

Cornisa: INDICADORES PSICOMETRICOS EMTA-A1 DESDE DE LA TCT Y LA TRI.

**Indicadores Psicométricos de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos para
Adolescentes (EMTA A1) desde los Modelos de la Teoría Clásica de los Test y la Teoría de
Respuesta al Ítem**

Janivys Niebles Charris.

Diana Pérez Pedraza.



Facultad de Psicología

Barranquilla

2016

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

**Indicadores Psicométricos de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos para
Adolescentes (EMTA A1) desde los Modelos de la Teoría Clásica de los Test y la Teoría de
Respuesta al Ítem**

Janivys Niebles Charris. Diana Pérez Pedraza.

Trabajo de grado

Tutor: Mg. Daniella Abello Luque

Co-tutor: Exp. Paola Andrea García Roncallo

Universidad de la Costa, CUC

Agosto 25 de 2016

Notas de autores:

Janivys Niebles Charris. Diana Pérez Pedraza.

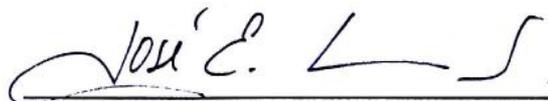
Estudiantes de psicología, Facultad de Psicología, Universida de la Costa, CUC

**La correpondencia relativa a este trabajo debe ser dirigida a Janivys Niebles Charris,
Facultad de Psicología, Universidad de La Costa, CUC. Barranquilla – Colombia. Email:**

jniebles4@cuc.edu.co

NOTA DE ACEPTACIÓN

5.0. Mención honorífica.



Firma del Decano



Firma Líder de Grupo de Investigación



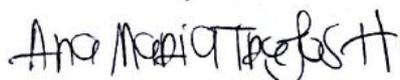
Firma de Tutor



Firma de Co-Tutor



Firma Juez Interno



Firma Juez Externo

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

Baranquilla, Agosto 25 de 2016

Mg. Ketty Herrera MEDza

Lider del grupo de investigación Cultura, Educación y Sociedad
E.S.M.

Atentamente nos permitimos hacerte la entrega formal del Trabajo de grado titulado “**Indicadores Psicométricos de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos para Adolescentes (EMTA A1), desde los Modelos de la Teoría Clásica de los Test (TCT) y la Teoría de Respuesta al Ítem (TRI)**” presentado por las estudiantes Janivys Niebles Charris y Diana Pérez Pedraza.

Como tutora considero que el trabajo de grado cumple satisfactoriamente con los criterios de calidad y rigor científico, por lo tanto conmedidamente solicito su colaboración para someterlo a evaluación de jurados.

Se esta la oportunidad para expresar felicitaciones por el trabajo de Janivys y Diana por su compromiso y dedicación a la producción científica, cumpliendo con los estándares de calidad que implican los estudios psicométricos, tal como se evidencian en este trabajo de grado. También, cabe resaltar el contaste apoyo en el presente proceso por parte de la Psic. Paola García y la Psic. Eileen García y su acompañamiento tanto a nivel conceptual como metodológico.

Gracias por su atención,



Daniella Abello Luque

cc. 22.735.292



ACTA DE SUSTENTACIÓN Y APROBACIÓN DE TRABAJO DE GRADO

En Barranquilla a los 26 días del mes de agosto de 2016, se reunieron en la FACULTAD DE PSICOLOGÍA de la CORPORACIÓN UNIVERSIDAD DE LA COSTA el decano JOSÉ EDUARDO LOZANO; los jurados ANA MARIA TREJOS HERRERA y OMAR CORTES PEÑA, para escuchar a los estudiante(s) que se mencionan a continuación, como requisito para optar por el título de PSICÓLOGO. A continuación se relaciona la información Pertinente.

Proyecto de grado	Datos estudiante(s)		Facultad	Fecha inicio	Tutores
	Nombres	Identificación			
Indicadores Psicométricos de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos para Adolescentes (EMTA A1) desde los Modelos de la Teoría Clásica de los Test y la Teoría de Respuesta al Ítem	Janivys Niebles Charris	1.042.448.367 Soledad, Atlántico	Psicología	Agosto 26 de 2016	Nombre tutor: Daniella Abello Luque Nombre Co-tutor: Paola García Roncallo

Una vez sustentado el trabajo de grado ante comité curricular de investigación y consignada la evaluación de los jurados en el acta correspondiente, se procedió a calificar el trabajo con deliberado secreta la cual dio resultado una calificación de **APROBADO CON CALIFICACIÓN DE 5 Y MENCIÓN HONORIFICA.**

No siendo otro el motivo de la presente se da por terminado y para constancia se firma a los 26 del mes de agosto de 2016 como aparece.

José Eduardo Lozano Jiménez
Decano
Facultad de Psicología

Ketty Herrera Mendoza
Líder de Investigación
Grupo de Investigación Cultura,
Educación y Sociedad



Facultad de Psicología
Programa de Psicología
Grupo de Investigación Cultura Educación y Sociedad

Daniella A.

Daniella Abello Luque
Tutor Principal

Paola García R.

Paola García Roncallo
Co-tutor

Ana María Trejos H.

Ana María Trejos Herrera
Jurado

Omar Cortes Peña

Omar Cortes Peña
Jurado

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

Agradecimientos

Con una gran alegría agradecemos a Dios por la vida y por habernos dado la oportunidad de culminar con satisfacción y orgullo este sueño tan anhelado.

A nuestros padres les dedicamos este triunfo por el amor recibido, por ser nuestro principal motor, por creer en nosotras, por su paciencia, esmero y sacrificio para ayudarnos a cumplir nuestros sueños.

Con nuestra más sincera admiración, aprecio y cariño agradecemos a nuestras tutoras Daniella Abello, Paola García y Eileen García por su persistente apoyo, preocupación por nuestro bienestar y crecimiento académico, el poder compartir con ustedes este proceso fue una experiencia maravillosa nos disfrutamos cada aprendizaje, cada momento y cada proyecto del que nos hicieron parte, ¡Gracias familia C2 son las mejores!

Y gracias a todos aquellos que con solo una sonrisa o un gesto de apoyo lograron motivarnos.

Con mucha alegría compartimos este triunfo con ustedes.

Janivys Niebles

Diana Pérez

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo examinar los reportes de confiabilidad, validez e indicadores psicométricos desde la Teoría Clásica de los Test y la Teoría de Respuesta al Ítem de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos para adolescentes (EMTA-A1)

La muestra estuvo conformada por 154 adolescentes, de ambos géneros (femenino: 105 y masculino: 49), los cuales residían en el municipio de Puerto Colombia (35 sujetos) y Usiacurí (65 sujetos) y en la ciudad de Barranquilla (54), cuyas edades oscilaban entre los 10 y 19 años. Metodológicamente se encontraba enmarcado en el paradigma empírico-analítico, su abordaje teórico es analítico sintético, y se considera un estudio instrumental, dada su finalidad.

Para dar respuesta a los objetivos planteados, se hizo la administración de los siguientes instrumentos: a) La Escala Multidimensional de Trastorno Afectivos (EMTA-A1), b) El Children Depression Inventory (CDI) y c) la Escala para Manía de la Universidad Nacional de Colombia (EMUN).

Se reportaron resultados satisfactorios desde ambos modelos, desde la Teoría Clásica de los Test [TCT], se evidenciaron índices de confiabilidad Alfa de Cronbach altos para ambas subescalas (α : ,937 para la Subescala de Depresión y α : ,864 para la Subescala de Manía) y desde la Teoría de Respuesta al Ítem [TRI], se reportaron altos índices de fiabilidad desde ambas Subescalas. Los resultados obtenidos se ajustan significativamente a los parámetros teóricos de ambos modelos, que hay unas adecuadas propiedades de los ítems. En este estudio, y hasta donde conocemos, es el primer instrumento para medir trastornos afectivos que se diseña en población adolescentes de la costa atlántica. Al final del proceso la EMTA-A1 mostró ser una escala válida,

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

debiendo ser considerada como un instrumento capaz de evaluar los trastornos depresivos y maniacos.

Palabras claves. Teoría Clásica de los Tests, Teoría de Respuesta al Ítem, Análisis, Psicometría, Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos para Adolescentes

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

Abstract

This research aimed to examine the reports of reliability, validity and psychometric indicators from the Classical Test Theory and Item Response Theory of Multidimensional Scale of Affective Disorders for adolescents (EMTA-A1)

The sample consisted of 154 adolescents of both genders (female 105 and male: 49), which resided in the municipality of Puerto Colombia (35 subjects) and Usiacurí (65 subjects) and in the city of Barranquilla (54) whose ages ranged between 10 and 19 years.

Methodologically it was framed in the empirical-analytical paradigm, the theoretical approach is synthetic analytical, and is considered an instrumental study, given its purpose.

To meet the objectives, the administration of the following instruments were made: a) The Multidimensional Scale Affective Disorder (EMTA-A1), b) The Children Depression Inventory (CDI) and c) Scale for Mania National University of Colombia (EMUN).

Satisfactory results were reported from both models, from the classical theory of the Test [TCT], reliability indices Alfa high for both subscales (α Cronbach showed: 937 for the depression subscale and α : 864 for the subscale craze) and from item response theory [TRI], high levels of reliability were reported from both subscales. The results significantly fit the theoretical parameters of both models, there is adequate properties of the items. In this study, and as far as we know, it is the first instrument to measure that is designed affective disorders in adolescents population of the Atlantic coast. At the end of the process the EMTA-A1 scale was shown to be a valid and should be considered as a tool capable of evaluating depressive disorders and mania. La present research aimed to examine the reports of reliability, validity and psychometric

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

indicators from the Classical Theory the Test and item response theory of the Multidimensional Scale of Affective disorders for adolescents (EMTA-A1).

Keywords: Classical Test Theory, Item Response Theory, Analysis, Psychometrics, Multidimensional Scale of Affective Disorders for adolescents .

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

Contenido

Agradecimientos	5
Resumen	6
Abstract	8
Introducción.	17
1. Definición del problema.	19
1.1. Planteamiento del problema.	19
1.2. Formulación del problema.	23
2. Justificación.	24
3. Objetivos.	28
3.1. Objetivo general.	28
3.2. Objetivos específicos.	28
4. Marco Teorico	29
4.1. Antecedentes del modelo cognitivo conductual.	29
4.1.1 Antecedentes (1896- 1938).	29
4.1.2 Surgimiento (1938- 1958).	30
4.1.3 Consolidación (1958- 1970).	31
4.1.4. Modificación de conducta en los años sesenta	31
4.1.6. Modelo cognitivo conductual	31
4.2. Trastornos del estado del ánimo.	32
4.2.1 Trastorno bipolar y otros trastornos relacionados.	32
4.3. Teorías explicativas de la Depresión	38

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

4.3.1 Teorías conductuales de la Depresión.	38
4.3.2 Teorías biológicas de la Depresión.	39
4.3.3 Teorías cognitivas de la Depresión	39
4.4. La adolescencia.	41
4.4.1 Fases de la adolescencia.	42
4.4.2 Desarrollo psicológico en la edad adolescente.	43
4.5. Depresión en el adolescente	44
4.5.1 Aspectos etiopatogénicos	45
4.5.2 Factores ambientales	45
4.5.3 Aspectos genéticos	45
4.5.4 Aspectos neurobioquímicos	45
4.5.5 Trauma vital temprano	46
4.5.6 Diagnóstico del trastorno depresivo en adolescentes	46
4.6. Trastorno bipolar en el adolescente.	47
4.6.1 Epidemiología.	47
4.6.2 Etiología.	47
4.6.3 Diagnóstico	47
4.7. Teoría de los modos.	48
4.8. Evaluación de lo psicológico	50
4.8.1 Tipos de evaluación	52
4.9. Fundamentos psicométricos básicos.	54
4.10. Teoría Clásica de los Tests (TCT).	58
4.11. Teoría de Respuesta al Ítem (TRI).	61

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI	12
5. Metodología.	65
5.1. Tipo de Investigación.	65
5.2. Muestra.	66
5.3. Variables de estudio.	67
5.4. Instrumentos	71
5.5. Procedimiento.	73
6. Presupuesto	77
Cantidades	77
7. Cronograma.	78
8. Resultados.	79
8.1. Caracterización sociodemografica.	79
9. Discusión	116
10. Referencias	120
11. Anexos	131

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.**Lista de tablas y figuras.****Tablas**

Tabla 1. Distribución de la muestra.

Tabla 2. Operacionalización de la variable

Tabla 3. Presupuesto trabajo de grado

Tabla 4. Cronograma

Tabla 5. Distribución porcentual y medidas de tendencia central del componente cognitivo de la Subescala de Depresión

Tabla 6. Distribución porcentual y medidas de tendencia central del componente afectivo de la Subescala de Depresión

Tabla 7. Distribución porcentual y medidas de tendencia central del componente motivacional de la Subescala de Depresión

Tabla 8. Distribución porcentual y medidas de tendencia central del componente conductual de la Subescala de Depresión

Tabla 9. Distribución porcentual y medidas de tendencia central del componente cognitivo de la Subescala de Manía

Tabla 10. Distribución porcentual y medidas de tendencia central del componente afectivo de la Subescala de Manía

Tabla 11. Distribución porcentual y medidas de tendencia central del componente motivacional de la Subescala de Manía

Tabla 12. Distribución porcentual y medidas de tendencia central del componente conductual de la Subescala de Manía

Tabla 13. Análisis de confiabilidad y consistencia interna de la Subescala de Depresión

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

Tabla 14. Resumen de Análisis de Ítems: Depresión

Tabla 15. Analisis de confiabilidad y consistencia interna de la Subescala de Mania

Tabla 16. Resumen de Análisis de Ítems: Mania

Tabla 17. Medida de adecuación muestral KMO y prueba de Bartlett para EMTA A1 -
Subescala de Depresión

Tabla 18. Varianza total explicada de la EMTA A1 - Subescala de Depresión

Tabla 19. Matriz de componentes rotados de la EMTA A1 - Subescala de Depresión

Tabla 20. Medida de adecuación muestral KMO y prueba de Bartlett para EMTA A1 -
Subescala de Mania

Tabla 21. Varianza total explicada de la EMTA A1 - Subescala de Mania

Tabla 22. Matriz de componentes rotados de la EMTA A1 – Subescala de Manía

Tabla 23. Correlaciones inter-escalas. Test Paralelos – EMTA A1 n (Depresión)

Tabla 24. Correlaciones inter-escalas. Test Paralelos - EMTA A1 n (Mania)

Figuras

Figura 1. Esquema de activación de los modos, (Beck, 1996).

Figura 2. Distribución piramidal de los participantes por sexo y etapa del ciclo vital

Figura 3. Nivel de formación.

Figura 4. Estimación del nivel de “intensidad/dificultad” del Ítem 1 en función de las 4 categorías de respuesta (nunca – siempre): Subescala de Depresión

Figura 5. Comparación de las Curvas Probabilísticas asociadas a los Niveles de Intensidad (Θ) del Ítem 1 en función de las 4 categorías de respuesta (nunca – siempre): Subescala de Depresión

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

Figura 6. Curva característica del Ítem 1 con bandas de ajuste (Infit-Outfit) en la Función Logística (Θ): Subescala de Depresión.

Figura 7. Estimación del funcionamiento diferencial de los ítems (DIF) en función del ajuste de los ítems: Subescala de Depresión.

Figura 8. Estimación del nivel de “intensidad/dificultad” del Ítem 1 en función de las 4 categorías de respuesta (nunca – siempre): Subescala de Manía.

Figura 9. Comparación de las Curvas Probabilísticas asociadas a los Niveles de Intensidad (Θ) del Ítem 6 en función de las 4 categorías de respuesta (nunca – siempre).

Figura 10. Curva característica del Ítem 6 con bandas de ajuste (Infit-Outfit) en la Función Logística (Θ): Subescala de Manía.

Figura 11. Estimación del Funcionamiento Diferencial de los Ítems (DIF) en función del ajuste de los Ítems: Subescala de Manía.

Figura 12. Curva Característica General de la Subescala de Depresión en Función Logística (Θ).

Figura 13. Función de información: Subescala de Depresión.

Figura 14. Curva Característica General de la Subescala de Manía en Función Logística (Θ).

Figura 15. Función de información. Subescala de Manía.

Figura 16. Componentes en espacio rotado de la EMTA A1 – Subescala de Depresión

Figura 17. Componentes en espacio rotado de la EMTA A1 – Subescala de Manía

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.**Anexos**

Anexo 1 Tabla de definición semántica de la “Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA-A1)” Pág. 132

Anexo 2: Tabla de definición sintáctica “Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA-A1)” Pág. 133

Anexo 3: Tabla de especificaciones del ítem de la “Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA-A1)” Pag. 135

Anexo 4: “Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA-A1) – Subescala de Depresión” Pág. 136

Anexo 5: “Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA-A1) – Subescala de Manía”
Pág. 139

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

Introducción.

Actualmente los trastornos del estado de ánimo son una de las patologías de mayor importancia, dada su prevalencia. Estos podrían definirse a modo grosso como alteraciones del humor cuya principal característica es el impacto en los diversos ámbitos de la vida de un individuo (social, laboral, familiar). Además de ser de las patologías de mayor prevalencia, los trastornos del estado del ánimo se han caracterizado también por ser de las afecciones mentales de mayor permanencia histórica, muestra de ello son las documentaciones que datan de los primeros siglos. Según Abello (2011), dicha permanencia histórica, se debe a que aún cuando se han desarrollado diversos métodos para su diagnóstico y tratamiento, estos no responden a cabalidad frente a la demanda de eficacia, efectividad y objetividad que reclama el terreno de evaluación e intervención psicológica.

Los trastornos del estado de ánimo constituyen un grupo de alteraciones emocionales graves que se dividen en trastornos depresivos, bipolares y dos trastornos basados en la etiología como causa de una enfermedad médica o inducido por uso y abuso de sustancias (Durand & Barlow, 2007). Y Según la World Federation of Mental Health [WFMH] (2012) los trastornos del estado de ánimo ocupan el primer lugar en la causa de carga global de enfermedad para el 2030. La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2012) define la depresión como un trastorno del ánimo que se caracteriza con la presencia de periodos prolongados de tristeza, pérdida de interés, displacer en las actividades diarias y otros.

Frente a este panorama en materia de salud mental han emergido diferentes iniciativas dirigidas a la generación y estandarización de instrumentos psicométricos que evalúen de forma objetiva la presencia, frecuencia y cronicidad de sintomatología asociada a los Trastornos Afectivos. Pretendiendo así buscar la mejora sustancial en la deficiencia existente en la medición

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

y evaluación de trastornos afectivos, siendo así que se genera la importancia de instrumentos psicométricos que reporten una confiabilidad, fiabilidad y validez en su medición.

Los resultados obtenidos se ajustan significativamente a los parámetros teóricos de ambos modelos, que hay unas adecuadas propiedades de los ítems, por lo que a partir de este ello se logró identificar que la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA-A1), cumple satisfactoriamente con los requerimientos de calidad en relación a sus niveles de confiabilidad y validez, tanto desde la TCT como desde la TRI.

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

1. Definición del problema.

1.1. Planteamiento del problema.

Estadísticas mundiales emitidas por la Organización Mundial de la Salud [OMS] (OMS, 2015) afirman que aproximadamente 450 millones de personas padecen de algún trastorno mental. Entre los cuales los trastornos afectivos figuran con una fuerte incidencia, en este sentido se postula que cerca de 350 millones de personas sufren de trastorno depresivo y que cerca de 60 millones de personas sufren de trastorno bipolar (OMS, 2016). Por su parte, la OMS (2012) estimaba que en relación a la carga global de enfermedad, los trastornos del estado de ánimo, y específicamente la depresión sería un factor en aumento, pasando del tercer lugar en 2004 con 4.3% al primer lugar en 2030 con 6.2% del total (seguido por la enfermedad cardiaca isquémica, accidentes de tránsito, enfermedad cerebrovascular y enfermedad pulmonar obstructiva crónica). Estas cifras son retomadas por la World Federation of Mental Health [WFMH] (2012) al estimar que incluso antes de la crisis económica mundial, para el 2020 la depresión se proyectaba como la segunda causa de incapacidad a nivel mundial y para 2030 como la primera. Y el trastorno bipolar se encuentra dentro de las 6 causas de incapacidad mundial (Ferrari et al., 2011). Uno de los aspectos más alarmantes con relación a los trastornos afectivos, son los altos costos socioeconómicos; tal y como señala la WFMH (2012), múltiples estudios han demostrado que la jubilación precoz explicaba 47% del costo de la depresión, la licencia por enfermedad un 32% adicional, comparado con solo un 3% de costo de fármacos para el tratamiento de la enfermedad. Así también, se destaca como la Depresión impacta en el rendimiento laboral ya que muchas veces se pasan por alto síntomas depresivos tales como falta de atención, pérdida de memoria, y dificultades para la planificación y toma de decisiones. Este reporte tiene mayor relevancia si se consideran cifras recientes de la OMS (2014) que en su informe de salud refiere que en 2014 la

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

depresión ocupó el primer lugar dentro de las enfermedades con mayores índices de incapacidad laboral.

Además autores como Dooley, Catalano & Wilson (1994); Clark & Oswald (1994); Dorling (2009); Lewis & Sloggett (1998); Agerbo (2005) y Papalia, Wendkos & Duskin (2010), postulan que situaciones como el desempleo y las consecuencias de este como las deudas, los problemas financieros y las distorsiones familiares, precipitan la aparición de la Depresión y el Suicidio.

Con relación a lo anterior los trastornos afectivos como la depresión y la bipolaridad, suelen estar directamente relacionados con otros fenómenos igualmente alarmantes como el suicidio, el cual ha incrementado sus índices de manera significativa en años recientes. Según la WFMH (2012) refiere que en los casos severos de depresión suelen terminar con intentos de suicidio o bien en suicidio consumado, así mismo el trastorno bipolar registra la mayor tasa de suicidio de todos los trastornos mentales (Proudfoot, Doran, Manicavasagar, & Parker, 2011). Esta situación se traduce en que a nivel mundial cada día se pierdan cerca de 800.000 mil vidas al año equivalentes a 1 muerte cada 40 segundos (OMS, 2016). Además, la depresión se asocia con la aparición del riesgo suicida en cada uno de sus niveles, y corresponde a un factor determinante para la precipitación y aparición de cuadros médicos.

Por otro lado se ha considerado a la adolescencia como una etapa del desarrollo humano cuya característica principal es el proceso de transición de la niñez a la adultez que implica cambios en todas las dimensiones del ser humano; psicosociales, cognoscitivos y cambios físicos que tienen una influencia importante en la construcción futura del sujeto (Papalia, Wendkos & Duskin, 2010). De acuerdo con la OMS (2014) se considera que en esta etapa la depresión es la primera causa de enfermedad y discapacidad a nivel mundial.

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

Múltiples autores han señalado que el trastorno Depresivo aumenta su prevalencia durante la etapa de la adolescencia (Papalia et al., 2010) y no necesariamente se manifiestan mediante tristeza, pues también se pueden presentar síntomas de irritabilidad, aburrimiento e incapacidad para experimentar placer Brent & Birmaher (citado por Papalia et al., 2010). Incluso los adolescentes en los que no se presenta una sintomatología grave y no se les realiza un proceso diagnóstico adecuado, tienen mayor probabilidad de presentar Depresión y mayor riesgo a cometer conductas suicidas hacia los 25 años aproximadamente según Fergusson, Horwood, Ridder & Beautrais (citado por Papalia et al., 2010). Conviene así mencionar cifras mundiales actuales, publicadas por la OMS (2014) ubican a este fenómeno en el tercer lugar dentro de las causas más prevalentes de muerte entre los adolescentes.

En relación a lo anterior, la adolescencia es un momento de transición vital para el individuo en todas sus dimensiones; por tanto todo lo que aquí suceda impacta de manera significativa su vida adulta. En este sentido, es importante destacar que actualmente existen índices alarmantes de embarazos adolescentes; de acuerdo con la OMS (2011) aproximadamente 16 millones de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en vía de desarrollo lo que corresponde al 11% de los nacimientos en el mundo. Si se consideran estas cifras en relación a lo que menciona la WFMH (2012) acerca de los altos índices de Depresión que sufren las mujeres, que incluso superan en un 50% a lo reportado en hombres y el alto impacto de este trastorno sobre todo en el embarazo, en donde se sabe que la depresión en las madres puede ser un factor de riesgo para retraso del crecimiento en los niños pequeños (Rahman, Patel, Maselko, & Kirkwood, 2008), se tiene un escenario altamente preocupante al considerar que este trastorno no afecta a la generación actual sino también a la siguiente.

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

La Encuesta Nacional de Salud Mental de Colombia de 2015 (Ministerio de Salud y Prosperidad Social, 2015) reporta que el 3,2% de las enfermedades que presentan los adolescentes son de tipo mental, así mismo cerca del 43% no recibe tratamiento lo que la ubica en el rango de las enfermedades que menos tratamiento recibe en esta etapa del desarrollo además que suelen ser comorbidas con otras enfermedades crónicas para el 4,5%, para el 7,1% estas enfermedades resultan incapacitantes.

Según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses [INMLCF] (2014) en Colombia se registraron 1.878 casos representado en una tasa de 4.33 por cada 100.000 habitantes para el año 2014, en la distribución por sexo es de 1.544 hombres representado en el 82% total de los casos y 333 mujeres con el 18% de los casos, en cuanto al grupo etario se registran los niveles más altos las edades comprendidas entre los 20 y 24 años representado en un 14,76% con 277 casos, de 25 a 29 años con 12,63% representado en 237 casos; para las edades comprendidas entre los 15 a 17 años fue mayor el registro en mujeres con 2,56% igual a 48 casos (INMLCF, 2014). En el departamento del Atlántico se registraron 75 casos que representan el 3.38% respecto al nivel nacional; en la ciudad de Barraquilla se presentaron 46 casos que corresponden al 4.13% del promedio departamental (INMLCF, 2014).

Las altas tasas de suicidio en adolescentes, son más frecuentes a edades cada vez más tempranas y es la tercera causa de muerte en adolescentes según la Encuesta Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud y Prosperidad Social, 2015) y la OMS (2014), es así como la ideación suicida en adolescentes de 12 a 17 años se representa en un 6,6%, la planificación suicida se presenta en un 1,8% y el intento suicida en el 2,5% de los casos, además que el 37,6% de los adolescentes con ideación suicida lo ha intentado.

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

Respecto a la evaluación de los trastornos afectivos se encontró que existe una variable conocida como la brecha terapéutica que corresponde a la probabilidad de evaluación, diagnóstico e intervención de los trastornos afectivos y están asociadas al sistema de salud y al nivel socioeconómico de los individuos, en algunas investigaciones se obtuvo como resultado que solo el 14% de los pacientes con Depresión buscan tratamiento, así mismo otros nunca reciben diagnóstico y en muchos países existen pocos profesionales con entrenamiento para llevar a cabo un proceso de intervención efectivo (WFMH, 2012).

De allí deviene la necesidad del diseño e implementación de instrumentos de medición que permitan la evaluación y el diagnóstico de los trastornos de forma eficaz y de acuerdo con sus características etarias y el contexto socio-cultural.

En relación a los instrumentos que miden los trastornos afectivos se encuentra que la mayoría de ellos han sido creados para la medición en la población adulta. La versión actual de la *Escala Multidimensional De Los Trastornos Afectivos* (EMTA) es un instrumento que evalúa la sintomatología del trastorno depresivo y los síntomas de corte maniaco en términos de intensidad, cronicidad y aparición de los síntomas aplicado a la población adulta, es por esto que surge la necesidad de diseñar un instrumento de evaluación de los trastornos afectivos con las mismas características psicométricas que posee la EMTA pero que se aplique en la población adolescente. Puesto que existen otros instrumentos de medida pero se evidencia que algunos no corresponden a las características diferenciales de la población o no son confiables.

1.2. Formulación del problema.

A partir de lo anterior se circunscribe la pregunta problema de esta investigación ¿Cuáles son los indicadores psicométricos de la “Escala Multidimensional de los Trastornos

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI

Afectivos para Adolescentes EMTA-A1” desde los modelos de la Teoría Clásica de los Test y la Teoría de Respuesta al Ítem?

2. Justificación.

Como ya se ha menciona en apartados anteriores los Trastornos Afectivos, se establecen entre las enfermedades que constituyen mayor carga de morbilidad e incapacidad en el mundo, cuyo incidencia va en alarmante aumento. Según la OMS (2016) los Trastornos del Estado de Ánimo son catalogados como una de las principales enfermedades mentales, responsables de preocupantes tasas de incapacidad alrededor del mundo. Entre los cuales, cifras de prevalencia señalan a la Depresión como el trastorno con mayor incidencia en la población mundial.

Organismos internacionales señalan además que el impacto de los Trastornos Afectivos en la vida de las personas que lo padecen es contundente, afectando fuertemente la vida laboral, social y familiar de estas personas; y es por esto que preexiste gran preocupación por esta realidad que viene afectando a millones de individuos, dado que se proyecta que en el 2020 la Depresión será la enfermedad mental más prevalente y alcanzara niveles tan altos que llegaría a convertirse en la primera causa de incapacidad a nivel mundial (OMS, 2007); por encima de enfermedades medicas como cáncer, enfermedades cardiacas, VIH y enfermedades mentales como la ansiedad (WFMH, 2012) , no obstante, datos recientes de esta misma organización revelan que tal proyección se ha superado, y las cifras se acercan aceleradamente a este panorama mucho antes de lo previsto, puesto que en el año 2012 se establecio como la segunda causa de incapacidad (OMS, 2016) haciéndose así evidente el vertiginoso aumento del padecimiento de dicha enfermedad en un periodo de tiempo menor al esperado en el 2007.

El impacto de los cuadros depresivos no se limita a la mera carga comorbida con otros trastornos clínicos o al deterioro de la calidad de vida de quienes los padecen; su impacto en el

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

curso de enfermedades medicas crónicas es innegable y los costos que acarrear a las naciones es bastante elevado (WFMH, 2012). No obstante la carga global de la depresión genera por sí misma un desafío a la salud pública en distintos ámbitos tales como el social, económico y clínico, siendo motivo de generación de diversas estrategias que pueden combatir la carga generada por el trastorno, la WFMH (2012) sostiene que diversos análisis económicos que se han realizado, indican que el tratamiento de la depresión en atención primaria es factible, financiable y costo afectivo, razón por la cual los diversos planes de acción mundiales, nacionales y locales, deben propender por brindar respuesta por medio de diversas aproximaciones comunitarias efectivas en la prevención del trastorno (fortalecimiento los factores protectores y reducción de los factores de riesgo) y la atención primaria del mismo.

En lo que respecta a la atención primaria el reto es significativo, en especial por la carencia de diagnóstico precisos y los claros limitantes que esto genera en la posibilidad de acceder a tratamientos eficientes. En este sentido, hoy por hoy los instrumentos psicométricos representan una de las principales herramientas profesionales de mayor utilidad para los psicólogos, ya que el uso de estos instrumentos no se limita solo a importantes aportes en el diagnóstico clínico sino que por el contrario, estos también contribuyen a la realización de investigaciones que busquen la mejora del abordaje de los diferentes cuadros clínicos.

Razón por la cual, la Organización Panamericana de Salud [OPS] (2009), priorizó el acceso equitativo a las mejores pruebas científicas que se encuentren disponibles, como fin de fortalecer la capacidad de respuesta de los servicios de salud. Siendo esto motivo por el cual en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 de la República de Colombia, el área de salud, se ha referido como un área estratégica e innovadora, hacia la cual debe moverse el país, haciendo hincapié en lo que refiere al fortalecimiento de las herramientas técnicas para la atención

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

primaria de enfermedades priorizadas, en la que claramente se posesionan los Trastornos Afectivos, y de los sistemas de información nacionales y locales para el monitoreo y seguimiento de eventos en salud mental (Santos, 2015). De la misma forma siguiendo lineamientos gubernamentales, el Ministerio de Salud y Protección Social, y el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación, revelan la necesidad de investigar acerca de los problemas de salud prevalentes y endémicos en el país, buscando siempre garantizar conocimiento permanente sobre su manejo, prevención y control.

En respuesta a esto los diferentes centros de investigación y las universidades, como albaceas de la producción intelectual, han dirigido sus esfuerzos a diferentes líneas de investigación que propenden por dar respuesta efectiva al crónico panorama que se ha expuesto. Y la Universidad de La Costa no es una excepción, la presente propuesta de investigación procura el desarrollo de un instrumento psicométrico que evalúe confiablemente los trastornos afectivos. La *Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA A1)*, procura no solo realizar una medición funcional de esos cuadros clínicos, sino además garantizar que dichas medidas cumplan estándares de calidad (validez y confiabilidad) requeridos para que los datos derivados de la mismas sean una contribución precisa y segura para escenarios de detección y estudio de este tipo de trastornos. EMTA A1 resulta una adaptación de la EMTA, que ya configura una contribución valiosa para el abordaje de estos estados mórbidos, pero se espera en este estudio derivar opción que cobije las necesidades propias de la poblaciones adolescentes, reconociendo a esta como una etapa crítica del ciclo vital en la que no solo se registra mayor número de personas que padecen trastornos afectivos y una mayor falencia diagnóstica, como ya se ha mencionado, sino que también es un terreno en el que los estudios asociados aún son insuficiente. La depresión como problema de salud de la adolescencia, ha adquirido una

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

progresiva importancia a la luz del aumento en las tasas de suicidio de varios países en vía de desarrollo (Ugarriza & Escurra, 2002). En Colombia, según datos de la Secretaría de Bogotá, hacia el año 2000 la tercera causa de muerte de los jóvenes con edades comprendidas entre los 14 a 26 años, correspondió a lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) con un 7% del total de muertes, después de las agresiones violentas y los accidentes de tránsito (Departamento Administrativo de Acción Comunal, 2003).

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto, toma gran relevancia trabajar en la línea de los trastornos, ya que los trastornos mentales en la actualidad se constituyen en uno de los ejes principales de trabajo en el área de la salud a nivel mundial, debido a la alta incidencia que presentan y a su preponderancia hacia la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura. La salud mental ha tomado importancia y es congruente con el alto riesgo al que estas contribuyen a padecer de enfermedades transmisibles y no transmisibles, a generar lesiones intencionales y no intencionales (OPS, 2012). De igual modo trabajar en ello podría contribuir a la construcción de una sociedad mentalmente más sana, además de buscar el mejoramiento en el estilo de vida de un gran número de familias que tienen familiares que padecen enfermedades mentales y que de una manera u otra ven afectado su estilo de vida por la enfermedad.

De este modo la presente propuesta brinda una oportunidad para dar respuesta a la problemática antes expuesta, contribuir a la producción científica del semillero de investigación Cognitivo Conductual, suscrito a grupo de Investigación Cultura, Educación y Sociedad y al Centro de Investigación para el Desarrollo Humano, de la Universidad de La Costa (Facultad de Psicología), en línea con las directrices nacionales e internacionales que han ocupado buena parte de este apartado.

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

3. Objetivos.

3.1. Objetivo general.

Determinar los indicadores psicométricos de la EMTA (A1) derivados del pilotaje en población adolescente, desde el Modelo de la Teoría Clásica de los Test (TCT) y el Modelo de la Teoría de Respuesta al Ítem (TRI).

3.2. Objetivos específicos.

3.2.1. Estimar los indicadores psicométricos asociados con el análisis de la EMTA A1 desde el Modelo de la TCT y el Modelo de la TRI derivado de una muestra piloto de adolescentes altanticences.

3.2.2. Analizar empíricamente el banco de reactivos de la escala EMTA A1 y su sistema de medida.

3.2.3. Analizar la estructura interna de la primera versión de la escala EMTA A1.

3.2.4. Analizar la evidencia externa de validez de la escala EMTA A1.

3.2.5. Comparar los indicadores de calidad métrica de confiabilidad y validez asociados con el análisis de Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA A1) obtenidos a la luz de los modelos de el Modelo de la TCT y el Modelo de la TRI.

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

4. Marco Teorico.

Este apartado se orienta a sustentar la fundamentación teorica en la que se enmarca el diseño de esta investigación. Inicialmente presenta un relato concreto que permite la contextualización histórica y teorica del modelo cognitivo-conductual, se desglosarán las variables de estudio asi como las dimensiones que las constituyen y su soporte empírico. De igual forma se muestra lo concerniente al estudio de la medición de lo psicologico un recorrido por sus factores asociados y el impacto que ha venido generando la construcción de teste psicológicos especialmente lo referente a las teorías de los test.

4.1. Antecedentes del modelo cognitivo conductual.

Según Cruzado, Labrador & Muñoz (2001) para su mayor comprensión la historia de desarrollo del modelo cognitivo conductual se ubica en 5 etapas.

4.1.1 Antecedentes (1896- 1938). Esta etapa se caracteriza por el desarrollo de teorías y leyes del condicionamiento clásico propuesto por Pavlov que refiere una técnica orientada al proceso básico de enseñanza y es un mecanismo en el cual el sujeto aprende mediante asociaciones de estímulo-ambiente y los reflejos orgánicos del sujeto; así mismo la teorización de la ley del efecto de Thorndike que postula que las conductas que son seguidas de una respuesta gratificante el sujeto tendera a repetir la conducta y viceversa si la conducta se acompaña de una respuesta que resulta insatisfactoria para el sujeto este no ejecutara nuevamente la conducta lo anterior se convierte en la base para lo que se conoce como modificación de conducta (Cruzado et al., 2001).

En 1896 no solo se publican los estudio de Pavlov y Thorndike además de ellos también empiezan a surgir las bases de la teoría conductista propuesta por Watson ya que en este periodo

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

la psicología solo tenía como objeto de estudio la conducta y seguía la línea de estudio de Pavlov y Thorndike.

En esta primera etapa se realizan trabajos siguiendo las directrices propuestas por Watson y Rayner en 1920 en el caso del pequeño Albert inducen experimentalmente una fobia a un niño (Cruzado et al., 2001) pero fue Mary Covert quien aplica un tratamiento para erradicar la fobia a los conejos a un niño mediante una técnica denominada condicionamiento directo que consiste en una aproximación sucesiva del objeto causante de la fobia seguida de un estímulo satisfactorio.

4.1.2 Surgimiento (1938- 1958). La principal característica de esta etapa es el establecimiento de las teorías neo-conductistas más importantes del aprendizaje entre las cuales se destacan autores como Hull, Mowrer, Tolman y Skinner (Cruzado et al., 2001).

El condicionamiento operante es una de las teorías más importantes en este periodo y básicamente habla de la probabilidad de que una conducta aumente o disminuya si es acompañada de un refuerzo ya sea negativo o positivo; Skinner seguía la premisa de que la conducta debe ser observable, medible y modificable según los factores ambientales como antecedentes y consecuencias (Cruzado et al., 2001).

En esta etapa también se incluyen los trabajos de Eysenk que afirma que la psicoterapia era poco efectiva para el tratamiento de algunas enfermedades mentales por lo cual era necesario implementar otras técnicas; luego de la segunda guerra mundial aparece la necesidad de profesionales en la psicología que trataran a las víctimas a través de técnicas que fueran eficaces y con resultados a corto plazo por lo cual y la terapia tradicional no cumplía con esas disposiciones, es a partir de esto que surge la modificación de conducta como una opción

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

acertada que ya contaba con bases teóricas definidas que generaba explicaciones para los trastornos del comportamiento y también había desarrollado intervenciones eficaces.

4.1.3 Consolidación (1958- 1970). Para este periodo las técnicas de modificación de conducta ya se aplican eficazmente incluso en casos en los que no se consideraba posible su aplicación por ejemplo en casos como implantación del lenguaje, retraso mental, autismo, delincuencia hasta con niños que no padecían trastornos dentro de las aulas de clase se aplicaban las técnicas del condicionamiento operante (Cruzado et al., 2001). Y se desarrollaron técnicas como la economía de fichas, técnicas en aserción y habilidades sociales, alivio de aversión, técnicas aversivas y la desensibilización sistemática.

4.1.4. Modificación de conducta en los años sesenta. En esta época los tratamientos se vuelven más complejos y se implementan las variables cognitivas como parte de la explicación a los problemas comportamentales y en su tratamiento; Además se extrapolan las teóricas de la modificación de conducta a otros campos no clínicos como el deporte, el sector educativo, incluso como herramienta para controlar la contaminación (Cruzado et al., 2001).

4.1.5. La modificación de conducta en los años ochenta. En los años ochenta la modificación de la conducta se aprecia completamente consolidada por lo que en este época solo se apuntan los esfuerzos a la investigación aplicada de las técnicas que tanto se estudiaron en las épocas anteriores, es decir solo se realizan análisis críticos para comprobar la eficacia de los tratamientos propuestos.

4.1.6. Modelo cognitivo conductual. Este modelo fundamenta su estudio en la relación entre la conducta-entorno teniendo en cuenta que las conductas son las formas en las que el sujeto interactúa con su entorno y sigue el esquema E-R-C estímulo, reacciones y consecuencias

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

propuesto por los conductistas pero adiciona una variable fisiológica O que incluye todos los elementos y contenidos cognitivos (E-O-R-C).

El modelo cognitivo conductual tiene como objeto de intervención la modificación de las conductas desadaptativas sustituyéndolas por otras que permitan que el sujeto se adapte a las situaciones que se presentan en su entorno (Labrador, 2008).

4.2. Trastornos del estado del ánimo.

Los trastornos del estado del ánimo constituyen un grupo de alteraciones emocionales graves que se dividen en trastornos depresivos, bipolares y dos trastornos basados en la etiología como causa de una enfermedad médica o inducido por uso y abuso de sustancias (Durand & Barlow, 2007).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014) los trastornos afectivos se dividen en dos grandes grupos trastorno bipolar y trastornos relacionados y trastornos depresivos.

4.2.1 Trastorno bipolar y otros trastornos relacionados.

Trastorno bipolar I

Para diagnosticar el trastorno bipolar I se deben tener en cuenta los criterios para un episodio maniaco.

Episodio maniaco

A. un periodo de ánimo elevado, expansivo o irritable y un aumento de la actividad o la energía encaminada para el logro del objetivo que se presenta en un periodo de tiempo mínimo de una semana y está presente la mayor parte del día casi todos los días (es necesaria la hospitalización).

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

B. Se presentan tres o más de los siguientes síntomas, cuatro si el estado de ánimo solo es irritable.

1. Sentimientos de grandeza y autoestima elevada
2. Disminuye la necesidad del sueño
3. Mas conversador de lo normal, necesidad de mantener una conversación.
4. Fuga de ideas
5. Distractibilidad
6. Agitación psicomotora, aumento de la ejecución de actividades dirigidas a un

objetivo.

7. Realización de actividades que acarrear consecuencias (compras desenfadadas, actividad sexual, inversiones económicas).

C. La excitación del estado del ánimo contribuye al deterioro significativo en el desenvolvimiento social y laboral, necesidad de hospitalización.

D. Los síntomas del episodio maniaco no es la causa de sustancias psicoactivas o medicamentos.

Nota: los criterios de A hasta D describen un episodio maniaco, es necesario que se presente al menos un episodio maniaco para que se pueda diagnosticar un trastorno **Bipolar I.**

Episodio hipomaniaco.

A. Comprende un periodo de ánimo elevado, irritable, expansivo, exceso de energía que persiste durante cuatro días consecutivos la mayor parte del día todos los días.

B. Durante el tiempo del cambio anormal del estado de ánimo persisten 3 de los siguientes síntomas o 4 si es solo un estado irritable y comprenden un cambio conductual significativo.

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

1. Sentimientos de grandeza y autoestima elevada
2. Disminuye la necesidad del sueño
3. Mas conversador de lo normal, necesidad de mantener una conversación.
4. Fuga de ideas
5. Distractibilidad
6. Agitación psicomotora, aumento de la ejecución de actividades dirigidas a un objetivo.
7. Realización de actividades que acarrear consecuencias (compras desenfrenadas, actividad sexual, inversiones económicas).

C. El episodio hipomaniaco está relacionado a un cambio del funcionamiento que no corresponde al funcionamiento habitual del sujeto cuando no presenta síntomas.

D. Esta alteración en el estado del ánimo es observada por otras personas que se encuentran en el entorno del sujeto.

E. El episodio no causa alteraciones a nivel laboral y social; no requiere hospitalización. Si se presentan características psicóticas el episodio es maniaco.

F. No es como consecuencia del consumo de sustancias psicoactivas o medicación.

Nota: Un episodio hipomaniaco que surge después de un tratamiento antidepresivo pero persiste es definido como un episodio hipomaniaco, aunque si se presentan uno o dos síntomas como nerviosismo, irritabilidad seguida de la ingesta de antidepresivos no es criterio suficiente para diagnosticar un episodio maniaco ni tampoco una diátesis bipolar.

Nota: los criterios A hasta la F describen un episodio maniaco. Los episodios hipomaniacos se presentan con mayor frecuencia en el trastorno bipolar I pero no son necesarios para su diagnóstico.

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

Episodio depresivo mayor.

A. Durante un periodo de 2 semanas han estado presentes cinco o más de los siguientes síntomas más cambios en el funcionamiento y por lo menos uno de los síntomas es estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer.

Nota. No se deben incluir síntomas que sean consecuencia de uso de sustancias.

1. Estado de ánimo depresivo durante la mayor parte del día y parte de la manifestación subjetiva de tristeza, sensación de vacío, desesperanza; y de la observación de los otros. En los niños o adolescentes se presenta como irritabilidad.

2. Pérdida significativa del placer por casi todas las actividades la mayor parte del tiempo.

3. Aumento o pérdida de peso sin dieta o suele presentarse disminución o aumento anormal del apetito. En niños dificultad para conseguir el peso requerido.

4. Hipersomnia o insomnio.

5. Enlentecimiento o agitación psicomotora casi todos los días.

6. Pérdida de energía.

7. Sentimientos excesivos de inutilidad, culpabilidad casi todos los días.

8. Dificultades para concentrarse, pensar o en la toma de decisiones casi todos los días.

9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida, intento o un plan para llevarlo a cabo.

B. los síntomas originan dificultades en el funcionamiento laboral y social.

C. No es consecuencia de sustancias psicoactivas o fármacos.

Nota. Los criterios de la A hasta C describen el episodio depresivo mayor.

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

Nota. Las pérdidas importantes para el sujeto pueden desencadenar tristeza intensa, pérdida de peso y suelen atribuirse a aquellos eventos significativos puede no ser un episodio depresivo, debe tenerse especial cuidado en estos casos y el criterio debe basarse en la historia clínica del paciente.

Trastorno bipolar II.

A. Para diagnosticar este trastorno el paciente debe cumplir con al menos un episodio maniaco y cumplir con los criterios A hasta la F y para un episodio depresivo mayor cumplir con los criterios de la A hasta C.

B. Nunca se ha presentado un episodio maniaco con anterioridad.

C. Los episodios hipomaniacos no son el resultado de trastornos del espectro de la esquizofrenia (trastorno esquizoafectivo, trastorno esquizofreniforme, o un trastorno de ideas delirantes) u otros trastornos especificados y no especificados.

D. Los síntomas del episodio depresivo mayor ocasionan deterioro en el funcionamiento laboral, social u otras áreas importantes.

Trastornos depresivos

A. Durante un periodo de 2 semanas han estado presentes cinco o más de los siguientes síntomas más cambios en el funcionamiento y por lo menos uno de los síntomas es estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer.

Nota. No se deben incluir síntomas que sean consecuencia de uso de sustancias.

1. Estado de ánimo depresivo durante la mayor parte del día y parte de la manifestación subjetiva de tristeza, sensación de vacío, desesperanza; y de la observación de los otros. En los niños o adolescentes se presenta como irritabilidad.

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

2. Pérdida significativa del placer por casi todas las actividades la mayor parte del tiempo.
3. Aumento o pérdida de peso sin dieta o suele presentarse disminución o aumento anormal del apetito. En niños dificultad para conseguir el peso requerido.
4. Hipersomnia o insomnio.
5. Enlentecimiento o agitación psicomotora casi todos los días.
6. Pérdida de energía.
7. Sentimientos excesivos de inutilidad, culpabilidad casi todos los días.
8. Dificultades para concentrarse, pensar o en la toma de decisiones casi todos los días.
9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida, intento o un plan para llevarlo a cabo.

B. los síntomas originan dificultades en el funcionamiento laboral y social.

C. No es consecuencia de sustancias psicoactivas o fármacos.

Nota. Los criterios de la A hasta C describen el episodio depresivo mayor.

Nota. Las pérdidas importantes para el sujeto pueden desencadenar tristeza intensa, pérdida de peso y suelen atribuirse a aquellos eventos significativos puede no ser un episodio depresivo, debe tenerse especial cuidado en estos casos y el criterio debe basarse en la historia clínica del paciente.

D. El episodio Depresivo no son el resultado de trastornos del espectro de la esquizofrenia (trastorno esquizoafectivo, trastorno esquizofreniforme, o un trastorno de ideas delirantes) u otros trastornos especificados y no especificados.

E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

Nota: No aplica si los episodios maníacos e hipomaniaco son la causa de medicamentos

4.3. Teorías explicativas de la Depresión

El trastorno depresivo es de origen heterogéneo que se ha ido transformando en homogéneo como resultado de la organización clínica que se le ha otorgado según las diversas teorías y perspectivas como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales desarrollado por la asociación Americana de psiquiatría DSM (Winokour, 1997).

Winokour (1997) expone un esquema para la clasificación de la depresión que hace referencia al dolor normal y la depresión secundaria en la que puede presentar una patología no afectiva y los trastornos afectivos primarios en la que clasifica la depresión en unipolar u bipolar; en la primera solo se presentan episodios depresivos y en la segunda además de episodios depresivos se pueden presentar episodios de manía, mixtos e hipomanía, ambos acompañados de trastornos en el sueño y la alimentación.

4.3.1 Teorías conductuales de la Depresión.

Desde la teoría conductual se asume el trastorno depresivo como un fenómeno aprendido a través de las relaciones negativas establecidas entre el sujeto y su entorno como las bajas relaciones sociales y a su vez estas interacciones se encuentran mediadas como por la interrelación recíproca entre factores conductuales, cognitivos y emocionales (Vásquez, Muñoz, & Becoña, 2002).

Entrenamiento en auto-control. Esta teoría explica que la depresión es el resultado o consecuencia de la relación entre la recompensa y el castigo (Rehm, 1997). En la teoría de entrenamiento en auto-control enfatiza la relación negativa que el individuo aporta a través de

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

respuestas de tipo conductual y cognitiva, ya que el sujeto representa un papel activo en el curso de aparición y mantenimiento del trastorno (Rehm ,1997).

Modelo de Nezu. Según Nezu (1987) la etiología del trastorno depresivo tiene lugar cuando el sujeto posee herramientas ineficaces de para la solución de problemas, las predisposición para el padecimiento de un trastorno depresivo según Nezu aumentan en la medida en que existen carencias en alguno de los componentes de la solución de problemas como orientación hacia el problema, definición y formulación del problema, generación de soluciones alternativas, toma de decisiones, puesta en marcha y verificación (Nezu, Nezu, & Perri, 1989).

4.3.2 Teorías biológicas de la Depresión.

Es importante resaltar que además de las teorías conductuales y cognitivas que estudian el trastorno depresivo también existen otras que buscan su etiología en el organismo del sujeto.

En la teoría biológica de la depresión se concibe este trastorno como consecuencia de una anomalía que se presenta en la regulación de los neurotransmisores en el sistema nervioso central especialmente en alguno de los sistemas neuroconductuales como Facilitación conductual, inhibición conductual, grado de respuesta al estrés, ritmos biológicos, procesamiento ejecutivo cortical de la información (Friedman & Thase, 1995).

4.3.3 Teorías cognitivas de la Depresión. Desde una perspectiva cognitiva se concibe a la depresión como el resultado de la percepción errónea sobre uno mismo, el mundo y el futuro que tienen correspondencia con las respuestas motivacionales ya afectivas (Vásquez et al., 2000). Para la mayor comprensión de la teoría cognitiva se realizará el abordaje a la luz de dos teóricos representativos.

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

Teoría de la desesperanza aprendida. Propuesta por Seligman en los años 1974 y 1975 afirma que existe una estrecha relación entre la inducción de la desesperanza produce afectaciones cognitivas que perturban los comportamientos de los individuos y de allí que sea un elemento predisponente para que se desarrolle un trastorno Depresivo (Riso & Ardila, 1992). Por su parte Abramson hace referencia a la reformulación de la desesperanza aprendida, en la que postula la importancia de la atribuciones o significados que le otorgue a las diferentes situaciones y esto proporcionalmente aumentara la respuesta negativa, ideas que si las respuestas negativas son el resultado de alteraciones internas, globales y estables se generara un aumento significativo a la percepción de la desesperanza por parte del sujeto (Riso & Ardila, 1992).

Por otro lado Beck (1976) en su modelo cognitivo propone que la Depresión se concibe como el resultado de los pensamientos automáticos y erróneos que realiza el individuo en las diferentes situaciones aparte de eso también se toman en consideración síntomas de tipo afectivo, fisiológico, motivacional y fisiológico.

El modelo cognitivo de la depresión de Beck propone como principal causante del trastorno los errores en el procesamiento de la información expone cinco rasgos que contribuyen a la validación de los errores cognitivos como el pensamiento absolutista y moralista, invariabilidad, globalidad, personalización ; no se conoce con claridad cómo se gestan pero sí que pueden tener su inicio en la infancia que se activan ante los eventos estresantes y que contribuyen al desarrollo de un trastorno y a que este permanezca latente a lo largo de la vida. (Beck 1976).

El esquema depresivo influye en la percepción e interpretación de la información del entorno pero es importante reconocer que estas distorsiones cognitivas tienen la característica de ser automáticos e involuntarios y de estas hacen parte la inferencia arbitraria (hacer juicios sin

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

poseer evidencias que lo soporten o invaliden); la abstracción selectiva (focalizar la atención a un solo detalle del medio omitiendo otros detalles fundamentales para la situación); la sobregeneralización (conclusiones o conceptos aplicados a diferentes situaciones); minimización y magnificación (atribuyen el grado de importancia errado a los sucesos); personalización (poner en sí mismo eventos y situaciones de carácter externo); absolutismo y dicotomía (modo en que se evalúan las situaciones de forma general o de forma categórica) (Beck, 1979).

4.4. La adolescencia.

La adolescencia puede ser comprendida como un proceso de transición de la niñez a la adultez y que conlleva a diversos cambios importantes que van desde el desarrollo físico, el desarrollo cognoscitivo y el desarrollo psicosocial y que comprende las edades de 11 a 19 o 20 años (Papalia et al., 2010).

En cuanto al desarrollo físico se presentan eventos y cambios biológicos que indican el final de la niñez entre estos se pueden encontrar el aumento de peso, la estatura, cambios en las proporciones corporales y la maduración sexual; tienen lugar el desarrollo de las características sexuales primarias, en esta se desarrollan los órganos fundamentales para que se lleve a cabo la reproducción las trompas de Falopio, los ovarios en las mujeres y las vesículas seminales, el pene, los testículos y la próstata en los hombres; y las características sexuales secundarias que corresponden a los signos físicos que no participan directamente de la reproducción como el ensanchamiento de los hombros en los hombres y los senos en las mujeres, el crecimiento del vello púbico tanto en las mujeres como en los hombres entre otras; esto constituye la maduración de los órganos reproductivos y en la mujer ocurre la menarquia aproximadamente que es la primera menstruación y se seguirá presentando cada mes a lo largo de su vida (Papalia et al., 2010).

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

Es un hecho que en la adolescencia el desarrollo físico se ha dado por completo, pero además, este grupo etario empieza la consolidación de su desarrollo cognoscitivo aunque su pensamiento aun sea inmaduro los adolescentes pueden elaborar juicios morales complejos incluso alcanzar un poco el razonamiento abstracto (Papalia et al., 2010).

De acuerdo a lo anterior según la teoría cognoscitiva propuesta por Jean Piaget la adolescencia se sitúa en la etapa de las operaciones formales, en esta los sujetos perfeccionan el pensamiento abstracto, y aparece la habilidad de situarse de acuerdo al contexto histórico y temporal, los adolescentes pueden hacer representaciones simbólicas y adquieren la habilidad de desarrollar y aprobar hipótesis denominada como razonamiento hipotético-deductivo. (Papalia et al., 2010).

4.4.1 Fases de la adolescencia. La adolescencia comprende una etapa de transición de la niñez a la adultez que conlleva cambios importantes en la dimensión física, cognitiva, afectiva y psicosocial, varios autores ubican esta etapa del ciclo vital en intervalos de edad diferentes, la Organización Mundial de la salud propone que la adolescencia comprende las edades entre los 10 a 19 años, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2011) estima que es una etapa que llega hasta los 18 años (Gupter, 2006) también el Resource Center for Adolescent Pregnancy Prevention [ReCAPP] (sf) en la guía para la prevención de embarazos a temprana edad la ubica de los 9 a los 19 años de edad. Para efectos de esta investigación se tomó el intervalo de edad de la OMS (1999) de 10 a 19 años y la subdivisión hecha por Cromer (2011) quien sugiere que la adolescencia debe ser entendida desde la adolescencia temprana que comprende las edades de los 10 a los 13 años, adolescencia intermedia que va de los 14 a los 16 años y la adolescencia tardía de los 17 a 19 años.

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

Adolescencia temprana: 10 a 13 años. En esta etapa la dimensión cognitiva se inicia el uso de las operaciones lógico-formales en contexto escolar y domestico incluyendo la autoridad y el cuestionamiento de las normas sociales, se desarrolla el lenguaje oral y las habilidades comunicativas para verbalizar ideas y posturas relacionadas con su vida, incluyendo, la opción para la práctica del deporte, relación con grupos de pares, en esta fase los adolescentes no logran reconocer las consecuencias a largo plazo (Cromer, 2011). Se presenta un fuerte afecto y relación con sus pares.

Adolescencia media: 14 a 16 años. En esta fase en la dimensión cognitiva los adolescentes procesan la información de forma más compleja incluyendo ciertas preocupaciones más filosóficas y orientadas al futuro, suelen hacer cuestionamientos pero a partir del análisis que le permita desarrollar la identidad y un código de ética particular, pueden reconocer las consecuencias futuras pero no pueden implementarlas en la toma de decisiones Cromer (2011). Además se da la Separación emocional de los padres.

Adolescencia tardía: 17 a 19 años. En esta fase en la dimensión cognitiva se aprecian procesos de pensamiento complejos que propician la disminución del egocéntrico, y la implementación de la toma de decisiones ya que pueden pensar conceptos más globales relacionados con la justicia, la historia, la política; además se desarrollan posturas idealistas que les permiten discutir sobre diversos temas; también se centran en pensar la carrera que elegirán y su papel en la sociedad que se desenvuelven además de que en esta fase ya pueden reconocer las consecuencias futuras de las decisiones que tomen y decidir a partir de esto (Cromer, 2011).

4.4.2 Desarrollo psicológico en la edad adolescente. La construcción de la identidad personal corresponde a uno de los mayores logros que busca obtener el desarrollo humano así

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

mismo permanece en constante cambio a lo largo de algunas etapas del ciclo vital (Sepúlveda, 2006).

Según Sepúlveda (2006) desde la perspectiva madurativa se hace especial énfasis a los procesos relacionados con los cambios fisiológicos como psicológicos tienen gran influencia en la forma de ser de los adolescentes, en este sentido el logro de la identidad juvenil contribuye al desarrollo de las dimensiones afectivas, cognitivas, sociales, morales, somáticas y sexuales. Del mismo modo desde la perspectiva social se concibe a la adolescencia como una subcultura que comprende tanto acciones como patrones de pensamiento propios que guían su conducta y a la vez los diferencian claramente de los demás grupos etarios.

Es un hecho que las etapas del desarrollo se presentan en cada uno de los individuos de forma secuencial pero también es importante tener en cuenta que las edades respectivas en las que ocurren cada una de ellas pueden variar según el contexto sociocultural, incluso el lugar de residencia ya sea rural o urbana de Según Piaget (citado por Sepúlveda, 2006) existen cuatro factores que inciden en el desarrollo inclusive desde la concepción los factores biológicos y de coordinación de las acciones, los factores sociales y de interacción social o coordinación interindividual y de transmisión educativa y cultural. En pocas palabras el contexto social en el que se desenvuelve un adolescente y el factor biológico se convierten en elementos cruciales para el desarrollo psicológico.

4.5. Depresión en el adolescente

La prevalencia del trastorno depresivo en la población adolescente según Larraguibel (2006) se presenta del 4% a 8% aproximadamente y con una relación de 1:2 entre hombre y mujer; así mismo se estima que en un rango de 40% a 90% de los adolescentes que padecen trastorno depresivo presentan comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos entre estos se

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

encuentra el trastorno distímico, trastornos de ansiedad, y trastornos por uso y abuso de sustancias, del mismo modo se afirma que estos trastornos están siendo reconocidos cada vez a edades más tempranas (Larraguibel 2006).

4.5.1 Aspectos etiopatogénicos. El trastorno Depresivo en adolescentes se encuentra etiológicamente relacionado con factores ambientales, aspectos genéticos, aspectos neurobioquímicos y trauma vital temprano.

4.5.2 Factores ambientales. Entre los elementos que forman la etiología del trastorno depresivo se encuentra el contexto en el que se desenvuelve el adolescente, en este sentido existe una íntima relación entre el trastorno Depresivo y la relación disfuncional en el núcleo familiar ya que los padres con trastornos afectivos tienden a generar una comunicación disfuncional; diversos estudios demuestran que los miembros significativos de la familia que padecen Depresión pueden influir en los niños y adolescentes por medio de la resonancia afectiva que permite interiorizar las comunicaciones emocionales presentes en su entorno y esto puede o no afectar el desarrollo del niño según como se ve (Larraguibel, 2006).

4.5.3 Aspectos genéticos. En el trastorno Depresivo la predisposición genética juega un papel crucial para el padecimiento o no de este, las tasas de morbilidad registran que el trastorno Depresivo es mayor en parientes de primer grado de pacientes con Depresión en comparación con la población en general (Larraguibel, 2006).

4.5.4 Aspectos neurobioquímicos. La depresión puede ser explicada desde la actividad química y biológica del cerebro; es decir, el sistema límbico es el principal encargado de regular las emociones en los seres humanos, esto acompañado de reflejos motores y del sistema endocrino que se activa a través de neurotransmisores como el serotoninérgico y noradrenérgico.

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

Es así como el trastorno depresivo se obtiene como respuesta a niveles exagerados del sistema noradrenérgico activado ante diferentes estímulos que pueden ser estresores (Larraguibel, 2006).

4.5.5 Trauma vital temprano. Se estima que situaciones de maltrato, abandono, abuso infantil entre otros eventos que ocurren en las primeras etapas de la vida del ser humano incluyendo factores ambientales y factores neurobiológicos pueden aumentar la predisposición de la incidencia de un episodio depresivo (Larraguibel, 2006).

4.5.6 Diagnóstico del trastorno depresivo en adolescentes. Para diagnosticar con trastorno depresivo a un adolescente se debe tener en cuenta la sintomatología presentada, de este modo se deben observar cambios intensos en el estado del ánimo que se muestra a través de ánimo depresivo, irritable y/o pérdida del interés en las actividades que antes le generaban placer; pero además de esto se incluyen síntomas como trastornos en la ingesta de alimentos, trastornos del sueño, activación psicomotora o por el contrario retardo; se pueden manifestar también la disminución en el autoestima, los niveles de energía, de motivación, de interés y la concentración. Los adolescentes tienden a auto despreciarse, puede tener sentimientos de culpabilidad incluso está íntimamente relacionado con el riesgo suicida, ideación y consumación del hecho, deterioro de las funciones cognitivas previas (Larraguibel, 2006).

Otro aspecto importante que suele presentarse dentro de la sintomatología de los trastornos afectivos (Depresión y bipolaridad) y otros trastornos (de personalidad, ansiedad) constituye las autolesiones que no necesariamente conllevan intencionalidad suicida pero puede convertirse en un factor de riesgo (Delgadillo, Chávez, & Martínez, 2014), el tipo de autolesión más prevalente se han encontrado los cortes en la piel, rascado de cicatrices, quemaduras en la piel, golpes, rasguños, mordeduras (Ulloa, Contreras, Paniagua, & Gamaliel, 2013).

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

En cuanto a las variantes clínicas para el trastorno depresivo en adolescentes se encuentra la depresión psicótica, depresión bipolar, depresión atípica, depresión afectiva estacional, depresión subsindromal o subclínica, depresión doble, y depresión resistente al tratamiento (Larraguibel, 2006).

4.6. Trastorno bipolar en el adolescente.

El trastorno bipolar es un trastorno mental caracterizado por episodios recurrentes de depresión, manía, episodios mixtos e hipomanía y a su vez estos episodios se manifiestan a nivel fisiológico, cognitivo y conductual (Larraguibel, Davanzo, & Zuñiga, 2006).

4.6.1 Epidemiología. Según Larraguibel et al. (2006) el trastorno bipolar en la población adulta constituye el 20% de los casos de trastornos afectivos y en la población adolescente corresponde aproximadamente al 1 %, teniendo en cuenta que la edad más frecuente de aparición se encuentra entre los 15 a 19 años.

4.6.2 Etiología. En cuanto a las causas de la aparición del trastorno bipolar diversos estudios apuntan a la genética como factor fundamental en el desencadenamiento de los trastornos bipolares también acompañados de factores externos (Larraguibel et al., 2006).

4.6.3 Diagnóstico. Este trastorno se puede diagnosticar cuando en el individuo se presenta síntomas del episodio maniaco mixto. El trastorno bipolar puede encontrarse de dos tipos trastorno bipolar I y II; el trastorno bipolar I es caracterizado por uno o más episodios maníacos o mixtos al algunas ocasiones se presentan acompañados de episodios depresivos. El trastorno bipolar II posee uno o más episodios depresivos mayores con la presencia de un episodio hipomaniaco (Larraguibel et al., 2006).

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

En los episodios maniacos se pueden presentar síntomas como animo expansivo por al menos una semana, sentimientos de grandiosidad, poca necesidad de dormir, fuga de ideas, verborrea, hipersexualidad, agitación física, distractibilidad; en el episodio hipomaniaco se presentan los síntomas anteriormente descritos con una duración mínima es de 4 días (Larraguibel et al., 2006).

En el episodio depresivo el adolescente debe experimentar animo depresivo, irritable, perdida de interés cambios en la conducta del sueño, el apetito; el episodio depresivo varía según la edad en la que se presenta en la adolescencia se encuentran marcadamente las alteraciones en el sueño apetito, delirio y pueden aparecer conductas suicidas (Larraguibel et al., 2006).

El episodio mixto se caracteriza por la presencia de síntomas maniacos y depresivos de forma simultánea con una duración aproximada de una semana, estos síntomas mixtos se presentan generalmente cuando el trastorno bipolar es de inicio en la adolescencia temprana; los adolescentes maniacos pueden presentar conductas autodestructivas o heterodestructivas; y en la adolescencia tardía del trastorno bipolar se suele presentar de forma abrupta (Larraguibel et al., 2006).

4.7. Teoría de los modos.

A partir de la investigación se ha podido establecer la alta implicancia de los esquemas tanto en la depresión como en otros trastornos de ahí que Beck (1996) expone que la activación de esquemas cognitivos específicos puede ser el núcleo de la consolidación de la depresión y puede considerarse como el causante de la aparición de los síntomas de tipo afectivo, cognitivo y conductual; así mismo propone que la ruta de intervención debe enfilarse en la modificación de las interpretaciones disfuncionales para disminuir o aminorar el trastorno clínico.

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

Los modos se conciben como suborganizaciones específicas contenidas en la organización de la personalidad que retoman componentes de los sistemas básicos de la personalidad Cognitivo, afectivo, motivacional y conductual que a su vez están comprendidas por estructuras o esquemas es decir que el sistemas afectivo contiene esquemas afectivos, el sistema cognitivo contiene esquemas cognitivos, el sistema motivacional contiene los esquemas motivacionales y el sistema conductual contiene los esquema conductuales; el modo es la integración de la red afectivo-cognitivo-conductual que se activa ante las demandas exógenas y provee el mecanismo como respuesta para el cumplimiento de los objetivos o metas; así mismo se reconocen dos tipos de modos, los primarios son aquellos patrones básicos importantes para responder ante situaciones de supervivencia su contenido puede incluir miedo ansiedad impulso de huida por otro lado existe otro tipo de modo menos marcado que se activa ante situaciones de la vida cotidiana como ver televisión o estudiar (Beck,1996).

Sistema cognitivo: Este sistema está compuesto por un conjunto de estructuras que involucra el procesamiento de la información, la asignación de significados, selección de datos, atención, interpretación memoria y evocación de recuerdos, que además se consolida por las interacciones sociales; la estructura básica de este sistema se le conoce como esquema cognitivo.

Sistema afectivo: Se le conoce como una parte fundamental y estratégica de la psicobiologica para la supervivencia y la procreación que producen estados emociones con sus matices y combinaciones se encarga de reforzar las conductas ya sean adaptativas o desadaptativas. La estructura básica de este sistema se le conoce como esquema afectivo.

Sistema motivacional y Sistema conductual: proveen los mecanismos automáticos de movilización o inhibición conductual en las que se incluyen estrategias de emergencia para

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

emprender la huida. La motivación se concibe como impulsos biológicos en la que se incluyen la sexualidad, el apetito etc. El sistema conductual ocurre independientemente de la intención consciente y el impulso es precedido por una alerta consciente. Las estructuras básicas del este sistema motivacional y el sistema conductual son los esquemas motivaciones y los esquemas conductuales respectivamente.

Sistema fisiológico: se activa cuando un modo responde a una situación amenazante, este sistema no comprende solo el sistema nervioso central si no que incluye el sistema nervioso periférico, sistema nervioso automático, sistema nervioso motor y el sistema nervioso sensorial, este es un sistema separado ya que cumple una única función cuando se activan los modos.

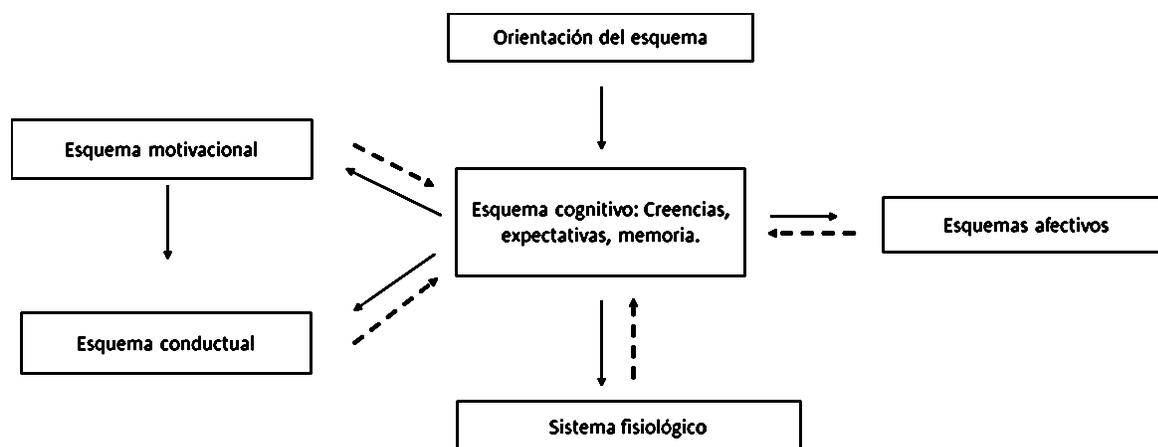


Figura 1. Esquema de activación de los modos, (Beck, 1996)

4.8. Evaluación de lo psicológico

Si el análisis de la conducta de un sujeto es complejo, el análisis del resultado de las acciones ejercidas en determinados contextos incrementa el reto que constituye lograr una precisión adecuada en las medidas efectuadas (Mikulic, 2007), por lo que la evaluación psicológica debe comprometerse en indagar formas de concebir y evaluar la conducta como un

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

sistema abierto en constante equilibrio adaptativo, lo que supone superar las posiciones evaluativas tradicionales.

Según Abello (2012) a pesar de que se han venido desarrollando diversos métodos para diagnóstico y tratamiento de Trastornos Afectivos, estos no responden a cabalidad frente a la demanda de eficacia, efectividad y objetividad que demanda el terreno de evaluación e intervención psicológica.

Por lo que anverso a este imperioso panorama en materia de salud mental han surgido diferentes iniciativas encaminadas a la generación y estandarización de instrumentos psicométricos que evalúen de forma objetiva la presencia, frecuencia y cronicidad de sintomatología asociada a los Trastornos Afectivos; una de estas iniciativas ha sido configurada por Abello y Cortes quienes han diseñado la *Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA)*.

Debido a que gran parte de los deberes arraigados de todo profesional de la psicología es garantizar un ejercicio efectivo y eficaz de su labor. Intervenir en un paciente de la mejor forma debe apuntar a reducir su malestar y propiciar en él un bienestar general. Para poder establecer una intervención efectiva se demanda de una evaluación precisa del estado del paciente ya que todo estado mórbido tiene una evolución particular en cada individuo debido a la participación de múltiples factores (genéticos, ontogénicos, sociales, culturales, económico, entre otros); incluso la evaluación del paciente debe ser permanente y realizarse no solo al inicio del proceso, sino que se debe garantizar su ejecución durante y al finalizar la intervención. Una de las herramientas más utilizadas para llevar a cabo este proceso de evaluación son los instrumentos psicométricos, y asegurar que su construcción y constitución cumplan con ciertos criterios, que permitan generar confianza en los datos obtenidos a través de ello, permite realizar

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

adecuadamente la evaluación y elaborar con precisión la intervención particular para cada paciente. Aportar entonces a la validación de un instrumento psicométrico, es contribuir a diagnósticos precisos y a la mejora continua de los procesos de intervención, y en sí mismo a la construcción de proceso de bienestar social para los pacientes, sus familias y la sociedad en general.

La evaluación de lo psicológico implica recoger información y usarla para tomar decisiones y resolver problemas, lo que supone que la evaluación es una actividad de recogida, análisis, valoración y uso de la información para resolver problemas de manera eficaz, problemas que se relacionan con el comportamiento humano sea estos en grupos o individuales, ya que es una actividad que va dirigida por objetivos (Tapias, 2011).

4.8.1 Tipos de evaluación

Inicialmente la evaluación puede definirse como el estudio, análisis y valoración de las características de un sujeto, de sus formas de acción, reacción e interacción con los demás y la realidad y de sus procesos de cambio (Forns, 1993), concepto que se ha ampliado ya que todo esto se analiza dentro de un sistema configurado por sujetos, que se encuentran sometidos a procesos internos y externos que afectan y determinan la forma en la que se hace contacto con la realidad.

La evaluación psicológica supone por sí un reto, el integrar conceptualmente aportes de diferentes enfoques y el ver como la ciencia misma ha ido avanzando, observar los diferentes servicios que cada vez crecen más, la progresiva demanda del medio y la inevitable necesidad de buscar solución a diversos problemas, centrándose en una perspectiva entre el hombre y el entorno. Sí bien no existe un proceso de evaluación contrastable, ni variables claramente

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

delimitadas y mesurables, si existe la evaluación de lo psicológico, desde este modelo, se da gran importancia al análisis psicológico de los procesos cognitivos, de los correlatos entre las variables fisiológicas y las operaciones cognitivas, de la relación que existe entre los procesos cognitivos y diferencias individuales que conformaran el estilo cognitivo de cada sujeto (Mikulic, 2007), por lo que Fernández-Ballesteros (1994) dado a la dificultad que esboza la medición de lo psicológico, propone que esta evaluación se debe hacer desde dos perspectivas, una evaluación categorial y una dimensional.

Evaluación Categorial, es en la cual el profesional hace uso de un sistema de clasificación categorial, en el caso de psicólogos el uso del Manual Diagnostico DSM, el cual permite revisar criterios que han de ser guía para un diagnostico determinado, o que se termina comprobando con el juicio clínico (Fernández-Ballesteros, 1994).

La evaluación categorial utiliza el método tradicional, que trata de establecer categorías precisas a propiedades claramente definidas, tratando de definir la ausencia o la presencia de una categoría (Widakowich, 2012), apoyándose de la observación clínica.

Evaluación dimensional, dado el exceso de comorbilidades a nivel diagnóstico y la dificultad para delimitar algunos trastornos, se impone un nuevo paradigma de evaluación y es lo que hace referencia a la evaluación dimensional (Widakowich, 2012).

Evaluación Dimensional la cual se advine de manera complementaria de la evaluación categorial, la cual se encuentra influenciada en el uso del Manual Diagnostico, en la dimensional se procura medir las diferencias cuantitativas de un mismo sustrato, tratando de ordenar los síntomas según los diferentes grados de intensidad (Widakowich, 2012), el hecho de medir las diferencias cuantitativas de un mismo sustrato, con matices y diferencias de grado entre los

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

síntomas, este enfoque de la evaluación podría decirse que pasa a complementar el enfoque categórico tradicional.

La psicometría se convierte en uno de los pilares básicos de la psicología, en cuanto a la medición de los atributos psicológicos, lo que aporta a la evaluación y al posible diagnóstico un rendimiento invaluable. Dado a esto es que pasan a crearse los protocolos de carácter clínico, los cuales son definidos como un conjunto de recomendaciones que ayudan a los profesionales a tomar decisiones sobre cuál es la ayuda u refuerzo más apropiado, constituyéndose como herramientas clínicas útiles dentro de la práctica psicológica (Moran, Martínez, & Mantilla, 2005). Estos se encuentran orientados a la evaluación e intervención psicológica, debido a que son documentos que describen la secuencia de un proceso de atención de un paciente. Dichos protocolos se componen de la entrevista e instrumentos psicométricos, ambos son herramientas en la práctica común en profesionales que consideran al ser humano en su totalidad y en relación natural con su ambiente.

4.9. Fundamentos psicométricos básicos.

Respecto a lo concerniente con la medición de lo psicológico como tal Tovar (2007), menciona que la Psicometría actualmente, se constituye como una disciplina de la psicología que tiene como finalidad aportar soluciones al problema de la medida en cualquier proceso de investigación psicológica; así mismo, representa un campo metodológico que incluye teorías, métodos y usos de la medición psicológica, en la cual se incluyen aspectos meramente teóricos y otros de carácter más práctico. La perspectiva teórica, como su nombre lo indica, refiere a las teorías que tratan de la medida de lo psicológico, encargándose de describirlas, categorizarlas, evaluar su utilidad y precisión, así como la búsqueda de nuevos métodos, teorías y modelos matemáticos que permitan mejores instrumentos de medida. La perspectiva práctica por su parte

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

está mayormente ligada al aporte aplicado de los conocimientos producto de dichas teorías, es decir, refiere a los aportes de instrumentos adecuados que permitan conseguir buenas medidas y además los usos que dichas herramientas permitan realizar (Tovar, 2007).

Las Escalas como instrumento de medición de lo psicológico, son aun de mayor complejidad y de particular importancia pues la variable que se pretende medir es subjetiva, es decir, tanto su definición como sus componentes son altamente variables; sin embargo, aún cuando el proceso de creación de un instrumento psicométrico es complejo, se requiere que este posea como características principales: capacidad de reproducibilidad, utilidad, fiabilidad y validez (Lamprea & Gómez-Restrepo, 2007). Para que un instrumento pueda ser utilizado por un profesional de la psicología, primero debe pasar por una serie de valoraciones, en las cuales se indique que el instrumento en cuestión está apto, en tanto que reúne una serie de criterios, para ser aplicado y funcionar así como un instrumento de evaluación.

Los aspectos fundamentales a tener en cuenta para la valoración de los Test son: Validez y Fiabilidad. La Validez ha pasado por un largo proceso evolutivo; “un test es válido para aquello con lo que correlaciona”, sin embargo actualmente los psicométricos se ciñen a que un test es válido en tanto la evidencia empírica y los supuestos teóricos respalden la suficiencia y lo apropiado de las interpretaciones y acciones en base a los puntajes de las pruebas, que son función en últimas de los ítems, los sujetos que responden a la prueba, y el contexto en el que se evalúa (Tovar, 2007), de forma más simple, la validez es la capacidad que posee un test para medir aquello que pretende y dice medir.

El proceso de validación de un instrumento psicométrico no se puede resumir a un solo indicador o índice, sino que debe existir una acumulación de evidencia teórica, estadística, empírica y conceptual del uso de las puntuaciones. La Asociación Americana de Psicología

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

estableció que la validez era de tres tipos: validez de contenido, validez de constructo, validez predictiva y validez de criterio. En la actualidad se considera, desde la comunidad científica, que la única validez admisible es la validez de constructo (Messick, 1995), la cual posee a su vez una serie de categorías, que suman los anteriores tipos de validez y un par de aspectos nuevos.

Dichas Categorías son:

- ❖ **Validez de Contenido:** Según Tovar (2007) se considera que un test posee validez de contenido si los elementos que componen la Escala corresponden a la definición operativa de la variable a medir.

- ❖ **Validez de Criterio:** Hace referencia al grado en que la medida que realiza el test que se evalúa, coincide con la medida proporcionada por un test ya avalado que evalúe la misma variable por un procedimiento diferente (García & Magaz, 2009).

- ❖ **Validez de Constructo:** Definida inicialmente como la capacidad que posee un test para medir aquello que pretende y dice medir.

El otro aspecto a tener en cuenta en la valoración de los test, es la Fiabilidad, que es definida según Muñiz (1998), como el conjunto de método y técnicas utilizadas por los psicólogos para estimar el grado de precisión con el que están midiendo sus variables. Existen diversas formas de analizar la fiabilidad de un Test Psicométrico, entre estas encontramos (García & Magaz, 2009):

- ❖ **Fiabilidad Test-Retest:** Grado de estabilidad temporal de la medida; un indicador de que siempre mide igual cuando el constructo es estable.

- ❖ **Fiabilidad o Consistencia Interna:** Grado en el que cada elemento de una Escala del test contribuye a dar estabilidad a la medida de cada característica.

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

Otro elemento a considerar en el diseño y validación de un instrumento psicométrico es la presencia inevitable de errores en el proceso de medida. Dichos errores originan graves distorsiones en la medición de cualquier variable, y en especial, en variables como las psicológicas, que como se ha expuesto anteriormente son tan complejas en si mismas. Precisamente para ese componente de error aleatorio, la única aproximación posible es la estadística, donde las decisiones se toman siempre con cierta probabilidad de acertar y cierto margen de error asociado, que es denominado por muchos autores como error de medida. Muñiz (1998) identifica tres fuentes principales de error aleatorio en la medición psicológica:

- ❖ *La persona evaluada:* Circunstancias intrapersonales al momento de realizar la medida; estado de ánimo, actitudes, ansiedad y temores ante el test o cualquier circunstancia previa al mismo, que produzca una disposición inadecuada del individuo frente a la aplicación del test.

- ❖ *El instrumento de medida utilizado:* Las características específicas de la Escala, inventario o test puede afectar gravemente los resultados del individuo evaluado, alterando la realidad registrada del mismo.

- ❖ *La aplicación, corrección e interpretación de los resultados arrojados por el instrumento:* Procedimientos mal desarrollados por los profesionales, que afecta directamente el rigor de la medición y obviamente, los resultados de la misma.

La estimación del error de medida es la más completa intervención que se puede realizar para mitigar el impacto del error aleatorio en la medición de variables psicológicas y garantizar que las decisiones científicas que se tomen a partir de los resultados de cualquier instrumento psicométrico al menos tenga una base sólida y confiable, por ello cobra importancia las teorías estadísticas de los test; compuestas por criterios técnicos que le permiten al profesional calcular

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

la solidez psicométrica de cualquier instrumento, su confiabilidad, validez y fiabilidad. En el caso de las variables psicológicas la propuesta pionera para la estimación de errores fue realizada por Spearman (1904, 1907, 1913) y se denominó *Modelo lineal Clásico*, construcción que dio origen a un enfoque general sobre los test que se ha conocido como *La Teoría Clásica de los Tests*. Tiempo después procurando la superación de las limitaciones de la teoría clásica surgieron nuevas iniciativas teóricas que se recopilaron bajo la denominación genérica de *Teoría de Respuesta al Ítems* (Muñiz, 1998). Ambas teorías confluyen en la intención de formalizar las interrelaciones entre tres componentes que intervienen en la medición mediante test: a) la puntuación observada tras la administración del instrumento, b) el valor inobservable del dominio o rasgo psicológico que se pretende medir y b) el error de medida inmerso en el proceso (Abal, Aguerri, Attorresi, Galibert, & Luzzia, 2009), constructo que hemos desglosado en párrafos anteriores. A continuación se desarrolla los elementos básicos de estas dos teorías, que resultan los ejes esenciales del presente estudio.

4.10. Teoría Clásica de los Tests (TCT).

El modelo de la Teoría Clásica de los Test (TCT) se ha constituido como el enfoque predominante en la construcción y análisis de los instrumentos psicométricos, de corte objetivo, tras la creciente necesidad de obtener algún indicador de la precisión con la que estos test miden el constructo teórico que proponen evaluar en un sujeto o en grupo de sujetos específicos.

El postulado fundamental de la TCT sostiene que la puntuación observable de una persona en un test, que se denomina “puntuación empírica”, se designa con la letra “X” y se encuentra constituida por dos componentes (Muñiz, 2010):

- a) V = El puntaje verdadero que obtiene la persona, y es inobservable.

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

b) e = Un error de medición implícito en la prueba, que puede ser consecuencia de las limitaciones del instrumento de medida y/o de los componentes de la situación de la medida; factores que su control se sale de las manos del profesional encargado del diseño y/o aplicación de la prueba en cuestión.

Dicho postulado se concreta formalmente en la siguiente expresión aritmética y estadística: ($X = V + e$)

Para poder derivar las formulas necesarias para el cálculo de fiabilidad, Spearman añade tres supuestos al postulado fundamental, antes mencionado (Muñiz, 2010), que se desarrollan a continuación:

❖ **Primer supuesto:** La puntuación verdadera se contempla por la TCT como la esperanza matemática de la puntuación empírica, y constituye la media que se obtendría si se aplicase infinitamente el test a un mismo sujeto (Spearman, 1907).

❖ **Segundo supuesto:** Se asume que no existe relación entre la cuantía de las puntuaciones verdaderas de las personas y el tamaño de los errores que afectan a esas puntuaciones. Es decir, que el valor de la puntuación verdadera de un sujeto no tiene nada que ver con el error que afecta esa puntuación (Spearman, 1907).

❖ **Tercer supuesto:** Se establece que los errores de medida de las personas en un test no están relacionados con los errores de medida en otro test distinto. Es decir, no hay ninguna razón para pensar que los errores cometidos en una ocasión vayan a covariar sistemáticamente con los cometidos en otra ocasión (Spearman, 1907).

De igual manera Spearman considero importante adicionarle una definición a su constructo teórico: El concepto de *Tests Paralelos*, denominación que describe a aquellos test que miden lo mismo exactamente, pero empleando diferentes ítems o reactivos. De esta manera

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

se asume que las puntuaciones verdaderas de las personas en los tests paralelos serían las mismas, y también serían iguales las varianzas de los errores de medida (Muñiz, 2010).

Sin embargo, es importante mencionar que estos postulados son el marco teórico de la TCT pero el corpus psicométrico de la Teoría Clásica de los Test lo constituye aquellas formulas operativas para la estimación de los errores y las puntuaciones verdaderas que se desarrollaron posteriormente.

Mediante las iniciativas correspondientes se obtuvo la fórmula del coeficiente de Fiabilidad ($\rho_{xx'}$) que permite estimar la cuantía de los errores cometidos al medir. Su fórmula expresa la cantidad de varianza de la medida verdadera (σ_v^2) que hay en la empírica (σ_x^2), esta fórmula se expresa formalmente así: $\rho_{xx'} = \sigma_v^2 / \sigma_x^2$, lo ideal es que toda la varianza empírica se deba a la verdadera, lo que implicaría una fiabilidad perfecta y que la prueba mide sin ningún error (Muñiz, 1998). Esta situación ideal se puede expresar de la siguiente manera: $\sigma_v^2 = \sigma_x^2$. Sin embargo, El cálculo empírico del valor del coeficiente de fiabilidad no se puede llevar a cabo mediante esta fórmula, debido a que es meramente conceptual; pero la estimación empírica puede obtenerse utilizando varias estrategias, entre las que destacan (Muñiz, 1998):

- a) La correlación entre dos formas paralelas del test.
- b) La correlación entre dos mitades aleatorias del test corregida mediante la fórmula de Spearman-Brown.
- c) La correlación entre dos aplicaciones del mismo test a una muestra de personas.

Cada uno de estos procedimientos tiene sus pros y sus contras, se ajustan mejor a unas situaciones que a otras y existen razones técnicas para emplear uno u otro. En todos los casos el valor obtenido es un valor numérico entre 0 y 1, indicando a medida que se acerca a 1 que el test está midiendo con mayor precisión (Muñiz, 1998). Pero además, múltiples autores han propuesto

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

diferentes fórmulas que operativizan lo que conceptualmente expresa la fórmula del Coeficiente de fiabilidad, entre las que podemos mencionar las del Coeficiente Alfa (Cronbach, 1951), Rulon (1939), Guttman (1945), Flanagan (1937), KR20 y KR21 (Kuder & Richardson, 1937), entre otras (Muñiz, 1998).

Una vez conocida la cuantía de los errores de medida, a partir de la puntuación empírica resulta sencillo estimar a cierto nivel de confianza del resultado verdadero de un individuo en un instrumento. Si la fiabilidad de una prueba es perfecta ($\rho_{xx'}=1$), las puntuaciones empíricas y las verdaderas de las personas en dicha prueba coincidirán, pero si no es perfecta las puntuaciones verdaderas de las personas en el test se estiman mediante un intervalo confidencial en torno a la puntuación empírica (Muñiz, 1998).

Ahora bien, el modelo lineal clásico informa de la cuantía de los errores, pero no la fuente originaria de éstos; Otros muchos modelos se han ocupado de desglosar el error y ofrecer así no sólo la fiabilidad, sino también el origen de los errores, pero su complejidad técnico-formal y las complicaciones operativas introducidas, en relación con las ventajas ofrecidas, ha hecho que ninguno se haya concretado en la práctica. La principal iniciativa al respecto es la de la Teoría de la Generalizabilidad propuesta por Cronbach y colaboradores que mediante el uso de complejos diseños de Análisis de Varianza, permite hacer estimaciones sobre el tamaño de distintas fuentes de error previamente contempladas en el proceso de medición (Muñiz, 1998).

4.11. Teoría de Respuesta al Ítem (TRI).

La Teoría de Respuesta al Ítem (TRI), llamada también Teoría de Rasgo Latente es un modelo probabilístico que permite conocer la información proporcionada por cada ítem, para así crear test individualizados (Tovar, 2007). La TRI agrupa diversas líneas de investigación psicométricas independientes iniciadas por Rasch (1960) y Birnbaum (1968) cuyo punto de

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI

convergencia es el reconocimiento de una relación directa entre el comportamiento de un sujeto frente a un ítem y el rasgo responsable de esta conducta (Abal et al., 2009), y algunos constructos derivados de esta aseveración. Para calcular dicha relación la TRI recurre a modelos matemáticos que estiman la probabilidad de dar determinada respuesta a un ítem particular para cada nivel de rasgo medido por este (Abal et al., 2009).

Es importante mencionar tal como lo hace Muñiz (2010) que las primeras consideraciones de esta teoría se pueden rastrear hasta los años 20 en los estudios pioneros de Thurstone (1925), que posteriormente encontraron su continuidad en los años 40 con las aportaciones de autores como Lawley (1943, 1944) o Tucker (1946). Pero fue el psicómetra Lord (1952) quien exponga las primeras bases sólidas de la TRI, bases que se hicieron más firme con el modelo logístico de un parámetro expuesto Rasch (1960). Sin embargo, hasta el momento el trabajo en esta teoría se limitaba al campo teórico y no es sino hasta que Lord y Novick (1968), dedicaron cinco capítulos al tema de la TRI, que se abrieron las puertas el desarrolla aplicado de esta teoría, encendiendo los motores de la investigación en este tema (Muñiz, 2010). Los avances han sido notorios, y podemos decir que en nuestros días la TRI domina el panorama psicométrico, sin quitarle de todo su lugar a los lineamientos clásicos, la coexistencia de estas dos teorías (la TCT y la TRI) se ha convertido en una herramienta poderosa para los estudios cuya finalidad es el desarrollo de instrumentos psicométricos.

Dentro de su estructura teórica la TRI propone tres postulados esenciales:

- ❖ **Postulado #1:** El resultado de un individuo evaluado en un ítem puede ser explicado por un conjunto de factores llamados *rasgos latentes o aptitudes* (Mikulic, 2007b).
- ❖ **Postulado #2:** Existe una relación funcional entre los valores de la variable que miden los ítems y la probabilidad de acertar a estos. Lo cual vincula la probabilidad de dar

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

determinada respuesta a un ítem en cada nivel del rasgo latente, lo que se conoce como *Respuesta clave*. Dicha relación puede describirse como una función monótona creciente que se llama *función característica del ítem o curva característica del ítem (CCI)* (Mikulic, 2007b). La forma específica de la CCI viene determinada por el valor que tomen 3 parámetros: a , b y c , según sea los valores que tomen uno u otro se generara diferentes formas de curvas (Muñiz, 2010). El parámetro “ a ” corresponde al índice de discriminación del ítem, el parámetro “ b ” hace referencia al nivel de dificultad del ítem y el parámetro “ c ” es a la probabilidad que hay de acertar al ítem por azar. Los valores de los parámetros se calculan a partir de los datos obtenidos al aplicar los ítems a una muestra amplia y representativa (Muñiz, 2010).

❖ **Postulado #3:** Las estimaciones de la aptitud obtenidas con distintos ítems y las estimaciones de los parámetros de los ítems obtenidos en distintas muestras de examinados se asume que serán iguales. Es decir que en la TRI los parámetros de aptitud y de los ítems son invariantes.

De la misma manera para la función de las características del ítem la TRI postula dos supuestos:

❖ **Supuesto #1. La unidimensionalidad del rasgo latente:** La mayoría de los modelos de la TRI asumen que los ítems están constituidos por una sola dimensión, son unidimensionales, es decir, que están determinado por un único rasgo. Por lo que es necesario asegurar esta característica para emplear dichos modelos (Muñiz, 2010). Sin embargo, este supuesto nunca se cumple totalmente porque el rendimiento en un test está influido por variables cognitivas y de personalidad, como la motivación, ansiedad, entre otras. No obstante, existen varios métodos para comprobar la unidimensionalidad. El propuesto por Reckase (1979) se basa en el análisis factorial y consiste en estudiar la

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

varianza explicada por el primer factor extraído de la matriz de correlaciones entre ítems.

En la práctica, cuando el primer factor explica más de un 25% de la varianza total, tras haber eliminado los ítems con saturaciones inferiores a 0.10, se considera que se cumple el supuesto de unidimensionalidad (Abad, Garrido, Olea, & Ponsoda, 2006).

❖ ***Supuesto #2. La independencia local:*** Las respuestas de un evaluado a cualquier par de ítems son independientes y la probabilidad de responder correctamente a un ítem es independiente de la probabilidad de responder cualquier otro (Mikulic, 2007b).

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

5. Metodología.

5.1. Tipo de Investigación.

La presente investigación se encuentra enmarcada en el paradigma Empírico-Analítico el cual surge de las ciencias naturales y se extrapola a las ciencias sociales; orientándose a las “predicciones” para la explicación de hechos y la comprobación o verificación de los mismos, y que según Zayas (2010) solo reconoce como único conocimiento valido aquel que sea factico, mesurable, observable y comprobable, por lo que su medio para estudiar la realidad siempre apunta a la construcción de leyes naturales y a la predicción. En este sentido, el objeto de esta es de tipo cuantitativo, debido a que se apoya en la estadística, que es una manera de cuantificar, verificar y medir de manera exacta y científica un todo. Estos elementos se ven reflejados en la investigación propuesta, dado que el propósito de la misma, es conocer indicadores psicométricos de la *Escala EMTA-A1*. Según su finalidad es un estudio de tipo instrumental cuyo objetivo, es el desarrollo de pruebas y aparatos, incluyendo tanto el diseño (o adaptación) como el estudio de las propiedades psicométricas de los mismos (Montero & León, 2007).

Así mismo este estudio maneja un abordaje teórico de corte Analítico-sintético mediante el cual se descompone un objeto, fenómeno o proceso en los principales elementos que lo componen para analizar, valorar y conocer sus particularidades, y simultáneamente, a través de la síntesis, los elementos valiosos se integran vistos en su interrelación como un todo (Zayas, 2010).

De igual manera la recolección de los datos se realizará en un solo momento, en un tiempo único, lo cual define a este estudio como una investigación transaccional con nivel de alcance investigativo Analítico (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010). El método de procesamiento de datos responderá a un modelo Analítico-sintético, en línea con el abordaje

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

teórico, lo cual demuestra la coherencia y solidez que se busca conservar en la metodología empleada para el desarrollo la presente investigación (Zayas, 2010).

5.2. Muestra.

Los participantes serán seleccionados con un diseño muestral aleatorio estratificado, que implica no solo que la muestra se clasifica en subcategorías, sino que además dentro de estos subgrupos todos los miembros tienen la misma posibilidad de ser escogidos, lo que le da una proporción homogénea la muestra y mayor precisión al proceso (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

La muestra piloto estará compuesta por 120 sujetos divididos en dos grupos: a) 120 sujetos con edades entre los 10 -19. La muestra piloto se ha estimado con el mínimo sugerido para la ejecución del pilotaje requerido (Carretero-Dios & Pérez, 2005). Será balanceada por sección del ciclo vital y género, con una fijación de tipo simple lo que indica que no se toma en cuenta el tamaño de las categorías sino que todas tienen presencia uniforme en la muestra (Hernández, Fernández & Baptista, 2010). Tal y como lo evidencia la tabla 1.

Tabla 1. Distribución de la muestra piloto

		Mujeres	Hombres	Totales
Adolescentes	Tempranos [10 -13)	29	21	50
	Medios [14 - 16)	21	22	43
	Tardíos [17-19]	55	6	61
	Subtotales adolescentes	105	49	154

Los sujetos que compondrán la muestra piloto serán elegidos mediante criterio de selección de corte sistemático que es definido por Robledo (2005) como aquel en el que se elige el primer grupo de individuos, dentro de cada categoría, y alguno de ellos puede remplazarse por el siguiente si no cumple con los criterios de inclusión determinados. Dichos de criterios de inclusión y exclusión son expuestos a continuación:

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

Criterios de inclusión:

- Nivel Educativo: Alfabetizado.
- Rango de Edad: Entre los 10 y los 19 años, etapa del ciclo vital Adolescencia con edades entre los 10 – 19 años (OMS, 1999) Se consideraran las subetapas de adolescencia temprana (10-13 años), adolescencia media (14-16 años), adolescencia tardía (17 -19 años).
- Género: Distribución heterogénea (31,2% hombre y 68,8% mujeres).

Criterios de exclusión:

- Niveles medio – alto de Ansiedad.
- Rango de edad que se antepone o sale al estipulado.

5.3. Variables de estudio.

La variable central de medición comprende el constructo hipotético denominado trastornos afectivos, ya que son estos los que constituye el objeto de medición de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos para adolescentes (EMTA-A1), instrumento a evaluar en este estudio. A continuación en la tabla 2, se evidencia la Operacionalización de la variable, de manera clara y concreta.

Cornisa: INDICADORES PSICOMETRICOS EMTA-A1 DESDE DE LA TCT Y LA TRI.

Tabla 2. Operacionalizacion de la variable.

Variable	Indicadores	Índices	
		Reactivos	Sistema
Trastornos afectivos	Depresión		
	<i>Sistema afectivo</i> (Beck, 1996)	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos mórbidos de inutilidad o culpa. • Estado de ánimo triste. • Irritabilidad crónica no episódica (Kovacs, 1989; APA, 2014) 	<ul style="list-style-type: none"> • A nivel global: Es una Escala intervalar con 5 niveles: Inferior [47,75], Bajo [76, 104], Medio [105, 133], Alto [134,162] y Superior [193,188]. • A nivel individual: Cada ítem mide en una Escala ordinal jerárquica con 4 opciones de respuesta: (1) Nunca (2) A veces, (3) Casi siempre y (4) Siempre.
	<i>Sistema cognitivo</i> (Beck, 1996)	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para concentrarse. • Dificultades en los procesos atencionales y/o mnémicos. • Lentitud en la adquisición de nuevos conocimientos. • Cogniciones negativas relativas a la desesperanza, la impotencia y el autodesprecio. • Pensamientos de muerte o Ideación suicida recurrente con o sin un plan específico tentativo. (Kovacs, 1989; APA, 2014) 	<ul style="list-style-type: none"> • A nivel global: Es una Escala intervalar con 5 niveles: Inferior [47,75], Bajo [76, 104], Medio [105, 133], Alto [134,162] y Superior [193,188]. • A nivel individual: Cada ítem mide en una Escala ordinal jerárquica con 4 opciones de respuesta: (1) Nunca (2) A veces, (3) Casi siempre y (4) Siempre.
<i>Sistema motivacional</i> (Beck, 1996)	<ul style="list-style-type: none"> • Anhedonia: incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades • Dificultades para responder efectivamente a las relaciones sociales. • Peso corporal discordante con lo normativo sin explicación medica aparente. • Alteración persistente en el patrón de sueño: hipersomnia. • Fatiga: perdida persistente de energía. (Kovacs, 1989; APA, 2014) 	<ul style="list-style-type: none"> • A nivel global: Es una Escala intervalar con 5 niveles: Inferior [47,75], Bajo [76, 104], Medio [105, 133], Alto [134,162] y Superior [193,188]. • A nivel individual: Cada ítem mide en una Escala ordinal jerárquica con 4 opciones de respuesta: (1) Nunca (2) A veces, (3) Casi siempre y (4) Siempre. 	

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

<i>Sistema conductual</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Conducta suicida. • Aislamiento. • Agresividad contra objetos, si mismo o los demás. • Accesos de cólera que no concuerdan con la edad del desarrollo evolutivo. <p>(Kovacs, 1989; APA, 2014)</p>	P32, P14, P47, P16, P22, P48, P7, P49, P26, P50, P15.	<ul style="list-style-type: none"> • A nivel global: Es una Escala intervalar con 5 niveles: Inferior [47,75], Bajo [76, 104], Medio [105, 133], Alto [134,162] y Superior [193,188]. • A nivel individual: Cada ítem mide en una Escala ordinal jerárquica con 4 opciones de respuesta: (1) Nunca (2) A veces, (3) Casi siempre y (4) Siempre. 	
<i>Cronicidad e impacto</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Que los síntomas cognitivos, motivacionales, conductuales y afectivos provoquen malestar clínicamente significativo; deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. • Responden al tiempo durante el cual han persistido los síntomas. <p>(Kovacs, 1989; APA, 2014)</p>	P50, P51, P52, P54, P55, P56.	<ul style="list-style-type: none"> • Se presenta una escala intervalar que evidencia la duracion de la sintomatología al día (de1 a 6 horas al día, de 7 a 12 horas al día,de 13 a 18 horas al día, de 19 a 24 horas al día) a la semana (nunca,de 1 a 3 días, de 4 a 6 días, todos los días); mes/año (1 semana, menos de 2 semanas, 2 semanas o más, dos meses o más, dos años o más). 	
<i>Sistema afectivo</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de ánimo alterado: Elevado, expansivo o irritable • Sentimientos de grandeza • Autoestima elevado • Labilidad emocional • Irritabilidad. <p>(Lewinsohn, 1995;APA, 2014)</p>	P12, P31, P20, P32, P15, P2, P17, P22, P33, P7.	<ul style="list-style-type: none"> • A nivel global: Es una Escala intervalar con 5 niveles: Inferior [47,75], Bajo [76, 104], Medio [105, 133], Alto [134,162] y Superior [193,188]. • A nivel individual: Cada ítem mide en una Escala ordinal jerárquica con 4 opciones de respuesta: (1) Nunca (2) A veces, (3) Casi siempre y (4) Siempre. 	
Manía	<i>Sistema cognitivo</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro académico • Distraibilidad • Fuga de ideas • Experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado ej.: "No saben que pensar primero" • Pensamientos de muerte o Ideación suicida recurrente con o sin un plan específico tentativo. 	P28, P6, P27, P13, P4, P29, P5, P14, P30, P21.	<ul style="list-style-type: none"> • A nivel global: Es una Escala intervalar con 5 niveles: Inferior [47,75], Bajo [76, 104], Medio [105, 133], Alto [134,162] y Superior [193,188]. • A nivel individual: Cada ítem mide en una Escala ordinal jerárquica con 4 opciones de respuesta: (1) Nunca (2) A veces, (3) Casi siempre y (4) Siempre.

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de síntomas psicóticos • Delirios del estado del animo <p>(Lewinsohn, 1995;APA, 2014)</p>		
<p>Sistema motivacional (Beck, 1996)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones en el sueño: poca necesidad de dormir. • Agitación psicomotora: aumento de la actividad intencionada • Aumento de la energía. <p>(Lewinsohn, 1995;APA, 2014)</p>	P18, P34, P11, P35, P3, P23, P8, P36.	<ul style="list-style-type: none"> • A nivel global: Es una Escala intervalar con 5 niveles: Inferior [47,75], Bajo [76, 104], Medio [105, 133], Alto [134,162] y Superior [193,188]. • A nivel individual: Cada ítem mide en una Escala ordinal jerárquica con 4 opciones de respuesta: (1) Nunca (2) A veces, (3) Casi siempre y (4) Siempre.
<p>Sistema conductual (Beck, 1996)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conducta suicida. • Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, sexual, académico) • Desorganización de la actividad conductual • Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves • Verborrea: hablar más de lo habitual sin intención de comunicación. • Aumento de la actividad social <p>(Lewinsohn, 1995;APA, 2014)</p>	P37, P10, P19, P24, P1, P40, P38, P9, P25, P26, P4, P39	<ul style="list-style-type: none"> • A nivel global: Es una Escala intervalar con 5 niveles: Inferior [47,75], Bajo [76, 104], Medio [105, 133], Alto [134,162] y Superior [193,188]. A nivel individual: Cada ítem mide en una Escala ordinal jerárquica con 4 opciones de respuesta: (1) Nunca (2) A veces, (3) Casi siempre y (4) Siempre.
<p>Cronicidad e impacto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que los síntomas cognitivos, motivacionales, conductuales y afectivos provoquen malestar clínicamente significativo; deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. • Responden al tiempo durante el cual han persistido los síntomas. <p>(Lewinsohn, 1995;APA, 2014)</p>	P41, P42, P43.	<ul style="list-style-type: none"> • Se presenta una escala intervalar que evidencia la duracion de la sintomatología al día (de1 a 6 horas al dia, de 7 a 12 horas al dia,de 13 a 18 horas al dia, de 19 a 24 horas al dia) a la semana (nunca,de 1 a 3 dias, de 4 a 6 dias, todos los días); mes/año (1 semana, menos de 2 semanas, 2 semanas o más, dos meses o más, dos años o más).

5.4. Instrumentos

Escala Multidimensional de Trastorno Afectivos para adolescentes (EMTA-A1).

EMTA-A1 es una escala Autoaplicada, cuyo tiempo de aplicación oscila entre 45 y 60 minutos. Este instrumento se encuentra conformado por un total de 99 ítems. El instrumento tiene como objetivo medir Trastornos del Estado del Ánimo por medio de la cuantificación funcional de la sintomatología que compete a los mismos, teniendo cuenta los distintos factores (motivacionales, conductuales, afectivos y cognitivos) que inciden en la morfología de dichos síntomas y que comprometen la asertividad de la intervención clínica en los pacientes.

La escala EMTA-A1 se encuentra dividida en una Subescala de Depresión conformada por 56 ítems y una Subescala de Manía conformada por 43 ítems, que evalúan la aparición, intensidad (impacto) y cronicidad de síntomas motivacionales, conductuales, afectivos y cognitivos involucrados en la configuración de los Trastornos Afectivos, configurada la respuesta en una escala de medida ordinal jerárquica con 4 opciones de respuesta: (1) Nunca (2) A veces, (3) Casi siempre y (4) Siempre.

Dichos reactivos comprenden en Subescala de Depresión: Desesperanza, impotencia, autodesprecio, dificultades ejecutivas (atención, toma de decisiones, ejecución de tareas y memoria), pensamientos de muerte o Ideación suicida recurrente con o sin un plan específico tentativa, sentimientos mórbidos de inutilidad o culpa, estado de ánimo triste, irritabilidad crónica no episódica, anhedonia: incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades, peso corporal discordante con lo normativo sin explicación medica aparente, alteración persistente en el patrón de sueño: hipersomnia, fatiga: pérdida persistente de energía, conducta suicida y autolesiva, aislamiento, agresividad contra objetos, si mismo o los demás y enlentecimiento psicomotor

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

Dichos reactivos comprenden en Subescala de Manía: Deterioro académico, distraibilidad, fuga de ideas, pensamientos de muerte o ideación suicida recurrente con o sin un plan específico tentativo, estado de ánimo alterado: Elevado, expansivo o irritable, sentimientos de grandeza y autoestima elevado, labilidad emocional, alteraciones en el sueño: poca necesidad de dormir, agitación psicomotora: aumento de la actividad intencionada, aumento de la energía, conducta suicida y autolesiva, aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social), conducta temeraria y de exceso y verborrea: hablar más de lo habitual sin intención de comunicación

Children Depression Inventory CDI. Es una Escala de autoevaluación, que tiene como objetivo valorar la gravedad de los síntomas clínicos propios de la Depresión. Consta de 27 preguntas cada una de ellas con tres afirmaciones de las cuales el evaluado selecciona la que mejor describa como se ha sentido en los últimos 30 días. Las preguntas se califican de 0 a 2 (0: Síntoma ausentes, 1: Síntoma moderado y 2: Síntoma severo). El instrumento se diseñó para su uso en el diagnóstico de la depresión en niños y adolescentes entre los 12 y 17 años de edad. Dichos reactivos comprenden: ánimo negativo, problemas interpersonales, ineffectividad, anhedonia y autoestima negativa (Segura, Posada, Ospina, & Ospina, 2010).

En razón del presente estudio el CDI reporta un índice *Alfa de Cronbach* de α : 0.85

Escala para Manía de la Universidad Nacional de Colombia (EMUN). Es un instrumento autoaplicado, de duración aproximada de 35 minutos. Cuyo objetivo es medir la presencia y gravedad de la sintomatología Maníaca, permite realizar valoraciones sencillas y rápidas del estado del paciente, pudiendo ser utilizada con fines de investigación y clínico. Consta de 26 ítems, a los cuales se debe dar reporte de 3 requerimientos como lo es el de

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

intensidad, frecuencia durante la semana y grado de molestia. Siendo las respuestas dadas en una escala intervalar. Donde para intensidad la respuesta se da en una escala que va de 0 (nada) a 10 (muchísimo) y valores intermedios, para la frecuencia va de 0 (nada) a 10 (todo el tiempo) y valores intermedios; para el grado de molestia la escala de respuesta va de 0 a 3, siendo 0 (Ninguna molestia), 1 (Molestia leve), 2 (Molestia moderada) y 3 (Mucha molestia). Dichos reactivos comprenden: Afecto eufórico, afecto irritable, afecto depresivo, urgencia del pensamiento, fuga de ideas, incremento de la intensidad de la voz, ideas de grandiosidad, ideas depresivas, otras ideas delirantes diferentes de las megalomaníacas. hiperactividad motora, excesiva energía, hiperbulia, disminución en necesidad de dormir, incremento de energía sexual, cambios en el apetito, distraibilidad, aumento de contacto interpersonal, pobre juicio, alucinaciones. (Sánchez, Jarramillo & Gómez-Restrepo, 2008).

Para el presente estudio reportó coeficientes *Alfa de Cronbach* de α : 0,905, α : 0,910 y α : 0,927 para los puntajes globales de intensidad, frecuencia y malestar, respectivamente.

5.5. Procedimiento.

Como parte de esta investigación, en la cual se analizarán los indicadores psicométricos de la Escala EMTA-A1 bajo los criterios, supuestos y modelos de la Teoría Clásica de los Test (TCT) y Teoría de Respuesta al Ítem (TRI), lo que aportara un sustento teórico y operativo que valide la Escala para población adolescente. De esta manera para la ejecución de esta investigación se han planteado cinco fases:

- Fase 1. Selección de la muestra.
- Fase 2. Aplicación de los instrumentos.
- Fase 3. Procesamiento y validación de la información.
- Fase 4. Análisis de la validez de la EMTA-A1

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

- Fase 5. Elaboración de informe

La presente investigación hace parte de una investigación que adelantan las Ps. Daniella Abello Luque, Ps. Paola García Roncallo y Ps. Eileen García Montaña, la cual constituyendo así el objetivo específico número cuatro de dicha investigación que se denomina: “Estimar los indicadores psicométricos asociados con el análisis de las EMTA-II y EMTA-A1, desde los Modelos de la Teoría Clásica de los Test y la Teoría de Respuesta al Ítem”, se precisa que en el caso de esta investigación solo se presentara el análisis para EMTA-A1, a continuación se detallan las fases desde la investigación general, y por último se hará énfasis en la fase que corresponde a la presente investigación.

- ❖ Fase 1. Elaboración de la tabla de especificaciones de los ítems de la EMTA II
- ❖ Fase 2. Construcción de los ítems de la EMTA II
- ❖ Fase 3. Elaboración de la tabla de especificaciones de los ítems de la EMTA A1
- ❖ Fase 4. Construcción de los ítems de la EMTA A1
- ❖ Fase 5. Estimación del índice inter-juez de la EMTA II
- ❖ Fase 6. Estimación del índice inter-juez de la EMTA A1
- ❖ Fase 7. Aplicación de EMTA II y las pruebas de contraste en la muestra definida
- ❖ Fase 8. Estimación de los indicadores psicométricos de EMTA II desde la TCT y la TRI.
- ❖ Fase 9. Aplicación de EMTA AI y las pruebas de contraste en la muestra definida
- ❖ ***Fase 10. Estimación de los indicadores psicométricos de EMTA A1 desde la TCT y la TRI.***
- ❖ Fase 11. Análisis de los niveles de validez de criterio concurrente de la EMTA II
- ❖ Fase 12. Análisis de los niveles de validez de criterio concurrente de la EMTA A1

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

- ❖ Fase 13. Diseño del protocolo de calificación e interpretación de EMTA-II y EMTA-A1.

- ❖ Fase 14. Elaboración del manual de Aplicación y Calificación de EMTA-II y EMTA-A1.

Como parte de esta investigación, la fase que corresponde la fase diez, en la cual se analizarán bajo los criterios, supuestos y modelos de la Teoría Clásica de los Test (TCT) y Teoría de Respuesta al Ítem (TRI), presentando así los indicadores psicométricos de la Escala EMTA-A1 lo que aportara un sustento teórico y operativo que valide la Escala para población adolescente. De esta manera para la ejecución de esta investigación se han planteado cinco fases, que se desarrollaran a continuación.

- ❖ **Fase 1. Selección de la muestra.** Para dar desarrollo a esta fase se realizara un muestreo aleatorio estratificado, que implica no solo que la muestra se clasifica en subcategorías, sino que además dentro de estos subgrupos todos los miembros tienen la misma posibilidad de ser escogidos, lo que le da una proporción homogénea la muestra y mayor precisión al proceso (Hernández., Fernández & Baptista, 2010), teniendo presente los criterios de inclusión y exclusión determinados.

- ❖ **Fase 2. Aplicación de los instrumentos.** En esta fase se aplicaran los instrumentos escogidos para la realización de este estudio (EMTA-A1, BDI y Escala autoaplicada de Altaman) teniendo en cuenta la metodología planteada y más el carácter transversal del mismo, se hará la aplicación en un único momento.

- ❖ **Fase 3. Procesamiento y validación de la información.** Se realizara a través del programa estadístico SPSS.

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

❖ **Fase 4. Análisis de la validez de la EMTA-A1.** Se desarrollara en dos etapas, la primera en la cual se realizara el análisis comparativo de la EMTA-A1 desde la TCT y la TRI y sus correspondientes escalas de calificación e interpretación de resultados. La segunda etapa implica el análisis comparativo de grupos específicos de ítems de EMTA-A1 en contraste con los otros dos instrumentos seleccionados.

❖ **Fase 5. Elaboración de informe.** Se realizara la identificación y formulación de la identificación psicométrica, se levanta las conclusiones y se realizan las recomendaciones para los ajustes finales del instrumento.

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

6. Presupuesto

Tabla 3. Presupuesto trabajo de grado

Rubros	Cantidades	Valor Unitario	Valor total	Efetivovo	Especie
Gastos personales					
Refrigerios	16	3000	48,000	x	
Almuerzo	12	5000	60,000	x	
Trasportes	64	5000	320,000	x	
Estudiantes investigadores	2	600,000	2,400,000	x	
Total parcial			2,828,000		
Materiales gastables					
Energía					x
Tinta de impresora	1	20,000	20,000	x	
Internet	2	160,000	640,000		x
Papelería	2	30.000	30,000	x	
Total parcial			690,000		
Equipamiento					
Computador	2	300,000	200,000	x	
Impresora	1	60,000	240,000	x	
Copias	3.000	100	300,000	x	
Total parcial			740,000	x	
Porcentaje de imprevisto	10%	10%	10%	x	

Cornisa: INDICADORES PSICOMETRICOS EMTA-A1 DESDE DE LA TCT Y LA TRI.

7. Cronograma.

En la tabla 4 se observa el cronograma por fase para el desarrollo y debido cumplimiento de los objetivos trazados.

Tabla 4. Cronograma

Cronograma de investigación		2015												2016																																							
		Mes 1				Mes 2				Mes 3				Mes 4				Mes 5				Mes 6				Mes 7				Mes 8				Mes 9				Mes 10				Mes 11				Mes 12				Mes 13			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Fase #1	Selección de la muestra	█	█	█	█	█	█	█	█																																												
Fase #2	Aplicación de instrumentos	Entrega y recepción de consentimiento					█	█	█	█																																											
		Usiacurí									█	█																																									
		Puerto Colombia											█	█																																							
	Barranquilla													█	█																																						
Fase #3	Captura, procesamiento y validación de la información																					█	█	█	█																												
Fase #4	Análisis psicométrico de EMTA -A1																									█	█	█	█																								
Fase #5	Elaboración del informe.																																													█	█	█	█				

8. Resultados.

8.1. Caracterización sociodemografica.

Este estudio se realizó con una muestra de 154 sujetos, procedentes de hogares ubicados en 3 municipios de la costa norte colombiana: Usiacurí (42,21%), Barranquilla (35,06%) y Puerto Colombia (22,72%), cuyas edades oscilaron en un rango entre los 10 a 19 años, correspondientes a la adolescencia.

La muestra diana tuvo representación significativa de ambos sexos y de todas las sub-etapas de la adolescencia definidas por la OMS (1999), distribuidas heterogéneamente tal y como se ilustra en la gráfica 1. Se evidencia una marcada concentración en las edades entre los 17 y 18 años en la adolescencia tardía, así como en la representatividad femenina de la muestra, igualmente en la adolescencia media se observa mayor representatividad del género femenino y de la muestra en las edades 17 y 14 años. En la muestra se evidencia que se conserva una distribución simétrica en la adolescencia temprana (Ver figura 2).

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

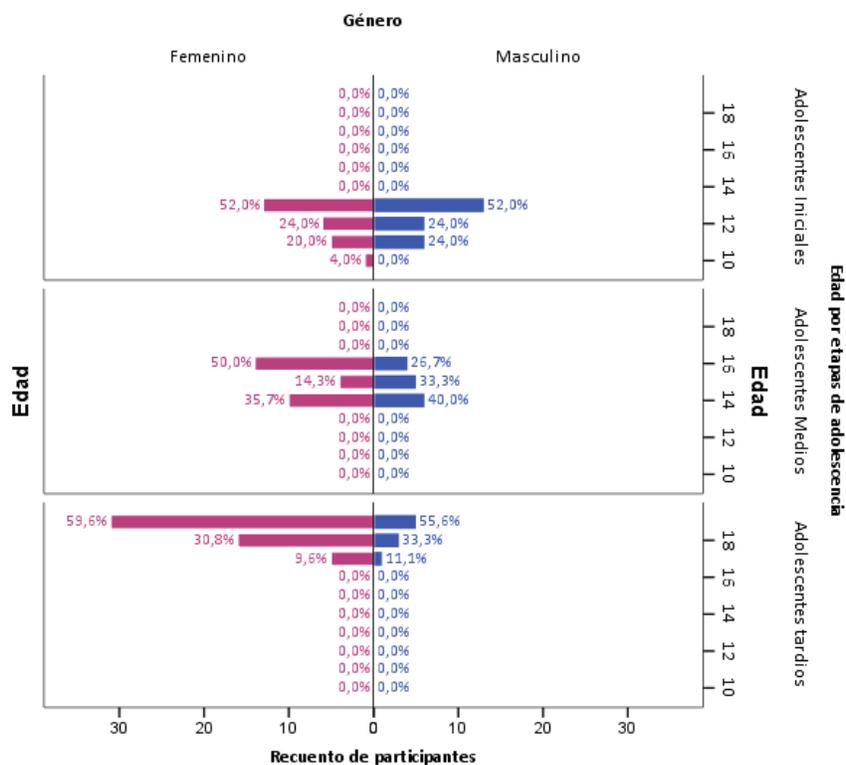


Figura 2. Distribución piramidal de los participantes por sexo y etapa del ciclo vital

En la muestra se evidenció que el 41,56% se forma actualmente en a básica secundaria, el 23,38% se ubica el nivel de educación básica media y el 35,06% cursan sus estudios de educación superior como se aprecia en la figura 3.

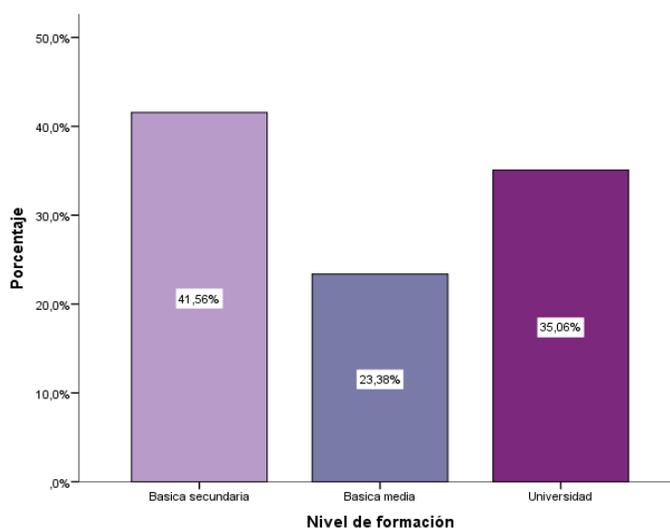


Figura 3. Nivel de formación

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

De la indagación de los antecedentes mentales familiares de los sujetos evaluados se observa que el 6,5% poseen antecedentes familiares caracterizados por depresión con 1,3%, Alzheimer con 2,6%, y en menor frecuencia la esquizofrenia, autismo, hiperactividad y ansiedad con 0,6% respectivamente.

Análisis Psicométricos Diferencial.

A continuación se muestran los principales hallazgos derivados del análisis diferencial de la Escala EMTA-A1 desde los modelos de la Teoría Clásica de los Test (TCT) y la Teoría de Respuesta al Ítem (TRI), en relación a los objetivos trazados para el curso del presente proyecto de investigación.

Análisis descriptivo de los ítems de la Escala EMTA-A1.

El análisis descriptivo de los ítems está conformado por: a) La distribución porcentual de cada una de las categorías de calificación (nunca, a veces, casi siempre y siempre), b) Las medidas de tendencia central, y c) Las medidas de dispersión (rango y desviación típica). A continuación se presentan los resultados del análisis descriptivo de los ítems agrupándolos por la Subescala de EMTA-A1 a la cual pertenecen y a su vez por el componente al que responden.

Subescala de Depresión

En las tablas de la 5 a la 8 se presenta el análisis descriptivo de los ítems de la Subescala de Depresión agrupados en cada una de los 4 componentes principales (sistemas) derivados de la operacionalización de la variable. Cabe recordar que los componentes se encuentran configurados de la siguiente manera:

- Componente #1: Sistema Cognitivo.

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

- Componente #2: Sistema Afectivo.
- Componente #3: Sistema Motivacional.
- Componente #4: Sistema Conductual.

Para el componente 1, sistema cognitivo los ítems que reflejan los mayores niveles de intensidad asociada con la frecuencia de ocurrencia de los síntomas fueron los ítems P19, P24, y P38. En los cuales la categoría “A veces” mantiene una tendencia superior o similar a la de nunca. En complemento los ítems que presentaron la mayor calificación promedio fueron P34, P21, P9, P29, P4, P19, P24, P38, P10, P3, P40 y P39, estos síntomas fueron los de mayor prevalencia en la muestra evaluada. En contraste con ello, los ítems P36, P37, P30, P18, P35 y P2 son los menos prevalentes, tal como se observa en la tabla 5.

Tabla 5.

Distribución porcentual y medidas de tendencia central del componente cognitivo de la Subescala de Depresión

Ítems:	Nunca (%)	A veces (%)	Casi siempre (%)	Siempre (%)	Media	Rango	Desviación estándar
Cogniciones negativas relativas a:							
Desesperanza							
2. He sentido que todo en mi vida está perdido.	60,4	37,0	1,9	,6	1,43	3	,570
5. Me he sentido sin esperanzas.	51,9	40,9	6,5	,6	1,56	3	,647
23. He pensado que mi vida no tiene sentido	58,4	34,4	5,2	1,9	1,51	3	,688
31. He pensado que todo lo que quiero lograr, sale mal.	52,6	42,2	3,9	1,3	1,54	3	,638
34. He sentido que estoy solo(a).	40,3	47,4	11,0	1,3	1,73	3	,705
Cogniciones negativas relativas a: Impotencia							
11. He pensado que es absurdo desear cualquier cosa, porque sé que nunca la obtendré.	60,4	33,8	4,5	1,3	1,47	3	,648
21. He pensado que por más que intente, no podré cambiar las cosas malas de mi vida.	47,4	42,9	6,5	3,2	1,66	3	,744
35. He pensado que por más que intente, no lograre hacer las cosas que quiero.	58,4	38,3	1,9	1,3	1,46	3	,606
Cogniciones negativas relativas a:							
Autodesprecio							

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

9. He pensado que los demás estarían mejor sin mí.	55,2	29,2	11,7	3,9	1,64	3	,838
29. Siento que los demás pueden hacer las cosas mejor que yo.	44,2	48,7	6,5	,6	1,64	3	,635
36. He pensado que soy inútil.	73,4	24,7	1,3	,6	1,29	3	,523
4. Pienso que la mayoría de las otras personas y/o compañeros está mejor que yo.	46,1	45,5	4,5	3,9	1,66	3	,743
Dificultades ejecutivas: Atención							
19. Me ha sido difícil concentrarme.	21,4	61,7	13,0	3,9	1,99	3	,709
37. Pienso más lento de lo normal.	58,4	39,6	1,9		1,44	2	,535
24. Me distraigo fácilmente.	14,9	62,3	11,0	11,7	2,19	3	,833
Dificultades ejecutivas: Toma de decisiones							
38. Me ha sido difícil tomar decisiones.	27,9	52,6	18,2	1,3	1,93	3	,715
Dificultades ejecutivas: Ejecución de tareas							
10. Me ha resultado difícil hacer las cosas que podía hacer antes.	51,9	38,3	9,1	,6	1,58	3	,683
Dificultades ejecutivas: Memoria							
3. Me ha costado recordar algunas cosas más de lo normal.	31,2	48,1	18,2	2,6	1,92	3	,771
39. Me ha costado aprender nuevas cosas.	40,9	53,2	5,8		1,65	2	,589
Pensamientos de muerte o ideación suicida							
30. He pensado en quitarme la vida.	83,1	15,6	1,3		1,18	2	,419
18. He planeado acabar con mi vida.	83,1	14,9	1,9		1,19	2	,439
40. He pensado en la muerte.	51,9	34,4	9,1	4,5	1,66	3	,826

En el componente 2 afectivo, los ítems menos prevalentes fueron P12 y P20, mientras los más prevalentes fueron en su orden el P27, P33, P41, P1, P28 y el P42 reflejando a su vez los promedios más altos. Tal como se ilustra en la tabla 6.

Tabla 6.

Distribución porcentual y medidas de tendencia central del componente afectivo de la Subescala de Depresión

Ítems:	Nunca (%)	A veces (%)	Casi siempre (%)	Siempre (%)	Media	Rango	Desviación estándar
Sentimientos mórbidos de inutilidad o culpa							
27. He sentido que todo lo malo que pasa es mi culpa.	43,5	46,1	7,1	3,2	1,70	3	,742
12. Debido a mi comportamiento espero más cosas malas, que buenas.	65,6	26,0	5,8	2,6	1,45	3	,724
Estado de ánimo triste							
33. Me he sentido muy triste.	19,5	66,9	11,0	2,6	1,97	3	,641

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

20. Me ha sido difícil sonreír.	60,4	35,7	1,9	1,9	1,45	3	,638
41. He sentido muchas ganas de llorar	22,1	57,8	14,3	5,8	2,04	3	,774
Irritabilidad crónica no episódica							
1. Me he sentido muy irritable.	31,2	55,2	11,7	1,9	1,84	3	,697
42. Me molesto/enfado con facilidad.	32,5	43,5	14,9	9,1	2,01	3	,918
28. Me he quejado mucho.	33,8	55,8	8,4	1,9	1,79	3	,676

En el análisis del componente motivacional los ítems P43, P6 y P48 fueron los menos frecuentes, y en el grupo solo el ítem P8 presenta una mayor tendencia a la categoría “A veces” siendo a su vez el ítem de mayor prevalencia, junto con los ítems P6, P44, P13, P45, P25, P46 Y P8. Tal como se ilustra en la tabla 7.

Tabla 7

Distribución porcentual y medidas de tendencia central del componente motivacional de la Subescala de Depresión

Ítems:	Nunca (%)	A veces (%)	Casi siempre (%)	Siempre (%)	Media	Rango	Desviación estándar
Anhedonia							
43. Las cosas que me gustaban ya no me interesan.	50,0	44,2	5,2	,6	1,56	3	,625
17. No me interesa salir o compartir con mis amigos como antes	59,7	34,4	3,9	1,9	1,48	3	,669
Peso corporal							
6. Mi peso ha cambiado significativamente, sin que yo haga dieta o haya estado enfermo.	51,3	33,8	11,0	3,9	1,68	3	,824
44. He notado cambios en mi apetito.	36,4	42,2	16,9	4,5	1,90	3	,841
Alteración persistente en el patrón de sueño:							
Hipersomnia							
13. Duermo más de lo normal, sin razón alguna.	49,4	31,2	14,3	5,2	1,75	3	,888
45. Me ha costado quedarme dormido(a).	35,1	46,8	14,9	3,2	1,86	3	,784
25. Me despierto mucho por las noches.	46,8	41,6	7,8	3,9	1,69	3	,780
Fatiga: perdida persistente de la energía							
46. Me he sentido cansado(a) sin razón aparente.	42,2	44,8	11,0	1,9	1,73	3	,735
8. Me he sentido sin energías para realizar mis tareas diarias.	20,8	64,9	12,3	1,9	1,95	3	,640

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI

Finalmente en el componente 4 conductual, los ítems P32, P14, P47, P16 y P7 fueron los menos prevalentes en contraste con la tendencia presentada en los ítems P50 y P15, siendo a su vez los que presenta las mayores calificaciones promedio, junto con los ítems P22, P48, P29 y P26 . Tal como se ilustra en la tabla 8.

Tabla 8

Distribución porcentual y medidas de tendencia central del componente conductual de la Subescala de Depresión

Ítems	Nunca (%)	A veces (%)	Casi siempre (%)	Siempre (%)	Media	Rango	Desviación estándar
Conducta suicida y autolesiva							
32. Me he hecho cortes en la piel con intención de dañarme	90,3	6,5	2,6	,6	1,14	3	,458
14. Me he golpeado con la intención de producirme dolor	80,5	14,9	3,9	,6	1,25	3	,552
47. Me he quemado con la intención de causarme dolor	93,5	4,5	1,3	,6	1,09	3	,385
16. He intentado acabar con mi vida	89,6	9,1	1,3		1,12	2	,361
Aislamiento							
22. He preferido actividades que me permitan estar solo(a)	44,2	40,9	10,4	4,5	1,75	3	,819
48. Prefiero quedarme en mi cuarto y/o en mi casa, que salir.	41,6	41,6	11,0	5,8	1,81	3	,854
Agresividad contra objetos, sí mismo o los demás							
7. He gritado, insultado y/o golpeado a mis compañeros, amigos o a las personas que veo diario.	61,0	35,7	2,6	,6	1,43	3	,581
49. He hecho pataletas.	50,0	46,1	2,6	1,3	1,55	3	,616
26. He cogido mucha rabia e incluso lanzado objetos.	48,1	35,7	13,6	2,6	1,71	3	,800
Enlentecimiento psicomotor							
50. Me he quedado quieto por largo tiempo.	37,7	54,5	7,1	,6	1,71	3	,625
15. Realizo mis actividades diarias con mayor lentitud.	34,4	54,5	8,4	2,6	1,79	3	,702

De manera congruente desde la TRI la figura 4, permite ilustrar las diferentes distribuciones probabilísticas de cada uno de los grados de respuesta (nunca: rojo), (a veces: azul), (casi siempre: fucsia) y (siempre: verde) para el ítem 1 y en este sentido se evidencia que

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

existe una tendencia monótonica creciente en cada una de las curvas y su relación con los niveles de Depresión reportados por la muestra de estudio.

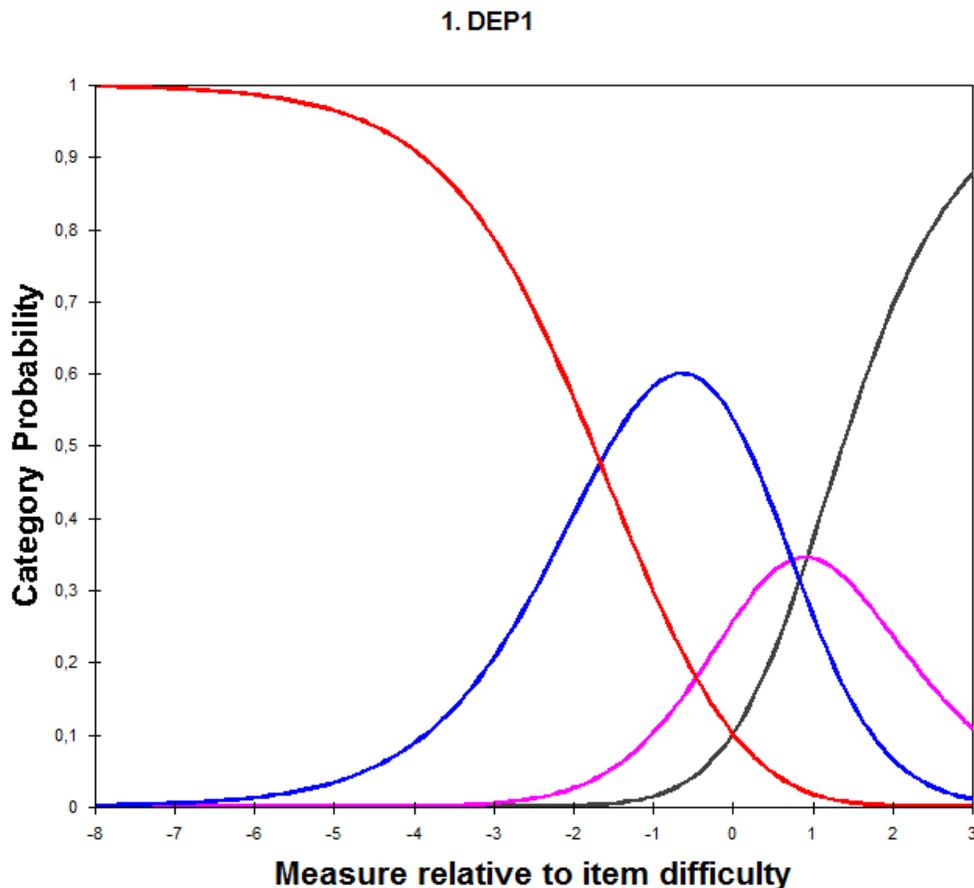


Figura 4. Estimación del nivel de "intensidad/dificultad" del Ítem 1 en función de las 4 categorías de respuesta (nunca – siempre): Subescala de Depresión

En la figura 5, se puede observar como las curvas se ordenan jerárquicamente en relación con el nivel de estimación media (cuando la probabilidad es igual a 0,5) del grado de depresión asociado. En tal sentido las personas que marcaron la opción "nunca" presentan los menores niveles (Θ) de depresión mientras que quienes marcaron la opción "casi siempre" presentaron los mayores niveles (Θ) de depresión

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

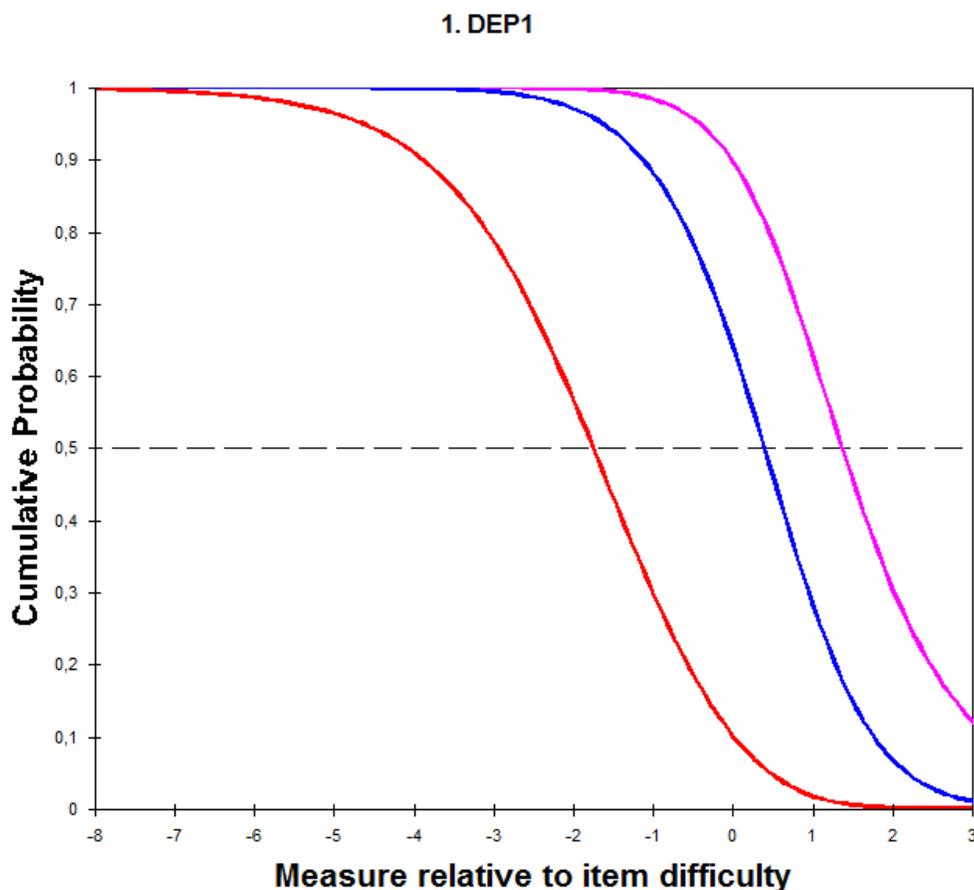


Figura 5. Comparación de las Curvas Probabilísticas asociadas a los Niveles de Intensidad (Θ) del Ítem 1 en función de las 4 categorías de respuesta (nunca – siempre): Subescala de Depresión.

La figura 6, permite ilustrar desde una perspectiva inferencial el nivel de ajuste entre los valores observados y la función de estimación logística para el Ítem 1. En tal sentido se puede apreciar como la mayoría de los puntos de estimación observados (*) se encuentran ubicados dentro de la banda de estimación establecida al 95%, constituyendo una evidencia adicional del ajuste del ítem a la Escala y de su aporte en la función de información para el Modelo de Medición Logística de la Depresión.

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

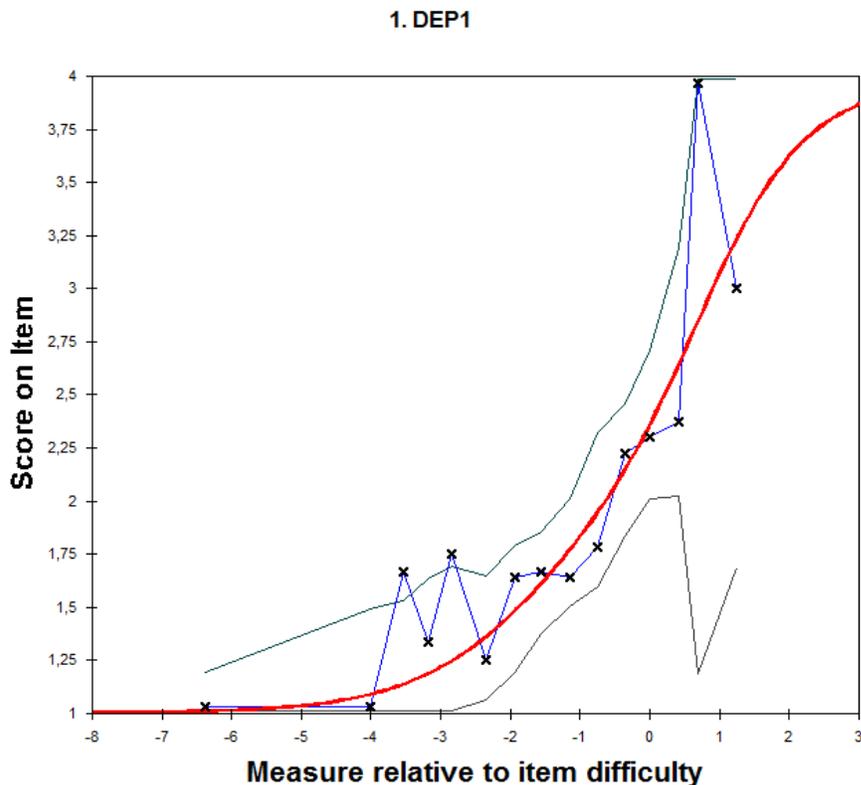


Figura 6. Curva característica del Ítem 1 con bandas de ajuste (Infit-Outfit) en la Función Logística (θ): Subescala de Depresión.

La figura 7, permite adelantar un análisis comparativo de los niveles de funcionamiento diferencial estimados, de los cuales se resaltan los ítems 47, 16, 32, 30 y 18 son los ítems que permiten evidenciar un espectro particular de su sensibilidad en la estimación de la dificultad/habilidad que en este caso en particular se asocia con los niveles de depresión.

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

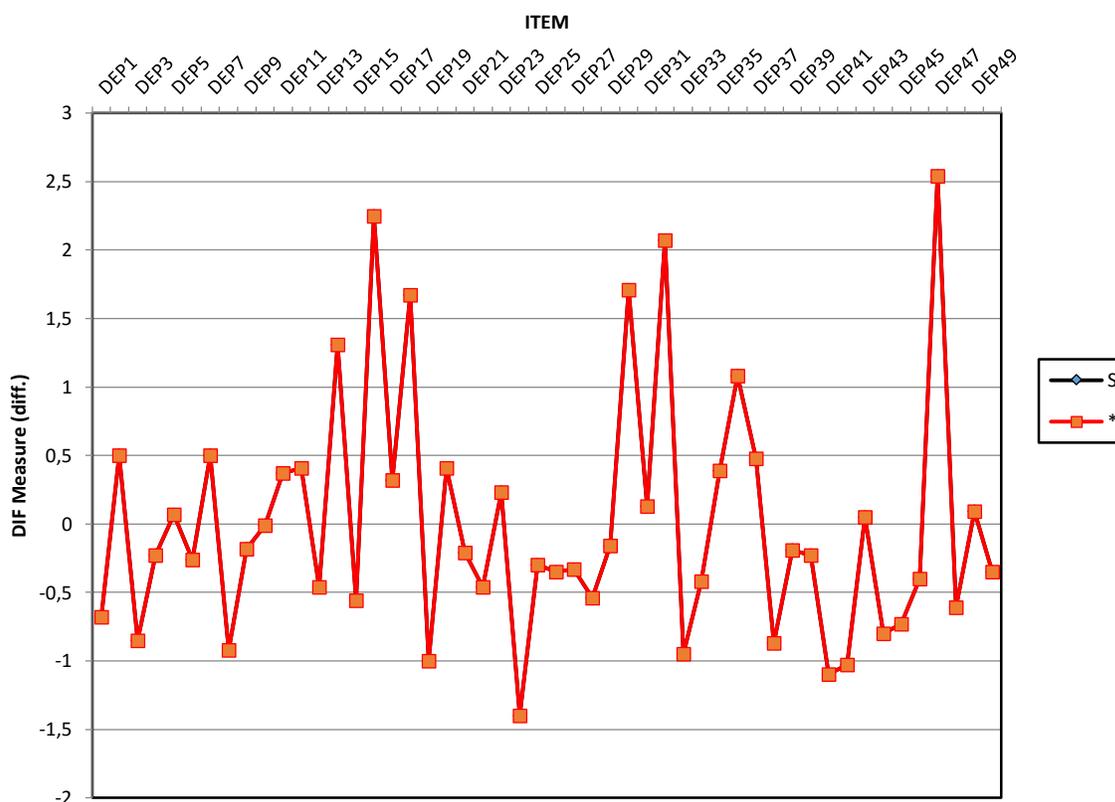


Figura 7. Estimación del funcionamiento diferencial de los ítems (DIF) en función del ajuste de los ítems: Subescala de Depresión.

Subescala de Manía

Se presenta a continuación los resultados del análisis descriptivo de los ítems de la Subescala de Manía, agrupados en las 4 dimensiones (sistemas) derivados de la operacionalización de la variable (Ver tablas de la 9 a la 12). Cabe recordar que los componentes se encuentran configurados de la siguiente manera:

- Componente #1: Sistema Cognitivo.
- Componente #2: Sistema Afectivo.
- Componente #3: Sistema Motivacional.
- Componente #4: Sistema Conductual

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

Los ítems del componente 1 cognitivo, que reportan los menores niveles de frecuencia son P14, P30 y P21, a diferencia del comportamiento identificado en los ítems P28 y P27, junto con los ítems P30, P6, P13, P4, P29, P5 y P30 quienes representan las mayores puntuaciones promedio. Tal como se ilustra en la tabla 9.

Tabla 9

Distribución porcentual y medidas de tendencia central del componente cognitivo de la Subescala de Manía

Ítems	Nunca (%)	A veces (%)	Casi siempre (%)	Siempre (%)	Media	Rango	Desviación estándar
Deterioro académico							
28. Me ha costado aprender cosas nuevas.	35,1	60,4	3,9	,6	1,70	3	,573
6. He sentido que mi desempeño académico ha disminuido notablemente.	39,6	50,0	7,8	2,6	1,73	3	,714
Distraibilidad							
27. Me distraigo fácilmente.	15,6	63,0	16,9	4,5	2,10	3	,706
13. Me cuesta atender una actividad específica por mucho tiempo.	40,3	45,5	12,3	1,9	1,76	3	,741
Fuga de ideas							
4. He hablado muy rápido y fuerte, sin que puedan interrumpirme.	41,6	48,7	8,4	1,3	1,69	3	,680
29. Hago cambios bruscos de temas en mis conversaciones.	48,7	43,5	6,5	1,3	1,60	3	,671
5. He notado que mi pensamiento está muy acelerado y en ocasiones no alcanzo a decir lo que pienso.	37,0	47,4	13,6	1,9	1,81	3	,742
Pensamientos de muerte o ideación suicida							
14. He pensado en quitarme la vida.	82,5	16,2	,6	,6	1,19	3	,458
30. He pensado en la muerte.	57,8	32,5	6,5	3,2	1,55	3	,759
21. He planeado acabar con mi vida.	85,1	13,0	1,9		1,17	2	,425

En el segundo componente, correspondiente a los síntomas afectivos, se evidenció que los ítems P32 y P33 como los de menor frecuencia, en contraste con los ítems P12, P20, P15, P2, P17 y P22, quienes a su vez presentan los más altos promedios. Tal como se ilustra en la tabla 10.

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

Tabla 10.

Distribución porcentual y medidas de tendencia central del componente afectivo de la Subescala de Manía

Ítems	Nunca (%)	A veces (%)	Casi siempre (%)	Siempre (%)	Media	Rango	Desviación estándar
Estado de ánimo alterado: Elevado, expansivo o irritable							
12. Me he sentido excesivamente alegre	7,1	53,2	22,7	16,9	2,49	3	,857
31. Me he sentido muy irritable.	40,9	47,4	9,1	2,6	1,73	3	,732
20. Me he quejado mucho.	35,7	56,5	5,8	1,9	1,74	3	,655
Sentimientos de grandeza y autoestima elevado							
32. He pensado que soy mucho mejor que los demás.	54,5	35,7	5,8	3,9	1,59	3	,772
15. Siento que puedo hacer las cosas mejor que los demás.	26,0	52,6	12,3	9,1	2,05	3	,866
2. He pensado que soy muy bueno(a) en todo lo que hago.	12,3	59,1	20,8	7,8	2,24	3	,767
17. He notado un aumento significativo en mi autoestima	27,9	51,9	15,6	4,5	1,97	3	,787
22. Me ha costado reconocer mis errores y/o defectos.	27,3	59,1	9,7	3,9	1,90	3	,721
Labilidad emocional							
33. Me he sentido indignado más de lo habitual.	51,9	43,5	3,9	,6	1,53	3	,607
7. He reaccionado con ira frente a situaciones que antes toleraba.	49,4	37,7	8,4	4,5	1,68	3	,814

La tercera dimensión de la subescala de Manía compendia los síntomas motivacionales, en ella los ítems menos prevalentes fueron los ítem P34 y P11 en contraste con los ítems P35, P23 y P36, quienes a su vez reportan los mayores niveles medios de calificación (Ver tabla 11).

Tabla 11

Distribución porcentual y medidas de tendencia central del componente motivacional de la Subescala de Manía

Ítems	Nunca (%)	A veces (%)	Casi siempre (%)	Siempre (%)	Media	Rango	Desviación estándar
Alteraciones en el sueño: poca necesidad de dormir							
18. He dormido muy poco o menos de lo normal	38,3	48,7	8,4	4,5	1,79	3	,781
34. He tenido poca necesidad de dormir.	53,9	40,3	4,5	1,3	1,53	3	,648

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

11. He sentido que cuando duermo pierdo mucho tiempo.	57,8	31,2	6,5	4,5	1,58	3	,807
Agitación psicomotora: aumento de la actividad intencionada							
35. Permanezco inquieto(a).	35,1	52,6	8,4	3,9	1,81	3	,748
3. Participo en muchas actividades, que no son necesariamente útiles, al mismo tiempo.	39,6	49,6	10,4	0,6	1,72	3	,672
23. Dejo muchas actividades sin terminar.	31,8	61,0	6,5	,6	1,76	3	,595
Aumento de la energía							
8. Me he sentido con energías para realizar mis tareas diarias	5,8	43,5	31,2	19,5	2,64	3	,861
36. Me he sentido con fuerza, sin razón aparente.	39,0	51,3	8,4	1,3	1,72	3	,672

Los síntomas conductuales, representados por el componente 4, evidenciarían la siguiente configuración: los ítems P37, P10, P19, P24, P38, P9 y P25 fueron los de menos prevalencia y los que presentaron la mayor prevalencia fueron el ítem P40 y P39, siendo estos a su vez los de mayor promedio. Tal como se ilustra en la tabla 12.

Tabla 12.

Distribución porcentual y medidas de tendencia central del componente conductual de la Subescala de Manía

Ítems	Nunca (%)	A veces (%)	Casi siempre (%)	Siempre (%)	Media	Rango	Desviación estándar
Conducta suicida y autolesiva							
37. He intentado acabar con mi vida	87,0	11,7	1,3		1,14	2	,387
10. Me he hecho cortes en la piel con intención de dañarme.	90,3	9,1	,6		1,11	3	,372
19. Me he golpeado con la intención de producirme dolor.	87,0	11,7	1,3		1,14	2	,387
24. Me he quemado con la intención de causarme dolor	92,9	5,8	,6	,6	1,09	3	,368
Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social)							
1. Me he sentido excesivamente emocionado en mis relaciones, incluso con los menos cercanos.	37,7	42,2	16,2	3,9	1,86	3	,825
40. Me interesa salir con mis amigos más que antes	19,5	56,5	16,9	7,1	2,12	3	,800
Conducta temeraria y de exceso							

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

38. Compró muchas cosas que realmente no necesito	59,1	32,5	5,8	2,6	1,52	3	,725
9. Mi interés por el sexo ha aumentado significativamente.	61,7	19,5	14,3	4,5	1,62	3	,894
25. He consumido cantidades excesivas de alcohol.	78,6	16,9	4,5		1,26	2	,534
Verborrea: hablar más de lo habitual sin intención de comunicación.							
26. He hecho comentarios hirientes	39,6	48,7	10,4	1,3	1,73	3	,696
4. He hablado muy rápido y fuerte, sin que puedan interrumpirme.	41,6	48,7	8,4	1,3	1,69	3	,680
39. He sido imprudente en mis conversaciones.	37,0	58,4	2,6	1,9	1,69	3	,619

En congruencia desde la TRI la figura 8, permite ilustrar las diferentes distribuciones probabilísticas para la Subescala de manía de cada uno de los grados de respuesta (nunca: rojo), (a veces: azul), (casi siempre: fucsia) y (siempre: gris) para el ítem 1 y en este sentido se evidencia que existe una tendencia monótonica creciente en cada una de las curvas y su relación con los niveles de manía reportados por la muestra de estudio.

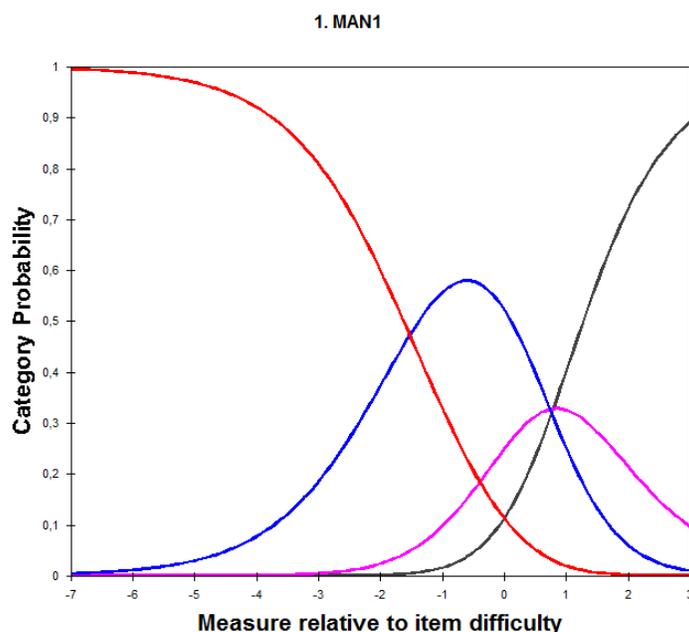


Figura 8. Estimación del nivel de "intensidad/dificultad" del Ítem 1 en función de las 4 categorías de respuesta (nunca – siempre): Subescala de Manía.

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

En la figura 9, se puede observar como las curvas se ordenan jerárquicamente en relación con el nivel de estimación media (cuando la probabilidad es igual a 0,5) del grado de manía asociado. En tal sentido las personas que marcaron la opción “nunca” presentan los menores niveles (Θ) de manía mientras que quienes marcaron la opción “a veces” y “casi siempre” presentaron los mayores niveles (Θ) de manía.

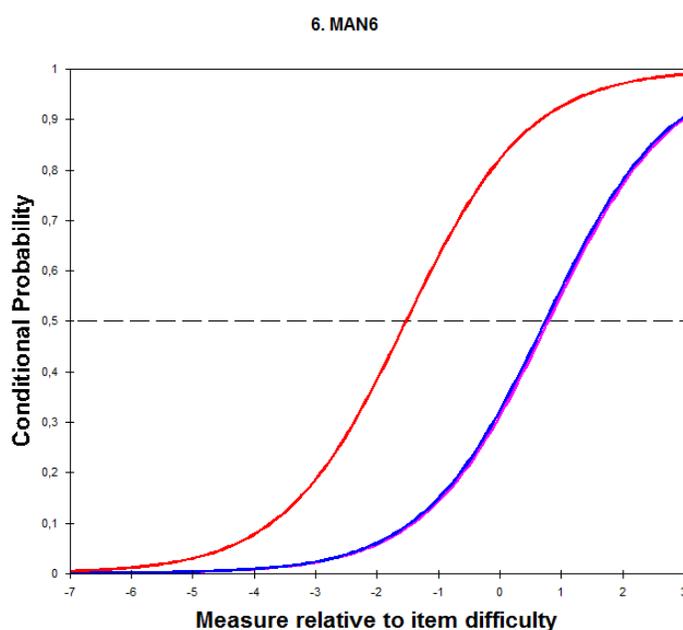


Figura 9. Comparación de las Curvas Probabilísticas asociadas a los Niveles de Intensidad (Θ) del Ítem 6 en función de las 4 categorías de respuesta (nunca – siempre).

La figura 10, permite ilustrar desde una perspectiva inferencial el nivel de ajuste entre los valores observados y la función de estimación logística para el Ítem 6. En tal sentido se puede apreciar como la mayoría de los puntos de estimación observados (*) se encuentran ubicados dentro de la banda de estimación establecida al 95% .constituyendo una evidencia adicional del

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

ajuste del ítem a la Escala y de su aporte en la función de información para el Modelo de Medición Logística de la Manía.

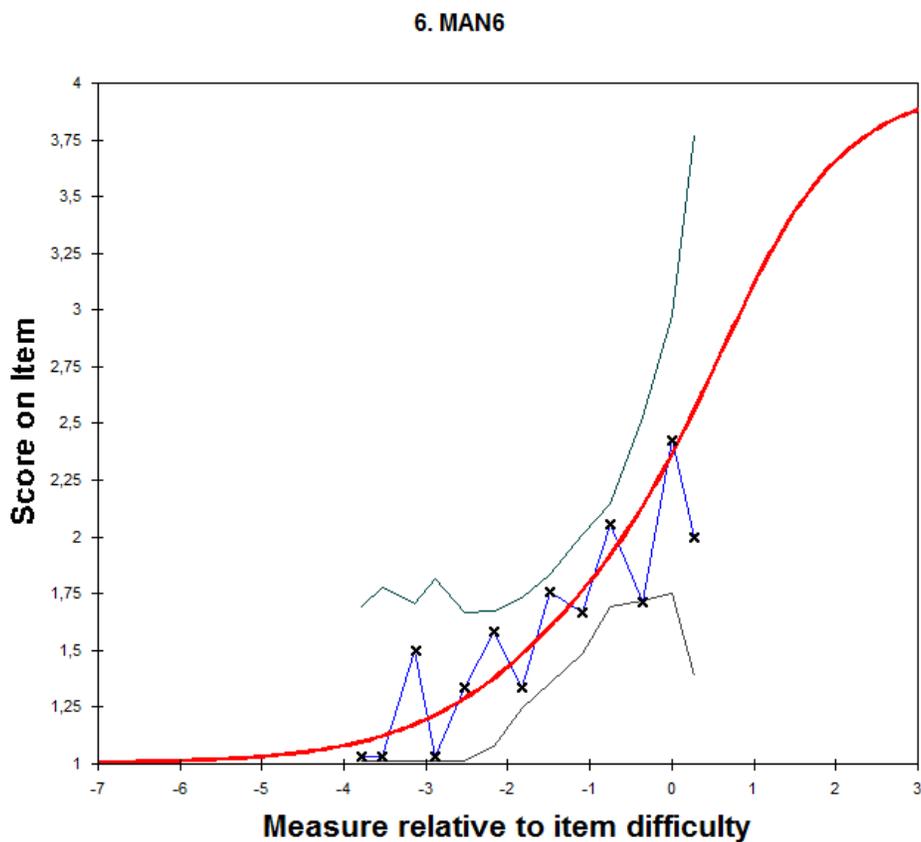


Figura 10. Curva característica del Ítem 6 con bandas de ajuste (Infit-Outfit) en la Función Logística (θ): Subescala de Manía.

La figura 11, permite adelantar un análisis comparativo de los niveles de funcionamiento diferencial estimados, de los cuales se resaltan los ítems 24, 10, 19, 37, 14 y 21; y por el límite inferior 8 y 12 son los ítems que permiten evidenciar un espectro particular de su sensibilidad en la estimación de la dificultad/habilidad que en este caso en particular se asocia con los niveles de manía.

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

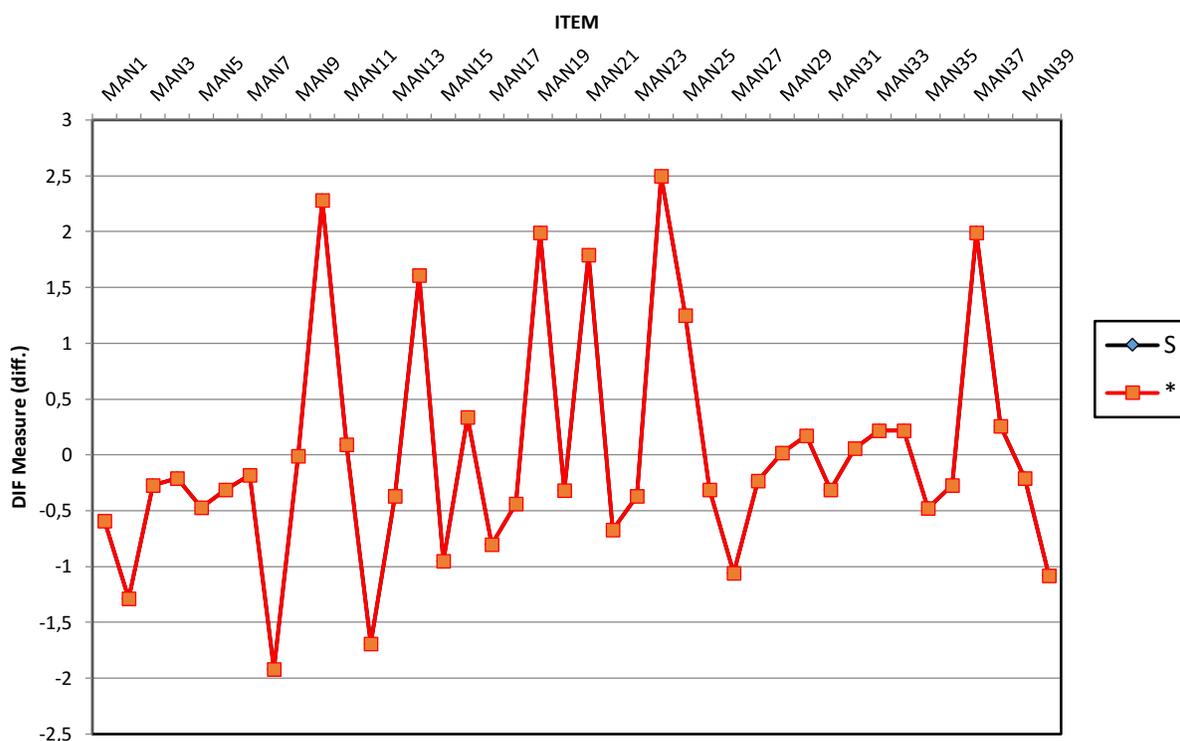


Figura 11. Estimación del Funcionamiento Diferencial de los Ítems (DIF) en función del ajuste de los Ítems: Subescala de Manía.

Analisis de fiabilidad y validez de la Escala EMTA-A1

Desde la Teoría Clásica de los Test y Teoría de Respuesta al Ítem se han estimados los niveles de confiabilidad y fiabilidad respectivamente, además los niveles de validez asociados a las Subescalas de Depresión y Manía, por medio de análisis de: a) Los Índices de Alfa de Cronbach, para el caso de la confiabilidad desde la TCT y los Índices de Andrichs para el caso de la TRI, b) La Consistencia Interna de las Subescalas (correlación ítem - prueba), c) El análisis factorial por el método de componente principales, asociado a la validez de constructo y d) Los niveles de correlación entre los puntajes de la EMUN, el CDI y las Subescala de EMTA-A1, de Depresión y Manía respectivamente, para evidenciar la validez de criterio concurrente. A continuación se enuncia los principales hallazgos obtenidos.

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

Análisis de confiabilidad y consistencia interna de las Subescalas de EMTA-A1.

En primera instancia se estimó los Índice Alfa de Cronbach y las medidas de tendencia central de las Subescalas de EMTA-A1. Para el caso de la Subescala de Depresión el *Índice Alfa de Cronbach* fue de $\alpha: .937$, el cual es considerado alto y brinda evidencia de la calidad de diseño de la Escala, la *Media* fue de 81,53 y la *Desviación Típica* puntuó 17. En complemento el *Índice Alfa de Cronbach* de la Subescala de Manía fue de $\alpha: .84$ la cual, de manera similar a la Subescala de Depresión, es alta, sobre todo considerando los índices de escalas homologas a esta, la *Media* fue de 67,59 y la *Desviación Típica* fue de 11,303.

Subescala de Depresión

A continuación en la tabla 13 se ilustra el análisis complementario de Confiabilidad y Consistencia Interna para los ítems de la Subescala de Depresión. Tal como se aprecia en la tabla todos los ítems de la Subescala de Depresión guardan una correlación directamente proporcional con los puntajes de la Subescala, lo cual indica el alto nivel de consistencia interna de la Escala EMTA-A1, el cual a su vez permite determinar que la eliminación de algún reactivo no incrementaría significativamente la confiabilidad de la escala.

Cabe resaltar los altos índices de correlación ítem-Escala, que fueron superiores a 0,50 en los ítems P1, P2, P5, P9, P19, P26, P27, P28, P29, P33, P34, P35, P41, P42 y P46; en contraposición con los menores índices de correlación identificados en los ítems P47, P17 y P7.

Tabla 13.

Análisis de confiabilidad y consistencia interna de la Subescala de Depresión

Items	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1. Me he sentido muy irritable.	79,68	276,924	,500	,935

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

2. He sentido que todo en mi vida está perdido.	80,10	278,664	,527	,935
3. Me ha costado recordar algunas cosas más de lo normal.	79,60	276,345	,471	,935
4. Pienso que la mayoría de las otras personas y/o compañeros está mejor que yo.	79,86	276,589	,480	,935
5. Me he sentido sin esperanzas.	79,97	276,084	,582	,935
6. Mi peso ha cambiado significativamente, sin que yo haga dieta o haya estado enfermo.	79,85	277,880	,381	,936
7. He gritado, insultado y/o golpeado a mis compañeros, amigos o a las personas que veo diario.	80,10	283,317	,274	,936
8. Me he sentido sin energías para realizar mis tareas diarias.	79,57	278,599	,468	,935
9. He pensado que los demás estarían mejor sin mí.	79,88	273,607	,530	,935
10. Me ha resultado difícil hacer las cosas que podía hacer antes.	79,94	278,866	,424	,936
11. He pensado que es absurdo desear cualquier cosa, porque sé que nunca la obtendré.	80,06	280,657	,365	,936
12. Debido a mi comportamiento espero más cosas malas, que buenas.	80,07	278,211	,425	,936
13. Duermo más de lo normal, sin razón alguna.	79,77	277,772	,353	,936
14. Me he golpeado con la intención de producirme dolor	80,28	281,392	,395	,936
15. Realizo mis actividades diarias con mayor lentitud.	79,73	279,556	,382	,936
16. He intentado acabar con mi vida	80,41	284,309	,376	,936
17. No me interesa salir o compartir con mis amigos como antes	80,05	281,900	,297	,936
18. He planeado acabar con mi vida.	80,34	284,343	,302	,936
19. Me ha sido difícil concentrarme.	79,53	275,309	,561	,935
20. Me ha sido difícil sonreír.	80,07	279,845	,411	,936
21. He pensado que por más que intente, no podré cambiar las cosas malas de mi vida.	79,87	278,506	,400	,936
22. He preferido actividades que me permitan estar solo(a)	79,77	275,223	,483	,935
23. He pensado que mi vida no tiene sentido	80,02	277,091	,499	,935

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI

24. Me distraigo fácilmente.	79,33	277,399	,393	,936
25. Me despierto mucho por las noches.	79,84	277,679	,413	,936
26. He cogido mucha rabia e incluso lanzado objetos.	79,82	274,568	,521	,935
27. He sentido que todo lo malo que pasa es mi culpa.	79,82	272,355	,657	,934
28. Me he quejado mucho.	79,74	276,089	,555	,935
29. Siento que los demás pueden hacer las cosas mejor que yo.	79,89	276,583	,570	,935
30. He pensado en quitarme la vida.	80,34	282,933	,418	,936
31. He pensado que todo lo que quiero lograr, sale mal.	79,99	278,274	,485	,935
32. Me he hecho cortes en la piel con intención de dañarme	80,39	284,266	,293	,936
33. Me he sentido muy triste.	79,56	275,307	,625	,934
34. He sentido que estoy solo(a).	79,79	273,852	,628	,934
35. He pensado que por más que intente, no lograre hacer las cosas que quiero.	80,06	277,682	,542	,935
36. He pensado que soy inútil.	80,23	279,553	,525	,935
37. Pienso más lento de lo normal.	80,09	279,037	,542	,935
38. Me ha sido difícil tomar decisiones.	79,60	274,817	,577	,935
39. Me ha costado aprender nuevas cosas.	79,88	279,900	,445	,935
40. He pensado en la muerte.	79,86	273,988	,524	,935
41. He sentido muchas ganas de llorar	79,49	272,395	,626	,934
42. Me molesto/enfado con facilidad.	79,52	271,362	,555	,935
43. Las cosas que me gustaban ya no me interesan.	79,96	278,391	,490	,935
44. He notado cambios en mi apetito.	79,63	275,751	,449	,936
45. Me ha costado quedarme dormido(a).	79,66	276,121	,471	,935
46. Me he sentido cansado(a) sin razón aparente.	79,80	272,946	,640	,934
47. Me he quemado con la intención de causarme dolor	80,44	285,319	,272	,936
48. Prefiero quedarme en mi cuarto y/o en mi casa, que salir.	79,71	276,114	,429	,936
49. He hecho pataletas.	79,97	280,496	,394	,936
50. Me he quedado quieto por largo tiempo.	79,82	282,019	,314	,936

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

La tabla 14, presenta el resumen descriptivo del análisis tanto para las 154 personas como para los 50 ítems, correspondientes a la Sub-escala de Depresión, desde el Modelo de Teoría de Respuesta al Ítem. La confiabilidad estimada para las personas fue de (.92), mientras que para el modelo de ajuste de estimación de los ítems fue de (.97). En el caso de las personas el puntaje directo promedio fue de (81.5 equivalente a un Θ de -1.85). En el caso de los ítems los puntajes deben entenderse entre un continuo establecido con un valor mínimo teórico de 1 (en el caso en que se marcaran la opción “nunca” en el ítem) y máximo teórico de (150) en el caso en que se marcaran la opción “siempre”). A partir de este marco interpretativo, cabe resaltar que el promedio de puntuación para los ítems fue 251,2 que dividido entre 154 es (1,63) lo cual corresponde a una tendencia aproximada entre “nunca “ y “a veces”, lo cual es consistente con la naturaleza de la muestra de participantes de carácter no clínica.

TABLA 14.
Resumen de Análisis de Ítems: Depresión

SUMMARY OF 154 MEASURE PERSON								
	Total score	Count	Measure	Model Error	INFIT		OUTFIT	
					MNSQ	ZSTD	MNSQ	ZSTD
MEAN	81.5	50.0	-1.85	.28	1.01	-.1	1.03	-.1
S.D.	16.9	.0	1.10	.15	.40	1.7	.54	1.7
Real	RMSE	.32	TRUE SD	1.06	SEPARATION	3.29	PERSON RELIABILITY	.92
SUMMARY OF 50 MEASURE ITEM								
	Total score	Count	Measure	Model Error	INFIT		OUTFIT	
					MNSQ	ZSTD	MNSQ	ZSTD
MEAN	251.2	154.0	.00	.16	1.05	.1	1.03	.0
S.D.	39.2	.0	.88	.05	.28	2.1	.32	1.9
Real	RMSE	.10	TRUE SD	.85	SEPARATION	8.10	PERSON RELIABILITY	.97

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

La figura 12, permite ilustrar la función de estimación de los puntajes directos observados en la Subescala de Depresión (Eje Y) y el nivel (Θ) asociado con la estimación logística de la Depresión desde el Modelo de la Teoría de Respuesta al Ítem.

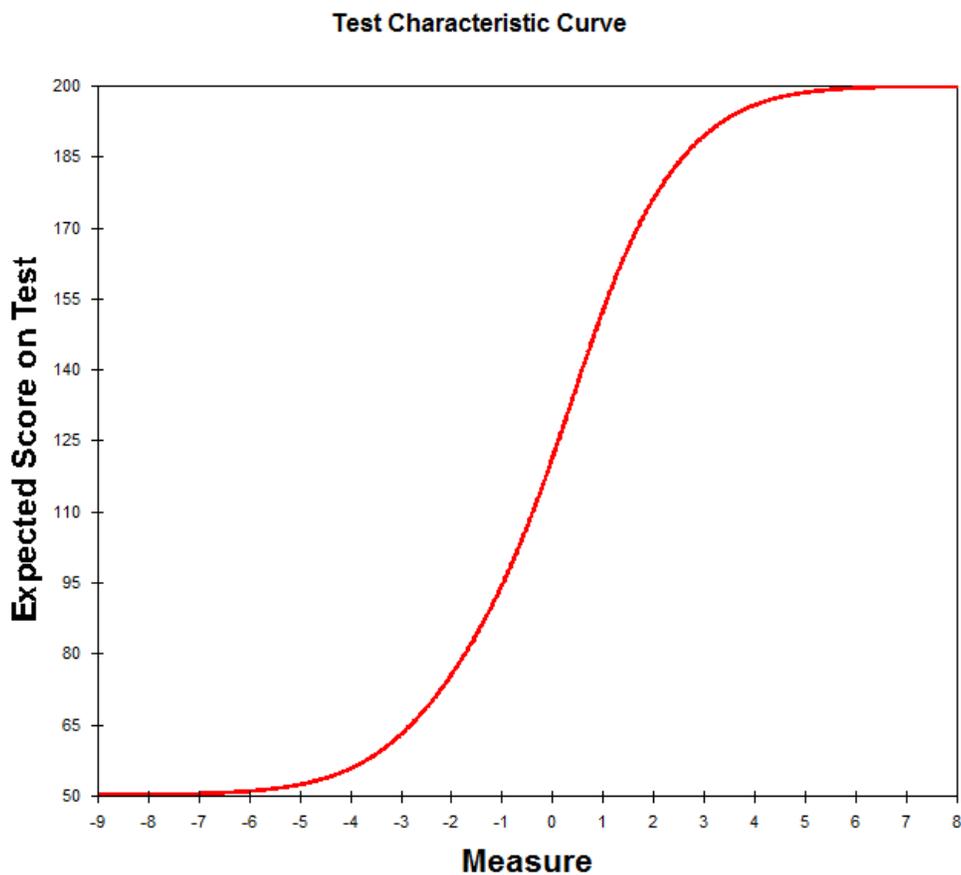


Figura 12. Curva Característica General de la Subescala de Depresión en Función Logística (Θ).

La figura 13, presenta la función de información general de la Subescala de Depresión, en la cual se identifica una tendencia de los participantes con los menores niveles de depresión oscilando sobre el valor (Θ) de (-8).

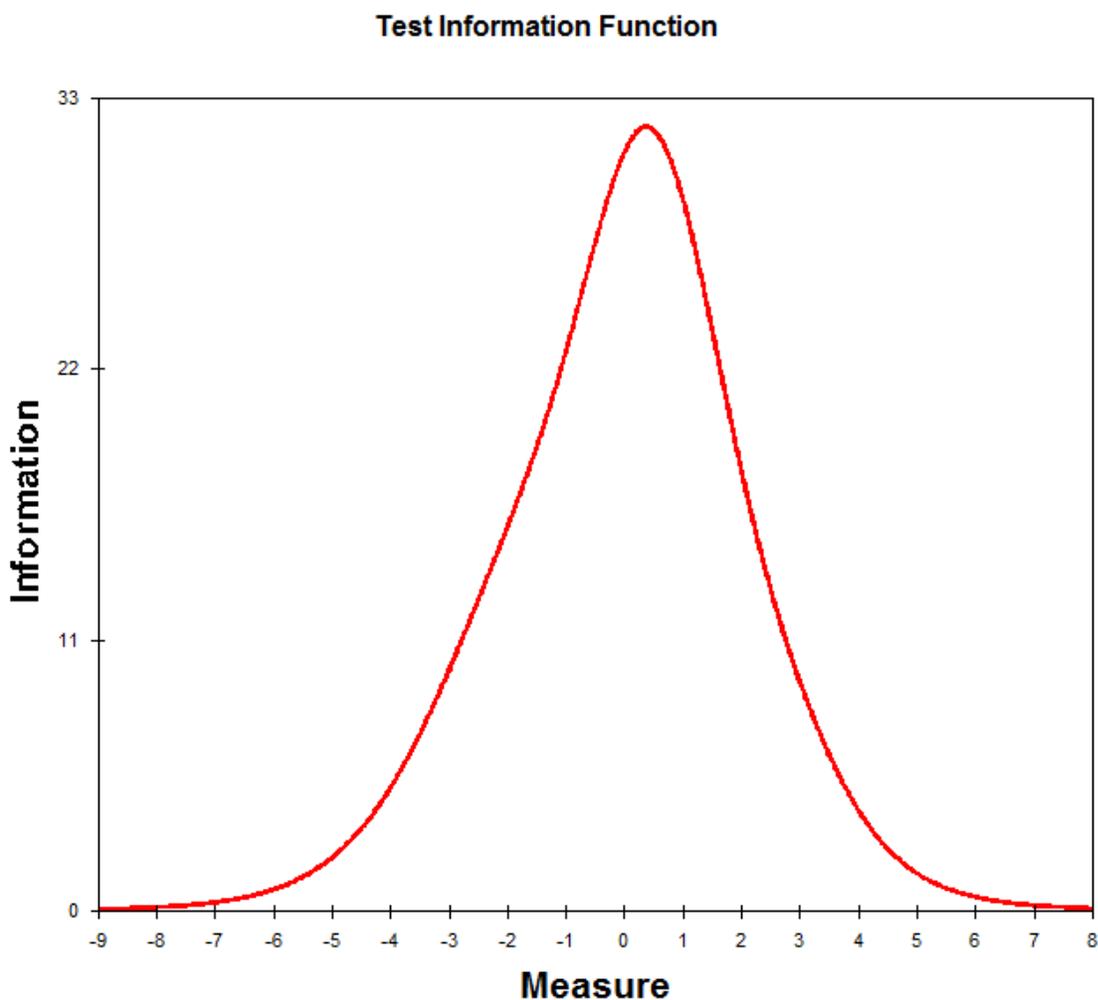


Figura 13. *Función de información: Subescala de Depresión.*

Subescala de Manía

En el análisis de la Subescala de Manía se evidenció en su mayoría los ítems reportan correlaciones directas y significativas, a diferencia de la subescala de depresión, algunos ítems presentan correlaciones inversamente proporcionales de magnitud baja. Pese a ello, la eliminación de ningún ítem parece generar aumentos significativos en el índice de confiabilidad. En este orden de ideas los ítems de mayor correlación ítem-escala son P35, P36, P39, P26 y P5, mientras

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI

que los ítems más débiles en su correlación ítem-escala fueron el P2, P8, P12, P19, P24, P25 y P28 (Ver tabla 15).

Tabla 15.

Análisis de confiabilidad y consistencia interna de la Subescala de Manía

Items	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1. Me he sentido excesivamente emocionado en mis relaciones, incluso con los menos cercanos.	65,73	122,095	,273	,870
2. He pensado que soy muy bueno(a) en todo lo que hago.	65,35	126,098	,061	,874
3. Participo en muchas actividades, que no son necesariamente útiles, al mismo tiempo.	65,87	121,604	,384	,868
4. He hablado muy rápido y fuerte, sin que puedan interrumpirme.	65,90	120,185	,476	,866
5. He notado que mi pensamiento está muy acelerado y en ocasiones no alcanzo a decir lo que pienso.	65,79	118,026	,569	,864
6. He sentido que mi desempeño académico ha disminuido notablemente.	65,86	122,489	,300	,869
7. He reaccionado con ira frente a situaciones que antes toleraba.	65,91	118,292	,496	,865
8. Me he sentido con energías para realizar mis tareas diarias	64,95	127,592	-,030	,877
9. Mi interés por el sexo ha aumentado significativamente.	65,97	121,058	,299	,870
10. Me he hecho cortes en la piel con intención de dañarme.	66,48	125,467	,257	,870
11. He sentido que cuando duermo pierdo mucho tiempo.	66,01	119,895	,408	,867
12. Me he sentido excesivamente alegre	65,10	123,670	,175	,873
13. Me cuesta atender una actividad específica por mucho tiempo.	65,83	119,318	,486	,866
14. He pensado en quitarme la vida.	66,40	124,620	,285	,870
15. Siento que puedo hacer las cosas mejor que los demás.	65,55	119,910	,374	,868
16. He hablado sin parar, sin tener la intención de comunicarme con los demás.	66,10	120,481	,429	,867

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI

17. He notado un aumento significativo en mi autoestima	65,62	120,864	,362	,868
18. He dormido muy poco o menos de lo normal	65,80	120,136	,409	,867
19. Me he golpeado con la intención de producirme dolor.	66,45	125,687	,220	,870
20. Me he quejado mucho.	65,85	120,860	,449	,867
21. He planeado acabar con mi vida.	66,42	124,285	,346	,869
22. Me ha costado reconocer mis errores y/o defectos.	65,69	120,634	,416	,867
23. Dejo muchas actividades sin terminar.	65,83	121,919	,417	,867
24. Me he quemado con la intención de causarme dolor	66,50	125,899	,207	,871
25. He consumido cantidades excesivas de alcohol.	66,33	124,994	,207	,871
26. He hecho comentarios hirientes	65,86	118,476	,580	,864
27. Me distraigo fácilmente.	65,49	122,147	,327	,869
28. Me ha costado aprender cosas nuevas.	65,89	125,563	,144	,872
29. Hago cambios bruscos de temas en mis conversaciones.	65,99	120,065	,492	,866
30. He pensado en la muerte.	66,04	120,914	,375	,868
31. Me he sentido muy irritable.	65,86	119,247	,498	,865
32. He pensado que soy mucho mejor que los demás.	66,00	121,922	,307	,869
33. Me he sentido indignado más de lo habitual.	66,06	121,872	,411	,867
34. He tenido poca necesidad de dormir.	66,06	122,082	,366	,868
35. Permanezco inquieto(a).	65,78	118,578	,529	,865
36. Me he sentido con fuerza, sin razón aparente.	65,87	119,512	,530	,865
37. He intentado acabar con mi vida	66,45	125,295	,266	,870
38. Compró muchas cosas que realmente no necesito	66,07	121,949	,329	,869
39. He sido imprudente en mis conversaciones.	65,90	120,251	,524	,865
40. Me interesa salir con mis amigos más que antes	65,47	119,663	,425	,867

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

La tabla 16, presenta el resumen descriptivo del análisis tanto para las 154 personas como para los 40 ítems, correspondientes a la Sub-escala de Manía, desde el Modelo de Teoría de Respuesta al Ítem. La confiabilidad estimada para las personas fue de (.85), mientras que para el modelo de ajuste de estimación de los ítems fue de (.98). En el caso de las personas el puntaje directo promedio fue de (67.6 equivalente a un (Θ) de -1.57). En el caso de los ítems los puntajes deben entenderse entre un continuo establecido con un valor mínimo teórico de 1 (en el caso en que se marcaran la opción “nunca” en el ítem) y máximo teórico de (120) en el caso en que se marcaran la opción “siempre”). A partir de este marco interpretativo, cabe resaltar que el promedio de puntuación para los ítems fue 260,2 que dividido entre 154 es (1,68) lo cual corresponde a una tendencia aproximada entre “nunca “ y “a veces”, lo cual es consistente con la naturaleza de la muestra de participantes de carácter no clínica

Table 16.

Resumen de Análisis de Ítems: Manía

SUMMARY OF 154 MEASURE PERSON								
	Total score	Count	Measure	Model Error	INFIT		OUTFIT	
					MNSQ	ZSTD	MNSQ	ZSTD
MEAN	67.6	40.0	-1.57	.29	1.02	.1	1.01	-.1
S.D.	11.3	.0	.77	.06	.44	1.7	.51	1.7
Real RMSE	.29		TRUE SD	.71	SEPARATION	2.42	PERSON RELIABILITY	.85
SUMMARY OF 40 MEASURE ITEM								
	Total score	Count	Measure	Model Error	INFIT		OUTFIT	
					MNSQ	ZSTD	MNSQ	ZSTD
MEAN	260.2	154.0	.00	.15	1.06	.3	1.01	.0
S.D.	52.9	.0	1.02	.05	.27	2.0	.25	2.0
Real RMSE	.16		TRUE SD	1.01	SEPARATION	6.25	PERSON RELIABILITY	.98

La figura 14, permite ilustrar la función de estimación de los puntajes directos observados en la Subescala de Manía (Eje Y) y el nivel (Θ) asociado con la estimación logística de la Mania desde el Modelo de la Teoría de Respuesta al Ítem.

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

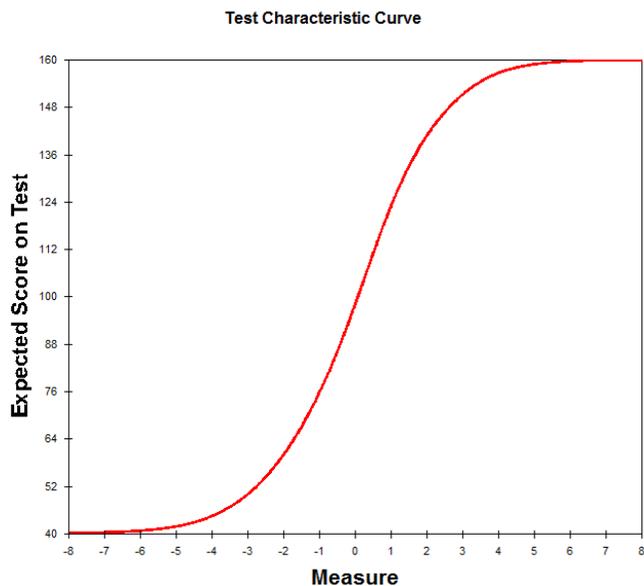


Figura 14. Curva Característica General de la Subescala de Manía en Función Logística (Θ).

La figura 15, presenta la función de información general de la Subescala de Depresión, en la cual se identifica una tendencia de los participantes con los menores niveles de depresión oscilando sobre el valor (Θ) de (-8).

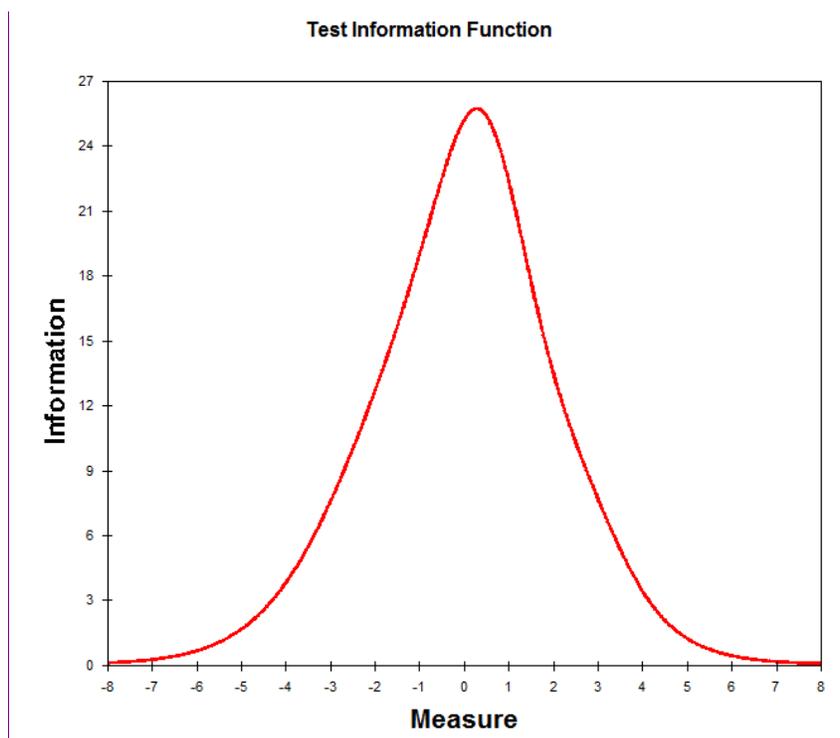


Figura 15. Función de información. Subescala de Manía.

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

Análisis de validez de constructo: Análisis Factorial de la Escala EMTA-A1.

En consecuencia con los resultados obtenidos se desarrollaron dos análisis factoriales de componentes principales (uno para la Subescala de Manía y otro para la de Depresión) para fortalecer la evidencia asociada con la validez de constructo de la Escala EMTA-A1. El método empleado fue el de componentes principales con un criterio de rotación, Varimax, buscando el mejor ajuste en la agrupación de los ítems con el criterio de máxima verosimilitud.

A continuación se presentan de forma detallada los principales hallazgos obtenidos, los cuales permitieron conformarse la agrupación de los Ítems en las 4 dimensiones identificadas, en cada una de las subescalas. En cada uno de los casos se presentará: a) La medida de adecuación muestral de KMO y la prueba de Bartlett como criterios de ajuste de cada uno de los dos modelos en configuraciones factoriales, b) el resumen de la tabla de varianza total explicada por los 5 componentes, c) la matriz de componentes rotados, que brinda evidencia de la agrupación de los ítems en los 4 componentes principales que corresponden a cada uno de los dimensiones (sistemas), y d) el grafico tridimensional de componentes de espacio rotados.

Subescala de Depresión

Tal como se presenta en la tabla 17 la subescala de Depresión cumple con los criterios de ajuste de adecuación muestral de la *Prueba de Esfericidad de Bartlett* con una significación del 99%.

Tabla 17

Medida de adecuación muestral KMO y prueba de Bartlett para EMTA A1 - Subescala de Depresión

Estadístico	Valor
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo	,825

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

Prueba de esfericidad de Bartlett	
Aprox. Chi-cuadrado	3579,422
gl	1225
Sig.	,000

El análisis de la varianza total explicada de la Subescala de Depresión permitió la identificación de 4 componentes principales, con autovalores superiores a 1,9 los cuales explican un 40,05% del modelo, y en tal sentido el primer componente aporta el 25,6% y el último componente aporta el 3,91%. Tal como se muestra en la tabla 18.

Tabla 18

Varianza total explicada de la EMTA A1 - Subescala de Depresión

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado			Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	12,80	25,61	25,61	12,80	25,61	25,61	5,50	11,00	11,00
2	3,04	6,07	31,68	3,04	6,07	31,68	5,04	10,08	21,09
3	2,20	4,40	36,08	2,20	4,40	36,08	4,76	9,51	30,60
4	1,98	3,96	40,05	1,98	3,96	40,05	4,72	9,44	40,05

A continuación, en la tabla 19 se identifica la agrupación factorial de los ítems en cada uno de los 4 componentes identificados, los cuales a su vez corresponde a las dimensiones de análisis de la Subescala de Depresión. Cabe anotar que algunos ítems presentan carga factoriales superiores a 0,30 en varios componentes; Sin embargo se tomó como primer criterio de discriminación la magnitud de la carga factorial y en segunda instancia la dimensión conceptual para la identificación de los componentes que se realizó a través de la designación de diversos colores a cada componente.

Tabla 19

Matriz de componentes rotados de la EMTA A1 - Subescala de Depresión

Items	Componentes
-------	-------------

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

	1	2	3	4
1. Me he sentido muy irritable.	,429	,121	,103	,365
2. He sentido que todo en mi vida está perdido.	,636	,177	,231	,025
3. Me ha costado recordar algunas cosas más de lo normal.	,107	,143	,386	,371
4. Pienso que la mayoría de las otras personas y/o compañeros está mejor que yo.	,313	,214	,371	,120
5. Me he sentido sin esperanzas.	,550	,218	,244	,191
6. Mi peso ha cambiado significativamente, sin que yo haga dieta o haya estado enfermo.	,381	,223	,065	,138
7. He gritado, insultado y/o golpeado a mis compañeros, amigos o a las personas que veo diario.	,019	-,047	,023	,591
8. Me he sentido sin energías para realizar mis tareas diarias.	,264	,156	,364	,204
9. He pensado que los demás estarían mejor sin mí.	,389	,467	,250	,048
10. Me ha resultado difícil hacer las cosas que podía hacer antes.	,111	,109	,558	,110
11. He pensado que es absurdo desear cualquier cosa, porque sé que nunca la obtendré.	,121	,163	,597	-,092
12. Debido a mi comportamiento espero más cosas malas, que buenas.	,180	,247	,458	,040
13. Duermo más de lo normal, sin razón alguna.	,134	-,090	,300	,392
14. Me he golpeado con la intención de producirme dolor	-,098	,554	,311	,149
15. Realizo mis actividades diarias con mayor lentitud.	,015	-,036	,635	,186
16. He intentado acabar con mi vida	,195	,676	,110	-,116
17. No me interesa salir o compartir con mis amigos como antes	,482	-,107	,106	,061
18. He planeado acabar con mi vida.	,134	,701	,085	-,197
19. Me ha sido difícil concentrarme.	,140	,137	,398	,519
20. Me ha sido difícil sonreír.	,296	,093	,310	,154
21. He pensado que por más que intente, no podré cambiar las cosas malas de mi vida.	,285	,019	,469	,033
22. He preferido actividades que me permitan estar solo(a)	,405	-,063	,371	,231
23. He pensado que mi vida no tiene sentido	,338	,318	,287	,140
24. Me distraigo fácilmente.	,021	,027	,214	,597
25. Me despierto mucho por las noches.	,204	,309	,231	,172
26. He cogido mucha rabia e incluso lanzado objetos.	,333	,092	,079	,556
27. He sentido que todo lo malo que pasa es mi culpa.	,504	,464	,162	,258
28. Me he quejado mucho.	,273	,190	,182	,538
29. Siento que los demás pueden hacer las cosas mejor que yo.	,206	,264	,427	,341
30. He pensado en quitarme la vida.	,349	,589	,174	-,185
31. He pensado que todo lo que quiero lograr, sale mal.	,084	,544	,290	,199
32. Me he hecho cortes en la piel con intención de dañarme	-,082	,612	-,004	,183
33. Me he sentido muy triste.	,615	,243	,095	,321
34. He sentido que estoy solo(a).	,557	,192	,207	,345
35. He pensado que por más que intente, no lograre hacer las cosas que quiero.	,188	,203	,691	,062
36. He pensado que soy inútil.	,169	,533	,172	,308
37. Pienso más lento de lo normal.	,150	,139	,485	,376
38. Me ha sido difícil tomar decisiones.	,313	,104	,333	,455

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

39. Me ha costado aprender nuevas cosas.	,175	,066	,418	,283
40. He pensado en la muerte.	,372	,537	,032	,213
41. He sentido muchas ganas de llorar	,538	,428	,072	,279
42. Me molesto/enfado con facilidad.	,449	,178	-,014	,547
43. Las cosas que me gustaban ya no me interesan.	,240	,107	,436	,235
44. He notado cambios en mi apetito.	,197	,111	,123	,516
45. Me ha costado quedarme dormido(a).	,341	,163	,183	,304
46. Me he sentido cansado(a) sin razón aparente.	,498	,146	,264	,389
47. Me he quemado con la intención de causarme dolor	-,134	,619	,033	,184
48. Prefiero quedarme en mi cuarto y/o en mi casa, que salir.	,610	-,034	,246	-,008
49. He hecho pataletas.	-,039	,451	-,019	,533
50. Me he quedado quieto por largo tiempo.	,496	-,131	,192	,040

Nota: Método de extracción: análisis de componentes principales; Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser (La rotación ha convergido en 7 iteraciones).

A continuación se ilustra en la figura 16, el mapa de configuración factorial de los ítems en un espacio tridimensional. Este mapa permite identificar las proximidades entre los ítems, que a su vez hace parte de las intercorrelaciones que sustentan las agrupaciones obtenidas en los 4 componentes principales.

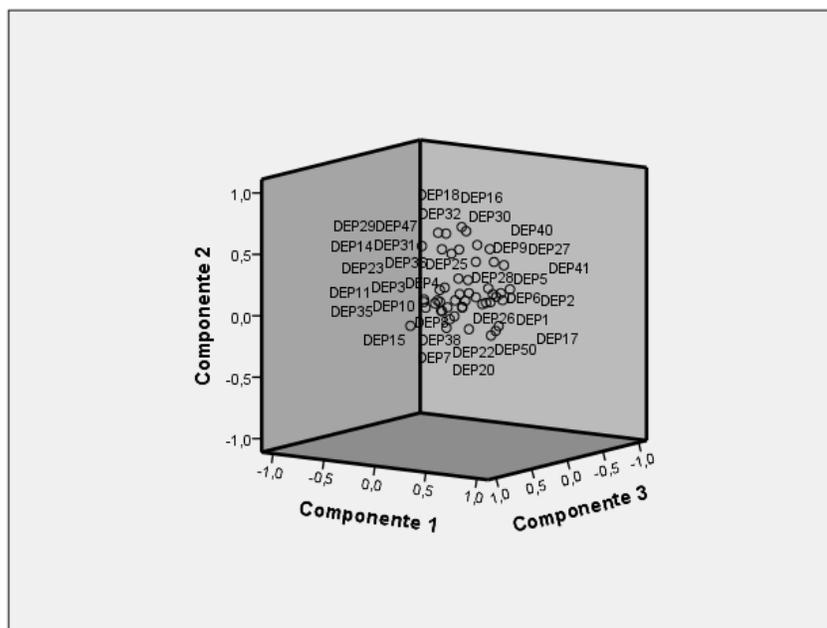


Figura 16. Componentes en espacio rotado de la EMTA A1 – Subescala de Depresión

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

Subescala de Manía

En la tabla 20 se puede identificar que la Subescala de Manía cumple con los criterios de adecuación muestral de *KMO* y el ajuste desde la *Prueba de Esfericidad de Bartlett* a una configuración factorial con un 99% de significación.

Tabla 20.

Medida de adecuación muestral KMO y prueba de Bartlett para EMTA A1 - Subescala de Mania

Estadístico	Valor
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo	,747
Prueba de esfericidad de Bartlett	
Aprox. Chi-cuadrado	2352,242
gl	780
Sig.	,000

El análisis de la varianza total explicada de la Subescala de Manía permitió la identificación de 4 componentes principales, con autovalores superiores a 1,9 los cuales explican un 38,44% del modelo, y en tal sentido el primer componente aporta el 19,19% y el último componente aporta el 4,85%. Tal como se muestra en la tabla 21.

Tabla 21.

Varianza total explicada de la EMTA A1 - Subescala de Mania

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado			Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	7,68	19,19	19,19	7,68	19,19	19,19	5,01	12,51	12,51
2	3,12	7,81	27,00	3,12	7,81	27,00	3,75	9,37	21,88
3	2,64	6,59	33,59	2,64	6,59	33,59	3,68	9,20	31,08
4	1,94	4,85	38,44	1,94	4,85	38,44	2,95	7,36	38,44

A continuación se identifica la agrupación factorial de los ítems en cada uno de los 5 componentes identificados, los cuales a su vez corresponde a las dimensiones de análisis de la Subescala de Manía. Cabe anotar que al igual que en el caso de la Subescala de Depresión, algunos ítems presenta carga factoriales superiores a 0,30 en varios componentes; Sin embargo

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

se tomó como primer criterio de discriminación la magnitud de la carga factorial y en segunda instancia la dimensión conceptual para la identificación de los componentes que se realizó a través de la asignación de diversos colores a cada componente. En la Tabla 22 se ilustran dichos hallazgo.

Tabla 22.

Matriz de componentes rotados de la EMTA A1 - Subescala de Manía

Items	Componentes			
	1	2	3	4
1. Me he sentido excesivamente emocionado en mis relaciones, incluso con los menos cercanos.	,247	,119	-,016	,223
2. He pensado que soy muy bueno(a) en todo lo que hago.	-,120	-,134	-,022	,733
3. Participo en muchas actividades, que no son necesariamente útiles, al mismo tiempo.	,257	,440	-,047	,063
4. He hablado muy rápido y fuerte, sin que puedan interrumpirme.	,387	,249	,215	,248
5. He notado que mi pensamiento está muy acelerado y en ocasiones no alcanzo a decir lo que pienso.	,579	,232	,108	,222
6. He sentido que mi desempeño académico ha disminuido notablemente.	,433	,022	,054	,015
7. He reaccionado con ira frente a situaciones que antes toleraba.	,465	,342	,202	-,010
8. Me he sentido con energías para realizar mis tareas diarias	-,245	,053	-,208	,474
9. Mi interés por el sexo ha aumentado significativamente.	,056	,576	-,139	,027
10. Me he hecho cortes en la piel con intención de dañarme.	,053	,055	,667	,034
11. He sentido que cuando duermo pierdo mucho tiempo.	,161	,352	,235	,224
12. Me he sentido excesivamente alegre	-,044	,131	-,167	,581
13. Me cuesta atender una actividad específica por mucho tiempo.	,525	,289	,133	-,066
14. He pensado en quitarme la vida.	,064	-,034	,761	,195
15. Siento que puedo hacer las cosas mejor que los demás.	,104	,095	,079	,740
16. He hablado sin parar, sin tener la intención de comunicarme con los demás.	,430	-,053	,200	,462
17. He notado un aumento significativo en mi autoestima	,123	,491	-,024	,196
18. He dormido muy poco o menos de lo normal	,017	,684	,190	,019
19. Me he golpeado con la intención de producirme dolor.	,138	,168	,496	-,201
20. Me he quejado mucho.	,627	,003	,295	,006
21. He planeado acabar con mi vida.	,064	,162	,847	-,015
22. Me ha costado reconocer mis errores y/o defectos.	,417	,134	,057	,242
23. Dejo muchas actividades sin terminar.	,610	,084	,046	,007
24. Me he quemado con la intención de causarme dolor	,069	,089	,554	-,083
25. He consumido cantidades excesivas de alcohol.	,022	,390	,080	-,058
26. He hecho comentarios hirientes	,438	,401	,151	,257
27. Me distraigo fácilmente.	,653	-,064	,067	-,073
28. Me ha costado aprender cosas nuevas.	,478	-,136	-,078	-,174
29. Hago cambios bruscos de temas en mis conversaciones.	,415	,446	,062	-,020
30. He pensado en la muerte.	,339	,273	,360	-,116

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

31. Me he sentido muy irritable.	,629	,277	,023	-,060
32. He pensado que soy mucho mejor que los demás.	,077	,103	,133	,530
33. Me he sentido indignado más de lo habitual.	,472	,301	,004	-,045
34. He tenido poca necesidad de dormir.	,000	,613	,173	,040
35. Permanezco inquieto(a).	,502	,351	-,021	,192
36. Me he sentido con fuerza, sin razón aparente.	,381	,310	,008	,415
37. He intentado acabar con mi vida	,034	-,012	,828	,095
38. Compró muchas cosas que realmente no necesito	,104	,392	,178	,027
39. He sido imprudente en mis conversaciones.	,463	,402	-,010	,156
40. Me interesa salir con mis amigos más que antes	,201	,469	,003	,180

Nota: Método de extracción: análisis de componentes principales; Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser (La rotación ha convergido en 7 iteraciones).

A continuación se ilustra la configuración factorial de los ítems de la Subescala de Manía en un espacio tridimensional. La figura 17 permite identificar las proximidades entre los ítems, que a su vez hace parte de las intercorrelaciones que sustentan las agrupaciones obtenidas en los 5 componentes principales.

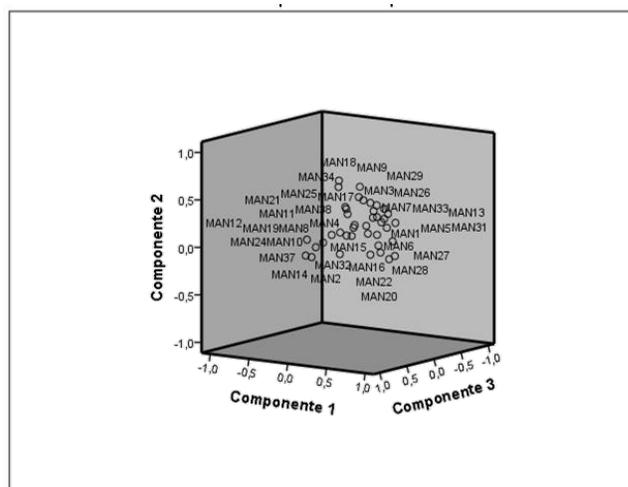


Figura 17. Componentes en espacio rotado de la EMTA A1 – Subescala de Mania

Análisis de validez de Criterio: Escala EMTA-A1, CDI y EMUN

A continuación se presenta los análisis de correlación establecidos entre las Subescalas de Depresión/Manía, de la Escala EMTA-A1, el CDI y EMUN, respectivamente, las cuales

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

fueron empleadas como pruebas de criterio concurrente. Cabe anotar que en primera instancia se estimaron los *Índice Alfa de Cronbach* los cuales correspondieron para el caso del CDI de (α : .851) y para la EMUN – Intensidad (α : ,907), EMUN – Frecuencia (α : ,910) y EMUN – Malestar (α : ,927).

Subescala de Depresión

En la tabla 23 se puede identificar que existe una correlación directamente proporcional de alta magnitud y estadísticamente significativa del 99%, entre los puntajes del CDI y la Subescala de Depresión de EMTA, con índice de Correlación de Pearson de $\alpha = ,614$. Los resultados de este índice brindan evidencia de la validez de criterio que guarda la Subescala de Depresión de EMTA-A1 frente a una escala clínica de uso tradicional en población adolescente.

Tabla 23.
Correlaciones inter-escalas. Test Paralelos - EMTA A1 n (Depresión)

Instrumentos	EMTA A1 - Depresión		CDI	
	Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)	Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)
Medidas de Depresión				
EMTA A1 – Depresión	1		,614**	,000
CDI	,614**	,000	1	

Subescala de Manía

Para el caso de la validez de criterio en la Subescala de Manía se observa un reporte de correlación pertinente, teniendo en cuenta que la EMUN realiza medidas diferenciales a partir de un reporte de intensidad, frecuencia y molestia. Se identificó un índice de correlación de Pearson para intensidad ($\alpha = ,642$), frecuencia ($\alpha = ,560$) y molestia ($\alpha = 1$); índice que permite evidenciar que de la validez de criterio que guarda la Subescala de Manía de EMTA-A1 frente a la EMUN son proporcionales (Ver tabla 24).

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

Tabla 24.

Correlaciones inter-escalas. Test Paralelos - EMTA A1 n (Manía)

Instrumentos	EMTA A1 - Mania		EMUN - Molestia		EMUN - Intensidad		EMUN - Frecuencia	
	Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)						
Medidas de Mania								
EMTA A1 – Mania	1	-						
EMUN – Molestia	,509**	,000	1	-				
EMUN - Intensidad	,490**	,000	,642**	,000				
EMUN - Frecuencia	,572**	,000	,560**	,000	,860**	,000	1	-

Nota: **La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

9. Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo conocer los indicadores psicométricos derivados de la validación de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos para Adolescentes (EMTA-A1) a partir del análisis desde el modelo de la Teoría Clásica de los Test TCT y la Teoría de Respuesta al Ítem TRI.

Los resultados muestran niveles satisfactorios de confiabilidad de la prueba para su uso; puesto que reporta un alpha Cronbach para la Subescala de depresión es de $\alpha: .937$ y para la Subescala de manía de $\alpha: .864$ lo cual capitaliza a la EMTA-A1 como un instrumento idóneo para la medición de los trastornos afectivos con sensibilidad para las características particulares de la población adolescente.

La subescala de depresión reporta altos índices de confiabilidad y validez incluso mayores que otras escalas de medición de la depresión adolescentes como la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos - CES-D, que obtuvo un alpha Cronbach de $\alpha: .89$ (Villalobos-Galvis, & Ortiz-Delgado, 2012), del Inventario de Depresión Estado- Rasgo ST-DEP en adolescentes que puntuó un alpha Cronbach de $\alpha: .76$ y $\alpha: .68$ en sus dos subescalas respectivamente (Merino Soto, Pflucker Muñoz, & Riaño-Hernández, 2012), la escala de Zung para la medida de la depresión para población adolescente escolarizada colombiana con un alpha de Cronbach de $\alpha: .54$ (Lezama, 2012). Así mismo se identifica una alta consistencia interna en la relación ítem escala.

Aunque la subescala de manía reporta su confiabilidad dentro de un rango aceptable, es evidente que reporta índices menores a la subescala de depresión, teniendo en cuenta la complejidad que existe en la medición de la sintomatología característica de este trastorno como

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

se corrobora con escalas que miden el mismo constructo, evidencia la presencia de consistencia interna.

Con el análisis de consistencia interna se evidenció que los ítems de la subescala de depresión guardan una carga significativa pero que permite inferir que aun si se eliminaran algunos ítems el índice de confiabilidad aumentaría, caso contrario en la subescala de manía dado que si se eliminan algunos ítems podrían ocurrir cambios significativos en la consistencia interna.

Por otro lado, Tras la ejecución del Análisis Factorial de la Escala EMTA- A1 para la validez de constructo desde el método de Componentes Principales con un criterio de rotación, Varimax, se evidenció que ambas Subescalas cumplen con los criterios de ajuste de adecuación muestral de esfericidad de Bartlett con una significancia del 99%; lo que permite comprobar las dimensiones de constructo en las que la escala se fundamenta: a) la teoría de los modos de respuesta propuestos por Beck (1996) para la división de los sistemas de respuesta (factor 1 sistema cognitivo, factor 2 sistema afectivo, factor 3 sistema motivacional y factor 4 sistema conductual)b) los criterios dispuesto por el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (APA.2014) y c) la sintomatología adolescente indagada por Kovacs, (1989) y Lewinsohn (1995). Por su parte, la adecuación de la varianza fue de 38,44 y 40,05 de correlación entre los factores lo que permite inferir que la estructura de la EMTA-A1 permite la verificación empírica de la agrupación de los componentes de la variable que se pretende medir con esta escala.

En cuanto a la validez de criterio la escala EMTA- A1 se correlacionó con dos escalas debidamente validadas en el contexto colombiano el cuestionario de depresión infantil CDI y la

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

Escala de Manía de la Universidad Nacional de auto-reporte EMUN-AR por lo cual se consideró su pertenencia en este estudio y poseen un Índice Alfa de Cronbach para el CDI de (α : .851) y para la EMUN – Intensidad (α : ,907), EMUN – Frecuencia (α : ,910) y EMUN – Malestar (α : ,927).

En primera instancia la relación de la Subescala de depresión EMTA-A1 y el CDI es directamente proporcional lo que permite afirmar que existe una validez concurrente significativa y la subescala tiene una validez alta frente a la escala que ya es de uso clínico. En el mismo orden de ideas la subescala de Manía y la EMUN que también presenta una relación proporcional que permite inferir la capitalización como un instrumento adecuado.

En general se evidencia que la EMTA-A1 cuenta con altos niveles de valides y confiabilidad, así como una validez concurrente significativa que pone a la escala en un instrumento potencia de medición sensible tanto al constructo de trastornos afectivos como de las características del ciclo vital.

Para concluir luego del recorrido en esta investigación se permiten realizar sugerencias en cuanto los ítems que presentaron menor correlación con las subescalas se sugiere que sean revisados para determinar si la causa de la baja correlación corresponde a elementos de redacción y gramática o constituyen a la no representatividad del constructo teórico. Por otro lado, el análisis factorial reportó ítems que presentan carga representativa en más de 1 factor se considera importante para estudios posteriores tener en cuenta el elemento atribucional para evitar la doble dimensionalidad de la medida; en este orden de ideas también surge la necesidad de indagar empíricamente si este fenómeno es causado directamente por la etapa de la adolescencia.

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

En lo relacionado con la muestra en próximos estudios es importante que tenga homogeneidad tanto de género (igual representatividad de género) como del lugar de procedencia ya que solamente se incluyeron en el pilotaje 3 municipios y teniendo en cuenta la variabilidad de las características culturales de cada una de las subregiones del departamento del Atlántico y también su validación futura en las diferentes regiones de Colombia puesto que esto tendría un reporte importante para afianzar las características psicométricas que tiene la EMTA-A1.

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.**10. Referencias**

- Abad, F., Garrido, J., Olea, J., & Ponsoda, V. (2006). Introducción a la teoría de la respuesta al Ítem. Introducción a la Psicometría. Teoría Clásica de los Test y teoría de la respuesta al Ítem. Madrid: Universidad autónoma. Recuperado de:
http://www.uam.es/personal_pdi/psicologia/fjabad/PSICOMETRIA/MATERIALES/IntPs_5.pdf
- Abal, F., Aguerri, M., Attorresi, H., Galibert, M., & Luzzia, G. (2009). Teoría de Respuesta al Ítem. Conceptos básicos y aplicaciones para la medición de constructos psicológicos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18 (2). 179 – 188. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/pdf/2819/281921792007.pdf>
- Abello, D., & Cortés, O. (2012). Diseño De la escala Multidimensional de trastornos afectivos (EMTA): análisis psicométrico de confiabilidad y validez. *Psicología desde El Caribe*, 29 (3). 545-591. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21328599002>
- Agerbo, E. (2005). Effect of psychiatric illness and labor market status on suicide: a healthy worker effect?. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 598-602.
- Asociación Americana de Psiquiatría [APA]. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - DSM V*. Barcelona: Médica Panamericana.
- Beck, A. (1996). Beyond Belief: theory of modes, personality an psychopatoly. In: P. Salkovskis, ed, *Frontiers of cognitive therapy*, (eds). New York: Guilford press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Boston: Meridian.

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

- Birnbaum, A. (1968). Some latent trait models and their use in inferring an examinee's ability. In: F. Lord, & M. Novick (Eds.). *Statistical Theories of Mental Test Scores*. Reading, MA: Addison Wesley.
- 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.
- Cromer, B. (2011). Adolescent Development, In: *Nelson Textbook of Pediatrics* (19th ed.), Kliegman, R., Stanton, B., St. Geme III, J., Schor, N., & Behrman, R. Saunders: Philadelphia, USA
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16 (3), 297-334. Recuperado de:
http://kttm.hoasen.edu.vn/sites/default/files/2011/12/22/cronbach_1951_coefficient_alpha.pdf
- Cruzado, A., Labrador, F., & Muñoz, M. (2001). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid
- Delgadillo-González, Y., Chávez-Flores, C. I., & Martínez, O. L. (2014). Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la ciudad de México. *Actas Esp Psiquiatr*, 42(4), 159-68.
- Departamento Administrativo de Acción Comunal [DAACD]. (2003). *Situación socioeconómica de la juventud en Bogotá 2000 – 2001*. Bogotá: Departamento Administrativo de Acción Comunal Distrital (DAACD).

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

- Dooley, D., Catalano, R., & Wilson, G. (1994). Depression and unemployment: panel findings from the Epidemiologic Catchment Area Study. *American Journal of Community Psychology* 22, 745-765.
- Dorling D. (2009). Unemployment and health. *British Medical Journal* 338, b829
- Durand, M., & Barlow, D. (2007). *Psicopatología. Un enfoque integral de la psicología anormal*. México: Thomson.
- Fernández-Ballesteros, R. (1994). *Evaluación conductual de hoy: Un enfoque para el cambio en la psicología clínica y de la salud*. Madrid: Pirámide
- Ferrari, A. J., Baxter, A. J., & Whiteford, H. A. (2011). A systematic review of the global distribution and availability of prevalence data for bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 134, 1-13.
- Flanagan, J. L. (1937). A note on calculating the standard error of measurement and reliability coefficients with the test score machine. *Journal of Applied Psychology*, 23 (4), 529.
- Forns, M. (1993). *La evaluación psicológica infantil*. Barcelona: Barcanova.
- Friedman, E.S., & Thase, M.E. (1995). Trastornos del estado de ánimo. In Caballo, V., Buela, G., & Carrobes, J.A. (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, vol. 1 619-681.
- García, M., & Magaz, A. (2009). ¿Cómo valorar tests psicométricos?. Grupo ALBOR-COHS: España. Recuperado de: <http://es.slideshare.net/MiguelCalderon1/como-evaluar-tests-psicomtricos>

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

Gupte, S. (2006). *Recent Advances in Pediatrics - Special Volume 17: Adolescence*. New Delhi:

Brothers Medical Publishes.

Guttman, L. (1945). A basis for analyzing test-retest reliability. *Psychometrika*, 10 (4), 255-282

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses [INMLCF]. (2014). Forensis: Datos para la vida. Recuperado de:

<http://www.medicinalegal.gov.co/documents/88730/1656998/Forensis+Interactivo+2014.24-JULpdf.pdf/9085ad79-d2a9-4c0d-a17b-f845ab96534b>

Kovacs, M. (1989). Affective disorders in children and adolescents. *American Psychologist*, 44 (2), 209-215.

Kuder, G. F., & Richardson, M. W. (1937). The theory of estimation of test reliability.

Psychometrika, 2 (3), 151-160.

Labrador, F. (2008). Técnicas de modificación de conducta. *Capítulo 1 introducción a las técnicas de modificación de conducta*. Madrid. Pirámide.

Lamprea, J., & Gómez-Restrepo, C. (2007). Validez en la evaluación de escalas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 36 (2). Recuperado de:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v36n2/v36n2a13.pdf>

Larraguibel, M. (2006). Trastorno depresivo en el adolescente. In Valdivia, M., & Condeza, M. (Eds.), *Psiquiatría del adolescente* (pp. 145-152). Santiago: Editorial Mediterráneo.

Larraguibel, M., Davanzo, P., & Zuñiga, M. (2006). Trastorno bipolar en adolescentes. In Valdivia, M., & Condeza, M. (Eds.), *Psiquiatría del adolescente* (pp. 153-163).

Santiago: Editorial Mediterráneo.

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

Lawley, D. N. (1943). On problems connected with item selection and test construction.

Proceedings of the Royal Society of Edimburg, 61(3), 273-287. doi:

<http://dx.doi.org/10.1017/S0080454100006282>

Lawley, D. N. (1944). The factorial analysis of multiple item tests. *Proceedings of the Royal*

Society of Edimburg, 62 (1), 74-82. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0080454100006440>

Lewinsohn, P. (1995). Bipolar Disorders In a Community Sample of Older Adolescents:

Prevalence, Phenomenology, Comorbidity, and Course. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34 (4), 454-463.

Lewis G., & Sloggett A. (1998). Suicide, deprivation and unemployment: record linkage study.

British Medical Journal 317, 1283-1286

Lezama, S. (2012). Propiedades psicométricas de la escala de Zung para síntomas depresivos en población adolescente escolarizada colombiana. *Psychologie. Avances de la Disciplina*, 6 (1), 91-101. Recuperado de

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862012000100008&lng=en&tlng=es.

Lord, F. M. (1952). *A theory of test scores (Psychometric Monographs, n° 7)*. Richmond, VA

Lord, F. M., & Novick, M. R. (1968). *Statistical theories of mental test scores*. New York:

Addison-Wesley

Merino, C., Pflucker , D., & Riaño-Hernández, D. (2012). Análisis factorial exploratorio del

Inventario de Depresión Estado-Rasgo (ST-DEP) en adolescentes. *Diversitas:*

Perspectivas en Psicología, 8 (2), 319-330.

Messick, S. (1995). Validity of psychological assessment. *American Psychologist*, 50, 741-749.

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

Mikulic, I. (2007). *La Evaluación Psicológica y el Análisis Ecoevaluativo*. Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Mikulic, I. (2007). *Construcción y adaptación de pruebas psicológicas. Fichas de cátedra de teorías de exploración y diagnóstico de la facultad de psicología*. Universidad de Buenos Aires. Recuperado de:
http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/información_adicional/obligatorias/059_psicometricas1/tecnicas_psicometricas/archivos/f2.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Colombia. Recuperado de:
http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf

Montero, I., & León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3), 847-862.

Morán, M., Martínez, S., & Mantilla, P. (2005). *Diseño de un protocolo de evaluación e intervención psicológica cognitivo conductual para pacientes con trastornos afectivos*. Universidad del Norte, Bucaramanga.

Muñiz, J. (1998). La medición de lo psicológico. *Psicothema*. 10 (1). 1-21. Recuperado de:
<http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=138>

Muñiz, J. (2010). Las Teorías de los Tests: Teoría Clásica y Teoría de Respuestas a los ítems. *Papeles del Psicólogo*. 31 (1). 57-66. Recuperado de:
<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/778/77812441006.pdf>

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

Nezu, A.M. (1987). A problem-solving formulation of depression: A literature review and proposal of a pluralistic model. *Clinical Psychology Review*, 7, 121-144

Nezu, A.M., Nezu, C.M., & Perri, M.G. (1989). *Problem-solving therapy for depression: Theory*. Novick (Eds.). *Statistical Theories of Mental Test Scores*.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2012). Salud del adolescente. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=223&Itemid=40242

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2011). Embarazo en adolescentes un problema complejo. Recuperado de: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014a). Adolescentes y salud mental. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/es/>

Organización mundial de la salud [OMS]. (2014b). Prevención del suicidio: un imperativo global. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/suicideprevention/exe_summary_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1999). *Programming for adolescent Health and Development*. Geneva.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2007). Estadísticas sanitarias mundiales: diez cuestiones estadísticas de especial interés en salud pública mundial. Recuperado de: http://www.who.int/whosis/whostat/WHS2007Sp_Parte1.pdf

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). La depresión. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). Trastornos Mentales: Nota descriptiva 396.

Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2009). Estrategia y plan de acción sobre salud mental. Disponible en:

http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD_MENTAL_final_web.pdf

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2012). Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. Recuperado de:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:diamundial-de-la-salud-mental-la-depresion-es-el-trastorno-mental-mas-frecuente-&Itemid=1926&lang=es

Papalia, D. Wendkos, S., & Duskin, R. (2010). *Desarrollo físico y cognoscitivo de la infancia media. Desarrollo Humano*. (pp. 282 – 319). México D.F.: Mc Graw Hill.

Proudfoot, J., Doran, J., Manicavasagar, V., & Parker, G. (2011). The precipitants of manic/hypomanic episodes in the context of bipolar disorder: A review. *Journal of Affective Disorders*, 133, 381-387.

Rahman, A., Patel, V., Maselko, J., & Kirkwood, B. (2008). The neglected ‘m’ in MCH programmes—why mental health of mothers is important for child nutrition. *Trop Med Int Health*, 13, 579-83.

Rasch, G. (1960). *Probabilistic models for some intelligence and attainment tests*. Copenhagen: The Danish Institute for Educational Research. Reading, MA: Addison Wesley.

Reckase, M. (1979). Unifactor Latent Trait Models Applied to Multifactor Tests: Results and Implications. *Journal of Educational and Behavioral Statistics*, 4 (3), 207-230. doi: 10.3102/10769986004003207

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

Rehm, L.P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804

Resource Center for Adolescent Pregnancy Prevention [ReCAAP]. (sf). Theories and approaches: Adolescent Development: An Overview Retrived from <http://recapp.etr.org/recapp/index.cfm?fuseaction=pages.TheoriesDetail&pageID=317&PageTypeID=8>

Riso, W., & Ardila, R. (1992). *Depresión avance recientes de cognición y procesamiento de la información*. Colombia: Graficas.

Robledo, J. (2005). Diseño de Muestreo. *Nure Investigación*, 12. Recuperado de: http://www.nureinvestigation.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODLOGIC/A/FMetod_12.pdf

Rulon, P. J. (1939). A simplified procedure for determining the reliability of a test by splithalves. *Harvard Educational Review* 9, 99-103.

Santos, J.M. (2010). *Plan Nacional de Desarrollo 2014 - 2018: Todos por un nuevo país*. Recuperado de: <https://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=J7HMrzUQfxY%3d&tabid=1238>

Sepúlveda, G. (2006). Desarrollo psicológico en la edad juvenil: construcción de la identidad personal hacia la autonomía. En M. Valdivia y M. I. Condeza (Eds.), *Psiquiatría del Adolescente* (pp. 19-36). Santiago: Mediterráneo.

Spearman, C. (1904). The proof and measurement of association between two things. *American Journal of Psychology*, 15, 72-101.

Spearman, C. (1907). Demonstration of Formulae for True Measurement of Correlation. *American Journal of Psychology*, 18, 161-169.

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

- Spearman, C. (1913). Correlations of sums and differences. *British Journal of Psychology*, 5, 417-426.
- Tapia, J. (2011). *Evaluación psicológica: coordinadas, contextos, procesos y garantías*. España: Editorial Universidad Autónoma de Madrid.
- Thurstone, L. L. (1925). A method of scaling psychological and educational tests. *The Journal of Educational Psychology*, 16, 433-451.
- Tovar, J. (2007). Psicometría: Tests Psicométricos, confiabilidad y validez. En: Quintana A., & Montgomery, W. eds. *Psicología: Tópicos de Actualidad*. Lima: UNMSM. 85-108.
- Tucker, L.R. (1946). Maximum validity of a test with equivalent items. *Psychometrika*, 11, 1-13.
- Ugarriza, N., & Ecurra, M. (2002). Adaptación psicométrica de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) en estudiantes de secundaria de Lima metropolitana. *Persona*, 5, 83-130.
- Ulloa, R., Contreras, C., Paniagua, K., & Gamaliel, V. (2013). Epidemiology and clinical characteristics of self-harm in adolescents attending a child psychiatric hospital. *Salud mental*, 36 (5), 421-427. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000500010&lng=es&tlng=en.
- United Nations Children's Fund [UNICEF]. (2011). The state of the worlds children 2011: Adolescence an age of oportunity. Recuperado de: www.unicef.org/sowc2011/
- Vásquez F., Muñoz R., & Becoña, E. (2002). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo xx. *Psicología conductual*, 8 (3), 417- 449

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

Villalobos-Galvis, F. H., & Ortiz-Delgado, L. (2012). Características psicométricas de la escala

CES-D en adolescentes de San Juan de Pasto (Colombia). *Avances en Psicología*

Latinoamericana, 30 (2), 328-340.

Widakowich, C. (2013). El enfoque dimensional vs el enfoque categórico en psiquiatría:

aspectos históricos y epistemológicos. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*,

17(4), 365-374.

Winokour, G. (1997). All roads lead to depression: Clinically homogeneous, etiologically

heterogeneous. *Journal of Affective Disorders*, 45, 97-108.

World Federation of Mental Health [WFMH]. (2012). *Depression: a global crisis*. Disponible

en: http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/11/2012_wmhday_english.pdf.

Zayas, P. (2010). El rombo de las investigaciones de ciencias sociales. Recuperado de:

<http://www.eumed.net/libros/2010e/822/Paradigma%20positivista.htm>

11. Anexos

Anexo 1 Tabla de definición semántica de la “Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA-A1)”

		Tabla de definición semántica de la "Escala Multidimensional de los Trastornos Afectivos para Adolescentes (EMTA-A1)"				
Constructo evaluado	Componentes	Subcomponentes	Modo de respuesta: Conjunto de reacciones que se activan para hacer frente a las demandas o problemas específicos. (Beck, 1996)			
			Sistema Cognitivo	Sistema Afectivo	Sistema Motivacional	Sistema Conductual
TRASTORNOS AFECTIVOS Grupo de trastornos que involucran alteraciones emocionales graves que van del júbilo a una depresión severa (Durand y Barlow, 2007)	Trastornos Depresivos : Constituye episodios de ánimo predominantemente triste (APA, 2014) producto de la percepción negativa que tiene el individuo de sí mismo, del mundo y el futuro (Beck, 1974)	Ep. Depresivo	<ul style="list-style-type: none"> dificultad para concentrarse. dificultades en los procesos atencionales v/o mnémicos. lentitud en la adquisición de nuevos conocimientos cogniciones negativas relativas a la desesperanza, la impotencia y el autodesprecio. pensamientos de muerte o Ideación suicida recurrente con o sin un plan específico tentativo. <p>(Kovacs, 1989; APA, 2014)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Sentimientos mórbidos de inutilidad o culpa. Estado de ánimo triste. Irritabilidad crónica no episódica <p>(Kovacs, 1989; APA, 2014)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Anhedonia: incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades dificultades para responder efectivamente a las relaciones sociales. peso corporal discordante con lo normativo sin explicación medica aparente. alteración persistente en el patrón de sueño: hipersomnia. Fatiga: perdida persistente de energía. <p>(Kovacs, 1989; APA, 2014)</p>	<ul style="list-style-type: none"> conducta suicida aislamiento agresividad contra objetos, si mismo o los demás. accesos de cólera que no concuerdan con la edad del desarrollo evolutivo <p>(Kovacs, 1989; APA, 2014)</p>
	Trastornos Bipolares Trastornos Bipolares: Referidos a trastorno afectivo el cual se caracteriza por la presencia de episodios maniacos e hipomaniacos; en donde también son característicos cuadros de depresión. La gravedad y duración de los estados de euforia y depresión, determinarán la naturaleza del cuadro bipolar específico. (Morrison, 2008).	Ep. Maniaco.	<ul style="list-style-type: none"> deterioro académico distraibilidad fuga de ideas experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado ej: "No saben que pensar primero" pensamientos de muerte o Ideación suicida recurrente con o sin un plan específico Presencia de síntomas psicoticos Delirios del estado del animo <p>(Lewinsohn, 1995;APA, 2014)</p>	<ul style="list-style-type: none"> estado de ánimo alterado: Elevado, expansivo o irritable sentimientos de grandeza autoestima elevado labilidad emocional <p>(Lewinsohn, 1995;APA, 2014)</p>	<ul style="list-style-type: none"> alteraciones en el sueño: poca necesidad de dormir. agitación psicomotora: aumento de la actividad intencionada aumento de la energía <p>(Lewinsohn, 1995;APA, 2014)</p>	<ul style="list-style-type: none"> conducta suicida. aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, sexual, académico) desorganizacion de la actividad conductual implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves Verborrea: hablar más de lo habitual sin intención de comunicación. aumento de la actividad social <p>(Lewinsohn, 1995;APA, 2014)</p>
		Ep. Hipomaniaco	<ul style="list-style-type: none"> deterioro académico distraibilidad fuga de ideas experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado ei: "No saben que pensar primero" pensamientos de muerte o Ideación suicida recurrente con o sin un plan específico tentativo. <p>(Lewinsohn, 1995;APA, 2014)</p>	<ul style="list-style-type: none"> estado de ánimo alterado: Elevado, expansivo o irritable sentimientos de grandeza autoestima elevado labilidad emocional <p>(Lewinsohn, 1995;APA, 2014)</p>	<ul style="list-style-type: none"> alteraciones en el sueño: poca necesidad de dormir. agitación psicomotora: aumento de la actividad intencionada aumento de la energía <p>(Lewinsohn, 1995;APA, 2014)</p>	<ul style="list-style-type: none"> conducta suicida. aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, sexual, académico) desorganizacion de la actividad conductual implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves Verborrea: hablar más de lo habitual sin intención de comunicación. aumento de la actividad social <p>(Lewinsohn, 1995;APA, 2014)</p>

Anexo 2: Tabla de definición sintáctica “Escala Multidimensional de Trastornos

Afectivos (EMTA-A1)”

 Tabla de definición sintáctica de la "Escala Multidimensional de los Trastornos Afectivos para Adolescentes (EMTA – A1)"	
Depresión	
Adolescencia: Los Cambios físicos, el desarrollo cognoscitivo y el desarrollo psicosocial (factor de vulnerabilidad para el padecimiento de TA)	
Edad: Aparición en edades tempranas	
Género: Predominante en mujeres.	
<u>Menor actividad sexual.</u>	
Caracterizado por:	
Menor deseo sexual Desinterés en las relaciones sexuales	
<u>Menor actividad social</u>	
Caracterizado por:	
Dificultad para responder efectivamente a las relaciones sociales Aislamiento Desinterés en las relaciones sociales existentes y nuevas. Menor interés en las actividades que antes generaban placer	
<u>Mayor Irritabilidad</u>	
Caracterizado por:	
Mayor agresividad contra personas, objetos y sí mismo Accesos de colera que no concuerdan con la edad evolutiva	
<u>Mayor riesgo suicida</u>	
Caracterizado por:	
Pensamientos de muerte, ideación suicida con o sin un plan tentativo Planeación suicida Intento suicida	
<u>Mayor fatiga</u>	
Caracterizado por:	
Pérdida persistente de energía Despertarse sin energía Mayor necesidad de dormir Dificultades para conciliar el sueño	
<u>Menor apetito</u>	
Caracterizado por:	
Poca necesidad de comer Peso discordante con la edad evolutiva sin explicación médica aparente	
<u>Cogniciones negativas</u>	
Caracterizado por:	
Pensamientos relativos a la desesperanza, Pensamientos relativos a la inutilidad culpa Pensamientos relativos al autodesprecio.	
<u>Mayor dificultad en los procesos mnémicos y atencionales</u>	
Caracterizado por:	
Menor concentración Dificultades para la adquisición de nuevos conocimientos. Impacto en el rendimiento académico.	

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

Manía
<p>Adolescencia: Los cambios físicos, el desarrollo cognoscitivo y el desarrollo psicosocial (factor de vulnerabilidad para el padecimiento de TA)</p> <p>Edad: Frecuencia de aparición 15 a 19 años.</p> <p>Género: Igual aparición de hombres y mujeres <i>diferencias</i> en la concreción de síntomas en Hombres es frecuente la Manía Unipolar Mujeres mayor presencia de episodios mixtos predominante Ep Depresivo</p>
Mayor <u>actividad sexual.</u>
Caracterizado por:
<p>Mayor del deseo sexual</p> <p>Mayor interés en las relaciones sexuales (puede convertirse en una conducta de riesgo)</p>
Mayor <u>actividad social.</u>
Caracterizado por:
<p>Mayor interés en las relaciones sociales existentes.</p> <p>Aumento persistente de la necesidad de relacionarse con otras personas</p> <p>Mayor interés en actividades que generan placer</p>
<u>Estado de ánimo mayormente expansivo</u>
Caracterizado por:
<p>Mayor irritabilidad</p> <p>Mayor euforia</p> <p>Mayor agresividad</p>
Mayor <u>energía</u>
Caracterizado por:
<p>Aumento persistente de energía</p> <p>Mayor energía sin necesidad de dormir</p> <p>poca necesidad de dormir</p>
Mayor <u>riesgo suicida</u>
Caracterizado por:
<p>Pensamientos de muerte, ideación suicida con o sin un plan tentativo</p> <p>Planeacion suicida</p> <p>Intento suicida</p>
<u>Autoestima elevado</u>
Caracterizado por:
<p>Aumento de la implicacion en actividades de riesgo</p> <p>Implicacion en actividades dirigidas a un objetivo</p> <p>sentimientos de grandeza</p> <p>presencia de síntomas psicóticos</p> <p>Implicación en actividades placenteras</p>
Mayor <u>dificultad en los procesos mnémicos y atencionales</u>
Caracterizado por:
<p><i>Menor</i> concentración</p> <p>dificultades para la adquisición de nuevos conocimientos.</p> <p>Impacto en el rendimiento académico.</p>

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

Anexo 3: Tabla de especificaciones del ítem de la “Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA-A1)”

 Tabla de especificaciones del ítem de la "Escala Multidimensional de los Trastornos Afectivos para adolescentes (EMTA – A1)"	
CONSTRUCTO A EVALUAR: TRASTORNOS AFECTIVOS	
Instrumento: Escala Multidimensional de los Trastornos Afectivos para adolescentes (EMTA – A1)	
Objetivo general de medición: Evaluar la sintomatología de los trastornos afectivos en adolescentes.	
Objetivos específicos de medición: Evaluar la sintomatología Cognitiva, afectiva, Conductual y motivacional del trastorno Depresivo Evaluar la sintomatología Cognitiva, afectiva, conductual y motivacional del Trastorno Bipolar	
Aplicación: Investigación.	
AREAS DEL CONTENIDO A EVALUAR	
Dimensiones a evaluar del componente Depresión	
COMPONENTE : COGNITIVO	
Objetivos	Evaluar la presencia de sintomatología Cognitiva relacionada con la depresión
Formato ítem	Se presentan Afirmaciones o frases afirmativas relativas a la Sintomatología de tipo cognitiva, relacionado con la Depresión
Escala de respuesta	Cada ítem mide en una Escala ordinal jerárquica con 4 opciones de respuesta: (1) Nunca (2) A veces, (3) Casi siempre y (4) Siempre.
Proporción de ítems dentro de la escala	22 de 54 ítems lo que corresponde al 39%
Ejemplo del ítem	<p>18. He planeado acabar con mi vida</p> <p>Nunca A veces Casi siempre Siempre</p> <p>① ② ③ ④</p>
COMPONENTE : Conductual	
Objetivos	Evaluar la presencia Sintomatología de tipo conductual relacionada con depresión
Formato ítem	Se presentan Afirmaciones o frases afirmativas relativas a la Sintomatología de tipo conductual, relacionado con la Depresión
Escala de respuesta	Cada ítem mide en una Escala ordinal jerárquica con 4 opciones de respuesta: (1) Nunca (2) A veces, (3) Casi siempre y (4) Siempre.
Proporción de ítems dentro de la escala	11 ítems de 45 que representa el 20%
Ejemplo del ítem	<p>14. Me he golpeado con la intención de producirme dolor</p> <p>Nunca A veces Casi siempre Siempre</p> <p>① ② ③ ④</p>
COMPONENTE: Afectivo	
Objetivos	Evaluar la presencia de Sintomatología de tipo afectivo Relacionada con la Depresión
Formato ítem	Se presentan Afirmaciones o frases afirmativas relativas a la sintomatología de tipo Afectiva, relacionados con la Depresión
Escala de respuesta	Cada ítem mide en una Escala ordinal jerárquica con 4 opciones de respuesta: (1) Nunca (2) A veces, (3) Casi siempre y (4) Siempre.
Proporción de ítems dentro de la escala	8 ítems de 54 representa el 14%
Ejemplo del ítem	<p>1. Me he sentido muy irritable</p> <p>Nunca A veces Casi siempre Siempre</p> <p>① ② ③ ④</p>
COMPONENTE: Motivacional	
Objetivos	Evaluar la presencia de Sintomatología de tipo motivacional relacionada con la Depresión
Formato ítem	Se presentan Afirmaciones o frases afirmativas relativas a la Sintomatología de tipo motivacional, relacionados con la Depresión
Escala de respuesta	Cada ítem mide en una Escala ordinal jerárquica con 4 opciones de respuesta: (1) Nunca (2) A veces, (3) Casi siempre y (4) Siempre.
Proporción de ítems dentro de la escala	9 ítems de 54 representado en 16%
Ejemplo del ítem	<p>14. Duermo más de lo normal, sin razón alguna.</p> <p>Nunca A veces Casi siempre Siempre</p> <p>① ② ③ ④</p>
COMPONENTE: Cronicidad e impacto	
Objetivos	Evaluar el impacto de los síntomas cognitivos, conductuales, fisiológicos y
Formato ítem	Se presentan Afirmaciones o frases afirmativas relativas al impacto de la sintomatología asociada a la Depresión
Escala de respuesta	Se presenta una escala Intervalar que evidencia la duración de la sintomatología al día (de 1 a 6 horas al día, de 7 a 12 horas al día, de 13 a 18 horas al día, de 19 a 24 horas al día) a la semana (nunca, de 1 a 3 días, de 4 a 6 días, todos los días); mes/año (1 semana, menos de 2 semanas, 2 semanas o mas, dos meses o mas, dos años o mas).
Proporción de ítems dentro de la escala	2 ítems de 56 corresponde a 4%
Ejemplo del ítem	<p>55. El estado de ánimo triste o irritable me afecta.</p> <p>Al día: Nunca 1 a 6 horas 7 a 12 horas 13 a 18 horas Todo el día</p> <p>A la semana: Nunca 1 a 3 días 4 a 6 días Todos los días</p> <p>Mes/Año: 1 semana Menos de 2 semanas 2 semanas o más 2 meses o más 2 años o más</p>
COMPONENTE: Intensidad	
Objetivos	Evaluar la intensidad con que se presentan los síntomas cognitivos, afectivos, conductuales y fisiológicos relacionados con la depresión
Formato ítem	Se presenta un planteamiento que busca relacionar la duración de cada uno de los síntomas que el individuo halla marcado como siempre o casi siempre
Escala de respuesta	Se presenta una escala Intervalar que va de 0 a 10 donde 0 es nada y 10 es muchísimo
Proporción de ítems dentro de la escala	2 ítems de 56 corresponde a 7%
Ejemplo del ítem	<p>51. Mi desempeño en los estudios ha disminuido.</p> <p>Intensidad: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Nada Un poco Nada o menos Mucho Muchísimo</p>

Dimensiones a evaluar del componente Manía	
COMPONENTE: Cognitivo	
Objetivos	Evaluar la presencia de sintomatología de tipo cognitivo relacionada con la Manía
Formato ítem	Se presentan Afirmaciones o frases afirmativas relativas a la Sintomatología de tipo Cognitivo relacionado con la Manía
Escala de respuesta	Cada ítem mide en una Escala ordinal jerárquica con 4 opciones de respuesta: (1) Nunca (2) A veces, (3) Casi siempre y (4) Siempre.
Proporción de ítems dentro de la escala	10 ítems de 41 representado en 23%
Ejemplo del ítem	<p>5. He notado que mi pensamiento está muy acelerado y en ocasiones no alcanzo a decir lo que pienso.</p> <p>Nunca A veces Casi siempre Siempre</p> <p>① ② ③ ④</p>
COMPONENTE: Conductual	
Objetivos	Evaluar la presencia de sintomatología de tipo conductual relacionada con la Manía
Formato ítem	Se presentan Afirmaciones o frases afirmativas relativas a la sintomatología de tipo Conductual relacionado con la Manía
Escala de respuesta	Cada ítem mide en una Escala ordinal jerárquica con 4 opciones de respuesta: (1) Nunca (2) A veces, (3) Casi siempre y (4) Siempre.
Proporción de ítems dentro de la escala	12 ítems de 41 representado en 28%
Ejemplo del ítem	<p>24. Me he quemado con la intención de causarme dolor</p> <p>Nunca A veces Casi siempre Siempre</p> <p>① ② ③ ④</p>
COMPONENTE: Afectivo	
Objetivos	Evaluar la presencia de sintomatología de tipo afectivo relacionada con la manía
Formato ítem	Se presentan Afirmaciones o frases afirmativas relativas a la Sintomatología de tipo afectivo relacionado con la Manía
Escala de respuesta	Cada ítem mide en una Escala ordinal jerárquica con 4 opciones de respuesta: (1) Nunca (2) A veces, (3) Casi siempre y (4) Siempre.
Proporción de ítems dentro de la escala	10 ítems de 41 representado en 23%
Ejemplo del ítem	<p>12. Me siento excesivamente alegre</p> <p>Nunca A veces Casi siempre Siempre</p> <p>① ② ③ ④</p>
COMPONENTE: Motivacional	
Objetivos	Evaluar la presencia de sintomatología de tipo fisiológico relacionada con la manía
Formato ítem	Se presentan Afirmaciones o frases afirmativas relativas a la Sintomatología de tipo fisiológico relacionado con la Manía
Escala de respuesta	Cada ítem mide en una Escala ordinal jerárquica con 4 opciones de respuesta: (1) Nunca (2) A veces, (3) Casi siempre y (4) Siempre.
Proporción de ítems dentro de la escala	8 ítems de 41 representado en 19%
Ejemplo del ítem	<p>11. He sentido que cuando duermo pierdo mucho tiempo.</p> <p>Nunca A veces Casi siempre Siempre</p> <p>① ② ③ ④</p>
COMPONENTE: Cronicidad e impacto.	
Objetivos	Evaluar la intensidad con que se presentan los síntomas cognitivos, afectivos, conductuales y fisiológicos relacionados con la depresión
Formato ítem	Se presenta un planteamiento que busca relacionar la duración de cada uno de los síntomas que el individuo halla marcado como siempre o casi siempre
Escala de respuesta	Se presenta una escala Intervalar que evidencia la duración de la sintomatología al día (de 1 a 6 horas al día, de 7 a 12 horas al día, de 13 a 18 horas al día, de 19 a 24 horas al día) a la semana (nunca, de 1 a 3 días, de 4 a 6 días, todos los días); mes/año (1 semana, menos de 2 semanas, 2 semanas o mas, dos meses o mas, dos años o mas).
Proporción de ítems dentro de la escala	3 ítems de 43 representa el 7%
Ejemplo del ítem	<p>42. Me siento excesivamente bien y/o alegre</p> <p>Al día: Nunca 1 a 6 horas 7 a 12 horas 13 a 18 horas Todo el día</p> <p>A la semana: Nunca 1 a 3 días 4 a 6 días Todos los días</p> <p>Mes/Año: 1 semana Menos de 2 semanas 2 semanas o más 2 meses o más 2 años o más</p>

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

Anexo 4: “Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA-A1) –

Subescala de Depresión”

SUB-ESCALA DE DEPRESIÓN

A continuación se muestra una lista de síntomas por favor indique la frecuencia con cual se ha visto afectado por cada uno.

	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>Siempre</i>
1. Me he sentido muy irritable.	1	2	3	4
2. He sentido que todo en mi vida está perdido.	1	2	3	4
3. Me ha costado recordar algunas cosas más de lo normal.	1	2	3	4
4. Pienso que la mayoría de las otras personas y/o compañeros está mejor que yo.	1	2	3	4
5. Me he sentido sin esperanzas.	1	2	3	4
6. Mi peso ha cambiado significativamente, sin que yo haga dieta o haya estado enfermo.	1	2	3	4
7. He gritado, insultado y/o golpeado a mis compañeros, amigos o a las personas que veo diario.	1	2	3	4
8. Me he sentido sin energías para realizar mis tareas diarias.	1	2	3	4
9. He pensado que los demás estarían mejor sin mí.	1	2	3	4
10. Me ha resultado difícil hacer las cosas que podía hacer antes.	1	2	3	4
11. He pensado que es absurdo desear cualquier cosa, porque sé que nunca la obtendré.	1	2	3	4
12. Debido a mi comportamiento espero más cosas malas, que buenas.	1	2	3	4
13. Duermo más de lo normal, sin razón alguna.	1	2	3	4
14. Me he golpeado con la intención de producirme dolor	1	2	3	4
15. Realizo mis actividades diarias con mayor lentitud.	1	2	3	4
16. He intentado acabar con mi vida	1	2	3	4
17. No me interesa salir o compartir con mis amigos como antes	1	2	3	4

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

18. He planeado acabar con mi vida.	1	2	3	4
19. Me ha sido difícil concentrarme.	1	2	3	4
20. Me ha sido difícil sonreír.	1	2	3	4
21. He pensado que por más que intente, no podré cambiar las cosas malas de mi vida.	1	2	3	4
22. He preferido actividades que me permitan estar solo(a)	1	2	3	4
23. He pensado que mi vida no tiene sentido	1	2	3	4
24. Me distraigo fácilmente.	1	2	3	4
25. Me despierto mucho por las noches.	1	2	3	4
26. He cogido mucha rabia e incluso lanzado objetos.	1	2	3	4
27. He sentido que todo lo malo que pasa es mi culpa.	1	2	3	4
28. Me he quejado mucho.	1	2	3	4
29. Siento que los demás pueden hacer las cosas mejor que yo.	1	2	3	4
30. He pensado en quitarme la vida.	1	2	3	4
31. He pensado que todo lo que quiero lograr, sale mal.	1	2	3	4
32. Me he hecho cortes en la piel con intención de dañarme	1	2	3	4
33. Me he sentido muy triste.	1	2	3	4
34. He sentido que estoy solo(a).	1	2	3	4
35. He pensado que por más que intente, no lograre hacer las cosas que quiero.	1	2	3	4
36. He pensado que soy inútil.	1	2	3	4
37. Pienso más lento de lo normal.	1	2	3	4
38. Me ha sido difícil tomar decisiones.	1	2	3	4
39. Me ha costado aprender nuevas cosas.	1	2	3	4
40. He pensado en la muerte.	1	2	3	4

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI

41. He sentido muchas ganas de llorar	1	2	3	4
42. Me molesto/enfado con facilidad.	1	2	3	4
43. Las cosas que me gustaban ya no me interesan.	1	2	3	4
44. He notado cambios en mi apetito.	1	2	3	4
45. Me ha costado quedarme dormido(a).	1	2	3	4
46. Me he sentido cansado(a) sin razón aparente.	1	2	3	4
47. Me he quemado con la intención de causarme dolor	1	2	3	4
48. Prefiero quedarme en mi cuarto y/o en mi casa, que salir.	1	2	3	4
49. He hecho pataletas.	1	2	3	4
50. Me he quedado quieto por largo tiempo.	1	2	3	4

51. Mi desempeño en los estudios ha disminuido.



52. He tenido dificultades en las relaciones con mis amigos.



53. Me ha costado cumplir con mis responsabilidades



54. He tenido dificultades en las relaciones con mis familiares.



55. El estado de ánimo triste o irritable me afecta.



56. Mi falta de interés en la mayoría de las actividades persiste durante la semana.



Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI

Anexo 5: “Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA-A1) –

Subescala de Manía”

SUB-ESCALA DE MANÍA

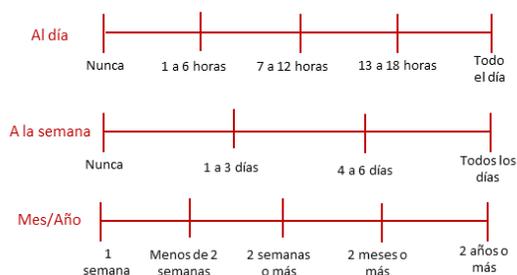
A continuación se muestra una lista de síntomas por favor indique la frecuencia con cual se ha visto afectado por cada uno.

	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>Siempre</i>
1. <i>Me he sentido excesivamente emocionado en mis relaciones, incluso con los menos cercanos.</i>	1	2	3	4
2. <i>He pensado que soy muy bueno(a) en todo lo que hago.</i>	1	2	3	4
3. <i>Participo en muchas actividades, que no son necesariamente útiles, al mismo tiempo.</i>	1	2	3	4
4. <i>He hablado muy rápido y fuerte, sin que puedan interrumpirme.</i>	1	2	3	4
5. <i>He notado que mi pensamiento está muy acelerado y en ocasiones no alcanzo a decir lo que pienso.</i>	1	2	3	4
6. <i>He sentido que mi desempeño académico ha disminuido notablemente.</i>	1	2	3	4
7. <i>He reaccionado con ira frente a situaciones que antes toleraba.</i>	1	2	3	4
8. <i>Me he sentido con energías para realizar mis tareas diarias</i>	1	2	3	4
9. <i>Mi interés por el sexo ha aumentado significativamente.</i>	1	2	3	4
10. <i>Me he hecho cortes en la piel con intención de dañarme.</i>	1	2	3	4
11. <i>He sentido que cuando duermo pierdo mucho tiempo.</i>	1	2	3	4
12. <i>Me he sentido excesivamente alegre</i>	1	2	3	4
13. <i>Me cuesta atender una actividad específica por mucho tiempo.</i>	1	2	3	4
14. <i>He pensado en quitarme la vida.</i>	1	2	3	4
15. <i>Siento que puedo hacer las cosas mejor que los demás.</i>	1	2	3	4
16. <i>He hablado sin parar, sin tener la intención de comunicarme con los demás.</i>	1	2	3	4
17. <i>He notado un aumento significativo en mi autoestima</i>	1	2	3	4

Indicadores psicométricos EMTA-A1 desde de la TCT y la TRI.

18. He dormido muy poco o menos de lo normal	1	2	3	4
19. Me he golpeado con la intención de producirme dolor.	1	2	3	4
20. Me he quejado mucho.	1	2	3	4
21. He planeado acabar con mi vida.	1	2	3	4
22. Me ha costado reconocer mis errores y/o defectos.	1	2	3	4
23. Dejo muchas actividades sin terminar.	1	2	3	4
24. Me he quemado con la intención de causarme dolor	1	2	3	4
25. He consumido cantidades excesivas de alcohol.	1	2	3	4
26. He hecho comentarios hirientes	1	2	3	4
27. Me distraigo fácilmente.	1	2	3	4
28. Me ha costado aprender cosas nuevas.	1	2	3	4
29. Hago cambios bruscos de temas en mis conversaciones.	1	2	3	4
30. He pensado en la muerte.	1	2	3	4
31. Me he sentido muy irritable.	1	2	3	4
32. He pensado que soy mucho mejor que los demás.	1	2	3	4
33. Me he sentido indignado más de lo habitual.	1	2	3	4
34. He tenido poca necesidad de dormir.	1	2	3	4
35. Permanezco inquieto(a).	1	2	3	4
36. Me he sentido con fuerza, sin razón aparente.	1	2	3	4
37. He intentado acabar con mi vida	1	2	3	4
38. Compró muchas cosas que realmente no necesito	1	2	3	4
39. He sido imprudente en mis conversaciones.	1	2	3	4
40. Me interesa salir con mis amigos más que antes	1	2	3	4

41. Me he sentido excesivamente entusiasmado(a) en mis relaciones, incluso con aquellos que no son muy cercanos:



42. Me siento excesivamente bien y/o alegre



43. Me he sentido muy irritable.



	NORMAS PARA LA ENTREGA DE TESIS Y TRABAJOS DE GRADO A LA UNIDAD DE INFORMACION	VERSION: 02
		FECHA: Junio 2012
		CODIGO: DOC-VACRE-NETGUDI

**ANEXO 1
CARTA DE ENTREGA Y AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO DE TESIS Y TRABAJOS DE GRADO**

Barranquilla, Fecha .

Marque con una X

Tesis Trabajo de Grado

Yo Diana Carolina Perez Pedraza., identificado con C.C. No. 1.046.874.002, actuando en nombre propio y como autor de la tesis y/o trabajo de grado titulado Indicadores psicométricos de la Escala Multidimensional de los Trastornos afectivos para adolescentes desde los modelos de TET y TPI. presentado y aprobado en el año 2016 como requisito para optar al título de Psicóloga.

hago entrega del ejemplar respectivo y de sus anexos de ser el caso, en formato digital o electrónico (DVD) y autorizo a la UNIVERSIDAD DE LA COSTA, CUC, para que en los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia, utilice y use en todas sus formas, los derechos patrimoniales de reproducción, comunicación pública, transformación y distribución (alquiler, préstamo público e importación) que me corresponden como creador de la obra objeto del presente documento.

Y autorizo a la Unidad de información, para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad de la Costa, CUC, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en la página Web de la Facultad, de la Unidad de información, en el repositorio institucional y en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la institución y Permita la consulta, la reproducción, a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato DVD o digital desde Internet, Intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer.

EL AUTOR - ESTUDIANTES, manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y la realizó sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es de su exclusiva autoría y detenta la titularidad ante la misma. PARÁGRAFO: En caso de presentarse cualquier reclamación o acción por parte de un tercero en cuanto a los derechos de autor sobre la obra en cuestión, EL ESTUDIANTE - AUTOR, asumirá toda la responsabilidad, y saldrá en defensa de los derechos aquí autorizados; para todos los efectos, la Universidad actúa como un tercero de buena fe.

Para constancia se firma el presente documento en dos (02) ejemplares del mismo valor y tenor, en Barranquilla D.E.I.P., a los 26 días del mes de AGOSTO de Dos Mil ~~dieciséis~~ 2016.

EL AUTOR - ESTUDIANTE.

Diana Carolina Perez Pedraza
FIRMA

	NORMAS PARA LA ENTREGA DE TESIS Y TRABAJOS DE GRADO A LA UNIDAD DE INFORMACION	VERSION: 02
		FECHA: Junio 2012
		CODIGO: DOC-VACRE-NETGUDI

**ANEXO 1
CARTA DE ENTREGA Y AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO DE TESIS Y TRABAJOS DE GRADO**

Barranquilla, Fecha .

Marque con una X

Tesis Trabajo de Grado

Yo Janius Andrea Diebes Ocharris., identificado con C.C. No. 1.042.448.867, actuando en nombre propio y como autor de la tesis y/o trabajo de grado titulado Indicadores psicométricos de la Escala Multidimensional de Tipos de Roles Afectivos para adolescentes desde los modelos de TCT y TPI. presentado y aprobado en el año 2016. como requisito para optar al título de Psicóloga.

hago entrega del ejemplar respectivo y de sus anexos de ser el caso, en formato digital o electrónico (DVD) y autorizo a la UNIVERSIDAD DE LA COSTA, CUC, para que en los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia, utilice y use en todas sus formas, los derechos patrimoniales de reproducción, comunicación pública, transformación y distribución (alquiler, préstamo público e importación) que me corresponden como creador de la obra objeto del presente documento.

Y autorizo a la Unidad de información, para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad de la Costa, CUC, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en la página Web de la Facultad, de la Unidad de información, en el repositorio institucional y en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la institución y Permita la consulta, la reproducción, a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato DVD o digital desde Internet, Intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer.

EL AUTOR - ESTUDIANTES, manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y la realizó sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es de su exclusiva autoría y detenta la titularidad ante la misma. PARÁGRAFO: En caso de presentarse cualquier reclamación o acción por parte de un tercero en cuanto a los derechos de autor sobre la obra en cuestión, EL ESTUDIANTE - AUTOR, asumirá toda la responsabilidad, y saldrá en defensa de los derechos aquí autorizados; para todos los efectos, la Universidad actúa como un tercero de buena fe.

Para constancia se firma el presente documento en dos (02) ejemplares del mismo valor y tenor, en Barranquilla D.E.I.P., a los 26 días del mes de AGOSTO de Dos Mil dieciséis 2016.

EL AUTOR - ESTUDIANTE.

Janius Diebes O.
FIRMA

	NORMAS PARA LA ENTREGA DE TESIS Y TRABAJOS DE GRADO A LA UNIDAD DE INFORMACION	VERSION: 02
		FECHA: Junio 2012
		CODIGO:DOC-VACRE-NETGUDI

ANEXO 2 FORMULARIO DE LA DESCRIPCIÓN DE LA TESIS O DEL TRABAJO DE GRADO

TÍTULO COMPLETO DE LA TESIS O TRABAJO DE GRADO:

Indicadores Psicométricos de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos para Adolescentes (EMTA A1) desde los Modelos de la Teoría Clásica de los Test y la Teoría de Respuesta al Ítem

SUBTÍTULO, SI LO TIENE:

AUTOR AUTORES

Apellidos Completos	Nombres Completos
Niebles Charris Perez Pedraza	Janivys Andrea Diana Carolina

DIRECTOR (ES)

Apellidos Completos	Nombres Completos
Daniella	Abello Luque

JURADO (S)

Apellidos Completos	Nombres Completos
Ana Maria Omar Fernando	Trejos Herrera Cortés Peña

ASESOR (ES) O CODIRECTOR

Apellidos Completos	Nombres Completos
Paola Andrea	García Roncallo

TRABAJO PARA OPTAR AL TÍTULO DE: Psicólogo

FACULTAD: Psicología

PROGRAMA: Pregrado X Especialización _____

NOMBRE DEL PROGRAMA Psicología

	NORMAS PARA LA ENTREGA DE TESIS Y TRABAJOS DE GRADO A LA UNIDAD DE INFORMACION	VERSION: 02
		FECHA: Junio 2012
		CODIGO: DOC-VACRE-NETGUDI

CIUDAD: Barranquilla AÑO DE PRESENTACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO: 2016
 NÚMERO DE PÁGINAS 139.

TIPO DE ILUSTRACIONES:

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ilustraciones | <input type="checkbox"/> Planos |
| <input type="checkbox"/> Láminas | <input type="checkbox"/> Mapas |
| <input type="checkbox"/> Retratos | <input type="checkbox"/> Fotografías |
| <input checked="" type="checkbox"/> Tablas, gráficos y diagramas | |

MATERIAL ANEXO (Video, audio, multimedia o producción electrónica):

Duración del audiovisual: _____ minutos.

Número de casetes de video: _____ Formato: VHS ___ Beta Max ___ 3/4 ___ Beta Cam ___

Mini DV ___ DV Cam ___ DVC Pro ___ Video 8 ___ Hi 8 ___

Otro. Cuál? _____

Sistema: Americano NTSC ___ Europeo PAL ___ SECAM ___

Número de casetes de audio: _____

Número de archivos dentro del DVD (En caso de incluirse un DVD diferente al trabajo de grado): _____

PREMIO O DISTINCIÓN (En caso de ser LAUREADAS o tener una mención especial):

Mención Honorífica.

DESCRIPTORES O PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS: Son los términos que definen los temas que identifican el contenido. (En caso de duda para designar estos descriptores, se recomienda consultar con la Unidad de Procesos Técnicos de la Unidad de información en el correo biblioteca@cuc.edu.co, donde se les orientará).

ESPAÑOL

INGLÉS

_____	_____
_____	_____
_____	_____

RESUMEN DEL CONTENIDO EN ESPAÑOL E INGLÉS:(Máximo 250 palabras-1530 caracteres):

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

	LICENCIA Y AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA PUBLICAR Y PERMITIR CONSULTA Y USO	VERSION: 01
		FECHA: OCTUBRE 2015
		CODIGO:DOC-VACRE-FLAPCU

LICENCIA Y AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA PUBLICAR Y PERMITIR CONSULTA Y USO

Barranquilla, Fecha: AGOSTO, 26 / 2016.

Parte 1. Términos de la Licencia general para publicación de obras en el repositorio institucional

- i. La vigencia es a partir de la fecha en que se incluye en el repositorio, por un plazo de 5 años, que serán prorrogables indefinidamente por el tiempo que dure el derecho patrimonial del autor. El autor podrá dar por terminada la licencia solicitándolo a la Universidad con una antelación de dos meses antes de la correspondiente prórroga.
- ii. El Autor / Los autores:
 - Autorizan a la corporación Universidad de la Costa - CUC para publicar la obra en el formato que el repositorio lo requiera (impreso, digital, electrónico o cualquier otro conocido o por conocer) y conocen que dado que se publica en Internet por este hecho circula con un alcance mundial.
 - Aceptan que la autorización se hace a título gratuito, por lo tanto renuncian a recibir emolumento alguno por la publicación, distribución, comunicación pública y cualquier otro uso que se haga en los términos de la presente Licencia y de la Licencia Creative Commons con que se publica.
 - Manifiestan que se trata de una obra original y la realizó o realizaron sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, obra sobre la que tiene (n) los derechos que autoriza (n) y que es él o ellos quienes asumen total responsabilidad por el contenido de su obra ante la CORPORACION UNIVERSIDAD DE LA CUC y ante terceros. En todo caso la CORPORACION UNIVERSIDAD DE LA COSTA se compromete a indicar siempre la autoría incluyendo el nombre del AUTOR o AUTORES y la fecha de publicación. Para todos los efectos la CORPORACION UNIVERSIDAD DE LA COSTA – CUC, actúa como un tercero de buena fé.
 - Autorizan a la Universidad para incluir la obra en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.
 - Aceptan que la Corporación Universidad de la Costa pueda convertir el documento a cualquier medio o formato para propósitos de preservación digital.

SI EL DOCUMENTO SE BASA EN UN TRABAJO QUE HA SIDO PATROCINADO O APOYADO POR UNA AGENCIA O UNA ORGANIZACIÓN, CON EXCEPCIÓN DE LA COPRPORACION UNIVERSIDAD DELA COSTA - CUC, LOS AUTORES GARANTIZAN QUE SE HA CUMPLIDO CON LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES REQUERIDOS POR EL RESPECTIVO CONTRATO O ACUERDO.

Parte 2. Autorización para publicar y permitir la consulta y uso de obras en el Repositorio Institucional de la Corporación Universidad de la Costa - CUC

Con base en este documento, Usted autoriza la publicación electrónica, consulta y uso de su obra por la Corporación Universidad de la Costa - CUC y sus usuarios de la siguiente manera, Usted:

- Otorga una (1) licencia especial para publicación de obras en el repositorio institucional de la CORPORACIÓN UNIVERSIDAD De La COSTA - CUC (Parte 1) que

	LICENCIA Y AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA PUBLICAR Y PERMITIR CONSULTA Y USO	VERSION: 01
		FECHA: OCTUBRE 2015
		CODIGO: DOC-VACRE-FLAPCU

forma parte integral del presente documento y de la que ha recibido una (1) copia.
Si autorizo X No autorizo ___.

- Autoriza para que la obra sea puesta a disposición del público en los términos autorizados por Usted, con la Licencia Creative Commons Reconocimiento - No comercial - Sin obras derivadas 2.5 Colombia cuyo texto completo se puede consultar en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/co/> y que admite conocer.

Si autorizo X No autorizo ___. Si Usted no autoriza para que la obra sea licenciada en los términos expuestos y opta por una opción legal diferente descríbala: _____

EN CONSTANCIA DE LO ANTERIOR:

Tipo de documento:

Artículo ___ Libro ___ Capítulo de Libro ___ Informe / avance de Investigación ___ Tesis X
 Ponencia / Conferencia ___ Video ___ Objeto de Aprendizaje ___ Otro ___

Título de la obra(s):

Indicadores psicométricos de la Escala Multidimensional de trastornos Afectivos para adolescentes (EMTA -A1) desde los modelos de la Teoría clásica de los Test y la Teoría de respuesta al ítem.

Autor (es):

Jannys Andrea Niebles Obarris Jannys Niebles 1042.441.367
 Nombre Firma C.C.

Diana Carolina Perez Pedraza Diana Perez 1046874002
 Nombre Firma C.C.

 Nombre Firma C.C.

 Nombre Firma C.C.

Datos contacto: (teléfono, correo Dirección)

3017168807, jniebles4@ucc.edu.co, _____

Fecha entrega (D/M/A): 29 - Agosto - 2016