaciones fuente y objetivo y por tanto los hallazgos sobre la equivalencia de las dos versiones del test son generalizables a las poblaciones de interés. Desgraciadamente este tipo de estudios son incapaces de discriminar entre diferencias culturales y problemas de adaptación del test, pero son reveladores de problemas potenciales en la versión adaptada del test.

2.6.1.3 Interpretación de los resultados

En los estudios interculturales a gran escala la finalidad del test es proporcionar una base para hacer comparaciones entre varios grupos culturales e idiomáticos, y comprender las semejanzas y diferencias existentes (Hambleton y Bollwark, 1991).

Los resultados deben de utilizarse para buscar la forma de comparar los grupos y comprender las diferencias entre ellos. Para obtener una mejor comprensión a la hora de interpretar las puntuaciones deben de tenerse en cuenta factores relevantes específicos del país, nivel de vida, valores culturales, etc. Ya que pueden ser esenciales para interpretar adecuadamente las puntuaciones de distintos grupos culturales/idiomáticos o nacionales.

También es importante tomar en cuenta las diferencias de curriculas , las comparaciones en rendimiento entre diferentes culturas serán necesariamente limitadas si no se tienen en cuenta esas diferencias.

Para llevar a cabo cualquier interpretación con sentido hay que tener en cuenta las diferentes realidades sociales, políticas y económicas a las que enfrentan los países, así como la relevancia de las oportunidades educativas (Olmedo, 1981).

2.6.2 Directrices prácticas para la adaptación de los test

No existe una única y completa fuente que los profesionales puedan consultar, ni se han elaborado hasta hace poco un conjunto de directrices sobre la adaptación de los tests. Además los métodos de medición más complejos no son bien conocidos por los investigadores que llevan a cabo las adaptaciones. (Hulin, 1967).

En muchos países ya se dispone de estándares técnicos o directrices relativos a la construcción de los tests, fiabilidad de las mediciones, validez y baremación, sin embargo se ha prestado poca atención a la preparación de directrices para la adaptación de los tests y el establecimiento de equivalencias entre las puntuaciones.

La Comisión Internacional de Tests (ITC) se ha ocupado de este problema y ha elaborado un conjunto de directrices prácticas para la adaptación de los tests. Se organizan dentro de cuatro secciones: Contexto, Construcción del test y adaptación, Aplicación, y Documentación/interpretación de las puntuaciones.

Se consideró que las directrices serían más fáciles de usar si estaban organizadas en categorías significativas.

Las directrices pertenecientes a la categoría *contexto* abordan aspectos relativos a la equivalencia de los constructos en los grupos idiomáticos de interés.

La categoría *construcción del test y adaptación* incluye directrices que emergen en el proceso de adaptación del test, todo aquello que va desde la elección de los traductores hasta los métodos estadísticos para analizar los datos empíricos, pasando por la investigación de la equivalencia de las puntuaciones.

La tercera categoría, *aplicación*, se ocupa de directrices que tienen que ver con las distintas formas de aplicar los tests a grupos con diferentes idiomas, incluyendo desde la selección de aplicadores, hasta la elección del formato de los ítems, o el establecimiento de los tiempos límite. La cuarta categoría de directrices tienen que ver con la *documentación y la interpretación de las puntuaciones*.

Habitualmente los investigadores proporcionan muy poca documentación acerca del proceso de adaptación para establecer la validez de un test adaptado, por lo que son frecuentes las interpretaciones erróneas de las puntuaciones de los tests en múltiples idiomas.

El comité de la ITC adoptó la siguiente definición de directriz para la adaptación de un test: *Una directriz para la adaptación de un test es una práctica que se considera importante para realizar y evaluar la adaptación o construcción simultánea de tests psicológicos y educativos para su uso en diferentes poblaciones.*

Las 22 directrices elaboradas por el comité de la ITC se resumen a continuación:

Contexto

- Los efectos de las diferencias culturales que no sean relevantes para los objetivos centrales del estudio deberían de minimizarse en la medida de lo posible.
- Debería de evaluarse la cuantía del solapamiento de los constructos en las poblaciones de interés.

Construcción y adaptación del test

- Los constructores/editores de tests deberían de asegurar que el proceso de adaptación tiene en cuenta las diferencias lingüísticas y culturales entre las poblaciones a las que se dirigen las versiones adaptadas del test.
- Los constructores/editores de tests deberían de proporcionar datos que garanticen que el lenguaje utilizado en las instrucciones, en los propios ítems y en el manual del test, sean apropiados para todas las poblaciones culturales e idiomáticas a las que va dirigido el test.

- Los constructores/editores de tests deberían de aportar evidencia de que las técnicas de evaluación elegidas, los formatos de los ítems, las reglas de los tests, y los procedimientos son familiares a todas las poblaciones a las que van dirigidos.
- Los constructores/editores de tests deberían de facilitar evidencia de que el contenido de los ítems y los materiales de los estímulos son familiares para todas las poblaciones a las que van dirigidos.
- Los constructores/editores de tests deberían de aportar una justificación racional sistemática, tanto lingüística como psicológica, para mejorar la precisión del proceso de adaptación, así como reunir datos acerca de la equivalencia de todas las versiones en los distintos idiomas.
- Los constructores/editores de tests deberían de asegurar que el diseño de recogida de datos permita el uso de técnicas estadísticas apropiadas para establecer la equivalencia entre los ítems correspondientes a las diferentes versiones idiomáticas del test.
- Los constructores/editores de tests deberían de aplicar técnicas estadísticas apropiadas para 1) establecer la equivalencia entre las diferentes versiones de un test, y 2) identificar componentes problemáticos o aspectos del test que puedan ser inadecuados para alguna de las poblaciones a las que va destinado el test.
- Los constructores/editores de tests deberían de proporcionar información sobre la evaluación de la validez en todas las poblaciones objetivo a las que va dirigido el test adaptado.

- Los constructores/editores de tests deberían de aportar datos estadísticos sobre la equivalencia de los tests para todas las poblaciones a las que van dirigidos.
- No deben de utilizarse preguntas que no sean equivalentes en las versiones dirigidas a diferentes poblaciones cuando se prepara una escala común, o cuando se comparan estas poblaciones. Sin embargo, pueden ser útiles para reforzar la validez de contenido de las puntuaciones de cada población por separado.

Aplicación

- Los constructores y los aplicadores de tests deberían de intentar prever los tipos de problemas que cabe esperar, y tomar las medidas oportunas para evitarlos mediante la preparación de materiales e instrucciones adecuados.
- Quienes aplican los tests deberían de ser sensibles a cierto número de factores relacionados con los materiales utilizados para los estímulos, los procedimientos de aplicación, y las formas de respuesta, que pueden reducir la validez de las inferencias extraídas de las puntuaciones.
- Aquellos aspectos del entorno que influyen en la aplicación del test deberían de mantenerse lo más parecidos posible para todas las poblaciones a las que va dirigido el test.
- Las instrucciones para la aplicación del test en el idioma fuente y en el objetivo deben minimizar la influencia de fuentes de variación no deseada.
- El manual del test debería de especificar todos los aspectos del test y de su aplicación que han de revisarse al utilizarlo en un nuevo contexto cultural.

- El aplicador no debe de interferir, debiendo de minimizarse su influencia sobre los examinados. Deben de seguirse al pie de la letra las reglas explícitas descritas en el manual del test.

Documentación/Interpretación de las puntuaciones

- Cuando se adapta un test para utilizarlo en otra población, debe de facilitarse la documentación sobre los cambios, así como los datos acerca de la equivalencia entre las versiones.
- Las diferencias entre las puntuaciones obtenidas por las muestras a las que se aplicó el test no deben de tomarse sin más directamente. El investigador tiene la responsabilidad de sustanciar las diferencias con otros datos empíricos.
- Las comparaciones entre poblaciones sólo pueden hacerse al nivel de la invarianza que se haya establecido para la escala en la que se expresan las puntuaciones.
- El constructor del test debería de proporcionar información específica acerca de las distintas formas en las que los contextos socioculturales y ecológicos de las poblaciones pueden afectar al rendimiento en el test, y debería de sugerir procedimientos para tener en cuenta estos efectos en la interpretación de los resultados.

Estas directrices que promueve la Comisión Internacional de Tests (ITC) no son definitivas, podrían sufrir algunos cambios menores.

CAPITULO 3 "ESCALA DE DEPRESIÓN DE BIRLESON"

3.1 Ficha descriptiva

Autor: Birlleson, Peter (Inglaterra, 1981)

Objetivo: Medir trastornos depresivos moderados o severos

Edad de aplicación: De 7 a 13 años

Número de ítems: 18

Utilidad: Sirve como instrumento de medición de trastornos depresivos

Material: Protocolo de 18 preguntas que incluye espacio para marcar respuestas

Formato: lápiz y papel

Tiempo de administración: 10 a 15 minutos

Referencia Bibliográfica: Birlleson, P. (1981)

3.2 Origen de la Escala

En 1981, Peter Birlleson expresó su inquietud por contar con una definición operacional del trastorno depresivo infantil, como una solución al problema de la varianza en el diagnóstico de éste trastorno, por lo que desarrolló un estudio para investigar si se contaba con un criterio uniforme que tuviera validez de constructo, para esto, realizó una revisión de los posibles problemas metodológicos que pudiesen desencadenar un error en la evaluación, dentro de éstos, destacó la confiabilidad y la validez de la definición operacional, así como el uso de entrevistas y escalas de medición, que se utilizan de manera errónea, sin tomar en cuenta la apreciación propia de los síntomas que presentan los pacientes.

Después de la validación de la definición operacional, se realizó lo necesario para la construcción del primer inventario, en el que se compiló una serie de 37 ítems, asociados con la sintomatología del trastorno depresivo infantil, de los cuales sólo 18 permanecen en la escala, éstos fueron seleccionados en función del grado de discriminación obtenido entre diferentes grupos de niños: deprimidos, pacientes infantiles con otros trastornos psiquiátricos y niños normales escolarizados.

3.3 Descripción de la prueba

El niño tiene que valorar cada ítem de la escala de uno a tres puntos: “nunca”, “a veces”, “siempre”. Los síntomas hacen referencia a la última semana. Para evitar sesgos, unos ítems están redactados en forma positiva y otros en forma negativa y ambos distribuidos de forma aleatoria.

El cuestionario se completa en 15 minutos y se corrige aproximadamente entre 5 y 10 minutos, asignando 0, 1, o 2 en función de la respuesta dada a cada ítem (a mayor sintomatología corresponde mayor puntuación).

3.4 Aspectos psicométricos

El estudio original fue relativamente pobre ya que fundamentalmente consistió en la selección de los ítems para que la escala discriminara entre cuatro grupos de niños deprimidos, clínico control, inadaptados y Normales. El único informe publicado, desde la aparición de esta escala, ha sido el de Asarnow y Carlosn (1985), realizado con una muestra de 82 niños ingresados en una instituto neuropsiquiátrico. pacientespsiquiátricos.

3.4.1 Análisis de ítems

La escala presenta 18 ítems, de los 37 ítems que tenía en su origen, en los que se encontraron diferencias significativas entre el grupo de niños deprimidos y los niños de los otros grupos.

Hay poca correlación entre los ítems 8 y 13 “Me gusta comer” y “Me gusta hablar con mi familia” y la puntuación total (Asarnow y Carlos, 1985)

3.4.2 Análisis factorial

Según Birlson (1981) un análisis –al parecer realizado con el grupo de niños inadaptados- ha puesto de manifiesto la existencia de un factor principal que explica el 30% de la varianza. La matriz rotada produjo cinco factores que explicaban el 61% de la

varianza. Estos factores se asemejan a los encontrados por Grinker y Friedman en adultos (Zung, 1965)

3.4.3 Validez

Birleson (1981) justifica la validez de la escala sólo en función de su poder de discriminación entre los grupos que sirvieron para su construcción estableciendo el punto de corte en 13. Posteriormente se han realizado trabajos acerca de la validez de criterio de esta escala (Asarnow y Carlson 1985).

La escala demostró tener capacidad discriminativa entre los grupos de deprimidos y no deprimidos, diagnosticados mediante entrevistas K-SADS-E (Kiddie-Sads, basada en la Schedule for Affective Disorders an Schizophrenia for adults, Endicott y Spitzer, 1978). Se observó que los niños deprimidos puntuaban significativamente más alto que los no deprimidos en los ítems 3, 5, 6 10, 15 y 17. Así mismo fue evaluada la correlación entre las puntuaciones de las DSRS y el CDI, que fue elevada.

3.4.4 Confiabilidad

Birleson (1981) únicamente informa de la confiabilidad de la escala en el grupo de niños inadaptados mediante el método test-retest ($r=0.80$) y el método por mitades ($r=0.86$).

Asarnow y Carlson (1985) replicaron la investigación en una muestra de niños estadounidenses ingresados en un instituto neuropsiquiátrico, ellos señalan que hay poca correlación entre los ítems 8 y 13 y la puntuación total. Los índices obtenidos por estos autores son más bajos que los de Birleson : $\alpha=0.73$ y $r=0.61$ respectivamente.

ESCALA DE BIRLESON-DSRS

Edad: _____ años _____ meses Sexo: M () F () Escolaridad: _____

INSTRUCCIONES: Por favor contesta sinceramente a las siguientes oraciones que describen cómo te han sentido en la última semana. No hay respuestas buenas o malas, es importante que digas lo que has sentido. GRACIAS.

	SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
1.- Me gustan las cosas tanto como antes			
2.- Duermo bien			
3.- Siento ganas de llorar			
4.- Me gusta salir a jugar			
5.- Siento ganas de escapar o salir corriendo			
6.- Tengo dolores de estómago			
7.- He perdido energía			
8.- Disfruto la comida			
9.- Me defiendo yo solo			
10.- Creo que no vale la pena vivir			
11.- Soy bueno en las cosas que hago			
12.- Disfruto lo que hago tanto como antes			
13.- Me gusta platicar con mi familia			
14.- Tengo pesadillas			
15.- Me siento muy solo			
16.- Me entusiasmo fácilmente			
17.- Me siento tan triste que apenas puedo soportarlo			
18.- Me siento muy aburrido			

3.5 Valoración clínica

La escala de Birlson es una de las pocas escalas que, con estas características, fue elaborada con una finalidad clínica y para ser utilizada en la población infantil. Así como muchas otras se inspiraron y obtuvieron a partir de escalas inicialmente aplicadas en la población adulta, la de Birlson no. Su autor se propuso como objetivo detectar con ella la existencia o no de un síndrome depresivo infantil, excluyendo de éste las reacciones de ánimo pasajeras y/o las manifestaciones de rasgos depresivos crónicos. En la publicación original se insiste en la validez del constructo "depresión infantil" todavía bastante discutido en 1981, categoría diagnóstica en la que la introducción de esta escala ha representado un importante apoyo conceptual.

El análisis de los 18 ítems de esta escala, nos permite observar que los diferentes criterios operacionales, característicos y específicos de los cuadros depresivos infantiles, tienen aquí muy distinto peso. La característica mejor representada es la que hace referencia al humor disfórico (ítems 3, 10, 12, 15, 16, 17), lo que constituye el 33% de los ítems de esta escala. La sintomatología somática, en cambio, tiene una representación algo menor. Por el contrario, la escala no contempla ni la conducta suicida ni la irritabilidad. Situación revisada en la versión modificada de la escala (Asarnow y Carlosn, 1985).

A pesar de los inconvenientes señalados, la brevedad de esta escala y su fácil administración hacen de ella un instrumento que puede ser muy útil en la exploración clínica en psiquiatría infantil, siempre que no se pretenda, claro está, hacer el diagnóstico de depresión únicamente a través de este instrumento. Una vez apuntadas sus limitaciones, la consideramos un buen instrumento clínico.

3.6 Modificaciones de la escala

Asarnow y Carlosn (1985) han replicado la investigación inglesa de esta escala en una muestra californiana constituida por 22 niñas y 60 niños ingresados en un instituto neuropsiquiátrico.

Los autores han modificado además la escala añadiendo tres ítems sobre depresión, con el propósito de satisfacer más ampliamente los criterios apuntados en el DSM-III para los trastornos depresivos. Estos ítems son:

- Pienso muy en serio en matarme
- Estoy en las nubes y no puedo concentrarme
- Me molesto y enfado muy fácilmente

Asimismo han incluido tres ítems de indefensión proveniente de la "Hopeslessness Scale" de Beck y cols. (1974), y dos ítems que tienen la pretensión de valorar la capacidad de empatía del niño. Debido al aumento del número de ítems, se ha variado también el orden de los mismos.

Los resultados sobre validez y confiabilidad son sigieramente superiores a los obtenidos en la forma original de la escala. Es punto de corte propuesto por Asarnow y Carlson (1985) es de 17 para la escala modificada. Tabla 1 muestra los índices de sensibilidad, especificidad y porcentajes de clasificaciones correctas obtenidas en este valor.

Sui-Kau Cheung (1996) hizo la versión china de la escala de depresión de Birlson, con 51 niños de primaria y 77 jóvenes de secundaria, de diferentes distritos de Hong Kong. La consistencia interna obtenida a través del alfa de Cronbach es de 0.75 y el coeficiente de confiabilidad por mitades es de 0.77. Estos resultados son menores a los obtenidos por Birlson pero se parecen a los obtenidos por Asarnow y Carlosn (1985).

De la Peña (1996) hizo una comparación de una muestra clínica de 138 sujetos divididos en tres subgrupos, los cuales obtuvieron un alfa de Cronbach de 0.85, mientras que para el grupo de la población abierta el alfa fue de 0.77. La media de la edad de la población es de 15.76 años para la población abierta, mientras que para el grupo clínico la media de la edad fue de 16.36 años.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

**ITEMS DE LA VERSION MODIFICADA DE LA ESCALA DE BIRLESON
(ASARNOW Y CARLSON, 1985)**

- 1.- Espero las cosas con tanta ilusión como antes.
- 2.- Duermo muy bien.
- 3.- Todo lo que preveo que va a pasar es más desagradable que agradable.
- 4.- Tengo ganas de llorar.
- 5.- Tengo ganas de escaparme.
- 6.- Me duele la barriga.
- 7.- Me siento muy fuerte.
- 8.- Tengo mucha confianza en el futuro.
- 9.- Me gusta comer.
- 10.- Creo que no vale la pena vivir.
- 11.- Soy capaz de defenderme.
- 12.- Actualmente disfruto tanto como antes de lo que hago.
- 13.- Me gusta hablar con mi familia.
- 14.- Cuando los demás tienen problemas me pongo triste.
- 15.- Sueño cosas horribles.
- 16.- Me siento muy solo.
- 17.- Los enfados se me pasan fácilmente.
- 18.- Me siento tan triste que me cuesta soportarlo.
- 19.- Lo que hago, lo hago bien.
- 20.- Estoy muy aburrido.
- 21.- Me gusta divertirme.
- 22.- Pienso que no va a servir para nada intentar conseguir lo que quiero porque probablemente no lo conseguiré.
- 23.- Pienso muy en serio en matarme.
- 24.- Estoy en las nubes y no puedo concentrarme.
- 25.- Me molesto y me enfado muy fácilmente.
- 26.- Me alegro cuando a los demás les suceden cosas tristes.

NOTA: En las instrucciones que se dan a los niños se les pide que refieran sus respuestas a las experiencias que han tenido en las dos últimas semanas. Se hace notar las importantes modificaciones introducidas con respecto a la forma original de la escala, en la que sólo se exigía una semana de duración. Igualmente se advierte que se ha alterado el orden de los ítems.

TABLA 1
PUNTO DE CORTE DE LA DSRS SEGÚN DIFERENTES INVESTIGADORES

	N	CORTE	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD	CLASIFICACIONES CORRECTAS
BIRLESON (1981)	34	13	76%	88%	82%
ROSENBAUM Y CARLSON (1985)	82	13	64%	88%	77%
		16	28%	100%	66%
ROSENBAUM Y CARLOS N (1985) Escala modificada	82	17	51%	95%	74%

La Escala DSRS tiene a juicio de los investigadores diversas ventajas e inconvenientes:

Inconvenientes:

- 1.- No ha sido investigada en la población general (solamente se cita la muestra de 20 niños, empleada por el propio Birluson).
- 2.- Los estudios de validez son hasta ahora insuficientes.
- 3.- La confiabilidad resulta ligeramente baja, aunque en la escala modificada ésta se más alta.
- 4.- Se cuenta todavía con poca experiencia respecto de su aplicación en la clínica.

Ventajas:

- 1.- Es una escala construida específicamente para niños
- 2.- Breve y de fácil administración, incluso en niños con un escaso desarrollo cognitivo.
- 3.- Incide en aspectos relevantes y específicos del síndrome clínico de depresión infantil.

Como hemos podido observar, a través del tiempo, se han creado varias escalas para medir la depresión, todas ellas extranjeras, las cuales a pesar de cumplir con las características de un buen instrumento psicométrico resultan no ser de gran utilidad en México, ya que la mayoría de las veces sólo son traducidas al español y se emplean las normas de otras poblaciones, lo cual es grave porque nos lleva a errores de diagnóstico. Por todo eso, es importante contar con instrumentos debidamente estandarizados y normalizados en población mexicana para utilizar estas herramientas con mayor efectividad en nuestra población.

CAPÍTULO CUATRO “MÉTODO”

4.1 Justificación y planteamiento del problema

Frecuentemente, en México como en América Latina se traducen pruebas desarrolladas en otros países y se emplean normas de otras poblaciones, lo cual sin duda, da lugar a errores en la medición así como en el diagnóstico, ya que las características de la población origen son muy diferentes a la población mexicana.

Actualmente son muy pocos los instrumentos estandarizados en población general y aún son menos en población de adolescentes que evalúan depresión, fuentes recientes permiten conocer dos estudios al respecto: 1) Traducción y Estandarización del Inventario de Depresión de Beck para población mexicana (Mendez, 1995), y 2) Validación de la Escala de Automedición de la Depresión de Zung en adolescentes estudiantes de secundaria mexicanos (Suárez, 1988).

Este problema resulta alarmante si se considera que la depresión en la infancia, a a menudo persiste en la adolescencia, y posteriormente en la edad adulta, etapa en que se enfrenta a mayores riesgos de suicidio, por ello, la depresión necesita ser diagnosticada y tratada eficiente y oportunamente. Así, es de suma importancia contar con instrumentos estandarizados y normas que permitan a los especialistas detectar tempranamente la depresión con el fin de dar tratamiento oportuno y certero.

Por lo expuesto anteriormente, en el presente estudio se realizó el análisis psicométrico necesario para la normalización de la escala de Depresión de Birlson, en una muestra de niños y adolescentes mexicanos: con el objeto de que exista otro instrumento válido para ser utilizado en dicha población.

4.2 Objetivo

El objetivo de la presente investigación es la normalización de la Escala de Depresión de Birlson en una muestra de niños y adolescentes mexicanos. Considerando diferencias entre sexo y edad de los sujetos.

4.3 Hipotesis

H1: La escala de Depresión de Birlson es válida y confiable para niños y adolescentes mexicanos.

Ho: La escala de Depresión de Birlson no es válida y confiable para niños y adolescentes mexicanos.

H2: Sí existen diferencias significativas entre la edad de los sujetos en que se presenta con mayor frecuencia el estado depresivo.

Ho: No existen diferencias significativas entre la edad de los sujetos en que se presenta con mayor frecuencia el estado depresivo.

H3: Sí existen diferencias significativas entre niños y niñas con respecto a la frecuencia de la depresión.

Ho: No existen diferencias significativas entre niños y niñas con respecto a la frecuencia de la depresión.

4.4 Variables

VARIABLE INDEPENDIENTE

Variable Independiente Categórica: Edad y Sexo

Cabe mencionar que debido a que se trata de un estudio no experimental, no hay manipulación de la variable independiente. Kerlinger (1975) indica que las variables categóricas son clasificadas por la posesión de las características que definen cualquier subconjunto.

VARIABLE DEPENDIENTE

Variable Dependiente: Depresión.

Definición conceptual: El DSM-IV, define la depresión como un síndrome en el cual, al menos cinco de los siguientes síntomas, han estado presentes durante un período de dos semanas: 1) Humor o estado de ánimo deprimido 2) Interés disminuido o pérdida del placer en casi todas las actividades 3) Alteraciones del sueño 4) Cambio de peso o alteraciones del apetito 5) Indecisión o concentración disminuida 6) Ideación suicida o pensamientos de muerte 7) Fatiga o pérdida de energía 8) Agitación o retardo psicomotor 9) Sentimientos de inutilidad, minusvalía o culpa inapropiada

Definición operacional: Las respuestas que los sujetos den a cada uno de los reactivos de la Escala de Depresión de Birleson.

4.5 Muestra

La muestra de este estudio consistirá en 211 sujetos de 7 a 15 años de uno y otro sexo. Con escolaridad de tercero de primaria a tercer año de secundaria de una escuela del sur de la ciudad de México. El muestreo fue accidental por cuota.

En la tabla 1 se observan las características de la muestra. Para efectos de normalización y verificación de diferencias, esta muestra fue dividida por rangos de edad.

TABLA 1

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA DE LA POBLACIÓN GENERAL

EDAD	TOTAL DE SUJETOS-----
7	6
8	20
9	27
10	37
11	34
12	24
13	29
14	26
15	8
TOTAL	211

4.6 Diseño y tipo de estudio

Por tratarse de un diseño No Experimental de Investigación se utilizará el Diseño Transeccional, esto es, se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. (Hernández, 1991).

La investigación es de tipo ex-post-facto porque su búsqueda es empírica, que como indican Kerlinger (1975) y (Hernández, 1991) consiste en que el investigador no tiene control alguno de las variables independientes, porque sus manifestaciones ya han ocurrido. Se infieren las relaciones de ellas sin intervención directa a partir de la variación concomitante de las variables dependiente e independiente.

4.7 Instrumento

La escala de Depresión de Birlson, fue desarrollado en el hospital Edinburg Inglaterra en 1981 por Peter Birlson. El objetivo es medir trastornos depresivos moderados o severos en niños de 7 a 13 años. Su origen es de un primer cuestionario de 37 ítems extraídos de la literatura correspondiente (Birlson, 1981); en donde el autor parte de una definición operacional del trastorno depresivo infantil. De los 37 reactivos iniciales, los 18 definitivos fueron seleccionados en función del grado de discriminación obtenido entre diferentes grupos de niños: deprimidos, pacientes infantiles con otros trastornos psiquiátricos y niños normales escolarizados. Estos 18 reactivos se refieren a tres principales síntomas de la depresión: afectivo, cognoscitivo y conductual.

En esta escala, el adolescente tiene que contestar a cada ítem con una de las siguientes puntuaciones: "nunca", "aveces", "siempre" refiriendo los síntomas de la última semana. Para evitar sesgos, una mitad de los ítems están redactados a favor y en contra del atributo en este caso, la depresión y están distribuidos en forma aleatoria.

El tiempo de aplicación oscila entre 5 y 10 minutos, mientras que el tiempo de calificación es de 5 minutos, en donde se le asignan valores de 0, 1 o 2 dependiendo de la respuesta dada a cada ítem. A mayor sintomatología corresponde mayor puntuación.

4.8 Procedimiento

En primer lugar se tradujo el instrumento del idioma inglés al español del artículo original de Birlson (1981). Se revisó la traducción por una persona experta en la materia y se corrigió de acuerdo a sus indicaciones sobre el contenido semántico. Posteriormente, se aplicó a 211 sujetos de entre 7 y 15 años de edad de uno y otro sexo de una escuela particular del sur de la ciudad.

La administración del instrumento fue en salones de clases, en donde el profesor y los alumnos autorizaban la aplicación de la escala, se entregaba la escala a

cada alumno, se leían las instrucciones y se respondían las preguntas antes de resolverlo.

Una vez obtenidos y codificados los resultados, en análisis fue procesado en el paquete estadístico para ciencias sociales (SPSS) con el fin de elaborar como paso final la tabla normativa para dicha escala.

APLICACIÓN, CALIFICACIÓN Y NORMAS DE LA PRUEBA

La Escala de Depresión de Birlson es un instrumento que puede autoadministrarse y que puede también ser aplicado individual o colectivamente. No requiere más instrucciones que las indicadas en el formato, donde el examinado responderá directamente. Antes de empezar la aplicación de la Escala se deben haber resuelto todas las dudas que pudiera tener el examinado sobre la forma de contestarlo.

Los reactivos se califican de acuerdo a cada ítem con una de las siguientes puntuaciones: “nunca”, “a veces”, “siempre”, a estas respuestas se les asignan valores de 0, 1 o 2 considerando el sentido de cada reactivo. Se suman las puntuaciones de todos los reactivos y el total se busca como puntaje crudo en la tabla normativa, posteriormente se busca el diagnóstico en la tabla correspondiente.

El primer paso para la medición y evaluación de una prueba psicométrica es la obtención de puntajes, pero éstos por sí mismos no permiten realizar comparaciones intersujetos, por lo que es necesario contar con datos normativos que puedan comparar la puntuación de un sujeto con otros en las mismas condiciones.

Las calificaciones estándares normalizadas, pueden adoptar cualquier forma conveniente, si la calificación estándar normalizada se multiplica por 10 y se suma o se resta de 50 se convierte en una calificación T, en la que una puntuación de 50 corresponde a la media, una de 70 a una desviación por encima de la media, etc.

Dado que la Escala de Depresión de Birlson no cuenta con datos normativos, se realizó una tabla a través de la calificación T para la población mexicana, en donde se muestra una columna por cada edad y otra con la población total, en donde, el puntaje crudo se convierte en calificaciones estándares normalizadas y, a través de estas se obtiene un diagnóstico. Dichas normas se muestran en la siguiente tabla.

PUNTAJE	7 AÑOS	8 AÑOS	9 AÑOS	10 AÑOS	11 AÑOS	12 AÑOS	13 AÑOS	14 AÑOS	15 AÑOS
36	107	110	107	110	110	113	113	110	116
35	103	107	103	107	107	110	110	107	113
34	100	103	100	103	103	107	107	103	110
33	97	100	97	100	100	103	103	100	107
32	93	97	93	97	97	100	100	97	103
31	90	93	90	93	93	97	97	93	100
30	87	90	87	90	90	93	93	90	97
29	83	87	83	87	87	90	90	87	93
28	80	83	80	83	83	87	87	83	90
27	77	80	77	80	80	83	83	80	87
26	73	77	73	77	77	80	80	77	83
25	70	73	70	73	73	77	77	73	80
24	67	70	67	70	70	73	73	70	77
23	63	67	63	67	67	70	70	67	73
22	60	63	60	63	63	67	67	63	70
21	57	60	57	60	60	63	63	60	67
20	53	57	53	57	57	60	60	57	63
19	50	53	50	53	53	57	57	53	60
18	47	50	47	50	50	53	53	50	57
17	43	47	43	47	47	50	50	47	53
16	40	43	40	43	43	47	47	43	50
15	37	40	37	40	40	43	43	40	47
14	33	37	33	37	37	40	40	37	43
13	30	33	30	33	33	37	37	33	40
12	27	30	27	30	30	33	33	30	37
11	23	27	23	27	27	30	30	27	33
10	20	23	20	23	23	27	27	23	30
9	17	20	17	20	20	23	23	20	27
8	13	17	13	17	17	20	20	17	23
7	10	13	10	13	13	17	17	13	20
6	7	10	7	10	10	13	13	10	17
5	3	7	3	7	7	10	10	7	13
4	0	3	0	3	3	7	7	3	10
3	0	0	0	0	0	3	3	0	7
2	0	0	0	0	0	0	0	0	3
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PUNTAJE	DIAGNÓSTICO
80	DEPRESION SEVERA
70	DEPRESION MODERADA
60	DEPRESION LEVE
50	DEPRESION MÍNIMA (FUNCIONAL)

RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Al concluir con el procedimiento mencionado anteriormente obtuvimos la Tabla Normativa para la Escala de Depresión de Birlson válida para edades que van desde 7 a 15 años para una población de estudiantes del sur de la ciudad de México. Con lo que se complementa la Tabla Normativa realizada con anterioridad.

Se pudo observar que no existen diferencias significativas entre las edades que se manejaron en esta investigación, de igual forma, se comprobó que no hay diferencias significativas entre hombres y mujeres, lo que nos lleva a nuevos supuestos hipotéticos. Se puede pensar que la población no fue lo suficientemente amplia y heterogénea, que los factores culturales y la conceptualización de los reactivos influyen fuertemente en las respuestas de los estudiantes. También podemos pensar que la depresión a esa edad no marca diferencias entre sexo por ser un período importante en la definición del rol social del género y la identificación del mismo.

Es importante señalar que se trabajó con personas que no están diagnosticadas como depresivos, pacientes psiquiátricos, con daño o disfunción cerebral, todos ellos son personas funcionales dentro de su ambiente cotidiano de vida.

La idea original de esta investigación era trabajar con niños de primero a sexto de primaria y obtener la Tabla Normativa para diagnosticar depresión, ya que es una población poco considerada dentro de mencionado diagnóstico. No obstante los resultados obtenidos al calificar la Escala arrojaron datos poco confiables, incluso la discriminación de la población se empezó a dar al iniciar la aplicación de la prueba ya que había que leer por niño cada reactivo y explicarlo, lo que altera y contamina el contenido de los mismos. Algunos otros marcaban varias respuestas dentro de un mismo reactivo, por consiguiente se eliminaron los grupos de primero y segundo de primaria decidiendo entonces ampliar la población hasta tercero de secundaria.

Con lo anterior se pensó encontrar diferencias significativas entre edades, ya que entre los 11 y 13 años de edad se presenta el período de la pubertad, momento en

el que ocurren cambios físicos, biológicos y psicológicos factores que pudieran ser promotores de la depresión, sin embargo en los resultados podemos observar que la población se manifiesta con homogeneidad incluso entre edades distantes. Así tenemos entonces similitudes entre los 7 y 9 años, entre 8, 10, 11 y 14 años, entre 12 y 13 años y finalmente 15 años que es el grupo de edad que se muestra con mayor depresión comparado a las otras edades sin llegar a una diferencia significativa.

Con la Tabla Normativa se puede tener la confianza de aplicar la Escala de depresión de Birleson a la población antes mencionada ya que cumple con los requisitos estadísticos y psicométricos necesarios para ser utilizada.

Es importante señalar que la Escala de Depresión de Birleson es un instrumento de ayuda para el diagnóstico, no es la única herramienta para obtener un diagnóstico certero y confiable, se requiere además de la evaluación de un especialista en la materia, así como la aplicación de otros elementos tales como la entrevista clínica, exámenes clínicos, test de personalidad y la observación de la conducta entre otros.

A partir de un diagnóstico certero se puede recurrir a un tratamiento psicológico, terapéutico y/o médico adecuado.

El instrumento utilizado en esta investigación por ser una prueba de sencilla y fácil aplicación pudiera ser utilizado para monitorear a los estudiantes y así prevenir un diagnóstico severo. Así mismo puede servir en investigaciones futuras como un instrumento normalizado en población mexicana y esclarecer muchas de las hipótesis acerca de las causas de la depresión infantil, o bien como base para elaborar una escala con mayor alcance.

REVISIÓN DOCUMENTAL

Abraham, K. (1924). "Versuch einer entwick lungsgeschichte del Libido aufgrund der Psychoanalyse seelischer störungen Viena ". Int. Psychoanal. Verlag, En Polaino, L. "Las depresiones infantiles" Ediciones Morata, Madrid.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV). Washington, D.C: American Psychiatric Association.

Anderson, J.C.; McGee. R. (1994). Comorbidity of depression in children and adolescents. En Birmaher, b. (1966). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad Child Adolesc. Psychiatry 35:11

Arieti, S. (1978). "The Psychobiology of sadness". En Polaino, L. "Las depresiones infantiles". Ediciones Morata, Madrid.

Asarnow, J.R., Ben Meir, S. (1988). Children with schizophrenia spectrum and depressive disorders: a comparative study of premorbid adjustment, onset pattern and severity of impairment. En Birmaher, B (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

Asarnow, J.R., Carlson, G.A. (1985). "Depression self-rating scale: utility with child psychiatric inpatients". Journal of consulting and Clinical Psychology, vol. 53, 491-499

Asarnow, J.R., Tompson, M., Hamilton, E.B., Goldstein, M.J., Guthrie, D. (1994), Family-expressed emotion, childhood-onset depression, and childhood-onset schizophrenia spectrum disorders: is expressed emotion a nonspecific correlate of child psychopathology or a specific risk factor for depression? En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35: 11

Beck, A.T. (1967). "Diagnóstico y tratamiento de la depresión". México: MSD

Beck, A.T., Weissman, A. y cols. (1974). "The measurement of pessimism: The hopelessness scale". Journal of consulting and clinical psychology, 42, 861-865. En Polaino, L. "Las depresiones Infantiles". Ediciones Morata, Madrid.

Bemporad, J.R. (1982) "Childhood depression from a developmental perspective": En Polaino, L. "Las depresiones infantiles" Edicones Morata, Madrid

Biederman, J., Faraone, S., Mick, E., Lelon, E., (1995). Psychiatric comorbidity among referred juveniles with major depression: fact or artifact? En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35: 11

Biederman, J., Faraone, S., Mick, E., Lelon, E., (1995). Psychiatric comorbidity among referred juveniles with major depression: fact or artifact? En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35: 11

Birleson, P. (1981). "The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale: a research report". Journal of Child Psychology and Psychiatry, vol. 22, 73-88

Birmaher, B., Ryan, N., Dahl, R., et al. (1996). Corticotropin releasing hormone challenge test in prepuberal major depression. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11.

Booney, H. (1998) "Psychological assessment of children". John Wiley & Sons, Inc. U.S.A.

Bowlby, J. (1969). "Attachment and Loss." Attachment, Londres, Hogarth Press. En Rodriguez, J., "Psicopatología del niño y del adolescente" Tomo 1, Universidad de Sevilla.

Brent D.A., Perper, J.A., Goldstein, C.E., et al. (1988). Risk factors for adolescent suicide: a case-control study. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

Brent D.A., Perper, J.A., Moritz, G. Et al. (1993b) Psychiatric risk factors for adolescent suicide_ a case-control study. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

Brent, D.A. Perper, J.A., Mortiz, G. Et al. (1993c) Psychiatric sequelae to the loss of an adolescent peer to suicide. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

Brent, D.A., Perper, J.A., Allman, C.J.(1987) Alcohol, firearms, and suicide among youth: temporal trends in Allegheny Country, Pennsylvania, 1960 to 1983. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

Brent, D.A., Perper, J.A., Johnson, B., et al (1993^a). Personality disorder, personality traits, impulsive violence and completed suicide in adolescents. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

Brent, D.A., Perper, J.A., Mortiz, G., et al. (1993d). Adolescent sitness to a peer suicide. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

Brown, G.W., Harris, T.O. (1989). Life events and illness. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

Brown, G.W., Harris, T.O. (1993). Aetiology of anxiety and depressive disorders in an inner-city population. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

Calderón, N.G., (1984). "Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento". Ed. Trillas, México.

Centers for Disease Control (1994). Deaths resulting from firearm and motor vehicle related injuries. United States, 1968-1991. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

Clarizio, H., (1989) "Assessment and treatment of depression in children and adolescents". Clinical Psychology Publishing Co., Inc., Brandon, VT

Cobo, C. (1992) "La depresión infantil, del nacimiento a la adolescencia". Ed. Temas de Hoy, España.

De la Peña, F., Lara, M.C. y cols. (1996). "Traducción al español y validez de la escala de depresión de Birleson (DSRS) para el trastorno depresivo mayor en la adolescencia" Salud Mental V. 19, Duplemento octubre de 1996

Deykin, E.Y. Buka, S.L. Zeena, T.H., (1992). Depressive illness among chemically dependent adolescents. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

Dunbar, J. (1950). "Diagnóstico y tratamiento psicossomático". Barcelona. En Polaino-Lorente, A. (1995). "Los trastornos afectivos en la infancia. Las depresiones infantiles". En Rodríguez, J., "Psicopatología del niño y del adolescente" Tomo 1, Universidad de Sevilla

Fergusson, D.M., Lynskey, M.T. (1995). Childhood circumstances, adolescent adjustment, and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

Fleming, J.E., Offord, D.R. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 35:11

Frank, E., Anderson, B., Reynold, C.F., Ritenour, A., Kupfer, D.J. (1994). Life events and the Research Diagnostic Criteria endogenous subtype. A confirmation of the distinction using the Belford College Methods. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

Freud, S. (1917): "Tramer und Melancholie". Int. Z. Psychoanal., 4(6): 227-287. En Polaino, L. "Las depresiones infantiles". Ediciones Morata, Madrid.

GAP., (1966). "Psychopatological disorders in childhood". Informe GAP, vol. 6, no. 62, Nueva York. En Polaino, L. "Las depresiones infantiles". Ediciones Morata, Madrid.

Garber, J., Hilsman, R. (1992). Cognition, stress and depression in children and adolesents. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

Gershon, E.S., Hamovit, J., Guroff, J.J.; et al. (1982). A family study of schizoaffective bipolar I, bipolar II, unipolar and normal control probands. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

GlaxoWellcome. Monografía clínica. "Depresión". 1999

Hammen, C., Burge, d., Burney, E., Adrian, C. (1990). Longitudinal study of diagnoses in children of women with unipolar and bipolar affective disorder. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

JAMA (1999) edición de mayo 10. fuente: cnnespañol.com (11 mayo de 199)

Kandel, d.B., davies, M. (1986). Adult sequelae of adolescent depressive symptoms. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

Kashani, J.H., Beck, N.C., Hoepfer, E.W. et al. (1987^a). Psychiatric disorders in a community sample of adolescents. En Birmaher, b. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

Kashani, J.H., Carlosn, G.A., Beck, N.C. et al. (1987^b). Depressive symptoms, and depressed mood among a community sample of adolescents. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

Kaufman, J. (1991). Depressive disorders in maltreated children,. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

Keller, M.B., Beardsley, W., Lavori, P.W. et al. (1988). Course of mayor depression in non-referred adolescents: a retrospective study. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

Kerlinger, F.N., (1975). "Investigación del comportamiento: técnicas y metodología": México, Mc Graw-Hill Interamericana. En Hernández R. "Metodología de la Investigación". México, Mc Graw-Hill

Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Nelson, C.B., et al. (1994). Sex and depression in the national comorbidity survey: II. Cohort effects. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

Kissen, D.M: (1963). The significance of syndrome shift and late syndrome. An association in psychosomatic medicine. *Journal Nervose of Mental Deseade*. 1993, 136, 34. En Polaino-Lorente, S. (1995). "Los trastronos afectivos en la infancia. Las depresiones infantiles": En Rodríguez, J., "Psicopatología del niño y del adolescente" Tomo 1, Universidad de Sevilla.

Kovacs, M., Akiskal, S., Gatsonis, C., Parrone, P.L. (1994^a). Childhood-onset dystymic disorder. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35: 11.

Kovacs, M., Feinberg, T.L. Crouse-Novak, M.A: Paulauskas, S.L., Finkelstein, R. (1984b). Depressive disorders in childhood. I. A longitudinal prospective study of characteristics and recovery. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

Kovacs, M., Goldston, D., Gatsonis, C. (1993). Suicidal behaviors and childhood-onset depressive disorders: a longitudinal investigation. En Birmaher, B. (1996) Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35: 11

Kutcher, S.P. Marton, P. (1991). Affective disorders in first-degree relatives of adolescent onset bipolar, unipolar and normal controls. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

Lewinsohn, P.M., Clarke, G.N., Seeley, J.R., Rohde, P. (1994). Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

Lewinsohn, P.M., duncan, E.M., Stanton, A.K., Hautziner, M. (1986). Age at onset for first unipolar depression. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

Lewinsohn, P.M., Hops, H., Roberts, R.E. Seeley, J.R., Andrews, J.A: (1993^a). Adolescent Psychopathology: I.Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

Lewinsohn, P.M., Rohde, P., Seeley, J.R. (1993b). Psychosocial characteristics of adolescents with a history of suicide attempt. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

Lewinsohn, P.M., Rohde, P., Seeley, J.R. (1995). Adolescent psychopathology: III. The clinical consequences of comorbidity. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

Magnusson, D., (1995) "Teoría de los test", Ed. Trillas, México.

McCauley, E., Myers, K. (1992). Family interactions in mood disordered youth. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

Merikangas, K.R., Weissman, M.M., Prusoff, B.A., John, K. (1988). Assortative mating and affective disorders: psychopathology in offspring. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

Mitchell, J., McCauley, E., Burke, P., Calderón. R., Scholoredt, K. (1989). Psychopathology in parents of depressed children and adolescents. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

Morales, M.L., (1976), "Psicometría aplicada", Ed. Trillas, México.

Mufson, L., Weissman, M.M., Warner, V. (1992). Depression and anxiety in parents and children: a direct interview study. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

Nissen, G. (1971). Depressive Syndrome in Kindes-und Jungendalter. Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie, Psychiatry series. Berlin Springer-Verlag. En Polaino, L. "Las depresiones infantiles". Ediciones Morata, Madrid.

Orvaschel, H. (1990). Early onset psychiatric disorder in high risk children and increased family morbidity. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

Orvaschel, H., Walsh-Allis, G., Ye, W. (1988). Psychopathology in children of parents with recurrent depression. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

Pfeffer, C.R., Klerman, C.L. Hurt, S.W: Kakuma, T., Peskin, J.R. Siefker, C.A: (1993). Suicidal children grow up: rates and psychosocial risk factors for suicide attempts during follow-up. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

Polaino-Lorente, A. (1988). "Las Depresiones Infantiles". Madrid, España, Morata

Polaino-Lorente, A. (1995) "los trastornos afectivos en la infancia. Las depresiones infantiles". En Rodriguez, J., Psicopatología del niño y del adolescente" Tomo 1, Universidad de Sevilla

Polaino-Lorente, A. y Cabanyes, J. (1993). Hiperactividad y depresión infantil: ¿una asociación frecuente? Anales de Pediatría, 39, 5: 419-421. En Rodriguez, J., "Psicopatología del niño y el adolescente" Tomo 1, Universidad de Sevilla.

Puig-Antich, J., Goetz, R., Hanlon, C., (1982) "Sleep architecture and REM sleep measures in prepubertal children with major depression" Arch. Gen. Psychiatr., 39, 932-939. En Polaino, L., "Las depresiones infantiles". Ediciones Morata, Madrid.

Puig-Antich, J. (1985). "Biological factors in prepubertal major depression" Psychiatric Annals, 390-397. En Rodriguez, J., "Psicopatología del niño y del adolescente". Tomo 1, Universidad de Sevilla.

Puig-Antich, J. (1986) "Effects of age and puberty" En Rodriguez, J., "Psicopatología de niño y del adolescente" Tomo 1, Universidad de Sevilla.

Puig-Antich, J., Goetz, R., Davies, M et al. (1989). A controlled family history study of prepubertal major depressive disorder. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

Rao, U., Ryan, N.D., Birmaher, B. Et al. (1995). Unipolar depression in adolescents: clinical outcome in adulthood. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

Reinherz, H.Z., Giaconia, R.M., Pakis, B., Silverman, A.B., Frost, A.K., Lefkowitz, e.S. (1993). Psychosocial risk for major depression in late adolescence: a longitudinal community study. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

Reinherz, H.Z., Giaconia, R.M., Pakis, B., Silverman, A.B., Frost, A.K., Lefkowitz, E.S: (1993). Psychosocial risk for major depression in late adolescence: a longitudinal community study. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

Rie, H.E., (1966). "Depression in childhood: A survey of some pertinent contributions". J. Am. Acad.: Child Psychiatr. 5, 653-685. En Polaino, L. "Las depresiones infantiles". Ediciones Morata, Madrid

Rodriguez, J., "Psicopatología del niño y del adolescente" Tomo 1, Universidad de Sevilla.

Rutter, M., (1966). "Children of sick parents: an environmental and psychiatric study". Insti of Psychiatr. Maudsley Monographs. Londres, Oxford University Press. En Polaino, L. "Las depresiones infantiles". Ediciones Morata, Madrid.

Sanford, M., Szatmari, P., Spinner, M. Et al. (1995). Predicting the one year course of adolescent major depression. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

Shaffer, D., Gould. M.S., Fisher, P. ET AL. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

Siu-Kau cheung. (1996). "Reliability and factor structure of the chinese version of the depression self-rating scale". Educational and psychological measurement, vol. 56 No. 1, February, 142-154

Spitz, R. A. (1945). "Hospitalism an inquiry into the genesis of pshichiatric conditions in early childhood" Psychoanal. Stu. Child, 53. En Polaino, L. "Las depresiones infantiles". Ediciones Morata, Madrid.

Stober, M. (1984). Familial aspects of depressive disorders in early adolescence. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

Todd, R.D., Neuman, R., Geller,, Fox, I.W., Kickrok, J. (1993). Genetic studies of affective disorders: should we be saring with childhood onset probands? En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

Tsuang, M.T., Faraone, S.V., Fleming, J.A. (1985). Familial transmission of major affective disorders: is there evidence supporting the distinction between unipolar and bipolar disorders?. n Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

Van den Berg, J.H. (1963). *Metabólica o teoría de las modificaciones*. Buenos Aires, Carlos Lohlé. En Polaino-Lorente, A. (1995). "Los trastornos afectivos en la infancia. Las depresiones infantiles". En Rodríguez, J., "Psicopatología del niño y del adolescente" Tomo 1, Universidad de Sevilla.

Warner, V., Mufson, L., Weissman, M.M. (1995). Offspring at high and low risk for depression and anxiety: mechanism of psychiatric disorder. En Birmaher, B. (1996) *Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11*

Weissman, M.M. Fendrich, M., Warner, V., Wickramaratne, P. (1992). Incidence of psychiatric disorder and offspring of depressed parents. En Birmaher, B. (1996). *Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11*

Weissman, M.M. Leckman, J.F., Merikangas, K.R., Gammon, R.D., Prusoff, B.A. (1984*). Depression and anxiety disorders in parents and children: results from the Yale family study. En Birmaher, B. (1996). *Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11*

Weissman, M.M., Gammon, G.D., John, K., Merikangas, K.R. Prusoff, B.A., Sholomskas, D. (1987). Children of depressed parents: increased psychopathology and early onset of major depression. En Birmaher, B. (1996). *Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11*

Weissman, M.M., Kidd, K.K., Prusoff, B.A. (1982). Variability in rates of affective disorders in relatives of depressed and normal probands. En Birmaher, B. (1996). *Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11*

Weissman, M.M., Warner, V., Wickramaratne, P., Prusoff, B.S. (1988). Early onset major depression in parents and their children. En Birmaher, B. (1996). *Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11*

Weissman, M.M., Wickramaratne, P., Merikangas, K.R. et al. (1984b). Onset of major depression in early adulthood: increase in familial loading and specificity. En Birmaher, B. (1996). *Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11*

Weller, R.A., Weller, E.B., Fristad, M.A. Bowes, J.M. (1991). Depression in recently bereaved prepubertal children. En Birmaher, B. (1996). *Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11*

Williamson, D.E., Birmaher, B., Anderson, B.P., Al-Shabbout, M. Ryan, N.D. (1995^a). Stressful life events in depressed adolescents: the role of dependent events during the depressive episode. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

Williamson, D.E., Ryan, N.D., Birmaher, b., Dahl, R.E., Nelson, B. (1995b). A casecontrol family story of depression in adolescents. En Birmaher, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:11

Zung, W.W: (1965) "A self-rating depression scale". Archives of General Psychiatry, 12, 63-70. En Polaino-Lorente, A "Las Depresiones Infantiles" Madrid, España, Morata.