



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE
PSICOLOGÍA**

**VALIDACIÓN DE LA ESCALA DEL AFECTO
POSITIVO Y NEGATIVO (PANAS) EN NIÑOS Y
ADOLESCENTES MEXICANOS**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN
PSICOLOGIA
PRESENTA**

CELIA BRIBIESCA CHÁVEZ

DIRECTORA: DRA. LAURA HERNÁNDEZ GUZMÁN

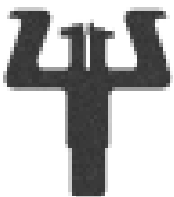
REVISOR: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

SINODALES

Dra. Emilia Lucio Gómez Maqueo

Dra. Fayne Esquivel Ancona

Dra. Paulina Arenas Landgrave



**Facultad
de Psicología**

Ciudad Universitaria, México D.F., febrero 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

A mis dos guerreras de vida que son cruciales para el desarrollo de esta tesis, quiénes me hicieron entender lo importante que es disfrutar los colores de la vida desde dos facetas que parecieran opuestas pero son parte de un continuo. A mi abuela María de Jesús (+) quien siempre recordaré y llevaré en mi corazón como ejemplo de que puedes hacer posible lo imposible.

A mi amada sobrina Fátima, mi niña te amo demasiado, me enseñaste que tras aferrarte a la vida, siendo tu primer logro como toda una guerrera, todos los demás "problemas u obstáculos" son simplicidades y no vale la pena darles tanta importancia.

*A mis padres: Adela Chávez Soto y Manuel Bribiesca Pérez.
Mamá y Papá los adoro mi vida ni me alcanza para agradecerles todo lo que me han dado y soy. Simplemente GRACIAS por ser tan maravillosos.*

AGRADECIMIENTOS

Sin duda alguna todo inicio tiene un fin, pero este no es el típico fin trágico donde todo culmina por su simple naturaleza. Al contrario, este fin es sólo el comienzo de una serie de logros que están ya en puerta.

Agradezco a la vida y principalmente a Dios por permitirme a ver llegado a esta etapa del camino, del camino de mi vida. Por todos los aprendizajes que se dieron en cada ensayo y error, siendo cada instante momentos de oportunidad, para que disfrutando y aprendiendo, creciera como la profesionista que soy hoy en día y la mujer madura.

Porque, sin duda el gran aprendizaje que me llevo de este trayecto es que como estudiante jamás se está preparado para un reto tan grande como éste, pero si te ponen en el contexto adecuado, las personas adecuadas y tú nivel de desarrollo todo es posible...

Quiero agradecer a mi familia que me ayudo a salir adelante en mis estudios.

- ♥ **Mamá** te agradezco mucho el apoyo y la paciencia en mis momentos de arranque donde sentía que ya no podía más, valoro y vienen a mi mente todas esas veces que me viste tirada en la cama llorando y con ternura me abrazabas y me decías “todo va estar bien, tú lo vas a lograr” y ve lo logramos este logro es también tu logro, GRACIAS mamá te amo.
- ♥ **Papá** también a ti te tengo infinitos agradecimientos por la paciencia y por el infinito a mor con que nos cuidas a cada uno de tus hijos, matándote día a día por ganar el pan para llevar a casa. También te agradezco por aguantar mis épocas de desempleo y al contrario ayudarme, como tú dices “somos un equipo” y además levantarme con esa frase tan bella “no estás sola nos tienes a nosotros, tu familia” GRACIAS papá te amo.
- ♥ **Hermanita Chayito**, mi “cachito” de cielo, te agradezco todo el apoyo incondicional que me has dado, eres la mejor hermana del mundo. Gracias por darme tu espacio, tu tiempo para escuchar mis noñadas XD, el apoyo emocional cuando tenía mis arranques de desesperación y tu coperacha para la impresión de esta tesis. Te amodoro hermanita!!
- ♥ **Hermanito Víctor** te agradezco por estar siempre al pendiente y motivarme a continuar, dándome tus sabios consejos y más en el mundo laboral. Te adoro!!
- ♥ **Mi abuelo Mariano** te agradezco por esos momentos de papacho de abuelo a nieta, dándonos un consejo y preocupándonos cuando nos veías tristes y comprarnos dulces para hacernos sentir mejor.
- ♥ **Mis tíos David y Silvia** les agradezco infinitamente su apoyo, porque gracias a sus sabios consejos y jalones de orejas (jejeje...) pude lograr lo que soy hoy en día. Gracias por acompañarme en cada una de mis etapas de desarrollo y guiarme. Los amo!
- ♥ **Mi mejor amigo Jesús “XUXO”** tu mi querido amigo, tu mi cómplice y en momentos mi guía y mi maestro de vida, infinitas gracias por escucharme y leerme cada vez que me atoraba... y gracias por seguirlo haciendo. Espero seguir compartiendo más aventuras, siempre es un honor amigo. Te quiero.

También quiero agradecer infinitamente a aquellas personas que impactaron mi desarrollo académico:

Dra. Laura, sin duda alguna mi mentora. Dra usted ha sido una pieza clave en mi desarrollo como profesional, el permitirme estar dentro de su equipo de trabajo me ayudo a comprender el verdadero sentido de estudiar la carrera, asegurando así formarme como una eficiente profesionista. Como ya se lo había dicho usted es mi inspiración de cómo quisiera ser más adelante en este camino. Muchas gracias por su guía, su apoyo incondicional y por proporcionarme los recursos materiales y humanos para hacer realidad este sueño.

Dr. Samuel usted ha sido un elemento importante en mi formación académica ya que tuve el honor de ser su alumna en dos ocasiones (clases de licenciatura y en el servicio social de MAD), usted impacto en mi formación como clínica y siempre me he dicho algún día seré como usted. Realmente es un gusto compartir con usted este momento, le agradezco el haber aceptado.

Dra. Paulina en la vida existen personas que provocan un gusto conocerlas, usted es una de ellas, es un placer el a verla conocido. Le agradezco como con pasión y profesionalismo me compartió sus conocimientos. De igual manera es un gusto compartir con usted este momento, gracias por haber aceptado.

Dra. Emilia quizás en otros momentos no habíamos coincidido pero es un gusto tenerla como parte de mi jurado, espero encontrarla más adelante dentro de mi formación académica, ya que considero que es una gran maestra. Gracias por estar en este momento.

Dra. Fayne también es un gran honor que este dentro de mi jurado, sin duda me enorgullece ser evaluada por una gran profesionista como usted. Le agradezco acompañarme en este momento.

Miguel tanto que decirte que resumiré en “eres mi gran maestro y un amigo incondicional” Sin duda alguna tengo un gran cariño hacia ti, porque tú fuiste el testigo de mi crecimiento como profesionista desde que entre al laboratorio, tú me abriste las puertas y hasta el momento hemos permanecido ahí. Infinitas gracias por estar allí ayudándome en prácticamente todo el desarrollo de mi tesis y a pesar de que tenías mucho trabajo nunca me dejaste sola. Muchas gracias, esta tesis también es parte de tu esfuerzo.

José Alfredo, amigo, muchas gracias por el apoyo que me brindaste cuando iniciaba mi anteproyecto.

Alan muchísimas gracias por ser parte de este camino desde el inicio ayudándome en la articulación de este proyecto, en el proceso con la aplicación del proyecto y al final dándome frases de apoyo y en ocasiones de presión para ya titularme. Sin duda alguna tu contención en momentos difíciles fue muy importante para llegar a la meta.

Alejandro gracias por orientarme estadísticamente, tu ayuda ayudo mucho en la validación de esta escala.

Seigy, amiga bonita, muchas gracias por apoyarme y por motivarme con esa alegría que tanto te caracteriza. Tu apoyo me ayudado mucho a que cada día me acerque más a culminar este proyecto. Te quiero amiga!

Williams, Jonathan, Vania, Sandra, Aide, Angelica, Gabi, Viviana, Selma, Paola y demás personas que me faltan que estuvieron el proyecto de la validación de la escala PANAS-C, les agradezco infinitamente su tiempo, actitud y entusiasmo para la recolección de datos. Es evidente que en este tipo de proyectos se necesitó de la fuerza humana, y ustedes fueron un gran apoyo, por todo gracias.

Finalmente agradeceré a mí amada casa de estudios por permitirme con todas sus facilidades lo que soy y de la cual estoy orgullosa de pertenecer, la gloriosa UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO.

"GOYA, GOYA, CACHUN,
CACHUN, RA, RA....CACHUN,
CACHUN, RA,
RA...GOYA...UNIVERSIDAD"

Índice

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	5
CAPÍTULO 1. LOS ENFOQUES CATEGÓRICO Y DIMENSIONAL DE LA PSICOPATOLOGÍA: EL CASO DE LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.	9
1.1 EL ENFOQUE CATEGÓRICO.....	9
1.1.1 HISTORIA.....	9
1.1.2 DESVENTAJAS DEL ENFOQUE CATEGÓRICO	15
1.2 EL ENFOQUE DIMENSIONAL	35
1.2.1 ¿QUÉ ES EL ENFOQUE DIMENSIONAL?	37
1.2.2 DESAFÍOS DEL ENFOQUE DIMENSIONAL	40
CAPÍTULO 2. AFECTO POSITIVO Y AFECTO NEGATIVO	43
2.1. MODELOS ESTRUCTURALES GENOTÍPICOS	47
2.2. MODELOS ESTRUCTURALES FENOTÍPICOS	48
2.3. AFECTO NEGATIVO.....	58
2.3.1 RELACIÓN DEL AN CON OTROS CONSTRUCTOS	60
Autoconcepto.....	60
Conductas sociales	60
Ajuste emocional y autoestima.....	60
Procesos cognitivos y estilos explicativos	61
Estilos de afrontamiento y estrés	62
2.4. AFECTO POSITIVO	64
Bienestar subjetivo.....	65
Satisfacción con la vida	65
Cognición.....	65
Afrontamiento y estrés	66
Salud física.....	67
Relaciones sociales.....	67
2.5. AFECTO NEGATIVO Y POSITIVO EN EL BIENESTAR EMOCIONAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES	68
CAPÍTULO 3. ADAPTACIÓN Y VALIDEZ DE INSTRUMENTOS.....	72
3.1 CONSTRUCTOS TEÓRICOS.....	72
3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE CONSTRUCTOS TEÓRICOS	72
3.2.1 PROCEDIMIENTO DE LA OPERACIONALIZACIÓN DE CONSTRUCTOS	73
3.2.2 IMPORTANCIA DE LA OPERACIONALIZACIÓN	74

3.3. ¿QUÉ ES UN INSTRUMENTO DE MEDICIÓN?	75
3.4. ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS EN CULTURAS DISTINTAS A LA ORIGINAL	76
3.4.1. ADAPTACIÓN DE INSTRUMENTOS	76
Niveles de la adaptación	77
Procedimiento para la adaptación	78
Fuentes de error al adaptar una prueba	83
Definición de validación	85
Viabilidad.....	86
Sensibilidad al cambio.....	86
Consistencia o fiabilidad.....	86
Validez	88
Validez de contenido.....	89
Validez de criterio	89
3.4.3. ELABORACIÓN DEL MANUAL.....	92
3.5. LA ESCALA DEL AFECTO POSITIVO Y NEGATIVO (PANAS)	92
<u>CAPÍTULO 4. ESTUDIO 1</u>	<u>96</u>
4.1 MÉTODO	96
4.2 RESULTADOS	99
<u>CAPÍTULO 5. ESTUDIO 2</u>	<u>103</u>
5.1 MÉTODO	103
5.2 RESULTADOS	105
<u>CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN GENERAL</u>	<u>106</u>
6.1 LIMITACIONES Y PROPUESTAS A FUTURO	114
<u>REFERENCIAS</u>	<u>116</u>
<u>ANEXOS</u>	<u>117</u>

Resumen

Recientemente se ha incrementado el interés en el estudio del afecto por sus implicaciones para el bienestar psicológico de niños y adolescentes. Uno de los enfoques que han tratado de explicar la psicopatología es el enfoque dimensional. Desde esta perspectiva se ha explicado la estructura del afecto con dos factores básicos: Afecto Positivo (AP) y Afecto Negativo (AN). El AN constituye el aspecto común para la ansiedad y la depresión, siendo el responsable del traslapeo entre ellas. Mientras que la ausencia de AP se identifica como un factor específico de la depresión. Para comprender ambas dimensiones y sus implicaciones en la psicopatología ha sido indispensable elaborar instrumentos para medir y evaluarlas. Uno de los instrumentos sobresalientes es la escala del afecto positivo y negativo llamada PANAS (por sus siglas en inglés Positive and Negative Affect Schedule; Watson y Tellegen, 1988). En el presente estudio se propuso 1) someter a prueba el modelo bifactorial, 2) obtener datos sobre su fiabilidad y estabilidad temporal y 3) corroborar su validez convergente y divergente de la PANAS-C en niños y adolescentes mexicanos. La presente investigación se dividió en dos estudios. La edad de los participantes en ambos estudios osciló entre los 8 y 18 años. En el Estudio 1 participaron 487 niños y adolescentes (255 mujeres y 232 hombres), 132 niños de 8 a 11 años y 355 adolescentes de 12 a 18 años (Organización Panamericana de la Salud, OPS, 2008). En el Estudio 2 participaron 248 (134 mujeres y 114 hombres), 39 niños de 8 a 11 años y 209 adolescentes de 12 a 18 años. Los instrumentos aplicados fueron la escala del afecto positivo y negativo para Niños validada en población mexicana (PANAS-C versión preliminar; Laurent, Catanzaro, Rudolph, Joiner y Potter, 1999; Hernández-Guzmán et al., 2014), la Escala de Ansiedad de Spence (SCAS; Spence, 1997), adaptada y validada para niños mexicanos de 8 a 12 años (Hernández-Guzmán et al., 2009) y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D; Radloff, 1977), adaptada y validada para niños y adolescentes mexicanos de 9-14 años (Benjet, Hernández-Guzmán, Tercero-Quintanilla, Hernández-Roque y Chartt-León, 1999). Para evaluar el ajuste del modelo se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio (AFC) con el método robusto de máxima verosimilitud. Los resultados indicaron un buen ajuste tanto en niños como adolescentes. Asimismo, se obtuvo la consistencia

interna mediante el alfa de Cronbach con buenos índices de consistencia interna para cada una de las subescalas, además la fiabilidad test-retest calculada por correlación de Spearman fue de moderada a adecuada. Finalmente, se analizó la validez convergente y divergente de la PANAS-C mediante la correlación Spearman, de las medidas PANAS-C, CES-D y SCAS. Los resultados indicaron que el AN correlacionó positivamente con ansiedad y depresión, mientras que el AP negativamente con la depresión. En conclusión, el PANAS- C es un instrumento de medida válido y confiable, útil para realizar investigación relevante para desvelar los cuestionamientos alrededor de la depresión y ansiedad y el papel que desempeña el afecto negativo en la psicopatología infanto juvenil.

Palabras clave: Afecto positivo, Afecto negativo, dimensional, niños y adolescentes.

Introducción

La prevalencia de ansiedad y depresión oscila entre 9.1 y 41.2 % en niños y adolescentes (Aguilar-Gaxiola y Deeb-Sossa, s.f; Ebesutani, Higa-McMillan, Okamura y Chorpita, 2011; Hernández-Guzmán, Palacio Del y Freyre, 2010; Medina-Mora et al., 2003; OMS, 2012; Ospina-Ospina, Hinestrosa-Upegui, Paredes, Guzmán y Granados, 2011; Romero et al., 2010).

Se ha documentado que los trastornos de ansiedad y depresión inician en la niñez siguiendo un curso de deterioro en la adolescencia y en la adultez (Hernández-Guzmán et al., 2010). De hecho, Rodríguez, Kohn y Aguilar (2010) han señalado que el 75% de los trastornos inician antes de los 24 años de edad.

Asimismo, se ha encontrado que la sintomatología ansiosa y depresiva puede tener repercusiones dañinas en el bienestar psicológico, tales como el bajo rendimiento académico, el rechazo a la escuela, las dificultades en las relaciones interpersonales (Calderero, Salazar y Caballo, 2011; Jadue, 2001), el abuso en el consumo de sustancias (Ospina-Ospina et al., 2011), el intento de suicidio y el suicidio consumado (Tuesca y Navarro, 2012), así como una mayor vulnerabilidad a desarrollar enfermedades crónico-degenerativas, trastornos de sueño, tensión muscular, dolores estomacales, entre otras (Alvaro, Roberts y Harris, 2013; Pervanidou et al., 2013; Repetti, Taylor y Seeman, 2002).

Además de compartir altas tasas de prevalencia, la ansiedad y la depresión frecuentemente coocurren y sus síntomas tienden a mostrar un traslape sustancial que hace difícil distinguirlos, lo que da como consecuencia dificultades en el diagnóstico y el tratamiento (Baker y Hoerger, 2012; Cannon y Weems, 2006; Bolle de, De Clercq, Decuyper y De Fruyt, 2011; Fox y Lowe, 2010; Gaylord-Harden, Elmore, Campbell y Wethington, 2011).

Para abordar este problema la psicopatología se ha entendido desde dos posturas o sistemas de clasificación diagnóstica que tienden a oponerse. Algunos autores en favor de la concepción dimensional, proponen que éste es un problema artificial creado por la forma en que se enfoca el estudio de la psicopatología desde una perspectiva categórica (Mellor y Aragona, 2009; Sandín, Chorot y Valiente, 2012). Este enfoque clasifica arbitrariamente a la

ansiedad como una categoría distinta de la depresión e intenta resolver fallidamente el traslape entre ambas, empleando el constructo comorbilidad (Krueger y Piasecki, 2002; Mineka, Watson y Clark, 1998). Por su parte, la perspectiva dimensional conceptúa los fenómenos psicológicos en factores o dimensiones generales, las cuales poseen distintos grados o magnitudes (Kraemer, Noda, O'Hara, 2004; Millon, 1991). De acuerdo con la visión dimensional, lo normal y lo anormal se mueven a lo largo de un mismo continuo (Krueger, 1999).

Watson y Tellegen (1988) han encontrado que la gama de síntomas de ansiedad y depresión comparten dos dimensiones básicas, a saber, Afecto negativo (AN) y Afecto positivo (AP). El AN se caracteriza por estados aversivos, ira, desprecio, aversión, culpa, temor, irritabilidad, insatisfacción, actitudes negativas, pesimismo y pensamientos negativos hacia sí mismo o hacia los demás. El AP se identifica por altos niveles de energía, concentración completa, afiliación, dominio y agradable dedicación, satisfacción, gusto, entusiasmo, energía, amistad, unión, afirmación y confianza. Asimismo se ha encontrado que estos factores tienen una estructura interna consistente, con alfas que oscilan entre .74 y .88 para el AN y entre .73 y .92 para el AP (Chin, Ebesutani y Young, 2012; Día, Harrington, y Silverman, 2010; Willemsen, Markey, Declercq y Vanheule, 2010).

A pesar de que ambas dimensiones pudiesen parecer opuestas, es decir, que correlacionan negativamente, en distintos estudios se ha hallado que guardan una relación ortogonal (Bushman y Crowley, 2010; Moral de la Rubia, 2011; Dufey y Fernandez, 2012; Gargurevich, 2010; Gargurevich y Matos, 2012). Su naturaleza implica que bajos niveles de AN no significan necesariamente un índice alto de AP, y viceversa (Watson y Tellegen, 1985; Watson, Clark y Tellegen, 1988). Sin embargo, poco se ha indagado sobre el ajuste de este modelo bifactorial en niños y adolescentes.

Por otra parte, el estudio de la relación del AP y AN con la ansiedad y la depresión parece ser importante para la comprensión de la psicopatología (Watson y Tellegen, 1985). El AN constituye el aspecto que ambas comparten siendo el responsable del traslape entre ellas. Mientras que la ausencia de AP

se identifica como un factor más específico de la depresión (Watson et al., 1988), corroborando su validez convergente y divergente (Figueiredo, Centini y Poletto, Koller, 2013; Hughes y Kendall, 2009; Villodas, Villodas y Roesch, 2011).

Para medir y evaluar ambas dimensiones ha sido indispensable elaborar un instrumento, la Escala de afecto positivo y negativo, llamada PANAS (por sus siglas en inglés, Positive and Negative Affect Schedule, Watson y Tellegen, 1988), desarrollada por Watson et al. (1988). Por lo anterior, numerosos estudios en niños y adolescentes han puesto a prueba su validez y fiabilidad y en términos generales, la PANAS ha demostrado poseer propiedades psicométricas adecuadas (Gargurevich y Matos, 2012; Moral de la Rubia, 2011; Moriondo, Palma de, Medrano y Murillo, 2011; Terracciano, McCrae y Costa, 2003; Thompson, 2007; Tuccitto, Giacobbi y Walter, 2010).

La PANAS ha sido adaptada en diferentes idiomas, de los cuales existen escasas versiones en español. En España existe una versión para niños y adolescentes (Sandín, 2003). Por otra parte, en México, Robles y Páez (2003) realizaron una adaptación para adolescentes y adultos mexicanos, pero se limitó a un análisis de componentes principales, de fiabilidad y de validez convergente, que no consideró a la población infantil. Además no comprobó la estructura de dos dimensiones que permitiera arrojar luz certera sobre la validez de constructo.

Es por lo anterior que el objetivo de la presente investigación fue someter a prueba el modelo bifactorial en niños y adolescentes mexicanos, adaptar y validar la escala del afecto positivo y negativo en niños (PANAS-C versión preliminar; Laurent et al., 1999) y obtener datos sobre su fiabilidad y estabilidad temporal.

El contenido de la presente investigación está organizado de la siguiente manera:

En el primer capítulo se contrastan dos posturas que explican el desarrollo de la psicopatología, es decir la explicación dimensional versus la categórica. Se presenta una breve historia sobre el desarrollo del modelo categórico, las ventajas de la implementación de este modelo para la psiquiatría y las dificultades que ha tenido para explicar la psicopatología, así como los

problemas que ha ocasionado al establecimiento de diagnósticos, la práctica clínica y la investigación.

Asimismo, la postura dimensional es comparada con la categórica. Se explica las bases de la postura dimensional, cómo comprende a la psicopatología, su contribución al diagnóstico, la práctica clínica y la investigación; así como los desafíos para implementar dicho modelo en la práctica clínica.

En el segundo capítulo se aborda el problema la coocurrencia y el traslape de los síntomas de ansiedad y depresión, así como de las diferentes explicaciones para comprender cómo se ha abordado este problema. Por lo que se revisa el modelo bifactorial, es decir el afecto positivo (AP) y el afecto negativo (AN) y sus impacto en el desarrollo socioafectivo de niños y adolescentes. Además se hace una breve revisión del AP y AN relacionados con otros constructos.

En el tercer capítulo se hace una revisión de la Escala del afecto positivo y negativo (PANAS, por sus siglas en inglés, Positive and Negative Affect Schedule, Watson y Tellegen, 1988). De la misma manera se revisa la teoría sobre la adaptación y la validación de instrumentos con la finalidad de dar a conocer los procedimientos y los requerimientos necesarios para llevar a cabo la validación de instrumentos, en este caso la adaptación y validación de la PANAS-C en población mexicana.

En el cuarto y quinto capítulos se presenta la metodología empleada para llevar a cabo la adaptación y validación de la PANAS-C. Se muestran características de los participantes, el procedimiento, los instrumentos utilizados, los análisis estadísticos y los datos obtenidos sobre los resultados de los estudios.

Por último, en el sexto capítulo se discute, a la luz de los datos, los resultados de la presente investigación, las limitaciones y sus propuestas para investigaciones futuras.

Capítulo 1. Los enfoques categórico y dimensional de la psicopatología: el caso de los síntomas de ansiedad y depresión.

En el campo de la psicología han surgido distintas explicaciones de la organización del comportamiento, y específicamente en el área de la psicopatología. Las más importantes han sido el enfoque categórico y el dimensional, perspectivas opuestas.

1.1 El enfoque categórico

1.1.1 Historia

Los primeros esfuerzos por explicar el comportamiento anormal de los *alienados* recurrían al planteamiento de categorías que surgían de las observaciones clínicas. Por ejemplo, François Boissier de Sauvages (1706-1767) con la *Nosologie Methodica* había ordenado metódicamente 2,400 enfermedades médicas y psiquiátricas en clases, órdenes, géneros y especies. Por su parte, Philippe Pinel (1745-1826) en 1798 las clasificó en vesanias (hipocondría, manía, melancolía, sonambulismo e hidrofobia) en la *Nosographie Philosophique*. Posteriormente, Kraepelin (1856-1926), retomando los trabajos de Rhin y Kahlbaum (1828-1899) a lo largo de sus ocho ediciones de su *Tratado de Psiquiatría* (1883-1909), dio paso al desarrollo de líneas de investigación de los trastornos mentales de los alienados estudiados por Boissier y Pinel (Widakowich, 2012).

Las aportaciones más relevantes de Kraepelin (1856-1926) al modelo médico fueron la introducción de elementos clínicos del inicio, curso y pronóstico de las enfermedades mentales (Vallejo, Gastó, Cardoner y Catalán, 2002). Además, precisó su marco nosográfico bien conocido de las psicosis crónicas, distinguiendo dos entidades mórbidas: las psicosis maniaco-depresivas y las demencias precoces, y la medicalización de la locura al comienzo del siglo XIX. Por último, llevó estos datos estadísticos a otras poblaciones y regiones, lo cual llamaría Psiquiatría comparativa (Caponi, 2010; Widakowich, 2012).

Finalmente, retomando estas ideas Ernst Kretschmer (1888-1964) desarrolló una clasificación de 1,921 enfermedades, las que reagrupaba en diferentes dimensiones: la constitución física, el temperamento y la psicopatología. Clasificó a los individuos según los diferentes morfotipos relacionados con los distintos temperamentos. Con un soporte empírico de 400 pacientes relacionó los bien conocidos morfotipos de asténico, pícnico y atlético con la esquizofrenia, la manía-depresión y una mezcla de ambas, respectivamente (Widakowich, 2012).

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos de estos investigadores por clasificar las enfermedades mentales, se observaba una gran inconsistencia en la realización de diagnósticos debido a que clínicos e investigadores con orientaciones divergentes hacia la etiología, patología y tratamiento de los trastornos realizaban sus propias clasificaciones ocasionando una comunicación ambigua y complicada entre ellos.

Tal inestabilidad en la comunicación era un serio problema y exigía la realización de una nomenclatura oficial aceptada de manera común y uniforme, con una base científica (Martín, 2006; Widiger y Clark, 2000). Además, las consecuencias de la Segunda Guerra Mundial sobre la salud mental también determinaron la necesidad de desarrollar clasificaciones operativas para fijar las secuelas mentales en los veteranos de la guerra con la finalidad de dar respuesta a una exigencia administrativa.

Por ello, en respuesta a las demandas de ese momento en 1949 la Organización Mundial de la Salud sacó a la luz la sexta edición de la ICD (acrónimo por su nombre en inglés *International Classification of Diseases*; Organización Mundial de la Salud, 1993). En ella se incorporaba, por primera vez, un apartado para los 'trastornos mentales'. Paralelamente, homologándose con la ICD, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en Estados Unidos publicaría el primer Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM por sus siglas en inglés) en el año de 1952 como un esfuerzo por sistematizar el diagnóstico de dichos trastornos (Artigas-Pallarés, 2011; Hernández-Guzmán, 2012).

El desarrollo del DSM-I se basó en la nomenclatura desarrollada por William Meninger a la que se le agregó los resultados de las encuestas realizadas a los pacientes de los hospitales psiquiátricos y las opiniones de los expertos de la

APA de la época (García, Saldívar, Llanes y Sánchez, 2011; Widiger y Clark, 2000). Este nuevo manual consistía en un glosario que incluía la descripción de las enfermedades diagnósticas que se manejaban en la práctica clínica.

Todos los problemas estaban agrupados genéricamente en 106 “trastornos” y a la mayor parte de las entidades se las denominaba *reacciones*, por ejemplo: reacción ansiosa, reacción depresiva, etcétera. Esta tendencia se debía a la fuerte influencia psicoanalítica, dominante en el panorama psiquiátrico estadounidense, que interpretaba los trastornos mentales como reacciones de la personalidad individual frente a factores sociales, biológicos y psicológicos. Además, las disfunciones cerebrales y trastornos mentales de origen biológico eran causa de la distinción clasificatoria fundamental entre los trastornos mentales (Artigas-Pallarés, 2011; Tsou, 2011; Widakowich, 2012).

Sin embargo, la principal laguna tanto del DSM-I como de la ICD-6 consistía en que si bien se habían enumerado y definido los trastornos mentales, no se alcanzaba a superar la ambigüedad interpretativa derivada de meras y escuetas definiciones. Posteriormente, la revisión del DSM-I condujo al DSM-II, cuya finalidad era dar nombre a los trastornos sin vincularlos a explicaciones teóricas que complicaran la comunicación entre profesionales y hacer coincidir la terminología del manual con el que se usaba fuera de Estados Unidos, adaptando su nomenclatura a la del ICD-8 (Artigas-Pallarés, 2011; Hernández-Guzmán, 2012). Sin embargo, ni el DSM-II, ni la ICD-7 ni la ICD-8 pudieron abordar el problema. El DSM-II se limitó a eliminar el término *reacción* y a incorporar o modificar algunos trastornos (Artigas-Pallarés, 2011).

Al igual que la versión anterior, el DSM-II arrastraba la influencia psicoanalítica que metía en problemas a la Psiquiatría por la inconsistente explicación de la sintomatología psicopatológica que brindaba. Es decir, no se podía incluir criterios diagnósticos que fijaran límites entre las enfermedades, ya que al hacerlo desafiaba la esencia del Psicoanálisis, que contemplaba una estructura mental donde podían aparecer desarreglos derivados generalmente de experiencias tempranas y que encajaban mal en entidades detalladamente explícitas (Artigas-Pallarés, 2011).

Este problema llevó a la Psiquiatría a un momento difícil, ya que la subjetividad de la postura psicodinámica no le permitía establecer criterios claros en su perfil

profesional. Además de que no podía diferenciarse de otras disciplinas y por lo tanto no se podía considerar como una rama de la Medicina, la cual escatimaba a la Psiquiatría el reconocimiento y el respeto que otras especialidades gozaban, al acusarla como carente de objetividad, incapaz de explicar y curar la enfermedad mental (Hernández-Guzmán, 2012).

De la misma manera, desde los años 50, los psicólogos estadounidenses habían desafiado la injerencia profesional de la Psiquiatría en la psicoterapia, la cual se incluía en su perfil profesional. Esta competencia no era exclusiva del entrenamiento médico, por lo que tanto profesionales médicos como no médicos podían llevarla a cabo (Hernández-Guzmán, 2012).

Estas presiones condujeron a la Psiquiatría en los 80 a la revisión del DSM-II; en esta ocasión la nueva versión del manual adoptaría el modelo diagnóstico de la Medicina. En este modelo neokraepeliano, los trastornos mentales se definen en categorías médicas y orgánicas suponiendo que existen límites claros entre la normalidad y la enfermedad (Caponi, 2010; Carson, 1991; Livesley, 2005; Picles y Argold, 2003; Vallejo et al., 2002).

En 1974 la APA nombró una comisión de expertos para desarrollar el manual y revisó que se incorporaran actualizaciones de investigación. El grupo de trabajo se basó en datos de investigación pertinentes a diversos tipos de validez diagnóstica con la finalidad de eliminar los juicios clínicos en los que se basaron las ediciones anteriores. Se introdujo por primera vez los *Criterios Diagnósticos de Investigación* (RDC por sus siglas en inglés) de Feighner et al. (1972), y finalmente Klerman (1979) propugnó por el modelo neokraepeliano definiendo los siguientes elementos: a) trastornos mentales múltiples y discretos, b) criterios operativos, c) entrevistas estructuradas, d) algoritmos diagnósticos, e) fiabilidad (valores kappa) y f) validez (externa e interna).

Con la cristalización de este nuevo manual se trató de alcanzar una clasificación basada fundamentalmente en la clínica, que aumentara la fiabilidad del diagnóstico bajo criterios médicos, rehuyendo a las posiciones ideológicas y planteando una clasificación atórica que serviría como herramienta para los clínicos que asumían una gran cantidad de puntos de vista distintos. Además, a los individuos con posibles trastornos psicológicos se les calificaría en cinco dimensiones o ejes diferentes (Barlow y Duran, 2001; Vallejo et al., 2002).

Así mismo, la publicación del DSM-III tuvo varios beneficios de interés sociopolítico. En primera instancia, se benefició la explosión de la Psicofarmacología los 60 (Widakowich, 2012). Las enfermedades basadas en los síntomas del nuevo manual facilitaron el papel expansivo de los tratamientos medicamentosos de la Psiquiatría, por lo que las empresas farmacéuticas encontraron un nuevo nicho para crear productos dirigidos a enfermedades mentales específicas. Además, otra ayuda que ocasionó la clasificación acotada de los trastornos tipificados fue que facilitó la delimitación de los trastornos, de modo que las compañías de seguros y el propio gobierno, los cuales estaban renuentes a pagar por un proceso psicoterapéutico de larga duración, ahora estarían dispuestos a cubrir y financiar las intervenciones psiquiátricas, cuyo costo y beneficio era posible evaluar (Hernández-Guzmán, 2012).

Esta situación promovió la proliferación de psiquiatras dedicados al diagnóstico con base en el DSM y al tratamiento mediante la administración de fármacos. De la misma manera, también se beneficiaron otros grupos de psiquiatras dedicados a la investigación, por el auge del financiamiento de los proyectos de investigación encaminados a estudiar la eficacia de los nuevos fármacos (Hernández-Guzmán, 2012).

Sin embargo, la nueva edición del DSM-III al igual que sus predecesores presentaba problemas, ya que muchos de los criterios diagnósticos aún se basaban en el juicio clínico de los miembros del grupo de trabajo y carecían de datos objetivos, además de que no se apoyaban en los datos de investigación (Widiger y Clark, 2000). Posterior a su publicación, la APA en 1987 indicó que había muchos casos en que los criterios no estaban del todo claros, no eran consistentes entre de las categorías o incluso eran contradictorios. Por lo tanto, nombró a un grupo de trabajo para hacer las correcciones y aclaraciones del manual, lo que dio paso al DSM-III-R.

En esta ocasión, se intentó obtener la validez y fiabilidad de los criterios diagnósticos a partir de la realización de ensayos de campo, con el propósito de examinar la viabilidad de los criterios propuestos para cada uno de los trastornos y determinar el número óptimo de los elementos a necesitar para maximizar la sensibilidad y especificidad usando diagnósticos médicos como criterio. Los

resultados obtenidos fueron la reorganización de varios criterios diagnósticos, la eliminación por completo de algunos trastornos (p.ej., trastorno disfórico de la fase lútea tardía, el trastorno de personalidad autodestructiva o masoquista, entre otros), la inclusión de criterios clínicos relevantes en la esfera social y ocupacional, así como normas excluyentes que afectaron alrededor del 60% de los trastornos mentales. La inclusión de normas ocasionó el traslape entre trastornos mentales y con ello la proliferación de nuevas categorías diagnósticas, cuya fiabilidad era a menudo inaceptablemente baja. Esto resultó un problema controvertido para los desarrolladores del DSM-III-R, que no ofrecían pruebas teóricas y empíricas para justificar las reglas de exclusión (Barlow y Duran, 2001; Clark, Watson y Reynolds, 1995; García et al., 2011; Livesley, 2005; Mellor y Aragona, 2009; Widiger y Clark, 2000).

Años más tarde, en 1988, la revisión del DSM-III-R dio paso al DSM-IV, el cual se desarrolló paralelamente con la ICD-10 para hacer compatibles ambos sistemas diagnósticos, esto es, que todas las categorías del DSM-IV tuvieran su equivalente con las de la ICD 10 (García et al., 2011; Martín, 2006). En esta ocasión, el objetivo era: 1) solucionar el problema del traslape de los trastornos basándose menos en los acuerdos de los expertos (Barlow y Duran, 2001; Clark et al., 1995; Levin, Matusevich y Nemirovsky, 2008; Mellor y Aragona, 2009), y 2), aprobar nuevas categorías diagnósticas que estuvieran guiadas por un manual más documentado y con mayor apoyo empírico (Martín, 2006; Widiger y Clark, 2000).

Sin embargo, la investigación realizada no fue suficiente debido a la falta de financiación adecuada (Widiger y Clark, 2000), así los datos procedieron de un dominio muy restringido de información y con una baja calidad debido al uso impreciso de los conceptos (Poland, Von Eckardt y Spaulding, 1994). El desenlace de los simples retoques al DSM-IV reveló con el tiempo arbitrariedades e improductividad de sus resultados (Carson, 1991).

En resumen, la publicación del DSM-III y sus sucesores (DSM-III-R, DSM-IV, DSM-IV-TR y actualmente el DSM-5) serían de gran ayuda para legitimar a la Psiquiatría como una rama de la Medicina y como una profesión bien trazada y

acotada, distinguiéndose claramente de otras profesiones de la salud mental como la Psicología y el Trabajo Social (Hernández-Guzmán, 2012).

En conclusión, la incorporación de las clasificaciones categóricas a la publicación del DSM-III, dirigida por Robert Spitzer, marcó una revolución, refutó al enfoque psicoanalítico de sus predecesores e innovó al sistema de clasificación de la psicopatología, pues es hasta este momento el sistema de clasificación predominante en el área de la Psiquiatría y la Psicología (Clark et al., 1995; Poland et al., 1994).

Asimismo, la creación de una nomenclatura oficial solucionó el problema inicial, proporcionando a los involucrados en salud mental un lenguaje en común, lo que facilitó la comunicación entre terapeutas y clientes, y brindó mayor practicidad para el establecimiento de diagnósticos.

A pesar de ello, el DSM sigue presentando un sinnúmero de defectos y problemas conceptuales que interfieren con el diagnóstico, la práctica clínica y la investigación (Artigas-Pallés, 2011; Kendell y Jablensky, 2003; Kraemer, 2007; Krueger y Piasecki, 2002; Krueger y Bezdjian, 2009; Lacalle, 2009; Poland et al., 1994; Widakowich, 2012).

1.1.2 Desventajas del enfoque categórico

De acuerdo con Millon (1991), el proceso de la asignación de entidades a grupos o categorías con base en las características que comparten entre ellas se conoce como un sistema de clasificación categórico. Desde este sistema, los trastornos mentales son comprendidos como conceptos dicotómicos. Es decir, la bimodalidad pone en evidencia la ausencia y presencia del síntoma del paciente cuando se le confronta con un listado de criterios ordenados y/o normas en una función lineal con una única variable (Helzer, Kraemer y Krueger, 2006). Así, el síntoma adquiere valores de 1 (el paciente presenta el síntoma) o 0 (el paciente no presenta el síntoma), sin excepciones (Kraemer, 2007; Levin, Matusevich y Nemirovsky, 2008; Krueger y Bezdjian, 2009; Widakowich, 2012).

Se ha considerado que para que un sistema cumpla la premisa de ser categórico es necesario que cumpla tres criterios fundamentales (Hernández-Guzmán, Palacio Del, Freyre y Alcázar-Olán, 2011; Lacalle, 2009; Widiger y Samuel, 2005):

- 1) Ser discretas: los elementos asignados a diferentes categorías no deben compartir entre ellos la(s) característica(s) relevante(s) de la clasificación. Se espera entonces, en el caso de las clasificaciones mentales, que aquellas personas diagnosticadas con distintos trastornos no compartan síntomas.
- 2) Ser exclusivas: un elemento que cabe en una categoría, no puede caber en otra. Por lo tanto, se espera en el caso de las clasificaciones de la psicopatología que si una persona padece un trastorno determinado, no puede padecer otro al mismo tiempo.
- 3) Ser exhaustivas: todos los elementos ubicados en una categoría determinada comparten las mismas características relevantes. Por lo que se supondría que una entidad asignada a una determinada categoría compartiría características homogéneas con las entidades situadas en la misma agrupación, pero no con las de otra categoría. Esto significa que todas las personas clasificadas bajo un mismo diagnóstico deben compartir los mismos síntomas descritos para esa categoría diagnóstica.

Los sistemas de clasificación diagnóstica actuales no cumplen con los criterios mínimos e indispensables para ser categóricos. En el comportamiento real de los trastornos mentales se observa fusión entre las categorías diagnósticas unas con otras debido a la heterogeneidad de los síntomas entre los pacientes y la coocurrencia de los síntomas diagnósticos. Es decir, una gran mayoría de pacientes presenta características de múltiples trastornos. Algunas personas diagnosticadas con el mismo trastorno presentan síntomas diferentes, a la vez que otras clasificadas bajo trastornos diferentes comparten los mismos síntomas o la presencia de diversos trastornos pueden presentarse en un mismo paciente (Artigas-Pallés, 2011; Hernández-Guzmán et al., 2011, 2012; Krueger y Bezdjian, 2009; Mellor y Aragona, 2009).

Lamentablemente, esta variabilidad individual, es decir, las múltiples formas en que se presenta un trastorno (Poland et al., 1994) y con ello su naturaleza multifactorial (Nezu, Nezu y Lombardo, 2006) generalmente se ignora para poder llevar a cabo un diagnóstico dentro de los procesos categoriales o métodos de clasificación. Por ejemplo, se ha descubierto que la depresión grave se relaciona

con una amplia variedad de variables psicosociales, como distorsiones cognitivas, rumia, carencia de habilidades sociales, deficiente capacidad para resolver problemas, reducido refuerzo positivo y habilidades débiles de autocontrol (Nezu, Nezu, Trunzo, Sprague, 1998 citado en Nezu et al., 2006). Igualmente personas que padecen trastornos de ansiedad presentan problemas atencionales, rumia, distorsiones cognitivas, deficientes habilidades sociales y pobre refuerzo positivo. No obstante, los estudios también demuestran que ninguna causa caracteriza de manera única a toda la gente que padece depresión o ansiedad (Nezu y Nezu, 1993 citado en Nezu et al., 2006).

El apego excesivo al sistema categorial tiende a pasar por alto las peculiaridades y características propias de la persona (Brown y Barlow, 2005). La consecuencia ha sido una gran pérdida de información sobre la gravedad del trastorno y el grado de ajuste de la persona a sus contextos vitales. La complejidad del cuadro clínico tiende a ser minimizada y pone en peligro la capacidad de evaluar al paciente de manera holística (Pinicus, Mcqueen y Elinson, 2005). Debido a ello muchos de los clínicos consideran que las descripciones categóricas son frustrantes, inexactas y en ocasiones engañosas (Kass, Skodol, Charles, Spitzer y Williams, 1985; Maser, Kaelber y Weise, 1991).

Asimismo, otro problema que tiene el sistema categorial es la inadecuada cobertura de los trastornos mentales que no se encuentran representados en algún trastorno tipificado o que no cumplen en su totalidad los criterios diagnósticos en cuanto a síntomas o duración para un trastorno mental específico (Pinicus et al., 2005).

La solución a este problema ha sido ampliar la cobertura, creando más categorías diagnósticas, extender los subtipos de las categorías existentes o clasificarlas dentro de los trastornos no especificados (NE), lo cual se aplica a los síntomas de pacientes que no se encuentran representados en ningún trastorno tipificado o categoría (Artigas-Pallarés, 2011; Hernández-Guzmán et al., 2011; Levin et al., 2008; Pinicus et al., 2005).

Esta forma subumbral (abajo del umbral diagnóstico) es particularmente relevante por su prevalencia, significación clínica y coste. Por ejemplo, algunos

estudios de síntomas de depresión en varias combinaciones indican que éstos están presentes hasta en un 24% de la población y no solamente en un número de individuos con síndromes subliminales, lo cual es bastante grande (Pinicus et al., 2005).

Otro ejemplo lo aportan Angst, Merikangas y Preisig (1997) quienes han informado que las categorías de subumbrales de depresión, ansiedad, y de ansiedad y depresión mezcladas tienen una incidencia más alta que la reconocida. Los resultados del trabajo realizado por Angst y sus colegas (1997) reveló que casi la mitad de los adultos jóvenes de la población comunicó sufrir ansiedad o depresión por lo menos una vez durante los 15 años de observación; el episodio era mucho más grave cuando estaban presentes las dos categorías de subumbrales. Estos pacientes no reunían las condiciones para el diagnóstico de trastorno de depresión o ansiedad pero, no obstante, sufrían síntomas significativos acompañados de un grado sustancial de deterioro funcional y morbilidad.

Además, los individuos que padecen síntomas que no cumplen en su totalidad con los criterios para un trastorno manifiestan altas tasas de utilización de servicios y costes de asistencia médica. Sin embargo, las formas menores o los estados subumbrales no han supuesto un motivo de gran atención entre los profesionales de la salud mental (Pinicus et al., 2005). Por ejemplo, las personas que acuden a centros de salud en busca de ayuda sin poseer síntomas que cumplan con el requerimiento de umbrales no son candidatas para recibir tratamiento. Incluso el establecimiento de umbrales altos en diversas ocasiones deniega servicios preventivos o de asistencia clínica a individuos con síntomas precoces y riesgo sustancial, entre los que se incluyen muchos niños (Hyman, 2005).

Para romper estas barreras, en el DSM y la ICD se ha tratado de abordar estos problemas, sin embargo, estos manuales no incluyen enfoques para reconocer los estados subumbrales, no siempre están específicamente definidos y tienden a caer bajo la categoría de NE. Si bien la definición de trastorno mental del DSM-IV-TR afirma que debe existir un deterioro o molestia clínicamente significativa y el estado subumbral lo cumple generalmente, no se considera a éste como

trastorno y se le trata con el criterio de significación clínica. Esto evidencia así que el número y la duración de los síntomas que no cumplen el estado subumbral causan problemas al momento de definirlos (Brown y Barlow, 2005).

Pinicus et al. (2005) mencionaron que si se consideraran estos trastornos de una forma más amplia, la descripción de estas formas menores o subumbrales ofrecería una oportunidad de identificar a individuos con un riesgo potencial de padecer formas más graves del trastorno (*predictor de cuadros más complicados*) y desarrollar intervenciones que pudieran evitar una morbilidad mayor. Esto es, los subumbrales no deberían definirse únicamente por el número de síntomas, sino también por la expresión y gravedad de los mismos y por factores psicológicos y sociales (Moratalla y Pérez, 2000). Por lo tanto, considerar estos trastornos subumbrales puede generar mayor estabilidad y validez en los diagnósticos clínicos, por ejemplo aquellos que incluyen las formas subumbrales de la ansiedad y la depresión (Angst, 1997; Vallejo, 2007).

Sin embargo, estos problemas no se prevén en el DSM, y contrariamente, al no haber restricciones para crear nuevas categorías diagnósticas, el resultado ha sido un aumento exponencial de las mismas. Esto sigue dando mayor evidencia de la heterogeneidad de los síntomas, lo que a su vez exacerba el problema del traslape de los síntomas entre los trastornos (Hernández-Guzmán et al., 2011). Este traslape es mayor entre los trastornos subumbrales, lo cual se vuelve un problema común al realizar diagnósticos múltiples (Lacalle, 2009; Pinicus et al., 2005).

Comorbilidad

Con la finalidad de tratar de solucionar estos problemas, los autores del DSM introdujeron el término *comorbilidad*. Este constructo fue introducido en el año de 1987 con la publicación del DSM-IV, debido a los problemas teóricos y metodológicos originados por los criterios del DSM-III-R (Widiger y Clark, 2000). Este concepto abre, aunque artificialmente, la posibilidad de tener dos o más diagnósticos para un mismo paciente (Levin et al., 2008).

La comorbilidad es un constructo médico que surgió en la literatura epidemiológica de las enfermedades crónicas de los años 60. Feinstein lo definió

como la coocurrencia de dos o más enfermedades sin relación causal entre ellas, es decir, que una sea un factor independiente para la otra (Artigas-Pallés, 2011; Krueger y Piasecki, 2002, 2003; Mineka, Watson y Clark, 1998). Contrariamente, en el campo de la salud mental la comorbilidad es sustancialmente desigual, ya que los datos empíricos muestran un traslape sustancial entre los síntomas. Esto ocasiona dificultades en la delimitación del concepto de una “entidad distinta”, esto es, la aparición de dos o más trastornos en un mismo sujeto, lo que fuerza a los clínicos a realizar dobles o triples diagnósticos, etc. (Alarcón, 2010; Bousoño y Jiménez, 2005; Mellor y Aragona, 2009; Mineka et al., 1998).

Los hallazgos han evidenciado la debilidad del constructo de comorbilidad, mostrando que la psicopatología ocurre de manera continua y no categóricamente; por ejemplo, estudios epidemiológicos de la Encuesta Nacional de la Comorbilidad (NCS por sus siglas en inglés) han indicado que en el 79% de la población se ha observado un historial de más de un trastorno (Kessler et al., 1994).

En otro estudio de la NCS para calcular la prevalencia de 12 meses, la gravedad y la comorbilidad de los trastornos de ansiedad, el estado del ánimo, el control de los impulsos y sustancias en una muestra estadounidense, Kessler, Chiu, Demler y Walters (2005) encontraron correlaciones positivas y significativas en un 98% para casi todos los trastornos, principalmente entre los trastornos afectivos. Además, se observó que el 80% de la muestra presentaba dos o más trastornos y que la gravedad se relacionaba con la comorbilidad, siendo los más graves los trastornos del estado del ánimo, con 45%, y los de ansiedad, con 22.8%. En ese mismo año, en otro estudio, Kessler, Berglund, et al. (2005) informaron que la edad de aparición de estos trastornos es temprana, a partir de los 11 años. Agudelo, Spielberger y Buela-Casal (2007) han informado hallazgos parecidos.

Por último, Medina-Mora et al. (2003) encontraron que al menos el 28.6% de la población mexicana había presentado dos o más trastornos en su vida, el 13.9% en los últimos 12 meses y el 5.8% en los últimos 30 días. Los trastornos más frecuentes fueron los de ansiedad (14.3%), seguidos por los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%). Por lo tanto, estas altas

tasas de comorbilidad sugieren que la psicopatología no ocurre categóricamente, es decir, los síntomas no se agrupan en entidades (trastornos) que se presenten de manera mutuamente excluyente, sino de manera continua.

Por lo anterior, el término de comorbilidad ha generado mucha controversia sobre su significado y sus implicaciones (Mineka et al., 1998). Muchos de los psicopatólogos dudan de la validez y el alcance del constructo de comorbilidad (Krueger y Piasecki, 2002; Widiger y Clark, 2000), ya que a partir de las sucesivas ediciones del DSM no se ha logrado una clasificación nítida que permita diferenciar realmente unos trastornos de otros, sino que por el contrario, ha permitido amplias áreas de traslapeo confusas, lo que ocasiona tasas de comorbilidad alarmantes, evidenciadas por los estudios realizados con la NCS (Vallejo et al., 2002).

Mineka et al. (1998) han definido al término comorbilidad como un artefacto y dudan del grado de comorbilidad por una serie de cuestiones metodológicas. De igual manera, Vallejo et al. (2002) han presentado una serie de motivos de la inespecificidad del sistema categorial, que hace inadecuado el término comorbilidad: 1) El aumento sustancial del número de diagnósticos posibles no siempre válidos, 2) El exceso de división del diagnóstico, 3) La adscripción a las categorías, que se establece frecuentemente por la suma aséptica de síntomas, sin que en general se establezcan síntomas cardinales y accesorios, por lo tanto, un síntoma no tiene un peso más específico que otro, 4) La falta de especificidad de los síntomas, lo que no permite efectuar diagnósticos específicos. No basta sólo con la percepción del síntoma, sino que se necesita un análisis profundo que pueda explicar la elevada comorbilidad diagnóstica, 5) La creación de amplias áreas de traslapeo entre categorías, hasta el punto que cuestiona la independencia de algunas categorías (p.ej., depresión y ansiedad), 6) El sistema multiaxial, que supone un avance en cuanto a diferenciar el diagnóstico clínico respecto a otros, como la personalidad, las enfermedades médicas concomitantes o los estresores, y no provee de estrategias para ponderar la relación entre ellos y g) la falta de establecimiento de un criterio de temporalidad y espacio, según el cual se pueda definir la aparición de un trastorno en relación con otros que puedan emerger posteriormente y establecer las conexiones entre

la enfermedad del sujeto y su pasado, con lo cual se difuminaría la posible jerarquización del diagnóstico.

El resultado de usar la comorbilidad ha sido el desarrollo de diversas críticas importantes por los inconvenientes que causa a la práctica clínica para el diagnóstico mismo y la prescripción de tratamientos, así como a la investigación sobre la eficacia de los tratamientos (Hernández-Guzmán et al., 2011; Krueger y Piasecki, 2002; Poland et al., 1994). Por ejemplo, Krueger (2003) a partir de sus observaciones en la práctica clínica cuestionó si la comorbilidad es el mejor concepto para entender los datos empíricos sobre patrones de coocurrencia entre los trastornos mentales. Diversas críticas e inconvenientes han resultado de su uso.

El término de comorbilidad conduce a diagnósticos trimórbidos, cuatrimórbidos, etc, lo que no se adapta a la forma de pensar subyacente a la prescripción del tratamiento, la cual tiene influencia de la idea de que un diagnóstico diferencial prudente conduce a la etiqueta correcta a la que se aplicará el tratamiento correspondiente. Esto es, a un trastorno le corresponde un tratamiento. Sin embargo, esta idea se va desvaneciendo cuando se conoce más sobre la realidad de la comorbilidad y se observa con frecuencia que el fenómeno de comorbilidad implica conflicto al momento de prescribir un tratamiento - psicosocial o farmacológico- e investigar si éste es eficaz (Hernández-Guzmán et al., 2011; Krueger, 2003). De igual manera, Mineka et al. (1998) han mencionado que la comorbilidad tiene impactos negativos en el diagnóstico, por ejemplo de ansiedad y depresión, la tasa de recuperación y la recaída, el curso y el pronóstico.

También se ha encontrado que la comorbilidad tiene problemas graves a la hora de aplicarse a los diseños clásicos de investigación. Dada la alta comorbilidad entre trastornos, intentar reclutar casos puros para los estudios suele ser frustrante y complicado, sino que imposible, pues los casos puros son más raros que los casos comórbidos (Wittchen, Lieb, Wunderlich y Schuster, 1990). El investigador puede optar por elegir casos impuros, comórbidos, sin embargo, los problemas que de aquí surgen se refieren a si dicho trastorno se determina con los resultados del estudio o esos resultados reciben influencia de los trastornos

comórbidos al trastorno diana, o incluso si se deben a la combinación de ambos (Krueger, 2003). Al respecto, Rutter (2003) ha sugerido eliminar de la investigación los trastornos tipificados y abordar la psicopatología desde el estudio de los síntomas, considerando las diferentes vías causales que los ocasionan.

Por lo anterior, Krueger (2002, 2003) llegó a la conclusión de que la comorbilidad es un término engañoso, ya que su multimodalidad se observa con mucha frecuencia. Este término realmente funcionaría si, y sólo si, los miembros de una clase categórica fueran homogéneos, con límites claros entre las clases y las diferentes clases fueran mutuamente excluyentes. Lamentablemente lo anterior no se encuentra en los datos empíricos, ni en la variación de la psicopatología.

Este problema se ha hecho evidente en los trastornos de personalidad, el espectro autista, problemas alimentarios y, como se ha visto a lo largo del capítulo, en los trastornos afectivos. La ansiedad y la depresión, por ejemplo, han recibido una atención considerable debido a que son las formas más habituales en la atención primaria, a las dificultades para poder diferenciarlas y a las limitaciones que generan para las tareas diagnósticas y de intervención (Agudelo, Buela-Casal, et al., 2007a). Esto último se debe a las dificultades en el manejo clínico por un peor pronóstico (mayor probabilidad de resistencia al tratamiento y recaída) y la mayor utilización de recursos sanitarios (Aragónés, Piñol y Labad, 2009; García y Lou, 2004; Gask, Klinkman, Fortes y Dowrick, 2008).

Tradicionalmente, desde el sistema categórico la ansiedad y la depresión se han tratado como entidades diagnósticas distintas y separadas una de la otra (Mineka et al., 1998), pero a pesar de definir las claramente desde los manuales categoriales, la diferenciación clínica no es evidente, lo que dificulta distinguir entre ambos tipos de cuadros o identificar en el curso de los mismos cuál antecede al otro (Agudelo, Buela-Casal, et al., 2007; Cannon y Weems, 2006; Huberty, 2012).

Los estudios epidemiológicos que se basan en las categorías diagnósticas muestran una extensa coocurrencia entre la ansiedad y la depresión. Los

hallazgos han indicado altas tasas de presencia simultánea en un 99% de síntomas ansiógenos y depresivos en muestras de población general (Agudelo, Buena-Casal, et al., 2007; Cannon y Weems, 2006, Krueger y Piasecki, 2002; Van Lang, Ferdinand, Ormel y Verhulst, 2006). Específicamente en niños, algunos estudios epidemiológicos indican que el porcentaje de coocurrencia general entre síntomas de ansiedad y depresión oscila entre un 30% y un 82% (Calderero, Salazar y Caballo, 2011; Essau, 2008; Caron y Rutter, 1991; Ospina-Ospina, Hinestrosa-Upegui, Paredes, Guzmán y Granados, 2011; Sandín, Valiente y Chorot, 2009; Romero et al., 2010; Vallance y Garralda, 2008). Es mayor la coocurrencia entre el trastorno depresivo mayor, el trastorno de pánico y la ansiedad generalizada que entre los otros trastornos tipificados de ansiedad (Agudelo, Buena-Casal et al., 2007; Heinse et al., 1999; Sandín, Chorot y Valiente, 2012; Vallejo et al., 2002).

Asimismo, algunos estudios en niños y adultos han demostrado que los trastornos de ansiedad muestran una amplia coocurrencia entre ellos (Caron y Rutter, 1991). Por ejemplo, Spence (1997) encontró que el conjunto de trastornos de ansiedad en la infancia (fobia específica, fobia social, ansiedad de separación, ansiedad generalizada y pánico/agorafobia) correlacionan fuertemente entre ellos, pero su hallazgo más importante es que subyacen a un factor de segundo orden de ansiedad general. Este hallazgo sugiere que los trastornos de ansiedad más comunes clasificados por el sistema categorial comparten características y se engloban bajo una dimensión más amplia (Hernández-Guzmán, 2012).

Consistente con estos datos, Romero et al. (2010) realizaron un estudio sobre los factores que relacionan la ansiedad y la depresión en niños españoles de primaria de 8-12 años. Estos autores señalaron que los trastornos de ansiedad también tendían a coocurrir entre ellos en un 87%, mostrando una mayor superposición entre trastornos de ansiedad generalizada y trastornos de ansiedad por separación para los niños y, para las niñas, los trastornos de ansiedad generalizada y trastornos de fobia específica.

Además de los datos de coocurrencia entre los síntomas de ansiedad y depresión, también se ha encontrado que estos trastornos se presentan con mucha frecuencia junto con otros tipos de psicopatología (Mineka et al., 1998).

Por ejemplo, se ha hallado que la ansiedad y/o la depresión coocurren con el trastorno de consumo de sustancias (Agudelo, Buela-Casal, et al., 2007; Ospina-Ospina et al., 2011), la hipocondría, la somatización y otros trastornos somatomorfos (Gask et al., 2008; Rief, Hiller, Geissner y Fichter, 1995), los trastornos de la alimentación (Behar, Barahona, Iglesias y Casanova, 2007; Silva y Schiattino, 2008), los trastornos de déficit de atención (Navarro y García-Villamizar, 2011; Hudziak, 2003 como se citó en Krueger, 2003), y el trastorno de la personalidad (Agudelo, Spielberger y Buela-Casal, 2007b; Esbec y Echeburúa, 2011).

La excesiva coocurrencia también es evidente en las propiedades psicométricas de las medidas que evalúan la ansiedad y la depresión, donde generalmente es difícil distinguir entre ambas, tanto para adultos como para niños. Además, los análisis de las escalas generalmente producen un sólo factor (Agudelo, Buela-Casal, et al., 2007a; Bjelland et al., 2009; Clark y Watson, 1991; González, Herrero, Viña, Ibáñez y Peñate, 2004; Mineka et al., 1998).

Esta dificultad para distinguir entre ansiedad y depresión se debe a que los límites entre las categorías diagnósticas son arbitrarios y subjetivos (Hernández-Guzmán, 2012; Kendell y Jablensky, 2003). Raramente se encuentran esos límites en los datos empíricos, por la variación de los síntomas entre los pacientes (Krueger y Piasecki, 2002). Como resultado de que estas entidades sean arbitrarias es que presentan confusiones y dificultades para distinguir entre trastornos mentales tipificados (Widiger y Clark, 2000), por ejemplo, la conducta oposicionista y desafiante versus el déficit de atención con o sin hiperactividad (TDA) o la distinción del trastorno de ansiedad generalizado con la depresión (Clark y Watson, 1991).

Por ello, a pesar de los esfuerzos de los autores de los DSM para desarrollar un conjunto de criterios específicos, se ha llegado a cuestionar si realmente el DSM es capaz de distinguir entre los límites de la normalidad y la anormalidad, cuya frontera a menudo se desdibuja y, de manera más general, se ha dudado si es capaz de detectar la presencia de psicopatología (Kendell y Jablensky, 2003; Widiger y Clark, 2000).

Por ejemplo, Regier et al. (1998, citado en Widiger y Clark, 2000) han externado su preocupación por la ausencia de un límite significativo entre el funcionamiento normal y el anormal para el diagnóstico. Se preocuparon por las tasas aparentemente elevadas de prevalencia obtenidas para los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y otros trastornos mentales. Estos autores han explicado que algunos síndromes en la comunidad representan respuestas homeostáticas transitorias para estímulos internos y externos, que no se han representado como verdaderos trastornos psicopatológicos.

Esta declaración sugiere que no hay un límite definible entre normalidad versus expresión psicopatológica de ansiedad y depresión, y que el conjunto de criterios diagnósticos no son adecuados: es posible que muchas personas en la actualidad que sean diagnosticadas por síndromes mentales (en particular trastornos del estado del ánimo y trastornos de ansiedad) y no reciban atención clínica adecuada, puedan tener una respuesta homeostática apropiada, que no es patológica ni necesita tratamiento. Al fracasar en su intento por delimitar ambos trastornos, los sistemas de clasificación categórica se enfrentan también a dificultades serias en la búsqueda de una etiología clara, la definición de un curso o la prescripción de un tratamiento para cada trastorno (Hernández-Guzmán et al., 2011; Ortiz y Lozano, 2005; Ribé, 2010).

La investigación no ha logrado demostrar de que el DSM sea válido y confiable, lo que a lo largo del tiempo han ignorado médicos y psiquiatras al momento de establecer diagnósticos basados en los sistemas de las clasificaciones mentales (Kendell y Jablensky, 2003; Kraemer, 2007; Kraemer, Noda y O'Hara, 2004).

Validez y fiabilidad de las categorías diagnósticas

La validez se define como la evaluación integradora del grado en que la evidencia empírica y fundamentos teóricos apoyan la adecuación y conveniencia de dichos constructos, es decir, ¿Existe un acuerdo en la existencia, utilidad y validez desde el punto de vista científico del constructo? (Lemos, 2013; Pérez-Gil, Chacón y Moreno, 2000). En el campo de la Medicina, la validez diagnóstica funciona para hacer consideraciones acerca del valor predictivo y la utilidad práctica de las categorías (Kendell, 2003). Los psicólogos han diferenciado los

tipos de validez para los sistemas diagnósticos: 1.- La validez para ver si los signos y síntomas elegidos como criterios para la presencia de la categoría de diagnóstico se asocian de manera congruente. 2.- La validez para averiguar si los diferentes instrumentos de medida conducen al mismo diagnóstico. 3.- Aquella para ver si los diagnósticos son distintos los unos de los otros y si esta diferencia se mantiene de un instrumento de medida a otro. En este caso, alguien que satisface los criterios para la depresión tiene que ser susceptible de diferenciarse de alguien que satisface los criterios para la fobia social (Livesley, 2005). Esta discriminación podría ser evidente no sólo en la presentación de los síntomas, sino también del trastorno, y quizás, en la elección del tratamiento (Barlow y Duran, 2001). 4.- Un diagnóstico válido le indica al clínico lo que es probable que suceda con el paciente, quizás preverá el curso del trastorno y el efecto probable de uno u otro tratamiento. 5.- los criterios para un diagnóstico deben reflejar la forma en que la mayoría de los expertos en el campo los consideran en oposición a otros para obtener la categoría correcta (Barlow y Duran, 2001).

De acuerdo con Kendell (2003) para que una categoría diagnóstica se describa como válida bajo alguno de estos tipos de validez deben cumplirse las siguientes condiciones:

- a) La validez es óptima si una categoría diagnóstica muestra fuertes correlaciones con sus características.
- b) Si la característica definitoria de la categoría es un síndrome, este síndrome debe mostrarse como entidad separada de síndromes adyacentes y la normalidad. Esto mediante una discontinuidad o “punto de rareza” entre la sintomatología de los mismos, es decir, límites naturales bien definidos entre dichos síndromes, el resto de los síndromes próximos y la normalidad.
- c) Si una categoría diagnóstica se define mediante una serie de anormalidades fisiológicas, anatómicas, histológicas, cromosómicas o moleculares, deben existir diferencias claras y cualitativas entre las características definitorias y aquellas condiciones aparentemente similares.

Sin embargo, con los hallazgos empíricos se ha demostrado que no existen datos concluyentes que apoyen la existencia de dichas discontinuidades entre las manifestaciones psicopatológicas (Hernández-Guzmán, 2011; Kendell y Jadenky, 2003; Poland et al., 1994). Al contrario, existe un extenso traslape diagnóstico, es decir, la ausencia de exclusividad y exhaustividad indica que las categorías diagnósticas no son distintas las unas de las otras (Livesley, 2005). Por ejemplo, Kendler y Gardner (1998, citado en Kendell, 2003) utilizaron la técnica de análisis de la función discriminante para determinar si existe un límite válido entre depresión mayor, tal como está definida en el DSM-IV, y los niveles bajos de depresión en una muestra de 2,000 gemelas, además se examinó la relación entre la sintomatología depresiva y el riesgo de posteriores episodios depresivos. Los resultados no indicaron discontinuidades en la relación y los autores se vieron obligados a concluir que la depresión mayor puede ser una convención diagnóstica impuesta a lo largo de un continuo de síntomas depresivos de gravedad y duración diversas.

Por la ausencia de entidades discretas, distinguibles y de fronteras absolutas, Kendell (2003) concluyó que, a falta de una demostración clara de “puntos de rareza” y discontinuidades, es necesario considerar la posibilidad de representar la variación de la sintomatología mediante dimensiones, en lugar de categorías. Así, la representación mediante continuos resuelve de golpe todos los problemas asociados al establecimiento de límites y la coocurrencia de los síntomas.

Por lo que se refiere a la fiabilidad entre observadores, cualquier sistema de clasificación debe describir subgrupos específicos de síntomas que sean claramente evidentes y que los clínicos puedan identificar con facilidad. Si dos clínicos entrevistan al mismo paciente en momentos distintos del día, ambos clínicos deben ver, y tal vez medir, el mismo conjunto de comportamientos y emociones, se dice entonces que el trastorno psicológico tiene fiabilidad (Barlow y Duran, 2001). Empero, esta condición no siempre se cumple y se ha encontrado que existe desacuerdo entre observadores independientes, es decir, dos o más psiquiatras independientes no siempre logran identificar el mismo diagnóstico a partir del mismo conglomerado de síntomas (Brown y Barlow, 2005; Hernández-Guzmán, 2012; Lacalle, 2009).

Si los síntomas de clasificación no son confiables, están sujetos al sesgo de los clínicos (falsos positivos o negativos) encargados de emitir un diagnóstico, lo cual se vuelve un problema porque ocasiona que el clínico diagnostique erróneamente al paciente. Por ello se ha buscado que la nosología sea cada vez más confiable, esto es, que existan menos probabilidades de desviación durante el diagnóstico (Barlow y Duran, 2001). Una de las cuestiones desarrolladas para solucionar este problema ha sido la inclusión del criterio de "significación clínica" en el DSM-IV, sin embargo, esta estrategia engorrosa sólo ha conseguido eliminar de forma parcial los falsos positivos o negativos, además de que se ha considerado un concepto vago (Vallejo et al., 2002). Esto ha llevado a algunos autores a sugerir que no es una estrategia eficaz para disminuir los problemas asociados con la dificultad para diferenciar claramente los trastornos tipificados en los sistemas de clasificación categóricos (Kendell, 2003).

Finalmente, otros autores han hecho énfasis en la sensibilidad y la especificidad del diagnóstico categórico con respecto a un trastorno correspondiente, donde la sensibilidad es la probabilidad de que una persona que tiene el trastorno se diagnostique de manera positiva, y la especificidad es la probabilidad de que una persona que no tiene el trastorno se diagnostique de manera negativa. Sin embargo, el DSM siendo arbitrario carece de un "stándar oro" que sirva como un criterio contra el que el diagnóstico se pruebe (Kraemer, 2007; Kraemer et al., 2004).

En la mayoría de la literatura se ha considerado que los problemas generados tanto para la validez como para la fiabilidad de las categorías diagnósticas se debe, en principio, a las inconsistencias entre los miembros del grupo de trabajo encargados de desarrollar el DSM (Kendell, 2003; Livesley, 2005; Widiger y Clark, 2000). La mayoría de las decisiones de los expertos no han tenido una base objetiva y adolecen del sesgo de preferencias sociopolíticas, además de que en las versiones del DSM (DSM I, DSM II, DSM III, DSM-III-R) la mayoría de los participantes que colaboraban en la investigación y redacción eran del área médica (Widiger y Clark, 2002). Ha sido hasta años recientes, con la publicación del DSM IV, que algunos psicólogos como Barlow, Brown, Foa, entre otros, han

podido contribuir con datos de investigación psicológica a la modificación del manual, lo que a su vez ha generado un arduo trabajo en investigación.

A su vez, otro factor que ha afectado la fiabilidad del manual es la idea de la elaboración de un manual que sea ateórico, que se dio a partir del DSM-III y que seguía una posición dominante neokraepeliana. Esta posición está en contra de basarse en una teoría (Carson, 1991), esto es, se resiste a ajustarse a un modelo explicativo de la psicopatología y supone categorías clínicamente imparciales a tales teorías, para favorecer que los clínicos e investigadores emplearan las hipótesis teóricas que más les favorecía de acuerdo con sus nociones más ricas y conceptualmente coherentes sobre los trastornos mentales (Bousoño y Jiménez, 2005; Carson, 1991; Hernández-Guzmán, 2012; Polant et al., 1994; Widiger y Clark, 2002).

Al respecto, Kraemer (2007) ha señalado que el DSM no se diseñó ni pensó para promover la ciencia básica (el desarrollo de las teorías científicas, la investigación sobre los tejidos o modelos animales, etcetera), ya sea que la ciencia básica sea médica, psicológica o sociológica, a pesar de que la evidencia llevaría a avanzar en la comprensión de la etiología, la identificación y el tratamiento. Por su parte, Martín (2006) ha señalado que “la ateoricidad es insostenible y que siempre se habla desde algún lugar, desde una posición o desde alguna ideología”.

A pesar que el DSM-IV se basó lo menos posible en las decisiones de los expertos y trató de fundamentarse en datos científicos sólidos (Barlow y Duran, 2001), las modificaciones fueron mínimas (Livesley, 2005) y el problema de la validez y la fiabilidad se exacerbó. Por lo tanto, las consecuencias han sido respuestas incorrectas para la investigación, la práctica clínica y en el hacer de las políticas médicas (Alarcón, 2010; Carson, 1991; Esbec y Echeburúa, 2011; Gask et al., 2008; Hernández-Guzmán, 2012; Kraemer, 2007). Esta circunstancia hace evidente el reducido carácter del enfoque categórico del DSM para abarcar el fenómeno de la psicopatología y sugiere limitada utilidad clínica (Clark et al., 1995).

La utilidad clínica se relaciona de manera íntima con la validez y la fiabilidad de los sistemas diagnósticos. De acuerdo con First et al. (2004) este término se refiere al grado en que el DSM es una guía útil que ayuda a los clínicos a tomar decisiones correctamente y cumplir las diversas funciones clínicas de dicho sistema de clasificación. Tales funciones comprenden diversos componentes: 1) conceptualizar entidades diagnósticas; 2) comunicar información clínica a profesionales, pacientes y sus familias, así como a los administradores del sistema de salud; 3) usar categorías clínicas y conjuntos de criterios en la práctica clínica; 4) elegir intervenciones efectivas con el fin de mejorar los resultados clínicos y 5) predecir enfermedades clínicas futuras.

Sin embargo, Clark (1993, citado en Verheul, 2005) hizo hincapié en el sesgo anticientífico de estos puntos por su poco valor científico o clínico, ya que presentan baja fiabilidad. Los elementos de validez diagnóstica condicionados a la utilidad clínica revelan: 1) la cobertura parcial de la psicopatología, 2) el hecho de que los clínicos divergen desde el DSM por el hecho de que los constructos no correlacionan significativamente, 3) las clasificaciones de los trastornos no se relacionan con la información pronóstica y por lo tanto con datos actualizados (Verheul, 2005). A este problema Livesley (2005) agregó que los problemas reales de los pacientes no se acercan demasiado a los conceptos diagnósticos, y los diagnósticos específicos poseen un valor limitado para la planificación del tratamiento o la predicción de resultados.

Por lo anterior, Verheul (2005) ha indicado que, más allá de que la mayoría de los clínicos prefieran utilizar el enfoque categorial por su supuesta utilidad clínica al momento de tomar decisiones, establecer diagnósticos de una manera más fácil y el establecimiento de un lenguaje común, en realidad no interesa tomar decisiones categóricas (p.ej., se debe hospitalizar o no a un paciente), estas decisiones son la excepción y no la regla. En lugar de ello, las decisiones del tratamiento implican la consideración del grado apropiado de diversos comportamientos del terapeuta (p.ej., dónde fijar límites, cómo y cuándo confrontar el apoyo frente a las ansiedades...). La toma de decisiones clínicas se refiere a determinar (1) la necesidad y el beneficio del tratamiento, (2) el tipo de tratamiento que más probablemente sea eficaz y eficiente, y (3) el tipo de

intervenciones propensas a ser más útiles en el modelo de tratamiento, más que poner meramente etiquetas que a la larga resultan menos útiles.

Finalmente, otros problemas también ocasionados por la adhesión al sistema categórico son: 1) dificultades para el establecimiento de diagnósticos en niños y adolescentes (Hudziak, Achenbach, Althoff y Pine, 2007), y 2) falta de marcadores biológicos en estos manuales para el establecimiento de diagnósticos psiquiátricos adecuados (Guimón, 2007; Hudziak, 2003 como se citó en Krueger, 2003).

Respecto al primer punto, Hudziak et al. (2007) han mencionado que el DSM es un modelo que no se ajusta a niños ni a adolescentes porque desde su desarrollo se pensó en el diagnóstico de las enfermedades mentales de los adultos. Se ha argumentado que la psicopatología infantil difiere de la psicopatología adulta de muchas maneras, particularmente su expresión es diferente en la magnitud y el carácter a medida que avanza el desarrollo (Barra de la, 2009; Gaviria y Alarcón, 2010).

De acuerdo con Hudziak et al. (2007), un sistema nosológico debe tener en cuenta para la expresión de la psicopatología infantil las siguientes fuentes de variación:

- ✓ Diferencias de género en la expresión de la psicopatología: Por ejemplo, la disparidad del TDA-H en niños y niñas desaparece conforme el desarrollo avanza hacia la etapa adulta, sin embargo, el enfoque categórico no especifica diferencias en el género, lo que dificulta así el diagnóstico.
- ✓ Diferencias entre las fuentes de información: Cuando se recolecta información debe apoyarse en terceros, en especial los padres, debido a que permite al clínico tener un perfil más claro y reducir los falsos positivos y los falsos negativos. En los manuales categoriales no se proporciona métodos estandarizados para la incorporación de datos de los informantes, los criterios diagnósticos complican mucho la adecuación de este tipo de información entre los padres y los maestros por el número de principios que deberán tomarse en cuenta, por ejemplo cinco o seis de éstos, lo que cuestiona qué información se deberá de tomar. Algunos autores proponen integrar métodos

de la investigación en temperamento y psicopatología evolutiva para obtener información en estas edades.

✓ Tendencias de los niños a manifestar tipos de problemas múltiples: Se ha demostrado que los niños, al presentar el diagnóstico de algún trastorno, también pueden presentar otros trastornos, tal es el caso de la ansiedad y la depresión.

✓ Variaciones en los comportamientos típicos y atípicos dependiendo de la edad: Los criterios diagnósticos categóricos, para poder evaluar a pacientes en las distintas edades, deben tomar en consideración los cambios relacionados con la edad, el nivel de maduración neuronal y las diferencias de la expresión de la psicopatología. Así, un niño de dos años puede mostrarse más hiperactivo e impulsivo que un niño más grande sin necesidad de ser etiquetado como anormal, debido a su nivel de desarrollo cerebral.

Segundo, respecto a la falta de marcadores biológicos Hudziak (2003, como se citó en Krueger, 2003) señaló que es importante definir los rasgos fenotípicos que podrían influir en la aparición de los trastornos mentales de los infantes, e incluirlos en los estudios genéticos para que se facilite la correcta elaboración del diagnóstico. De acuerdo con este autor, es importante considerar las características fenotípicas ya que el diagnóstico se complica por: la edad, ¿se utilizarían los mismos criterios para un niño de dos años de edad que para uno de quince?, su sexo, ¿se utilizaría los mismos criterios para niños que para niñas?, o incluso la estrategia diagnóstica usada, ¿se lleva a cabo los estudios genéticos en niños utilizando una estrategia categorial como el DSM, cuantitativa o ambas?

Sin embargo, los sistemas de clasificación categóricos son incompatibles con la realización de estudios biológicos. El DSM, al asumir a los trastornos mentales como categorías discretas definidas por un número de criterios de síntomas, no proporciona una definición cuantitativa entre los trastornos, punto que es potencialmente débil para la investigación en neurociencias, genética, etc. Por ejemplo, los síntomas ansiosos y depresivos, desde la concepción categorial, al ser dos enfermedades distintas, de forma simultánea se deben a dos procesos biológicos distintos que crean dos clases diferentes de síntomas (Alarcón, 2010; Hudziak, 2003 como se citó en Krueger, 2003; Kendell y Jablesky, 2003; Moratalla y Pérez, 2000).

Considerar los marcadores biológicos es una ventaja para mejorar el tratamiento de los trastornos mentales, por ejemplo, se ha hallado evidencia en favor del entrenamiento de técnicas de biofeedback en el tratamiento de conductas que ponen en riesgo la salud mental, tales como cuadros de depresión, epilepsia, dolor muscular, insomnio, presión arterial, ansiedad, entre otros (Kappes, 1983; Karavidas et al., 2007; Reiner, 2008). Además, se posibilita el estudio de la vulnerabilidad biológica para el desarrollo de enfermedades crónicas, tales como hipertensión, diabetes, entre otras relacionadas con el desarrollo de la psicopatología y ambientes familiares de riesgo (Repetti, Taylor y Seeman, 2002).

Además, las bases neurobiológicas son una condición indispensable para avanzar en el diseño de fármacos orientados a un grupo diana, esto es, si los grupos diana responden al diseño idóneo para valorar la eficacia del fármaco. Así, un fármaco –por ejemplo el metilfenidato– puede ser muy poco eficaz en el autismo contemplado categóricamente, lo cual no excluye una excelente respuesta en determinado subgrupo de pacientes autistas con sintomatología de TDAH (Artigas-Pallés, 2011). En el caso de la ansiedad y la depresión los tratamientos que se aplican habitualmente son las benzodiazepinas. Las cuales podrían estar indicadas por su efecto sobre los síntomas ansiosos, pero su acción sobre los síntomas depresivos es mínima y siguen suscitando dudas por los posibles efectos de rebote y de abstinencia. Las benzodiazepinas parecen resultar, además, menos eficaces para la ansiedad leve que la grave. Por otra parte, antidepresivos como los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) han mostrado una superioridad en el tratamiento tanto de la depresión sindrómica como de los trastornos de ansiedad (Urretavizcaya, 2006).

Por ello, Guimón (2007) ha mencionado que en los últimos veinte años los hallazgos que han obtenido los psicólogos experimentales en el estudio de síntomas, signos y rasgos psicopatológicos se relacionan con los conseguidos por los neurobiólogos en la detección de marcadores importantes para el tratamiento. Cuando se ha encontrado marcadores comunes para los distintos cuadros, por ejemplo ansiedad y depresión, se les ha agrupado en distintos espectros. Esto ha proporcionado evidencia de que los diagnósticos continuos han pretendido entender mejor la heterogeneidad de los síntomas y la falta de fronteras claras entre los diagnósticos, así como detectar mejor síntomas subumbrales y cuantificarlos (Urretavizcaya, 2006).

En suma, la falta de las características individuales, los límites arbitrarios, la pérdida de información, la pobre fiabilidad, validez convergente y discriminante, la falta de bases teóricas, la utilidad clínica limitada, la comorbilidad excesiva, la cobertura inadecuada y el descuido de los trastornos subumbrales, y los dilemas de clasificación han llevado a los investigadores a buscar explicaciones del comportamiento más amplias que permitan evaluar al paciente holísticamente (Pinicus et al., 2005).

Por ello, terapeutas clínicos e investigadores del comportamiento han desarrollado un medio de integración de hallazgos y teorías de la conceptualización, evaluación y tratamiento de la conducta anormal a partir de modelos psicométricos. Han sugerido realizar ciertos ajustes en su nomenclatura o desplazar el uso de etiquetas diagnósticas por procedimientos empíricos para evaluar el comportamiento, es decir, considerar las dimensiones biopsicosociales de la persona con modelos cada vez más sofisticados, desde la adopción dimensional (Brown y Barlow, 2005; Brown, Chorpita y Barlow 1998; Clark y Watson, 1991; Hernández-Guzmán, Palacio Del y Freyre, 2010, 2011, 2012; Krueger y Piasecki, 2002; Krueger et al., 2005; Watson, 2005; Widiger y Simonsen, 2005).

1.2 El enfoque dimensional

A pesar de que el DSM fue una solución para la comprensión y la comunicación de los trastornos mentales, muchos de los investigadores han sugerido una modificación en la nosología e incluso han lanzado propuestas que disminuyan los problemas derivados del enfoque categorial.

En los años 60 aparece el modelo psicológico como una alternativa al modelo médico/categorial. En éste se supone que cualquier conducta, ya sea aquella considerada desviada por una sociedad en un momento determinado, o la conducta adaptada, se aprende y desaprende de la misma manera, bajo los mismos principios que controlan el comportamiento (Ullmar y Krasner, 1965, 1975).

De acuerdo con Hernández-Guzmán et al. (2011) el enfoque dimensional es un modelo psicológico por su propensión a la investigación en el funcionamiento psicológico. Algunos de los esfuerzos para retomar el modelo dimensional para la comprensión de la psicopatología han sido la inclusión de este modelo dentro del apartado de los trastornos de personalidad del DSM-IV (Besteiro, Lemos, Muñiz, García y Álvarez, 2007; Esbec y Echeburúa, 2011; Verheul, 2005; Widiger y

Simonsen, 2005), inclusión que luego se extendió a otras categorías del DSM (p.ej., trastornos de consumo de sustancias, esquizofrenia, trastornos alimentarios, etcétera). Tal es el caso de los trastornos afectivos (Clark y Watson, 1991; Mineka et al., 1998; Watson, 2005; Yovel y Mineka, 2004), pues es evidente que la concepción categórica no ha podido reflejar la realidad de la psicopatología.

La asunción de la enfermedad como entidad discreta se ha cuestionado cada vez más a medida que se acumulan pruebas de que diversos trastornos mentales pueden fusionarse unos con otros y con la normalidad (Kendler y Gardner, 1998). Además, la carencia de pruebas de límites entre trastornos y síntomas ha llevado a pensar que más que entidades separadas, la normalidad y la anormalidad al igual que el funcionamiento adaptado y desadaptado de los individuos son extremos que se ubican a lo largo de un continuo (Hernández-Guzmán et al., 2010).

Algunos estudios taxométricos o de clases realizados han proporcionado evidencia de que las categorías son falsas, lo que ha mostrado la superioridad del enfoque dimensional sobre el categórico (Bernstein et al., 2010; Cannon y Weems, 2006; Haslam, 2003; Kamphuis y Noordhof, 2009; Walters, 2013). Por ejemplo, Bjelland et al. (2009) llevaron a cabo un estudio donde comparaban el enfoque dimensional contra el categórico para el diagnóstico de ansiedad y depresión en participantes noruegos de 20 a 89 años. Encontraron que la asociación categórica entre estos trastornos fue menor en comparación con la dimensional, con un intervalo de .38 a .39 y .50 a .51, respectivamente. Además, el enfoque dimensional mostró un mayor poder predictivo del deterioro mental, de .87, en tanto que para el enfoque categórico fue de .82.

Por su parte, Markon, Chmielewski y Miller (2011) sustentaron sus hallazgos con dos metaanálisis que realizaron para el análisis de la fiabilidad y la validez de medidas discretas (categóricas) y continuas (dimensionales). Estos autores concluyeron que existe una mayor validez y fiabilidad, del 37%, para las medidas continuas sobre las medidas discretas de la mayoría de los trastornos mentales, indicaron no obstante algunas excepciones. Congruentes con esos hallazgos, los resultados derivados del análisis de los síntomas internalizados proporcionan evidencia que sustenta también una explicación dimensional (Hernández-Guzmán et al., 2011).

Un número creciente de clínicos e investigadores han advertido que para que exista una evaluación psicológica exhaustiva y detallada acerca del individuo, debe tenerse

en cuenta una perspectiva dimensional y de desarrollo humano que ayude a realizar diagnósticos más válidos, específicos y apropiados para las personas de todas las edades y de ambos géneros. Desde estos enfoques le será posible al clínico contar con información clínica relevante para estudiar el papel del desarrollo en la relación entre los síntomas de los trastornos psiquiátricos y otras alteraciones no tipificadas. A su vez, esta información le ayudará a tomar mejores decisiones en cuanto al tratamiento (Gruenberg y Goldstein, 2005; Pine et al., 2004).

1.2.1 ¿Qué es el enfoque dimensional?

Hasta el momento se ha abordado la importancia del enfoque dimensional para la conceptualización y, por lo tanto, el tratamiento de la psicopatología, por lo que aquí se ofrecerá una explicación más amplia de este enfoque. El sistema dimensional se distingue del categorial al proponer la existencia de constructos teóricos únicos y cuantificables que se comprenden mediante diferentes factores o dimensiones que correlacionan para crear un concepto único general (Edwards, 2001). Los fenómenos psicológicos se entienden a partir de esas dimensiones, las cuales poseen distintos grados de intensidad que sirven para definir las. El enfoque dimensional contrasta con el categorial, al que subyace el conteo simple de síntomas hasta alcanzar un número arbitrario más allá del cual la presencia de más o menos síntomas pierde su significado (Kraemer et al., 2004; Hernández-Guzmán et al., 2011; Millon, 1991).

De acuerdo con Eysenck (como se citó en Schimidt et al., s.f.), el concepto de dimensionalidad implica que existe un limitado número de dimensiones básicas y tales dimensiones se distribuyen de manera normal en un continuo, en el cual es posible ubicar a cualquier persona con diversos grados de una o varias características, las que reconocemos como diferencias individuales. Estas diferencias se representan por medio de medidas continuas, las cuales van desde cero hasta tres puntos o más en un continuo, lo que satisface estrictos supuestos de la distribución normal (Helzer et al., 2006).

Las diferencias entre los individuos incluyen elementos tales como el número o patrón de síntomas positivos, la gravedad de los síntomas y su coocurrencia. Si el número de síntomas es mayor así como su gravedad, mayor será el potencial de sensibilidad de un individuo para presentar un problema psicológico entre aquellos con o sin el problema, así como la sensibilidad al cambio de un individuo en el tiempo (Brown y Barlow, 2005; Helzer et al., 2006; Kraemer et al., 2004, 2007). De esta manera, esta

visión considera a la psicopatología como un continuo que va de lo normal a lo anormal, se percibe a los rasgos de conducta como dimensiones y se concibe a la normalidad y anormalidad como puntos extremos de un continuo, más que considerarlos como entidades discretas.

Además, estas dimensiones se obtienen de su índice de persistencia e intensidad (Krueger, 1999; Lacalle, 2009). Los índices de gravedad y severidad son más confiables y proporcionan una mejor cobertura de las diferentes presentaciones de los síndromes y principalmente los síntomas leves o subumbrales, los cuales fueron descuidados en el sistema categorial y pueden aportar información relevante respecto a la historia psiquiátrica del paciente y la posible presencia de una enfermedad futura (Brown y Barlow, 2005; Cassano, Rossi y Pini, 2003; Verheul, 2005).

Este índice o gradación de atributos se obtiene de la identificación y la medición de las diferencias individuales respecto a los diversos fenómenos psicológicos. Se mide y evalúa a los pacientes en cuanto a todas las dimensiones relevantes, describiendo a las personas en términos cuantitativos para obtener un perfil único de cada paciente (Mellor y Aragona, 2009), y esto permite apreciar el grado en que se manifiesta un problema. Así, algunas personas lo padecerán en mayor grado que otras, tanto respecto al número de síntomas como a su intensidad y variedad (Hernández-Guzmán et al., 2011; Widakowich, 2012). De esta manera, el clínico podrá a establecer un mejor diagnóstico, asegurar los esfuerzos de respuesta al tratamiento y la eficacia de la investigación sobre la eficacia del tratamiento (Helzer et al., 2006; Mellor y Aragona, 2009; Watson, 2005; Widiger y Samuel, 2005).

Además de considerar el índice de gravedad de las características individuales, los sistemas dimensionales no sólo registran características psicopatológicas del paciente, de acuerdo con Widiger, Livesley y Clark (2009) el enfoque también supone que la persona es más que un trastorno y que hay aspectos o características del paciente que aún son funcionales y adaptados, incluso plausibles a pesar de la presencia de disfunción. De tal forma, tales aspectos funcionales del paciente tienden a ser de gran ayuda para facilitar la adherencia terapéutica al tratamiento.

El sistema dimensional considera las dimensiones psicológicas que componen el perfil de funcionamiento de las personas, tales como la personalidad, la autoestima, las emociones, la inteligencia, las estrategias de afrontamiento, el nivel de deterioro, los antecedentes familiares, etcétera. De igual manera, esto ayuda a perder poca

información al evaluar a las personas en dimensiones psicológicas que no requieren de discontinuidades entre normalidad y anormalidad (Hernández-Guzmán et al., 2011; Krueger y Piasecki, 2002; Krueger, Watson y Barlow, 2005; Mellor y Aragona, 2009; Pinicus et al., 2005; Widakowich, 2012), y funciona mejor en la descripción de fenómenos que se distinguen en forma continua y que no tienen límites específicos (Kraemer et al., 2004). Por lo tanto, así se resuelve el problema de la comorbilidad entre las categorías diagnósticas, ya que comunica patrones observables de covariación entre estas dimensiones y reduce la inflación de categorías, poniendo más énfasis en la gravedad del trastorno y el grado de ajuste de la persona a su medio (Kupfer, 2005; Sandín et al., 2012; Watson, 2005; Widiger y Samuel, 2005).

También la investigación se beneficia. Un sistema dimensional presupone la cuantificación lineal, y el uso de datos empíricos internos para cuantificar y separar dimensiones. En contraste, las categorías funcionan como si hubiera una discontinuidad entre la normalidad y la psicopatología, el uso de esta cuantificación (ya sea en los síntomas o en deterioro o ambos) para decidir el diagnóstico presupone la necesidad de validar por criterios que son externos a los síntomas que definen, tales como los hallazgos biológicos, la respuesta al fármaco, los hallazgos genéticos, la epidemiología y el curso del trastorno, entre otros (Rutter, 2003).

Además, el sistema dimensional se ha mostrado potencialmente ventajoso para una mejor comprensión de la salud pública y los datos epidemiológicos. Los hallazgos epidemiológicos han sido consistentes en mostrar que la mayoría de las formas de trastorno mental común muestran distribuciones continuas sin punto discernible de demarcación entre la normalidad y la psicopatología. La naturaleza, al parecer sesgada, de muchas escalas puede ser un artefacto de medición (Helzer et al., 2006; Rutter, 2003).

Por último, algunos autores han denominado también a la perspectiva dimensional como *modelo del espectro*, y lo han relacionado con el concepto de *transdiagnóstico*. Generalmente se utiliza con frecuencia los conceptos de dimensión y *espectro* de manera diferente, lo que produce cierta confusión. El término de espectro se refiere a los marcadores comunes o a la patogenia presuntamente compartida y encontrada de los síntomas, signos y rasgos psicopatológicos para distintos cuadros diagnósticos, y que son agrupados en estos espectros.

Este término conlleva la noción de que los trastornos mentales poseen elementos similares: inicio precoz, cronicidad, edad de inicio, curso evolutivo, comorbilidad (con trastornos dentro y fuera del espectro), respuesta terapéutica, etiología e inexistencia de un umbral claro de diferencia entre lo normal y lo patológico (Guimón, 2007; Phillips, Price, Greenberg y Rasmussen, 2005).

La ventaja de poseer una perspectiva dimensional o de continuo es que se puede tener una imagen más completa del fenómeno, ya que abarca la amplia gama de manifestaciones de un trastorno e inclusive comprende el intervalo de comportamiento normal (Maser y Patterson, 2002). Incluso el concepto espectro también se utiliza para indicar la existencia de numerosos trastornos situados en una misma dimensión (Vallejo et al., 2002).

La perspectiva transdiagnóstica surge paralelamente al enfoque dimensional como una consecuencia de identificar factores que comparte la sintomatología, tomando como base el enfoque dimensional para definir la psicopatología. El transdiagnóstico consiste en entender los trastornos mentales, en lugar de centrarse en lo específico y diferencial de cada uno de ellos, focalizando en lo que tienen en común sobre un rango de procesos cognitivos y conductuales etiopatógenos causales que mantienen la mayor parte de los trastornos mentales (McEvoy, Nathan y Northon, 2009; Sandín et al., 2012).

El transdiagnóstico tiene bases científicas de teorías del aprendizaje, el comportamiento y la cognición, el modelo tripartito, el modelo de la triple vulnerabilidad, entre otras que hacen que se vuelva una herramienta basada en la evidencia para el tratamiento de problemas emocionales como la depresión, la ansiedad, el miedo, los trastornos alimentarios, etcétera.

1.2.2 Desafíos del enfoque dimensional

A pesar de lo virtuoso que es el enfoque dimensional, presenta distintas objeciones respecto a la utilidad clínica por su complejidad. Por ejemplo, la comunicación entre profesionales se vuelve un poco más difícil ya que los clínicos e investigadores están adaptados a un modelo internacional categórico, esto implicaría un mayor esfuerzo intensivo en el reentrenamiento de los profesionales de salud para hacer uso de este enfoque (Brown y Barlow, 2009). En los escenarios clínicos habrá que aplicar en cada caso varias medidas válidas y confiables para la población a la que pertenezca cada paciente, además de que no será tarea fácil determinar la naturaleza y el número de

dimensiones requeridas para proporcionar una representación adecuada de la psicopatología de algunas personas. Llegado el momento de tomar una decisión acerca de la admisión de un paciente a un hospital, o de administrarle o no medicamentos, habrán que contar con puntos de corte a lo largo del continuo. La asignación de puntajes, así como el cálculo de puntos de corte representan posibles obstáculos (Hernández-Guzmán et al., 2011). Por otro lado, en la investigación se requerirá de una reorganización de los instrumentos diagnósticos con los cuales se realiza la investigación ya que muchos instrumentos tienen una base en el actual sistema categórico de clasificación.

Considerando estas ventajas e inconvenientes algunos autores han asumido una perspectiva integradora de ambos enfoques, donde éstos se consideran igualmente importantes (Argold y Costelo, 2009; Kamphuis y Noordhof, 2009; Kraemer, 2007; Kraemer et al., 2004). Actualmente el sistema dimensional se ha incorporado al categorial en el desarrollo del DSM-5, se han introducido índices de severidad en las categorías diagnósticas, procurando resolver el problema de comorbilidad mediante la sustitución de perfiles de gravedad de los síntomas por medio de los trastornos de los múltiples diagnósticos actuales (Kamphuis y Noordhof, 2009). Por ejemplo, se analiza la severidad mayor o menor de los síntomas en una escala del 0 al 4, que indica *leve*, *moderado* y *severo* (Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014). Sin embargo, a pesar de la adopción del enfoque dimensional en el categórico, este último sigue teniendo inconvenientes que son importantes (Echeburúa et al., 2014; Frances, 2010; Martínez y Rico, 2013).

Por lo tanto, el desafío más grande radica en educar a los clínicos e investigadores acostumbrados a entender la psicopatología desde una perspectiva categórica, a la adopción del sistema dimensional, Esto es, la transición de un sistema de clasificación categórico a uno dimensional, que no será fácil, pero que es importante que suceda ya que el enfoque dimensional posee un sustento científico que permite la comprensión y evaluación del funcionamiento patológico y no patológico de los individuos, y orienta a la investigación con metodología más sólida sin sesgos dados por categorías arbitrarias.

En resumen, es evidente la superioridad del enfoque dimensional sobre el categórico, ya que ha mostrado una solución más válida para la evaluación y tratamiento de la psicopatología, a resuelto muchos problemas asi como limitaciones inherentes a las

categorías diagnósticas existentes. Además, brinda una imagen más completa al evaluar a una persona en distintas dimensiones, lo que permite al clínico el desarrollo de perfiles y tratamientos únicos que tienen como base las llamadas teorías del aprendizaje, las conductuales, las cognitivas, etcétera. Muestra así una explicación más válida de la psicopatología (Kamphuis y Noordhof, 2009; Krueger y Piasecki, 2002; Poland et al., 1994; Widiger y Samuel, 2005). En vista de esta circunstancia, queda clara la conveniencia de adoptar un modelo dimensional que ofrece grandes ventajas para comprender la psicopatología. En la presente investigación se adapta una postura dimensional de los trastornos afectivos, es decir, ansiedad y depresión, en poblaciones de niños y adolescentes. En el siguiente capítulo se describe con detalle uno de los modelos dimensionales que cuenta con más evidencia empírica de entre los que se ha propuesto para explicar los síntomas de ansiedad y depresión. Se reseña tal evidencia y se enfoca con especial atención a los hallazgos en población infanto-juvenil.

Capítulo 2. Afecto positivo y afecto negativo

La ansiedad y la depresión han recibido una atención considerable por su alta prevalencia en la población general (Ebesutani, Higa-McMillan, Okamura y Chorpita, 2011; Ospina-Ospina, Hinestrosa-Upegui, Paredes, Guzmán y Granados, 2011; Romero et al., 2010), el importante grado de malestar que provocan (Alvaro, Roberts y Harris, 2013; Calderero, Salazar y Caballo, 2011; Jadue, 2001; Ospina-Ospina et al., 2011; Pervanidou et al., 2013; Repetti, Taylor y Seeman, 2002; Tuesca y Navarro, 2012) y las similitudes entre éstas, que hacen difícil distinguirlas empíricamente (Watson et al., 1995). Las causas que justifican dicha problemática han sido: 1) la delimitación arbitraria de los síntomas ansiosos y depresivos, 2) límites entre las categorías que son poco claros, 3) la frecuente comorbilidad diagnóstica, 4) el traslape sustancial entre síntomas y categorías, 5) la falta de especificidad del tratamiento a partir del diagnóstico y 6) los problemas de distinción evidentes en las medidas de autoinforme.

Algunos investigadores han enfocado sus estudios en las similitudes de los trastornos de ansiedad y depresión más que en sus diferencias. Un amplio cuerpo de investigación ha mostrado que estos trastornos poseen una diátesis etiológica común, es decir, comparten componentes biológicos, genéticos y psicosociales (Barlow, 2002; Tortella-Feliu, Balle y Sensé, 2010). Esta diátesis común se ha descrito en el modelo de Barlow (2002), llamado Teoría de la triple vulnerabilidad.

De acuerdo con este autor la diátesis común entre la ansiedad y la depresión se explica por tres componentes: 1) la vulnerabilidad biológica generalizada, 2) la vulnerabilidad psicológica generalizada y 3) la vulnerabilidad psicológica específica. Esta teoría se centra en la ansiedad y en los trastornos del estado de ánimo unipolares (trastorno de depresión mayor y trastorno distímico). Sin embargo, también puede aplicarse a todo el campo de la psicopatología en donde la angustia general representa el papel fundamental (Barlow, 2002).

Vulnerabilidad biológica generalizada

Este tipo de vulnerabilidad indica las contribuciones genéticas que corresponden a una diátesis biológica para el desarrollo de la ansiedad y la angustia general. Esta vulnerabilidad suele expresarse en términos de neurosis, inhibición conductual y aprensión ansiosa (Barlow, 2002).

Desde este punto de vista, se puede heredar la tendencia a ser nervioso o a ser muy reactivo biológicamente a los cambios ambientales. Esta reactividad constituye una reactividad biológica general para desarrollar ansiedad. Barlow (2002) refiere que esta contribución genética inespecífica puede subyacer también a estados emocionales inestables en general.

Vulnerabilidad psicológica generalizada

Las experiencias tempranas de falta de control producen una vulnerabilidad psicológica que predispone a la persona a experimentar estados crónicos de angustia generalizada. La vulnerabilidad psicológica general es complementaria a la vulnerabilidad biológica general y puede desarrollarse a partir de experiencias que llevan al individuo a generar una sensación de que carece de control sobre su ambiente, lo cual podría ser el núcleo de la estructura de la ansiedad y la depresión (Barlow, 2002).

Vulnerabilidad psicológica específica

El aprendizaje se relaciona con ciertas situaciones, objetos o estados somáticos internos que son potencialmente dañinos. Éstos complementan este conjunto de vulnerabilidades para el desarrollo de la ansiedad y la depresión (Barlow, 2002).

Las experiencias de aprendizaje ocurren en su mayor parte durante la primera experiencia de vida. Muchos de estas experiencias surgen a partir de la observación que el individuo hace de los temores que sus cuidadores presentan hacia ciertos tipos de objetos o situaciones propios del contexto específico de cada persona. Este tipo de vulnerabilidad específica (pensamientos, estado somático, conducta) se relaciona con constructos de ansiedad tales como

trastorno de pánico, fobia específica, fobia social, etcétera. En comparación, las vulnerabilidades generales se relacionan con el trastorno de ansiedad general y el trastorno de depresión mayor (Barlow, 2002).

Por su parte, Harvey, Watkins, Mansell y Shafran (2004) han realizado aportaciones importantes que apoyan la similitud entre los trastornos afectivos. Estos autores aislaron catorce procesos asociados a cinco áreas: atención, memoria, razonamiento, pensamiento y conducta. Los hallazgos han indicado distintos procesos cognitivos y conductuales que subyacen a ambos trastornos tipificados, los cuales se han denominado procesos transdiagnósticos. Lo que fortalece la idea de que la ansiedad y la depresión comparten una estructura común.

Por ejemplo, las personas con ansiedad y depresión tienden a centrar su atención en estímulos significativos para ellos que representan una posible amenaza. Estos estímulos pueden ser externos (p.ej., señales de características sociales) como internos (p.ej., pensamientos y sensaciones corporales). Las personas con ansiedad tienden a hacer una detección rápida de estímulos de posible daño y una subsecuente evitación de tal información, por lo que a la vez previenen la habituación y evaluación objetiva del estímulo (Harvey et al., 2004).

Las personas con depresión tienden a presentar un sesgo atencional hacia la información negativa durante un largo periodo de tiempo. Esto puede representar una dificultad para desligar la atención de esa información negativa, por lo que puede asociarse con una reducción en la atención hacia la información positiva. De acuerdo con Havery et al. (2004), la atención selectiva a estímulos amenazantes tiende a mantener el padecimiento.

Otro ejemplo se ve reflejado en los procesos de memoria. Los estímulos en los cuales se focaliza la atención así como el esquema que se tiene del mundo influyen en la memoria. Al igual que la atención, se presenta una tendencia a recordar de forma selectiva aquella información relevante a sus preocupaciones actuales.

Una de las características comunes de los pacientes con ansiedad y/o depresión es que con mucha frecuencia tienen recuerdos intrusivos. De igual forma pueden

llegar a presentar un acceso reducido a los recuerdos de un trauma debido a la disociación o a la evitación. El daño a la memoria es característico de la disociación y puede tomar la forma de amnesia o reducción de conciencia de un evento. De acuerdo con Harvey et al. (2004), el acceso reducido a los recuerdos de un trauma sirve para mantener los trastornos por estrés postraumático.

Existe así una relación entre los trastornos de ansiedad y depresión (véase la Tabla 1). Entender esta relación proporciona una base sólida para la reestructuración de ambos síndromes, así como una mejor comprensión del funcionamiento del ser humano. Por lo tanto, la investigación se ha enfocado al desarrollo de explicaciones sobre la estructura común entre los padecimientos (Watson, 2005) e incluso ha tratado de unificar distintas categorías en una sola dimensión o en varias dimensiones que expliquen buena parte de los trastornos que sufre una persona (Brown y Barlow, 2009).

Tabla 1.

Síntomas comunes de la ansiedad y la depresión.

Depresión	Traslapo	Ansiedad
Desamparo	Anticipación de lo peor	Preocupación excesiva
Estado de ánimo deprimido	Rumia / preocupación	Tensión nerviosa y muscular
Anhedonia	Disminución de la	Estremecimiento
Falta de placer	concentración	Pesadillas
Ideación suicida	Irritabilidad	
	Hipervigilia	
	Sueño insatisfactorio	
	Llanto	
	Culpa	
	Dolor crónico	
	Fatiga	
	Problemas de memoria	
	Desesperanza	

Tomado de Arbesú, González y Torquero (2006) y Barlow (2002)

Dentro del campo de la Psicología clínica y la Psicopatología es vasta la investigación que apoya la comprensión de los trastornos mentales desde una

perspectiva dimensional. Enfoque que proporciona una nueva forma eficaz de entender y tratar los problemas psicológicos como la depresión y la ansiedad.

Desde esta perspectiva se han desarrollado aproximaciones cuantitativas de investigación para examinar la amplia gama de trastornos de ansiedad y depresión mediante el uso del modelado de ecuaciones estructurales (Mineka, Watson y Clark., 1998; Watson, 2009). Los hallazgos han indicado que ambos trastornos comparten factores o vulnerabilidades que podrían explicar el alto grado de traslapeo entre ambos padecimientos (Barlow, 2002; Clark y Watson, 1991; Watson y Tellegen, 1985). Estas conclusiones que han sido similares han surgido en dos niveles: el genotípico y el fenotípico (Mineka et al., 1998; Watson, 2005).

2.1. Modelos estructurales genotípicos

En la época de los años 80 comenzaron a realizarse estudios genéticos en los cuales se buscaba los vínculos entre la ansiedad y la depresión como respuesta a la vulnerabilidad observada en los individuos que presentaban ambos trastornos. Los hallazgos mostraban que la covariación fenotípica entre ambos trastornos se debía en gran parte a un factor genético común, el cual también se relacionaba con el neuroticismo (rasgo de personalidad que refleja diferencias individuales de malestar subjetivo e insatisfacción). Lo anterior permitió concluir que la ansiedad, la depresión y el neuroticismo podrían vincularse mediante una diátesis genética común que aparentemente representaba una vulnerabilidad subyacente, tal como responder mal a la tensión, experimentar episodios frecuentes e intensos de angustia subjetiva y afectividad negativa (Mineka et al., 1998). Posteriormente, se ha encontrado que estos hallazgos genéticos se han replicado en otros trastornos como la esquizofrenia, los trastornos de personalidad, el espectro autista, entre otros (Rutter, 2003).

Por lo tanto, los síntomas comparten vías genéticas, y que junto con la interacción de factores ambientales pueden influir en el desarrollo de la psicopatología, lo cual es un hallazgo en favor de la dimensionalidad.

2.2. Modelos estructurales fenotípicos

Paralelamente a los datos genéticos, los modelos fenotípicos cada vez han hecho más hincapié en que la depresión y la ansiedad tienen características comunes y distintivas (Mineka et al., 1998). A partir de 1969 un gran número de estudios informaron análisis correlacionales y factoriales de las escalas más destacadas de ansiedad y depresión. Los investigadores consistentemente identificaban fuertes asociaciones entre las escalas de ansiedad y depresión de niños, adolescentes y adultos de población clínica y no clínica.

Frecuentemente se encontraba que las escalas de autoinforme no medían de manera discriminante el estado de ánimo y la ansiedad. Los investigadores llegaron a la conclusión de que ambos trastornos tenían un constructo común subyacente de estado de afecto negativo general, neurotismo o angustia, con el cual se los podría medir mejor que con las medidas de ansiedad y depresión *per sé* (Clark y Watson, 1991; Watson, 2009; Watson, Clark y Carey, 1988). Además de que esta falta de discriminación causaba problemas para la investigación y sugerían poca ayuda para el diagnóstico diferencial (Watson et al., 1988).

Posteriormente, la atención se desplazó gradualmente a la comprensión de las propiedades particulares y a análisis basados en síntomas, con lo cual se encontró que ciertos tipos de síntomas de la ansiedad y la depresión en realidad mostraban una especificidad razonable, mientras que otros eran inespecíficos (Watson, 2009). Con el análisis de estos síntomas por medio de estudios ideográficos y nomotéticos se sugirió que los síntomas específicos e inespecíficos se agruparan en dos dimensiones del afecto (Sandín et al., 1999).

Así, por primera vez, en 1969 Bradburn describió en sus trabajos pioneros dos factores del afecto, Afecto positivo (AP) y Afecto negativo (AN). Ambas dimensiones del estado de ánimo se relacionaban en varios estudios con rasgos de personalidad, juicios sociales y el diagnóstico diferencial de la psicopatología, lo que arrojaba una sorprendente falta de consenso sobre la real estructura dimensional del afecto (Watson y Tellegen, 1985).

Varias líneas de investigación se desarrollaron para el estudio de la estructura del afecto. Algunos estudios que se realizaban eran el análisis de las expresiones faciales, la vocalización de emociones, las redes semánticas para diferenciar los

términos del estado de ánimo, entre otros. Sin embargo, los estudios seguían mostrando poca congruencia entre sus resultados debido a problemas metodológicos, sesgos, muestreo defectuoso, etcétera (Watson y Tellegen, 1985).

Tomando en cuenta tal situación, en 1985, Watson y Tellegen llevaron a cabo un reanálisis, cuyo objetivo era aclarar las dimensiones dominantes de la autopercepción del estado del ánimo, y utilizaron por primera vez para el estudio de estas variables el análisis factorial (AF). La conclusión a la que llegaron fue que el AP y el AN aparecen consistentemente como la estructura básica del afecto, y representan de la mitad a tres cuartas partes de la varianza común (Padrós, Soria-Mas y Navarro, 2012; Sandín et al., 1999).

El afecto positivo (AP) se describe como una dimensión de implicación placentera que incluye todos los estados afectivos con valencia positiva. Esto es, personas con alto AP experimentan con facilidad un alto grado de entusiasmo por la vida, sentimientos de satisfacción, amor, gusto, energía, amistad, concentración, unión, afirmación, confianza, placer, etcétera. Mientras que personas con bajo AP experimentan tristeza, letargo, fatiga, melancolía, desinterés, aburrimiento, desánimo, arrepentimiento, soledad, etcétera.

Por su parte, el afecto negativo (AN) se refiere a una dimensión general de angustia subjetiva que incluye todos los estados afectivos de alta excitación y con valencia negativa, los cuales, en términos generales, reflejan la desconexión con los estados placenteros. Así, personas con un alto AN experimentan sentimientos como molestia, desagrado, miedo, asco, ira, desprecio, aversión, culpa, temor, irritabilidad, insatisfacción, actitudes negativas, pesimismo y pensamientos negativos hacia sí mismo o hacia los demás. Mientras que personas con bajo AN experimentan un estado de calma, serenidad, satisfacción, sociabilidad y energía (González, Herrero, Viña, Ibañes y Peñate, 2004; Padrós et al., 2012; Robles y Páez, 2003; Sandín, 1999; Sansinenea, Gil de Montes, Aguirrezabal y Garaigordobil, 2010; Watson, 2005; Watson et al., 1995; Watson et al., 1998).

De acuerdo con sus hallazgos, Watson y Tellegen (1985) propusieron que ambos factores constituían dos dimensiones ortogonales, esto es, que no necesariamente correlacionan y que bajos niveles de afecto negativo no reflejan, ni son el opuesto de, un índice alto de afecto positivo y viceversa (Watson y Clark, 1984; Watson, Clark y Tellegen, 1988; Watson y Tellegen, 1985). Además, caracterizaron a estas dos dimensiones como “descriptivamente bipolares, pero afectivamente unipolares”, para enfatizar que solamente el polo más alto de cada dimensión representa un estado de alto afecto, siendo el polo bajo de cada factor un reflejo de ausencia relativa de implicación afectiva (Sandín et al., 1999). Desde este modelo podrían reconocerse personas que frecuentemente experimentan estados afectivos positivos y rara vez negativos (las personas típicamente felices), o a la inversa (personas infelices). También predice la existencia de personas que experimentan bajos niveles de ambos tipos de afecto (personas con afecto aplanado) así como la existencia de personas que experimentan frecuentemente niveles elevados de afecto positivo y negativo (Padrós et al., 2012).

En la conceptualización del AP y el AN, se los ha considerado como uno de los principales pilares para una diferenciación conceptual entre la ansiedad y la depresión (Sandín et al., 1999; Watson et al., 1995), y debido al traslapo entre sus síntomas, se ha considerado que ambas oscilan dentro del mismo continuo (Agudelo, Spielberg, et al., 2007; Clark y Watson, 1991). De acuerdo con los hallazgos informados por Tellegen (1985), el AN general constituye el aspecto común a la ansiedad y la depresión, y es el responsable del traslapo entre ambos (Watson et al., 1988,1995). Por lo tanto, en este modelo de dos factores se representa un factor inespecífico común a la ansiedad y la depresión, es decir el AN. Mientras que el AP es el factor específico responsable del mantenimiento y desarrollo de la depresión (Watson et al., 1995). Aunado a lo anterior, los hallazgos sugieren que la falta de experiencia placentera, es decir, la anhedonia es especialmente importante en la depresión, ya que puede ser un factor crítico para la distinción diagnóstica entre la depresión y la ansiedad (Clark y Watson, 1991; Watson et al., 1995; Watson et al., 1988; Watson, 2005).

Este patrón diferencial se ha replicado en un amplio número de estudios. Por ejemplo, Watson et al. (1988) encontraron que el AN ha correlacionado con la mayoría de los síntomas de ansiedad y depresión, mientras que la ausencia de AP ha correlacionado más fuertemente con los síntomas depresivos.

Clark y Watson (1991) realizaron una amplia revisión de las medidas de ansiedad y depresión en población clínica y no clínica, e hicieron una extensión del modelo bifactorial. Agregaron un segundo factor específico para la ansiedad, denominado Hiperactivación fisiológica (HF), el cual se caracteriza por manifestaciones de tensión y activación somática como respiración entrecortada, vértigos, mareos, boca seca, temblores, etcétera. La HF se refiere a los síntomas fisiológicos de la ansiedad, que ya se presentaban como marcadores en la dimensión de AN, pero no se les consideraba (Anderson y Hope, 2008; González et al., 2004; Watson y Tellegen, 1985, Watson et al., 1995). En resumen, el modelo consiste en un factor general (de vulnerabilidad general hacia todos los trastornos emocionales) y dos factores específicos, uno de trastornos de ansiedad, esto es la HF, y otro de trastornos depresivos, esto es el AP. A este modelo lo llamaron el Modelo tripartito de la ansiedad y la depresión (Sandín et al., 2012). Estos autores propusieron que las personas con patrones particulares de temperamento de estas dimensiones están predispuestas a desarrollar trastornos de ansiedad y depresión. Por ejemplo, individuos con un alto AN y bajo AP están predispuestos a desarrollar sintomatología depresiva, e individuos con alto AN y alta HF tienen mayor riesgo a desarrollar sintomatología ansiosa. En los casos comórbidos los individuos presentarían alto AN, alta HF y bajo AP (Shankman y Klein, 2003).

El modelo Tripartito de la Ansiedad y la Depresión ha recibido apoyo de varios estudios que han mostrado la fiabilidad de los constructos de AP y AN en investigaciones culturales (Watson, 2005). Sin embargo, la acumulación de datos también ha manifestado una limitación fundamental del modelo debido a que al sesgo que representa la heterogeneidad sustancial entre los trastornos de ansiedad tipificados (Watson, Gamez y Simms, 2005). Esto es, la HF no es un predictor de la ansiedad como propone el Modelo tripartito, sino que aparece como un predictor de los trastornos de pánico, como se verá más adelante. Se

ha evaluado la validez concurrente de HF y se han encontrado que las correlaciones con medidas de ansiedad, principalmente, son de bajas a moderadas, de .16 hasta .37, lo cual cuestiona la existencia del constructo y con ello sí es capaz de explicar a la ansiedad (Anderson y Hope, 2008; Bolle de, Fruyt de, 2010; Día, Harrington y Silverman, 2010; Gaylord-Harden et al, 2011). Incluso se ha hallado que la HF se relaciona también con la depresión tanto en niños como en adultos (Brown, Chorpita, y Barlow, 1998; Chorpita y Daleiden, 2002; Jacques y Marsh, 2004). Asimismo, Watson (2005) considera que otra limitación del modelo es que el AP bajo no sólo corresponde a la depresión, sino que también se relaciona con la fobia social (Brown et al., 1998; Chorpita, Plummer y Moffitt, 2000; Shankman y Klein, 2003).

Debido a estas limitaciones, Barlow y sus colegas en 1996 desarrollaron un modelo paralelo también de tres factores haciendo modificaciones del modelo de Clark y Watson (1991). El equipo de Barlow ha hecho hincapié en que la ansiedad y la depresión son fundamentalmente trastornos de la emoción y los relacionan con los procesos asociados con las tres emociones básicas de ansiedad, miedo y depresión. A nivel de los síntomas, Barlow y sus colegas han argumentado que: 1) el malestar general y el AN son manifestaciones de la ansiedad, 2) la HF es una expresión de miedo y pánico, y 3) anhedonia, bajo AP y desesperanza son indicadores de depresión (Mineka et al., 1998; Watson, 2009).

A pesar de la evidencia obtenida hasta ese momento, estos modelos por desgracia no estaban bien desarrollados ya que se basaban en conceptos poco precisos y genéricos sesgados por la conceptualización categórica de la ansiedad y la depresión. Al tomar como referente a las categorías arbitrarias los modelos se tornaron problemáticos haciendo evidente que los trastornos basados en un modelo categórico en realidad son bastante heterogéneos y subsumen una diversa gama de síntomas (Watson, 2005, 2009).

La heterogeneidad de los trastornos tipificados tenía dos implicaciones cruciales para los modelos de ecuaciones estructurales (MEE): 1) los datos indicaban que los individuos con síntomas de ansiedad que cumplían los criterios del DSM también presentaban síntomas de depresión y algunos síndromes mostraban

mayor traslapo con otros, y 2) la evidencia acumulada establecía que un sólo factor era insuficiente para capturar la diversidad de síntomas subsumidos dentro de los trastornos tipificados. De hecho, Brown et al. (1998) encontraron que la excitación ansiosa no era generalmente característica de los trastornos de ansiedad, sino que representaba un elemento específico del trastorno de pánico. Estos acontecimientos estimularon el desarrollo de investigación en la que la atención se centró en el análisis de los trastornos recurriendo al análisis factorial (Watson, 2009).

Es importante recordar que en un sistema dimensional los síntomas deben distribuirse a lo largo de un continuo, que se extienda de lo normal a lo patológico a medida que aumenta la intensidad de los fenómenos psicológicos que se mida (Mellor y Aragona, 2009). Esto permitiría determinar empíricamente la coocurrencia de los síntomas al brindar puntuaciones estadísticas del grado en que se presentan y relacionan (Esbec y Echeburúa, 2011; Krueger y Piasecki, 2002).

Para evaluar los sistemas dimensionales se han echado mano de métodos estadísticos multivariados y psicométricos, como el análisis factorial (exploratorio o confirmatorio) o el análisis de conglomerados (Krueger y Piasecki, 2002). Análisis capaz de estudiar las relaciones que existen entre dos tipos de variables: a) aquellas observables que son medibles de modo objetivo (p.ej., edad, sexo, grado escolar) o subjetivo (p.ej., actitudes, percepciones, etc.), y b) aquellas no observables (latentes o factoriales) que corresponden a conceptos teóricos cuantificables, como un constructo a partir de algunas variables observables o indicadores (Silva y Schiattino, 2008).

El análisis factorial confirmatorio (AFC) es un procedimiento de análisis encuadrado en los modelos de ecuaciones estructurales. Su propósito se centra en analizar las relaciones entre un conjunto de variables y explicar estas variables en términos de sus dimensiones subyacentes comunes. Dicho análisis se representa en factores, que se organizan jerárquicamente y es posible identificar dos tipos de factores: factores de primer orden o inferior y factores de segundo orden o superior (Arias, 2008; Sandín et al., 2012).

Los conceptos que se componen de diversas dimensiones se denominan factores de orden superior o de segundo orden y sus dimensiones se denominan factores de orden inferior o primer orden. Los factores de orden superior representan conceptos teóricos más amplios y generales, mientras que los factores de orden menor representan características básicas y específicas del constructo general. A su vez, estos factores de primer orden poseen indicadores que se caracterizan por ser variables observables y continuas (véase la Figura 1). Algunos ejemplos pueden ser las puntuaciones obtenidas por un individuo en diversas escalas de una prueba, o los síntomas de un determinado trastorno mental en un sistema diagnóstico (Edwards, 2001).

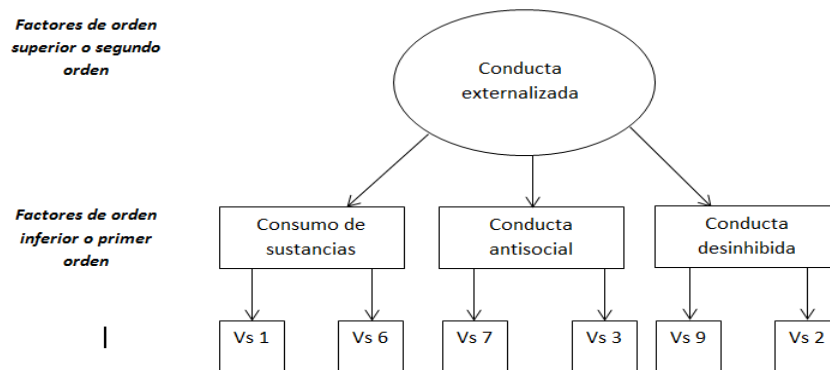


Figura 1. Estructura de un modelo jerárquico para problemas externalizados

Así, utilizando el AFC, algunos investigadores han extraído factores de orden inferior altamente correlacionados con la ansiedad y la depresión, lo que ha dado lugar a una dimensión de orden superior de angustia general o afecto negativo (Mineka et al., 1998).

Por ejemplo, Brown et al. (1997, como se citó en Mineka et al., 1998) mostraron un modelo de dos factores de orden superior, el AP y el AN, donde éste último tendía a ser inespecífico. El tercer componente, obtenido del Modelo tripartito, HF, surgía como un factor específico de orden inferior. Posteriormente, Barlow et al. (1998, como se citó en Mineka et al., 1998) desarrollaron un modelo jerárquico de los trastornos de ansiedad en el cual argumentaban que cada uno de los trastornos de ansiedad contiene un componente compartido que

representa un factor de orden superior general de angustia /afecto negativo en un esquema jerárquico de dos niveles (Watson, 2009).

En consecuencia, el factor de orden superior, afecto negativo, no sólo es un componente común de la ansiedad, sino que se comparte con la depresión. Además del componente compartido, cada uno de los trastornos de ansiedad tipificados contiene un componente específico único que lo distingue de todos los demás (Mineka et al., 1998). Este punto de vista lo apoyan los hallazgos de Brown et al. (1998), respecto a que la excitación ansiosa representaba un elemento específico del trastorno de pánico.

Por su parte, Mineka et al. (1998) propusieron un modelo jerárquico más preciso y completo que consiste en la integración del Modelo tripartito de Clark y Watson (1991) con el Modelo jerárquico de los trastornos de ansiedad de Barlow et al. (1998). En este Modelo jerárquico integrador se consideraba que cada trastorno tipificado individual contiene tanto un componente común como un componente único. El componente compartido representa grandes diferencias individuales de angustia general y AN que al igual que en los modelos anteriores, es un factor de orden superior, común para la ansiedad y la depresión, y el responsable del traslapo entre ambos. Además, cada una incluye un componente único que lo hace diferente de los demás trastornos. Por ejemplo, la anhedonia, el desinterés y la ausencia de AP comprenden el componente único para la depresión. Los trastornos de ansiedad tipificados (trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de ansiedad generalizada y fobia) también tienen componentes exclusivos diferenciables del AN, incluso la excitación ansiosa o HF ya no se ve como una característica amplia de los trastornos de ansiedad, en su lugar asume un papel más limitado como elemento específico del trastorno de pánico (Mineka et al., 1998; Watson, 2005, 2009). Este argumento sostiene que los trastornos de ansiedad no deberían representar una entidad homogénea (Shankman y Klein, 2003).

Al respecto, Brown et al. (1997, como se citó en Mineka et al., 1998) han considerado que los componentes específicos deben tomarse con cautela. La especificidad debe verse desde un punto de vista relativo y no absoluto, ya que es poco probable que cualquier grupo de síntomas aparezcan en una sola

categoría. Por ejemplo, la anhedonia y el AP bajo no sólo se limitan a la depresión, sino que quizás en un menor grado se presenten en la esquizofrenia, la fobia social y otros trastornos (Mineka et al., 1998).

Por último, Mineka et al. (1998) incorporaron un componente explícito cuantitativo en este esquema integrador. El equipo de Mineka, a partir del análisis de varios estudios, indicaron que el tamaño de estos componentes generales y específicos difiere marcadamente entre los trastornos. Específicamente, la ansiedad y la depresión ambas están cargadas de angustia, la cual contiene una enorme cantidad de varianza explicada, lo que contrasta con la mayoría de los otros trastornos que contienen un componente más modesto de AN no específico (Watson, 2009; Watson, Gamez et al., 2005). Por ejemplo, las personas con ansiedad experimentan un marcado malestar subjetivo, pero esta angustia tiende a concentrarse en: a) situaciones específicas (p.ej., fobia social), b) episodios temporalmente discretos (p.ej., trastorno de pánico) y c) evitación conductual (p.ej., fobia específica).

De lo anterior se desprende que el AN se identifica como una dimensión general que subyace a toda la psicopatología (Tortella-Feiu et al., 2010), y que el tamaño o la carga de estas dos dimensiones difiere notablemente entre los trastornos tipificados. A pesar de que el modelo jerárquico integrador explica el traslapo entre la ansiedad y la depresión por tener fuertes cargas de AN, situación que es fuertemente apoyado por la literatura, Watson (2009) indica el problema surge cuando se trata de explicar la coocurrencia de los síndromes (p. ej., fobia social, fobia específica, el trastorno bipolar, etcétera) que poseen cargas débiles de AN (Watson, 2005, 2009).

Para solucionar este problema, recientemente estas dimensiones han sufrido modificaciones e incluso se han propuesto dimensiones adicionales no específicas para así tener un mejor entendimiento de los problemas afectivos (Watson, 2009). Watson (2005) propuso una reorganización cuantitativa del DSM IV en los trastornos del estado del ánimo y la ansiedad. En este nuevo modelo cuantitativo jerárquico se propone una súperclase general de síntomas internalizados que subsume a la ansiedad y la depresión, con la posible excepción del trastorno obsesivo compulsivo. La clasificación de éste es

complicada debido a la heterogeneidad de sus síntomas, la cual, en el DSM 5 se entiende como el espectro obsesivo compulsivo (Watson, O'Hara y Stuart, 2008).

La superclase de síntomas internalizados se divide en tres subclases correlacionadas. De acuerdo con Watson et al. (2008) la primera subclase consiste en los trastornos que define consistentemente el factor de ansiedad-sufrimiento (depresión mayor, trastorno distímico, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de estrés postraumático), por lo que los llamaron trastornos de angustia para enfatizar que todos ellos implican la experiencia de malestar subjetivo generalizado y contienen un gran componente inespecífico de AN (Watson, 2005).

La segunda subclase consiste en los trastornos que define el factor miedo (trastorno de pánico, agorafobia, fobia social y específica). Por último, para la tercer subclase sugirió tentativamente a los trastornos bipolares, los sugirió tentativamente porque en sus estudios la trastornos bipolares presentaron marcadores débiles de las otras subclases, intuyendo que éste podría ser otra dimensión. Watson (2005) también se dio a la tarea de analizar los síntomas externalizados, denominándolos como otra dimensión (dependencia al alcohol, abuso de sustancias, conducta antisocial y trastornos de conducta).

Más recientemente, Watson (2009) ha propuesto otro modelo cuatripartito que incorpora al Modelo jerárquico cuantitativo (Watson, 2005), los elementos generales y específicos del Modelo tripartito (Clark y Watson, 1991): AN, AP y HF, y el Modelo jerárquico de integración (Mineka et al., 1998). Retoma que la especificidad de los síntomas debe considerarse en términos relativos y no absolutos, así como que la carga de AN difiere de trastorno a trastorno.

El modelo se estructura sobre la base de dos elementos cuatripartitos: el nivel de especificidad y la magnitud de angustia general. Claramente ambas propiedades de los síntomas no son independientes una de la otra. Lo más notable del modelo cuatripartito es que los síntomas muy saturados con AN, como ansiedad y depresión, han mostrado poca o ninguna especificidad (Watson, 2009). El modelo se basa en el principio de que los síntomas se pueden agrupar en estas dos dimensiones cuatripartitas, resultando un esquema con

una organización de 2x2 que produce cuatro tipos de síntomas (Sandín et al., 2012; Watson, 2009): 1) síntomas altos de angustia con limitada especificidad, 2) síntomas altos de angustia con mayor especificidad, 3) síntomas bajos de angustia con mayor especificidad y 4) síntomas bajos de angustia con limitada especificidad.

En resumen, los resultados de los modelos revisados fundamentan que la separación categórica de los trastornos del estado de ánimo y los de ansiedad no ha sido adecuada, y los síntomas implicados se comportan de manera continua. Hasta el aquí se ha demostrado la importancia clínica del AP y el AN para la comprensión de la psicopatología. Por lo que a continuación se profundizará en la evidencia empírica del afecto positivo y el afecto negativo.

2.3. Afecto negativo

Como se ha observado durante la revisión del modelo bidimensional, el AN da a notar su importancia por ser un constructo robusto y general para toda la psicopatología. Al ser un constructo general, el AN ha llegado a traslaparse con otros constructos que son similares por su base subjetiva. No obstante, es importante hacer una adecuada revisión para tener una definición consistente del AN. Los constructos de los cuales se ha tratado de diferenciar el AN son el neuroticismo, la inestabilidad afectiva (o labilidad afectiva) y la desregulación emocional.

El neuroticismo, de acuerdo con Miller y Pilkonis (2006), se ha definido como una tendencia a experimentar, dentro de una amplia gama de situaciones, diversos estados afectivos negativos, como depresión, ira, ansiedad o vergüenza. Watson y Clark (1984) consideraron que AN es un término más adecuado ya que la neurosis se muestra multifacética, esto es, que la neurosis tiene varias dimensiones que contribuyen a su desarrollo, como ansiedad, depresión, baja autoestima, tristeza, etcétera, las cuales se ven de manera separada dentro del neuroticismo (Schmidt et al., s.f.). En contraste, el AN es una dimensión más unitaria, es decir, a pesar de que existan muchos indicadores como baja autoestima, depresión o ansiedad, éstos no son dimensiones fuera de la dimensión AN, sino que son elementos que están dentro de la misma dimensión,

las cuales tienden a traslaparse dentro del AN. Al respecto, Miller y Pilkonis (2006), han considerado que el constructo de neurosis, aunque es evidente que es válido y útil, no proporciona una imagen completa de la forma en la que el estado de ánimo o afecto puede ser problemático en el funcionamiento cotidiano. Además, en esta área el término de neurosis no es adecuado por ser un término con matriz psicoanalítico, siendo el AN más adecuado porque tiene mayor precisión y refleja un patrón más general de los datos, de modo que captura plenamente la disposición subyacente (Watson y Clark, 1984).

Por su parte, el término inestabilidad o labilidad afectiva, no ha recibido atención como un constructo unificado, pues regularmente se ha estudiado como parte de otros trastornos, como el trastorno límite de la personalidad. Se trata de una serie de cogniciones y conductas en las que el individuo se altera fácilmente y reacciona de forma impulsiva y carente de control. Se relaciona con los síntomas externalizados. La diferencia con el AN es que se ha examinado como parte de síndromes clínicos más amplios y se relaciona con los síntomas internalizados (Miller y Pilkonis, 2006).

Por último, la falta de regulación emocional o desregulación también se ha llegado a confundir con el AN. Sin embargo, la regulación emocional es un proceso que tiene como propósito manejar las respuestas emocionales y los estados emocionales (Gross, 2002), y el AN no es un proceso que intente alterar el estado de la emoción, sino que se trata de la continuidad en que aparecen o se expresan los estados emocionales negativos.

Por lo tanto, es importante considerar que el AN se refiere a la experiencia subjetiva de las emociones y no se debe a los procesos asociados. La experiencia afectiva sólo se refiere a la frecuencia y magnitud en la que las personas experimentan estados emocionales negativos, y a que estos procesos o mecanismos conscientes o no conscientes cumplen la función de disminuir el AN y propiciar estados positivos o viceversa, por ejemplo la regulación emocional (Tortella-Feliu et al., 2010; Westen, Muderrisoglu, Fowler, Shedler y Koren, 1997).

2.3.1 Relación del AN con otros constructos

El AN, como previamente se mencionó, es un constructo que tiene como base la experiencia subjetiva, es decir, se enfatiza cómo se siente la persona consigo misma, cómo percibe su mundo y la eficacia con que puede manejarse en realidad en ese mundo. Por lo que sin importar la situación a la que estén expuestos, los individuos con alto AN tienden a reaccionar de manera poco funcional. Los hallazgos han informado que el AN, gracias al desarrollo de la investigación en la línea de la afectividad, se ha relacionado con otros constructos que vale la pena mencionar.

Autoconcepto

El AN se ha considerado como una disposición dimensional del estado del ánimo. Esto refleja las diferencias generales en la emocionalidad negativa y el autoconcepto. Por lo que algunos individuos tienden a ser más angustiados, molestos con efectos más negativos hacia ellos mismos y hacia los demás, mientras que otros bajos en esta dimensión son relativamente contenidos, seguros y satisfechos con ellos mismos (Chico y Ferrando, 2008; Watson y Clark, 1984).

Conductas sociales

El afecto negativo se ha asociado positivamente con conductas agresivas y negativamente con conductas de competencia social y prosociales, ya que los estados negativos promueven una mayor focalización de sí mismo que de los demás, lo que permite predecir menores niveles de conducta prosocial (Pérez y Garaigordobil, 2004).

Ajuste emocional y autoestima

También se ha encontrado que el AN, en particular los estados altos, se relacionan con la desadaptación y la capacidad de recuperación, componentes necesarios para el ajuste emocional. Este último se relaciona íntimamente con la autoestima y la satisfacción con la vida. El AN se ha relacionado con las diferencias en la autoestima de una persona y la satisfacción con la vida de uno mismo, reflejándose en las puntuaciones de autoinforme. Los que tienen un mayor AN tienen una autoevaluación menos favorable, muestran menos extroversión, lo cual se relaciona con atributos de amabilidad y asertividad, y tienden a insistir en magnificar errores, frustraciones, decepciones y amenazas.

En contraste, personas con una adecuada autoestima, que son capaces de componer las experiencias fuera de su mente, es decir, personas con un bajo AN, son capaces de sentirse mejor acerca de ellas mismas y la vida en general, lo que se considera una experiencia saludable (Watson y Clark, 1984).

La satisfacción con la vida se ha considerado como un elemento cognitivo del nivel de satisfacción personal que un individuo tiene sobre la vida que ha vivido hasta ese momento (Pelechano, Peñate, Ramírez y Díaz, 2005). Pelechano et al. (2005) encontraron en una muestra adolescente de 11 a 15 años que los componentes del AN (p.ej., cansado, triste, etcétera) correlacionaba negativamente con satisfacción de vida ($r=-.37, p=.01$). Consistentemente, Chico y Ferrando (2008) encontraron que el AN es un predictor de la baja satisfacción con la vida y el desarrollo de los síntomas depresivos.

Procesos cognitivos y estilos explicativos

De acuerdo con la teoría cognitiva, el aspecto central de la adaptación y la sobrevivencia del humano es la habilidad para procesar información y formar representaciones mentales de sí mismo y de su entorno, lo cual establece como actividad principal del procesamiento la asignación de significado (Clark y Beck, 1997). Por lo tanto, enfatiza que la cognición media las conductas y las emociones, y concibe la cognición en tres niveles: los esquemas (nivel más profundo), las creencias intermedias (suposiciones, reglas y actitudes organizadas alrededor de los esquemas) y los pensamientos automáticos (producto cognitivo del procesamiento de la información, nivel consciente y preconscious).

Los pensamientos automáticos se dividen en dos: pensamientos automáticos positivos y pensamientos automáticos negativos. Respecto a los negativos, se ha encontrado que personas con un alto AN tienden a generar pensamientos con alto contenido catastrófico, absolutista, no acertado, autoderrotista y generalmente irrealista. Son pensamientos que llevan a consecuencias autodestructivas que interfieren en forma significativa con la sobrevivencia y la felicidad del individuo. Además, se relacionan íntimamente con estados intensos como depresión, ansiedad e ira (Gómez-Maquet, 2007; Tortella-Feliu et al., 2010). Por ejemplo, Gómez-Maquet (2007) en un estudio con adolescentes de

12 y 16 años informó que las adolescentes se caracterizan mejor a nivel cognitivo por mayor presencia de pensamientos automáticos negativos, a nivel emocional por niveles más altos de afecto negativo y mayor presencia de sintomatología depresiva, en comparación con los hombres.

Por su parte, los estilos explicativos o atribucionales negativos se definen como una tendencia relativa a explicar situaciones negativas o fracasos mediante causas internas (causas autoatribuidas), estables (causas que se mantienen a lo largo del tiempo) y globales (causas que afectan a diferentes áreas de la vida). De acuerdo con los hallazgos de investigación, se ha demostrado que personas con un estilo explicativo negativo tienden a presentar más sintomatología depresiva y ansiosa cuando se enfrentan a situaciones problemáticas. Así, un estilo atribucional negativo pudiera constituir un factor de vulnerabilidad general para el desarrollo de malestar psicológico o emociones negativas (San Juan, Pérez-García, Rueda y Ruiz, 2008). Por ejemplo San Juan et al. en una muestra de mujeres de 17 a 60 años encontraron relaciones positivas y significativas entre el estilo atribucional negativo, la ansiedad y la depresión, y el AN, concluyendo que este estilo explicativo se asocia con el malestar subjetivo.

Estilos de afrontamiento y estrés

Respeto a los estilos de afrontamiento, Watson y Clark (1984) han mencionado que el AN desempeña un papel central en éstos. De acuerdo con Folkman y Tedlie (2000), la importancia del AN se da en términos de motivación y su efecto atencional. El AN se centra en la atención sobre los problemas en cuestión y se asocia con formas evolutivamente específicas de adaptación (p.ej., la ira exige el impulso de ataque, el miedo exige el impulso de huida). De este modo, las personas con altas tasas de AN son más propensas a emplear estrategias de afrontamiento desadaptadas, como la descarga emocional, el escape, la rumia (Folkman y Tedlie, 2000) o posponer los eventos aversivos aunque esto provoque mayores complicaciones a largo plazo (Salters-Pedneault y Diller, 2013). Por ejemplo, Gaylord-Harden et al., (2011) realizaron un estudio con adolescentes afroamericanos en el cual midieron situaciones estresantes y conductas de afrontamiento como moderadores de la depresión y la ansiedad. Encontraron que ante eventos estresores específicos, la ansiedad y la depresión se pueden diferenciar. Los estresores que se relacionaban únicamente con la

ansiedad se explicaban en términos de discriminación racial y violencia escolar. Mientras que aquellos estresores característicos de la depresión fueron las relaciones con familiares y pares. Las estrategias de afrontamiento (afrontamiento activo bajo, evitación conductual, evitación y distracción cognitiva, y búsqueda de apoyo social) sólo se relacionaron con la depresión.

Asimismo, se ha informado que las personas con AN tienden a ser más propensas a desarrollar enfermedades médicas (p.ej., artritis reumatoide, problemas respiratorios, diabetes, cáncer, problemas cardiovasculares, disminución en el sistema inmunológico, VIH, entre otras). Del mismo modo, las estrategias de afrontamiento que implican comportamientos autolesivos con un alto AN (p.ej., beber alcohol, consumir drogas recreativas, o tener sexo de alto riesgo como una forma de reducir el estrés) pueden tener efectos indirectos en la salud, por ejemplo la función cognitiva deteriorada por el consumo de sustancias (Billings, Folkman, Acree y Moskowitz, 2000).

En resumen, el aumento de los niveles de AN se asocia a una peor salud (Billings et al., 2000). Incluso, el AN se ha considerado como un factor de riesgo ya que se ha relacionado con rasgos de estrés “psicosomático” (Moral de la Rubia, 2011; Tortella-Feliu, 2010). De acuerdo con Billings et al. (2000), el AN es importante en la vía psicofisiológica entre el afrontamiento y la salud. Por medio de estudios neurológicos se ha localizado las vías responsables, éstas son el sistema simpático medular-adrenérgico y eje hipotalámico-pituitario-adrenérgico-cortical, los cuales ocasionan los problemas de salud antes mencionados.

Toda la evidencia anterior muestra que el AN es una dimensión global que se considera relacionada con las distintas dimensiones psicológicas de los individuos y que desempeña un papel clave en éstas hacia el desarrollo de la psicopatología. Asimismo, el AP, que se revisará a continuación, es elemento también de esta ecuación.

2.4. Afecto positivo

En décadas anteriores los psicólogos sólo centraban su atención en el tratamiento de la psicopatología, donde se considera a las personas como seres imperfectos y frágiles, víctimas de entornos crueles o de una mala genética (Park, Peterson y Sun, et al., 2013). Este enfoque se debió, como se ha visto, a una miopía conducida por el predominio del modelo médico, el cual resulta perjudicial para la comprensión de la totalidad de los fenómenos psicológicos. El énfasis en la anomalía trajo como resultado un modelo del ser humano pobre en explicaciones acerca de cuáles aspectos de la vida humana hacen de ella una experiencia digna de ser vivida, sobre los aspectos positivos de la personalidad y las relaciones sociales (Liberalesso, 2002).

En la actualidad la Psicología ha dado un giro en el entendimiento de los fenómenos psicológicos al considerar ahora las emociones positivas como parte del funcionamiento humano. El AP ha cobrado una importancia cada vez mayor en la comprensión de los procesos de recuperación y sanación física y psicológica de las personas (Pressman y Cohen, 2005), e incluso se le ha considerado, en el reciente movimiento de la Psicología positiva propuesto por Seligman, como parte del bienestar subjetivo. De la misma forma que en el AN, la experiencia subjetiva y la percepción que tienen las personas sobre su existencia se consideran la base de las emociones positivas (Park et al., 2013; Pelechano et al., 2005).

Los estudios empíricos informaron sobre relaciones del AP con el bienestar psicológico o emocional, la satisfacción con la vida, la salud física, los rasgos de extroversión, las relaciones sociales, los estilos de afrontamiento, el estrés y las cogniciones positivas (Folkman y Tedlie, 2000; Liberalesso, 2002; Park et al., 2013; Pelechano et al., 2005).

Estas relaciones han ocasionado que se atribuya al AP un valor adaptativo y evolutivo, y se le considere un factor de protección y un elemento crítico para el florecimiento de la salud mental (Anderson y Hope, 2008; Crawford, Schrock y Woodruff-Borden, 2010; Fredrickson y Losada, 2005; Moral de la Rubia, 2011;

Pressman y Cohen, 2005; Tortella-Feliu et al., 2010). En esta sección se hará una breve revisión del AP y sus relaciones con estos constructos.

Bienestar subjetivo

El bienestar subjetivo se refiere al cómo y porqué las personas experimentan su vida de manera positiva. Se ha hallado que este constructo se relaciona con conceptos tales como satisfacción con la vida, felicidad, moral y AP; como parte de un concepto más amplio que es la calidad de vida (Liberalesso, 2002). La investigación ha mostrado la existencia de relaciones positivas entre el bienestar subjetivo y el AP haciendo énfasis en las experiencias positivas o predisposiciones emocionales placenteras (Casas, Rosich y Alsinet, 2000; Liberalesso, 2002).

Satisfacción con la vida

La satisfacción con la vida, que como se discutió en relación con el AN, se refiere a un elemento cognitivo del bienestar emocional. Se ha considerado que la satisfacción con la vida debe acompañarse de afectividad positiva, tal como una percepción de vida con pleno sentido e incluso con valoración positiva (Liberalesso, 2002; Pelechano et al., 2005). Por ejemplo, Pelechano et al. (2005) encontraron que la satisfacción vital se relaciona positiva y significativamente con la emocionalidad positiva en adolescentes, considerándose los componentes de activación tales como alegría y alerta. En contraste con el AN, se ha observado que las relaciones de la satisfacción con el AP, a pesar de ser positivas, tienden a disminuir a lo largo del tiempo. Esta situación se torna alarmante porque indica que al pasar de la pubertad a la adolescencia el individuo tiende a experimentar menos expresión positiva y, por tanto, menos satisfacción con la vida. Finalmente, se ha hallado que la relación entre satisfacción con la vida y AP conducen a mayores éxitos académicos y profesionales, buenas relaciones y mejor salud física y mental (Lyubomirsky, King y Diener, 2005).

Cognición

Las investigaciones neuropsicológicas han sugerido que el AP ejerce una influencia benéfica sobre la cognición. Específicamente, el AP aumenta la consolidación de la memoria a largo plazo, la memoria de trabajo, la creatividad

y la resolución de problemas, potencialmente por medio de un aumento de los niveles de dopamina en cerebro (Ashby, Isen y Turken, 1999).

Asimismo, se ha encontrado que las personas con emociones positivas generan pensamientos positivos que tienden a ser expectativas globales de que ocurrirán más cosas buenas que malas (Park et al., 2013). El pensamiento positivo tiene numerosos beneficios. Por ejemplo, Peterson et al. (2001) encontró que el pensamiento positivo se asocia con un mejor estado del ánimo, mayor satisfacción con la vida, éxito, salud y una vida más larga. Además, este tipo de pensamiento tiende a disminuir el riesgo de experimentar accidentes traumáticos (Peterson et al., 2001).

Las investigaciones han revelado que el AP protege de los efectos debilitantes de los eventos negativos, ya que se asocia con una resolución activa de los problemas. El pensamiento positivo implica un replanteamiento positivo, así como actitudes positivas que pueden motivar a participar en una acción constructiva. Cuando las personas piensan que les ocurrirán cosas buenas, son más propensas a esforzarse porque sienten que lo que hagan marcará la diferencia en el logro de un buen resultado (Park et al., 2013).

Afrontamiento y estrés

Fredrickson (1998) en su modelo teórico de la influencia del AP sobre el bienestar ha propuesto que la experiencia de las emociones positivas deshace los efectos negativos de las emociones negativas sobre la salud al generar espacios de recuperación del estrés. Aunque se conoce ampliamente que el AN coocurre con el estrés, la evidencia sugiere que el AP coocurre también con el estrés. De hecho, se ha mostrado que el AP puede ayudar en la regulación de la emoción, ya que de acuerdo con Fredrickson (1998) el AP amplía el foco de atención del individuo y el repertorio de la conducta. Por lo tanto, el AP puede interrumpir el circuito de la rumia y evitar con ello el desarrollo de la depresión, de modo que tiene así efectos protectores (Folkman y Tedlie, 2000).

Se ha encontrado que el AP se relaciona con la valoración de la resolución de un encuentro estresante como favorable y exitoso, encaminado al desarrollo de emociones de felicidad y orgullo (Folkman y Tedlie, 2000). De hecho, las personas que experimentan regularmente AP exhiben una mayor capacidad de

recuperación ante la adversidad, esto es, que las personas son capaces de compensar las emociones negativas con emociones positivas, con lo que construyen nuevos recursos (Folkman y Tedlie, 2000).

Tomando en cuenta estos hallazgos, Folkman y Tedlie (2000) han sugerido que el AP tiene funciones adaptativas significativas en el proceso de afrontamiento. Incluso han propuesto tres estrategias para afrontar el estrés con el AP: la reevaluación positiva, el afrontamiento centrado en el problema y la infusión de eventos ordinarios con significado positivo. El uso de estas estrategias ayuda a entender porqué la gente no se enferma cuando se expone a situaciones de estrés. Por lo tanto, estas diferencias individuales se vinculan con los procesos que las personas utilizan para manejar el estrés (Billings et al., 2000).

Salud física

Los datos han sugerido que el AP tiene efectos amortiguadores sobre la salud. Por ejemplo, Fredrickson, Mancuso, Branigan y Tugade (2000) han demostrado que el AP influye en la velocidad recuperación de secuelas cardiovasculares que produce el AN. Además, altera la asimetría del cerebro frontal, reduce los accidentes cerebrovasculares (Ostir, Markides, Peek y Goodwin, 2001), aumenta el sistema inmune (Davidson et al., 2003), y disminuye infecciones en adultos sanos (Cohen et al., 2003). Otros estudios han sugerido que el AP ayuda a disminuir las tasas elevadas de cortisol que el evento estresante provoca y a reducir las respuestas inflamatorias al estrés, como dolores musculares (Steptoe, Wardle y Marmot, 2005). Finalmente, los datos han sugerido que el AP es un predictor de la expectativa de vida la gente, ya que éste puede afectar la longevidad (Fredrickson y Losada, 2005) y la morbilidad de la enfermedad (Ostir et al., 2001).

Relaciones sociales

Finalmente, uno de los hallazgos más importantes ha sido que las relaciones con otras personas (amigos, familiares y compañeros de trabajo) son un factor que contribuye a la buena vida psicológica. Los aspectos que muestran correlaciones más fuertes con la felicidad son de naturaleza social: la extraversión, el apoyo social, el trabajo, las actividades de ocio, etcétera (Park et al., 2013). Las investigaciones en el área de la Psicología positiva han arrojado que construir

buenas relaciones ayuda a mejorar el estado de ánimo de una persona. Por ejemplo, responder a buenas noticias transmitidas de una manera activa, es decir, con elementos del AP como entusiasmo, compromiso, puede ser signo de una buena relación interpersonal (Gable, Reis, Impett y Asher, 2004).

En resumen, de igual manera que el AN, el AP es una dimensión clave para el desarrollo del bienestar psicológico del individuo, pues cumple un papel de factor protector del desarrollo de la psicopatología que debería considerarse al realizar intervenciones. Por otra parte, aunque no haya duda de la existencia de relaciones recíprocas entre los constructos revisados y el AP, no se puede afirmar que las experiencias de felicidad, bienestar, satisfacción o calidad de vida excluyen los estados emocionales negativos. La experiencia empírica muestra una mezcla de AP con AN, los cuales dan un colorido especial a la vida emocional y a la vida en relación con otros (Diener y Larsen, 1996, como se citó en Liberalesso, 2002). Esta mezcla implica en el desarrollo de un individuo desde su nacimiento. Como se verá, las funciones de cada afecto tendrán un valor en el bienestar emocional.

2.5. Afecto negativo y positivo en el bienestar emocional de niños y adolescentes

Los hallazgos de investigación indican que el AN es un ingrediente importante relacionado con el desarrollo de la psicopatología, ingrediente que se muestra, generalmente, desde las primeras experiencias tempranas de vida. La investigación sostiene que la familia influye en el desarrollo socioafectivo del infante, y que los valores, modelos, normas, roles, habilidades sociales, de resolución de conflicto y la regulación emocional se aprenden durante el periodo de la infancia (Cuervo, 2010).

Los estilos de crianza positivos o negativos de los padres fungen como un factor de protección o de riesgo para el ajuste emocional de los niños y el desarrollo de problemas de salud mental (Cuervo, 2010; Long, Gurka y Blackman, 2008; Maughan, Cicchetti, Toth y Rogosch, 2007; Newcomb, Mineka, Zinbarg y Griffith, 2007).

Rohner (2001) considera que las prácticas parentales se ubican en un continuo, lo que sugiere una dimensión bipolar de la calidez de los padres. Así, uno de los polos se refiere a la crianza negativa, es decir, el rechazo, el castigo, la ausencia, la retirada, etcétera. El otro polo es la crianza positiva, que tiene que ver con conductas de aceptación, afectos positivos de amor, atención, comodidad y apoyo en la crianza.

Las prácticas de crianza basadas en rechazo (ira, negligencia, abuso verbal), hostilidad, castigo corporal, falta de calidez y apoyo se ha considerado que se ligan estrechamente con el AN. Estas prácticas se asocian con los déficits del procesamiento de la emoción y del ajuste psicológico y emocional de los niños y adolescentes (Baker y Hoerger, 2012; Barber, Stolz y Olsen, 2005; Buckholdt, Parra y Jobe-Shields, 2009; Crawford et al., 2010; Eisenberg, Spinrad y Eggum, 2010; Mammen, Kolko y Pilkonis, 2002; Ramírez, 2002).

De acuerdo con Maccoby y Martin (1983), los niños aprenden la expresión de respuestas afectivas con sus padres por medio de la repetición de comportamientos afectivos o con el coincidir de los afectos con una persona cercana. Estas repeticiones, a su vez, se convierten en condiciones para que los niños consigan respuestas emocionales empáticas condicionadas. Por ejemplo, Kochanska (1997) demostró empíricamente que los niños con madres que expresan AP responden a sus madres y/o los otros de una manera similar positiva. Esto indica que a edades tempranas la madre y el niño se influyen recíprocamente para la experiencia de emociones positivas. Contrariamente, Carson y Parke (1996) demostraron que con padres que tienen con frecuencia AN con sus hijos, los niños tenderán a mostrar respuestas negativas. Consistentemente, Eisenberg et al. (1999) encontraron que las relaciones negativas de los padres se relacionan con conductas externalizadas de sus hijos como hostilidad, irritabilidad e ira.

Por lo tanto, estos datos indican que los niños con padres que no poseen habilidades eficientes para regular sus emociones tienden a presentar un inadecuado ajuste emocional y a tener menos posibilidades de adaptarse a su medio ambiente y aprender a regular eficazmente sus propios estados emocionales, ya que tienen una deficiencia en el procesamiento y

reconocimiento de emociones. Por lo tanto, las consecuencias suelen ser devastadoras: ansiedad, depresión, problemas de conducta, problemas de atención, baja autoestima, autoconcepto disminuido, conducta agresiva, aislamiento, quejas somáticas, bajo rendimiento académico, rechazo de los compañeros, habilidades sociales deficientes, delincuencia, consumo de sustancias, entre otras (Baker y Hoerger, 2012; Cournoyer, Sethi y Cordero, 2005; Gámez-Guadix, Straus, Carrobes, Muñoz-Rivas y Almendros, 2010; Kim, Conger, Lorenz y Elder, 2001; Paulussen-Hoogeboom, Stams, Hermanns, Peetsma y Van den Wittenboer, 2008; Smith, 2006).

Asimismo, se ha considerado que las características de los cuidadores, tales como las expectativas que tienen los padres sobre sus hijos, los cambios en la organización de la familia, la salud mental, la reactividad de los padres, los rasgos genéticos y las situaciones estresantes ambientales (p.ej., problemas en el matrimonio, dificultades financieras, estrés en el trabajo) pueden afectar negativamente la crianza y por lo tanto convertirse en un factor de riesgo para el bienestar emocional de niños y adolescentes (Crawford et al., 2010; Cuervo, 2012; Kim et al., 2001; Ramírez, 2007).

La crianza positiva se ha vinculado con el bienestar físico y mental, ya que promueve la autorregulación en los niños y adolescentes (Tortella-Feliu et al., 2010). Los niños que han demostrado una mejor regulación emocional y afrontamiento se han adaptado mejor a situaciones estresoras, pues muestran menores niveles de síntomas internalizados (Crawford et al., 2010). Por ejemplo, Johnson, Cohen, Chen, Kasen y Brook (2006) han informado que los padres que transmiten afectos positivos impiden a corto y largo plazos la aparición de síntomas graves en sus hijos.

El apoyo que los padres u otros agentes proporcionan, conceptualizado como asistencia emocional e instrumental, promueve el bienestar, el autoestima y el desarrollo cognitivo y predice la interacción social proactiva en la juventud (Baber et al., 2005; Carlo, Crockett, Randall y Roesch, 2007; Collins y Steinberg, 2005). Además, se ha demostrado que el apoyo de los padres a sus hijos funge como un factor de protección al evitar el desarrollo de la depresión (Stice, Ragan y Randall, 2004).

Finamente, se ha documentado en estudios longitudinales que los padres que expresan AN y falta de AP en su relación con sus hijos influirán en la prontitud con la que sus hijos también expresen AN en la adolescencia y la adultez temprana (Conger, Cui, Bryanty y Elder, 2000; Crawford et al., 2010; Paley, Conger y Harold, 2000). Por ejemplo, Kim et al. (2001) han encontrado que el AN que comparten los padres y los hijos describe un aumento lineal significativo y que la tasa de aumento del AN tiende a disminuir en la adolescencia tardía pero no alcanza niveles bajos como se habían mostrado durante la adolescencia temprana. Además, la tendencia de las relaciones entre padres e hijos se replicaba en la etapa adulta en las relaciones sociales con los otros, principalmente en las relaciones amorosas. Sin embargo, estos autores han advertido que estos datos deben tratarse con cautela, ya que existen variables que influyen en el mantenimiento del AN a lo largo de la adolescencia.

En resumen, a largo de este capítulo se han analizado los distintos modelos dimensionales que han tratado de explicar la diátesis común entre los trastornos afectivos, con lo que se ha encontrado que las dimensiones básicas son el AP y el AN, y que éste último es un factor que comparte la gama amplia de la sintomatología psicopatológica. Además, se ha mostrado evidencia empírica de que el AP y el AN no sólo se comportan como sumarios descriptivos de las variaciones del estado del ánimo, sino que más bien son el reflejo de los procesos fundamentales del funcionamiento humano (p.ej., la autoestima, el autoconcepto, la satisfacción con la vida, la regulación emocional, los estilos de afrontamiento, etcétera). Así también se ha señalado su importancia en las prácticas parentales para el desarrollo socioafectivo de niños y adolescentes.

Por lo tanto, es importante considerar a estas dos dimensiones como claves para el desarrollo del bienestar emocional o el desarrollo de la psicopatología. Por ello, es indispensable medir y evaluar ambas dimensiones. En el siguiente capítulo se describirá con detalle uno de los instrumentos que más se ha utilizado para evaluar ambas dimensiones, es decir, la Escala del afecto positivo y negativo, PANAS (por sus siglas en inglés, Positive and Negative Affect Schedule), desarrollada por Watson, Clark y Tellegen (1988).

Capítulo 3. Adaptación y validez de instrumentos

3.1 Constructos teóricos

En Psicología frecuentemente se estudian constructos. Un constructo es una abstracción de la observación de conductas o variables observadas (Kerlinger, 1998). De acuerdo con Nunnally (2009), en la medida en que una variable se vuelve cada vez más abstracta y no concreta se dice que es un constructo, en el sentido de que es algo que el científico representa en su imaginación, algo que no existe como una dimensión aislada y observable de la conducta. Este constructo representa una hipótesis en la que se correlaciona una diversidad de conductas.

Los constructos son explicaciones teóricas que representan la característica fundamental de toda teoría científica, es decir, forman parte de teorías psicológicas y precisan de indicadores observables para su estudio. No es posible medir la mayoría de los constructos psicológicos directamente, ya que las características psicológicas son intangibles, con excepción de algunas medidas psicofisiológicas, por ejemplo, los umbrales de sonido o audición (Lemos, 2013). El proceso que permite establecer un puente entre los constructos teóricos y los indicadores es la operacionalización u operativización, cuya explicación en ocasiones suele ser bastante limitada (Reguant y Martínez-Olmo, 2014).

3.2 Operacionalización de constructos teóricos

De acuerdo con Reguant y Martínez-Olmo (2014) la operacionalización es la definición conceptual y operacional de los constructos, es un proceso lógico de desagregación de elementos más abstractos –constructos teóricos- hasta llegar a un nivel más concreto, los hechos producidos en la realidad y que representan indicios del constructo, pero que podemos observar, recoger, valorar, es decir sus indicadores. Consistentemente, Kerlinger (1985) menciona que la operacionalización consiste en la transformación de los constructos y proposiciones teóricas en variables concretas. Se maneja el constructo a nivel

empírico, encontrando elementos concretos, indicadores o las operaciones que permitan medir el constructo en cuestión (Grajales, 1996).

3.2.1 Procedimiento de la operacionalización de constructos

La operacionalización se ubica como las primeras fases de la investigación y es un proceso que requiere varias revisiones debido a que se profundiza en el tema, se incorporan nuevos enfoques sobre la realidad en estudio y se van depurando tanto los constructos teóricos como los correlatos empíricos que permitan recoger evidencia del fenómeno (Reguant y Martínez-Olmo, 2014).

El primer paso es definir el constructo teórico y una vez definido lo más complejos se desglosarán en dimensiones (áreas o aspectos específicos). Las dimensiones son definidas como los aspectos o facetas de una variable compleja (p. ej., las dimensiones de la inteligencia: inteligencia verbal, inteligencia manual e inteligencia social). La formulación de las dimensiones depende de cómo se defina desde un inicio el constructo (Abreu, 2012). Posteriormente las dimensiones se definirán operacionalmente en variables.

Las variables se refieren a atributos, propiedades o características de las unidades de estudio, que pueden adoptar distintos valores o categorías. El término define que debe presentar niveles de variabilidad y debe llevarse de un nivel conceptual (abstracto) a un nivel operativo (concreto), que debe ser observable y medible. Las variables se derivan de la unidad de análisis y están contenidas en las hipótesis y en el planteamiento del problema de la investigación (Abreu, 2012).

Para llevar a cabo su operacionalización las variables (definición operacional), esto es los procedimientos y criterios para su definición, se desglosan en indicadores o correlatos empíricos de cada variable. Estos identificadores permiten identificar las características o propiedades de las variables. Así las variables simples se pueden operacionalizar con un sólo indicador, mientras que las variables complejas requieren de un conjunto de indicadores (Abreu, 2012).

Los indicadores traducen a las variables del plano conceptual al plano empírico en conceptos mesurables, variables empíricas, observables y medibles. Asimismo estos indicadores tienen expresiones matemáticas que se respaldan

con la estadística, la epidemiología y la economía. Se presentan como razones, proporciones, tasas e índices. Permiten hacer mediciones a las variables y así comprobar las hipótesis de la investigación. Algunos ejemplos de indicadores: indicadores económicos son el peso mexicano, el kilogramo de café, la onza de oro, etc. Como indicadores de pobreza están las migraciones, los desplazados, el desempleo, los asentamientos suburbanos, etcétera (Abreu, 2012).

La elección de los indicadores de una variable - dimensión depende obviamente, del marco referencial con el que se está trabajando y de una serie de decisiones referidas a las posibilidades técnicas de medición e interpretación.

Reguart y Martínez-Olmo (2014) sugieren que los indicadores deben cumplir con los siguientes criterios para representar las propiedades latentes de un constructo y así ser válidos:

1. Claro: preciso e inequívoco.
2. Relevante: apropiado al tema en cuestión.
3. Económico: disponible a un costo razonable.
4. Medible: abierto a validación independiente.
5. Adecuado: ofrece una base suficiente para calcular el desempeño.

Los indicadores pueden materializarse en distintas formas, esto dependerá fundamentalmente de la técnica y los instrumentos elegidos para la recogida de la información, los cuales a su vez obedecen a los propios indicadores. La finalidad de materializar los indicadores será comprobar empíricamente que resulten adecuados para reflejar el constructo de referencia (Nunnally, 2009), cumpliendo los criterios antes señalados.

3.2.2 Importancia de la operacionalización

La operacionalización de constructos debe considerarse un procedimiento importante en la validación de los mismos, ya que permite, por una parte, la elaboración de los instrumentos de medida, convirtiendo los indicadores en ítems o elementos de observación. Además este procedimiento también permite hallar las condiciones para determinar el nivel de medición de las variables y las técnicas estadísticas apropiadas para el análisis de datos y la prueba de las hipótesis.

Por lo tanto, dos aspectos vitales de la investigación en la ciencia es la operacionalización y con ello la elaboración de medidas de dichos constructos, su medición y el descubrimiento de relaciones funcionales entre las medidas de diferentes constructos (Nunnally, 2009), tal como se ha revisado con el afecto positivo (AP) y el afecto negativo (AN).

A lo largo del presente trabajo se ha mostrado evidencia empírica que indica la relevancia de la evaluación de ambas dimensiones. Para poder llevar a cabo dicha evaluación ha sido necesario desarrollar o adaptar instrumentos de medición que brinden una aproximación a dichos constructos teóricos (Carretero-Dios y Pérez, 2005). En el presente capítulo se hará una revisión general de la adaptación y validación de instrumentos y se concluirá con la Escala de afecto positivo y negativo, PANAS (por sus siglas en inglés, Positive and Negative Affect Schedule; Watson, Clark y Tellegen, 1988), la cual ha demostrado ser adecuada para la medición de ambas dimensiones.

3.3. ¿Qué es un instrumento de medición?

Antes de abordar los temas de la adaptación y la validación se debe definir el medio por el cual se miden los constructos teóricos. Un instrumento es una herramienta utilizada para recolectar información que ayuda a la medición (González, 2007). Según Anastasi (1988), es un procedimiento de medida objetiva y estandarizada de una muestra de comportamientos. De acuerdo con esta definición, las características fundamentales que deben reunir los instrumentos o las medidas psicológicas son: objetividad, estandarización y muestra de comportamientos.

- **Objetividad:** Hace referencia a la sustitución del juicio personal basado en criterios subjetivos por un conjunto de normas determinadas que permitan obtener e interpretar las puntuaciones de los individuos en igualdad de condiciones.
- **Estandarización:** Las puntuaciones obtenidas dependen de un procedimiento establecido de administración, corrección e interpretación que las hacen, o las deberían hacer, invariantes del profesional que

administra los instrumentos, las condiciones específicas en que lo hace y el modo en que obtiene e interpreta las puntuaciones.

- Muestra de comportamientos: En la medida en que esta muestra sea representativa del conjunto, las puntuaciones obtenidas permitirán a los profesionales establecer adecuadamente inferencias sobre el comportamiento general de la persona, más allá de los elementos específicos evaluados mediante el instrumento.

3.4. Adaptación y validación de instrumentos en culturas distintas a la original

Gran parte de la investigación en Psicología clínica y de la salud se ha centrado en la construcción, adaptación y validación de instrumentos psicológicos (Carretero-Dios y Pérez, 2005). Sin ellos, no sería posible investigar los fenómenos psicológicos. De éstos, la mayoría de los instrumentos de evaluación psicopatológica que se emplean habitualmente se han desarrollado inicialmente en otro idioma y se los ha creado para aplicarse en otro ámbito sociocultural (Gaité, Ramírez, Herrera y Vázquez-Barquero, 1997). Por ello cada vez más se busca adaptar y validar instrumentos que se puedan utilizar en la práctica clínica y la investigación que garanticen su calidad en la medición y que sean accesibles culturalmente en distintos idiomas, lo que facilitará la comparación de resultados obtenidos con el mismo instrumento, y esto a su vez llevará al desarrollo de estudios transculturales (Carvajal, Centeno, Watson, Martínez y Sanz, 2011).

3.4.1. Adaptación de instrumentos

Se ha considerado la *adaptación* como un proceso mucho más complejo que la mera traducción de un instrumento a un idioma diferente. Una adaptación implica considerar no sólo las palabras utilizadas al traducir la prueba de una cultura a otra, sino también que las características psicométricas sean adecuadas puesto que no se puede suponer que una escala validada en el país de origen sea igualmente fiable después de la traducción y adaptación (Gaité et al., 1997). También es necesario considerar las variables culturales involucradas (Balluerka, Gorostiaga, Alonso-Arbiol y Haranburu, 2007; Carretero-Dios y Pérez, 2005; Mikulic, s.f.).

Por lo tanto, adaptar es partir de la conceptualización original del constructo y repetir de nuevo todos los pasos necesarios para que el instrumento se adapte adecuadamente al entorno, asegurando que la prueba presente las necesarias garantías psicométricas (Carretero-Dios y Pérez, 2005).

Finalmente, adaptar un instrumento implica varias ventajas. Por ejemplo, es menos costoso tomar instrumentos que ya han mostrado ciertas garantías científicas en el entorno en el que se los creó, y que éstas puedan extrapolarse a otro contexto cultural. Además, el adaptador obtiene la precisión de la estructura de la prueba en su país, lo que resulta en la delimitación conceptual del constructo en las distintas culturas (Carretero-Dios y Pérez, 2005).

Niveles de la adaptación

De acuerdo con Vijver y Leung (1997, como se citó en Mikulic, s.f.), existen tres niveles de adaptación de las pruebas psicológicas. El primero es la simple traducción de una prueba de un idioma a otro. Pareciera que este método supone la equivalencia del constructo, sin embargo, la sola traducción de la prueba no indica ningún nivel de equivalencia. En la mayoría de las ocasiones la mera traducción no refleja necesariamente el constructo ni la relevancia cultural para el nuevo entorno, y se corre el riesgo de no estar midiendo lo que se pretendía (Carretero-Dios y Pérez, 2005). Por lo tanto, una traducción rápida e inadecuada se traduce en resultados falsos, y da un paso atrás en el proceso de la investigación.

El segundo nivel es la adaptación. En este caso, a la traducción se la transforma, agrega o subtrae algunos ítems de la escala original. En ocasiones los ítems pueden cambiar su significado entre las culturas y, por lo tanto, necesitan modificaciones o eliminaciones. Así mismo, se puede agregar ítems que no existen en la versión original del instrumento para representar mejor el constructo en la población en la cual se administrará la nueva versión (Mikulic, s.f.).

Finalmente, el tercer nivel es el ensamble que puede emerger al momento de adaptar un instrumento de evaluación psicológica. En este caso se ha modificado el instrumento original tan profundamente que para la práctica se ha transformado en un nuevo instrumento original con nuevos elementos. Esto ocurre cuando muchos de los ítems del instrumento original son evidentemente inadecuados

para representar el constructo a medir en la cultura a la que se requiere adaptar la prueba (Mikulic, s.f.).

Procedimiento para la adaptación

a) Traducción y aspectos culturales

La traducción constituye un primer paso para obtener una nueva versión de un instrumento y es un elemento clave para conseguir una equivalencia con la versión original. Sin embargo, antes de abordar el proceso de traducción de un instrumento se debe tener en cuenta las diferencias entre la cultura en la que se desarrolló el instrumento y aquella en la que se quiere utilizar la nueva versión, valorando en primer lugar si son comparables entre ellas (Gaité et al., 1997).

Santorius y Kuyken (como se citó en Gaité et al., 1997) consideran cuatro posibles aproximaciones al plantear la traducción de un instrumento de un idioma a otro. 1) Etnocéntrica, se refiere a la traducción a otro idioma sin tener en cuenta si el instrumento se adecúa a dicho idioma. 2) Pragmática, busca determinar aquellos aspectos que puedan compartir las dos culturas, y se traduce exclusivamente éstos. Esta opción se toma sólo cuando se considera que existe un solapamiento entre las dos culturas. 3) Aspectos universales y específicos de las culturas, consiste en determinar aspectos comunes de ambas culturas y traducirlos. Posteriormente se buscan aquellos que son específicos de la cultura a la que se traduciera el instrumento con el fin de adaptarlos de manera que puedan valorarse. 4) Reinterpretación, en el caso de que dos culturas no compartan aspectos comunes, se vuelve imposible la traducción del instrumento, así que para obtener la nueva versión es necesario desarrollar de nuevo todos los ítems interpretando o reinterpretando sus conceptos.

b) Equivalencia de las versiones

Cada vez que se lleva a cabo una traducción de un instrumento es necesario conseguir que la versión original y la traducida sean equivalentes (Carvajal et al., 2011). De acuerdo con Santorius y Kuyken (como se citó en Gaité et al., 1997), existen tres niveles de equivalencia para llevar a cabo una adecuada adaptación idiomática o cultural:

- ✚ Equivalencia técnica: se refiere a la estructura general de la escala y de cada uno de los ítems, al modo en que se plantean las preguntas, a la similitud en los rasgos técnicos del lenguaje (gramática y sintaxis), al grado de complejidad según el nivel sociocultural, a la longitud y grado de abstracción de las preguntas, al número de rangos de respuesta por ítem, etc.
- ✚ Equivalencia semántica: supone la existencia de una correspondencia lingüística a nivel de palabras y expresiones entre las dos versiones.
- ✚ Equivalencia conceptual: consiste en lograr que el mismo concepto subyazca en el mismo ítem o pregunta en ambos instrumentos. No basta sólo tener una equivalencia semántica, ya que no asegura la equivalencia conceptual, puesto que en muchas ocasiones el mismo término o expresión presenta sentidos diferentes en función del idioma o la cultura.

En cualquier traducción es importante lograr estos tres tipos de equivalencia, lo cual se puede garantizar hoy en día mediante el empleo de las nuevas estrategias de traducción y adaptación transcultural desarrolladas. No hay que perder de vista, sin embargo, que el principal objetivo de estas estrategias es obtener un equivalente cultural del instrumento, de manera que a lo largo de todo el proceso de traducción será necesario tener en cuenta no sólo el equivalente literal de una palabra o expresión, sino también cuál es el concepto o sentido que el autor original ha querido aplicar en el instrumento. Muchas veces no es posible lograr una igualdad perfecta y simultánea de las dos versiones en los tres niveles vistos anteriormente.

c) Características de un buen traductor

Para Gaité et al. (1997) el traductor es un elemento clave para asegurar la calidad de la traducción. No basta que un individuo domine un idioma o pertenezca a un grupo idiomático concreto para que se le pueda considerar un traductor cualificado, puesto que es preciso que además reúna una serie de características relacionadas con su conocimiento e inmersión en los dos idiomas/culturas, y también un conocimiento del área objeto de la traducción. Según estos autores, las características que debe dominar un buen traductor son: a) Dominar ambos idiomas, y especialmente aquél al que se traduce el

instrumento, ya que existe una mayor facilidad de percibir el exacto sentido o concepto de las palabras, b) Haber vivido varios años inmerso en cada una de las dos culturas, esto es conocer bien el idioma para utilizar el término que es más adecuado al mismo concepto en los dos idiomas, c) Ser capaz de emplear ambos idiomas de manera fluida para tener una buena expresión de ideas, sentimientos, aptitudes, etcétera, d) Tener un adecuado conocimiento y familiaridad con el proceso y objetivos de este tipo de técnicas de traducción, e) Poseer suficiente conocimiento de la naturaleza y objetivos del instrumento y de las áreas en que ha de utilizarse, siendo este requisito especialmente relevante en determinados momentos del proceso de traducción, f) Estar familiarizado con el área de trabajo en la cual se desarrolla el instrumento (p.ej., salud mental).

d) Métodos de la traducción

Existen distintos métodos empleados al momento de traducir un cuestionario a otro idioma, los cuales se muestran a continuación:

Traducción simple: un solo traductor realiza la traducción del instrumento. Tiene como ventajas su simplicidad, bajo coste, y requerir poco tiempo para su realización. Sin embargo, tiende a ser una traducción fundamentalmente literal, en la que es difícil satisfacer los criterios de adaptación y validez, precisos para que el instrumento alcance un adecuado nivel de adaptación y aplicabilidad transcultural. Además, al intervenir una sola persona, toda la traducción depende de la capacidad y conocimientos que sobre el idioma y medio cultural posea un individuo, con lo cual se limitan las posibilidades de controlar posibles errores o sesgos de información.

Traducción en grupo: es similar a la anterior, aunque en este caso dos o más personas bilingües se encargan de traducir el cuestionario por separado. Posteriormente trabajarán en común las dos versiones discutiendo las diferencias y obteniendo una versión consensuada. Es importante tener en cuenta al desarrollar esta técnica las circunstancias socioculturales de los traductores. Si éstas son similares, es de esperar una gran coincidencia en la visión conceptual del instrumento, lo que limita así la posibilidad de ofrecer traducciones alternativas y puede afectar la calidad final de la traducción.

Traducción-retrotraducción o traducción doble: consiste en una primera traducción del instrumento al nuevo idioma por una persona bilingüe. Posteriormente esta versión se traduce de nuevo al idioma original por otro individuo bilingüe distinto. De esta manera se obtienen dos versiones del instrumento en el idioma original que se compararán entre sí, habitualmente por un tercer individuo, buscando diferencias o incongruencias en las palabras, expresiones y conceptos que lo componen. Si estas incongruencias son importantes, se consulta con los traductores que hicieron la traducción y la retrotraducción a fin de lograr un acuerdo entre ellos.

Traducción descentralizada: es una variante de la técnica de traducción-retrotraducción, en la que se tiene la peculiaridad de que la versión traducida tiene tanta importancia como la original, de manera que la primera pueda influir en ésta en caso de que se descubran conceptos mal expresados en la versión original. A partir de las modificaciones sucesivas tanto en la versión original como en la traducida se obtienen dos cuestionarios conceptualmente equivalentes.

Traducción multifásica interactiva: esta estrategia tiene como base teórica de partida el método de traducción-retrotraducción. Este método permite obtener una versión del cuestionario más estructurada, fiable y culturalmente adecuada. Además, la OMS ha adoptado esta técnica en la elaboración de instrumentos (Gaité et al., 1997). Consta, esencialmente, de las siguientes fases:

1. Traducción del instrumento original al idioma diana por parte de dos o más traductores.
2. La versión traducida se revisa y discute por un grupo de expertos bilingües que componen de tres a seis personas con experiencia y pericia en el tema que se aborda en el instrumento. Su misión es buscar posibles incoherencias entre la versión original y la traducción, e identificar aspectos que puedan ocasionar dificultades de comprensión en la población a la que se dirige el instrumento.
3. Después, un grupo de monolingües (los cuales no deben estar familiarizados con el instrumento original, sino representar a la población a la cual se aplicará) dirigido por un bilingüe discute la versión corregida y traducida por el grupo bilingüe, y valora la comprensión y adecuación

de los términos y expresiones utilizadas. La nueva versión vuelve al grupo bilingüe quienes revisan los datos aportados por el grupo monolingüe. Este grupo valora si los comentarios encajan con el sentido de la versión original, tras lo cual aceptan e incorporan posibles modificaciones. Con este proceso interactivo se pretende valorar y obtener los tres tipos de equivalencia deseados: técnica, semántica y conceptual.

4. Una vez que se obtiene la versión satisfactoria del instrumento, se emprende la retrotraducción del cuestionario. El proceso es similar al que se lleva a cabo en la traducción inicial. Deben realizarla traductores que no hayan participado en la primera traducción, y por supuesto, que no conozcan la versión original.
5. Por último tiene lugar la revisión por un grupo de bilingües tanto de las dos versiones del instrumento en el idioma original como de la obtenida en la retrotraducción. En esta fase se determina la exactitud y la equivalencia de ambas versiones, y por lo tanto del proceso de traducción. Si son equivalentes, el instrumento puede aceptarse para su utilización en la población.

e) Fase piloto

La traducción adecuada es fundamental en el proceso de adaptación del instrumento. Sin embargo, no asegura completamente que se obtenga de la traducción una equivalencia conceptual, donde el constructo que se pretende medir en el instrumento se mantenga inalterado en los dos idiomas. Por lo tanto es necesario comprobar dicha equivalencia conceptual, cultural e idiomática (Gaité et al., 1997).

El piloteo consiste en aplicar el instrumento a grupos diferentes a aquellos con los que los investigadores lo desarrollaron. Se debe considerar el tipo de población a emplear en este proceso: a) población general representativa de la población de estudio, o b) individuos representativos de sectores relacionados con el contenido del instrumento, por ejemplo, profesionales, familiares, pacientes, etcétera (Gaité et al., 1997).

Una vez obtenida la muestra, se pedirá a los participantes, individualmente, su opinión acerca de lo que entienden en cada uno de los ítems del instrumento, así como que describan las dificultades que encuentren en la comprensión y cumplimentación del mismo. Se comparan, posteriormente, sus comentarios en cada ítem con el concepto que inicialmente quería dar el autor del instrumento original. De esta manera se detectan posibles discrepancias que podrían deberse al proceso de traducción.

Fuentes de error al adaptar una prueba

Finalmente, Mikulic (s.f.) sugiere que existen algunas fuentes de error al adaptar un instrumento de una cultura a otra. Son cuatro las áreas implicadas al elaborar un instrumento donde se pueden tomar decisiones erróneas: el contexto, la construcción y adaptación, la aplicación y la interpretación de las puntuaciones.

Contexto: se refiere al ámbito sociocultural al que pertenecen las personas a las que se aplicará el instrumento. La mayoría de los constructos utilizados en Psicología son altamente dependientes de los aspectos culturales. Por tanto, lo primero de lo que hay que cerciorarse es que el constructo a evaluar sea equiparable en ambas culturas. Si no se da esa equivalencia razonable, carece de sentido la adaptación, y si a pesar de ello se hace, se estarán midiendo constructos distintos en cada cultura.

Hay que aportar datos empíricos de la equivalencia, para lo cual pueden llevarse a cabo estudios sobre el terreno por equipos de personas multiculturales y multilingües para evitar un sesgo etnocéntrico. Si existen datos acerca de la equivalencia de los constructos, puede pasarse a la fase de la adaptación propiamente dicha, en la que se medirá las conductas concretas para evaluar el constructo.

Construcción y adaptación de la prueba: la filosofía general que ha de guiar la adaptación es que el instrumento mida el mismo constructo de la misma forma, pero ajustándose a las peculiaridades de la nueva población. Naturalmente esto no resulta nada fácil. La primera decisión difícil es la selección de los traductores. Es fundamental que los traductores no sólo conozcan ambos idiomas, sino que estén familiarizados también con ambas culturas. En numerosas situaciones hay que cambiar los ítems casi completamente, y eso sólo se puede hacer desde un

conocimiento profundo de la cultura objetivo del nuevo ítem. Es también necesario que los traductores tengan cierto conocimiento de la tecnología para la construcción de instrumentos, y de la materia a traducir, para lo cual han de recibir algún tipo de formación. Si no disponen de esos conocimientos, tienden a traducir literalmente, lo cual obviamente no siempre es lo más adecuado.

Aplicación: la forma en la que se aplica un instrumento influye en sus propiedades psicométricas, tales como su fiabilidad y validez. Las relaciones de los aplicadores con las personas a las que se aplica el instrumento (rapport), la forma de dar las instrucciones de la prueba, y en general las interacciones aplicador-examinado deben cuidarse al máximo. Lo que se espera para una buena aplicación es que los aplicadores, a) se elijan entre personas de la población a la que se aplica el instrumento, b) estén familiarizados con los distintos matices de la cultura de que se trate, c) tengan experiencia y aptitudes para la aplicación de instrumentos, y d) conozcan la importancia de seguir al pie de la letra los procedimientos reglados para la aplicación de los instrumentos. Deben programarse sesiones de entrenamiento riguroso para los aplicadores.

Interpretación: en general, interpretar los resultados de cualquier prueba requiere un psicólogo especialista en el área del instrumento y con la formación psicométrica apropiada. Esto sigue siendo válido cuando el instrumento proviene de una adaptación. Para interpretar las puntuaciones, el psicólogo debe disponer de una documentación exhaustiva acerca de cómo se llevó a cabo el proceso de adaptación y de la explicación teórica detrás del constructo que mida la prueba.

3.4.2. Validación de instrumentos

El proceso de adaptar culturalmente un instrumento al medio donde se quiere administrar requiere de ciertas técnicas y conocimientos psicométricos en los que el profesional en el tema deberá tener pericia.

Los conocimientos en medición de constructos psicológicos conforman la *Psicometría*. De acuerdo con Meneses (2014), la Psicometría es un área amplia, la cual se ha definido en función de:

- a) *El objeto de interés*: algunos autores han concebido a la Psicometría como la disciplina científica orientada a los procedimientos de medición del comportamiento humano o de los fenómenos psicológicos, incluyendo los instrumentos psicológicos.
- b) *El tipo de instrumentos que utiliza*: la Psicometría es aquella disciplina encargada de los procedimientos de construcción y administración de instrumentos psicológicos.
- c) *El medio que utiliza*: la Psicometría es un conjunto de métodos, técnicas y teorías implicadas en la medida de variables psicológicas, se estudian las propiedades métricas exigibles en las mediciones psicológicas y se establece las bases para que dichas mediciones se realicen de forma adecuada. Además, el objetivo de la Psicometría es proporcionar modelos para transformar los hechos en datos con la finalidad de asignar valores numéricos a los individuos, sobre la base de sus respuestas.
- d) *La finalidad a la que sirve*: la Psicometría contribuye al desarrollo de la evaluación psicológica proporcionando teorías, métodos y técnicas que, en última instancia, permiten describir, clasificar, diagnosticar, explicar o predecir los fenómenos psicológicos objeto de medida.

Estas definiciones brindan una perspectiva holística de la Psicometría. A modo groso indican que ésta es una disciplina de la Psicología que mediante teorías, métodos y técnicas vinculados al desarrollo y administración de instrumentos se ocupa de la medida indirecta de los fenómenos psicológicos. El objetivo es brindar orientación o tomar decisiones sobre el comportamiento de las personas en el ejercicio profesional del psicólogo.

Definición de validación

Después de haber seleccionado un modelo para elaborar un instrumento de medición y de haberlo construido, lo que sigue es demostrar su *utilidad* (Kerlinger, 1988; Nunnally, 2009). La validación de un cuestionario es un proceso complejo que implica múltiples fuentes de información y la recogida de evidencia empírica de diferente naturaleza. Las características básicas consideradas en la validación de un cuestionario son: viabilidad, sensibilidad al cambio, consistencia o fiabilidad y validez (Argimón, 2006).

Viabilidad

Se refiere a saber si el instrumento es sencillo, claro y breve en las preguntas, de fácil puntuación, registro y codificación.

Sensibilidad al cambio

La sensibilidad de un instrumento muestra la capacidad que tiene de detectar cambios en los atributos o individuos evaluados después de una intervención. Se relaciona con la magnitud de la diferencia en las puntuaciones de los individuos que han mejorado o empeorado y las de aquellos que no han cambiado su situación. Se mide con el estadístico “tamaño del efecto” para evaluar la sensibilidad al cambio relacionando la media de las diferencias entre las puntuaciones antes y después de la intervención con la desviación estándar de la puntuación antes de la intervención. Es importante conocer en los instrumentos relacionados con la salud la diferencia mínima relevante para conocer la eficacia de los tratamientos. Esta característica también es importante para calcular el tamaño muestral de un estudio, cuanto mayor sea la sensibilidad del instrumento, menor será el tamaño de la muestra necesario (Carvajal et al., 2011).

Consistencia o fiabilidad

Las medidas psicológicas tienden a variar más o menos de una circunstancia a otra, a ser más estables y relativamente predecibles, o inestables y relativamente impredecibles; y a ser congruentes o incongruentes. Si son confiables, se puede depender de ellas, pero en caso contrario, no se las puede emplear como base (Kerlinger, 1988).

De acuerdo con Kerlinger (1988) la fiabilidad debe entenderse a partir de tres características importantes: la estabilidad y predictibilidad, la exactitud y el nivel de error de medición.

En términos de *estabilidad*, la fiabilidad se alcanza cuando se obtienen resultados semejantes al momento de aplicar un instrumento en diferentes ocasiones similares. La *exactitud* se refiere a la correspondencia entre las mediciones, es decir ¿corresponden las medidas obtenidas por medio de un instrumento a las verdaderas medidas de la propiedad en cuestión? Por último, el *nivel de error de medición* se refiere a los errores de medición aleatorios que

se forman por la suma o producto de un número de causas (p.ej., fatiga, luz, fluctuaciones en el estado de ánimo, etcétera). Por lo tanto, la fiabilidad del instrumento dependerá del grado en que se produzcan errores de medición. Dicho de otro modo, la fiabilidad se puede definir como la carencia relativa de errores de medición de un instrumento.

La fiabilidad se mide en grados y se expresa en forma de coeficiente de correlación, que varía de 0, significando ausencia de correlación, a 1, que es una correlación perfecta. Sin embargo, ningún instrumento presenta el máximo grado de correlación en las distintas situaciones. Por ello es necesario determinar el grado de correlación aceptable. Según algunos autores, el margen aceptable para los coeficientes de fiabilidad se sitúa entre .70 y .92. Un coeficiente de fiabilidad alto es claramente deseable cuando las diferencias entre los individuos son legítimas y esperadas (Carvajal et al., 2011).

La fiabilidad se puede estimar por cuatro medios: la consistencia interna, la estabilidad, la equivalencia y la armonía interjueces. El método utilizado depende de la naturaleza del instrumento (Carvajal et al., 2011).

Consistencia interna. Mide la homogeneidad de los ítems de un instrumento de medición indicando la relación entre ellos. Existen varias técnicas para medir esta fiabilidad, entre ellas están la fiabilidad mitad-mitad, la técnica de Kuder-Richardson y el alfa de Cronbach, siendo esta última la más utilizada por ser más eficiente.

El alfa de Cronbach mide la correlación de los ítems dentro del cuestionario valorando qué tanto los diferentes ítems del instrumento miden las mismas características. Esta técnica se considera el indicador más idóneo porque da un único valor de consistencia y proporciona los datos de la técnica de la fiabilidad mitad y mitad.

El rango del alfa de Cronbach oscila de 0 a 1. Valores elevados denotan una mayor consistencia interna; el alfa de Cronbach por debajo de .4 muestra un nivel de fiabilidad bajo; si tomara un valor entre .5 y .6 se podría considerar como un nivel pobre; si se situara entre .6 y .7 se estaría ante un nivel moderado; entre .7 y .8 haría referencia a un nivel aceptable; en el intervalo .8-.9 se podría calificar como un nivel bueno y alto, y si tomara un valor superior a .9 sería excelente.

Estabilidad temporal. Mide la consistencia de las respuestas obtenidas en repetidas ocasiones, en las mismas condiciones y con los mismos individuos. El cálculo de la estabilidad se puede obtener con la técnica del test-retest. El método consiste utilizar el instrumento en una misma muestra de individuos en distintas ocasiones y comparar los resultados de ambos momentos. Las correlaciones altas en los distintos momentos de aplicación indican que la prueba es confiable.

Equivalencia. Es otra manera de medir la fiabilidad de un instrumento cuando se dispone de dos o más versiones del mismo. Se mide el grado de correlación entre las versiones aplicándolas sucesivamente a los individuos en un mismo tiempo. El resultado se obtiene correlacionando las puntuaciones de las dos formas paralelas del instrumento. Valores de correlación por encima de .8 reflejan que los instrumentos son equivalentes.

Armonía o fiabilidad interjueces. Mide el grado de concordancia entre los resultados de dos o más observadores al medir las mismas variables o acontecimientos. Se utiliza cuando se quiere determinar la equivalencia de puntuaciones de diferentes individuos al cumplimentar el mismo instrumento. Se puede realizar también con el mismo observador en dos ocasiones distintas.

El procedimiento estadístico utilizado es el índice de kappa que indica el grado de acuerdo de los observadores. Los valores oscilan entre 0 y 1. Una k entre 0.61 y 0.80 se considera un grado de buena concordancia, y por encima de 0.80 muy bueno (Cañón-Montañez y Rodríguez-Acelas, 2010; Dubé, 2008).

Validez

En un término general, se dice que un instrumento de medición es válido si cumple satisfactoriamente el propósito con el que se diseñó. La validez es una pieza clave tanto en el diseño de un cuestionario como en la comprobación de la utilidad de la medida realizada (Carvajal et al., 2011). La validez no siempre es tan fácil de obtener y menos cuando se trata de constructos (p.ej., emociones, actitudes, etcétera), por lo que la validez siempre requiere de investigaciones empíricas y la naturaleza de la evidencia requerida depende del tipo de validez. La validez es una cuestión de grados, y la validación es un proceso permanente. En un sentido estricto, no se valida un instrumento de medición, si no el uso que se le da (Nunnally, 2009).

El tipo de evidencia utilizado para demostrar la validez de una prueba varía según el propósito de la prueba, la orientación teórica de la prueba y el tipo de datos disponibles (Anastasi, 1988; Carvajal et al., 2011). En el área de la Psicología se ha hablado de distintos tipos de validez de las medidas psicológicas:

Validez de contenido: Se refiere a un examen sistemático del contenido de la prueba para determinar si comprende una muestra representativa de la forma de conducta que ha de medirse. Para ello es necesario tener una idea clara de los aspectos conceptuales que se van a medir.

A ésta subyacen otros tipos de validez, por ejemplo la *validez aparente*, que es una forma de validez de contenido que mide el grado en el que los ítems parecen medir lo que se proponen. Es el método más sencillo para medir la validez del instrumento. Se considera la parte del “sentido común” de la validez de contenido, que asegura que los ítems del instrumento sean adecuados.

Consiste en que algunas personas, expertas o no, digan si consideran relevantes los ítems incluidos en un instrumento. Cuantos más jueces intervengan, mayor validez tendrá la prueba. Medir la validez aparente es importante porque la aceptación de una escala por varias personas da validez al utilizarla.

Validez de criterio: Es el grado de correlación entre un instrumento y otra medida de la variable a estudiar que sirva de criterio o referencia. Cuando hay una medida de criterio aceptada por investigadores del campo se le llama estándar o regla de oro, y los nuevos instrumentos que miden el mismo concepto se comparan con esa medida. Sin embargo, cuando no existen medidas previas que puedan considerarse como medida estándar, la validez de criterio se mide buscando otro instrumento que sirva de medida comparable.

Existen dos formas de validez de criterio: la validez concurrente y la validez predictiva. La *validez concurrente* mide el grado de correlación entre dos medidas del mismo constructo al mismo tiempo y en los mismos individuos. Puede medir la correlación con el instrumento de manera global o por cada ítem. Esta técnica se utiliza también para seleccionar los mejores ítems de un instrumento y realizar las modificaciones en el instrumento que se está validando. Esta validez concomitante se expresa mediante coeficientes de correlación.

La *validez predictiva* indica la efectividad de la prueba en la predicción de una evolución y de un estado posterior. Por ejemplo, un instrumento que mide aptitudes en estudiantes que comienzan unos estudios puede servir para predecir un grado de éxito en el futuro. De acuerdo con Devellis (1991), este tipo de validez se utiliza cuando el criterio de referencia no está disponible hasta un tiempo después, como puede ser el desarrollo de una enfermedad.

A veces resulta imposible evaluar la validez de criterio, ya que ésta no existe o no está al alcance del investigador. En estos casos el procedimiento más empleado es evaluar la validez de constructo.

La validez de constructo se entiende como el grado en que un instrumento mide la dimensión para la que se diseñó (Carvajal et al., 2011). Entendido de otra manera, la validez de constructo es la explicación de constructos, es decir, el proceso mediante el cual se hace explícito un mundo abstracto en términos de variables observables (Nunnally, 2009).

Este tipo de validez determina la relación del instrumento con la teoría y la conceptualización teórica. El proceso para medir la validez de constructo empieza definiendo una dimensión o tema, indica la estructura interna de sus componentes y su relación teórica con otros instrumentos que midan la misma dimensión. Esto puede expresarse como hipótesis indicando, por ejemplo, qué correlaciones debe tener con otros instrumentos, qué sujetos deben puntuar más alto o más bajo y qué otros resultados se pueden predecir de las puntuaciones. La validez de constructo requiere de un conjunto de criterios útiles que proporcionan una base para la medición de constructos psicológicos. Las estrategias para obtener la validez de constructo son la validez convergente y la divergente, el análisis factorial y la validez discriminante (Carvajal et al., 2011).

La *validez convergente o divergente* se apoya en la hipótesis de que el instrumento que se valida correlaciona con otra escala de medida y examina si el instrumento correlaciona con variables de otros instrumentos que deberían relacionarse con él o no. Con las variables que se espera que no tengan relación se obtiene la *validez divergente*, que se apoya en la hipótesis de que el instrumento no correlaciona con otras escalas. Se podría decir que la validez

convergente evalúa la sensibilidad y la divergente la especificidad del instrumento (Carvajal et al., 2011).

La *validez discriminante* mide el grado de capacidad del cuestionario para distinguir entre individuos o poblaciones que se espera que sean diferentes. Por ejemplo, se puede esperar que los pacientes con dolor intenso tengan una calidad de vida peor que aquellos con dolor leve (Carvajal et al., 2011).

La *validez factorial* se basa en el *análisis factorial* (AF), el cual se relaciona intrínsecamente con cuestiones de validez y se compone de métodos para formar grupos de variables relacionadas. A cada uno de estos grupos o factores se les denota mediante un grupo de variables, cuyos miembros correlacionan más significativamente entre ellos que con las variables no incluidas en el grupo. Se considera que cada factor es un atributo unitario que se mide, en mayor o menor grado, por medio de instrumentos particulares, según el grado de correlaciones con el factor. Se ha afirmado que tales correlaciones son representativas de la validez factorial de las medidas, pero es mejor referirse a ellas como representantes de la composición factorial de la medida (Nunnally, 2009).

Hay dos tipos de AF: el exploratorio y el confirmatorio. El exploratorio se utiliza cuando no se conocen previamente los factores definitorios de las variables. El confirmatorio se usa cuando se parte de factores definidos “a priori” y se desea comprobar la adecuación de los mismos al constructo teórico. La interpretación de un factor se realiza examinando las cargas factoriales de los ítems que incluye. Éstas representan la variabilidad de cada ítem que cada factor explica (Carvajal et al., 2011).

El AF desempeña un papel específico en los tres tipos de validez que se han revisado, pero en cada uno su papel es diferente. En relación con la validez predictiva, el AF sugiere predictores que funcionarían bien en la práctica. En la validez de contenido su importancia estriba en sugerir la manera de revisar los instrumentos para mejorarlos, y para la validez de constructo provee algunas herramientas más útiles para determinar las estructuras internas y cruzadas de un conjunto de variables (Nunnally, 2009).

3.4.3. Elaboración del manual

Después de haber adaptado el instrumento a la población blanco y obtenido las tres equivalencias esperadas entre ambas versiones, así como propiedades psicométricas adecuadas, lo que sigue es la elaboración del manual del instrumento.

El manual de un instrumento debe incluir todo tipo de detalles del proceso de adaptación, puesto que en determinadas circunstancias éstos podrían dar claves para interpretar los resultados. El constructor del instrumento debe proporcionar información específica acerca de las distintas formas en las que los contextos socioculturales y ecológicos de las poblaciones podrían afectar la respuesta al instrumento, y debe sugerir procedimientos para tener en cuenta estos efectos en la interpretación de los resultados (Mikulic, s.f.).

3.5. La Escala del afecto positivo y negativo (PANAS)

La Escala del afecto positivo y negativo (PANAS) es una de las escalas más utilizadas para medir el AP y AN. La diseñaron por primera vez Watson et al. (1988) como una solución al problema de la medición de ambos constructos teóricos. Antes se los evaluaba con escalas que resultaban inadecuadas por tener una baja fiabilidad y una pobre validez convergente (Watson et al., 1988), lo cual representaba un problema.

La PANAS se basa en un modelo conceptual de dos dimensiones del estado de ánimo que abarca toda la gama de experiencias afectivas reflejadas en ambos factores (Watson y Tellegen, 1985): el estado de ánimo positivo o AP (es decir, hasta qué punto la persona está viviendo un estado de ánimo positivo, caracterizado por sentimientos de alegría, interés y entusiasmo) y el estado de ánimo negativo o AN (es decir, cuán propensa está a experimentar generalmente un estado de ánimo negativo, caracterizado por sentimientos de nerviosismo, tristeza e irritación).

Se ha usado esta escala para corroborar si el AP y el AN son independientes empíricamente. Con los hallazgos se ha informado que guardan una relación

ortogonal y presentan coeficientes de correlación que oscilan de -.09 a -.23 (Bushman y Crowley, 2010; Crawford y Henry, 2004; Dufey y Fernandez, 2012; Gargurevich, 2010; Gargurevich y Matos, 2012; Moral de la Rubia, 2011). Además, en estudios realizados en población adulta se ha encontrado que el modelo bifactorial tiene índices de ajuste adecuados, tales como χ^2 , CFI de .80 a .98, RMSEA de .04 a .06, y NNFI de .89 (Burges y Nakamura, 2014; Gargurevich y Matos, 2012; Sandín et al., 1999; Turner y Barret, 2003). Empero, en niños y adolescentes pocos han sido los estudios que han indagado el ajuste del modelo bifactorial con análisis factorial y estos han sido trabajados con población de habla inglesa. Por ejemplo, Bushman y Crowley (2010) analizaron el ajuste del modelo bifactorial en niños de 8 a 13 años y encontraron un buen ajuste para esta población. Además reportaron que el ajuste del modelo era mayor en los niños más grandes. Consistentemente, Lonigan, Hooe, David y Kistner (1999) informaron que el modelo bifactorial tuvo un buen ajuste en niños de 9 a 11 años y adolescentes de 12 a 17 años, no obstante estos autores indicaron que el modelo ajustaba mejor en los adolescentes. En población mexicana no se tiene conocimiento de estudios de niños. Existe un estudio con adolescentes que también incluye adultos, este es el de Robles y Páez (2003) realizado en México, el cual arrojó coeficientes de estabilidad temporal bajos y sólo se limitó a realizar un análisis de componentes principales.

La PANAS se ha estudiado en distintos países con población clínica y no clínica en niños, adolescentes y adultos. De manera general, los hallazgos han sugerido que las escalas de la PANAS han demostrado poseer un alfa de Cronbach que oscila de .72 a .90 para AP y de .82 a .90 para AN. Carvabajal, Centeno, Watson, Martínez y Sanz (2011) han sugerido aumentar su fiabilidad con estudios test-retest. Watson et al. (1988) diseñaron la PANAS para medir el afecto en diversos intervalos: en el momento actual, el día anterior, la semana pasada, el año o en general (en promedio). Estos autores han informado que la escala tiende a ser estable conforme transcurre el tiempo, es decir, que la experiencia de las emociones positivas y negativas se mantiene. Por lo tanto, la escala puede utilizarse para medir la disposición del estado afectivo, las fluctuaciones emocionales a lo largo de un período específico de tiempo o respuestas emocionales a los acontecimientos (Fortenberry, Jansen y Clark, 2013).

Se ha abundado asimismo sobre su validez convergente y divergente con otras escalas que miden ansiedad, depresión, satisfacción con la vida, estrés, entre otros. De manera general, los coeficientes de correlación han sido aceptables (Gargurevich y Matos, 2012; Moral de la Rubia, 2011; Moriondo, Palma de, Medrano y Murillo, 2011; Terracciano, McCrae y Costa, 2003; Thompson, 2007; Tuccitto, Giacobbi y Walter, 2010; Villodas, Villodas y Roesch, 2011). Empero, en escasas validaciones en diferentes contextos culturales han participado niños y adolescentes (Carvalho de et al., 2013; Dickel et al., 2012; Figueiredo, Cerentini, Poletto y Koller, 2013; Hofheinz y Simon, 2006; Hughes y Kendal, 2009).

Por otro lado, han sido varias las versiones que se han desarrollado de la PANAS, por ejemplo, la PANAS-X (Watson y Clark, 1994) que es una versión extendida (Watson et al., 1988). Esta escala se utiliza cuando son necesarias medidas discretas de experiencias afectivas específicas. La PANAS-X incluye 60 ítems que miden no sólo el orden alto de las dos escalas, sino también los estados emocionales específicos (p.ej., jovialidad, seguridad en sí mismo, atención, miedo, hostilidad, culpa, tristeza, timidez, fatiga, serenidad y sorpresa). Otra versión es la I-PANAS-SF (Internacional-PANAS-Short Form; Gargurevich, 2010), que contiene 10 ítems para medir AP y AN. Esta escala se desarrolló para reducir la redundancia o eliminar significados ambiguos de algunos de los términos originales.

Entre las versiones para niños y adolescentes desarrolladas, se encuentran la PANAS-C (Laurent et al., 1999), dirigida a niños. En esta versión los términos emocionales se modificaron y las instrucciones se simplificaron. Por último, Ebesutani, Higa-McMillan, Okamura y Chorpita (2011) desarrollaron la escala PANAS versión para padres, con la que se recopila información de informantes adicionales (p.ej., los padres) para aumentar la exactitud y la amplitud de información obtenida sobre los síntomas internalizados de sus hijos.

Finalmente, la PANAS también se ha adaptado a otros idiomas, de los cuales existen escasas versiones en español. En España existe una versión para niños y adolescentes (Sandín, 2003). Por otra parte, como ya se mencionó en México,

Robles y Páez (2003) realizaron una adaptación para adolescentes y adultos mexicanos.

En resumen, en México no se cuenta con una versión de la PANAS para niños y adolescentes. Tampoco se ha examinado su estabilidad temporal, ni sometido a prueba el modelo bifactorial. La presente investigación se dividió en dos estudios. Los propósitos del Estudio 1 fue evaluar el ajuste del modelo bifactorial, corroborar la relación ortogonal de estas dimensiones y obtener datos sobre la fiabilidad de la PANAS, en términos tanto de su consistencia interna como de su estabilidad temporal. En el Estudio 2 se pretendió corroborar la validez convergente y divergente de la PANAS.

Capítulo 4. Estudio 1

4.1 Método

Estudio piloto

Participantes

Participaron 13 niños y adolescentes (6 mujeres y 7 hombres) entre 8 a 18 años de edad de educación básica, media y media superior de la zona metropolitana de la Ciudad de México.

Instrumento

La Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo para Niños (PANAS-C versión preliminar; Laurent et al., 1999) es un instrumento que consta de dos subescalas (AP y AN) conformadas por 15 ítems para AP y 15 para AN. En cada subescala se enlistan adjetivos asociados a sentimientos y emociones habituales. El formato de respuesta es tipo Likert, con una escala del 1 (Muy poco o nada) al 5 (Mucho). Se instruye a los participantes que indiquen con qué frecuencia han sentido cada sentimiento o emoción durante las últimas dos semanas. Las subescalas de la PANAS-C han demostrado una consistencia interna de .90 para AP y .94 para AN (Laurent et al., 1999; ver el Anexo 1).

Procedimiento

Para el estudio piloto se tradujo al español la PANAS-C con el proceso de traducción al español y retrotraducción al inglés. La versión resultante se aplicó a cada participante y se le preguntó si las instrucciones, las opciones de respuesta y los reactivos eran claros. Se modificó los que no entendían y se sustituyó por términos que comprendieron.

Estudio 1

Hipótesis

Con base a los hallazgos aportados por los estudios antecedentes se espera que:

- a) Se confirme el modelo de dos dimensiones, afecto positivo y afecto negativo.
- b) El afecto positivo y el afecto negativo guardarán una relación ortogonal tanto en la muestra de niños como en la de adolescentes.
- c) La PANAS-C mostrará altos índices consistencia interna.
- d) La PANAS-C mostrará estabilidad temporal.

Participantes

La muestra total estuvo compuesta por 487 estudiantes (255 mujeres y 232 hombres) de educación básica, media y media superior de la zona metropolitana de la Ciudad de México. La muestra total se dividió en dos (niños y adolescentes) de acuerdo con los criterios de la Organización Panamericana de la Salud (2008), 132 participantes (65 mujeres y 67 hombres) con edades que oscilaban entre 8 a 11 años con una media de edad de 9.9 ($DE = 1.08$) conformaron la muestra de niños. La segunda muestra consistió de 355 adolescentes (189 mujeres y 298 hombres), la edad osciló entre 12 a 18 años con una media de 14.6 ($DE = 1.56$). El tamaño de muestra se calculó tomando en cuenta 10 participantes por ítem de acuerdo con los criterios que Carretero-Dios y Pérez (2005) han señalado.

Criterios de inclusión

- Estar inscrito (a) en la escuela (primaria, secundaria o preparatoria) y que sepan leer y escribir.

Criterios de exclusión

- Rehusar a participar en la investigación.
- No completar los datos referentes a alguno de los instrumentos.
- Ser menor de 8 años y mayor de 18 años.

Instrumento

La Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo para Niños (PANAS-C versión preliminar; Laurent et al., 1999; Hernández-Guzmán et al., 2014). Véase Estudio piloto.

Procedimiento

Estudiantes de pregrado y posgrado de Psicología, previamente entrenados, aplicaron la versión final de la PANAS-C dentro de los salones de clase con la anuencia de los directores de las escuelas contactadas. Los participantes contestaron de manera individual, voluntaria y anónima.

Finalmente, el retest se aplicó un mes después a un grupo seleccionado aleatoriamente conformado por 30% de los alumnos de cada grupo. Se cuidó que cada ejemplar del instrumento contestado en este segundo momento correspondiera con el ejemplar del mismo participante en el momento 1.

Cabe mencionar que la presente investigación se desprende de una investigación más amplia (Hernández-Guzmán, 2013).

Análisis de datos

Con la finalidad de dar respuesta a la hipótesis sobre la confirmación del modelo de medida se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC) con el método robusto de máxima verosimilitud mediante el programa EQS 6.2 (Structural Equation Modeling Software). Se examinó el ajuste del modelo en términos de la chi cuadrada, el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA), así como los índices de ajuste comparativo (CFI), incremental (IFI), normalizado (NFI) y no normalizado (NNFI). De acuerdo con criterios convencionales, los valores para considerar un ajuste aceptable son $RMSEA \leq .06$, $CFI \geq .90$, $IFI \geq 0.90$, $NFI > .90$; $NNFI \geq 0.90$ (Hu y Bentler, 1999; Kline, 2005). Posteriormente, para dilucidar la naturaleza de la relación entre AP y AN se calculó una correlación de Spearman mediante el programa SPSS 22 (Statistical Package for the Social Sciences). Finalmente, para obtener datos de fiabilidad se obtuvo el alfa de Cronbach como parámetro de la consistencia interna de las subescalas, y finalmente, para determinar la estabilidad temporal del instrumento se llevó a cabo una correlación de Spearman para obtener la estabilidad temporal y las correlaciones ítem-total.

4.2 Resultados

Validez de constructo

Tabla 4.2.1.

Coefficientes de ajuste del análisis factorial confirmatorio general

Modelo bifactorial	X2	X2 /gl	RMSEA	CFI	IFI	NFI	NNFI
Niños de 8 a 11 años	519.89	1.28	.04	.96	.97	.87	.96
Adolescentes de 12 a 18 años	1286.10	3.18	.07	.92	.92	.89	.92

El análisis factorial confirmatorio (AFC) se condujo en niños y adolescentes por separado. Como se observa en la tabla 4.2.1, los índices de ajuste del modelo bifactorial fueron buenos tanto para niños como para adolescentes. Asimismo, en las figuras 1 y 2 se puede apreciar las cargas factoriales para cada uno de los ítems en ambas poblaciones.

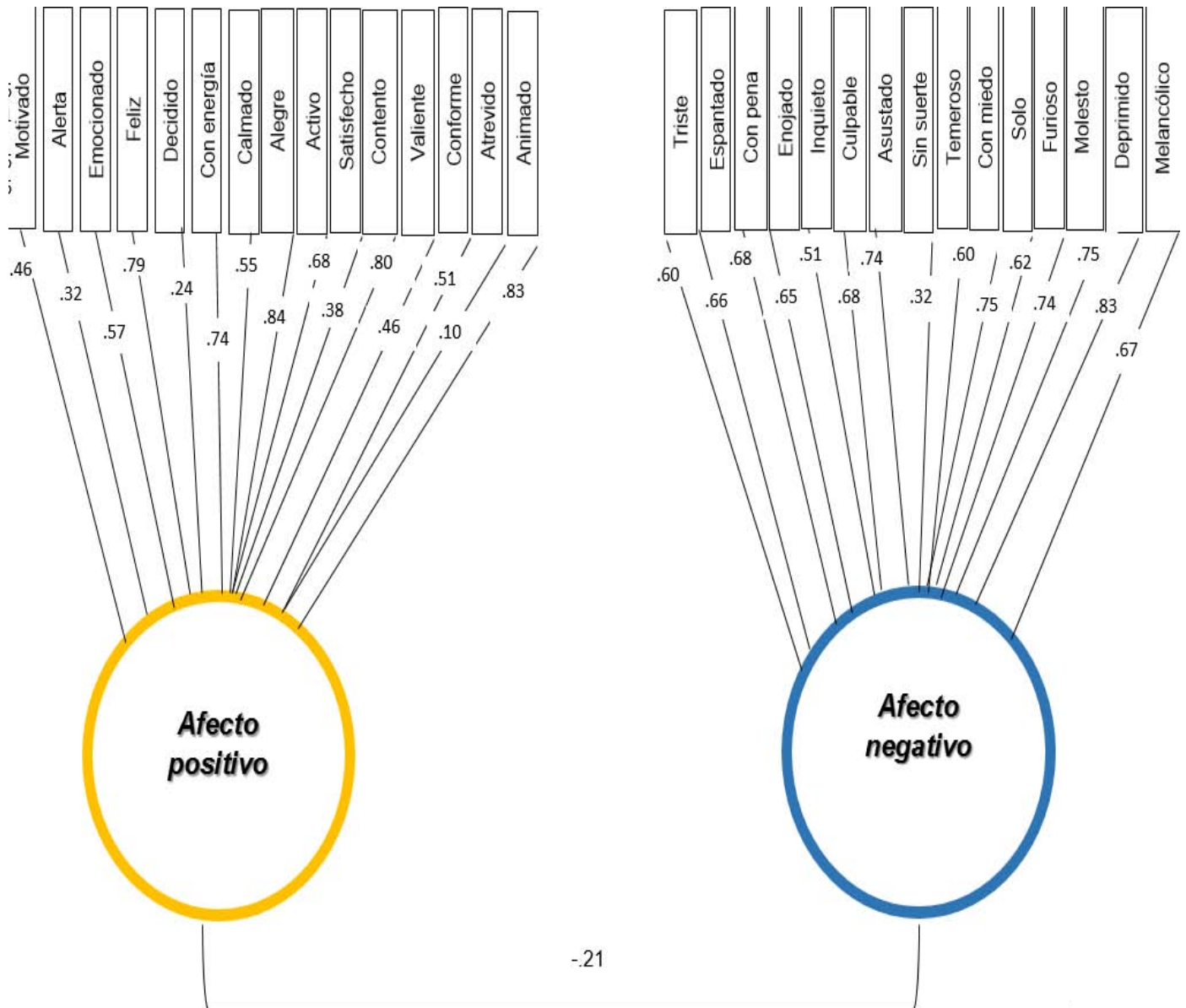


Figura 1. Estructura del modelo bifactorial en niños de 8 a 11 años de los treinta reactivos de la PANAS-C. Se muestran cargas factoriales y la correlación entre factores (Véase anexo 2).

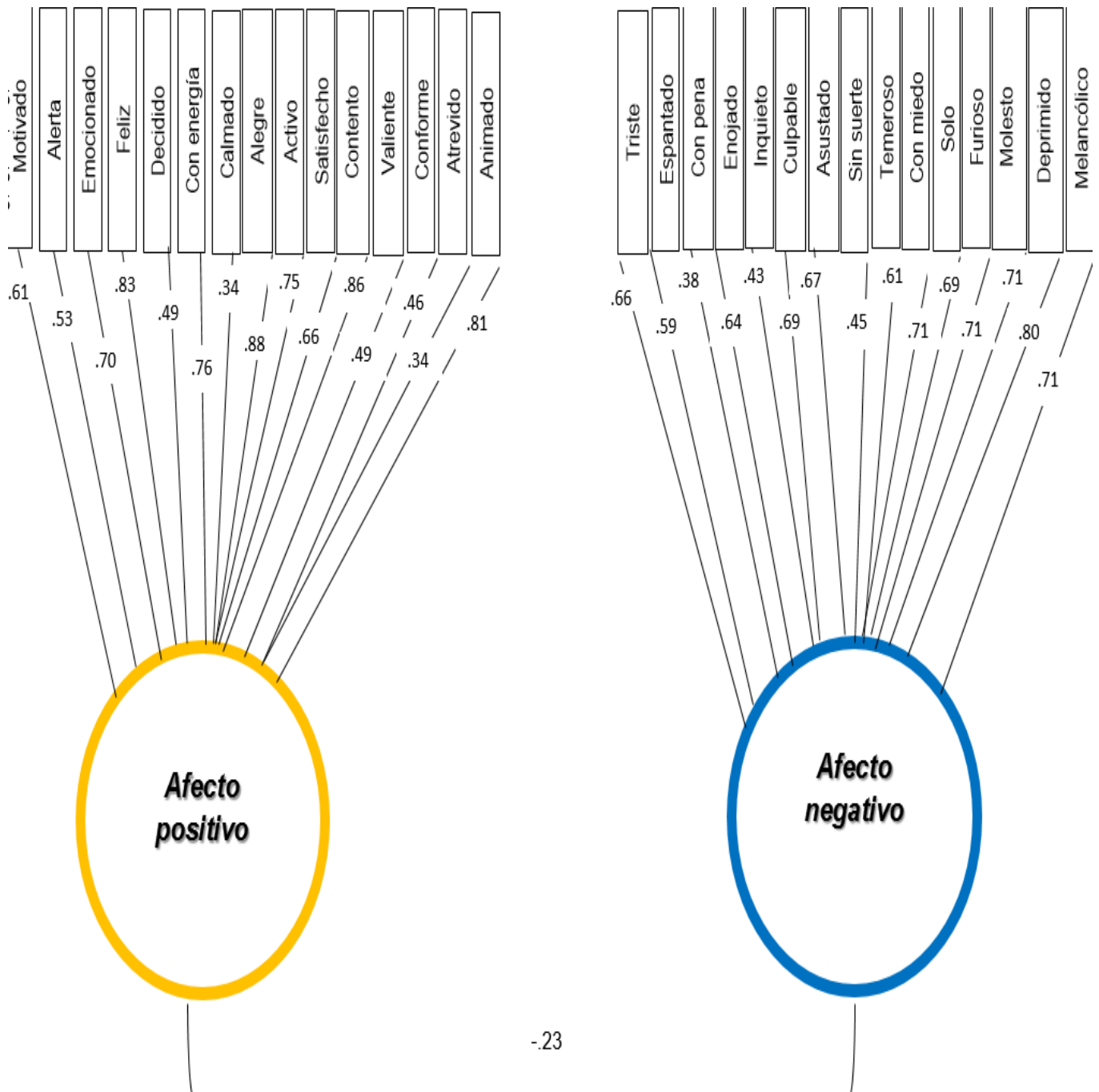


Figura 2. Estructura del modelo bifactorial en adolescentes de 12 a 18 años de los treinta reactivos de la PANAS-C. Se muestran cargas factoriales y la correlación entre factores (Véase anexo 3).

Se encontró además que entre el AP y el AN se observa una correlación baja y negativa en ambas poblaciones (ver Figura 1 y 2), para niños la correlación fue $\rho = -.21$ ($p = .01$) y para los adolescentes fue $\rho = -.23$ ($p = .05$).

Fiabilidad

Consistencia interna

Posteriormente, los coeficientes de fiabilidad (alfa de Cronbach) correspondientes a la muestra total, niños y adolescentes de las subescalas de la PANAS-C fueron buenos, de .88 para AP y de .88 para AN. Asimismo para la muestra de niños el AP mostró una fiabilidad de .84 y el AN .88, para la de adolescentes el AP de .88 y el AN de .88.

Las correlaciones ítem-total fueron obtenidas mediante la correlación de Spearman para cada factor. Para los niños éstas resultaron de bajas a altas, los coeficientes del AP oscilaron de .20 a .66 y para el AN de .25 a .70 (Véase anexo 2). Por su parte, para los adolescentes fueron de moderadas a altas, los coeficientes del AP oscilaron de .29 a .72 y para el AN de .34 a .68 (Véase anexo 3).

Fiabilidad test-retest

Finalmente, se encontró que la estabilidad temporal fue moderada y buena con coeficientes de correlación significativos para ambas poblaciones. En el caso de los niños, la correlación test- retest del AP fue de .68 ($p < .01$) y del AN de .53 ($p < .01$). Por otra parte, el AP mostró una correlación test-retest de .65 ($p < .01$) y el AN de .51 ($p < .01$) para los adolescentes.

Capítulo 5. Estudio 2

5.1 Método

Hipótesis

Las hipótesis planteadas para este estudio fueron las siguientes:

- El AP correlacionará negativamente con la depresión.
- El AP correlacionará nula o negativamente con la ansiedad.
- El AN correlacionará negativamente con la ansiedad.
- El AN correlacionará positivamente con la ansiedad y la depresión.

Participantes

Doscientos cuarenta y ocho niños y adolescentes formaron la muestra inicial (134 mujeres y 114 hombres) de educación básica y media de la zona metropolitana de la Ciudad de México (ver la Tabla 5.1.1). La edad osciló entre los 8 y 18 años, la media de edad fue de 13.10 años ($DE = 2.4$).

Tabla 5.1.1.

Frecuencias y porcentajes por sexo y edad.

	Frecuencias	Mujeres	Hombres
Niños de 8 a 11 años	39	59 %	41 %
Adolescentes de 12 a 18 años	209	53.1 %	46.9 %

Nota: La división muestra total en niños y adolescentes se realizó de acuerdo con los criterios de la Organización Panamericana de la Salud (2008).

Criterios de inclusión

- Estar inscrito en la escuela y saber leer y escribir.

Criterios de exclusión

- Rehusar a participar en la investigación.
- No completar los datos referentes a alguno de los instrumentos.
- Ser menor de 8 años y mayor de 18 años.

Instrumentos

Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo para Niños (PANAS-C versión preliminar; Laurent et al., 1999; Hernández-Guzmán et al., 2014). Véase Estudio piloto

Escala de Ansiedad de Spence (SCAS; Spence, 1997).

Adaptada y validada en México por Hernández-Guzmán et al. (2009). Esta escala contiene 44 reactivos distribuidos en cinco factores (Miedo al daño físico, Pánico/Agorafobia, Trastorno obsesivo compulsivo, Ansiedad de separación, Fobia social y Ansiedad generalizada), con cuatro opciones tipo Likert: *nunca* (0), *a veces* (1), *muchas veces* (2) y *siempre* (3). Se califica mediante la suma de los puntos obtenidos para cada ítem. A mayor puntaje, más ansiedad. Muestra una consistencia interna de .88 (Hernández-Guzmán et al., 2009).

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D; Radloff, 1977).

Adaptada y validada en México por Benjet, Hernández-Guzmán, Tercero-Quintanilla, Hernández-Roque y Chartt-León (1999). Incluye 20 reactivos que muestran la ocurrencia de síntomas de depresión la semana previa a su aplicación. Se contesta mediante cuatro opciones: *0 días* (0), *1 a 2 días* (1), *3 a 4 días* (2) y *5 a 7 días* (3). Muestra una consistencia interna de .85 (Benjet et al., 1999).

Procedimiento

Con la anuencia de los directores de las escuelas contactadas, estudiantes de pregrado y posgrado de Psicología previamente entrenados, aplicaron los instrumentos en papel a los alumnos dentro de sus salones de clase. Los participantes contestaron de manera individual, voluntaria y anónima.

Cabe mencionar que la presente investigación se desprende de una investigación más amplia (Hernández-Guzmán, 2013).

Análisis de datos

Con la finalidad de desahogar las hipótesis del presente estudio, mediante el programa SPSS 22 (Statistical Package for the Social Sciences) se calculó las correlaciones entre el afecto positivo y la depresión, así como entre éste y la ansiedad utilizando la prueba Spearman. De igual manera, se obtuvo las correlaciones Spearman entre afecto negativo y dichas variables.

5.2 Resultados

Validez Divergente y Convergente

La escala del Afecto Positivo correlacionó negativamente con la CES-D ($\rho = -.13, p < .05$) y no se observó relación entre AP y ansiedad ($\rho = -.007$), medida por la SCAS. Sin embargo, cuando se correlaciona AP con cada una de las escalas del SCAS se halló que éste presenta relaciones bajas y negativas con Pánico/Agorafobia, Fobia social, Ansiedad generalizada (ver la Tabla 5.2.1).

Por otra parte, la escala del Afecto Negativo mostró correlaciones positivas, tanto con la depresión ($\rho = .68, p < .01$) como con la ansiedad ($\rho = .53, p < .01$). En AN presentó correlaciones de bajas a moderadas con cada una de las escalas del SCAS (ver la Tabla 5.2.1).

Tabla 5.2.1

Correlaciones del PANAS-C con las escalas SCAS y CES-D.

Subescala	Afecto positivo	Afecto negativo
CES-D	-.13*	.68**
SCAS	-.007	.53**
Pánico/ Agorafobia	-.16**	.37**
Fobia social	-.12*	.42**
Ansiedad Generalizada	-.18**	.40**
Miedo al daño físico	-.05	.22**
Trastorno obsesivo compulsivo	.07	.36**
Ansiedad por separación	-.04	.36**

*Nota: * $p < .05$ y ** $p < .01$*

Capítulo 6. Discusión general

La presente tesis incluyó dos estudios, cada uno para dar respuesta a diversas hipótesis.

Inicialmente se planteó someter a prueba el modelo de medida propuesto por Watson, Clark y Tellegen (1988) en niños y adolescentes mexicanos. Este modelo plantea dos dimensiones básicas del afecto a saber, el afecto positivo (AP), que representa todas las emociones de expresión placentera, tales como motivado, alerta, emocionado, feliz, decidido, con energía, calmado, alegre, activo, satisfecho, contento, valiente, conforme, atrevido y animado; y el afecto negativo (AN) el cual comprende todas las emociones de angustia y expresión negativa tales como triste, espantado, con pena, enojado, inquieto, culpable, asustado, sin suerte, temeroso, con miedo, solo, furioso, molesto, deprimido y melancólico.

De acuerdo con Nunnally (2009) existen múltiples fuentes de información para evidenciar la existencia de un constructo teórico, en este sentido, afecto positivo y afecto negativo. Para someter a prueba la validez de constructo de estas dimensiones, esto es, el grado en que la evidencia empírica y los fundamentos teóricos apoyan la adecuación de dichos constructos, se evaluó la validez factorial del modelo propuesto por Watson et al. (1988). Con los datos arrojados se confirmó el modelo de medida bidimensional tanto en niños, como en adolescentes mexicanos, mostrando excelentes índices de ajuste. Estos resultados son consistentes con los resultados de los escasos estudios en otros países en los que se ha indagado el ajuste del modelo en niños y adolescentes (Bushman y Crowley, 2010; Lonigan et al., 1999; Turner y Barrett, 2003).

El ajuste satisfactorio del modelo, tanto para niños como para adolescentes, contrasta con los hallazgos de otros estudios, en los que éste resultó ligeramente mejor para los niños de 7 a 11 años que para otros mayores de 12 a 14 años (Turner y Barrett, 2003). Por otra parte, contradice los resultados encontrados por Bushman y Crowley (2010) y Lonigan, Hooe, David y Kistner (1999) cuyos estudios señalaban que el ajuste del modelo bifactorial incrementaba conforme aumentaba la edad, siendo mejor en adolescentes de 12 a 17 años.

Por lo que, a la luz de los datos encontrados en este estudio se considera que podría usarse exactamente la misma versión del instrumento PANAS-C tanto en niños como en adolescentes. Cheung y Rensvold (2000) han indicado como criterio para que se considere que existen diferencias significativas entre modelos, que la diferencia del CFI entre ellos debe ser de 1 o más. En esta investigación se encuentra una diferencia considerablemente menor entre niños y adolescentes, lo que sugiere que no difieren en cuanto al ajuste del modelo.

Aunado al excelente ajuste del modelo bifactorial en niños y adolescentes mexicanos, este estudio halló que la mayoría de los indicadores que contribuyen a cada una de las escalas fueron adecuados, mostrando buenas cargas factoriales superiores al criterio de .30 considerado como satisfactorio (Nunnally y Bernstein, 1994). No obstante, uno de los reactivos no cumplió con este criterio, Atrevido de AP, al presentar una carga de .28, en el caso de los niños.

La posible explicación de la ausencia de un claro significado teórico de AP para los niños, es que describe más una característica de acción, esto es, propiamente una conducta y no una emoción, aspecto que pretende evaluar la PANAS. Delgado y Contreras (2008) han especulado que el razonamiento o la comprensión de las emociones no es tan fino en los niños como en los adolescentes, y por lo tanto los niños pudieran no lograr entender el reactivo.

Este hallazgo compartido con Laurent et al. (1999) llevó a estos autores a eliminar el reactivo Atrevido, junto con otros dos: Alerta y Valiente, ya que cargaba en un segundo factor que no involucra la experiencia placentera, a pesar de haber presentado una buena carga factorial.

En contraste, se ha encontrado que el reactivo Atrevido puede ser un indicador del AP en poblaciones de mayor edad, dato que es congruente con el desarrollo de las emociones (Delgado y Contreras, 2008). Por ejemplo, Stevanovic, Laurent y Lakinc (2013) ha sugerido que este reactivo es un buen indicador de AP en adolescentes serbios al presentar una carga factorial de .42. Consistentemente, Watson y Clark (1994) en la validación del PANAS –X (este reactivo está dentro de las emociones básicas: autoconfianza) informaron una carga factorial de .42.

En el presente estudio el ítem Atrevido cargó satisfactoriamente al AP en el caso de la muestra de los adolescentes.

Debido de que el reactivo Atrevido carga mejor en poblaciones de mayor edad como es la de los adolescentes y los adultos, se observa que lo anterior es un reflejo del efecto de la edad sobre la expresión de las emociones placenteras (inclusión de las no placenteras como el AN), como ya se ha informado previamente en otros estudios (p. ej., Jacques y Marsh, 2004). Por lo que valdría la pena dar seguimiento al funcionamiento de ese reactivo en niños, adolescentes y adultos. Por lo tanto, en este estudio se sugiere conservarlo debido a que no hace una gran diferencia si se elimina; al excluirlo, el alfa de Cronbach del AP incrementa tan sólo una centésima.

Adicionalmente, tanto en el estudio de Laurent et al. (1999) como en el de Stevanovic et al. (2013) el reactivo Alerta no presentó una buena carga factorial para AP. Sin embargo en el presente estudio, dicho reactivo tiene buena saturación de .32 para niños y .53 para adolescentes. Watson et al. (1988) han encontrado que este reactivo posee una buena carga factorial de .63. Respecto al reactivo Valiente en el estudio de Stevanovic et al. y en el presente estudio cargó adecuadamente en AP, se hallaron cargas factoriales de .46 y de .49, respectivamente. Finalmente Stevanovic et al. encontraron que el reactivo melancolía no era un buen indicador de AN, contrariamente a Laurent et al. (1999) y al presente estudio, que encontró que este reactivo era un buen indicador de AN, pues presenta cargas factoriales de .61 y .71, respectivamente en niños y adolescentes. Por lo que los niños y adolescentes mexicanos comprenden estos ítems sin problema.

Los hallazgos presentes confirman que el AP, a pesar de tener un buen ajuste, no es una dimensión estable dado que le sobran ítems o indicadores, tal como se ha encontrado en estudios previos (Bredemeier et al., 2010; Bruckby et al., 2008; Laurent et al., 1999; Lin et al., 2013; Stevanovic et al., 2013). Por otra parte, se confirma el carácter robusto y general o de orden superior (Edwards, 2001) del AN respecto a las manifestaciones psicopatológicas, tal como se ha indicado en otros estudios (Barlow et al., 1998 como se citó en Mineka et al., 1998; Clark y

Watson, 1991; Watson, 2005, 2009; Watson, Clark y Carey, 1988). En otras palabras, el AN es la dimensión más consistente de las dos.

La segunda hipótesis de este estudio respecto a la evaluación de la validez de constructo proponía que los factores AP y AN, tanto para niños como para adolescentes guardaban una relación ortogonal, tal como lo indica la teoría. Esto es, tienden a correlacionar débilmente y que bajos niveles de afecto negativo no reflejan, ni son el opuesto de, un índice alto de afecto positivo y viceversa (Watson y Clark, 1984; Watson, Clark y Tellegen, 1988; Watson y Tellegen, 1985). Los datos obtenidos en el presente estudio corroboran tal relación en niños y adolescentes mexicanos. La correlación entre los factores para ambas poblaciones fue ligera y negativa. Estos resultados son consistentes con hallazgos previos (Chorpita, Daleiden, Moffitt, Yim y Umemoto, 2000; Lonigan, Hooe, David y Kistner, 1999). Por lo tanto, que las dimensiones sean ortogonales en estas poblaciones, es decir que el AP y el AN compartan escasos componentes o características, indica que tanto los niños como los adolescentes experimentarán estados positivos y ocasionalmente negativos, o a la inversa, podrían experimentar emociones negativas y rara vez positivas, tal como han indicado Watson y Tellegen (1985).

Además de hallarse la validez de constructo de las subescalas del PANAS-C, también se mostró evidencia de su validez convergente y divergente (Nunnally, 2009). Esto es, la correlación de las subescalas del PANAS-C con otros instrumentos, que miden constructos con los que se espera que teóricamente se relacione (Carvajal et al., 2011), específicamente.

El segundo estudio se propuso indagar las relaciones, tanto del AP como del AN, con la ansiedad y la depresión. Existe coincidencia en la literatura de investigación en niños y adolescentes que apoya la propuesta de Watson y Clark de que la ansiedad y la depresión comparten la dimensión de AN y que la ausencia de AP es lo que distingue a la depresión (Carvalho de et al., 2013; Dickel et al., 2012; Figueiredo et al., 2013; Hofheinz y Simon, 2006; Hughes y Kendal, 2009; Sandín, 2003). Por consiguiente, se esperaba hallar correlaciones negativas entre el AP y la depresión, pero ninguna entre éste y la ansiedad. Por

su parte, se esperaba que el AN mostrara correlaciones positivas con la ansiedad, así como con la depresión.

Los datos de la presente investigación brindan evidencia de la validez convergente para la dimensión AN del PANAS-C, al asociarse positivamente tanto con la ansiedad como con la depresión. Por otra parte, los resultados también son congruentes con la noción de que el AP se encuentra ausente en la depresión y, al parecer, desempeña un papel neutro en la ansiedad (Carvalho de et al., 2013; Dickel et al., 2012; Figueiredo et al., 2013; Hofheinz y Simon, 2006; Hughes y Kendal, 2009; Sandín, 2003).

Los hallazgos también aportan evidencia de validez divergente de la PANAS-C. El hecho de haber encontrado correlaciones bajas entre el AP y las escalas Pánico/agorafobia, Fobia social y Ansiedad generalizada confirma los argumentos de Mineka, Watson y Clark (1998), quienes advirtieron que el AP no sólo correlaciona con la depresión, sino también con otros trastornos como fobia social, pánico, etcétera. En el presente estudio dichas relaciones fueron relativamente débiles, lo que se puede explicar a la luz de la propuesta teórica, que la ansiedad comparte principalmente el AN con la depresión, mientras que el AP participa solamente en la explicación de la depresión.

Por consiguiente, la importancia de haber hallado un ajuste satisfactorio del modelo apoya la propuesta de Clark y Watson sobre la existencia de dos dimensiones básicas que comparten los problemas internalizados (Achenbach et al., 2008), además de otras manifestaciones psicopatológicas.

Específicamente el afecto negativo es una dimensión importante y posiblemente el responsable del traslapo entre la ansiedad y la depresión, mostrando evidencia de que los síntomas de ambas oscilan en un mismo continuo, tal como ya se ha advertido en otros estudios (Sandín et al., 1999; Tellegen, 1985; Watson et al., 1995; Watson, 2005). Por lo que, la demostración de la validez tanto del afecto positivo como del negativo tiene repercusiones amplias para el entendimiento del papel que desempeñan estas variables en el desarrollo de la psicopatología o el bienestar psicológico de niños y adolescentes (Cuervo, 2010; Long, Gurka y

Blackman, 2008; Maughan, Cicchetti, Toth y Rogosch, 2007; Newcomb, Mineka, Zinbarg y Griffith, 2007).

Por otra parte, al dar cuenta del traslapo entre la ansiedad y la depresión, este estudio sugiere la existencia del afecto negativo como dimensión que comparten y la posibilidad de prescindir de constructos arbitrarios, como lo es la comorbilidad, término acuñado a partir del modelo categorial. La validez de ambos constructos arroja también luz en apoyo a una concepción dimensional de la psicopatología y al papel que desempeñan el afecto positivo y el afecto negativo como estructura básica del afecto, tal como lo propusieron Watson y Tellegen (1985) en su momento.

Al constituir ambos constructos el meollo de la posible diferenciación conceptual entre ansiedad y depresión, el afecto negativo como la dimensión que comparten, y ausencia del positivo como específica de la depresión, resulta de gran relevancia mostrar su validez como constructos que explican la psicopatología.

Finalmente, además de demostrar que la PANAS-C es un instrumento válido también se demostró su fiabilidad. De acuerdo con Carvajal et al. (2011), la fiabilidad evalúa el grado de consistencia con la que un instrumento mide lo que debe medir. En este sentido existen diferentes maneras para calcular la fiabilidad de un instrumento, entre ellas, la consistencia interna.

Los resultados obtenidos proporcionan evidencia de que las subescalas afecto positivo y afecto negativo del PANAS-C versión mexicana son confiables, ya que las subescalas poseen buenos coeficientes de alfa de Cronbach, .88 para cada una, corroborando la hipótesis. Esto quiere decir que ambas escalas muestran un grado adecuado de homogeneidad entre sus ítems. De acuerdo con los criterios de Kerlinger (1988), el hecho de que ambas escalas tengan una adecuada homogeneidad, aumenta la precisión, la estabilidad y la exactitud del instrumento.

Este hallazgo es consistente con otras investigaciones en niños y adolescentes (Carvalho de et al., 2013; Dickel et al., 2012; Figueiredo, Cerentini, Poletto y Koller, 2013; Hofheinz y Simon, 2006; Robles y Páez, 2003; Sandín, 2003). Por

ejemplo, Laurent et al. (1999) informaron índices de consistencia de .90 para AP y .92 para AN. Incluso estos hallazgos pueden ser comparables con los índices en población adulta. Por ejemplo, Watson, Clark y Tellegen (1988) informaron índices parecidos, .90 para AP y .87 para AN.

Además, para fortalecer la certeza de la fiabilidad de la PANAS-C se evaluó su estabilidad temporal. Este es uno de los primeros estudios que ha considerado al momento de someter a prueba la validez y la fiabilidad del instrumento evaluar la fiabilidad test-retest en niños y en adolescentes. Especialmente en niños no se había observado la estabilidad temporal del PANAS-C y en adolescentes sólo hay uno realizado por Robles y Páez (2003), el cual no arrojó índices adecuados.

Conforme a los criterios sugeridos por Mandeville (2005) y Prieto, Lamarca y Casado (1998) la estabilidad temporal de ambas subescalas PANAS-C fue de moderada a buena. Lo que indica de acuerdo con Carvajal et al. (2011) que las subescalas de la PANAS-C, es decir afecto positivo y afecto negativo, son consistentes a lo largo del tiempo tanto para niños como adolescentes. Este hallazgo ofrece certidumbre sobre su fiabilidad para medir ambas dimensiones en niños y adolescentes mexicanos.

En resumen, resulta de suma importancia contar con un instrumento válido y confiable, tal como es el PANAS-C, que mida el afecto negativo, dado que éste se ha relacionado con una multiplicidad de problemas tanto físicos, por ejemplo enfermedades cardiovasculares (Fredrickson, Mancuso, Branigan y Tugade, 2000), isquemias cerebrales (Ostir, Markides, Peek y Goodwin, 2001), aumento del sistema inmune (Davidson et al., 2003), entre otros; como psicológicos.

Es vasta la investigación que sugiere que el AN o el síndrome del AN (como lo indica Barlow, 2014) es un ingrediente clave para el desarrollo de la psicopatología. Es tanto el interés por conocer sobre este constructo, que se le ha considerado como un elemento común en la etiología de los trastornos emocionales (Allen, Mchugh y Barlow, 2014).

Por lo que sería conveniente investigar cómo se diferencia el afecto negativo de otros constructos como el neuroticismo, la inestabilidad afectiva, tal como previamente mencionaron Miller y Pilkonis (2006) o la desregulación emocional

(Gross, 200). Por ejemplo, Rutter (2009) ha propuesto al AN como una variable mediadora junto con la regulación emocional entre las experiencias tempranas adversas durante la infancia y el desarrollo de síntomas internalizados y externalizados (Achenbach y Rescorla, 2001).

En investigaciones previas se ha informado que la exposición a transacciones padres-hijos defectuosas, que generalmente se emiten a través del rechazo, castigos y la ausencia de calidez y apoyo, se asocia sistemáticamente con deficiencias o la incapacidad para procesar las emociones o la desregulación emocional propiamente (Baker y Hoerger, 2012; Barber, Stolz y Olsen, 2005; Eisenberg et al., 2010). La cual, al mismo tiempo, se alinea con la dimensión afectiva de estados de ánimo negativos. Es decir una deficiente regulación emocional del afecto negativo se expresa en reactividad emocional, sensación de vacío, alienación, quejas somáticas, etcétera. De la misma forma, se ha indicado que el AN es un mediador entre la personalidad de los padres y los problemas externalizados infantiles (Latzman, Elkovitch y Clark, 2009; Oliver, Guerin y Coffman, 2009), tales como la agresividad, conductas delictivas, violación de reglas de convivencia social, entre otros.

La relación del AN con cierto tipo de familias y sucesos de vida que comprometen la regulación emocional de niños y adolescentes, los expone a mayores riesgos de desarrollar psicopatología ya que esta condición podría complicarse y exacerbarse a lo largo del ciclo vital.

A este punto resulta importante subrayar el papel que desempeña el afecto positivo en el bienestar, su medición permite el entendimiento de las emociones positivas como parte del funcionamiento humano. Además de ser considerado importante para el desarrollo del bienestar emocional (Vecina, 2006), por lo cual su medición y evaluación a partir de un instrumento válido y confiable, como es el PANAS-C, es una contribución relevante. Se considera que AP como un factor protector y adaptativo tal como lo indica Bárbara Fredrickson. Asimismo, la expresión de emociones placenteras se ha retomado como la base de la Psicología Positiva propuesta por Seligman. En este contexto, el cultivo de estas emociones se está convirtiendo en un valioso recurso terapéutico y de transformación de la vida ordinaria de muchas personas, en algo plenamente

satisfactorio y con sentido, debido a que permiten a la persona ampliar los repertorios de pensamiento, de acción y construir reservas de recursos físicos, intelectuales, psicológicos y sociales disponibles para momentos futuros de crisis (Vecina, 2006).

Incluso el AP se ha retomado para las terapias de tercera generación como es el Mindfulness o Atención Plena donde el cultivo de emociones positivas acompañadas con técnicas de atención plena y meditación favorece al bienestar emocional (más importante).

La medición certera del AN y AP con instrumentos válidos y confiables como es el PANAS-C será útil para el desarrollo de programas de intervención transdiagnóstico eficaces para aumentar el bienestar psicológico y emocional de las personas y el tratamiento de los síntomas internalizados, tal como el protocolo unificado propuesto por Allen et al. (2014), en el Centro de la ansiedad y trastornos relacionados de la Universidad de Boston.

La propuesta de Allen et al. (2014), con base a los hallazgos de investigación, indica que existen elementos comunes en la etiología de los trastornos mentales como el afecto negativo. Por lo tanto, se orienta al desarrollo de un protocolo unificado transdiagnóstico. Este protocolo unificado el cual tiene principios comunes para el tratamiento psicológico de diversos trastornos emocionales, es decir, que es posible aplicar a la gama de síntomas psicopatológicos, ha recibido un amplio apoyo empírico que considera la extensa coocurrencia y traslazo entre los trastornos emocionales.

6.1 Limitaciones y propuestas a futuro

Una limitación fue que no se logró una muestra suficiente de niños para evaluar el ajuste del modelo bifactorial. A pesar de que este modelo mostró un buen ajuste, el tamaño no cumplía con los criterios señalados por Carretero-Dios y Pérez (2005), quienes indican que por cada ítem corresponden 10 participantes. En este caso la cantidad por ítem fue menor de lo indicado. Lo que se sugiere en estudios posteriores es cuidar el tamaño de la muestra, es decir, que cumpla con los criterios para calcular el ajuste de un modelo.

La investigación futura habrá de avanzar en la exploración la validez y fiabilidad de la PANAS-C y someter a prueba el modelo bifactorial en poblaciones clínicas, así como indagar la invarianza factorial entre niños y adolescentes, y entre sexos, así como indagar si los y las adolescentes experimentan el AP y el AN de diferente manera. Finalmente, el instrumento aquí presentado será clave en investigaciones sobre la influencia de la emoción de la psicopatología y, en general, en el funcionamiento humano.

Referencias

- Abreu, J. L. (2012). Constructos, variables, dimensiones, indicadores y congruencia. *Internacional Journal of Good Conscience*, 7(3), 123-130.
- Achenbach, T. M., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H. C., & Rothenberger, A. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: Research findings, applications, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied Disciplines*, 49(3), 251-275.
- Aguilar-Gaxiola, S., & Deeb-Sossa, N. (s.f). La investigación en epidemiología psiquiátrica y la Encuesta Mundial de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud en América Latina y el Caribe. En J.J Rodriguez, R. Kohn & S Aguilar-Gaxiola, *Epidemiología de los trastornos mentales en America latina y el Caribe* (pp. 35-53).Washington: Organizacion Panamericana de la Salud.
- Agudelo, D., Buela-Casal, G., & Spielberger, C. D. (2007). Ansiedad y depresión: El problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental*, 30(2), 33-41.
- Agudelo, D., Spielberger, C. D., & Buela-Casal, G. (2007). La depresión: ¿Un trastorno dimensional o categorial? *Salud Mental*, 30(3), 20-28.
- Alarcón, R. D. (2010).Hacia nuevos sistemas de diagnóstico: Proceso, preguntas y dilemas. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(2), 37-39.
- Allen, L. B., Mchugh, K., & Barlow. D. H. (2014). Emotional Disorders: A Unified Protocol. En D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (216-249). New York: The Guilford Press.
- Alvaro, P. K., Roberts, R. M., & Harris, J. K. (2013). A systematic review assessing bidirectionality between sleep disturbances, anxiety and depression. *Sleep*, 36(7), 1059-1068.
- Anastasi, A. (1988). *Psychological testing* (6th ed.). New York: Macmillan Publishing Company. Inc.
- Anderson, E. R., & Hope, A. D. (2008). A review of the Tripartite Model for understanding the link between anxiety and depression in youth. *Clinical Psychology Review*, 28, 275-287. doi:10.1016/j.cpr.2007.05.004
- Angst, J. (1997). Depression and anxiety: Implications for nosology, course, and treatment. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 58(8), 3-5.
- Angst, J., Merikangas, K. R., & Preisig, M. (1997). Subthreshold syndromes of depression and anxiety in the community. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 58(8), 6-10.
- Aragonés, E., Piñol, J. L., & Labad, A. (2009). Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. *Atención Primaria*, 41(10), 545-551. doi: 10.1016/j.aprim.2008.11.011
- Arbesú, J. A., González, V. M., & Torquero, F. (2006). Depresión y ansiedad. *Análisis de la prevalencia y su manejo en atención primaria*. Madrid: IM&C.
- Arias, B. (2008). Desarrollo de un ejemplo de análisis factorial confirmatorio con LISREL, AMOS y SAS. Trabajo presentado en el seminario de actualización en Investigación sobre discapacidad SAID 2008. Universidad de Valladolid. Recuperado de <http://www.benitoarias.com/articulos/afc.pdf>.

- Artigas-Pallarés, J. (2011). ¿Sabemos qué es un trastorno? Perspectivas del DSM 5. *Revista de Neurología*, 52(1), S59-S69.
- Ashby, F. G., Isen, A. M., & Turken, A. U. (1999). A neuropsychological theory of positive affect and its influence on cognition. *Psychological Review*, 106(3), 529-550.
- Baker, C. N., & Hoerger, M. (2012). Parental child-rearing strategies influence self-regulation, socio-emotional adjustment, and psychopathology in early adulthood: Evidence from a retrospective cohort study. *Personality and Individual Differences*, 52(7), 800-805.
- Balluerka, N., Gorostiaga, A., Alonso-Arbiol, I., & Haranburu, M. (2007). La adaptación de instrumentos de medida de unas culturas a otras: Una perspectiva práctica. *Psicothema*, 19(1), 124-133.
- Barber, B. K., Stolz, H. E., & Olsen, J. A. (2005). Parental support, psychological control, and behavioral control: Assessing relevance across time, culture, and method. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 70, 130-137.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. (2da.ed.). New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., & Duran, V. M. (2001). Evaluación clínica y diagnóstico. En *Psicología anormal*. (pp.90-98). México: Thomson.
- Barra de la, F. (2009). Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudios de prevalencia. *Revista de Chilena Neuro-Psiquiatría*, 47(4), 303-314.
- Behar, R., Barahona, M., Iglesias, B., & Casanova, D. (2007). Trastorno depresivo, ansiedad social y su prevalencia en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 45(3), 211-220.
- Benjet, C., Hernández-Guzmán, L., Tercero-Quintanilla, G., Hernández-Roque, A., & Chartt-León, R. M. (1999). Validez y confiabilidad de la CES-D en peri-púberes. *Revista Mexicana de Psicología*, 16(1), 175-185.
- Bernstein, A., Stickle, T. R., Zvolensky, M. J., Taylor, S., Abramowitz, J., & Stewart, S. (2010). Dimensional, categorical, or dimensional-categories: Testing the latent structure of anxiety sensitivity among adults using Factor-Mixture Modeling. *Behavior Therapy*, 41(4), 515-529.
- Besteiro, J., Lemos, S., Muñiz, J., García, E., & Álvarez, M. (2007). Dimensiones de los trastornos de personalidad en el MCMI-II. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 295-306.
- Billings, D. W., Folkman, S., Acree, M., & Moskowitz, T. J. (2000). Coping and physical health during caregiving: The roles of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(1), 131-142. doi: 10.1037//0022-3514.79.1.131

- Bjelland, I., Lie, S. A., Dahl, A. A., Mykletun, A., Stordal, E., & Kraemer, H. C. (2009). A dimensional versus a categorical approach to diagnosis: Anxiety and depression in the HUNT 2 study. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 18*(2), 126-137. doi: 10.1002/impr.284
- Bolle de, M., Clercq de, B., Decuyper, M., & Fruyt de, F. (2011). Affective determinants of anxiety and depression development in children and adolescents: An individual growth curve analysis. *Child Psychiatry & Human Development, 42*, 694-711. doi: 10.1007/s10578-011-0241-6
- Bolle de, M., & Fruyt de, F. (2010). The Tripartite Model in childhood and adolescence: Future directions for developmental research. *Child Development Perspectives, 4*(3), 174-180.
- Bousoño M., & Jiménez L. (2005). Comorbilidad del trastorno de ansiedad generalizada. *En Monografía Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). Monografías de Psiquiatría, 17*(1): 9- 13.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Bredemeier, K., Spielberg, J.M., Levin, R., Berenbaum, H., Heller, W., & Miller, G. (2010). Screening for depressive disorders using the MASQ anhedonic depression scale: A receiver-operator characteristic analysis. *Psychological Assessment, 22*(3), 702-710.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2005). Dimensional versus categorical classification of mental disorders in the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders and beyond: Comment on the special section. *Journal of Abnormal Psychology, 114*(4), 551-556. doi: 10.1037/0021-843X.114.4.551
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment, 21*(3), 256-257.
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 179-192.
- Buckby, A. J., Cotton, A.M., Cosgrave, E.M., Killackey, E.J., & Yung, A. R. (2008). A factor analytic investigation of the Tripartite Model of affect in a clinical sample of young Australians. *BioMed Central, 8*(79), 1-12. doi: 10.1186/1471-244X-8-79
- Buckholdt, K. E., Parra, G. R., & Jobe-Shields, L. (2009). Emotion regulation as a mediator of the relation between emotion socialization and deliberate self-harm. *The American Journal of Orthopsychiatry, 79*(4), 482-490. doi: 10.1037/a0016735
- Burges, A. M., & Nakamura, B. J. (2014). An evaluation of the Two-Factor Model of Emotion: Clinical moderators within a large, multi-ethnic sample of

- youth. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36, 124-135. doi: 10.1007/s10862-013-9376-z
- Bushman, B. B., & Crowley, S. L. (2010). Is the structure of affect similar for younger and older children? Cross-sectional differences in negative and positive affectivity. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 28(1), 31-39. doi: 10.1177/0734282909337584
- Calderero, M., Salazar, I. C., & Caballo, V. E. (2011). Una revisión de las relaciones entre el acoso escolar y la ansiedad social. *Psicología Conductual*, 19(2), 393-419.
- Cannon, M. F., & Weems, C. F. (2006). Do anxiety and depression cluster into distinct groups?: A test of Tripartite Model predictions in a community sample of youth. *Depression and Anxiety*, 23(8), 453-460. doi: 10.1002/da
- Cañón-Montañez, W., & Rodríguez-Acelas, A. L. (2010). Desarrollo de la investigación en diagnósticos de enfermería. *Revista Cuidarte*, 1(1), 63-72.
- Caponi, S. (2010). Emil Kraepelin y el problema de la degeneración. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 17, 475-494. doi:10.1590/S0104-59702010000600012
- Carlo, G., Crockett, L. J., Randall, B. A., & Roesch, S.C. (2007). A latent growth curve analysis of prosocial behavior among rural adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, 17(2), 301-324.
- Caron, C., & Rutter, M. (1991). Comorbidity in child psychopathology: Concepts, issues and research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 32(7), 1063-1080.
- Carretero-Dios, H., & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 521-551.
- Carson, R. C. (1991). Dilemmas in the pathway of the DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 302-307. doi:10.1037/0021-843X.100.3.302
- Carson, J. L., & Parke, R. D. (1996). Reciprocal negative affect in parent-child interactions and children's peer competency. *Child Development*, 67(5), 2217-2226. doi: 10.1111/j.1467-8624.1996.tb01853.x
- Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M., & Sanz, A. (2011). ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(1), 63-72.
- Carvalho de, H. W., Andreoli, S. B., Lara, D. R., Patrick, C. J., Quintana, M. I., Bressan, R. A... & Jorge, M. R. (2013). Structural validity and reliability of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Evidence from a large brazilian community sample. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(2), 169-172. doi:10.1590/1516-4446-2012-0957

- Casas, F., Rosich, M., & Alsinet, C. (2000). El bienestar psicológico de los preadolescentes. *Anuario de Psicología*, 31(2), 73-86.
- Cassano, G., Rossi, N., & Pini, S. (2003). Comorbidity of depression and anxiety. En S. Kasper, J. den Boer & J. Sitsen (Eds.), *Handbook of depression and anxiety* (2da. Ed.) (pp.69-90). EUA: Marcel Dekker, Inc.
- Chico, E., & Ferrando, P. J. (2008). Variables cognitivas y afectivas como predictoras de satisfacción en la vida. *Psicothema*, 20(3), 408-412.
- Cheung, G. W., & Rensvold, R. B. (2002). Evaluating Goodness-of-Fit Idexes for testing measurement invariance. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 9(2), 233-255.
- Chorpita, B. F., & Daleiden, E. L. (2002). Tripartite dimensions of emotion in a child clinical sample: Measurement strategies and implications for clinical utility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1150-1160.
- Chorpita, B. F., Daleiden, E. L., Moffitt, C., Yim, L., & Umemoto, L. A. (2000). Assessment of Tripartite factors of emotion in children and adolescents I: Structural validity and normative data of an Affect and Arousal Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 22(2), 141-160.
- Chorpita, B. F., Plummer, C. M., & Moffitt, C. E. (2000). Relations of tripartite dimensions of emotion to childhood anxiety and mood disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(3), 299-310.
- Clark, L. A., & Beck, A. (1997). El estado de la cuestión en la teoría y terapia cognitiva. En I. Caro (Ed.), *Manual de Psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós.
- Clark, L. A., & Watson. D. (1991). Tripartite Model of Anxiety and Depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316-336.
- Clark, L. A., Watson, D., & Reynolds, S. (1995). Diagnosis and classification of psychopathology: Challenges to the current system and future directions. *Annual Review of Psychology*, 46, 121-153.
- Cohen, S., Doyle, W. J., Turner, R. B., Cunet, C. M., Alper, M., & Skoner, D. P. (2003). Emotional style and susceptibility to the common cold. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 652-657. doi: 10.1097/01.PSY.0000077508.57784.DA
- Collins, W. A., & Steinberg, L. 2005. Adolescent development in interpersonal context. En *Handbook of Child Psychology*. Eisenberg: In press.
- Conger, R. D., Cui, M., Bryant, C. M., & Elder, G. H. Jr. (2000). Competence in early adult romantic relationships: A developmental perspective on family influences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(2), 224-237.

- Cournoyer, D. E., Sethi, R. S., & Cordero, A. (2005). Perceptions of parental acceptance-rejection and self-concepts among Ukrainian university students. *Ethos*, 33(3), 335-346. doi: 10.1525/eth.2005.33.3.335
- Crawford, J. R., & Henry, J. D. (2004). The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(3), 245-265.
- Crawford, N. A., Schrock, M., & Woodruff-Borden, J. (2010). Child internalizing symptoms: Contributions of child temperament, maternal negative affect, and family functioning. *Child Psychiatry and Human Development*, 42(1), 53-64. doi: 10.1007/s10578-010-0202-5
- Cuervo, A. (2010). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Perspectivas en Psicología*, 6(2), 1-18.
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F...& Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564-570.
- Delgado, E., & Contreras, A. (2008). Desarrollo emocional. En Delgado, B (Coord.), *Psicología del desarrollo desde la infancia hasta la vejez (35-66 pp.)*. España: McGraw-Hill.
- DeVellis, R. F. (1991). *Scale Development: theory and applications (Applied Social Research Methods Series, Vol. 26)*. Newbury Park: Sage.
- Día, D. A., Harrington, D., & Silverman, W. K. (2010). An examination of the Tripartite Model of anxiety and depression in an outpatient sample of adolescents. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 7 (4), 302-312. doi: 10.1080/19371910903178771
- Dickel S, J., Zortea, M., Zanon, C., Ruschel B, D., Hofheinz G, C., & Hutz, C. S. (2012). Escala de afectos positivos y negativos para adolescentes: Adaptación, normalización y evidencias de validez. *Evaluación Psicológica*. 11(1), 1-12.
- Dubé, E. J. (2008). Evaluación del acuerdo interjueces en investigación clínica: Breve introducción a la confiabilidad interjueces. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17, 75-80.
- Dufey, M., & Fernandez, A. M. (2012). Validity and reliability of the Positive Affect and Negative Affect Schedule (PANAS) in Chilean college students. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 34(1), 157- 173.
- Ebesutani, C., Higan-McMillan, C., Okamura, K., & Chorpita, B. F. (2011). A psychometric analysis of the Positive and Negative Affect Schedule for Children-Parent Version in a school sample. *Psychological Assessment*, 23(2), 406-416. doi: 10.1037/a0022057

- Echeburúa, E., Salaberría, K., & Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la psicología clínica. *Terapia Psicológica*, 32(1), 65-74.
- Edwards, J. (2001). Multidimensional constructs in organizational behavior research: An integrative analytical framework. *Organizational Research Methods*, 4(2), 144-192.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Guthrie, I. K., Murphy, B. C., & Reiser, M. (1999). Parental reactions to children's negative emotions: Longitudinal relations to quality of children's social functioning. *Child Development*, 70(2), 513-534
- Eisenberg, N., Spinrad, T. L., & Eggum, N. D. (2010). Emotion related self-regulation and its relation to children maladjustment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 495-525. doi:10.1146/annurev.clinpsy.121208.131208
- Esbec, E., & Echeburúa, E. (2011). La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(1), 1-11.
- Essau, C. A. (2008). Comorbidity of depressive disorders among adolescents in community and clinical settings. *Psychiatry Research*, 158(1), 35-42.
- Figueiredo, B., Cerentini, J., Poletto, M., & Koller, S. H. (2013). Refinement and psychometric properties of the eight-Item brazilian Positive and Negative Affective Schedule for children (PANAS-C8). *Journal of Happiness Studies*, 14, 1363-1378. doi:10.1007/s10902-012-9383-x
- First, M. B., Pinicus, H. A., Levine, J. B., Williams, J. B., Ustun, B., & Peele, R. (2004). Clinical utility as a criterion for revising psychiatric diagnoses. *The American Journal of Psychiatry*, 161(6), 946-954.
- Folkman, S., & Tedlie, J. (2000). Positive affect and the other side of coping. *The American Psychologist*, 55(6), 647-654. doi: 10.1037//0003-066X.55.6.647
- Fortenberry, K. T., Jansen, K. L., & Clark, M. S. (2013). Positive Affectivity. En M, Gellman ., R, Turner (Eds.), *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. EUA: Springer.
- Frances, A. (2010). Abriendo la caja de pandora las 19 peores sugerencias del DSM-V. Recuperado de <https://psiquiatrianet.wordpress.com/2010/04/19/criticas-al-dsm-v/>
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2(3), 300-319.
- Fredrickson, B. L., & Losada, M. F. (2005). Positive Affect and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychologist*, 60(7), 678-686. doi:10.1037/0003-066X.60.7.678

- Fredrickson, B. L., Mancuso, R. A., Branigan, C., Tugade, M. M. (2000) The undoing effect of positive emotions. *Motivation and Emotion*, 24(4), 237–258.
- Gable, S. L., Reis, H. T., Impett, E. A., & Asher, E. R. (2004). What do you do when things go right? The intrapersonal and interpersonal benefits of sharing positive events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(2), 228-245.
- Gaite, L., Ramírez, N., Herrera, S., & Vazquez-Barquero, J.L. (1997). Traducción y adaptación transcultural de instrumentos de evaluación en psiquiatría: aspectos metodológicos. *Archivos de Neurobiología*, 60(2), 91-111.
- Gámez-Guadix, M., Straus, M. A., Carrobles, J. A., Muñoz-Rivas, M. J., & Almendros, C. (2010). Corporal punishment and long-term behavior problems: The moderating role of positive parenting and psychological aggression. *Psicothema*, 22(4), 529-536.
- García, J., & Lou, S. (2004). Comorbilidad ansiedad-depresión: Problemas diagnósticos. *Claves en Salud Mental*, 3, 1-6.
- García M., G., Saldívar G., A. H., Llanes C., A., & Sánchez J., I. G. (2011). El DSM-V. Luces y sombras de un manual no publicado. Retos y expectativas para el futuro. *Salud Mental*, 34(4), 367-378.
- Gargurevich, R. (2010). Propiedades psicométricas de la versión internacional de la Escala de Afecto Positivo y Negativo- forma corta (I-Spanas SF) en estudiantes universitarios. *Revista Persona*, 3(47), 31-42.
- Gargurevich, R., & Matos, L. (2012). Validez y confiabilidad de Escala de Afecto Positivo y Negativo (SPANAS) en estudiantes universitarios peruanos. *Revista Psicológica Trujillo (Perú)*, 14(2), 208-217.
- Gask, L., Klinkman, M., Fortes, S., Dowrick, C. (2008). Capturing complexity: The case for a new classification system for mental disorders in primary care. *European Psychiatry*, 23(7), 469-476. doi: 10.1016/j.eurpsy.2008.06.006
- Gaviria, S., & Alarcón, R. (2010). Psicopatología y género: Visión longitudinal e histórica a través el DSM. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2), 389-404.
- Gaylord-Harden, N. K., Elmore, C. A., Campbell, C. L., & Wethington, A. (2011). An examination of the Tripartite Model of Depressive and Anxiety Symptoms in african american youth: Stressors and coping strategies as common and specific correlates. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40(3) 360–374. doi: 10.1080/15374416.2011.563467
- Gómez-Maquet, Y. (2007). Cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(3), 435-447.
- González, F. M. (2007). *Instrumentos de Evaluación Psicológica*. La Habana: Ciencias Médicas.
- González, M., Herrero, M., Viña, C., Ibáñez, I., & Peñate, W. (2004). El Modelo Tripartito: Relaciones conceptuales y empíricas entre ansiedad, depresión y afecto negativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(2), 289-304.

- Grajales, T. (1996). *Conceptos Básicos para la Investigación Social de la Serie Textos Universitarios*. Nuevo León, México : Publicaciones Universidad de Monterrey.
- Gross, J. J. (2002). Emotion Regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291. doi:10.1017/S0048577201393198
- Gruenberg, A., & Goldstein, R. (2005). Evaluación multiaxial en el siglo XXI. En K. Phillips, M. First & H. Pinicus, *Avances en el DSM. Dilemas en el Diagnóstico Psiquiátrico* (pp. 143-150). Barcelona: Masson.
- Guimón, J. (2007). Usos y abusos de las dimensiones y espectros en el diagnóstico psiquiátrico. *Avances en Salud Mental Relacional*, 5(2), 1-8.
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioral processes across psychological disorders. A transdiagnostic approach to research and treatment*. New York: Oxford University Press.
- Haslam, N. (2003). Categorical versus dimensional models of mental disorder: The taxometric evidence. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(6), 696-704.
- Heinse, G., Escalante, C., Fernández, R., Galli, E., León, C., Moreno, R., & Vengoechea, J. (1999). The coexistence of depression and anxiety. *Salud Mental*, 22(3), 1-4.
- Helzer, J. E., Kramer, H. C., & Krueger, R. F. (2006). The feasibility and need for dimensional psychiatric diagnoses. *Psychological Medicine*, 36(12), 1671-1680. doi:10.1017/S003329170600821X
- Hernández-Guzmán, L. (2012). Los tratamientos cognitivo conductuales de cara al DSM-V. En J. Obst C. (Comp), *Aportes del siglo XXI a las terapias cognitivas* (pp. 153-167). 1ª ed. Buenos Aires, Argentina: CATREC.
- Hernández-Guzmán, L., Bermúdez-Ornelas, G., Spence, S. H., González, M. J., Martínez-Guerrero, J. I., Aguilar, J., & Gallegos, J (2009). Versión en español de la Escala de Ansiedad para niños de Spence (SCAS). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1), 13-24.
- Hernández-Guzmán, L., Bribiesca-Chávez, C., Freyre, M.-Á., Santiago G, A. L., Zamudo S, A., Contreras-Váldez, J.A., & Paredes-García, J.A. (2014). Validación de la Escala del Afecto Positivo y Negativo (PANAS) en niños y adolescentes mexicanos [Instrumento de medición]. Facultad de psicología. Universidad Autónoma de México.
- Hernández-Guzmán, L., Palacio Del, A., & Freyre, M. (2010). Un algoritmo único para el tratamiento de los trastornos de ansiedad y depresión: Una perspectiva dimensional de la psicopatología. UNAM. Manuscrito no publicado.
- Hernández-Guzmán, L., Palacio Del, A., Freyre, M., & Alcázar-Olán, R. (2011). La perspectiva dimensional de la psicopatología. *Revista Mexicana de Psicología*, 28(2), 11-120.
- Hofheinz G, C., & Simon H, C. (2006). Escala de Afecto Positivo y Negativo: Estudios de construcción y validación. *Psicología Escolar y Educacional*. 10(2), 235-245.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*,(1), 1-55. doi:10.1080/10705519909540118

- Huberty, T. J. (2012). The developmental psychopathology of anxiety. En T.J, Huberty (Ed.), *Anxiety and Depression in Children and Adolescents: Assessment, Intervention, and Prevention* (pp.29-53). EUA: Springer.
- Hudziak, J. J., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., & Pine, D. S. (2007). A dimensional approach to developmental psychopathology. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16(1), 16-23.
- Hughes, A. A., & Kendall, P.C. (2009). Psychometric properties of the Positive and Negative Affect Scale for children (PANAS-C) in children with anxiety disorders. *Child Psychiatry and Human Development*, 40, 343-352. doi: 10.1007/s10578-009-0130-4
- Hyman, S. (2005). Prefacio. En K. Phillips, M. First & H. Pincus, *Avances en el DSM. Dilemas en el diagnóstico psiquiátrico* (pp. IX-XIX). Barcelona, España: Masson.
- Jacques K , H. A., & Marsh , E. J. (2004). A Test of the Tripartite Model of anxiety and depression in elementary and high school boys and girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(1),13-25.
- Jadue, G. (2001). Algunos efectos de la ansiedad en el rendimiento escolar. *Estudios pedagógicos*, 27, 111-118.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Chen, H., Kasen, S., & Brook, J. S. (2006). Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 63, 579-587. doi: 10.1001/archpsyc.63.5.579
- Kamphuis, J., & Noordhof, A. (2009). On categorical diagnoses in DSM-V: Cutting dimensions at useful points? *Psychological Assessment*, 21(3), 294-301. doi: 10.1037/a0016697
- Kappes, B. M. (1983). Sequence effects of relaxation training, EMG, and temperature biofeedback on anxiety, symptom report, and self-concept. *Journal of Clinical Psychology*, 39(2), 203-208.
- Kass, F., Skodol, A. E., Charles, E., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (1985). Scaled ratings of DSM-III personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 142(5), 627-630.
- Karavidas, M., Lehrer, P. M., Vaschillo, E., Vaschillo, B., Marin, H., Buyske, S... & Hassett, A. (2007). Preliminary results of an open label study of heart rate variability biofeedback for the treatment of major depression. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 32(1), 19-30. doi: 10.1007/s10484-006-9029-z
- Kendler, K., & Gardner, C. (1998). Boundaries of major depression: An evaluation of DSM-IV criterial. *The American Journal of Psychiatry*, 155(2), 172-177.
- Kendell, R. (2003). Cinco criterios para mejorar la clasificación de los trastornos mentales. En J. Helzer & J. Hudziak, *La definición de la psicopatología en el siglo XXI. Más allá del DSM-V* (pp.3-18). Barcelona: Ars Médica.
- Kendell, R., & Jablensky, A. (2003). Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *The American Journal of Psychiatry*, 160(1), 4-12.
- Kerlinger, F. (1985). *Enfoque conceptual de la investigación del comportamiento*. México: Interamericana.
- Kerlinger, F. (1988). *Investigación del comportamiento: Técnicas y Metodología*. (2da ed). Mexico: Interamericana.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M...& Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R

- psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8-19.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627.
- Kim, K. J., Conger, R. D., Lorenz, F. O., & Elder, G. H. (2001). Parent-adolescent reciprocity in negative affect and its relation to early adult social development. *Developmental Psychology*, 37(6), 775-790.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling*. Nueva York, NY, E.U.: The Guilford Press.
- Kochanska, G. (1997). Mutually responsive orientation between mothers and their young children: Implications for early socialization. *Child Development*, 68(1), 94-112.
- Kraemer, H. C. (2007). DSM categories and dimensions in clinical and research contexts. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16 (S1), S8-S15. doi:10.1002/mpr.211
- Kraemer, H. C., Noda, A., O'Hara, R. (2004). Categorical versus dimensional approaches to diagnosis: Methodological challenges. *Journal of Psychiatric Research*, 38(1), 17-25. doi: 10.1016/S0022-3956(03)00097-9
- Krueger, R. F. (1999). The structure of common mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 56(10), 921-926.
- Krueger, R. (2003). Comorbilidad: Perspectivas psicométricas. En J. Helzer, J. Hudziak, *La definición de la psicopatología en el siglo XXI. Más allá del DSM-V*. (pp. 43-58). Barcelona: Ars Médica.
- Krueger, R. F., & Bezdjian, S. (2009). Enhancing research and treatment of mental disorders with dimensional concepts: Toward DSM-V and ICD-11. *World Psychiatry*, 8(1), 3-6. doi:10.1002/j.2051-5545.2009.tb00197.x
- Krueger, R. F., & Piasecki, T. M. (2002). Toward a dimensional and psychometrically-informed approach to conceptualizing psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 40(5), 485-499.
- Krueger, R. F., Watson, D., & Barlow, D. H. (2005). Introduction to the special section: Toward a dimensionally based taxonomy of psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 491-493.
- Kupfer, D. J. (2005). Dimensional models for research and diagnosis: A current dilemma. *Journal of Psychology*, 114(4), 557-559. doi: 10.1037/0021843X.114.4.557
- Lacalle, M (2009). Escalas DSM del CBCL y YSR en niños y adolescentes que acuden a consulta en servicios de salud mental (Tesis Doctoral). Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Barcelona.

- Latzman, R. D., Elkovitch, N., & Clark, L. A. (2009). Predicting parenting practices from maternal and adolescent sons' personality. *Journal of Research in Personality, 43*(5), 847-855. doi: 10.1016/j.jrp.2009.05.004
- Laurent, J., Catanzaro, S. J., Rudolph, K. D., Joiner, T. E., & Potter, K. I. (1999). A measure of positive and negative affect for children: Scale development and preliminary validation. *Psychological Assessment, 11*(3), 326-338.
- Lavilla, M., Molína, D., & López, B. (2009). Qué es Mindfulness. En M, La villa., D, Molína., & B, López (Eds.), *Mindfulness: Como practicar el aquí y el ahora* (pp.16-29).EUA: PAIDOS IBERICA.
- Lemos, V. (2013). La operacionalización de constructos psicológicos en la infancia dificultades y propuestas de superación. *Anuario de Psicología, 43*(2), 189-199.
- Levin, S., Matusevich, D., & Nemirovsky, M. (2008). Categoría y dimensión en psiquiatría. *VERTEX. Revista Argentina de Psiquiatría, 19*, 189-195.
- Liberalesso, A. (2002). Bienestar subjetivo en la vida adulta y en la vejez: Hacia una psicología positiva en América Latina. *Revista Latinoamericana de Psicología, 34*(1-2), 55-74.
- Livesley, W. J. (2005). Dilemas diagnósticos en la clasificación de los trastornos de la personalidad. En K. A. Phillips, M. B. First, & H. A. Pinicus, *Avances en el DSM. Dilemas en el diagnóstico psiquiátrico* (pp.151-183). Barcelona, España: Masson.
- Long, C. E., Gurka, M. J., & Blackman, J. A. (2008). Family stress and children's language and behavior problems: Results from the National Survey of Children's Health. *Topics in Early Childhood Special Education, 28*(3), 148-157.
- Lonigan, C. J., Hooe, E. S., David, C. F., & Kistner, J. A. (1999). Positive and negative affectivity in children: Confirmatory factor analysis of a Two-Factor Model and its relation to symptoms of anxiety and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(3), 374-386.
- Lyubomirsky ,S., King, L. A., & Diener, E. (2005) The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin, 131*(6), 803-855.
- Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. En P. H. Mussen (Series Ed.) & E. M. Hetherington (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality, and social development* (4th ed., pp. 1-101). New York: Wiley.
- Mammen, O. K., Kolko, J. D., & Pilkonis, A. P.(2002). Negative affect and parental aggression in child physical abuse. *Child Abuse & Neglect, 26*(4), 407-424.

- Mandeville, P. (2005). El coeficiente de correlación intra clase (ICC). *Ciencia UANL*, 8(3), 414-416.
- Maughan, A., Cicchetti, D.; Toth, S. L. & Rogosch, F. (2007). Early-occurring maternal depression and maternal negativity in predicting young children's emotion regulation and socioemotional difficulties. *Journal abnormal child psychology*, 35(5), 685-703.
- Markon, K. E., Chmielewski, M., & Miller, C. J. (2011). The reliability and validity of discrete and continuous measures of psychopathology: A quantitative review. *Psychological Bulletin*, 137(5), 856-879. doi: 10.1037/a0023678
- Martín, J. (2006). Los diagnósticos y el DSM-IV. Recuperado de <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo15.pdf>
- Martínez, B., & Rico, D. (2013). ¿Qué modificaciones nos esperan? [En línea]. Boletín Digital UNIDIS, 2 (2013, febrero). Recuperado de <http://roderic.uv.es/handle/10550/26331>
- Maser, J. D., Kaelber, C., & Weise, R. F. (1991). International use and attitudes toward DSM-III and DSM-III-R: Growing consensus in psychiatric classification. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 271-279.
- Maser, J. D., & Patterson, T. (2002). Spectrum and nosology: Implications for DSM. *Psychiatric Clinics of North America*, 25(4), 855-885.
- McEvoy, P., Nathan, P., & Northon, P. (2009). Efficacy of transdiagnostic treatments: A review of published outcome studies and future research directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23(1), 20-33.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C... & Aguilar-Gaxiola, L. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
- Mellor M, B., & Aragona, M. (2009). De la categoría a la dimensión: Una mirada crítica a la evolución de la nosografía psiquiátrica. *Revista de Asociación Española Neuropsiquiátrica*, 29(103), 217-228.
- Meneses, J. (2014). Fundamentos de psicometría. En J. Meneses (Coord.), M. Barrios, A. Bonillo, A. Cosculluela, & L. M. Lozano, *Psicometría*. Barcelona: Editorial UOC.
- Miller, J. D. & Pilkonis, P. A. (2006). Neuroticism and affective instability: The same or different? *American Journal of Psychiatry*, 163(5), 839-845.
- Millon, T. (1991). Classification in psychopathology: Rationale, alternatives, and standards. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 245-261. doi:10.1037/0021-843X.100.3.245
- Mikulic, I (s.f). Construcción y adaptación de pruebas psicologicas. Recuperado de <http://datateca.unad.edu.co/contenidos/401517/5U2construccion.pdf>

- Mineka, S., Watson, D., & Clark, L. A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology*, 49, 377-412.
- Moral de la Rubia, J. (2011). La escala del afecto positivo y negativo (PANAS) en parejas casadas mexicanas. *CIENCIA ego sum*, 18(2), 117-125.
- Moratalla, B., & Pérez, T. (2000). Trastornos subumbrales en psiquiatría. *Psiquiatría Pública*, 12(3), 289-291.
- Moriondo, M., Palma de, P., Medrano, L. A., & Murillo, P. (2011). Adaptación de la Escala de Afectividad Positiva y Negativa (PANAS) a la población de adultos de la ciudad de Córdoba: Análisis psicométricos preliminares. *Universitas Psychologica*, 11(1), 187-196.
- Navarro, M. I., & García-Villamizar, D. A. (2011). Comorbilidad entre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y los trastornos internalizantes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 295-304.
- Newcomb, K., Mineka, S., Zinbarg., R. E. & Griffith, J. W. (2007). Perceived family environment and symptoms of emotional disorders: The role of perceived control, attributional style, and attachment. *Cognition Therapy Research*, 31,419-436.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Lombardo, E. (2006). De la formulación de caso al diseño de tratamiento: Uso de un modelo de resolución de problemas. En A. M, Nezu., C. M, Nezu., & E. Lombardo (Eds.). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: Un enfoque basado en problemas*. (pp. 3-5). México: Manual Moderno.
- Nunnally, J. (2009). *Teoría psicométrica*. México: Trillas.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Oliver, P. H., Guerin, D. W., & Coffman, J. K. (2009). Big five parental personality traits, parenting behaviors, and adolescent behavior problems: A mediation model. *Personality and Individual Differences*, 47(6), 631-636. doi: 10.1016/j.paid.2009.05.026
- OMS (2012). Depresión. Página Oficial de la OMS Recuperado el 15 de abril del año 2015 en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Ospina-Ospina, F., Hinestrosa-Upegui, M. F., Paredes, M. C., Guzmán, Y., & Granados, C. (2011). Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chia, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 13(6), 908-920.
- Ostir, G. V., Markides, K. S., Peek, K., & Goodwin, J. S. (2001). The associations between emotional well-being and the incidence of stroke in older adults. *Psychosomatic Medicine*, 63(2),210–215.
- Organización Panamericana de la Salud (2008). Jóvenes: Opciones y cambios. EEUU: Organización Mundial de la Salud.

- Ortiz, A., & Lozano, C. (2005). El incremento en la prescripción de antidepresivos. *Atención Primaria, 35*(3), 94-101.
- Padrós, F., Soria-Mas, C., & Navarro, G. (2012). Afecto positivo y negativo: ¿Una dimensión bipolar o dos dimensiones unipolares independientes? *Interdisciplinaria, 29*(1), 151-164.
- Paley, B., Conger, R. D., & Harold, G. T. (2000). Parents' affect, adolescent cognitive representations, and adolescent social development. *Journal of Marriage and the Family, 62*(3), 761-776.
- Park, N., Peterson, C., & Sun, J. K. (2013). La Psicología Positiva: Investigación y aplicaciones. *Terapia Psicológica, 31*(1), 11-19.
- Paulussen-Hoogeboom, M., Stams, G., Hermanns, G., Peetsma, T., & Van den Wittenboer, G. (2008). Parenting style as a mediator between children's negative emotionality and problematic behavior in early childhood. *The Journal of Genetic Psychology, 169*(3), 209-226.
- Pelechano, V., Peñate, W., Ramirez, G., & Díaz, F. (2005). Bienestar emocional e inteligencia en la pubertad y la adolescencia. *Análisis y Modificación de la Conducta, 31*(140), 655-679.
- Pérez, J.I., & Garaigordobil, M. (2004). Relaciones de la socialización con inteligencia, autoconcepto y otros rasgos de la personalidad en niños de 6 años. *Apuntes de Psicología, 22*(2), 153-169.
- Pérez-Gil, J. A., Chacón, S., & Moreno, R. (2000). Validez de constructo: El uso de análisis factorial exploratorio-confirmatorio para obtener evidencias de validez. *Psicothema, 12*(2), 442-446.
- Pervanidou, P., Bastaki, D., Chouliaras, G., Papanikolaou, K, Laios, E., Kanaka-Gantenbein, C., & Chrousos, G.P. (2013). Circadian cortisol profiles, anxiety and depressive symptomatology, and body mass index in a clinical population of obese children. *Stress, 16*(1), 34-43. doi: 10.3109/10253890.2012.689040
- Peterson, C., Bishop, M. P., Fletcher, C. W., Kaplan, M. R., Yesko, E. S., Moon, C. H... & Michaels, A. J. (2001). Explanatory style as a risk factor for traumatic mishaps. *Cognitive Therapy and Research, 25*(6), 633-649.
- Phillips, K. A., Price, L. H. Greenberg, B. D., & Rasmussen, S. A. (2005). ¿Deberían cambiarse las agrupaciones diagnósticas del DSM? En K. Phillips, M. B. First & H. A. Pinicus, *Avances en el DSM. Dilemas en el diagnóstico psiquiátrico* (pp.57-83). Barcelona, España: Masson.
- Picles, A., & Angold, A. (2003). Natural categories or fundamental dimensions: On carving nature at the joints and the rearticulation of psychopathology. *Development and Psychopathology, 15*(3), 529-551. doi:10.1017.S0954579403000282
- Pine, D., Alegría, M., Cook, E., Costello, E., Dahl, R., Koretz, D... & Vitiello, B. (2004). Avances en las ciencias del desarrollo y DSM-V. En D. Kupfer, M

- First, & D. Regier, *Agenda de Investigación para el DSM-V* (pp. 85-122). Barcelona: Masson.
- Pinicus, H. A., Mcqueen, L. E., & Elinson, L. (2005). Trastornos mentales subliminales. En K. Phillips, M. B. First & H. A. Pinicus, *Avances en el DSM. Dilemas en el diagnóstico psiquiátrico* (pp.127-142). Barcelona, España: Masson.
- Poland, J., Von Eckardt, E., & y Spaulding, W. (1994). Problems with the DSM approach to classifying psychopathology. Recuperado de https://www.academia.edu/237138/Problems_with_the_DSM_Approach_to_Classifying_Psychopathology
- Pressman, S. D., & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131(6), 925–971.
- Prieto, L., Lamarca, R., & Casado, A. (1998). La evaluación de la fiabilidad en las observaciones clínicas: El coeficiente de correlación intraclase. *Medicina Clínica*, 110(4), 142-145.
- Ramírez, M. (2002). Prácticas de crianza de riesgo y problemas de conducta en los hijos. *Apuntes de Psicología*, 20(2), 273-282.
- Ramírez, M. (2007). Los padres y los hijos: variables de riesgo. *Educación y Educadores*, 10(1), 27-37.
- Reguant, M., & Martínez-Olmo, F. (2014). *Operacionalización de conceptos/variables*. Barcelona: Dipòsit Digital de la UB.
- Reiner, R. (2008). Integrating a portable biofeedback device into clinical practice for patients with anxiety disorders: Results of a pilot study. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 33(1), 55-61.
- Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2002). Risky Families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128(2), 330-366. doi: 10.1037//0033-2909.128.2.330
- Ribé, J. M. (2010). La trastienda de la psicofarmacología: El influjo biopsicosocial sobre la psicofarmacología en los procesos diagnósticos y terapéuticos de los trastornos depresivos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(107), 447-465.
- Rief, W., Hiller, W., Geissner, E., & Fichter, M. M. (1995). A two-year follow-up study of patients with somatoform disorders. *Psychosomatics*, 36 (4), 376-386.
- Robles, R., & Páez, F., (2003). Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS). *Salud Mental*, 26(1), 69-75.

- Rodriguez, J. J., Kohn, R., & Aguilar, S. (2010). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 28(2), 1-3.
- Rohner, R. P. (2001). *Handbook for the study of parental acceptance and rejection*. (Rev. ed.). Storrs, CT: Rohner Research Publications.
- Romero A, K., Canals, J., Hernández Martínez, C., Jané B, M. C., Viñas, F., & Domenech-Llaberia, E. (2010). Comorbilidad entre los factores de ansiedad del SCARED y la sintomatología depresiva en niños de 8-12 años. *Psicothema*, 22(4), 613-618.
- Rutter, M. (2003). Categories, dimensions, and the mental health of children and adolescents. *Annals of New York Academy of Sciences*, 1008, 11-21. doi: 10.1196/annals.1301.002
- Rutter, M. (2009). Understanding and testing risk mechanisms for mental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(1-2), 44-52. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01976.x
- Salters-Pedneault, K. & Diller, J. W. (2013). A preliminary study of anxiety, negative affect, experiential avoidance, and delaying of aversive events. *Behavior Change*, 30(4), 241-248. doi 10.1017/bec.2013.23
- San Juan, P., Pérez-García, A. M., Rueda, B., & Ruiz, M. A. (2008). Estilos explicativos y afecto negativo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(1), 45-52.
- Sandín, B. (2003). Escalas PANAS de Afecto Positivo y Negativo para niños y adolescentes (PANASN). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(2), 173-182.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A., & Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11(1), 37-51.
- Sandín, B., Chorot, P., & Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología*, 17(3), 185-203.
- Sandín, B., Valiente, R. M., & Chorot, P. (2009). RCADS: Evaluación de los síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión en niños y adolescents. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(3), 193-206.
- Sansinenea, E., Gil de Montes, L., Aguirrezabal, A., & Garaigordobil, M. (2010). Predictores del afecto positivo: El papel de la autonomía percibida y el estilo de afrontamiento. *Ansiedad y Estrés*, 16(1), 71-82.
- Schmidt, V., Firpo, L., Vion, D., De Costa, O., Casella, M. E., Cuenya, L., & Pedrón, V. (s.f). Modelo psicobiológico de Personalidad de Eysenck. *Revista Internacional de Psicología*, 11(2), 1-21.

- Shankman, S. A., & Klein, D. N. (2003). The relation between depression and anxiety: An evaluation of the tripartite, approach-withdrawal and valence-arousal models. *Clinical Psychology Review, 23*(4), 605-637.
- Silva, C., & Schiattino, I. (2008). Modelos de ecuaciones estructurales ¿Qué es eso? *Ciencia y trabajo, 10*(29), 106-110.
- Smith, A. B. (2006). The state of research on the effects of physical punishment. *Social Policy Journal of New Zealand, 27*, 114-127
- Spence, S. H. (1997). Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study, *Journal of Abnormal Psychology, 106*, 280-297.
- Stephoe, A., Wardle, J., & Marmot, M. (2005). Positive affect and health-related neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory processes. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 102*(18), 6508–6512.
- Stevanovic, D., Laurent, J., & Lakic, A. (2013). Measuring positive and negative affect and physiological hyperarousal among Serbian youth. *Journal of Personality Assessment, 95*(1), 107-117. doi: 10.1080/00223891.2012.718301
- Stice, E., Ragan, J., & Randall, P. (2004). Prospective relations between social support and depression: Differential directions of effects for parent and peer support? *Journal of Abnormal Psychology, 113*, 155-159. doi: 10.1037/0021-843X.113.1.155
- Terracciano, A., McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (2003). Factorial and construct validity of the Italian Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). *European Journal of Psychological Assessment, 19*(2), 131-141.
- Thompson, E.R. (2007). Development and validation of an internationally reliable short-form of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). *Journal of Cross-Cultural Psychology, 38*, 227-242. doi: 10.1177/0022022106297301
- Tortella-Feliu, M., Balle, M., & Sesé, A. (2010). Relationships between negative affectivity, emotion regulation, anxiety, and depressive symptoms in adolescents as examined through structural equation modeling. *Journal of Anxiety Disorders, 24*, 686-693. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.04.012
- Tsou, J. Y. (2011). The importance of history for philosophy of psychiatry: The case of the DSM and psychiatric classification. *Journal of the Philosophy of History, 5*, 445-469.
- Tuccitto, D. E., Giacobbi, P. R. Jr., & Walter, L. L. (2010). The Internal structure of positive and negative affect: A confirmatory factor analysis of the PANAS. *Educational and Psychological, 70*(1), 125-141. doi: 10.1177/0013164409344522

- Tuesca, R., & Navarro, E. (2012). Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Salud Uninorte*, 17, 19-28. doi: 10.1037/0022-006X.71.4.826
- Turner, C. M., & Barrett, P. M. (2003). Does age play a role in the structure of anxiety and depression in children and youths? An investigation of the Tripartite Model in three age cohorts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 826-833.
- Urretavizcaya, M. (2006). Árbol de decisión: Estados ansioso-depresivos. *Psiquiatría y Atención Primaria*, 1-3.
- Vallance, A., & Garralda, E. (2008). Anxiety disorders in children and adolescents. *Psychiatry*, 7, 325-330.
- Vallejo, J. (2007). Depresión Subumbral. *Psiquiatría Biológica*, 14(6), 211-116.
- Vallejo R., J., Gastó F., C., Cardoner A., N., & Catalán C., R. (2002). *Comorbilidad de los trastornos afectivos*. Barcelona, España: Ars Médica.
- Van Lang, N. D. J., Ferdinand, R. F., Ormel, J., & Verhulst, F. C. (2006). Latent class analysis of anxiety and depressive symptoms of the youth self report in a general population sample of young adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 44(6), 849-860. doi:10.1016/j.brat.2005.06.004
- Vecina, M. L. (2006). Emociones positivas. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 9-17.
- Verheul, R. (2005). Clinical utility of dimensional models for personality pathology. *Journal of Personality Disorders*, 19(3), 283-302.
- Villodas, F., Villodas, M. T., & Roesch, S. (2011). Examining the factor structure of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) in a multiethnic sample of adolescents. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. 44(4), 193-203.
- Walters, G. D.(2013).Dimensions vs Categories in Psychiatric Diagnosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(6).532-533.
- Watson, D. (2005). Rethinking the mood and anxiety disorders: A quantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 522-536.
- Watson, D. (2009). Differentiating the mood and anxiety disorders: A Quadripartite Model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 221-147. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153510
- Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96(3), 465-490.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1994). The PANAS-X: Manual for the Positive and Negative Affect Schedule - expanded form. Recuperado de http://ir.uiowa.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1011&context=psychology_pubs

- Watson, D., Clark, L. A., & Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 97*(3), 346-353.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*(6), 1063-1070.
- Watson, D., Clark, L. A., Weber, K., Smith, J., Strauss, M., & McCormick, R. A. (1995). Testing a Tripartite Model: I Evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety and depression symptom scales. *Journal of Abnormal Psychology, 104*(1), 3-14.
- Watson, D., Gamez, W., & Simms, L. J. (2005). Basic dimensions of temperament and their relation to anxiety and depression: A symptom-based perspective. *Journal of Research in Personality, 39*, 46-66. doi:10.1016/j.jrp.2004.09.006
- Watson, D., O'Hara, M. W., & Stuart, S. (2008). Hierarchical structures of affect and psychopathology and their implications for the classification of emotional disorders. *Depression and Anxiety, 25*, 282-288.
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin, 98*(2), 219-235.
- Widakowich, C. (2012). El enfoque dimensional vs el enfoque categórico en psiquiatría: Aspectos históricos y epistemológicos. *ALCMEON. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, 17*, 365-374.
- Widiger, T. A., & Clark, L. A. (2000). Toward DSM-V and the classification of psychopathology. *Psychological Bulletin, 126*, 946-963. doi:10.1037/0033-2909.126.6.946
- Widiger, T. A., Livesley, J. W., & Clark, L. A. (2009). An integrative dimensional classification of personality disorder. *Psychological Assessment, 21*(3), 243-255.
- Widiger, T. A., & Samuel, D. B. (2005). Diagnóstico categórico y dimensional?: Una cuestión para el DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology, 114*(4), 494-504.
- Widiger, T. A., & Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common group. *Journal of Personality Disorders, 19*(2), 110-130.
- Wittchen, H. U., Lieb, R., Wunderlich, U., & Schuster, P. (1999). Comorbidity in primary case: Presentation and consequences. *Journal of clinical Psychiatry, 60*(7), 29-36.
- Westen, D., Muderrisoglu, S., Fowler, C., Shedler, J. & Koren, D. (1997). Affect Regulation and Affective Experience: Individual Differences, Group Differences, and Measurement Using a Q-Sort Procedure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(3), 429-439.

Yovel, I., & Mineka, S. (2004). Hierarchical models of emotional disorders and emotion-congruent cognitive biases. *Personality and Individual Differences*, 36, 679-694. doi:10.1016/S0191-8869(03)00125-9

Anexos

Anexo 1

La Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo para Niños (PANAS-C versión preliminar; Laurent et al., 1999)

Sentimientos y emociones (PANAS-C)

Laurent et al. (1999)

Esta escala consiste en un número de palabras que describe diferentes sentimientos y emociones. Lea cada ítem y luego seleccione la respuesta apropiada a lado de esa palabra. Indique en qué medida se ha sentido de esta manera durante las últimas semanas.

<i>Sentimiento o emoción</i>	<i>Muy poco o nada</i>	<i>Un poco</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Bastante</i>	<i>Mucho o extremadamente</i>
Interesado	1	2	3	4	5
Triste	1	2	3	4	5
Asustado	1	2	3	4	5
Alerta	1	2	3	4	5
Emocionado	1	2	3	4	5
Avergonzado	1	2	3	4	5
Molesto	1	2	3	4	5
Feliz	1	2	3	4	5
Fuerte	1	2	3	4	5
Nervioso	1	2	3	4	5
Culpable	1	2	3	4	5
Energético	1	2	3	4	5
Asustado	1	2	3	4	5
Calma	1	2	3	4	5
Miserable	1	2	3	4	5
Nervioso	1	2	3	4	5
Alegre	1	2	3	4	5
Activo	1	2	3	4	5

Orgullosa	1	2	3	4	5
Miedo	1	2	3	4	5
Alegre	1	2	3	4	5
Solitario	1	2	3	4	5
Enojado	1	2	3	4	5
Sin miedo	1	2	3	4	5
Disgustado	1	2	3	4	5
Encantado	1	2	3	4	5
Azul	1	2	3	4	5
Atrevido	1	2	3	4	5
Melancólico	1	2	3	4	5
Animado	1	2	3	4	5

Anexo 2

Tabla 4.2.2.

Estructura factorial de la PANAS-C en niños de 8 a 11 años.

Reactivo	No.	Cargas factoriales		Error factorial	Coeficientes de correlaciones ítem-total
		AP	AN		
Motivado	1	.46		.88	.45
Alerta	4	.32		.94	.34
Emocionado	5	.57		.81	.48
Feliz	8	.79		.61	.55
Decidido	9	.24		.96	.27
Con energía	12	.74		.66	.56
Calmado	14	.55		.82	.48
Alegre	17	.84		.53	.64
Activo	18	.68		.72	.60
Satisfecho	19	.38		.92	.40
Contento	21	.80		.59	.61
Valiente	24	.46		.88	.39
Conforme	26	.51		.85	.53
Atrevido	28	.10		.99	.20
Animado	30	.83		.55	.66
Triste	2		.60	.79	.52
Espantado	3		.66	.74	.56
Con pena	6		.68	.72	.60
Enojado	7		.65	.75	.57
Inquieto	10		.51	.85	.41

Culpable	11		.68	.72	.52
Asustado	13		.74	.66	.63
Sin suerte	15		.32	.94	.25
Temeroso	16		.60	.79	.44
Con miedo	20		.75	.65	.60
Solo	22		.62	.77	.49
Furioso	23		.74	.66	.59
Molesto	25		.75	.65	.61
Deprimido	27		.83	.54	.70
Melancólico	29		.67	.74	.58
Confiabilidad		.84		.88	

Anexo 3

Tabla 4.2.3.

Estructura factorial de la PANAS-C en adolescentes de 12 a 18 años.

Reactivo	No.	Cargas factoriales		Error factorial	Coeficientes de correlaciones ítem-total
		AP	AN		
Motivado	1	.61		.79	.50
Alerta	4	.53		.84	.47
Emocionado	5	.70		.71	.57
Feliz	8	.83		.55	.66
Decidido	9	.49		.86	.40
Con energía	12	.76		.64	.66
Calmado	14	.34		.93	.36
Alegre	17	.88		.47	.72
Activo	18	.75		.66	.68
Satisfecho	19	.66		.74	.57
Contento	21	.86		.49	.70
Valiente	24	.49		.86	.47
Conforme	26	.46		.88	.47
Atrevido	28	.34		.93	.29
Animado	30	.81		.58	.70
Triste	2		.66	.74	.57
Espantado	3		.59	.80	.53
Con pena	6		.38	.92	.34
Enojado	7		.64	.76	.57
Inquieto	10		.43	.90	.40

Culpable	11		.69	.72	.56
Asustado	13		.67	.73	.59
Sin suerte	15		.45	.89	.39
Temeroso	16		.61	.79	.51
Con miedo	20		.71	.69	.59
Solo	22		.69	.72	.56
Furioso	23		.71	.70	.61
Molesto	25		.71	.70	.61
Deprimido	27		.80	.59	.68
Melancólico	29		.71	.70	.61
Confiabilidad		.88		.88	