

DISEÑO DE LA ESCALA MULTIDIMENSIONAL  
DE TRASTORNOS AFECTIVOS (EMTA): ANÁLISIS  
PSICOMÉTRICO DE CONFIABILIDAD Y VALIDEZ\*

Design of multidimensional scale EMTA  
affective disorders: psychometric  
analysis of reliability and validity

Daniella Abello Luque, Mg.\*\*  
Omar Fernando Cortés Peña, Ph.D.(c)\*\*

*Resumen*

El propósito de esta investigación fue construir y validar una escala que mide trastornos afectivos. La muestra piloto estuvo conformada por 100 sujetos de la Corporación Universidad de la Costa (Barranquilla, Colombia): 81% mujeres y 19% hombres, con edades entre 18 y 44 años. Inicialmente, la escala contenía en la Subescala de Depresión los ítems 1-57 y en la Subescala de Manía los ítems 58-93. La escala final cuenta con la evaluación de síntomas depresivos

---

\* Este artículo es un producto científico y tecnológico derivado del proyecto "Diseño y Validación de la Escala Multidimensional de los Trastornos Afectivos, EMTA", del Grupo CES de la Corporación Universidad de la Costa, registrado oficialmente con el código 140-01-003-1.

\*\* Corporación Universidad de la Costa (Colombia). [ocortes3@cuc.edu.co](mailto:ocortes3@cuc.edu.co).

**Correspondencia:** Facultad de Psicología, Grupo de Investigación CES, Corporación Universidad de la Costa. Barranquilla (Colombia).

(ítems 1-47); la segunda de ellas busca evaluar, a su vez, síntomas de corte maniaco (ítems 52-80). Los síntomas contemplados en los ítems 48 al 51 y 81 al 85, respectivamente, buscan evaluar intensidad y cronicidad de una manera más específica. El procesamiento estadístico de los datos se realizó con el *software* SPSS. Se estimaron los índices *Alfa de Cronbach* obtenidos en la Subescala de Depresión ( $\alpha$ : 0.942) y en la Subescala de Manía ( $\alpha$ : 0.834). Adicionalmente se estimaron los niveles de correlación ítem - escala y se desarrolló un análisis factorial para profundizar en la valoración de la validez del constructo. Igualmente se generaron rangos de clasificación de los puntajes obtenidos; para identificar el nivel de Manía o Depresión de los sujetos, cada una de la subescalas evalúa rangos de nivel bajo, medio y alto. En el caso de la Subescala de Depresión, se pudo identificar que los rangos de clasificación están a un nivel bajo para el 81% de los casos y medio para el 19%. En la Subescala de Manía, los rangos de clasificación están a un nivel bajo para el 82% de los casos y medio para el 18%, los cuales son consistentes con la naturaleza de la muestra piloto, que fue de corte no clínica.

**Palabras clave:** Trastornos afectivos, depresión, manía, prueba psicométrica, escala multidimensional, confiabilidad, validez.

### *Abstract*

The purpose of this research was to construct and validate a scale for measuring affective disorders. The sample was taken with 100 students of the Corporación Universidad de la Costa (Barranquilla, Colombia): 81% women and 19% men between 18 and 44 years of age. Initially, the scale contained items from 1 to 57 in the Depression Subscale and items from 58 to 93 in the Mania Subscale. The final scale has items (from 1 to 47) to valuate depressive symptoms and others (from 52 to 80) for mania symptoms. Items from 48 to 51 and from 81 to 85 were made to valuate intensity and chronicity in a more specific way. Statistical data processing came ahead from expected with the SPSS software. Indicating the *Cronbach Alpha index* obtained in the Depression Subscale, that was equal to ( $\alpha$ : 0.942) and in the Mania Subscale was equal to ( $\alpha$ : 0.834). In addition, correlated values were estimated from item-scale and a factorial analysis was developed to reach deep in the grade valid-

Fecha de recepción: 28 de febrero de 2012

Fecha de aceptación: 25 de octubre de 2012

ity of the construct, in order to identify the subjects' level of Mania or Depression. Each subscale evaluates low, medium and high ranges. With the Depression Subscale 81% of the sample showed low level results and 19% showed medium level results. With the Mania Subscale at 82% of the sample, showed low level results and 18% showed medium level results, which are consistent with the nature of the original sample from non-clinical approach.

**Keywords:** Affective disorders, depression, mania, psychometric test, multidimensional scaling, reliability, validity.

## INTRODUCCIÓN

Actualmente, los trastornos del estado de ánimo son uno de los problemas psicológicos más frecuentes, una de las afecciones que más han prevalecido a lo largo de la historia de la humanidad. Un elemento esencial de esta problemática, que la ha hecho permanecer durante tanto tiempo, y que hace que persista, es que aun 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.

Existe específicamente un detalle que contribuye a la prevalencia o extinción de cualquier enfermedad: la intervención. Sin embargo, la etapa evaluativa no es efectiva sin un buen diagnóstico. Bien es sabido que un diagnóstico erróneo lleva a un inadecuado tratamiento y, por ende, a la continua presencia de un determinado problema; y en este aspecto los trastornos del estado de ánimo no hacen la tarea fácil, puesto que pueden llegar a ser confusos; esto último por diversas razones, tales como la coexistencia de uno o más trastornos, la poca claridad del profesional hacia el paciente a la hora de ejecutar el proceso de diagnóstico, la poca claridad en los instrumentos que permiten la identificación de los trastornos del ánimo, y muy especialmente, el diagnóstico erróneo en los adultos mayores, a quienes usualmente se les toman los síntomas que denotan trastornos del ánimo como el proceso de deterioro cognitivo normal.

Hasta este punto es claro, porque es necesario crear alternativas de solución y contribución frente a la problemática de los trastornos afectivos, sin embargo, se hace necesario, de alguna forma, tratar sobre el estado actual del diseño y/o validación de instrumentos psicométricos que evalúen adecuadamente los diferentes trastornos, particularmente en Colombia.

A nivel mundial, esta realidad es revelada por las más de 2752 publicaciones que aproximadamente distingue la base de datos PsycINFO, en la búsqueda con palabras clave como: Test Translation, Test Adaption o Test Construction, en el período comprendido entre 2001-2004 (Carretero-Dios & Pérez, 2005), lo que podría situar la importancia de la psicometría en el desarrollo científico, así como los grandes aportes que realiza. Sin embargo, en el caso colombiano no existen cifras oficiales; las únicas aproximaciones en cuanto a este tema son más bien aportadas por los diferentes estudios que se encuentran en bases de datos como Redalyc o Scielo, y que permiten ver qué trabajos de este tipo están mayormente dirigidos a la validación, estandarización o traducción de instrumentos mayormente creados en otros países, cuya lengua materna es generalmente el inglés. Entre los instrumentos desarrollados en Colombia para la valoración de la manía se destaca especialmente la investigación “Desarrollo y validación de una escala para medir síntomas maníacos: Escala para Manía de la Universidad Nacional de Colombia (EMUN)”, llevada a cabo por Ricardo Sánchez, Luis Jaramillo y Carlos Gómez-Restrepo en 2008. En consecuencia, el panorama en Colombia amerita la necesidad de desarrollar herramientas o instrumentos que se ajusten las características de la población, debido a que es bien conocido que en muchas ocasiones los instrumentos desarrollados en otros países no se ajustan a las características de nuestro contexto.

Debido a las razones anteriormente expuestas, surge la necesidad de crear la Escala Multidimensional de los Trastornos Afectivos (EMTA), un instrumento claro, preciso y conciso, que servirá al profesional para realizar un diagnóstico más adecuado, que en últimas contribuya a un tratamiento efectivo que permita un avance real en los pacientes; capaz no solo de determinar si un individuo se encuentra afectado por un trastorno del ánimo, sino que también arroja un panorama parcial del tipo

de trastorno que padece dicho paciente. Es entonces prioritario realizar esta investigación teniendo en cuenta las falencias de los instrumentos psicométricos que a lo largo de la historia se han empleado y los factores que inciden en la aparición y la prevalencia de las afecciones anímicas, de manera que se construya finalmente un instrumento válido y confiable, que tenga en cuenta las variables esenciales y desarrolle las mismas de una manera simple, llevando, en últimas, al diagnóstico de los trastornos del ánimo, en la atención primaria y posteriormente al adecuado tratamiento de estos.

El valor agregado de la EMTA hace referencia a la integración diagnóstica de los episodios asociados con los cuadros clasificados bajo el marco de los trastornos afectivos, permitiendo la medición y evaluación simultánea de la depresión mayor, distimia, ciclotimia, bipolar I y II. Este aporte particular posibilita el proceso de evaluación, diagnóstico diferencial y se constituye, a su vez, en un insumo de valoración objetiva que enriquece los procesos clínicos y el desarrollo de la investigación aplicada. Partiendo de los antecedentes del desarrollo de los trastornos afectivos se ha realizado con una tendencia de corte unidimensional, siendo este un aspecto que implica que el evaluador recurra a diferentes instrumentos, los cuales, a su vez, están contruidos con base en diferentes enfoques en caso de requerir una valoración integral del cuadro clínico.

Por otra parte, el desarrollo de las primeras escalas coincidió con el nacimiento de la psicofarmacología, para poder evaluar los resultados terapéuticos de los primeros medicamentos antidepresivos (Calderón & Narváez, 1995). Entre los estudios que marcaron el siguiente paso de la psicometría en el terreno de las afecciones anímicas podemos resaltar el trabajo realizado por Golberg, Beck, Zung, Hamilton, Yesavage y autores más contemporáneos, quienes han centrado sus esfuerzos en la elaboración de instrumentos de fácil manejo, visión objetiva y resultados confiables.

En cuanto a la depresión, la Organización Mundial de la Salud ([OMS], (2007) ha declarado que esta enfermedad se ha posesionado en los últimos años como el estado mórbido más habitual de la población mundial, especialmente en países desarrollados, con un acelerado ritmo de vida.

Y con el crecimiento de las estadísticas han aumentado las propuestas psicométricas que intentan colaborar al diagnóstico de esta enfermedad en cada una de las etapas del ciclo vital de los individuos. Se describen a continuación algunas de ellas:

■ *Escala de valoración psiquiátrica de depresión de Hamilton*

Esta escala, elaborada en 1960, consta de 21 ítems que evalúan el estado de ánimo, el sentimiento de culpabilidad, la inhibición, la presencia de ideas suicidas y los cambios comportamentales, así como la ansiedad, el insomnio y los trastornos psicósomáticos asociados. Así mismo, esta escala también evalúa los rasgos neuróticos ajenos a la propia depresión; y da un último apartado abierto, para especificar otros síntomas no enumerados. Finalmente, la sumatoria de los ítems acertados muestra la ausencia del trastorno o indica depresión de moderada a severa o, en su defecto, sugiere depresiones menores o distimia (Duch, Ruiz de Porras, Ruiz de Porras, Allué & Palou, 1999).

■ *Beck Depression Inventory (BDI)*

Es una escala de autoevaluación que tiene como objetivo valorar la gravedad de los síntomas clínicos propios de la depresión y la presencia de pensamientos irracionales. Es la escala con el mayor porcentaje de síntomas cognitivos, lo cual denota además la ausencia de síntomas motores o de ansiedad. La versión original de 1961 consta de 21 ítems, los cuales deben ser descritos por el paciente y comprenden: **ánimo depresivo**, pesimismo, sensación de fracaso, culpa, irritabilidad, ideas suicidas, llanto, aislamiento social, indecisión, cambios en el aspecto físico, dificultad en el desarrollo de actividades cotidianas y laborales. Posteriormente se realizaron dos revisiones: la primera en 1979 y la segunda en 1996. En la segunda revisión se reemplazaron los ítems referidos a cambios físicos y dificultades al laborar por agitación, dificultad para concentrarse, pérdida de energía y sentimientos de inutilidad. La versión en castellano fue avalada en 1975 (Grupo de trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, 2008).

### ■ *Escala autoadministrada de depresión de Zung*

Este instrumento fue diseñado en 1965. Se trata de un cuestionario auto administrado de 20 preguntas, que buscan indicar la existencia de un estado depresivo y la magnitud de este y a las que se responde según los síntomas sean muy raros o muy frecuentes: de 1 a 4 en los negativos (depresivos), o inversamente, de 4 a 1 en los positivos (de ánimo conservado). Valores inferiores a 28 se consideran normales, mientras que los superiores indican depresión: leve, de 28 a 41, moderada, de 42 a 53, y grave por encima de este. Su mayor componente es el somático-conductual. Esta escala fue una de las primeras en validarse en Colombia, y se considera, en cierto modo, un derivado de la escala de Hamilton (Duch et al., 1999).

### ■ *Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG)*

Esta escala, elaborada en 1972, es una prueba de detección que nos orienta no solo al diagnóstico hacia la ansiedad y la depresión, sino que nos discrimina entre ellos y nos dimensiona sus respectivas intensidades. Esta prueba le pide al paciente una reflexión sobre las dos últimas semanas, y si ha presentado alguno de los síntomas descritos en el instrumento, cuatro para la Subescala de Ansiedad y cuatro para la Subescala de Depresión; al acertar dos de los síntomas de un mismo subgrupo, se redirecciona a otro grupo de pregunta ahora más específicas y referentes o a la ansiedad en particular o a la depresión. Aun cuando las preguntas son muy claras, las respuestas admiten dicotomía, de forma que a veces el enfermo duda por coincidencias de leve intensidad, y es únicamente el juicio subjetivo del profesional el que puede valorar la significación de la respuesta (Organización Mundial de la Salud, 2007).

### ■ *Escala de depresión geriátrica de Yesavage*

Esta prueba suele usarse en el *screening* general del enfermo geriátrico y en el diagnóstico diferencial de la pseudodemencia por depresión. Bien aplicada tiene una sensibilidad del 84% y una especificidad del 95%. Cuenta con 39 ítems en su versión completa y con 15 en su versión abreviada. Es un interrogatorio de respuestas dicotómicas, puntuando

la coincidencia con el estado depresivo. Los resultados se condensan en tres premisas: valores normales, depresión establecida y depresión leve, en su versión abreviada (Duch et al., 1999).

■ *Escala de Young para la medición de manía (YMRS)*

Esta escala, elaborada por R. C. Young, J. T. Biggs, V. E. Ziegler y D. A. Meyer, evalúa la aparición y la intensidad de la manía. Es de administración heteroaplicada y está constituida por 11 ítems que evalúan síntomas exclusivamente maníacos, por lo que uso no resulta tan apropiado en los pacientes con trastorno bipolar II. Los ítems han de ser puntuados por el clínico basándose en el relato del paciente y en su propia observación. Para puntuar dispone de una escala de intensidad que oscila unas veces entre 0 y 4 y otras veces entre 0 y 8 (ítems 5, 6, 8 y 9). Estos 4 ítems tienen el doble de valor para compensar la pobre cooperación de los pacientes maníacos graves. La escala proporciona criterios operativos para asignar la puntuación: a mayor puntuación, mayor gravedad del cuadro maníaco, y el tiempo de duración aproximado de la entrevista es de 15-30 minutos. Una vez aplicado el instrumento, los resultados pueden ser compatibles con eutimia, con episodio mixto o con episodio maníaco.

■ *Escala de manía aplicada por clínicos (EMAC)*

La EMAC es una escala administrada por clínicos que consta de 15 ítems y fue diseñada para valorar la severidad de la sintomatología maníaca y psicótica; la mayoría de los ítems se puntúa desde cero (ausente) a cinco (síntoma presente), en un grado severo basado en incrementos de severidad. Su tiempo de aplicación oscila entre 15 y 30 minutos. La EMAC contiene dos subescalas, a una de las cuales se puntúa separadamente; para obtener la puntuación de la Subescala de Manía se suman los ítems del 1 al 10. Los posibles resultados una vez la escala ha sido aplicada son: No hay o cuestionable manía, manía ligera, manía moderada y sintomatología severa. La segunda subescala, la cual mide los síntomas psicóticos y/o desorganización, se deriva sumando los ítems del 11 al 15. Las puntuaciones de ambas subescalas pueden ser sumadas para dar una medida global de la manía con síntomas psicóticos. Sin embargo, la



escala total no debe usarse para medir la severidad de la manía sino más bien solo la subescala 1. Las dos subescalas permiten una evaluación independiente de la manía frente a los síntomas psicóticos, lo cual puede responder de forma diferente al tratamiento.

#### ■ *Escala de manía de Bech-Rafaelsen (MAS)*

Esta escala fue elaborada por P. Bech, O. J. Rafaelsen, P. Kramp y T. G. Bolwig. Corresponde a una escala de segunda generación, derivada, por una parte, de la escala de Biegel para los estados maníacos y, por otra, como contraposición a la escala de melancolía de los mismos autores. Consta de 11 ítems que evalúan la presencia e intensidad de los síntomas maníacos, según los criterios diagnósticos DSM-IV y CIE-10 (excepto el B8 (comportamientos temerarios o imprudentes de la CIE-10).

Cada ítem se puntúa utilizando una escala Likert de intensidad que oscila entre 0 y 4. La escala proporciona criterios operativos de puntuación. Se trata de una escala heteroaplicada en la que el clínico sigue el método de una entrevista clínica semiestructurada. Existe también una versión autoaplicada (Bech et al., 1993). El marco de referencia temporal son como mínimo los 3 días previos. La escala proporciona una medida objetiva de la gravedad de los síntomas que en la actualidad está experimentando el paciente, que se obtiene sumando las puntuaciones en los 11 ítems. La puntuación oscila entre 0 y 44 puntos. Los posibles resultados una vez la escala es aplicada al paciente son: No hay manía, presencia de hipomanía, manía probable o manía definitiva.

Estudios recientes también apuntan a la detección de estados depresivos en adultos mayores y evidencian que a pesar de existir falencia en el diagnóstico de dicho estado mórbido en todo las etapas de la vida, es en la población geriátrica en la que ocurre mayor omisión del diagnóstico y se presenta menor claridad en el diagnóstico diferencial con respecto a las demencias seniles y las pseudodemencias.

Riquelme Marín, Buendio Vidal y López Navas (2006) realizaron un estudio cuyo objetivo fue el desarrollo y la validación de un instrumento para la evaluación de la depresión en los ancianos; dicho instrumento

busca un tiempo mínimo en su aplicación, el requerimiento de pocos conocimientos de psicopatología por parte de los aplicadores y una aguda precisión en la detección de patologías depresivas en la población gerontológica; con lo que se espera sea susceptible a ser empleado en la atención primaria y presente una alta validez convergente con los criterios clínicos universales. Una mirada global al instrumento nos muestra la inclusión de la escala CES-D (Radolff, 1977), una entrevista clínica sujeta a los criterios del DSM IV-TR y un inventario general de síntomas depresivos, de elaboración propia, en la batería de evaluación que propone este trabajo. Dicho inventario comprende un total de 56 síntomas, expresados en 58 ítems, en los que se recogen los criterios del DSM IV-TR y el CIE-10; además de ser el resultado de una intensa revisión de los principales instrumentos psicométrico para la detección de patologías depresivas.

Finalmente, el estudio arrojó la detección de 14 casos de trastornos depresivos [depresión mayor (2 casos), distimia (11 casos) y trastorno depresivo no especificado (1 caso)] en una población de 237 ancianos con edades superiores a 64 años, de los cuales el 47,7% eran hombres y el 52,3% mujeres. Así mismo, a pesar de mostrar importantes resultados, recomiendan la aplicación transcultural del inventario para superar las barreras que imponen la diversificación de la percepción de los ancianos y la valoración de los mismos en las distintas comunidades, elementos que inciden directamente en su condición. Además, concluyen sugiriendo la ampliación del tamaño de la muestra para mejores resultados en trabajos posteriores, así como una mejor identificación de la población para tener correcta discriminación entre la población clínica y la normal.

## MÉTODO

### Diseño

El estudio es de tipo cuantitativo, bajo el paradigma empírico-analítico, con un diseño no experimental transeccional de corte psicométrico. Según Hernández (2008), el diseño no experimental es aquel que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de investigación en la que no hacemos variar intencionadamente las variables

independientes. Lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se presentan en su contexto natural, para después analizarlos. En cuanto a lo transeccional, se refiere a un corte en el tiempo, de un determinado fenómeno en donde se investigan las relaciones entre determinadas variables.

### Participantes

El estudio piloto de la EMTA se desarrolló con una muestra intencional de 100 participantes seleccionados con el método no probabilístico de tipo experto, dado que se requería garantizar que los participantes cumplieran con una serie de criterios de inclusión y exclusión, tales como pertenecer al nivel de educación superior en curso, ser mayores de edad, y como criterio de exclusión, cabe anotar que se realizó una valoración preliminar de factores personales asociados con los trastornos afectivos para garantizar que los participantes constituyeran una muestra no clínica.

### Instrumento

El objetivo de la escala es cuantificar y diagnosticar la sintomatología que compete a los trastornos del estado del ánimo, teniendo en cuenta los distintos factores que inciden en la morfología de dichos síntomas y que comprometen la asertividad de la intervención clínica en los pacientes. La EMTA está constituida por **dos subescalas**, que evalúan la **aparición, intensidad y cronicidad de síntomas objetivos** involucrados en los trastornos del estado de ánimo; la conceptualización teórica de la escala se sustenta en DSM-IV y el modelo de la terapia de Beck. En cuanto a las subescalas, la primera de ellas apunta a la evaluación de síntomas depresivos (ítems 1-47) y la segunda busca evaluar, a su vez, síntomas de corte maniaco (ítems 52-80). Los síntomas contemplados en los ítems 48 al 51 y 81 al 85, respectivamente, buscan evaluar intensidad y cronicidad de una manera más específica.

### Procedimiento

Luego de la construcción de la escala se procedió a la revisión por tres jueces expertos, y luego se realizaron las modificaciones sugeridas y se

llevó a cabo la prueba piloto con 100 sujetos. Para llevar a cabo este objetivo se realizó la investigación psicométrica en las siguientes fases:

*Fase 1.* Formulación del propósito de la prueba.

*Fase 2.* Revisión del estado de arte y elección del Modelo Teórico de Evaluación.

*Fase 3.* Definición conceptual y operacional del constructo a medir.

*Fase 4.* Formulación de especificaciones psicométricas de la prueba.

*Fase 5.* Diseño de ítems y del formato de la prueba.

*Fase 6.* Revisión de la prueba por jueces expertos.

*Fase 7.* Aplicación de la prueba piloto.

*Fase 8.* Análisis de los datos, confiabilidad y validez.

*Fase 9.* Ajustes finales de al instrumento y elaboración del manual.

## RESULTADOS

En esta investigación, el objetivo general es diseñar la EMTA desde del marco psicométrico de desarrollo de pruebas objetivas, con su correspondiente valoración de confiabilidad y validez, brindando un aporte en los procesos de evaluación psicológica.

A continuación se presentan los principales hallazgos de confiabilidad y validez de la EMTA, en su aplicación versión piloto ( $n = 100$ ); en primera instancia se presenta la caracterización de la muestra; posteriormente se analiza la confiabilidad y validez de cada una de las subescalas y finalmente se hace el análisis descriptivo y comparativo general derivado del comportamiento psicométrico de la escala. Los participantes presentan un promedio de edad de 23 años, con una tendencia central entre 20 y 25 años, con una edad mínima de 18 años y máxima de 45 (ver gráfico 1).

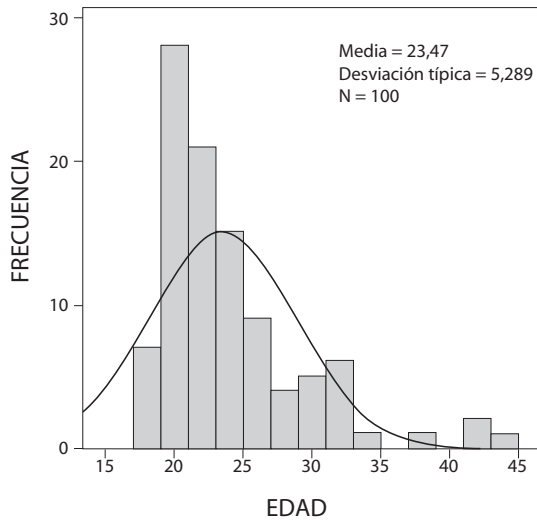


Gráfico 1. Histograma de la distribución por edad

En el gráfico 2 se puede observar que el 81% de la muestra son mujeres y el 19% restante corresponde a los hombres.

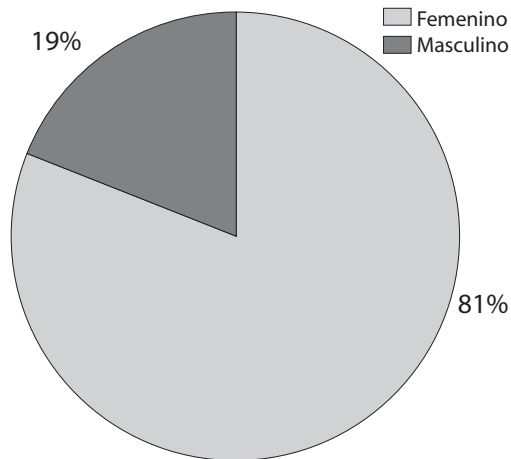


Gráfico 2. Distribución porcentual por género

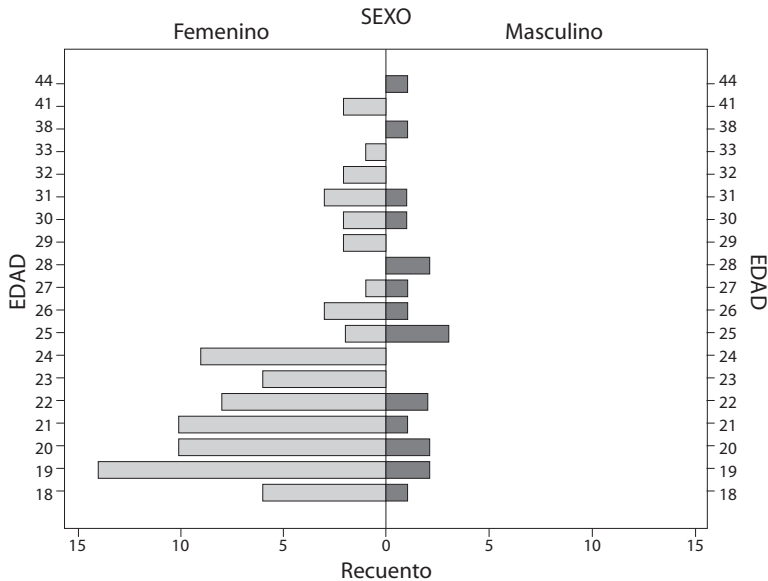


Gráfico 3. Distribución de la edad por género

El gráfico 3 presenta un análisis conjunto de la distribución de la edad por género; cabe anotar que en el caso de las mujeres, las mayores concentraciones de edad se observan entre 19 y 24 años, mientras las edades de los hombres son más dispersas y se encuentran en el rango de 18 a 44 años.

### Análisis de confiabilidad y consistencia interna de las subescalas

En los estudios de validación con prueba piloto se ha considerado de gran pertinencia el cálculo de la confiabilidad y el análisis de validez a partir de la consistencia interna de los ítems frente de a cada una de sus correspondientes subescalas. Para esta investigación se seleccionó el *Alfa de Cronbach*, dado que los ítems de la escala asumieron un sistema de calificación politómico (con cuatro grados de respuesta).

El índice de confiabilidad oscila entre 0 y 1. En la medida que se acerca a 1 el nivel de confiabilidad es mayor. Por otra parte, el análisis de consistencia interna se orienta a las relaciones que se establecen entre el patrón de respuesta al ítem y su correspondiente asociación

directamente proporcional con los puntajes de la escala; es decir que se esperaría obtener ítems pruebas positivas, entre más alta sea la correlación mayor es nivel de consistencia interna que guarda el ítem de la escala. A continuación se presentan los hallazgos derivados del análisis de confiabilidad y consistencia interna para las escalas de Depresión y Manía.

### *Subescala de Depresión*

El índice *Alfa de Cronbach* obtenido en la Subescala de Depresión fue igual a ( $\alpha$ : 0.942), el cual se considera superior y denota la calidad de psicométrica asociada al diseño de la escala. En la tabla 1 se presentan los índices de correlación ítem-escala que hacen parte del análisis de consistencia interna de la escala de depresión.

Tabla 1. Estadísticos ítem-escala (Depresión)

Estadísticos Ítem-Escala				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida (ítem-escala)	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
P1	74,39	335,119	,522	,941
P2	75,06	333,017	,545	,941
P3	74,82	338,109	,306	,942
P4	74,55	324,863	,613	,940
P5	74,90	328,479	,656	,940
P6	74,94	334,200	,361	,942
P7	74,44	324,066	,631	,940
P8	75,21	336,087	,190	,944
P9	74,97	332,009	,468	,941
P10	74,73	341,221	,106	,944
P11	75,08	335,422	,417	,941
P12	75,18	335,232	,476	,941
P13	74,83	330,736	,449	,941
P14	75,05	338,395	,252	,942
P15	74,84	335,831	,442	,941
P16	75,08	340,810	,131	,943

*Continúa...*

Estadísticos Ítem-Escala				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida (ítem-escala)	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
P17	75,03	335,499	,333	,942
P18	74,75	331,334	,368	,942
P19	74,51	327,620	,452	,942
P20	74,93	337,903	,217	,943
P21	74,49	324,457	,559	,941
P22	74,38	323,219	,590	,940
P23	74,81	328,769	,520	,941
P24	74,41	326,000	,481	,941
P25	74,99	326,051	,673	,940
P26	75,13	326,850	,617	,940
P27	75,07	330,413	,544	,941
P28	75,26	332,910	,592	,941
P29	75,28	330,715	,671	,940
P30	75,06	328,506	,606	,940
P31	75,27	330,160	,632	,940
P32	75,17	328,184	,635	,940
P33	75,18	330,436	,573	,941
P34	74,61	326,915	,665	,940
P35	74,65	325,476	,640	,940
P36	74,60	327,835	,621	,940
P37	74,95	323,477	,665	,940
P38	74,55	326,618	,590	,940
P39	74,44	329,964	,493	,941
P40	74,88	328,863	,600	,940
P41	74,81	327,483	,538	,941
P42	74,96	331,876	,533	,941
P43	74,63	326,175	,593	,940
P44	75,16	331,219	,549	,941
P45	75,24	333,022	,538	,941
P46	75,34	339,738	,334	,942
P47	74,62	320,810	,657	,940



En la tercera columna de la tabla 1, tal como se puede apreciar, los índices de correlación son positivos, lo cual es un indicador ajustado al criterio de la consistencia interna de la prueba. Cabe resaltar que los ítems p1, p2, p4, p5, p7, p21, p22, p23, p25, p26, p27, p28, p29, p30, p31, p32, p33, p34, p35, p36, p37, p38, p40, p41, p42, p43, p44, p45 y p47 presentan correlaciones positivas superiores a ( $r.50$ ); en otras palabras, estos son los ítems más representativos de la consistencia interna de la escala.

Aunque ninguno de los ítems presenta una correlación inversamente proporcional con la escala, se sugiere revisar los ítems p10, p14, p16 y p20, cuyas relaciones fueron inferiores a ( $r.30$ ), con la finalidad de precisarlos de manera semántica o conceptual.

Adicionalmente, en la última columna de la tabla 1 podemos ver que el índice *Alfa de Cronbach* no sufre modificaciones sustanciales al ser eliminados potencialmente algunos de los ítems y se mantiene en el nivel de 0,940 a 0,943. Esto indica que si se mantienen los ítems de la escala en su versión piloto no se está afectando la sensibilidad interna del instrumento y que, en particular, todas las preguntas asumen un comportamiento adecuado en relación con la consistencia de la escala.

### *Subescala de Manía*

El índice *Alfa de Cronbach* obtenido en la Subescala de Manía fue igual a ( $\alpha: 0.834$ ), el cual se considera un buen resultado, ya que es mayor de 0.80, y en este caso, a diferencia de la Escala de Depresión, cuenta con 29 ítems.

**Tabla 2.** Estadísticos ítem-escala (Manía)

Estadísticos Ítem-Escala				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida(ítem-escala)	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
P52	46,82	86,695	,127	,835
P53	47,42	84,852	,219	,833
P54	47,58	85,115	,287	,831

*Continúa...*

Estadísticos Ítem-Escala				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida(ítem-escala)	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
P55	47,62	84,379	,260	,832
P56	47,20	81,313	,379	,828
P57	47,33	83,274	,380	,828
P58	47,48	85,444	,203	,833
P59	47,52	83,383	,299	,831
P60	47,72	85,153	,240	,832
P61	47,87	85,589	,246	,832
P62	47,39	86,200	,129	,836
P63	47,12	86,632	,063	,841
P64	47,51	85,465	,152	,836
P65	47,79	82,087	,412	,827
P66	48,06	86,138	,303	,831
P67	47,82	84,513	,319	,830
P68	47,87	85,326	,315	,830
P69	47,76	83,841	,398	,828
P70	47,79	82,875	,461	,826
P71	47,22	79,810	,530	,822
P72	47,49	79,424	,542	,821
P73	47,42	77,741	,629	,817
P74	47,82	81,563	,550	,823
P75	47,60	81,879	,355	,829
P76	47,48	79,060	,578	,820
P77	47,71	81,380	,439	,826
P78	47,52	81,181	,427	,826
P79	47,64	80,637	,566	,822
P80	47,43	80,551	,438	,825

En la tercera columna de la tabla 2, tal como se puede apreciar, son los índices de correlación son positivos, lo cual es un indicador ajustado al criterio de la consistencia interna de la Subescala de Mañana. Es pertinente resaltar que los ítems p65, p70, p71, p72, p73, p74, p76, p77, p78, p79 y p 80 presentan correlaciones positivas superiores a ( $r.40$ ); en otras palabras, estos son los ítems más representativos de la consistencia interna de la escala. Aunque ninguno de los ítems presenta una correlación inversamente proporcional con la escala, se sugiere revisar los ítems p52, p62, p63 y p64, cuyas relaciones fueron inferiores a ( $r.20$ ), con la finalidad de precisarlos de manera semántica o conceptual.

Adicionalmente, en la última columna de esta tabla podemos ver que el índice *Alfa de Cronbach* no sufre modificaciones sustanciales al ser eliminados potencialmente algunos de los ítems y se mantiene en el nivel de 0,817 a 0,841.

### Análisis descriptivo del comportamiento de los ítems y de las subescalas

A continuación se presentan las tendencias centrales en el análisis descriptivo de los ítems de la Subescala de la Depresión, tal como se ilustra en la tabla 3 y en el gráfico 4.

Tabla 3. Análisis descriptivo de ítems de Depresión

	Estadísticos								
	N		Media	Desv. Típ.	Mínimo	Máximo	Percentiles		
	Válidos	Perdidos					25	50	75
P1	100	0	2,11	,490	1	4	2,00	2,00	2,00
P2	100	0	1,45	,575	1	3	1,00	1,00	2,00
P3	100	0	1,69	,563	1	3	1,00	2,00	2,00
P4	100	0	1,96	,864	0	4	1,00	2,00	2,00
P5	100	0	1,61	,665	1	3	1,00	2,00	2,00
P6	100	0	1,57	,756	1	4	1,00	1,00	2,00
P7	100	0	2,06	,874	1	4	1,00	2,00	2,00
P8	100	0	1,29	1,076	0	4	1,00	1,00	1,00
P9	100	0	1,53	,717	1	4	1,00	1,00	2,00
P10	100	0	1,79	,769	0	4	1,00	2,00	2,00
P11	100	0	1,42	,589	1	4	1,00	1,00	2,00
P12	100	0	1,32	,530	1	3	1,00	1,00	2,00

*Continúa...*

Estadísticos									
	N		Media	Desv. Típ.	Mínimo	Máximo	Percentiles		
	Válidos	Perdidos					25	50	75
P13	100	0	1,67	,817	1	4	1,00	1,00	2,00
P14	100	0	1,46	,642	1	3	1,00	1,00	2,00
P15	100	0	1,67	,533	1	3	1,00	2,00	2,00
P16	100	0	1,42	,713	0	4	1,00	1,00	2,00
P17	100	0	1,48	,717	0	4	1,00	1,00	2,00
P18	100	0	1,75	,936	0	4	1,00	2,00	2,00
P19	100	0	2,00	,985	0	4	1,00	2,00	2,00
P20	100	0	1,60	,816	0	4	1,00	1,00	2,00
P21	100	0	2,01	,959	0	4	1,00	2,00	3,00
P22	100	0	2,13	,971	0	4	2,00	2,00	3,00
P23	100	0	1,70	,810	0	4	1,00	2,00	2,00
P24	100	0	2,09	1,016	0	4	1,00	2,00	3,00
P25	100	0	1,52	,745	0	3	1,00	1,00	2,00
P26	100	0	1,37	,774	0	4	1,00	1,00	2,00
P27	100	0	1,43	,700	0	4	1,00	1,00	2,00
P28	100	0	1,24	,534	0	3	1,00	1,00	1,00
P29	100	0	1,22	,561	0	3	1,00	1,00	1,00
P30	100	0	1,45	,716	0	4	1,00	1,00	2,00
P31	100	0	1,23	,617	0	4	1,00	1,00	1,00
P32	100	0	1,34	,699	0	4	1,00	1,00	2,00
P33	100	0	1,34	,685	0	4	1,00	1,00	2,00
P34	100	0	1,90	,718	1	4	1,00	2,00	2,00
P35	100	0	1,86	,804	1	4	1,00	2,00	2,00
P36	100	0	1,91	,726	1	4	1,00	2,00	2,00
P37	100	0	1,55	,857	1	4	1,00	1,00	2,00
P38	100	0	1,95	,821	1	4	1,00	2,00	2,00
P39	100	0	2,05	,796	1	4	2,00	2,00	2,00
P40	100	0	1,62	,708	0	4	1,00	2,00	2,00
P41	100	0	1,70	,847	0	4	1,00	2,00	2,00
P42	100	0	1,55	,642	1	3	1,00	1,00	2,00
P43	100	0	1,88	,832	1	4	1,00	2,00	2,00
P44	100	0	1,35	,657	1	4	1,00	1,00	2,00
P45	100	0	1,26	,579	0	4	1,00	1,00	1,00
P46	100	0	1,16	,395	1	3	1,00	1,00	1,00
P47	100	0	1,89	,973	1	4	1,00	2,00	2,00

Los promedios calculados para cada uno de los ítems están en un continuo entre 1 y 4, correspondientes a los grados de calificación original:

“Nunca”, “a veces”, “casi siempre” o “siempre”. Estos resultados permiten clasificar los ítems en dos grupos, dentro de los cuales los que reflejaron mayor prevalencia a la depresión son: Grupo 1: p1, p7, p19, p21, p22, p24 y p39, tal como se ilustra en el gráfico 4.

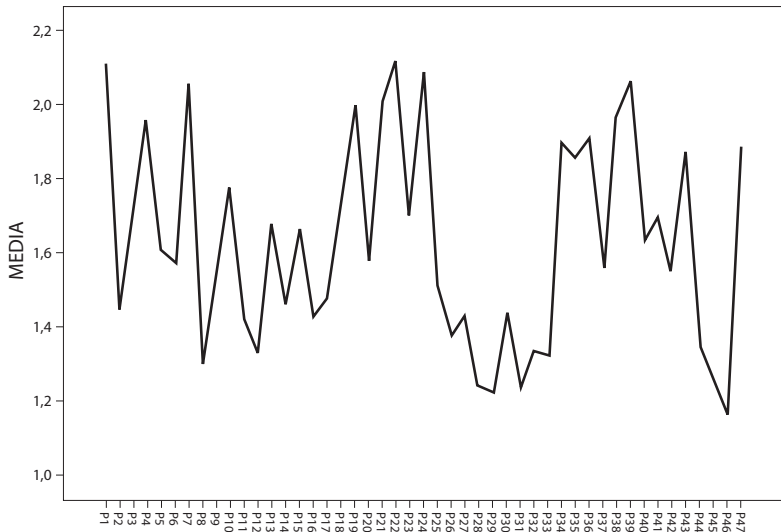


Gráfico 4. Análisis descriptivo de ítems de Depresión

A continuación se presentan las tendencias centrales en el análisis descriptivo de los ítems de la Subescala de Depresión, tal como se ilustra en la tabla 4 y en el gráfico 5.

Tabla 4. Análisis descriptivo de ítems de Manía

	Estadísticos								
	N		Media	Desv. Típ.	Mínimo	Máximo	Percentiles		
	Válidos	Perdidos					25	50	75
P52	100	0	2,43	,655	1	4	2,00	2,00	3,00
P53	100	0	1,83	,792	1	4	1,00	2,00	2,00
P54	100	0	1,67	,604	0	4	1,00	2,00	2,00
P55	100	0	1,63	,774	1	4	1,00	1,00	2,00
P56	100	0	2,05	,947	0	4	1,00	2,00	3,00
P57	100	0	1,92	,706	0	4	2,00	2,00	2,00
P58	100	0	1,77	,723	0	4	1,00	2,00	2,00

Continúa...

Estadísticos									
	N		Media	Desv. Típ.	Mínimo	Máximo	Percentiles		
	Válidos	Perdidos					25	50	75
P59	100	0	1,73	,839	0	4	1,00	2,00	2,00
P60	100	0	1,53	,688	1	4	1,00	1,00	2,00
P61	100	0	1,38	,599	1	3	1,00	1,00	2,00
P62	100	0	1,86	,779	1	4	1,00	2,00	2,00
P63	100	0	2,13	,960	0	4	1,00	2,00	3,00
P64	100	0	1,74	,872	1	4	1,00	2,00	2,00
P65	100	0	1,46	,797	1	4	1,00	1,00	2,00
P66	100	0	1,19	,419	1	3	1,00	1,00	1,00
P67	100	0	1,43	,640	0	4	1,00	1,00	2,00
P68	100	0	1,38	,528	0	3	1,00	1,00	2,00
P69	100	0	1,49	,611	0	3	1,00	1,00	2,00
P70	100	0	1,46	,642	0	4	1,00	1,00	2,00
P71	100	0	2,03	,858	0	4	1,00	2,00	2,00
P72	100	0	1,76	,878	0	4	1,00	2,00	2,00
P73	100	0	1,83	,911	0	4	1,00	2,00	2,00
P74	100	0	1,43	,671	0	4	1,00	1,00	2,00
P75	100	0	1,65	,925	0	4	1,00	1,00	2,00
P76	100	0	1,77	,863	0	4	1,00	2,00	2,00
P77	100	0	1,54	,834	0	4	1,00	1,00	2,00
P78	100	0	1,73	,874	0	4	1,00	2,00	2,00
P79	100	0	1,61	,737	0	4	1,00	1,50	2,00
P80	100	0	1,82	,925	0	4	1,00	2,00	2,00

Los promedios calculados para cada uno de los ítems están en un continuo entre 1 y 4, correspondientes a los grados de calificación original: “Nunca”, “a veces”, “casi siempre” o “siempre”. Estos resultados permiten clasificar los ítems en dos grupos dentro de los cuales los que reflejaron mayor prevalencia a la manía son: Grupo 1: p52, p56, p63 y p71, tal como se ilustra en el gráfico 5.

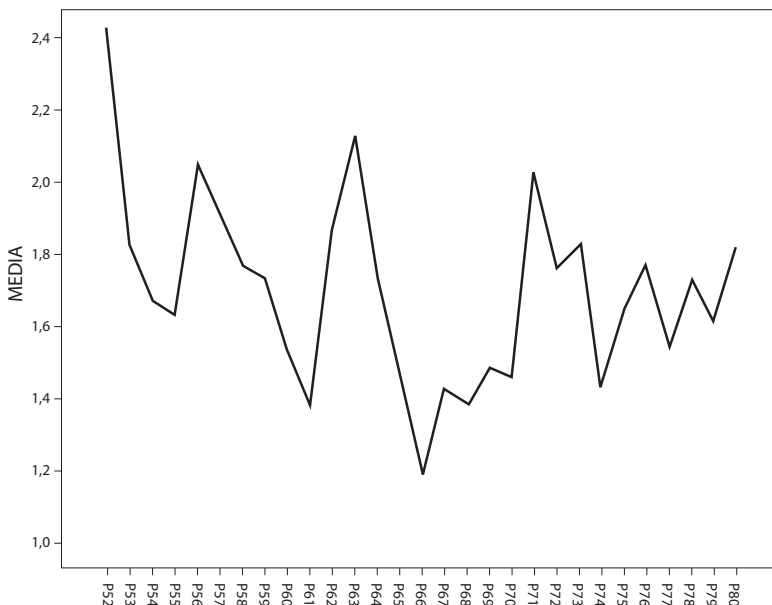


Gráfico 5. Análisis descriptivo de ítems de Manía

### Validez de Constructo: Análisis Factorial de las subescalas de Depresión y Manía

Los análisis factoriales brindan la posibilidad de analizar la validez de constructo en la medida en que permiten identificar diferentes alternativas de agrupación entre los ítems de un instrumento a partir del análisis de sus correspondientes intercorrelaciones. Estas agrupaciones de los ítems en componentes o factores comprenden un porcentaje de la variabilidad explicada y permiten identificar si un grupo de preguntas mide una o varias dimensiones de la variable a medir. A continuación se resaltan los principales hallazgos derivados de los análisis factoriales realizados con cada una de las dos subescalas de Depresión y Manía.

#### *Análisis Factorial de la Subescala de Depresión*

A continuación se presentan los resultados derivados del análisis factorial realizado con los ítems de la Subescala de Depresión.

**Tabla 5.** Pruebas de Ajuste Factorial KMO y Bartlett para la Subescala de Depresión

KMO y prueba de Bartlett		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin		,682
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	3556,204
	G1	1081
	Sig.	,000

La tabla 5 permite identificar que la Subescala de Depresión cumple con el criterio de adecuación muestral de *Kaiser-Meyer-Olkin* y el criterio de esfericidad de Bartlett, siendo significativo al 99%. El modelo factorial presentó cinco componentes principales, con una varianza explicada del 53%. A continuación se presenta la agrupación factorial de los ítems de la Subescala de Depresión en la tabla 5, después de aplicarle el criterio de rotación varimax.

**Tabla 6.** Agrupación factorial de los ítems de la Subescala de Depresión en los Cinco Componentes con Rotación Varimax

Matriz de componentes rotadas					
	Componente				
	1	2	3	4	5
P33	,785				
P32	,750				
P31	,726				
P29	,707	,331			
P30	,650				
P8	,543				
P6	,514				
P28	,491				
P43	,472	,353		,427	
P3	,405				
P39		,808			
P41		,701			
P38	,476	,679			
P40		,654			,339
P15		,606			
P25	,397	,553			
P37	,356	,548			

*Continúa...*



Matriz de componentes rotadas					
	Componente				
	1	2	3	4	5
P42	,308	,546			
P13		,394		,363	
P24		,308	,654		,376
P23			,614	,336	,386
P7	,390		,611		
P21			,587		
P22	,391		,550	,330	
P18			,540		
P4		,422	,520		
P35	,313	,397	,517		
P5	,460		,511		
P47	,427		,509		
P1			,501	,442	
P19		,417	,479		
P36	,420		,437	,371	
P2	,372		,435		
P34	,313		,408	,385	
P45	,416			,740	
P46				,715	
P12				,677	
P44	,527			,621	
P9		,330		,618	
P26	,443			,524	
P14			,329	,516	
P16					,820
P17					,750
P11		,378		,386	,471
P27		,435		,328	,456
P10					,376
P20					,301

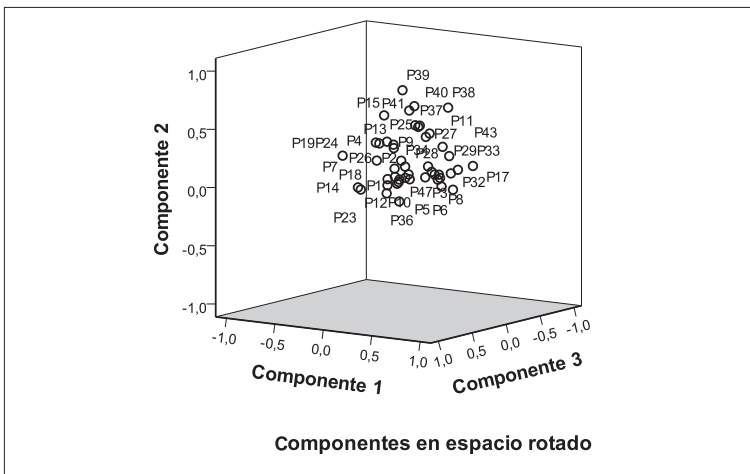
Método de extracción: Análisis de componentes principales.  
Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.  
a. La rotación ha convergido en 11 iteraciones.

Tal como se presentó en la tabla anterior, se identificaron cinco componentes principales en la Subescala de Depresión, conformados de la siguiente manera en la tabla 7.

**Tabla 7.** Descripción de los Componentes Centrales de la Subescala de Depresión

Componente	Ítems	Argumentación conceptual
C1	P3, P6, P8, P28, P29, P30, P31, P32, P33, P43	Síntomas cognitivos (creencias, suposiciones, atribuciones erróneas hacia sí mismo, el mundo o el futuro)
C2	P13, P15, P25, P37, P38, P39, P40, P41, P42,	Síntomas conductuales (Pasividad, Evitación, Inercia Problemas en las habilidades sociales )
C3	P1, P2, P4, P5, P7, P18, P19, P21, P22, P23, P24, P34, P35, P36, P47	Síntomas fisiológicos (Alteraciones: sueño y Apetito/ por exceso). Síntomas afectivos (Tristeza, Llanto, Sentimientos de culpabilidad).
C4	P9, P12, P14, P26, P44, P45, P46	Síntomas Fisiológicos (alteraciones a nivel sexual). Síntomas cognitivos (ideación suicida).
C5	P10, P11, P16, P17, P20, P27	Síntomas fisiológicos (Alteraciones: sueño y Apetito/ por déficit). Síntomas motivacionales (Pérdida de motivación positiva).

Finalmente se presenta a continuación la gráfica de agrupación de los ítems de la Subescala de Depresión en espacio rotado con tres dimensiones.



**Gráfica 6.** Agrupación de los ítems de la Subescala de Depresión en Espacio Rotado

## Análisis Factorial de la Subescala de Manía

**Tabla 8.** Pruebas de Ajuste Factorial KMO y Bartlett para la Subescala de Manía

KMO y prueba de Bartlett		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin		,617
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	1332,599
	G1	406
	Sig.	,000

La tabla 8 permite identificar que la Subescala de Manía cumple con el criterio de adecuación muestral de *Kaiser-Meyer-Olkin* y el criterio de esfericidad de Bartlett, siendo significativo al 99%. El modelo factorial presentó cinco componentes principales, con una varianza explicada del 52%. A continuación se presenta la agrupación factorial de los ítems de la Subescala de Manía en la tabla 9, después de aplicarle el criterio de rotación varimax.

**Tabla 9.** Agrupación Factorial de los ítems de la Subescala de Manía en los Cinco Componentes con Rotación Varimax

Matriz de componentes rotados <sup>a</sup>					
	Componente				
	1	2	3	4	5
P72	,824				
P76	,806				
P71	,724				
P73	,637				
P65	,633	,406			
P79	,632			,311	
P75	,592				
P74	,575		,361		
P64	,305				
P53		,714			
P62		,702			
P59		,648			
P52		,528		-,526	
P68		,348			
P70			,769		
P66			,677		

*Continúa...*

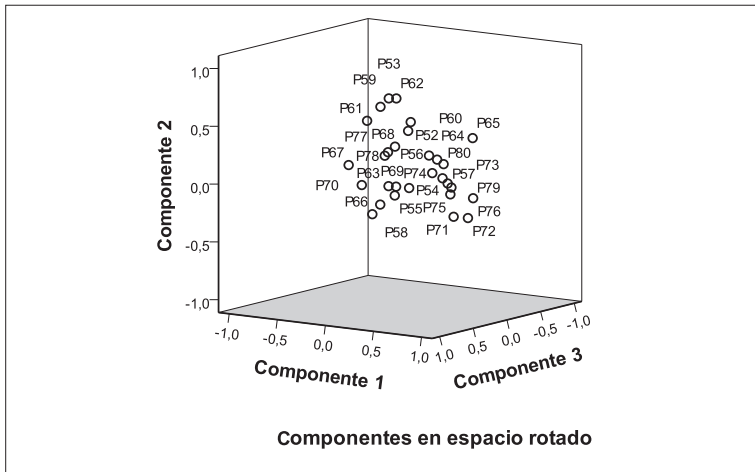
P67			,671		
P69			,566		
P78			,487		
P77		,323	,443		
P55				,715	
P54				,640	
P80	,418			,595	
P56				,553	
P61		,516		,525	
P57	,423			,521	
P63					,621
P58			,333		,616
P60		,450			,483
Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser. a. La rotación ha convergido en 11 iteraciones.					

Tal como se presentó en la tabla anterior, se identificaron cinco componentes principales en la Subescala de Manía, conformados de la siguiente manera:

**Tabla 10.** Descripción de los Componentes Centrales de la Subescala de Manía

Componente	Ítems	Argumentación conceptual
C1	P64, P65, P71, P72, P73, P74, P75, P76, P79	Síntomas fisiológicos (sueño por déficit) Síntomas cognitivos (distracción)
C2	P52, P53, P59, P62, P68	Síntomas afectivos (expansivo y elevado)
C3	P66, P67, P69, P70, P77, P78	Síntomas conductuales (verborrea) Síntomas fisiológicos (aumento de apetito sexual)
C4	P54, P55, P56, P57, P61, P80	Síntomas afectivos (irritable)
C5	P58, P60, P63	Síntomas cognitivos (creencias de grandiosidad) Síntomas fisiológicos (alteración en el sueño por déficit y por exceso)

Finalmente se presenta a continuación la gráfica de agrupación de los ítems de la Subescala de Manía en espacio rotado con tres dimensiones.



Gráfica 7. Agrupación de los ítems de la Subescala de Manía en Espacio Rotado

### Análisis descriptivo y correlacional de los puntajes de las subescalas de Depresión y Manía

En este apartado se presentan los resultados derivados de los puntajes derivados de los puntajes obtenidos de las subescalas de Depresión y Manía. Para cada uno de los dos casos se calcularon cinco tipos de puntajes de referencia.

1. *Puntaje directo*: corresponde a la sumatoria de los ítems correspondientes a las subescalas.
2. *Escala promedio*: se obtiene al dividir la sumatoria entre el número de ítems de la escala, lo cual permite tener puntajes en la escala original de calificación de los ítems (1 a 4).
3. *Escala z*: comprende los puntajes derivados de la normalización estándar en escala Z con promedios 0 y desviación 1. Asumiendo el modelo clásico de curva normal.
4. *Escala T*: escala estandarizada derivada de la escala z y se calcula para facilitar la interpretación de los puntajes; por ende, asume un promedio de 50 y una desviación de 10 puntos.

5. *Rango*: para cada uno de los dos casos se establecieron 3 rangos derivados de las puntuaciones directas que permitían clasificar a los participantes en nivel bajo, medio y alto tanto de depresión como manía; estos tres rangos han sido derivados de los puntajes mínimos y máximos que teóricamente podrían obtener los participantes en cada una de las dos escalas.

Cabe anotar que para las dos escalas se adjuntan las tablas de baremos que permiten hacer la transformación de puntajes entre los 4 niveles de escala continua (puntaje directo, puntaje promedio, escala Z y escala T).

A continuación se presenta los resultados descriptivos de la Subescala de Depresión:

Tabla 11. Resultados descriptivos de Subescala de Depresión

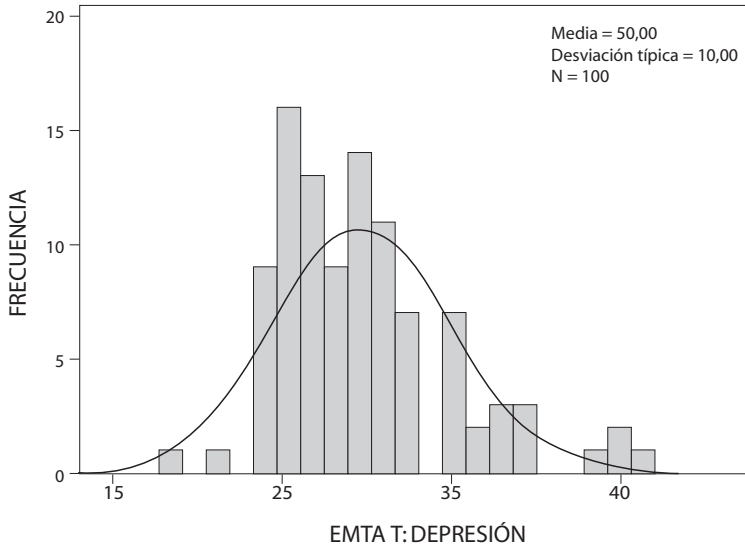
		Estadísticos			
		EMTA: depresión	EMTA: promedio depresión	EMTA Z: depresión	EMTA T: depresión
N	Válidos	100	100	100	100
	Perdidos	0	0	0	0
Media		76,5500	1,6287	,0000	50,0000
Mediana		74,0000	1,5745	-,1380	48,6201
Moda		60,00	1,28	-,90	41,04
Desv. Típ.		18,47979	,39318	1,00000	10,00000
Mínimo		36,00	,77	-2,19	28,06
Máximo		135,00	2,87	3,16	81,63
Percentiles	25	62,0000	1,3191	-,7873	42,1265
	50	74,0000	1,5745	-,1380	48,6201
	75	84,7500	1,8032	,4437	54,4373

Tal como se puede apreciar en la tabla 11, los puntajes directos que aparecen en la primera columna permiten identificar que el promedio obtenido es de 76.55, el cual equivale a una puntuación promedio de 1.62 (entre 1 y 4), que a su vez corresponde a un valor Z igual a 0 y un valor T de 50 puntos. Para el caso de los puntajes directos, estos oscilan en una tendencia entre 62 y 84 puntos, los puntajes promedios, entre 1.81 y 1.80, los puntajes Z, entre -0.78 y 0.44, y los puntajes T entre 42 y 54.

A continuación se presenta en la tabla 12 los baremos correspondientes a la transformación de puntajes directo, promedio, Z y T, con sus correspondientes percentiles, que permiten clasificar el desempeño de los participantes en relación con la intensidad con la que se presentan estos puntajes.

Tabla 12. Baremos de transformación a puntajes directos-Subescala de Depresión

Estadísticos					
		EMTA: depresión	EMTA: promedio depresión	EMTA Z: depresión	EMTA T: depresión
N	Válidos	100	100	100	100
	Perdidos	0	0	0	0
Percentiles	1	36,1000	,7681	-2,1889	28,1112
	5	57,0000	1,2128	-1,0579	39,4209
	10	58,0000	1,2340	-1,0038	39,9620
	15	60,0000	1,2766	-,8956	41,0443
	20	61,0000	1,2979	-,8415	41,5854
	25	62,0000	1,3191	-,7873	42,1265
	30	65,0000	1,3830	-,6250	43,7499
	35	66,3500	1,4117	-,5520	44,4805
	40	68,8000	1,4638	-,4194	45,8062
	45	72,0000	1,5319	-,2462	47,5379
	50	74,0000	1,5745	-,1380	48,6201
	55	74,5500	1,5862	-,1082	48,9177
	60	77,0000	1,6383	,0244	50,2435
	65	79,6500	1,6947	,1678	51,6775
	70	82,0000	1,7447	,2949	52,9492
	75	84,7500	1,8032	,4437	54,4373
	80	87,6000	1,8638	,5980	55,9795
	85	95,0000	2,0213	,9984	59,9839
	90	104,8000	2,2298	1,5287	65,2870
95	109,9500	2,3394	1,8074	68,0738	
99	134,9700	2,8717	3,1613	81,6129	



**Gráfico 8.** Distribución de los puntajes estandarizados en la escala T, Depresión

En el gráfico 8 se ilustra la distribución de los puntajes estandarizados en la escala T, con promedios (50) y desviación de (10).

**Tabla 13.** Rangos de clasificación de la Subescala de Depresión

EMTA: RANGO DEPRESIÓN					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	R1: Depresión Nivel Bajo	81	81,0	81,0	81,0
	R2: Depresión Nivel Medio	19	19,0	19,0	100,0
Total		100	100,0	100,0	

A partir de los resultados de la tabla 13, que se ilustran a continuación con el gráfico 9, se pudo identificar que los rangos de clasificación están a un nivel bajo para el 81% de los casos y medio para el 19%.



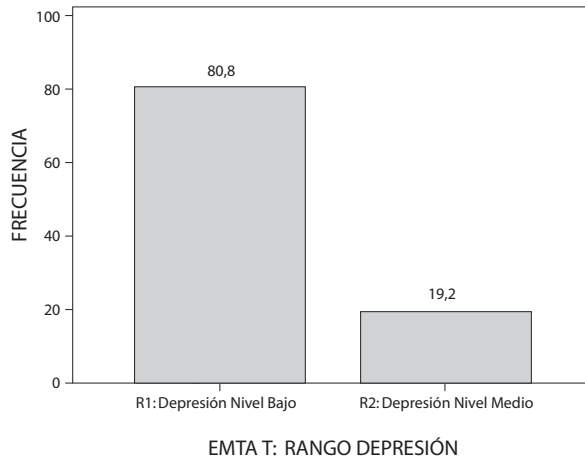


Gráfico 9. Rangos de clasificación de la Subescala de Depresión

Tabla 14. Resultados descriptivos de Subescala de Manía

Estadísticos					
		EMTA: manía	EMTA: promedio manía	EMTA Z: manía	EMTA T: manía
N	Válidos	100	100	100	100
	Perdidos	0	0	0	0
Media		49,2500	1,6983	,0000	50,0000
Mediana		48,0000	1,6552	-,1327	48,6726
Moda		46,00	1,59	-,35	46,55
Desv. Típ.		9,41670	,32471	1,00000	10,00000
Mínimo		27,00	,93	-2,36	26,37
Máximo		74,00	2,55	2,63	76,28
Percentiles	25	43,2500	1,4914	-,6372	43,6283
	50	48,0000	1,6552	-,1327	48,6726
	75	53,0000	1,8276	,3982	53,9823

Tal como se puede apreciar la tabla 14, los puntajes directos que aparecen en la primera columna permiten identificar que el promedio obtenido es de 49.25, el cual equivale a una puntuación promedio de 1.69 (entre 1 y 4), que a su vez corresponde a un valor Z igual a 0 y un valor T de 50 puntos. Para el caso de los puntajes directos, estos oscilan en una tendencia entre 43 y 53 puntos, los puntajes promedios, entre 1.49 y 1.82, los puntajes Z, entre -0.63 y 0.39 y los puntajes T entre 43 y 53.

A continuación se presenta en la tabla 15 los baremos correspondientes a la transformación de puntajes, directo, promedio, Z y T, con sus correspondientes percentiles, que permiten clasificar el desempeño de los participantes en relación con la intensidad con la que se presentan estos puntajes.

**Tabla 15.** Baremos de transformación a puntajes directos-Subescala de Manía

		Estadísticos			
		EMTA: MANÍA	EMTA: PROMEDIO MANÍA	EMTA Z: MANÍA	EMTA T: MANÍA
N	Válidos	100	100	100	100
	Perdidos	0	0	0	0
Percentiles	1	27,0500	,9328	-2,3575	26,4249
	5	36,0500	1,2431	-1,4018	35,9824
	10	38,1000	1,3138	-1,1841	38,1593
	15	40,0000	1,3793	-,9823	40,1770
	20	41,2000	1,4207	-,8549	41,4514
	25	43,2500	1,4914	-,6372	43,6283
	30	44,0000	1,5172	-,5575	44,4248
	35	45,0000	1,5517	-,4513	45,4867
	40	46,0000	1,5862	-,3451	46,5487
	45	46,4500	1,6017	-,2973	47,0266
	50	48,0000	1,6552	-,1327	48,6726
	55	49,0000	1,6897	-,0265	49,7345
	60	50,0000	1,7241	,0796	50,7965
	65	51,0000	1,7586	,1858	51,8584
	70	52,0000	1,7931	,2920	52,9203
75	53,0000	1,8276	,3982	53,9823	

*Continúa...*

Estadísticos					
		EMTA: MANÍA	EMTA: PROMEDIO MANÍA	EMTA Z: MANÍA	EMTA T: MANÍA
N	Válidos	100	100	100	100
	Perdidos	0	0	0	0
	80	56,0000	1,9310	,7168	57,1681
	85	61,0000	2,1034	1,2478	62,4778
	90	63,0000	2,1724	1,4602	64,6017
	95	69,0000	2,3793	2,0973	70,9734
	99	74,0000	2,5517	2,6283	76,2831

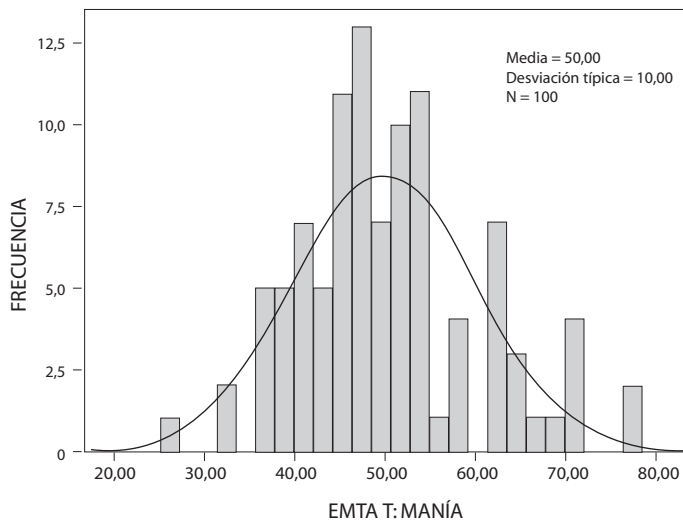


Gráfico 10. Distribución de los puntajes estandarizados en la escala T, Manía

El gráfico 10 ilustra la distribución de los puntajes estandarizados en la escala T, con promedios (50) y desviación de (10).

A partir de los resultados de la tabla 15, que se ilustran a continuación con el gráfico 11, se pudo identificar que los rangos de clasificación están a un nivel bajo para el 81% de los casos y medio para el 19%.

Como se ilustra a continuación con el gráfico 10, se pudo identificar que los rangos de clasificación están a un nivel bajo para el 82% de los casos y medio para el 18%.

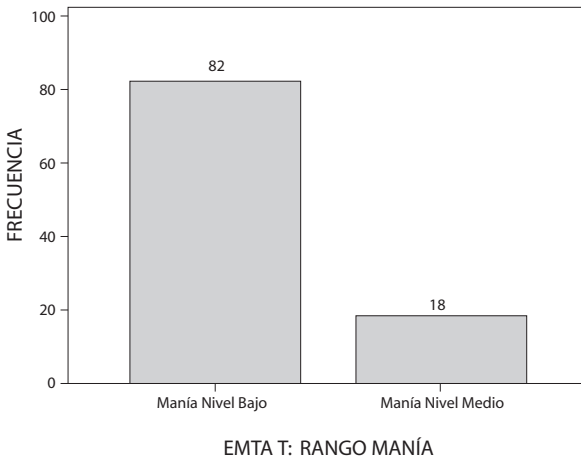


Gráfico 11. Rangos de clasificación de la Subescala de Manía

Finalmente, se presenta el índice de correlación estimado, entre las subescalas de Depresión y Manía, el cual fue equivalente a (r. 616), denotando una asociación directamente proporcional y significativa al 99%. Estos resultados indican que hay una tendencia positiva entre los puntajes de las dos subescalas, tal como se ilustra a continuación con la tabla 16 y el gráfico 11.

Tabla 16. Índice de correlación entre las subescalas de Depresión y de Manía

Correlaciones				
			EMTA: DEPRESIÓN	EMTA: MANÍA
Rho de Spearman	EMTA: DEPRESIÓN	Coefficiente de correlación	1,000	,616**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	99	99
	EMTA: MANÍA	Coefficiente de correlación	,616**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	99	100
** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).				

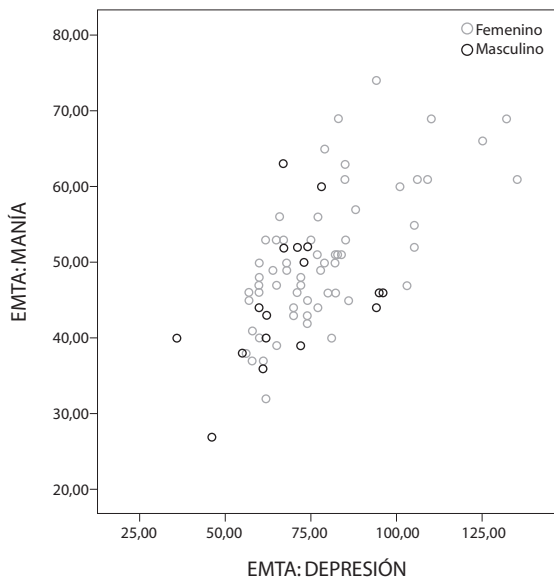


Gráfico 12. Índice de correlación entre las subescalas de Depresión y de Manía

## DISCUSIÓN

A continuación se establecen las articulaciones derivadas de los estudios relacionados y los resultados presentados, tomando como eje referencial el objetivo general de este estudio, el cual tiene por objeto el diseño y validación piloto de la Escala Multidimensional de los Trastornos Afectivos (EMTA) a partir del marco psicométrico de especificaciones para desarrollo de pruebas objetivas, con su correspondiente valoración de confiabilidad y validez, brindando un aporte en los procesos de evaluación psicológica.

Partiendo del referente de que el estudio de los trastornos del estado de ánimo se ha centrado en la delimitación de los conceptos y la numeración de los síntomas, pero el diagnóstico y la intervención son elementos que aún presentan importantes falencias, pues a pesar de ser los trastornos afectivos una de las principales afecciones actuales, no se cuenta con herramientas que amparen objetivamente todas las dimensiones que componen dichos estados mórbidos.

El diseño de la escala multidimensional EMTA, la cual mide los trastornos afectivos, cuenta con una escala de Depresión y una de Manía. El instrumento fue revisado por tres jueces expertos. Mediante los resultados de esta revisión se realizó el pilotaje con 100 sujetos escogidos mediante un muestreo intencional no probabilístico de sujetos seleccionados por el método de experto, para responder a los criterios de inclusión-exclusión de la aplicación piloto, teniendo en cuenta que en esta muestra las mujeres contaron con un mayor nivel de representación por género en comparación con los hombres.

Por otra parte, se hace indispensable responder a la pregunta problema que nos formulamos para esta investigación de tipo psicométrico: ¿Cuáles son los índices de confiabilidad y validez que reporta la escala multidimensional de trastornos afectivos (EMTA) en una muestra de adultos de 18 a 45 años?

Cabe resaltar el comportamiento psicométrico de la EMTA en relación con los índices de confiabilidad *Alfa de Cronbach* obtenidos en la Subescala de Depresión ( $\alpha$ : 0.942), el cual se considera superior y denota la calidad de psicométrica asociada al diseño de la escala. En complemento, el índice *Alfa de Cronbach* obtenido en la Subescala de Manía fue igual a ( $\alpha$ : 0.834), el cual se considera un buen resultado, ya que es mayor de 0.80, y en este caso, a diferencia de la Escala de Depresión, cuenta con 29 ítems.

Con el fin de mejorar los índices de confiabilidad, se sugiere revisar en la Subescala de Depresión los ítems p10, p14, p16 y p20, cuyas relaciones fueron inferiores a ( $r$ .30), con la finalidad de precisarlos de manera semántica o conceptual. Por otro lado, en la Escala de Manía se sugiere revisar los ítems p52, p62, p63 y p64.

Para identificar el nivel de manía o depresión de los sujetos, cada una de las subescalas puntuaron en rangos de nivel bajo, medio y alto. En el caso de la Subescala de Depresión, se pudo identificar que los rangos de clasificación están a un nivel bajo para el 81% de los casos y medio para el 19%; en la Subescala de Manía, los rangos de clasificación están a un nivel bajo para el 82% de los casos y medio para el 18%.

Es importante resaltar que este pilotaje responde a la primera fase del proceso investigativo en el diseño y validación de la Escala EMTA, la cual se constituye en la base de desarrollo de una segunda fase de estandarización, en la cual se contará con dos muestras de participantes (clínicos y no clínicos). En tal sentido, con la segunda fase se espera incorporar adicionalmente la aplicación de otras escalas clínicas que permitan fortalecer la evidencia relacionada tanto con la validez de criterio concurrente, así como con los criterios de convergencia y discriminancia, siendo de mayor pertinencia, dado que en esta segunda etapa se podrá comparar el comportamiento diferencial de la escala en cada una de las dos muestras de estudio, y en particular, la muestra clínica permitirá valorar con mayor pertinencia los niveles de convergencia y discriminación frente a otros modelos de medición y evaluación de los Trastornos Afectivos.

En conclusión, las herramientas psicométricas actuales, si bien hacen un aporte significativo al espacio operativo de los profesionales de la salud mental, se hacen débiles para la complejidad que ha tomado el diagnóstico de los trastornos afectivos. Las cifras epidemiológicas muestran que los estudios realizados y las propuestas de intervención dejan aún por fuera importantes factores que inciden en la proliferación de los trastornos afectivos.

En este orden de ideas, se hace evidente que una de las mayores dificultades ha sido la integración de dichos factores incidentes en una herramienta completa, cuya objetividad y soporte empírico permita una visión adecuada de las impresiones parciales que hacen parte de la atención primaria, y son esenciales para el mejoramiento de la actividad preventiva e interventora de la psicología actual. Siendo EMTA una escala ajustada a nuestra población, lo cual nos brindaría respuestas a las necesidades planteadas con anterioridad.

## REFERENCIAS

- Araya, S. (2007). Prevalencia de la depresión mayor unipolar no diagnosticada en la población entre los 15 y los 35 años. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*, 16 (578), 27-32. Recuperado de <http://www.pdf-search-engine.com/depresion-mayor-pdf.html>

- Ayuso, J. (1990). Comorbilidad depresión-ansiedad: aspectos clínicos. *Revista electrónica de psiquiatría*, 1(1). Recuperado de [http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol1num1/artic\\_2.htm](http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol1num1/artic_2.htm)
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción: fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca.
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders*. Estados Unidos: The Guilford Press.
- Beck, A., Freeman, A. & otros. (1995). *Terapia Cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Bech, P., Bolwig, T., Dein, E., Jacobsen, O. & Gram, L. (1993). Quantitative Rating of Manic States. Correlation between clinical assessment and Beigel's objective Rating Scale. *Acta psychiatry Scand*, 52(1), 1-6.
- Beck, A. (1997). *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Desclée de Brower.
- Brennan, J. (1999). *Historia y sistemas de la Psicología*. México: Prentice Hall.
- Caballo, V. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo Veintiuno Editores.
- Cadavid, N. Delgado, A. & Prieto, G. (2007). Construcción de una escala de depresión con el modelo de Rasch. *Psicobema*, 19 (3). Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=72719323>
- Calderón Narváez, G. (1995). Un cuestionario para simplificar el diagnóstico del síndrome depresivo. *Revista de Neuro - Psiquiatría del Perú*. Recuperado de: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/neuro\\_psiquiatria/v60\\_n2/cuestionario%20.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/neuro_psiquiatria/v60_n2/cuestionario%20.htm).
- Campos, M. & Martínez-Larrea, J. (2002). Trastornos afectivos: análisis de su comorbilidad en los trastornos psiquiátricos más frecuentes. *ANALES Sis San Navarra*, 25 (3), 117-136. Recuperado de <http://www.cfnavarra.es>
- Caro, I. (1997). *Manual de psicoterapia cognitiva*. España: Paidós.
- Cardona, D. (2007). *Manejo de la depresión*. Recuperado de <http://www.utp.edu.co/facies/educacioncontinua/psiquiatria/DEPRESION.pdf>.
- Carretero-Dios, H. & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 521-551.
- Colina, L. & Rodríguez, A. (2008). *Terapia cognitiva para los trastornos de personalidad*. Venezuela: Los libros de el nacional.
- Cormier & Cormier. (1994). *Estrategias de entrevista para terapeutas. Habilidades básicas e intervención conductual cognoscitiva*. Barcelona: Desclée de Brower.
- Davidoff, L. (1982). *Introducción a la Psicología*. México: McGraw-Hill.
- Domènech-Llaberia, E., Araneda, N., Xifró, A. & Dolors Riba, M. (2003). Escala de Depresión Escolar para maestros ESDM 3-6. *Psicobema*, 15 (4), 575-580.
- Domènech-Llaberia, E. & Polaino-Lorente, A. (1990). La escala ESDM como instrumento adicional en el diagnóstico de la depresión infantil. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 17(3), 105-113.



- DSM-IV-TR. (2003). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto Revisado*. Barcelona: Masson.
- Duch, F., Ruiz de Porras, L., Ruiz de Porras, D., Allué, B. & Palou, I. (1999). Psicometría de la ansiedad, la depresión y el alcoholismo en Atención Primaria. *SEMERGEN*, 3 (99), 209-225. Recuperado de <http://www.semergen.es/semergen/cda/documentos/revistas/pdf/numero3-99/209-225.pdf>
- Durand, M. & Barlow, D. (2001). *Psicología anormal. Un enfoque integral*. México: Thomson.
- Durand, M. & Barlow, D. (2007). *Psicopatología. Un enfoque integral de la psicología anormal*. México: Thomson.
- Ecueburúa, E. (2001). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. *Psicología conductual*. Recuperado de <http://www.nutrinfo.com>
- El Colombiano (2010). *Cuidado con la depresión*. Recuperado de [http://www.elcolombiano.com/BancoConocimiento/C/cuidado\\_con\\_la\\_depresion/cuidado\\_con\\_la\\_depresion.asp](http://www.elcolombiano.com/BancoConocimiento/C/cuidado_con_la_depresion/cuidado_con_la_depresion.asp)
- Fernández Ballesteros, R. (1994). *Evaluación Conductual Hoy*. Barcelona: Pirámide.
- Ferrer, A. (2002). La preocupación, mal de nuestros días. *Revista Psicología desde el Caribe*, Universidad del Norte. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=21300905>
- Franco, C. (2004). Psychological Treatment of bipolar disorder [reseña]. *Revista internacional de psicoanálisis*.
- Garay, V. (2004). Algunos factores en la salud mental de la mujer rural temporera y su abordaje desde la terapia grupal. *Revista de psicología* (Universidad de Chile), 13, 103-113. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=26413108>
- Garrett, H. (1958). *Las grandes realizaciones de la Psicología experimental*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. (2008). Instrumentos de evaluación de la Depresión. *Guía Práctica sobre el manejo de la Depresión mayor en el adulto*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC.
- González, M., Herrero, M., Viña, C., Ibáñez, I. & Peñate, W. (2004). El modelo tripartito: relaciones conceptuales y empíricas entre ansiedad, depresión y afecto negativo. *Revista latinoamericana de psicología*, 36(2). Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80536208>
- Gómez, C. & Roa, L. (2002). Tratamiento de una depresión causada por pérdida afectiva: caso único. *Servicio de psicología aplicada. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/>
- Harrison, Beck & Buceta. (1984). Terapia cognitiva de la depresión. *Revista de Psicología Aplicada*, 39 (4).

- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2008). *Metodología de la Investigación* (4ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Hyde, J. (1991). *Psicología de la mujer, la otra mitad de la experiencia humana*. Barcelona: Morata.
- Labrador, F. & Cruzado, J. (1996). *Manual de técnicas de modificación y terapia de la conducta*. Madrid: Pirámide.
- Leahey, T. (1999). *Historia de la psicología: principales corrientes en el pensamiento psicológico*. Madrid: Prentice Hall.
- Linn, S. & Darse, J. (1988). *Psicoterapias contemporáneas: modelos y métodos*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Luna, I. *Trastornos de personalidad y género*. Recuperado de <http://www.psiquiatriabiologica.org.co>
- Luyten, P., Lowyck & Corveleyn, J. (2003). *Teoría y tratamiento de la depresión: ¿Hacia su integración?* Universidad de Lovaina (Bélgica). Recuperado de <http://www.fresno.ultima.edu.pe>
- Mahoney, M. & Freeman, A. (1985). *Cognición y psicoterapia. Cognición y desarrollo Humano*. Barcelona: Paidós.
- Millon, T & Davis, R. (1998). *Trastornos de personalidad: más allá del DSM-IV*. Barcelona: Ediciones Masson.
- Millon, T. & Davis, R. (2000). *Trastornos de personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Ediciones Masson.
- Ministerio de Salud de Colombia. (1998). Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. Versión Preliminar. Santa Fe de Bogotá, Oficina de Comunicaciones.
- Moreno, P. (2002). *Superar la ansiedad y el miedo*. España: Desclée de Brouwer.
- Moreno, P. & Martin, J. (2004). *Dominar la crisis de ansiedad*. España: Desclée de Brouwer.
- Obst, J. (2004). *Introducción a la Terapia Cognitiva. Teoría, aplicaciones y nuevos desarrollos*. Buenos Aires: C.A.T.R.E.C.
- Ortiz, M. (2007). Experiencias en la intervención psicológica con familias de personas dependientes. *Intervención Psicosocial*, 16 (1). Madrid. Recuperado de <http://www.scielo.isciii.es>
- Pear, M. (1999). *Modificación de la conducta. Qué es y cómo aplicarla*. Madrid: Prentice Hall.
- Posada-Villa, J., Aguilar-Gaxiola, S., Magaña, C. & Gómez, L. (2004). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio Nacional de Salud Mental. Colombia, 2003. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33 (3). Recuperado de <http://www.psiquiatria.or.com>
- Prados, J. (2002). La preocupación: teoría e intervención. Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de [http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/35/430/racp\\_xvi\\_n1pp61\\_67.pdf](http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/35/430/racp_xvi_n1pp61_67.pdf)

- Quiroga, E. & Errasti, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema*, 13 (3). Recuperado de <http://www.psicothema.com>
- Radloff, J. S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1 (pp. 385-401).
- Riquelme Marín, A., Buendio Vidal, J. & López Navas, A. (2006). Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación de la depresión en ancianos. *Psicothema*, 18(1), 288-292.
- Riso, W. (1992). *Depresión. Avances recientes de la cognición y el procesamiento de la información*. Medellín: Centro de Estudios Avanzados en Psicología.
- Rodríguez, A. (2009). Psicoterapia Cognitiva. Principios básicos y generales depresión trastornos de ansiedad. VI Jornada de Psicoterapia Avanzada, 28 y 29 de agosto, Universidad del Norte, Maestría en Psicología, profundización clínica y especialización clínica.
- Roca, E. *Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de la personalidad*. Recuperado de <http://www.cop.es>
- Romero, A. & Sánchez, R. (2009). Análisis factorial confirmatorio de síntomas en el síndrome maniaco a partir de la aplicación de la escala EMUN. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(2), 304-315.
- Ruiz, J. & Cano, J. *Manual de Psicoterapia Cognitiva*. Recuperado de <http://www.psicologiaonline.com>.
- Salinas, J. (1998). La Aplicación de Técnicas Cognitivo y Conductuales para el Tratamiento de la Depresión: Un caso. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 1(1). Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/jorgluis.html>
- San Narciso, G.I., Gutiérrez, E., Sáiz, P.A., González, M<sup>a</sup> P., Bascarán, M<sup>a</sup> T. & Bobes, J. (2000). Evaluación de trastornos de la personalidad en pacientes heroínomanos mediante el International Personality Disorders Examination (IPDE). *Adicciones*, 12 (1). Recuperado de <http://www.unioviedo.es>
- Sarason, I. & Sarason, B. (1996). *Psicología Anormal el problema de la conducta inadaptada*. México: Prentice Hall.
- Sue, D., Sue, D. & Sue, S. (1994). *Comportamiento Anormal*. México: Mc Graw-Hill.
- Wolpe, J. (1977). *Práctica de la terapia de la conducta*. México: Trillas.
- Tominica, A. & Martínez, C. (2009). La Variable Personalidad en el Estudio de la Psicoterapia: ¿Medida de Resultado o Proceso? *Terapia psicológica*, 27(1). Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=78511885005>
- Zayfert, C. & Black, C. (2007). *Terapia cognitiva-conductual para el tratamiento del estrés posttraumático*. México: Manual Moderno.

## ANEXO

**Escala multidimensional para la Medicion  
de Trastornos Afectivos, EMTA  
Abello, D. & Cortés, O. (2011)**

**Versión piloto Ajustada**

**Subescala de Depresión**

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

	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1. Me siento muy triste y/o deprimido(a).	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Me siento sin esperanzas.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Creo que la mayoría de la gente está mejor que yo.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. En el último mes he sentido muchas ganas de llorar.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Siento que mi vida está vacía.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. No me encuentro satisfecho(a) con ella.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Me siento solo(a).	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Siento que todo en mi vida está perdido.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Las cosas que me gustaban ya no interesan.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Las cosas que antes me molestaban ahora me son indiferentes.	(1)	(2)	(3)	(4)
11. No me interesa ver ni hablar con los demás.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Mis actividades favoritas ahora me aburren.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Prefiero quedarme en mi cuarto, y/o en mi casa, que hacer cosas nuevas.	(1)	(2)	(3)	(4)

*Continúa...*

	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
14. Presento una disminución en mi deseo sexual.	①	②	③	④
15. Suelo tener menos iniciativa que antes.	①	②	③	④
16. He bajado notablemente de peso.	①	②	③	④
17. Presento una disminución significativa de mi apetito.	①	②	③	④
18. Recientemente presento un aumento significativo de peso.	①	②	③	④
19. Presento un aumento significativo de mi apetito.	①	②	③	④
20. Me levanto más temprano de lo habitual, sin motivo aparente.	①	②	③	④
21. Tengo problemas para conciliar el sueño.	①	②	③	④
22. Al levantarme me siento muy cansado (a).	①	②	③	④
23. Me despierto constantemente en las noches.	①	②	③	④
24. Tengo el sueño ligero o me despierto fácilmente.	①	②	③	④
25. Ahora soy más lento para realizar mis actividades cotidianas que antes.	①	②	③	④
26. Me es difícil sonreír.	①	②	③	④
27. Hablo menos de lo habitual.	①	②	③	④
28. Ha habido periodos de tiempo en el que suelo permanecer inmóvil por largo tiempo.	①	②	③	④
29. Siento que no soy útil ni necesario (a).	①	②	③	④
30. Siento que todo lo malo que pasa es mi culpa.	①	②	③	④
31. Pienso que los demás estarían mejor sin mí.	①	②	③	④
32. Siento que todo lo que me propongo sale mal y me lo merezco.	①	②	③	④

*Continúa...*

	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
33. Siento que todo lo que me sucede es un castigo	1	2	3	4
34. Me siento cansado(a) sin razón aparente.	1	2	3	4
35. Me siento sin energías para realizar mis tareas habituales.	1	2	3	4
36. Me siento fatigado(a).	1	2	3	4
37. No me resulta fácil hacer las cosas que solía hacer antes.	1	2	3	4
38. Me cuesta tomar decisiones.	1	2	3	4
39. Me cuesta concentrarme.	1	2	3	4
40. Pienso más lento de lo habitual.	1	2	3	4
41. El desempeño en mi trabajo y/o estudio ha disminuido.	1	2	3	4
42. Me cuesta cumplir con mis responsabilidades.	1	2	3	4
43. Pienso en la muerte.	1	2	3	4
44. He pensado en quitarme la vida.	1	2	3	4
45. He planeado acabar con mi vida.	1	2	3	4
46. He intentado acabar con mi vida.	1	2	3	4
47. He sentido que mis relaciones familiares han desmejorado.	1	2	3	4
48. He intentado acabar con mi vida.	1	2	3	4
49. He sentido que mis relaciones familiares han desmejorado.	1	2	3	4

A continuación se presenta una serie de enunciados relacionados con la intensidad con que se presentan los síntomas que en la lista anterior usted identificó que lo afectaban casi siempre o siempre. Marque con una “x” la respuesta que más se aproxime a su situación.

50. Teniendo en cuenta los síntomas que usted identificó en la lista anterior que lo afectaban casi siempre o siempre, por favor, indique al día con qué intensidad lo afectan:	
a. De 1 a 6 horas al día	1
b. De 7 a 12 horas al día	2
c. De 13 a 18 horas al día	3
d. De 19 a 24 horas al día	4

51. El estado de ánimo depresivo y triste me afecta:	
a. Nunca	1
b. de 1 a 3 días a la semana	2
c. de 4 a 6 días a la semana	3
d. Todos los días de la semana	4

52. Mi falta de interés en la mayoría de las actividades permanece durante:	
a. Nunca	1
b. de 1 a 3 días a la semana	2
c. de 4 a 6 días a la semana	3
d. Todos los días de la semana	4

53. Teniendo en cuenta los síntomas que usted identificó en la lista anterior que lo afectan casi siempre o siempre, por favor, indique por cuánto tiempo lo han afectado:	
a. Menos de 2 semanas	1
b. 2 semanas o más	2
c. 2 meses o más	3
d. 2 años o más	4