



**EVALUACIÓN  
MULTIMÉTODO Y MULTIINFORMANTE  
DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA  
EN NIÑOS Y ADOLESCENTES**

Anna Figueras Masip

2006

Tesis Doctoral dirigida por el  
Dr. Juan Antonio Amador Campos

# 3

## MÉTODO

### 3.1 Participantes

Se han evaluado tres grupos de participantes, en función de los objetivos del estudio. Un primer grupo de participantes, que forma la muestra comunitaria, fue evaluado en escuelas públicas y concertadas de la provincia de Barcelona. Un segundo grupo, que forma la muestra clínica, fue evaluado en servicios clínicos. El tercer grupo evaluado, surge de los dos grupos anteriores y forma la muestra de evaluación multimétodo y multiinformante, en la que se recogió información de los niños o adolescentes, de sus padres y de sus profesores. El nivel socioeconómico, calculado según el índice de Hollingshead (1975), de la muestra comunitaria es medio y medio-bajo, y el de la muestra clínica es medio-bajo, tal y como se puede observar en la tabla 3-1.

**TABLA 3-1.** Nivel socioeconómico de la muestra comunitaria y clínica según el índice de Hollingshead.

	Muestra comunitaria	Muestra clínica
Alto	20,4%	0%
Medio - alto	15,1%	12,1%
Medio	26,0%	9,1%
Medio - bajo	32,3%	66,7%
Bajo	5,4%	12,1%

### 3.1.1. Muestra comunitaria

La muestra inicial está formada por 1.706 participantes de edades comprendidas entre los 10 y los 16 años procedentes de siete escuelas públicas y concertadas de la provincia de Barcelona, escolarizados entre quinto de Educación Primaria (EP) y cuarto de Educación Secundaria Obligatoria (ESO). El 53,6% de la muestra son chicas (914) y el 46,4% son chicos (792). La media de edad es de 13 años y medio, y la desviación típica es de un año y medio. En la tabla 3-2 se presenta la distribución de la muestra según curso y sexo.

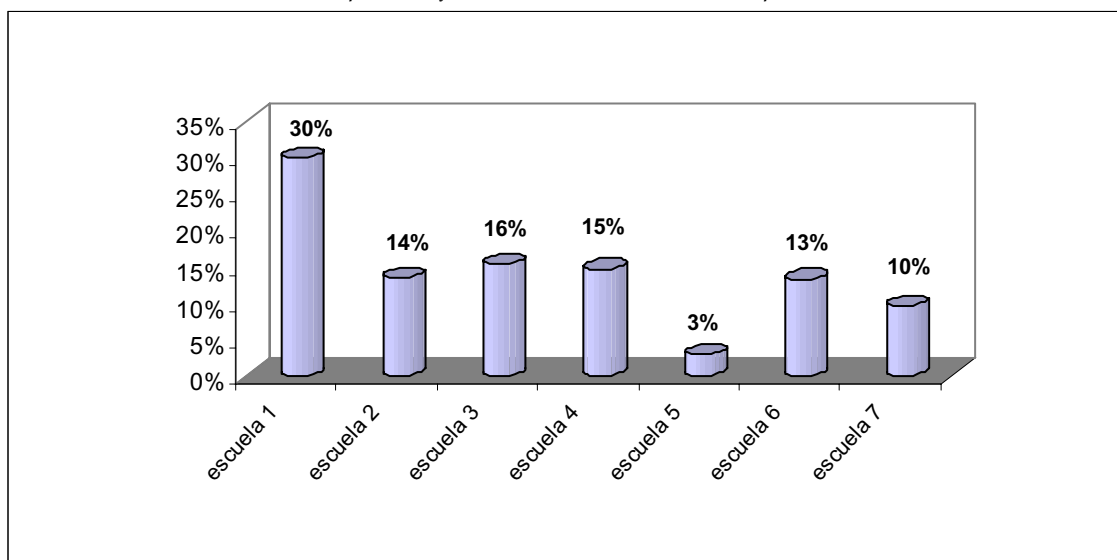
**TABLA 3-2.** Distribución de la muestra comunitaria según curso y sexo.

CURSO	SEXO		total
	chicos	chicas	
5° PRIM	57	67	124
6° PRIM	83	108	191
1° ESO	181	182	363
2° ESO	137	154	291
3° ESO	191	213	404
4° ESO	143	190	333
<b>TOTAL</b>	<b>792</b>	<b>914</b>	<b>1.706</b>

En la figura 3-1 se muestra la distribución entre las siete escuelas de los participantes evaluados. Para la realización de este estudio se contactó con una escuela de cada distrito de la ciudad de Barcelona y con diversas escuelas de la provincia de Barcelona, de las cuales siete accedieron a la realización del estudio con sus alumnos (cinco de la ciudad condal y dos de la provincia). Tal y como se observa, la escuela 5 es

la que menos participantes aporta, debido a que es una escuela de primaria en la que sólo se evaluó participantes de los cursos de 5° de primaria, y la que más aporta es la número 1 en la cual se evaluaron participantes de 5° de primaria hasta 4° de ESO.

**FIGURA 3-1.** Distribución en porcentajes de la muestra comunitaria por escuelas.



Los participantes de la muestra comunitaria han sido evaluados en dos momentos temporales distantes entre sí dos semanas. La distribución según curso y sexo se muestra en la tabla 3-3. Como puede comprobarse entre la fase de test y retest ha habido una disminución de 254 participantes, lo que representa una mortalidad estadística del 14,88% de la muestra de la fase de test.

**TABLA 3-3.** Distribución de la muestra comunitaria según la fase de administración, el curso y el sexo.

CURSO	TEST			RETEST		
	CHICOS N (%)	CHICAS N (%)	TOTAL N	CHICOS N (%)	CHICAS N (%)	TOTAL N
5° PRIM	57	67	124	32	38	70
6° PRIM	83	108	191	57	74	131
1° ESO	181	182	363	162	162	324
2° ESO	137	154	291	121	142	263
3° ESO	191	213	404	169	191	360
4° ESO	143	190	333	126	168	294
<b>TOTAL</b>	<b>792 (46.4%)</b>	<b>914 (53.6%)</b>	<b>1.706</b>	<b>667 (46%)</b>	<b>775 (54%)</b>	<b>1.452</b>

### 3.1.2. Muestra clínica

Está formada por 285 participantes (148 chicas, 51,9%, y 137 chicos, 48,1%) de edades comprendidas entre los 9 y los 18 años. La media de edad es de 14 años y la desviación típica de 2 años. Los participantes cursaban cuarto, quinto y sexto de Educación Primaria, los cuatro cursos de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y primero de Bachillerato. En la tabla 3-4 recoge la distribución de la muestra según curso y sexo.

**TABLA 3-4.** Distribución de la muestra clínica según curso y sexo.

CURSO	SEXO		total
	chicos	chicas	
4º PRIM	11	5	16
5º PRIM	14	7	21
6º PRIM	17	14	31
1º ESO	18	17	35
2º ESO	27	19	46
3º ESO	25	41	66
4º ESO	17	28	45
1º BACHILLERATO	8	17	25
<b>TOTAL</b>	<b>137</b>	<b>148</b>	<b>285</b>

El equipo de estudio contactó con diversos servicios de atención psicológica de la ciudad de Barcelona y de su provincia de los cuales dos accedieron a recoger datos para el estudio. Así, la muestra se recogió en dos servicios clínicos públicos (Centros de Salud Mental Infantil y Juvenil - CSMIJ) de la provincia de Barcelona, el primero de ellos recogió un 30,18% de la muestra y el resto, 69,82%, fue recogido por el segundo de ellos.

El protocolo de evaluación presentado por el grupo de estudio y aprobado por el equipo clínico de cada uno de los servicios (formado por psiquiatras, psicólogos y asistentes sociales) estableció que la evaluación se realizaría en la fase de acogida del niño o adolescente al servicio. En la entrevista de acogida (realizada por el psicólogo o psicóloga del servicio) se aplicaban los dos instrumentos de autoinforme de depresión (CDI y RADS o RCDS, en función de la edad).

### 3.1.3. Evaluación multimétodo y multiinformante: grupos control, de riesgo y clínico

Los participantes de las fases comunitaria y clínica que superaban el punto de corte establecido en los instrumentos de autoevaluación administrados en dos fases distantes entre sí de dos semanas, pasaban a formar parte de la tercera fase del estudio y se han evaluado de forma individualizada con diversos tipos de instrumentos y por diferentes informantes. Esta muestra está formada por 188 participantes, que formaban parte de tres grupos: control, de riesgo y clínico. El rango de edad de este grupo es de 9 a 18 años, con una media de 14 años y una desviación típica de un año y medio.

El nivel socioeconómico de la muestra de este estudio, según el índice de Hollingshead (1975), es medio-bajo. El índice es medio para la muestra control y medio-bajo para la muestra de riesgo y clínica.

El grupo control está formado por aquellos participantes que no presentan sintomatología depresiva. Estos participantes fueron escogidos al azar de entre aquellos de la muestra comunitaria que no superaron el punto de corte establecido en ninguna de las administraciones (test y retest) de los autoinformes de evaluación de la sintomatología depresiva. El grupo está formado por 46 participantes, que representan el 24,5% del total de la muestra de este tercer estudio. El grupo de riesgo está compuesto por todos los participantes de la muestra comunitaria que superaron en el test y en el retest el punto de corte establecido en los instrumentos, es decir, presentaban sintomatología depresiva. Este grupo lo forman 102 participantes, el 54,2% de la muestra. El grupo clínico está formado por 40 participantes pertenecientes a la muestra clínica que superaron el punto de corte en la administración de los instrumentos y representa el 21,3%. Esta información se recoge en la tabla 3-5 que además también muestra la distribución de los grupos según el sexo.

**TABLA 3-5.** Distribución de los grupos control, de riesgo y clínico según sexo.

	Chicos	Chicas	Total
Grupo control	19	27	46
Grupo de riesgo	39	63	102
Grupo clínico	9	31	40
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>121</b>	<b>188</b>

Se ha recogido información de 114 padres (60,6%) y 136 profesores (72,3%) de los 188 participantes evaluados individualmente. La información proveniente de los padres se obtuvo de los tres grupos de estudio (control, de riesgo y clínico), pero la información de profesores sólo se pudo obtener en la muestra control y de riesgo, es decir, en aquellos participantes evaluados en un contexto escolar. La tabla 3-6 muestra la distribución de la muestra según informante y grupo.

**TABLA 3-6.** *Distribución de los grupos control, de riesgo y clínico según informante.*

	Propio participante	Padres	Profesores
Grupo control	46	23	41
Grupo de riesgo	102	53	95
Grupo clínico	40	38	-
<b>Total</b>	<b>188</b>	<b>114</b>	<b>136</b>

## 3.2 Instrumentos

En este apartado se presentan los instrumentos que se han utilizado en esta investigación. En primer lugar se revisa el procedimiento de traducción y adaptación de los instrumentos para el estudio y, en segundo lugar, se presentan las características psicométricas de cada instrumento, datos descriptivos y de administración de cada uno. Para cada instrumento se revisan diversos estudios realizados por diversos autores tanto con su versión original, como con las adaptaciones a otros contextos e idiomas, incluido el castellano siempre que exista esta adaptación.

### 3.2.1. Traducción y adaptación de los instrumentos

Algunos de los instrumentos que se utilizan en esta investigación no estaban traducidos ni al castellano ni al catalán, por lo que ha habido que traducirlos para poder utilizarlos en nuestro contexto. Por otro lado, alguno de los instrumentos ha tenido que ser adaptado a los criterios diagnósticos en vigencia, como es el caso de la entrevista diagnóstica. Se ha traducido al catalán y al castellano el *Reynolds Adolescent Depression Scale* (RADS, Reynolds, 1987, 2002), el *Reynolds Child Depression Scale* (RCDS, Reynolds, 1987), el *Children's Depression Inventory* (CDI, Kovacs, 1992) y las *Devereux Scales of Mental Disorders* (DSMD, Naglieri, LeBuffe y Pfeiffer, 1994). Para el RADS, el RCDS y las DSMD se pidió permiso a los autores y a las editoriales correspondientes para realizar la traducción, en el caso del CDI se partió de una traducción previa de Amador realizada para uso exclusivo de investigación. Para los instrumentos *Youth Self Report* (YSR) *Child Behavior Checklist* (CBCL) y *Teacher Report Form* (TRF) se han aplicado las versiones bilingües castellano-catalán de Abad y Forns (1991a, CBCL y 1991b, YSR) y Abad y Amador (1991, TRF).

El procedimiento de traducción y adaptación seguido para los cuatro instrumentos anteriormente reseñados (RADS, CDI, RCDS y DSMD) ha sido el siguiente (Brislin, Lonner y Thorndike, 1973; Brislin, 1986; Candell y Hulin, 1987):

1. Traducción directa del cuestionario del inglés al castellano y del inglés al catalán por dos traductores expertos y con conocimientos de evaluación psicológica y psicopatológica.
2. Comparación de las traducciones para evaluar las diferencias de interpretación.



3. *Back translation* del catalán y castellano al inglés, por otros traductores expertos.
4. Cotejo de las versiones directas y las back translations por personas bilingües para comprobar la equivalencia conceptual y semántica de los enunciados.
5. Redacción definitiva de la versión que se presenta en este trabajo.

En el presente trabajo se han administrado todos los instrumentos en una versión bilingüe castellano-catalán. Este formato se escogió por la experiencia de trabajos anteriores (Abad et al., 1991a, 1991b) con cuestionarios que evalúan alteraciones psicopatológicas en los que se comprobó que la versión bilingüe facilita la comprensión del enunciado.

La entrevista diagnóstica es la adaptación de la *Diagnostic Interview for Children and Adolescents - Revised* (DICA-R; Reich, Shayka y Taibleson, 1991) a los criterios del DSM-IV (APA, 1995), vigentes en el momento en el que se inició este estudio. No ha habido cambios importantes en la estructura de la entrevista, tan solo algunas modificaciones en la denominación de los trastornos (trastorno negativista y trastorno disocial en lugar de negativismo y trastorno de conducta, respectivamente, y trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez en lugar de trastorno por evitación), y en la estructura del apartado de uso y abuso de sustancias, donde se han evaluado además del uso, abuso y dependencia de sustancias, la frecuencia de consumo, cómo afecta este consumo y las repercusiones sociales que comporta. Dentro de este apartado se ha evaluado el consumo de alcohol, tabaco, marihuana, colas y otras drogas.

### **3.2.2. Children's Depression Inventory, CDI (Kovacs, 1992)**

El instrumento de autoinforme que mide sintomatología depresiva más utilizado en niños y adolescentes es el Children's Depression Inventory (CDI) elaborado por Kovacs y colaboradores (1983). Esta escala se creó a partir del Beck Depresión Inventory (Beck, 1967), para ser aplicado a niños y adolescentes en edad escolar.

Kovacs realizó dos versiones preliminares del CDI en 1975 y 1976, de las cuales modificó el modo de puntuación, el contenido y la redacción de los ítems. La versión definitiva fue publicada en 1977. El manual del test fue publicado en 1992 y se incluyeron en él, tanto los datos psicométricos del CDI de los estudios de la propia

autora, como una revisión de estudios de otros autores y sus resultados más relevantes. En el año 2004, cuando ya se habían recogido los datos de esta investigación, aparece la versión española del instrumento (Del Barrio y Carrasco, 2004) publicada por TEA, en la que se incluyen revisiones de estudios y resultados con el CDI en nuestro contexto.

El CDI cuantifica un amplio rango de síntomas depresivos incluyendo el estado de ánimo deprimido, problemas interpersonales, sentimientos de incapacidad, anhedonia y autoestima negativa. De las diversas medidas de depresión existentes es la que requiere un nivel más bajo de habilidad lectora. La escala discrimina entre jóvenes con diagnóstico de depresión mayor o distimia, otros trastornos psiquiátricos y muestra comunitaria. Es una prueba sensible a los cambios de la sintomatología depresiva a través del tiempo.

El CDI consta de 27 ítems que se presentan con tres opciones de respuesta que puntúan con 0, 1 ó 2. Cuanto mayor es la puntuación, mayor es la severidad del síntoma. El significado de cada opción es el siguiente:

- 0 ausencia de sintomatología
- 1 sintomatología leve
- 2 sintomatología grave

La puntuación total puede ir de 0 a 54 puntos. La mitad de los ítems empiezan con la opción que refleja mayor severidad del síntoma, y en el resto la secuencia de presentación está invertida. A pesar de que el CDI no es un instrumento diagnóstico, sus ítems se corresponden con los síntomas que aparecen en el DSM-IV (APA, 1995) y en el DSM-IV-TR (APA, 2000), tal y como se muestra en la siguiente tabla.

**TABLA 3-7.** Contenido de los ítems del CDI relacionados con los síntomas recogidos en el DSM-IV y DSM-IV-TR (APA, 1995 - 2000).

	Criterios DSM-IV / DSM-IV-TR	Ítems CDI
A (1)	Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio participante (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.	1, 2, 10, 20
A (2)	Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio participante u observan los demás).	4

(Continúa)

**TABLA 3-7. (Continuación).** Contenido de los ítems del CDI relacionados con los síntomas recogidos en el DSM-IV y DSM-IV-TR (APA, 1995 - 2000).

Criterios DSM-IV / DSM-IV-TR		Ítems CDI
A (3)	Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.	18
A (4)	Insomnio o hipersomnía casi cada día.	16
A (5)	Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).	15
A (6)	Fatiga o pérdida de energía casi cada día.	17
A (7)	Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).	3, 7, 8, 25
A (8)	Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).	13
A (9)	Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.	9

La edad recomendada para su aplicación es de 7 a 17 años, y el punto de corte (centil = 90) establecido por la autora, según baremos americanos, está en una puntuación directa de 20. En otros estudios realizados con niños y adolescentes el punto de corte se ha reducido a 19 (Funfudis, 1986; Kazdin y Petti, 1982) y en algunos estudios a 17 (Canals, Martí, Fernández y Doménech, 1995).

El CDI ha sido utilizado en numerosos estudios, aunque debido a su elevado número tan sólo algunos de ellos han sido recogidos en las siguientes tablas, que resumen datos normativos, fiabilidad, validez y estructura factorial del CDI. Se ha hecho referencia a estudios con el CDI tanto en su versión inglesa, como en su versión en otros idiomas incluido el castellano y el catalán.

En los estudios revisados las puntuaciones medias del CDI oscilan en un intervalo entre 5,30 y 17,40 en muestras comunitarias y entre 5,92 y 19,20 en muestras clínicas, siendo las menores las de las muestras no anglosajonas (Ghareeb y Beshai, 1989; Steinsmeier, 1987), y las mayores las de muestras clínicas y psiquiátricas (Hepperlin, Stewart y Rey, 1990; Saylor, Finch, Spirito y Bennet, 1984; Weiss y Weisz, 1988). Kovacs (1992) evaluó a 1.266 participantes (592 chicos de entre 7 y 15 años y 674 chicas de entre 7 y 16 años), que dividió en dos grupos de edad: de 7 a 12 años y de 13 a 16. Encontró una media de 9,8 (DT =7,3), para la muestra de participantes mayores de

13 años, y una media de 10,5 (DT = 7,3) para los participantes menores de 12 años. Las medias y desviaciones típicas de otras muestras estudiadas por Kovacs se incluyen en la tabla 3-8, junto con otros estudios realizados por diversos autores.

**TABLA 3-8.** Medias y desviaciones típicas del CDI en diversos estudios.

AUTORES	N	EDAD	MUESTRA	MEDIA (Desviación típica)
Green, 1980	630	12-15	comunitaria	9,72 (7,00)
Kovacs, 1980/81		10-13	comunitaria	9,27
Hodges , Siegel, Mullins y Griffin, 1983	175	10-12	comunitaria	8,54
Kovacs, 1983	860	8-15	comunitaria	9,28 (7,30)
Hesel y Matson, 1984	216	4-18	comunitaria	10,2
Saylor, Finch, Spirito y Bennett, 1984	294	7-13	comunitaria	6,29
Finch, Saylor y Edwards, 1985	1.463	7-16	comunitaria	9,65 (7,30)
Rotundo y Hensley, 1985	24	12-16	comunitaria	5,30 (4,80)
Smucker, Craighead, Craighead y Green, 1986	615 369 268	8-13 12-16 11-13	comunitaria comunitaria comunitaria	8,67 (7,02) 9,59 (6,57) 9,38 (7,67)
Nelson, Politano, Finch, Wendel y Maghall, 1987	525	6-18	comunitaria	12,69 (8,35)
Steinsmeier, 1987	153	10-13	comunitaria (versión alemana)	Chicos 10,5 (5,4) Chicas 9,3 (3,7)
Wierzbicki, 1987	50 niños 191 madres	6-16	comunitaria	8,16 (5,62) 4,30 (4,53)
Ghareeb y Beshai, 1989	1.010 chicos 1.019 chicas	7-16	comunitaria (versión árabe)	15,38 a 13,16 (5,99 a 7,29) 13,32 a 17,92 (5,86 a 7,98)
Ollendick y Yule, 1990	336 USA 327 UK	8-10	comunitaria	9,23 (7,21) 9,91 (7,40)
Koizumi, 1991	1.090	9-15	comunitaria	17,40
Hodges , Siegel, Mullins y Griffin, 1983	123	10-12	clínica	11,18
Kovacs, 1983	29	8-15	clínica	5,92 (4,27)
Kovacs, 1983	75	8-15	clínica	9,69 (7,17)
Saylor, Finch, Spirito y Bennett, 1984	269	7-16	clínica	10,96
Rotundo y Hensley, 1985	60	12-16	clínica	19,20 (11,50)
Weiss y Weisz, 1988	110 139	8-11 12-16	clínica	11,48 13,54
Hepperlin, Stewart y Rey, 1990	81 chicas 126 chicos	11-18	clínica	16,3 (8,8) 11,9 (7,7)

Los estudios realizados con muestra española, han encontrado medias superiores a las de Kovacs (1992). Monreal (1988) aplicó el CDI a una muestra de 907 niños de entre 9 y 12 años y encontró una media de 12,18 y una desviación típica de 8,44. Figueras, Amador y Cano (2001) han evaluado 413 participantes (180 chicos y 233 chicas) entre 12 y 18 años y han obtenido una media de 11,67 y una desviación de 6,01. Del Barrio et al. (2004), en la adaptación española de la prueba, evaluaron un total de 7.759 participantes con edades comprendidas entre 7 y 15 años y obtuvieron una media de 10 con una desviación típica de 5,92. Estudios revisados en el manual de la adaptación española del CDI recogen medias comprendidas entre 9,98 y 12,19 (Mestre, García, Frías, y Moreno, 1992; Del Barrio y Mestre, 1989; Del Barrio, Frías y Mestre, 1994)

Las diferencias entre sexos han sido inconsistentes en diferentes estudios revisados. Algunos investigadores han encontrado que los chicos puntuaban más alto que las chicas en el CDI (Bartell y Reynolds, 1986; Finch, Saylor y Edwards, 1985; Huntley, Phelps y Rehm, 1987; Kovacs, 1992; Smucker, Craighead, Craighead y Green, 1986); otros autores han encontrado que las chicas puntuaban por encima de los chicos (Doerfler, Felner, Rowlinson, Raley y Evans, 1988; Ghareeb et al., 1989; Kazdin, French y Unis, 1983; Seligman, Peterson, Kaslow, Tanenbaum, Alloy y Abramson, 1984; Reinherz, Frost, Stewart-Berghauer, Pakiz, Kennedy y Schille, 1990; Weiss, Weisz, Politano, Carey, Nelson y Finch, 1992). Por otro lado, diversos estudios han encontrado que no hay diferencias entre sexos en las puntuaciones del CDI (Faust, Baum y Forehand, 1985; Gates, Lineberger, Crockett y Hubbard, 1988; Haley, Fine, Marriage, Moretti y Freeman, 1985; Hesel y Matson, 1984; Kaslow, Rehm y Siegel, 1984; Weiss et al., 1988; Wierzbicki, 1987).

Kovacs (1992), hace una revisión de estudios que han analizado la fiabilidad del CDI, tanto su consistencia interna, como la fiabilidad test-retest o la fiabilidad de dos mitades. A continuación se presenta un resumen de los estudios que aportan datos de consistencia interna, fiabilidad test-retest y fiabilidad por el método de las dos mitades en diferentes muestras comunitarias y clínicas de diversos países (tabla 3-9). La mayoría de estudios han encontrado coeficientes alfa que oscilan entre 0,71 y 0,94, indicadores de una buena consistencia interna del instrumento.

El CDI evalúa los sentimientos, el estado de ánimo y el funcionamiento durante las dos semanas anteriores a la administración del test. El cuestionario mide síntomas

más que rasgos, que son menos cambiantes a lo largo del tiempo. Dado que el CDI mide un estado más que un rasgo, el intervalo de retest para evaluar la fiabilidad debe ser corto, entre 2 y 4 semanas (Kovacs, 1992; Sitanerios y Kovacs, 1999). En la tabla 3-9, se resumen diferentes estudios que han evaluado la fiabilidad test-retest. Como se puede comprobar, la fiabilidad oscila entre 0,38 y 0,88, en intervalos de tiempo comprendidos entre 1 semana y 1 año. La fiabilidad de dos mitades se encuentra entre 0,57 y 0,84.

**TABLA 3-9.** Investigaciones que han estudiado la fiabilidad del CDI.

AUTORES	N	MUESTRA	EDAD	CONSISTENCIA INTERNA	TEST-RETEST	DOS MITADES
Kovacs, 1983	860	comunitaria	8-15	0,87	0,84 (2 semanas)	
Hesel y Matson, 1984	108	comunitaria	4-18			0,89
Kaslow, Rehm y Siegel, 1984	108	comunitaria	7-13		0,83 (2 semanas)	
Seligman, Peterson, Kaslow, Tanenbaum, Alloy y Abramson, 1984	96	comunitaria	8-13	0,86	0,80 (6 meses)	
Saylor, Finch, Spirito y Bennet, 1984	294	comunitaria	7-12	0,94	0,38 (1 semana)	0,73
Smucker, Craighead, Craighead y Green, 1986	615 369 268	comunitaria	8-13 12-16 11-13	0,84 0,83 0,89	de 0,77 a 0,41 (3 semanas-1 año)	
Finch, Saylor, Edwards, McIntosh, 1987	108	comunitaria	7-12		0,82 (2 semanas) 0,66 (4 semanas) 0,67 (6 semanas)	
Wierzbicki, 1987	96 50	comunitaria comunitaria	padres 6-16 8-14	0,85	0,77 (4 semanas)	
Ghareeb y Beshai, 1989	2029	comunitaria (versión árabe)	7-16	de 0,79 a 0,88	de 0,72 a 0,81 (1 semana)	
Ollendick y Yule, 1990	336 USA 327 UK	comunitaria	8-10	0,85 0,87		
Weiss, Weisz, Politano, Carey, Nelson y Finch, 1992	515 515	comunitaria comunitaria	8-12 13-16	0,86 0,88		
Kovacs, 1983	29	clínica	8-15	0,86		
Kovacs, 1983	75	clínica	8-15	0,71		
Saylor, Finch, Spirito y Bennet, 1984	269	clínica	7-12	0,80	0,87 (1 semana)	0,57
Nelson, Politano, Finch, Wendell y Mayball, 1987	525	clínica	6-18	0,86		
Weiss y Weisz, 1988	110 139 249	clínica clínica clínica	8-11 12-16 8-16	0,81 0,89	0,54 (6 meses)	
Hepperlin, Stewart y Rey, 1990	207	clínica	11-18	0,87		0,84

Los estudios con la versión en castellano del CDI muestran también una buena fiabilidad del instrumento. Monreal (1988) encontró un alfa de 0,75 y Figueras et al. (2001) obtuvieron una consistencia interna de 0,82 y una fiabilidad test-retest de 0,80. Otro estudio con una muestra comunitaria de 1.286 niños encontró una consistencia interna de 0,79 (Frías, 1990). Mestre, Frías y García-Ros (1992), encontraron un coeficiente alfa de 0,77, en una muestra comunitaria de 952 participantes con una media de edad de 14 años. La adaptación española del CDI (Del Barrio et al., 2004) muestra un alfa de Cronbach de 0,79, una fiabilidad test-retest de 0,38 y una fiabilidad de las dos mitades de 0,77.

La validez convergente del CDI con otras medidas que evalúan síntomas de depresión, u otros constructos relacionados, varía entre media y elevada. Las correlaciones con otras medidas de depresión oscilan entre 0,13 y 0,87, y las correlaciones entre el CDI y otras medidas de constructos como la autoestima, la ansiedad, el estilo atribucional o el autoconcepto, oscilan entre 0,10 y 0,73. Las correlaciones entre la información proporcionada por diversos informantes (padres, profesores y compañeros) y el autoinforme del CDI varían entre 0,08 y 0,34. En la tabla 3-10 se presentan los estudios de validez convergente del CDI agrupados en los siguientes aspectos: autoconcepto, depresión, autoestima, ansiedad, estilo atribucional, desesperanza, psicopatología y heteroinformantes.

**TABLA 3-10.** Estudios que evalúan la validez del CDI.

CONCEPTO	INSTRUMENTO	AUTORES	CORRELACIÓN
<b>Autoconcepto</b>	Pier-Harris	Allen y Tarnowski, 1989	-0,79
	Pier-Harris	Knigt, Hensley y Waters, 1988	-0,79
	Pier-Harris	Saylor, Finch, Bassin, Furey y Nelly, 1984	-0,64
	Pier-Harris	Saylor, Finch, Spirito y Bennet, 1984	0,64
	Pier-Harris	McCauley, Mitchell, Burke y Moss, 1988	-0,76
	Pier-Harris	Rotundo y Hensley, 1985	-0,89
<b>Depresión</b>	DSRS	Asarnow y Carlson, 1985	0,82 a 0,81
	CES-D	Faulstich, Carey, Ruggiero, Enyart y Gresham, 1986	0,44
	BDI	Ghareeb y Beshai, 1989	0,71 a 0,87
	CDI (maestros)	Ines y Sacco, 1992	0,44

(Continúa)

TABLA 3-10. (Continuación). Estudios que evalúan la validez del CDI.

CONCEPTO	INSTRUMENTO	AUTORES	CORRELACIÓN
Depresión	RCDS	Bartell y Reynolds, 1986	0,70
	RCDS	Reynolds, Anderson y Bartell, 1985	0,70
	RADS	Nieminen y Matson, 1989	0,56
	CDS	Haley, Fine, Marriage, Moretti y Freeman, 1985	0,73
	CDS	Rotundo y Hensley, 1985	0,84
	PNID	Saylor, Finch, Bassin, Furey y Nelly, 1984	0,16
	RADS HAMILTON	Shain, Naylor y Alesi, 1990	0,87
	PNID	Worchel, Hughes, Hall, Stanton y Little, 1990	0,27
	TRF escala depresión	Worchel, Hughes, Hall, Stanton y Little, 1990	0,13
	TRF escala depresión	Wolfe, Finch, Saylor, Blount, Pallmeyer y Carek, 1987	0,17
Autoestima	Coopersmith	Bartell y Reynolds, 1986	0,70 -0,71
	Coopersmith	Kaslow, Rehm y Siegel, 1984	de 0,39 a - 0,44
	Coopersmith	Reynolds, Anderson y Bartell, 1985	- 0,61
Ansiedad	STAIC	Blumberg y Izard, 1986	0,58
	RCMAS	Felner, Rowlison, Raley y Evans, 1988	0,63
	RCMAS	Reynolds, Anderson y Bartell, 1985	0,58
	STAIC RCMAS	Wolfe, Finch, Saylor, Blount, Pallmeyer y Carek, 1987	de 0,36 a 0,52 0,56
	RCMAS	Ollendick y Yule, 1990	de 0,64 a 0,61
Estilo atribucional	CASQ	Curry y Craighead, 1990	Positivo -0,54 Negativo 0,51
	CASQ	Hammen, Adrain y Hiroto, 1988	0,51
	Kastan	Kaslow, Rehm y Siegel, 1984	de 0,39 a - 0,44
	CASQ	Kuttner, Delameter y Santiago, 1989	0,44
	CASQ	McCauley, Mitchell, Burke y Moss, 1988	- 0,76
	CASQ	Nolen-Hoeksema, Girus y Seligman, 1986	0,29 a 0,36
	Kastan	Saylor, Finch, Bassin, Furey y Nelly, 1984	0,46
	Kastan	Saylor, Finch, Spirito y Bennet, 1984	0,46
	CASQ	Seligman, Peterson, Kaslow, Tanenbaum, Alloy y Abramson, 1984	0,51

(Continúa)



TABLA 3-10. (Continuación). Estudios que evalúan la validez del CDI.

CONCEPTO	INSTRUMENTO	AUTORES	CORRELACIÓN
Psicopatología	CBCL	Hammem, Adrian, Gordon, Burge, Jaenicke y Hiroto, 1987	0,31
	CBCL	Hepperlin, Stewart y Rey, 1990	0,26
	YSR	Hepperlin, Stewart y Rey, 1990	0,73
	MMPI-D	Lipovsky, Finch y Belter, 1989	0,35
	CBCL	Renouf y Kovacs, 1994	0,33
	CBCL	Weiss y Weisz, 1988	de -0,15 a 0,33
	TRF internalización	Wolfe, Finch, Saylor, Blount, Pallmeyer y Carek, 1987	0,24
	TRF internalización	Worchel, Hughes, Hall, Stanton y Little, 1990	0,10
Desesperanza		McCauley, Mitchell, Burke y Moss, 1988	- 0,58 0,64
Heteroinformantes	padres profesores	Reynolds, Anderson y Bartell, 1985	de 0,08 a 0,26 0,38
	profesores	Blumberg y Izard, 1986	0,34
	profesores	Fauber, Forehand, Long, Burke y Faust, 1987	0,26

BDI = Beck Depression Inventory; CASQ = Children attributional Style Questionnaire; CBCL = Child Behavior Checklist; CDI = Children's Depression Inventory; CDS = Child Depression Scale; CES-D = Center of Epidemiologic Studies Depressive; DSRS = Depression Self Rating Scale; MMPI-D = Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Depression; PNID = Peer Nomination Inventory for Depression; RADS = Reynolds Adolescent Depression Scale; RCDS = Reynolds Child Depression Scale; RCMAS = Reynolds Children's Manifest Anxiety Scale; STAIC = Scale-Trait Anxiety Inventory for Children; TRF = Teacher Report Form; YSR = Youth Self Report.

Los estudios realizados con muestra española indican una buena validez del CDI. Del Barrio et al. (1989), con una muestra de 1.286 niños entre 8 y 12 años, encontraron correlaciones bajas y significativas entre el CDI y el síndrome de banda estrecha de ansiedad/depresión del CBCL ( $r = 0,27$ ) y medias y significativas ( $r = 0,42$ ) con la escala ESDM (Escala de depresión para maestros; Doménech, 1986); no encontraron correlaciones significativas entre el CDI y la escala PNID (Lefkowitz y Tesiny, 1980). En esta misma investigación, con una submuestra de 223 participantes, analizaron las correlaciones entre el CDI y el CDRS (Children's Depression Rating Scale; Poznanski et al., 1984) y encontraron una  $r = 0,13$  ( $p = 0,05$ ). Martorell y Miranda (1987), obtuvieron correlaciones significativas entre las puntuaciones del CDI y

autoestima, locus de control y rendimiento escolar en una muestra de 400 niños entre 8 y 14 años. Del Barrio, Colondrón, de Pablo y Roa (1996), encontraron correlaciones significativas entre CDI y RADS ( $r = 0,78$ ) y RCDS ( $r = 0,73$ ). Frías (1990) obtuvo las siguientes correlaciones entre el CDI y diferentes medidas: autoestima ( $r = 0,58$ ), popularidad ( $r = 0,59$ ) y ansiedad ( $r = 0,59$ ), en una muestra comunitaria de 1.286 participantes, de edades comprendidas entre los 9 y los 11 años. Mestre et al. (1992), estudiaron la validez convergente del CDI con medidas que evaluaban el estado emocional (ansiedad, locus de control y autoconcepto) y encontraron correlaciones significativas con todas las medidas con valores comprendidos entre 0,40 y 0,61. La adaptación española (Del Barrio et al., 2004) recoge las correlaciones del CDI con diversas medidas del temperamento, personalidad, autoeficacia, ira y agresividad, mostrando correlaciones negativas y significativas con las escalas de temperamento, personalidad y autoeficacia (entre -0,11 y -0,50), y correlaciones significativas y positivas para las medidas de ira y agresividad, de entre 0,25 y 0,41.

Los estudios que han analizado la estructura factorial del CDI muestran diversos números de factores: ocho factores (Monreal, 1988), siete factores (Saylor et al., 1984), cinco factores (Craighead, Smucker, Craighead e Ilardi, 1998; Kovacs, 1992), tres factores (Weiss et al., 1988), dos factores (Del Barrio et al., 2004) y alguno de un factor (Weiss, Weisz, Politano, Carey, Nelson y Finch, 1991). En la tabla 3-11 se resumen diversos estudios sobre la estructura factorial del CDI. Craighead et al. (1998) encontraron diferencias según la edad en la distribución factorial del CDI, encontrando que en participantes adolescentes (13 a 17 años) surgía un sexto factor, que hacía referencia a alteraciones biológicas asociadas a la depresión (trastornos del sueño, pérdida de apetito y fatiga), los otros cinco factores eran: externalización, disforia, autodesprecio, problemas escolares y problemas sociales. Kovacs (1992) encontró cinco factores: humor negativo, problemas interpersonales, inutilidad, anhedonia y autoestima negativa. La adaptación española (Del Barrio et al., 2004) propone dos factores: disforia y autoestima.

TABLA 3-11. Investigaciones que han estudiado la estructura factorial del CDI.

AUTORES	MUESTRA	N	FACTORES (% varianza total explicada)	CONTENIDO
Craighead , Smucker, Craighead e Ilardi, 1998	Comunitaria	1.777	5 factores (61,4%)	- externalización - disforia - autodesprecio - problemas escolares - problemas sociales
Craighead , Smucker, Craighead e Ilardi, 1998	Comunitaria	924	6 factores (80,9%)	- disforia - problemas sociales - externalización - autodesprecio - problemas escolares - alteraciones biológicas
Kovacs, 1992	Comunitaria	1.266	5 factores	- humor negativo - problemas interpersonales - inutilidad - anhedonia - autoestima negativa
Monreal, 1988	Comunitaria	907	8 factores (47,8%)	- autoimagen negativa - tristeza y fatigabilidad - apatía, indecisión y componente somático - aislamiento social - humor depresivo e ideación suicida - conducta opositorista - ideación mórbida - anhedonia
Saylor, Finch, Spirito y Bennett, 1984	Comunitaria	198	8 factores (58,45)	*
Weiss y Weisz, 1988	Comunitaria	139	3 factores (8,59%)	*
Del Barrio y Carrasco, 2004	Comunitaria	7.759	2 factores (23,86%)	- disforia - autoestima
Saylor, Finch, Spirito y Bennett, 1984	Clínica	105	7 factores (57,5%)	*
Weiss y Weisz, 1988	Clínica	110	3 factores (11,51%)	*
Weiss, Weisz, Politano, Carey, Nelson y Finch, 1991	Clínica	515	5 factores	- afecto negativo - autoimagen negativa - anhedonia - aislamiento social - problemas de externalización - problemas escolares
Weiss, Weisz, Politano, Carey, Nelson y Finch, 1992	Clínica	768	1 factor (26%)	-síndrome general depresivo

\* No se da nombre a los factores

### 3.2.3. Reynolds Adolescent Depression Scale, RADS (Reynolds, 1987, 2002)

El Reynolds Adolescent Depression Scale (Reynolds, 1987, 2002) es un autoinforme que mide sintomatología depresiva en adolescentes. La primera versión del instrumento (Reynolds, 1987) y la segunda versión (Reynolds, 2002) mantienen el enunciado de los ítems y el formato de recogida de las respuestas, aunque la segunda versión presenta nuevas muestras de estandarización y cuatro subescalas. Estos datos se presentan de forma comparativa a los de la primera versión a lo largo de este apartado.

El RADS está dirigido a adolescentes de edades comprendidas entre los 13 y los 18 años en la primera versión (Reynolds, 1987) y entre 11 y 20 años en la segunda versión (Reynolds, 2002). Esta ampliación del rango de edad surge de la posibilidad que incluía el autor en la primera versión del autoinforme de ampliar el rango de edad de administración cuando se superara la edad límite de 18 años y el participante evaluado siguiera en la escuela.

El RADS está formado por 30 ítems y utiliza un formato de respuesta tipo Likert (1: *casi nunca*; 2: *algunas veces*; 3: *bastantes veces*; 4: *casi siempre*). El formato de respuesta evalúa la frecuencia de los síntomas que son signos positivos de sintomatología depresiva. Los ítems se puntúan de 1 a 4, excepto siete de ellos que son inconsistentes con síntomas de depresión y se puntúan al revés. Dichos ítems son:

1. Me siento feliz / *Em sento feliç*
5. Me siento importante / *Em sento important*
10. Tengo ganas de divertirme con los otros/as chicos/as / *Tinc ganes de divertir-me amb els altres nois/noies*
12. Creo que me quieren / *Crec que m'estimen*
23. Me gusta hablar con mis compañeros/as / *M'agrada parlar amb els meus companys/es*
25. Tengo ganas de divertirme / *Tinc ganes de divertir-me*
29. Me gusta comer / *M'agrada menjar*

En estos ítems una respuesta negativa indica psicopatología. La puntuación total del RADS puede ir de 30 a 120 puntos. El RADS puede ser administrado de forma individual o colectiva, así como oralmente a adolescentes con dificultades lectoras o con retraso del desarrollo.

El punto de corte (centil = 90) establecido por Reynolds (1987) en la primera versión del instrumento, con población americana, está en una puntuación directa de 77. En la segunda versión (Reynolds, 2002) la puntuación de corte se establece en una puntuación directa de 79 (centil = 90). En estudios realizados con adolescentes en nuestro contexto (Del Barrio et al., 1996) el punto de corte se ha reducido a 66, puntuación que corresponde a un centil 96 y 97, y que indica la existencia de sintomatología depresiva severa.

El RADS se elaboró teniendo en cuenta los síntomas que el DSM-III (APA, 1980) establecía para la depresión mayor y la distimia, y los síntomas de los RDC (Spitzer, Endicott y Robins, 1978). El RADS no proporciona un diagnóstico formal de depresión de acuerdo con los criterios diagnósticos establecidos (DSM-IV-TR, APA 2000). Fue diseñado para ser usado como prueba de cribado en la identificación de la sintomatología depresiva en adolescentes en el ámbito escolar y clínico, para investigación y para la evaluación de los resultados de los tratamientos. Los ítems de la escala tienen un enunciado breve y directo. En la tabla 3-12 se presenta la sintomatología asociada con cada uno de los ítems del cuestionario en relación con los síntomas recogidos en los RDC, en la CIE-10 (OMS, 1992), en el DSM-IV (APA, 1995) y en el DSM-IV-TR (APA, 2000).

**TABLA 3-12.** *Sintomatología depresiva asociada a cada uno de los ítems del RADS en relación con los síntomas recogidos en los RDC (Spitzer et al., 1978), en la CIE-10 (OMS, 1992) y en el DSM-IV/TR (APA, 1995, 2000).*

ítem	sintomatología	RDC	CIE-10	DSM-IV / TR
1	disforia	✓	✓	✓
2	ansiedad escolar	✓		
3	soledad	✓		✓
4	sentimientos de rechazo	✓		
5	auto desprecio	✓	✓	✓
6	aislamiento social	✓		✓
7	tristeza	✓	✓	✓
8	llanto	✓		✓

(Continúa)

**TABLA 3-12. (Continuación).** Sintomatología depresiva asociada a cada uno de los ítems del RADS en relación con los síntomas recogidos en los RDC (Spitzer et al., 1978), en la CIE-10 (OMS, 1992) y en el DSM-IV/TR (APA, 1995, 2000).

ítem	sintomatología	RDC	CIE-10	DSM-IV / TR
9	desprecio	✓	✓	✓
10	anhedonia	✓	✓	✓
11	quejas somáticas	✓	✓	
12	baja autoestima	✓	✓	✓
13	desaliento	✓	✓	✓
14	autolesiones	✓	✓	✓
15	baja autoestima		✓	✓
16	irritabilidad	✓	✓	✓
17	pesimismo	✓	✓	✓
18	fatiga	✓	✓	✓
19	autoreproches	✓	✓	✓
20	autodesprecio	✓	✓	✓
21	autocompasión	✓		✓
22	ira	✓		✓
23	reducción del habla	✓		✓
24	trastornos del sueño	✓	✓	✓
25	anhedonia en general	✓	✓	✓
26	preocupación	✓	✓	✓
27	quejas somáticas	✓	✓	
28	pérdida de interés	✓	✓	✓
29	trastornos de la alimentación	✓	✓	✓
30	desesperanza	✓	✓	✓

Reynolds (1987) evaluó un total de 2.460 participantes de edades comprendidas entre los 13 y los 18 años y encontró una media de 60,18 con una desviación típica de 14,29. En diversas muestras estudiadas por Reynolds (tamaños comprendidos entre 609 y 1.050 participantes, de edades entre 13 y 18 años) las medias oscilaban entre 58,86 y 62,45, y las desviaciones típicas entre 13,48 y 14,76. En la tabla 3-13 se muestran otros estudios en los cuales se han encontrado medias y desviaciones típicas similares a las de Reynolds (1987), en muestras de habla inglesa. Tal y como se ha comentado anteriormente, en muestras españolas estas medias son inferiores. En todos estos estudios se han encontrado diferencias significativas según el sexo, siendo las chicas las que puntúan más alto en el RADS. Reynolds (2002) evaluó un número más elevado de participantes de diferentes tipos de muestras (normativas, de reestandarización y clínicas) para el desarrollo de la segunda versión del RADS. En la tabla 3-13 se presentan los datos de las muestras de reestandarización y normativa.

**TABLA 3-13.** Medias y desviaciones típicas del RADS en diversos estudios.

AUTORES	N	EDAD	MUESTRA	MEDIA (Desviación típica)
Lapsley, Flanner, McGinnis y Drug, 1984	79	12-16	comunitaria	61,72
Dalley, 1985	207	13-18	comunitaria	62,60 (14,59)
Sullivan, 1985	730	13-18	comunitaria	59,20 (14,40)
Reynolds, 1987	2.460	13-18	comunitaria (muestra de estandarización)	60,18 (14,29)
	609	13-18		62,45 (10,97)
	806	13-18		62,42 (14,75)
	743	15-16		62,18 (14,76)
	681	13-18		62,04 (14,23)
	1.050	15-18		58,86 (14,17)
	723	13-18		60,00 (13,99)
Campbell, Byrne y Baron, 1992	207	13-15	comunitaria	52,19 (13,67)
Del Barrio, Colondrón, de Pablo y Roa, 1996	168	12-16	comunitaria (muestra española)	45,58 (8,64)
Reynolds y Mazza, 1998	89	11-15	comunitaria	62,09 (15,03)
Figueras, Amador y Cano, 2001	413	13-18	comunitaria (muestra española)	51,77 (11,07)
Reynolds, 2002	3.300	11-20	comunitaria (muestra de reestandarización)	59,66 (14,89)
	9.052	11-20	comunitaria	59,92 (15,27)
	297	12-19	clínica	57,65 (9,37)

La fiabilidad (consistencia interna y test-retest) del RADS oscila entre 0,91 y 0,96 en muestras de adolescentes comunitarios y clínicos con diagnóstico de depresión (Reynolds, 1987, 2002, Anderson y Reynolds, 1988; Dalley, Bolocofsky, Alcorn y Baker, 1992; Reynolds y Coats, 1982; Reynolds y Millar, 1989; Schonert-Reichl, 1994). Reynolds (1987) recoge coeficientes de consistencia interna comprendidos entre 0,92 y 0,96, obtenidos en estudios realizados con participantes entre los 13 y los 18 años. La consistencia interna del RADS, según Reynolds (1987), es de 0,92 y la fiabilidad test-retest es 0,80 (a las seis semanas), 0,79 (a los tres meses) y 0,63 (al año). En la segunda versión del RADS (Reynolds, 2002) los coeficientes de consistencia interna son de 0,92 y 0,93 y la fiabilidad test-retest de entre 0,85 y 0,89 (a las dos semanas). En la tabla 3-14 se resumen algunos estudios que han analizado la fiabilidad del RADS en muestras de habla inglesa y de otros idiomas, entre ellos el castellano.

TABLA 3-14. Investigaciones que han estudiado la fiabilidad del RADS.

AUTORES	N	EDAD	MUESTRA	CONSISTENCIA INTERNA	TEST-RETEST
Lapsley, Flanner, McGinnis y Drug, 1984	102	12-16	comunitaria	0,91	
Brown, 1985*	924	12-18	comunitaria	de 0,90 a 0,92	
Sullivan, 1985	679	14-16	comunitaria	de 0,93 a 0,95	
Baron y De Champlain, 1990	140	11-15	comunitaria (versión francesa)	0,93	0,86 (3 semanas)
Del Barrio, Colondrón, de Pablo y Roa, 1996	168	12-16	comunitaria (muestra española)	0,81	0,78 (1 semana)
Reynolds y Mazza, 1998	89	11-15	comunitaria	0,91	0,87 (5 semanas)
Figueras, Amador y Cano, 2001	413	13-18	comunitaria (muestra española)	0,89	0,82 (2 semanas)
	3.300	11-20	comunitaria (muestra de reestandarización)	0,92	0,86 (2 semanas)
Reynolds, 2002	9.052	11-20	comunitaria	0,93	0,85 (2 semanas)
	297	12-19	clínica		0,89 (2 semanas)

\*basado en 28 ítems del RADS

Las correlaciones entre las puntuaciones del RADS y del CDI, encontradas en diferentes estudios, muestran grados de congruencia elevados entre ambas escalas. Las correlaciones entre CDI y RADS oscilan entre 0,73 (Reynolds, 1987) y 0,62 (Matson y Nieminen, 1987). En población española, Del Barrio et al. (1996) encontraron una correlación entre CDI y RADS de 0,78. El RADS presenta una buena relación con otras medidas de depresión, como el Beck Depression Inventory (BDI: Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961), el Center for Epidemiological Studies - Depression Scale (CES-D; Radloff, 1977) y la Zung Self-Rating Depresión Scale (Zung, 1965), entre otras, con valores comprendidos entre 0,71 y 0,89 (Reynolds, 1987). La validez concurrente del RADS ha sido estudiada con entrevistas clínicas semiestructuradas de depresión. En general, en los diversos estudios con muestras clínicas de adolescentes, los investigadores han encontrado una buena validez concurrente entre el RADS y el diagnóstico a partir de entrevistas semiestructuradas (King, Katz, Ghaziuddin, Brand, Hill y McGovern, 1997; Reinecke y Schultz, 1995, Reynolds, 2002). En la tabla 3-15 se resumen estudios que han evaluado la validez del RADS.



**TABLA 3-15.** Investigaciones que han estudiado la validez del RADS.

AUTORES	INSTRUMENTOS	CORRELACIONES
Kahn, Kehel y Jonson, 1987	CDI	0,75
Reynolds, 1987	BDI	0,70 a 0,76
	CES-D	0,74 a 0,76
	ZUNG	0,72
	HDRS	0,83
	CDI	0,73
Shain, Naylor y Alessi, 1990	HDRS	0,73
	CDRS-R	0,87
Carey, Finch y Carey, 1991	Differential emotions Scale-IV	0,72
Reinecke y Schultz, 1995	HDRS	0,66
Del Barrio, Colondrón, De Pablo y Roa, 1996	CDI	0,78
Reynolds y Mazza, 1998	HDRS	0,76
	HDRS	0,82
	APS (Depresión)	0,76
	APS (Distimia)	0,74
	MMPI -Depresión	0,78
	BDI	0,71
	RCMAS	0,77
	HAS	0,60
	BHS	0,60
	SBI	0,56
SIQ	0,68	

APS = Adolescent Psychopathology Scale; BDI = Beck Depression Inventory; BHS = Beck Hopelessness Scale; CDI = Children's Depression Inventory; CES-D = Center of Epidemiologic Studies Depressive; HAS = Hamilton Anxiety Scale; HDRS = Hamilton Depression Rating Scale; MMPI-D = Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Depression; RCMAS = Reynolds Children's Manifest Anxiety Scale; SBI = Suicidal Behaviors Interview; SIQ = Suicidal Ideation Questionnaire; ZUNG = Zung Self-Rating Depression Scale.

Los estudios sobre la estructura factorial del RADS son escasos. Reynolds (1987), encontró cinco factores en una muestra comunitaria de 2.460 participantes: estado de ánimo depresivo, preocupación, quejas somáticas, anhedonia y auto desprecio. En la segunda versión del RADS (Reynolds, 2002) se ha estructurado el autoinforme en cuatro factores: disforia, anhedonia, autoevaluación negativa y quejas somáticas. Otros estudios con la versión francesa del RADS (Campbell, Byrne y Baron, 1994), han encontrado cinco factores etiquetados como somatizaciones, anhedonia, cognición, visión negativa de uno mismo y soledad (véase tabla 3-16).

**TABLA 3-16.** Investigaciones que han estudiado la estructura factorial del RADS.

AUTORES	N	FACTORES	CONTENIDO	% VARIANZA
Reynolds, 1987	2.402	5	- desmoralización - síntomas visibles de depresión - síntomas externalizantes - anhedonia - autodesprecio	50,3%
Campbell, Byrne y Baron, 1994	169	5	- somático - anhedonia - cognitivo - visión negativa de uno mismo - soledad	45,9%
Reynolds, 2002	9.052	4	- disforia - anhedonia - autoevaluación negativa - quejas somáticas	53,49%

### 3.2.4. Reynolds Child Depression Scale, RCDS (Reynolds, 1989)

El Reynolds Child Depression Scale (Reynolds, 1989) es una medida de autoinforme corta y de fácil administración, diseñada para evaluar sintomatología depresiva en niños de edades comprendidas entre los 8 y los 12 años. El RCDS se deriva de la escala del mismo autor para adolescentes (RADS, Reynolds, 1987), descrita en este mismo apartado.

El RCDS está formado por 30 ítems y utiliza un formato de respuesta de cuatro puntos tipo Likert (1: casi nunca, 2: algunas veces, 3: bastantes veces, 4: casi siempre) en 29 ítems. El último ítem (5 caras que muestran diferentes estados de ánimo) se puntúa con una escala de cinco puntos tipo Likert. La puntuación total puede ir de 30 a 121 puntos. El formato de respuesta evalúa la frecuencia de los síntomas que son signos positivos de psicopatología depresiva. El autoinforme tiene siete ítems que puntúan de forma inversa. En estos ítems una respuesta negativa es indicativa de patología. Dichos ítems son:

1. Me siento feliz / *Em sento feliç*

5. Me siento importante / *Em sento important*

10. Tengo ganas de divertirme con los otros/as niños/as / *Tinc ganes de divertir-me amb els altres nens/es*
12. Creo que me quieren / *Crec que m'estimen*
23. Me gusta hablar con otros niños/as / *M'agrada parlar amb altres nens/es*
25. Tengo ganas de divertirme / *Tinc ganes de divertir-me*
30. Marca el cuadrado de encima de la cara que muestra cómo te sientes / *Marca el quadrat de sobre de la cara que mostri com et sents*

El punto de corte (centil = 90) establecido por el autor, con población americana, está en una puntuación directa de 74, tanto para niños como para niñas. En estudios realizados con niños en nuestro contexto (Del Barrio et al., 1996) el punto de corte se ha reducido a 65, tanto para niños como para niñas, puntuación que corresponde a un centil 95, y que indica la existencia de sintomatología depresiva severa.

El contenido de los ítems del RCDS está basado en los criterios para la depresión del DSM-III-R (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales – 3ª ed. revisada, APA, 1988) y del RDC (Research Diagnostic Criteria; Spitzer, Endicott y Robins, 1978). El RCDS no proporciona un diagnóstico formal de depresión de acuerdo con los criterios diagnósticos establecidos por sistemas categoriales como el DSM-IV (APA, 1995) o la CIE-10 (OMS, 1992), sino que fue diseñado como una medida de evaluación de la sintomatología clínica depresiva para ser usado como cribado en la identificación de depresión en ámbito escolar y clínico, para investigación y para la evaluación de los resultados de los tratamientos. Los enunciados de la escala tienen un enunciado breve y directo. La tabla 3-17 recoge la sintomatología asociada con cada uno de los ítems del cuestionario en relación con los síntomas recogidos en los RDC, en la CIE-10 (OMS, 1992), en el DSM-IV (APA, 1995) y en el DSM-IV-TR (APA, 2000).

**TABLA 3-17.** *Sintomatología depresiva asociada a cada uno de los ítems del RCDS en relación con los síntomas recogidos en los RDC (Spitzer et al., 1978), en la CIE-10 (OMS, 1992) y en el DSM-IV/TR (APA, 1995, 2000).*

ítem	sintomatología	RDC	CIE-10	DSM-IV / TR
1	disforia	✓	✓	✓
2	ansiedad escolar	✓		
3	soledad	✓		
4	sentimientos de rechazo	✓		✓
5	autodesprecio	✓	✓	✓
6	aislamiento social	✓		✓
7	tristeza	✓	✓	✓
8	llanto	✓		✓
9	desprecio	✓	✓	✓
10	anhedonia	✓	✓	✓
11	quejas somáticas	✓	✓	✓
12	baja autoestima	✓	✓	✓
13	desaliento	✓	✓	
14	autolesiones	✓	✓	✓
15	baja autoestima		✓	✓
16	irritabilidad	✓	✓	✓
17	pesimismo	✓	✓	
18	fatiga	✓	✓	✓
19	auto reproches	✓	✓	✓
20	auto desprecio	✓	✓	✓
21	dificultades de concentración	✓		✓
22	autocompasión	✓		
23	reducción del habla	✓		✓
24	trastornos del sueño	✓	✓	✓
25	anhedonia en general	✓	✓	✓
26	preocupación	✓	✓	
27	quejas somáticas	✓	✓	✓
28	pérdida de interés	✓	✓	✓
29	inutilidad	✓	✓	✓
30	humor disfórico	✓	✓	✓

Reynolds (1989) evaluó un total de 1.620 participantes de entre 8 y 13 años y encontró una media de 56,41 con una desviación típica de 12,82. Diversos estudios realizados con el RCDS (tamaños comprendidos entre 19 y 470, de edades entre 7 y 13 años) muestran medias comprendidas entre 49,00 y 67,32, tal y como se puede ver en la tabla 3-18. En la misma tabla se recogen trabajos realizados con el RCDS en muestras de habla inglesa e hispana (Puerto Rico y España). La media de la muestra española es inferior a la muestra americana de estandarización (Reynolds, 1989). En todos los

estudios las niñas puntúan por encima de los niños, pero sin llegar a ser estas diferencias estadísticamente significativas.

**TABLA 3-18.** Medias y desviaciones típicas del RCDS en diversos estudios.

AUTORES	N	EDAD	MUESTRA	MEDIA (Desviación típica)
Reynolds, Stark, Wysopal, Schlessinger y Scheneider, 1984	470	8-12	Comunitaria	56,16 (12,49)
Lopez , 1985	180 181	10-13 10-13	Comunitaria Comunitaria (muestra Puerto Rico)	49,72 (9,35) 49,32 (10,68)
Reynolds, Anderson y Bartell, 1985	166	8-12	Comunitaria	66,54 (12,45)
Bartell y Reynolds, 1986	149	9-11	comunitaria	64,88 (11,26)
Breen, 1987	66 34	10-11 10-11	Comunitaria Comunitaria	51,84 (11,44) 52,71 (13,50)
Baker y Reynolds, 1988	92	9-12	Comunitaria	49,00 (10,80)
Reynolds, 1989	1.620	8-13	Comunitaria	56,41 (12,82)
Reynolds y Graves, 1989	220	8-12	Comunitaria	54,60 (11,30)
Rawson y Tabb, 1993	27	8-12	Comunitaria	52,56 (11,03)
Del Barrio, Colondrón, de Pablo y Roa, 1996	160	7-12	comunitaria (muestra española)	47,20 (8,30)
Roseby y Deutsch, 1985	27 19	9-11 9-11	Riesgo* Riesgo*	65,20 (15,30) 64,80 (8,80)
Stark, Reynolds y Kaslow, 1987	28	9-12	Clínica	67,32 (12,59)
Rawson y Tabb, 1993	99	8-12	Clínica	53,03 (11,49)

\*Hijos de padres separados o divorciados

La consistencia interna del RCDS, según recoge Reynolds (1989), oscila entre 0,85 y 0,90 para la muestra de estandarización y la fiabilidad test-retest es de 0,82 (a las dos semanas), y de 0,85 (a las cuatro semanas). Otros estudios informan de una consistencia interna que varía de 0,79 a 0,90, y de una fiabilidad test-retest que varía de 0,82 a 0,85. En la tabla 3-19 se resumen algunos estudios que han analizado la fiabilidad del RADS en muestras de habla inglesa e hispana.

**TABLA 3-19.** Investigaciones que han estudiado la fiabilidad del RCDS.

AUTORES	N	EDAD	MUESTRA	CONSISTENCIA INTERNA	TEST-RETEST
Reynolds, Stark, Wysopal, Schlessinger y Scheneider, 1984	470	8-12	Comunitaria	0,88	
Lopez , 1985	180	10-13	Comunitaria	0,89	
	181	10-13	Comunitaria (muestra Puerto Rico)	0,83	
Reynolds, Anderson y Bartell, 1985	166	8-12	Comunitaria	0,90	
Bartell y Reynolds, 1986	145	9-11	Comunitaria	0,89	
Breen, 1987	24	10-11	Comunitaria		0,82 (2 semanas)
Baker y Reynolds, 1988	92	9-12	Comunitaria	0,92	
Reynolds, 1989	1.620	8-13	Comunitaria	de 0,85 a 0,90	
Reynolds y Graves, 1989	220	8-12	Comunitaria	de 0,88 a 0,90	0,85 (4 semanas)
Del Barrio, Colondrón, de Pablo y Roa, 1996	160	7-12	comunitaria (muestra española)	0,79	0,85 (1 semana)
Stark, Reynolds y Kaslow, 1987	28	9-12	Clínica	0,88	

Las correlaciones entre las puntuaciones del RCDS y del CDI, encontradas en diferentes estudios son elevadas y oscilan entre 0,68 y 0,79. En población española, Del Barrio et al. (1996) encontraron una correlación entre CDI y RCDS de 0,73. El RCDS presenta una buena relación con otras medidas de depresión y de ansiedad, con valores comprendidos entre 0,68 y 0,79. En la tabla 3-20 se resumen estudios que han evaluado la validez del RCDS.

**TABLA 3-20.** Investigaciones que han estudiado la validez del RCDS.

AUTORES	INSTRUMENTOS	CORRELACIONES
Reynolds, Stark, Wysopal, Schlessinger y Scheneider, 1984	CDI	0,68
Stark, 1984	CDI	0,79
Reynolds, Anderson y Bartell, 1985	CDI	0,70
López, 1985*	CDI	0,75
Bartell y Reynolds, 1986	CDI	0,70
Baker y Reynolds, 1988	CDI	0,74

(Continúa)

**TABLA 3-20. (Continuación). Investigaciones que han estudiado la validez del RCDS.**

AUTORES	INSTRUMENTOS	CORRELACIONES
Reynolds, 1989	CDRS-R	0,76
Reynolds, 1989	CDI	0,78
Del Barrio, Colondrón, de Pablo y Roa, 1996	CDI	0,73
Reynolds, Stark, Wysopal, Schlessinger y Scheneider, 1984	SEI	-0,56
Stark, 1984	SEI	-0,50
Reynolds, Anderson y Bartell, 1985	SEI	-0,67
Bartell y Reynolds, 1986	SEI	-0,71
Reynolds, 1989	SEI	-0,65
Crosbie-Burnett, 1988	PCSC (escala global de autoestima)	-0,46
Stark, 1984	RCMAS	0,60
Reynolds, Stark, Wysopal, Schlessinger y Scheneider, 1984	RCMAS	0,63
Reynolds, Anderson y Bartell, 1985	RCMAS	0,67
Reynolds, 1989	RCMAS	0,76
Reynolds, Stark, Wysopal, Schlessinger y Scheneider, 1984	TGAR	-0,16
López, 1985	TGAR	0,14
Reynolds, Anderson y Bartell, 1985	TGAR	-0,03
Baker y Reynolds, 1988	TGAR	-0,13

CDI = Children's Depression Inventory; CDRS-R = Children's Depression Rating Scale-Revised; PCSC = Perceived Competence Scale for Children; RCMAS = Revised Children's Manifest Anxiety Scale; SEI = Self Esteem Inventory; TGAR = Teacher Global Achievement Rating

Los estudios sobre la estructura factorial del RCDS son escasos. Reynolds (1989), encontró cinco factores en una muestra comunitaria de 1.620 participantes. El primer factor hace referencia a una dimensión de dependencia y preocupación, con ítems que reflejan síntomas externos de la sintomatología depresiva. El factor 2 refleja una dimensión de desmoralización, caracterizada por sentimientos de desesperanza, inutilidad y aislamiento social. El factor 3 agrupa sintomatología externalizantes y quejas somáticas. El factor 4 se refiere al estado de ánimo deprimido y al pesimismo. El último y quinto factor refleja anhedonia. No se han encontrado estudios de la estructura factorial en población española ni en versiones en castellano.

### 3.2.5. Devereux Scales of Mental Disorders, DSMD (Naglieri, LeBuffe y Pfeiffer, 1994)

Las Devereux Scales of Mental Disorders (Naglieri et al., 1994) son una revisión de las escalas originales *Devereux Child Behavior Rating Scale* (Spivack y Spotts, 1966) y las *Devereux Adolescent Behavior Rating Scale* (Spivack, Spotts y Haimés, 1967). Estas escalas fueron desarrolladas para medir como el "niño se relaciona con su mundo de cosas y personas" (Spivack y Levine, 1964, p.702). Las escalas ofrecen un método efectivo y eficiente de detectar los problemas de comportamiento asociados con psicopatología en niños y adolescentes.

Las DSMD (Naglieri et al., 1994) fueron desarrolladas para conseguir diferentes objetivos:

1. Combinar las versiones infantil y adolescente en una sola escala con dos niveles que correspondieran a los dos grupos de edad, así como unificarlas en un solo manual.
2. Modernizar el lenguaje.
3. Modificar el formato para facilitar su administración, corrección e interpretación.
4. Seleccionar y organizar los ítems para que cubrieran todas las categorías de diagnóstico psicopatológico que se recogen en el DSM-IV (APA, 1994).
5. Realizar una nueva estandarización y obtener nuevos datos psicométricos.

En este apartado se presentan las características y las propiedades psicométricas de las escalas en su versión revisada (Naglieri et al., 1994), que es la escala que se ha traducido y adaptado para el presente estudio.

Las DSMD (Naglieri et al., 1994) fueron desarrolladas con el objetivo de evaluar conductas asociadas con psicopatología. La información obtenida se clasifica de acuerdo con el sistema DSM, aspecto que facilita la realización del diagnóstico a partir de estas escalas.



Las DSMD están dirigidas a valorar la conducta de participantes entre 5 y 18 años (se han establecido dos cuestionarios según la edad: de 5 a 12 años y de 13 a 18 años) por medio de las respuestas de padres y profesores. Estos heteroinformes deben ser completados por cada informante basándose en las observaciones que han hecho del niño o adolescente durante las últimas cuatro semanas. Las DSMD están formadas por 111 ítems en la versión infantil y 110 en la versión adolescente. Se utiliza un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos (0: *Nunca*; 1: *Pocas veces*; 2: *Algunas veces*; 3: *Muchas veces*; 4: *Casi siempre*).

Los autores de las DSMD (Naglieri et al., 1994) indican que el punto de corte se ha establecido en una puntuación T de 60 (1 desviación típica por encima de la media) de la escala total. Esta puntuación T se transforma en las siguientes puntuaciones directas en función del informante, de la edad y del sexo del participante para la escala total del instrumento (tabla 3-21).

**TABLA 3-21.** Puntuaciones directas correspondientes a la puntuación T de 60 de la escala total de las escalas DSMD según sexo, edad e informante.

	Chicos		Chicas	
	niños	adolescentes	niñas	adolescentes
<b>Padres</b>	350-354	348-352	349-353	349-353
<b>Profesores</b>	351-355	349-353	351-355	351-355

Los ítems se organizan en escalas derivadas de forma estadística y lógica (ver análisis factorial más adelante en este apartado), a fin de maximizar la información obtenida de las DSMD. El análisis factorial definió seis escalas de primer orden y tres compuestas o de segundo orden separadas según la edad del participante, tal y como se muestra en la tabla 3-22.

**TABLA 3-22.** Estructura de las escalas de primer orden según la edad.

5 A 12 AÑOS	13 A 18 AÑOS
Conducta	Conducta
Atención	Delincuencia
Ansiedad	Ansiedad
Depresión	Depresión
Autismo	Autismo
Problemas Agudos	Problemas Agudos

Las escalas de segundo orden o compuestas son tres: externalización, internalización y total y agrupan las escalas de primer orden tal y como muestra la tabla 3-23.

**TABLA 3-23.** Estructura de las escalas compuestas según la edad.

ESCALAS COMPUESTAS	5 A 12 AÑOS	13 A 18 AÑOS
<b>Externalización</b>	Conducta Atención	Conducta Delincuencia
<b>Internalización</b>		Ansiedad Depresión
<b>Patología Crítica</b>		Autismo Problemas Agudos

Naglieri et al. (1994) evaluaron un total de 3.153 participantes entre los 5 y los 18 años. Encontraron medias comprendidas entre 68,0 y 73,7 para los participantes de 5 a 12 años y de 59,7 a 69,9 para los de 13 a 18 años, y desviaciones típicas de 46,5 a 51,9 para niños y de 45,5 a 55,9 para adolescentes. Estos resultados se muestran en la tabla 3-24, junto con estudios de otros autores de habla inglesa. No se han encontrado estudios en habla hispana para esta escala. Las diferencias entre sexos, analizadas por Naglieri et al. (1994) en la muestra de estandarización, muestran la existencia de diferencias entre chicos y chicas, siendo los chicos los que puntúan por encima de las chicas. También se encontraron diferencias significativas entre los informantes. Naglieri et al. (1994), presentan datos separados por edades (de 5 a 12 años y de 13 a 18 años) por sexos y por informantes (padres y profesores).

TABLA 3-24. Medias y desviaciones típicas del DSMD en diversos estudios.

AUTORES	MUESTRA	INFORMANTE	ESCALA	N	EDAD	MEDIA (Desviación típica)
Naglieri, LeBuffe y Pfeiffer, 1994	Comunitaria	*	Escala total	144	5	68,7 (50,9)
				240	6	73,7 (49,6)
				254	7	70,9 (49,9)
				286	8	72,9 (46,5)
				268	9	72,1 (56,6)
				279	10	73,0 (51,9)
				291	11	68,0 (51,2)
				221	12	65,9 (49,2)
				280	13	65,2 (46,7)
				206	14	69,9 (55,9)
				195	15	68,2 (53,8)
				160	16	61,1 (49,9)
				156	17	67,7 (49,2)
				82	18	59,7 (45,5)
Eiraldi, Power, Karustis y Goldstein, 2000	Comunitaria	Padres	Atención Conducta Ansiedad Depresión	36	6-12	56,97 (11,56) 51,36 (11,68) 48,58 (10,42) 48,86 (10,79)
Smith, Wingenfeld, Hilsenroth, Reddy y LeBuffe, 2000	Comunitaria	Padres	Escala total	60	9-15	52,0 (10,9)
Curry e Iardi, 2000	Clínica	Padres	Internalización Externalización	108	13-18	67,23 (13,57) 67,61 (14,64)
Eiraldi, Power, Karustis y Goldstein, 2000*	Clínica	Padres	Atención	173	6-12	70,28 a 72,43 (9,93 a 11,86)
			Conducta			55,36 a 62,25 (10,30 a 10,85)
			Ansiedad			53,83 a 55,99 (10,02 a 11,43)
			Depresión			57,31 a 58,53 (12,51 a 14,30)
Smith, Wingenfeld, Hilsenroth, Reddy y LeBuffe, 2000	Clínica (disocial)	Padres	Escala total	34	8-15	69,8 (14,7)
Smith, Wingenfeld, Hilsenroth, Reddy y LeBuffe, 2000	Clínica (ADHD)	Padres	Escala total	31	8-15	69,9 (11,1)
Smith, Reddy y Wingenfeld, 2002	Clínica	Padres	Escala total	79	9-17	73,2 a 83,3 (12,3 a 13,0)
Hussey y Guo, 2003**	Clínica	Padres Profesores	Escala total	201	7-11	63,84 (14,34)

\* No hace referencia a puntuaciones diferenciadas según informantes.

\*\* No distingue entre las puntuaciones obtenidas por padres y profesores, ya que el participante era evaluado por un solo informante, sin ser relevante quien fuera.

Naglieri et al. (1994) determinaron la consistencia interna de las 10 escalas (la escala total, las 6 escalas de primer orden y las tres escalas de segundo orden o compuestas) de las DSMD utilizando el coeficiente alfa de Cronbach. Los resultados muestran que la escala total, las 3 compuestas y las 6 escalas de trastornos tienen una excelente consistencia interna (todas ellas superan el punto mínimo de 0,80, llegando incluso a superar el 0,95). Estos resultados se muestran en la tabla 3-25.

**TABLA 3-25.** *Consistencia interna según informante, edad y sexo.*

INFORMANTES	EDAD	ESCALA	CHICOS	CHICAS
Padres	5-12	Conducta	0,95	0,94
		Atención	0,83	0,78
		Ansiedad	0,88	0,86
		Depresión	0,87	0,84
		Autismo	0,89	0,85
		Problemas Agudos	0,78	0,78
		Externalización	0,96	0,95
		Internalización	0,93	0,91
		Patología crítica	0,90	0,88
		Escala total	0,97	0,97
	13-18	Conducta	0,99	0,96
		Delincuencia	0,74	0,70
		Ansiedad	0,80	0,80
		Depresión	0,91	0,91
		Autismo	0,83	0,87
		Problemas Agudos	0,90	0,90
		Externalización	0,93	0,93
		Internalización	0,96	0,95
		Patología crítica	0,92	0,92
		Escala total	0,97	0,97
Profesores	5-12	Conducta	0,98	0,98
		Atención	0,88	0,87
		Ansiedad	0,89	0,93
		Depresión	0,91	0,91
		Autismo	0,91	0,92
		Problemas Agudos	0,79	0,92
		Externalización	0,98	0,98
		Internalización	0,94	0,96
		Patología crítica	0,90	0,94
		Escala total	0,98	0,98
	13-18	Conducta	0,97	0,97
		Delincuencia	0,81	0,76
		Ansiedad	0,87	0,87
		Depresión	0,95	0,95
		Autismo	0,89	0,91
		Problemas Agudos	0,91	0,93
		Externalización	0,96	0,96
		Internalización	0,97	0,97
		Patología crítica	0,94	0,95
		Escala total	0,98	0,98

A fin de determinar la fiabilidad test - retest, Naglieri et al. (1994) hicieron dos estudios: uno con la muestra clínica y otro con una muestra escolar comunitaria. En el estudio clínico, los informantes (profesores y personal sanitario del centro de hospitalización) contestaron los cuestionarios dos veces en un intervalo de 24 horas. Los resultados (tabla 3-26) muestran una fiabilidad test - retest buena. En el estudio con muestra comunitaria los informantes (profesores) contestaron los cuestionarios dos veces en un intervalo de 1 semana. Los resultados (tabla 3-27) muestran que todos los coeficientes de fiabilidad son significativos, indicando que las DSMD tienen, en general, una buena fiabilidad test - retest con una muestra no clínica.

**TABLA 3-26.** *Fiabilidad test-retest en un intervalo de 24 horas.*

	Profesores (N = 30)	Personal sanitario (N = 18)
Conducta	0,95	0,78
Delincuencia / Atención	0,76	0,77
Ansiedad	0,75	0,41
Depresión	0,80	0,64
Autismo	0,93	0,72
Problemas Agudos	0,82	0,79
Externalización	0,89	0,79
Internalización	0,85	0,49
Patología crítica	0,91	0,85
Escala total	0,90	0,76

**TABLA 3-27.** *Fiabilidad test-retest en un intervalo de una semana (informante: profesores).*

	5-12 años (N=99)	13-18 años (N=35)
Conducta	0,88	0,83
Delincuencia / Atención	0,89	0,53
Ansiedad	0,80	0,65
Depresión	0,87	0,79
Autismo	0,87	0,58
Problemas Agudos	0,32	0,40
Externalización	0,89	0,70
Internalización	0,85	0,74
Patología crítica	0,74	0,51
Escala total	0,87	0,70

Naglieri et al. (1994) también estudiaron el grado de acuerdo entre informantes. Para ello trabajaron con un grupo clínico hospitalizado de 45 participantes. Administraron las DSMD a profesores y a ayudantes de los profesores en la misma semana. Los resultados indican un buen grado de acuerdo entre informantes de las DSMD con población clínica. Las correlaciones entre informantes para las seis escalas de primer orden fueron: 0,66 (conducta); 0,55 (atención); 0,48 (ansiedad); 0,52 (depresión); 0,46 (autismo); 0,44 (problemas agudos); y para las de segundo orden de 0,61 (externalización); 0,44 (internalización); 0,45 (patología crítica) y 0,52 (escala total). Los coeficientes de esta magnitud son los que, típicamente, se han encontrado en los estudios de acuerdo entre informantes con escalas de comportamiento (Achenbach et al., 1987).

La validez convergente de las escalas DSMD con otras medidas que evalúan síntomas psicopatológicos, estudiada por diversos autores (Curry e Ilardi, 2000; Eiraldi, Power, Karustis y Goldstein, 2000) se recoge en las tablas 3-28 y 3-29. Las correlaciones más elevadas son de 0,78 entre las escalas de delincuencia del CBCL y DSMD (Curry et al., 2000), de 0,75 entre la escala de agresividad del CBCL y la de conducta de las DSMD (Eiraldi et al., 2000), de 0,72 entre la escala de conducta del CBCL y la de delincuencia de las DSMD (Eiraldi et al., 2000) y de 0,63 entre la escala de depresión de las DSMD y la de aislamiento del CBCL, en ambos estudios (Curry et al., 2000; Eiraldi et al., 2000).

**TABLA 3-28.** *Correlaciones entre las subescalas de las DSMD y del CBCL (tomado de Eiraldi et al., 2000).*

Subescalas DSMD	Subescalas CBCL					
	Atención	Agresividad	Delincuencia	Ansiedad - depresión	Quejas somáticas	Aislamiento
Atención	0,56*	0,33*	0,31*	0,41*	0,24*	0,35*
Conducta	0,47*	0,75*	0,61*	0,49*	0,26*	0,38*
Ansiedad	0,47*	0,46*	0,31*	0,64*	0,45*	0,50*
Depresión	0,53*	0,55*	0,48*	0,59*	0,35*	0,63*

N = 108

\*p<0,001; \*\*p<0,0001

**TABLA 3-29.** Correlaciones entre las subescalas de las DSMD y del CBCL (tomado de Curry et al., 2000).

Subescalas CBCL	Subescalas DSMD			
	Conducta	Delincuencia	Ansiedad	Depresión
Aislamiento	0,18	-0,04	0,53**	0,63**
Quejas somáticas	0,18	0,03	0,55**	0,34*
Ansiedad/Depresión	0,25	-0,02	0,63**	0,61**
Problemas sociales	0,27	0,09	0,20	0,42**
Problemas de pensamiento	0,03	0,03	0,34*	0,32*
Atención	0,50**	0,27	0,42**	0,52**
Delincuencia	0,72**	0,78**	0,08	0,18
agresividad	0,80**	0,45**	0,20	0,21

N = 242

\*p&lt;0,001

Naglieri et al. (1994) analizaron la estructura factorial de las DSMD para cada grupo de edad: infantil (5 a 12 años) y adolescente (13 a 18 años), mediante un análisis de componentes principales con rotación varimax. El análisis factorial para la escala infantil y adolescente mostró una solución factorial de 6 factores. El análisis de contenido de los ítems que componían los factores, clasificó los factores tal y como se muestra en la tabla 3-30.

**TABLA 3-30.** Factores de las DSMD en sus versiones infantil y adolescente según el estudio de Naglieri et al. (1994).

ESCALA INFANTIL	ESCALA ADOLESCENTE
FACTOR 1: <i>conducta</i>	FACTOR 1: <i>conducta</i>
FACTOR 2: <i>ansiedad</i>	FACTOR 2: <i>depresión</i>
FACTOR 3: <i>depresión</i>	FACTOR 3: <i>problemas agudos</i> (indican atención urgente por la severidad de los síntomas)
FACTOR 4: <i>autismo</i>	FACTOR 4: <i>ansiedad</i>
FACTOR 5: <i>problemas agudos</i> (indican atención urgente por la severidad de los síntomas)	FACTOR 5: <i>autismo</i>
FACTOR 6: <i>atención</i>	FACTOR 6: <i>delincuencia</i>

A continuación Naglieri et al. (1994) realizaron un análisis factorial confirmatorio basado en las escalas de primer orden. Los resultados mostraron que la solución factorial de segundo orden era de 3 factores: externalización, internalización y patología crítica.

### 3.2.6. Sistema de evaluación de Achenbach: Youth Self Report (YSR), Child Behavior Checklist (CBCL) y Teacher Report Form (TRF)

Desde mitades de siglo, tal y como se ha comentado anteriormente, las investigaciones que han tenido mayor impacto sobre el actual concepto de depresión en el niño, se orientan desde el punto de vista de la psicopatología del desarrollo. En este ámbito de trabajo surgen los trabajos de Achenbach y sus colaboradores (Achenbach y Edelbrock, 1978; Achenbach y McConaughy, 1987).

El sistema de evaluación elaborado por Achenbach se caracteriza por un enfoque empírico, con múltiples ejes de evaluación y diversas fuentes de información. En el presente trabajo se han administrado tres instrumentos de este sistema:

- el *Youth Self Report* (YSR) (Achenbach, 1991c), autoinforme para adolescentes entre 11 y 18 años.
- el *Child Behavior Checklist* (CBCL) (Achenbach, 1991a), heteroinforme para padres.
- el *Teacher Report Form* (TRF) (Achenbach, 1991b), heteroinforme para profesores.

Estos instrumentos difieren de las escalas que miden depresión, anteriormente descritas, en que han sido diseñados para evaluar un amplio rango de problemas internalizantes y externalizantes.

Las tres escalas son aplicables a población clínica y comunitaria. El CBCL, escala de valoración dirigida a padres de niños entre 6 y 18 años, está estructurada en dos partes: La primera parte está dedicada a aspectos de adaptación social del niño y consta de 20 preguntas. La segunda parte es un listado de conductas: consta de 118 ítems que se contestan en una escala de frecuencia de 0 a 2 (0: *no es verdad*; 1: *es algo cierto o verdad a veces*; 2: *muy verdadero o frecuentemente verdad*). El TRF, dirigido a profesores, es similar a la escala para padres, pero tan sólo es aplicable a adolescentes entre 6 y 18 años, y se han eliminado del listado de conductas (que consta de 113 ítems con la misma estructura de respuesta que en el CBCL) los elementos que hacen referencia a comida, sueño y enuresis; por otra parte, en el apartado de adaptación social se incrementan las preguntas sobre rendimiento escolar y comportamiento en la escuela. El YSR, escala de autoinforme, está dirigido a adolescentes entre 11 y 18 años. También consta de dos partes: la primera de ellas (adaptación social) está formada por



17 ítems y el listado de conductas consta de 103 ítems con un formato de respuesta de 0 a 2, al igual que el CBCL y el TRF. El CBCL tiene una forma para los padres de niños menores de 6 años, que consta de 99 ítems: 57 de ellos son similares a los de la escala de 4-16 años, y el resto son específicos para estas edades. En el presente trabajo sólo se han administrado el listado de conductas problemas del YSR, del CBCL en su versión de 6-18 años y del TRF.

Los ítems de los tres instrumentos se clasifican en ocho escalas de banda estrecha, a partir de un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, y en dos grandes escalas (banda ancha), a partir de un análisis factorial de segundo orden: externalización (problemas causados por conflictos con el mundo exterior y en relación con los demás) e internalización (problemas ocurridos dentro de uno mismo). Esta clasificación se mantiene igual para el CBCL, TRF y YSR, tal y como se muestra en la tabla 3-31, a pesar que algunos ítems pueden ser diferentes según el informante (Achenbach, 1991a, b, c).

**TABLA 3-31.** Escalas de banda ancha y banda estrecha derivadas del análisis factorial de 2º orden.

	BANDA ESTRECHA	BANDA ANCHA
YSR, CBCL y TRF	Aislamiento	Internalización
	Quejas somáticas	
	Ansiedad / Depresión	
	Problemas sociales	
	Problemas de pensamiento	Externalización
	Problemas de atención	
	Delincuencia	
	Agresividad	

A continuación se resumen las características de cada instrumento y los datos psicométricos que los definen. Debido a la amplia bibliografía y la cantidad de estudios realizados con estas escalas, en el presente apartado tan sólo se recogen los más relevantes para el presente estudio. Se presentan los resultados de cada instrumento por separado.

### 3.2.6.1. Youth Self Report, YSR (Achenbach, 1991c)

El YSR ha sido traducido a 59 idiomas y ha dado lugar a más de 300 estudios (Lemos, Vallejo y Sandoval, 2002). Achenbach (1991c) evaluó 1.315 participantes de edades comprendidas entre 11 y 18 años. Encontró medias comprendidas entre 2,2 y

8,5 para las escalas de banda estrecha y de 10,3 a 38,9 para las escalas de banda ancha. En la tabla 3-32 se muestran estas medias y desviaciones típicas de las diferentes escalas.

**TABLA 3-32.** *Medias y desviaciones típicas del YSR, muestra normativa (Achenbach, 1991c).*

	Chicos	Chicas
	Media (Desviación típica)	Media (Desviación típica)
Aislamiento	3,4 (2,2)	4,0 (2,4)
Quejas somáticas	2,2 (2,3)	2,9 (2,9)
Ansiedad / Depresión	5,1 (4,2)	6,4 (5,1)
Problemas sociales	2,6 (2,0)	2,5 (2,1)
Problemas de pensamiento	2,3 (2,1)	2,4 (2,3)
Problemas de atención	4,8 (3,0)	4,6 (3,0)
Delincuencia	3,2 (2,5)	2,5 (2,2)
Agresividad	8,5 (5,2)	7,9 (4,9)
Internalización	10,5 (7,0)	12,9 (8,5)
Externalización	11,6 (7,0)	10,3 (6,3)
Puntuación total	37,3 (19,1)	38,9 (21,3)

(Tomado de Achenbach, 1991c, p. 42)

La tabla 3-33 recoge las propiedades psicométricas del YSR en diferentes estudios transculturales. El YSR fue adaptado a población española por el grupo de trabajo de Lemos, Fidalgo, Calvo y Menéndez (1992, 1992, 1994). Los resultados obtenidos en diferentes estudios de este equipo de trabajo se recogen en la misma tabla, además de los obtenidos por Abad, Forn, Amador y Martorell (2000). Las medias de las puntuaciones totales en poblaciones americanas oscilan entre 39 y 76,65 mientras que en poblaciones europeas las medias son menores, con valores que oscilan entre 26 y 41,4. En los estudios en muestras hispano hablantes, las medias de las puntuaciones totales varían entre 35,4 y 47,13.

TABLA 3-33. Medias y desviaciones típicas del YSR en diversos estudios.

AUTORES	N EDAD	MUESTRA	ESCALA YSR	Media (Desviación típica)	
				Chicos	Chicas
Achenbach y Edelbrock, 1987	807 11-18 años	Comunitaria (USA)	Puntuación total	39,0	44,0
Lösel, Bliesener y Köferl, 1989	645 11-18 años	Comunitaria (Alemania)	Puntuación total	38,6	41,4
Verhulst, 1989	941 11-18 años	Comunitaria (Países Bajos)	Puntuación total	26,0	28,6
Achenbach, Phares, Howell, Rauh y Nurcombe, 1990	274 11-18 años	Comunitaria (Puerto Rico)	Puntuación total	35,4	43,9
Lemos, Fidalgo, Calvo y Menéndez, 1992	1.564 11-18 años	Comunitaria (España)	Puntuación total	44,52	46,67
Abad, 1998	1.342 11-16 años	Comunitaria (España)	Puntuación total	47,13 (19,73)	45,01 (19,35)
Sourander, Helstelä y Helenius, 1999	324 chicas 256 chicos 15-16 años	Comunitaria (Finlandia)	Aislamiento	2,5 (2,1)	3,4 (2,3)
			Quejas somáticas	2,1 (1,9)	3,7 (2,9)
			Ansiedad / Depresión	3,2 (3,7)	5,9 (4,7)
			Problemas sociales	1,3 (1,5)	1,7 (7,1)
			Problemas de pensamiento	1,1 (1,5)	1,6 (2,0)
			Problemas de atención	4,4 (2,8)	5,4 (2,8)
			Delincuencia	3,5 (2,7)	3,2 (2,3)
			Agresividad	7,5 (5,4)	8,2 (4,6)
			Internalización	7,7 (6,2)	12,5 (8,0)
			Externalización	11,0 (7,5)	11,4 (6,3)
Puntuación total	29,8 (18,8)	38,6 (19,8)			
Abad, Forns, Amador y Martorell, 2000	342 14-18 años	Comunitaria (España)	Ansiedad / Depresión	3,33 (3,40)	2,89 (3,25)
			Quejas somáticas	1,04 (1,21)	2,80 (2,24)
			Problemas de relación	4,30 (2,25)	5,25 (2,68)
			Ansiedad	3,13 (1,98)	-
			Conducta agresiva	4,02 (2,34)	5,90 (3,12)
			Conducta delictiva	1,86 (1,95)	1,36 (1,40)
			Conducta antisocial	2,97 (2,10)	-
			Búsqueda de atención	3,62 (2,28)	1,97 (2,14)
			Prob. de pensamiento	2,40 (2,28)	3,37 (2,39)
			Internalización	11,94 (6,27)	10,92 (6,12)
Externalización	12,23 (6,59)	9,26 (5,52)			
Puntuación total	37,71 (17,40)	37,97 (16,90)			
Eiraldi, Power, Karustis y Goldstein, 2000	36	Comunitaria (USA)	Problemas de atención	61,75 (11,13)	
			Conducta agresiva	58,83 (11,51)	
			Delincuencia	56,67 (8,71)	
			Ansiedad / Depresión	57,36 (9,01)	
			Quejas somáticas	55,22 (8,33)	
Aislamiento	55,92 (8,19)				

(Continúa)

TABLA 3-33. (Continuación). Medias y desviaciones típicas del YSR en diversos estudios.

AUTORES	N EDAD	MUESTRA	ESCALA YSR	Media (Desviación típica)	
				Chicos	Chicas
Lemos, Vallejo y Sandoval, 2002	2.833 11-18 años	Comunitaria (España)	Depresión	3,41 (2,71)	4,63 (2,13)
			Conducta delictiva	1,43 (1,86)	2,02 (2,42)
			Agresividad verbal	6,28 (3,56)	5,91 (2,97)
			Prob. de pensamiento	2,71 (2,60)	1,68 (2,04)
			Quejas somáticas	1,71 (1,81)	2,13 (2,17)
			Problemas de relación	3,18 (1,87)	5,31 (2,69)
			Búsqueda de atención	3,65 (2,24)	2,42 (2,01)
			Trastornos de conducta	0,86 (1,51)	3,13 (1,83)
			Conducta fóbico-ansiosa	3,86 (2,28)	4,17 (1,83)
			Síndrome internalizante	12,21 (6,81)	16,27 (13,44)
Síndrome externalizante	13,23 (6,99)	13,50 (6,49)			
Puntuación total	44,13 (19,83)	47,03 (19,71)			
Thurber y Show, 1990	102 chicas 11-18 años	Clínica (USA)	Delincuencia	-	63,98 (7,69)
			Agresión	-	60,54 (6,56)
			Depresión	-	62,60 (8,76)
Eiraldi, Power, Karustis y Goldstein, 2000	173	Clínica (USA)	Problemas de atención	76,65 a 71,48 (8,39-9,28)	
			Conducta agresiva	65,59 a 59,91 (de 10,53-9,99)	
			Delincuencia	61,66 a 58,50 (8,59-8,79)	
			Ansiedad / Depresión	62,02 a 63,53 (9,59-11,10)	
			Quejas somáticas	58,54 a 59,03 (8,95-8,29)	
Aislamiento	58,58 a 61,43 (8,20-11,65)				

Achenbach (1991c) evaluó la fiabilidad test-retest del YSR mediante la administración del YSR a 50 participantes en dos ocasiones que distaban entre sí una semana y obtuvo valores comprendidos entre 0,47 y 0,88 para las escalas de banda estrecha y entre 0,67 y 0,90 para las escalas de banda ancha. En una segunda ocasión, Achenbach (1991c) evaluó la fiabilidad test-retest con un intervalo de 7 meses entre administraciones a 111 participantes de 11 a 14 años y encontró coeficientes entre 0,28 y 0,87 en las escalas de banda estrecha y entre 0,43 y 0,58 en las escalas de banda ancha. Clarke, Lewinsohn, Hops y Seeley (1992), evaluaron la consistencia interna del YSR en su administración a 685 adolescentes y obtuvieron un valor de 0,80. Además, Clarke et al. (1992) administraron el YSR a 452 adolescentes con un intervalo de 13,8 meses y obtuvieron una fiabilidad test-retest de 0,56.

En población española, Lozano y García (2000) evaluaron 684 participantes de 13 a 19 años y encontraron una consistencia interna de 0,91. Por otro lado, Abad et al. (2000) encontraron una consistencia interna entre 0,43 y 0,84 en chicos y entre 0,38 y 0,82 en chicas. Lemos et al. (1992) evaluaron a 42 participantes de 11 a 18 años con el YSR en dos ocasiones con un intervalo de 3 a 5 semanas y obtuvieron correlaciones de 0,93 para la escala de puntuación total. También analizaron la consistencia interna para la muestra total compuesta por 1.564 participantes y encontraron un alfa de 0,90 para la

escala de puntuación total. Abad et al. (2000), evaluaron a 342 participantes de 14 y 15 años y obtuvieron una consistencia interna comprendida entre 0,81 y 0,84 para las escalas de internalización y externalización, y valores entre 0,56 y 0,74 para las escalas de banda estrecha. Lozano et al. (2000) evaluaron con el YSR a un grupo de 684 estudiantes de secundaria de 13 a 19 años y obtuvieron una consistencia interna de 0,91.

En relación a la validez del YSR, Achenbach (1991c) encontró que las puntuaciones obtenidas por los adolescentes eran más elevadas que las proporcionadas por sus padres y profesores. El grado de acuerdo entre padres y el propio participante, y entre profesores y el adolescente era moderado. Para los padres las correlaciones oscilaban entre 0,48 para sus hijos y 0,44 para sus hijas. Por otro lado, las madres mostraban grados de acuerdo más elevados que oscilaban entre 0,55 para sus hijos y 0,57 para sus hijas. Los profesores presentaban correlaciones de 0,51 con las puntuaciones de los chicos y 0,55 con las de las chicas en la evaluación de su rendimiento académico y entre 0,48 (chicos) y 0,35 (chicas) en la escala de problemas.

Sourander, Helstelä y Helenius (1999) analizaron las correlaciones entre las puntuaciones de 580 padres y adolescentes de 15 y 16 años, que respondieron al CBCL y al YSR, respectivamente. Encontraron correlaciones medias entre las escalas de banda estrecha comprendidas entre 0,17 y 0,55, y grados de acuerdo moderados, entre 0,45 y 0,51, para las escalas de banda ancha. Clarke et al. (1992), obtuvieron correlaciones moderadas entre el YSR y el BDI (Beck et al. 1961) ( $r = 0,57$ ) y entre el YSR y la *Hamilton Depression Rating Scale* (Hamilton, 1960) ( $r = 0,46$ ). Thurber y Show (1990) evaluaron a 102 chicas con trastornos psiquiátricos y a sus madres con el YSR y el CBCL, respectivamente, y obtuvieron correlaciones bajas entre las escalas de los dos cuestionarios, con valores que oscilaban entre 0,07 y 0,36.

En población española, Abad et al. (2000) analizaron las correlaciones entre las puntuaciones de internalización, externalización y total del YSR y las doce escalas del cuestionario de análisis clínico (CAQ, Krug, 1989). Para los chicos encontraron correlaciones significativas entre la puntuación total del YSR y siete escalas del CAQ, con valores entre 0,39 y 0,62; entre la escala de internalización y ocho escalas del CAQ las correlaciones presentan valores entre 0,36 y 0,47, y entre la escala de externalización y seis escalas del CAQ, los valores van de 0,38 a 0,63. Para las chicas la escala de internalización correlaciona significativamente con siete escalas del CAQ (valores entre

0,40 y 0,56), la escala de puntuación total correlaciona moderada y significativamente con seis escalas (valores que oscilan entre 0,35 y 0,45), y la escala de externalización no correlaciona de forma significativa con ninguna de las escalas del CAQ para el grupo de chicas.

Se han realizado diversos estudios de la estructura factorial del YSR en población española. Abad (1998), encontró 12 factores, siete para chicos (conducta delictiva, ansiedad/depresión, descontrol, problemas de relación social, problemas de pensamiento, problemas de atención y quejas somáticas) y seis para chicas (ansiedad/depresión/problemas de relaciones sociales, descontrol, conducta delictiva, conflictividad/rechazo, problemas de pensamiento y quejas somáticas) que explicaban el 29,0% y el 27,7% de la varianza, respectivamente. Lemos et al. (1992) realizaron un análisis de componentes principales en el que obtuvieron una estructura factorial diferente a la de Achenbach. Identificaron cuatro factores internalizantes: tres de ellos iguales para chicos y chicas (depresión/ansiedad, quejas somáticas y problemas de relación) y uno específico para chicos (ansiedad). También identificaron 4 factores externalizantes, tres de ellos con la misma denominación para chicos y chicas (conducta delictiva, búsqueda de atención, conducta agresiva) y un cuarto específico para chicos (conducta antisocial). Para el síndrome mixto se identificó un factor de problemas de pensamiento. Lemos et al. (2002) evaluaron 2.833 participantes (1.519 varones y 1.314 mujeres) de 11 a 18 años y encontraron nueve síndromes de primer orden (depresión, agresividad verbal, conducta delictiva, trastornos de conducta, problemas de pensamiento, problemas de relación -aislamiento-, quejas somáticas, búsqueda de atención y conducta fóbico-ansiosa) y dos de segundo orden (psicopatología internalizante y externalizante).

### **3.2.6.2. *Child Behavior Checklist, CBCL (Achenbach, 1991a)***

Achenbach (1991a) administró el CBCL a 2.368 padres de participantes con edades comprendidas entre los 4 y los 18 años (1.200 entre 4 y 11 años, y 1.168 entre 12 y 18 años). Encontró medias comprendidas entre 0,5 y 8,2 para las escalas de banda estrecha y de 5,6 a 24,3 para las escalas de banda ancha. En la tabla 3-34 se muestran estas medias y desviaciones típicas.

**TABLA 3-34.** Medias y desviaciones típicas del CBCL, muestra normativa (Achenbach, 1991a).

	Chicos 4-11	Chicos 12-18	Chicas 4-11	Chicas 12-18
	Media (Desviación típica)	Media (Desviación típica)	Media (Desviación típica)	Media (Desviación típica)
Aislamiento	1,8 (1,9)	2,4 (2,2)	2,0 (2,0)	2,6 (2,4)
Quejas somáticas	0,8 (1,3)	1,0 (1,5)	1,0 (1,6)	1,4 (2,0)
Ansiedad / Depresión	3,1 (3,1)	3,2 (3,3)	3,4 (3,3)	3,7 (3,8)
Problemas sociales	2,0 (1,9)	1,6 (1,8)	1,9 (1,7)	1,7 (2,0)
Problemas de pensamiento	0,5 (0,9)	0,5 (1,0)	0,5 (1,0)	0,6 (1,1)
Problemas de atención	3,3 (2,8)	3,3 (3,1)	2,5 (2,5)	2,6 (2,9)
Delincuencia	1,6 (1,7)	1,9 (2,5)	1,2 (1,4)	1,4 (1,9)
Agresividad	8,2 (5,8)	6,8 (5,7)	7,0 (5,2)	5,7 (5,2)
Internalización	5,6 (4,7)	6,4 (5,5)	6,3 (5,5)	7,5 (6,6)
Externalización	9,8 (7,1)	8,7 (7,6)	8,2 (6,1)	7,1 (6,6)
Puntuación total	24,3 (15,6)	22,5 (17,0)	23,1 (15,5)	22,0 (17,7)

(Tomado de Achenbach, 1991a, p. 52-54)

Otros autores han estudiado las propiedades psicométricas del CBCL, estos estudios se recogen en la tabla 3-35. Roussos, Karantanos, Richardson, Hartman, Karajiannies, Kyprianos et al. (1999) evaluaron un total de 1.213 padres de participantes de edades comprendidas entre 6 y 12 años con la versión griega del CBCL y obtuvieron medias comprendidas entre 0,3 y 9,4 para las escalas de banda estrecha, y entre 7,5 y 30,4 para las escalas de banda ancha. Sourander et al. (1999) administraron el CBCL a 580 padres de chicos y chicas de 15 y 16 años, y obtuvieron medias comprendidas entre 0,3 y 4,1 para las escalas de banda estrecha y entre 5,2 y 17,0 para las escalas de banda ancha. Jensen, Salzberg, Richters y Watanabe (1993), evaluaron a 192 familias de niños entre 5 y 17 años y obtuvieron puntuaciones T entre 56,2 y 62,4. Curry et al. (2000) evaluaron a 108 adolescentes de 13 a 18 años y obtuvieron puntuaciones T medias entre 67,41 y 67,71 en las escalas de banda ancha. Thurber et al. (1990) evaluaron con el CBCL a 102 madres de chicas con trastornos psiquiátricos y obtuvieron puntuaciones T medias que oscilaban entre 71,94 y 76,18.

TABLA 3-35. Medias y desviaciones típicas del CBCL en diversos estudios.

AUTORES	ESCALA CBCL	Puntuación directa	
		Media (Desviación típica)	
		Chicos	Chicas
Roussos Karantanos, Richardson, Hartman, Karajiannies, Kyprianos et al. (1999)	Aislamiento	1,9 (2,0)	2,0 (2,1)
	Quejas somáticas	0,8 (1,3)	1,0 (1,6)
	Ansiedad / Depresión	4,9 (3,5)	5,1 (3,7)
	Problemas sociales	2,2 (2,0)	2,1 (2,0)
	Prob. de pensamiento	0,3 (0,8)	0,3 (0,8)
	Problemas de atención	4,2 (3,2)	3,1 (2,8)
	Delincuencia	2,5 (2,1)	1,9 (1,7)
	Agresividad	9,4 (5,3)	7,6 (5,9)
	Internalización	7,5 (5,3)	8,1 (5,9)
	Externalización	11,9 (8,2)	9,5 (7,1)
	Puntuación total	30,4 (18,1)	27,7 (17,4)
Sourander, Helstelä y Helenius (1999)	Aislamiento	2,0 (2,2)	1,8 (2,1)
	Quejas somáticas	1,5 (2,9)	2,1 (2,3)
	Ansiedad / Depresión	1,7 (2,7)	2,2 (3,0)
	Problemas sociales	0,9 (1,5)	0,8 (1,3)
	Prob. de pensamiento	0,3 (0,7)	0,3 (0,9)
	Problemas de atención	2,4 (2,6)	2,2 (2,2)
	Delincuencia	1,6 (2,2)	1,3 (1,9)
	Agresividad	4,1 (4,7)	2,9 (4,1)
	Internalización	5,2 (5,1)	6,0 (5,9)
	Externalización	5,7 (6,4)	5,3 (5,6)
	Puntuación total	16,6 (15,3)	17,0 (15,5)

AUTORES	ESCALA CBCL	Puntuación T	
		Media (Desviación típica)	
Jensen, Salzberg, Richters y Watanabe (1993)	Ansiedad	61,1 (7,6)	
	Depresión	60,0 (7,3)	
	Agresión	60,2 (6,6)	
	Hiperactividad	62,4 (8,8)	
	Delincuencia	61,6 (6,4)	
	Internalización	56,2 (9,9)	
	Externalización	56,8 (10,4)	
	Total	57,9 (11,6)	
Thurber y Show (1990)	Delincuencia	76,18 (9,88)	
	Agresión	71,94 (10,35)	
	Depresión	74,25 (9,55)	
Curry e Ilardi (2000)	Internalización	67,41 (11,11)	
	Externalización	67,71 (11,96)	

Achenbach (1991a) evaluó la fiabilidad test-retest tras una semana, en un grupo de 80 madres de participantes de 4 a 16 años. Obtuvo una correlación media para las escalas de competencia de 0,87 y para las escalas de problemas de comportamiento de 0,89. Todas las correlaciones eran entre 0,80 y 0,90, a excepción del aislamiento en chicos ( $r = 0,75$ ) y de los problemas de pensamiento en las chicas ( $r = 0,63$ ). Achenbach, Phares, Howell, Rauh y Nurcombe (1990) recogen, además, datos de la estabilidad del CBCL al cabo de 1 y 2 años en una muestra de 141 participantes de 6 a 8 años, que incluía participantes de bajo peso al nacer. La correlación media al cabo de 1 año era de



0,62 para las escalas de competencia y de 0,75 para las escalas de problemas de comportamiento. Al cabo de 2 años, la correlación media para las escalas de competencia era de 0,56 y de 0,71 para las escalas de problemas de comportamiento.

Clarke et al. (1992), evaluaron a 619 madres y a 366 padres de adolescentes controles con una media de edad de 16,8, y obtuvieron una consistencia interna de 0,81 para las madres y de 0,76 para los padres. También evaluaron la fiabilidad test-retest con un intervalo de 13,8 meses y obtuvieron correlaciones de 0,57 para los padres y de 0,20 para las madres.

En referencia a la validez, Achenbach (1991a), recoge las relaciones del CBCL con las escalas de Conners para padres (1973) y con las escalas Quay-Peterson (1983). Los datos se obtuvieron de la evaluación de 60 participantes clínicos de 6 a 11 años evaluados con los tres instrumentos. Se encontraron correlaciones entre el CBCL y las escalas de Conners que oscilaban entre 0,59 entre la escala de problemas de atención del CBCL y la de impulsividad-hiperactividad de Conners, hasta 0,86 entre las escalas de agresividad del CBCL y la de conductas problema de Conners. Para la escala Quay-Peterson las correlaciones iban de 0,59 entre la escala de delincuencia del CBCL y la de agresividad socializada de las Quay-Peterson, hasta 0,88 entre la escala de agresividad del CBCL y la de alteración de la conducta de las Quay-Peterson. En la tabla 3-36 se recogen estos datos.

**TABLA 3-36.** Estudios de la validez del CBCL.

CBCL	Conners (1973). Cuestionario para padres					
	Psicosomático	Ansiedad	Impulsividad-hiperactividad	Antisocial	Probl. conducta	Total
Quejas somáticas	0,70					
Ansiedad-depresión		0,67				
Prob. Atención			0,59			
Delincuencia				0,77	0,72	
Agresividad					0,86	
Internalización	0,56	0,62				
Externalización				0,67	0,86	
Total problemas						0,82

(Continúa)

TABLA 3-36. (Continuación). Estudios de la validez del CBCL.

CBCL	Quay y Peterson (1983). Revised Behavior Problem Checklist						
	Ansiedad-aislamiento	Psicótico	Probl. atención	Exceso motor	Agresividad socializada	Probl. conducta	Total
Aislamiento	0,66						
Ansiedad-depresión	0,78						
Probl. pensamiento		0,64					
Probl. atención			0,77	0,66			
Delincuencia					0,59	0,73	
Agresividad						0,88	
Internalización	0,72						
Externalización					0,52	0,88	
Total							0,81

(Tomado de Achenbach, 1991a, p. 85-86)

Roussos et al. (1999), evaluaron las correlaciones entre las puntuaciones obtenidas con el CBCL y el TRF en una muestra de 1.200 participantes de entre 6 y 12 años, y obtuvieron correlaciones medias y bajas comprendidas entre 0,11 y 0,39 para las escalas de banda estrecha y entre 0,10 y 0,32 para las escalas de banda ancha entre padres y profesores. Clarke et al. (1992) evaluaron a padres y adolescentes con el CBCL y el YSR, respectivamente, y encontraron grados de acuerdo moderados entre madres y adolescentes ( $r = 0,43$ ,  $n = 631$ ), madres y padres ( $r = 0,53$ ,  $n = 316$ ) y bajos entre padres y adolescentes ( $r = 0,29$ ,  $n = 369$ ). En el mismo estudio se analiza la validez del CBCL mediante la relación con las puntuaciones obtenidas con el BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961) y con la *Hamilton Depression Rating Scale* (Hamilton, 1960). Para las madres se obtuvieron correlaciones moderadas entre CBCL y BDI ( $r = 0,33$ ) y entre CBCL y Hamilton ( $r = 0,30$ ). Las correlaciones bajas entre CBCL y BDI ( $r = 0,24$ ) y entre CBCL y Hamilton ( $r = 0,18$ ) se obtuvieron cuando los informantes eran los padres.

### 3.2.6.3. Teacher Report Form, TRF (Achenbach, 1991b)

Achenbach (1991b) administró el TRF a 1.391 padres de participantes de edades comprendidas entre los 5 y los 18 años (643 entre 5 y 11 años, y 748 entre 12 y 18 años).

Encontró medias comprendidas entre 0,3 y 8,7 para las escalas de banda estrecha y de 4,2 a 23,8 para las escalas de banda ancha. En la tabla 3-37 se muestran estas medias y desviaciones típicas.

**TABLA 3-37.** Medias y desviaciones típicas del TRF, muestra normativa (Achenbach, 1991b).

	Chicos 4-11	Chicos 12-18	Chicas 4-11	Chicas 12-18
	Media (Desviación típica)	Media (Desviación típica)	Media (Desviación típica)	Media (Desviación típica)
Aislamiento	1,8 (2,5)	2,1 (3,0)	1,8 (2,6)	1,8 (2,6)
Quejas somáticas	0,5 (1,4)	0,6 (1,5)	0,7 (1,6)	0,4 (1,0)
Ansiedad / Depresión	3,2 (3,7)	2,8 (3,9)	3,1 (4,0)	3,0 (4,1)
Problemas sociales	1,8 (2,7)	1,9 (3,2)	1,6 (2,7)	1,4 (2,7)
Problemas de pensamiento	0,4 (0,8)	0,4 (1,0)	0,3 (0,8)	0,3 (0,8)
Problemas de atención	8,7 (8,5)	8,7 (9,1)	5,5 (6,9)	4,7 (6,5)
Delincuencia	1,3 (1,8)	1,6 (2,7)	0,8 (1,4)	1,0 (1,6)
Agresividad	6,0 (8,2)	5,5 (8,3)	3,5 (5,8)	3,2 (6,4)
Internalización	5,3 (5,6)	5,2 (6,7)	5,5 (6,4)	5,0 (6,4)
Externalización	7,2 (9,6)	7,1 (10,5)	4,2 (6,8)	4,2 (7,6)
Puntuación total	23,5 (21,9)	23,8 (26,1)	17,2 (19,0)	15,6 (19,9)

(Tomado de Achenbach, 1991b, p. 41-43)

La tabla 3-38 recoge las medias y desviaciones típicas obtenidas por el TRF en diferentes estudios. Roussos et al. (1999) evaluaron un total de 1.179 profesores de participantes de edades comprendidas entre 6 y 12 años con la versión griega del TRF y obtuvieron medias comprendidas entre 0,3 y 7,3 para las escalas de banda estrecha, y entre 7,1 y 25,2 para las escalas de banda ancha. Geller, Warner, Williams y Zimmerman (1998) evaluaron un grupo de 120 adolescentes procedentes de una muestra clínica y encontraron puntuaciones T entre 59,5 y 63,8 para la escala de banda estrecha de agresividad, y entre 58,4 y 64,2 para la escala de banda ancha de externalización. Reichart, Wals, Hillegers, Ormel, Nolen y Verhulst (2004), evaluaron una muestra de 140 adolescentes y adultos jóvenes de 13 a 23 años cuyos padres presentaban un trastorno bipolar, así como un grupo control, y encontraron puntuaciones medias en las escalas del TRF comprendidas entre 0,16 y 6,17 para las escalas de banda estrecha, y entre 4,09 y 17,61 para las de banda ancha. Naglieri y Gottling (1995), evaluaron con el TRF un grupo de 100 niños y adolescentes entre 7 y 16 años, la mitad de los cuales eran comunitarios y la otra mitad tenían trastornos del aprendizaje comórbidos con

problemas emocionales, y obtuvieron medias comprendidas entre 57,5 y 58,2 para el grupo clínico, y entre 49,7 y 51,1 para el grupo comunitario.

**TABLA 3-38.** Medias y desviaciones típicas del TRF en diversos estudios.

Autores	Escalas TRF	Chicos	Chicas
		Puntuación directa Media (Desviación típica)	Puntuación directa Media (Desviación típica)
Roussos Karantanos,	Aislamiento	2,1 (2,8)	2,0 (2,6)
Richardson, Hartman,	Quejas somáticas	0,3 (0,7)	0,3 (0,8)
Karajiannies,	Ansiedad / Depresión	5,0 (4,6)	5,8 (4,8)
Kyprianos et al. (1999)	Problemas sociales	2,3 (3,3)	1,8 (2,7)
	Problemas de pensamiento	0,3 (0,9)	0,3 (0,7)
	Problemas de atención	7,3 (8,2)	4,4 (6,2)
	Delincuencia	1,4 (1,9)	0,8 (1,3)
	Agresividad	6,6 (8,9)	3,5 (5,9)
	Internalización	7,1 (6,6)	7,8 (6,8)
	Externalización	8,0 (10,4)	4,3 (6,8)
	Puntuación total	25,2 (23,7)	18,8 (17,7)

Autores	Escalas TRF	Participantes con padres con trs. bipolar	Grupo control
		Puntuación directa Media	Puntuación directa Media
Reichart, Wals,	Aislamiento	2,31	2,09
Hillegers, Ormel,	Quejas somáticas	0,16	0,36
Nolen y Verhulst (2004)	Ansiedad / Depresión	2,76	3,23
	Problemas sociales	1,49	1,64
	Problemas de pensamiento	0,22	0,30
	Problemas de atención	5,24	6,17
	Delincuencia	0,82	0,73
	Agresividad	3,27	3,85
	Internalización	4,09	4,59
	Externalización	5,09	5,56
	Puntuación total	15,53	17,61

Autores	Escalas TRF	Trastorno bipolar	ADHD
		Puntuación T Media (Desviación típica)	Puntuación T Media (Desviación típica)
Geller, Warner,	Agresividad	63, 8 (6,4)	59,5 (2,12)
Williams y Zimmerman (1998)	Externalización	64,2 (5,5)	58,4 (8,5)

Autores	Escalas TRF	Grupo clínico	Grupo control
		Puntuación T Media (Desviación típica)	Puntuación T Media (Desviación típica)
Naglieri y Gottling (1995)	Internalización	58,1 (9,2)	51,5 (10,0)
	Externalización	57,5 (7,9)	49,7 (9,8)
	Puntuación total	58,2 (7,9)	51,1 (10,9)

Achenbach (1991b) recoge la fiabilidad test-retest del TRF a partir de la evaluación de 44 participantes de 8 y 9 años, con un intervalo de 15 días. Los niños

formaban parte de un estudio sobre bajo peso al nacer (Achenbach et al., 1990). La correlación media para las escalas de adaptación fue de 0,90 y para las escalas de problemas de 0,92. Achenbach (1991b) también evaluó a 19 participantes derivados a los servicios sociales en dos ocasiones separadas entre dos y cuatro meses. La correlación media, en la administración a los dos meses, fue de 0,75 y a los cuatro meses fue de 0,66.

Para evaluar la validez de la escala, Achenbach (1991b) evaluó a 37 chicos y a 3 chicas de edades comprendidas entre 5 y 16 años mediante el TRF y las escalas de Connors para profesores (Goyette, Connors y Ulrich, 1978). Encontró que las escalas del TRF correlacionan entre 0,80 y 0,83 con las escalas de Connors. Estos datos se reflejan en la tabla 3-39.

**TABLA 3-39.** Estudios de la validez del TRF.

TRF	Connors Revised Teacher Rating Scales (1978)				Total
	Probl. conducta	Hiperactividad	Inatención-pasividad	Índice de hiperactividad	
Aislamiento	0,34	(-0,11)	0,43	(0,14)	0,30
Quejas somáticas	(0,03)	(0,10)	0,43	(0,18)	(0,25)
Ansiedad-depresión	0,41	(0,08)	0,32	(0,22)	0,38
Probl. Sociales	0,60	(0,25)	0,51	0,45	0,63
Probl. Pensamiento	(0,10)	(0,19)	(0,20)	(0,26)	(0,21)
Prob. Atención	0,34	0,41	0,80	0,60	0,63
Delincuencia	0,62	(0,22)	(0,25)	0,38	0,53
Agresividad	0,80	0,67	(0,14)	0,69	0,74
Internalización	0,39	(0,02)	0,42	(0,21)	0,38
Externalización	0,83	0,63	(0,18)	0,68	0,76
Total problemas	0,76	0,52	0,58	0,71	0,83

En el estudio de la validez del TRF, Achenbach (1991b) obtuvo correlaciones más elevadas entre las puntuaciones de profesores y padres que entre las de profesores y el propio participante. Para los padres las correlaciones medias oscilaban entre 0,14 para sus hijas y 0,71 para sus hijos. Por otro lado, las madres mostraban grados de acuerdo más elevados que oscilaban entre 0,20 y 0,73. Los profesores presentaban

correlaciones de 0,51 con las puntuaciones de los chicos y 0,55 con las de las chicas en la evaluación de su rendimiento académico, y entre 0,15 (chicos) y 0,55 (chicas) en la escala de problemas.

Worchel, Hughes, Hall, Stanton, Stanton y Little (1990) analizaron las correlaciones entre TRF y diversas medidas de depresión (CDI, PNID) en una muestra de 142 participantes de 10 a 15 años. Obtuvieron correlaciones bajas entre la escala de depresión del TRF y el CDI ( $r = 0,13$ ) y la PNID ( $r = 0,35$ ); entre la escala de internalización y el CDI ( $r = 0,10$ ) y la PNID ( $r = 0,25$ ), y entre la escala de externalización y el CDI ( $r = 0,13$ ) y la PNID ( $r = 0,24$ ). Otro estudio de Wolfe, Finch, Saylor, Blount, Pallmeyer y Carek (1987) analizó las correlaciones entre el TRF y diversas medidas de autoinforme de depresión (CDI) y ansiedad (STAIC), en una muestra de 102 participantes de entre 6 y 16 años y sus profesores. Encontraron correlaciones con valores bajos entre las escalas del TRF y el CDI (entre 0,01 y 0,26) y el TRF y el STAIC (entre 0,06 y 0,34).

### 3.2.7. Entrevista diagnóstica

La entrevista diagnóstica administrada en el presente estudio es la adaptación de la *Diagnostic Interview for Children and Adolescents - Revised* (DICA-R; Reich et al., 1991) a los criterios del DSM-IV (APA, 1994). Dado que la entrevista administrada en este trabajo es una modificación de una versión anterior, en este apartado se repasarán las características psicométricas del trabajo original de Reich et al. (1991) y las de la adaptación española de Ezpeleta (1992).

La DICA-R es una entrevista estructurada que evalúa las principales trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia recogidos en el DSM-III-R (APA, 1987). La entrevista diagnóstica tiene una versión para padres y una versión para el niño o adolescente. Además de evaluar las áreas de síntomas psiquiátricos, la DICA-R también evalúa varios campos de la función social. La entrevista tiene 21 categorías diagnósticas, que se evalúan por medio de preguntas específicas para cada síntoma dentro de cada área diagnóstica. Se incluyen criterios para evaluar la presencia de síntomas, así como los criterios DSM-III-R para evaluar cada categoría diagnóstica. Las categorías diagnósticas y temáticas que se evalúan en la entrevista son las siguientes:

- |  |  |
|--|--|
| 1. trastorno por déficit de atención                   | 12. trastorno obsesivo-compulsivo                  |
| 2. trastorno oposicionista                             | 13. anorexia nerviosa                              |
| 3. socialización                                       | 14. bulimia  |
| 4. trastorno de conducta                               | 15. trastorno por somatización                     |
| 5. abuso de alcohol                                    | 16. enuresis                                       |
| 6. consumo de tabaco                                   | 17. encopresis                                     |
| 7. abuso de sustancias psicoactivas                    | 18. menstruación                                   |
| 8. trastornos del humor (incluyendo depresión y manía) | 19. trastorno de la identidad sexual               |
| 9. trastorno de ansiedad por separación                | 20. síntomas psicóticos (alucinaciones y delirios) |
| 10. trastorno por ansiedad excesiva                    | 21. estresores psicosociales                       |
| 11. fobia simple                                       |  |

Boyle, Offord, Racine, Sandford, Szatmari, Fleming y Price-Munn (1993), evaluaron a 251 niños y adolescentes de 6 a 16 años y a sus padres, con la DICA-R, en dos ocasiones, con un intervalo de 3 semanas. Analizaron la fiabilidad test-retest de este instrumento con los resultados que se muestran en la tabla 3-40.

**TABLA 3-40.** *Fiabilidad test-retest estudio Boyle et al. (1993).*

	Niños	Adolescentes	Padres de niños	Padres de adolescentes
Déficit atención/hiperactividad	0,43	0,24	0,78	0,86
Trastorno de conducta	0,37	0,92	-0,01	0,87
Negativismo desafiante	0,33	0,28	0,32	0,92
Depresión mayor	0,00	0,45	0,77	0,31
Trastorno distímico	0,19	0,40	0,57	0,51
Ansiedad de separación	0,01	0,00	0,38	-
Ansiedad excesiva	0,01	0,54	0,44	0,69
Externalizante	0,32	0,38	0,37	0,68
Internalizante	0,06	0,47	0,44	0,51

La versión española de la DICA-R fue realizada por Ezpeleta (1992). Dispone de tres formas paralelas con igual estructura y contenido, cuya única diferencia estriba en que la formulación de las preguntas se adecua a las características del entrevistado: padres (DICA-R-P), niños de 6 a 12 años (DICA-R-C) y adolescentes de 13 a 17 años

(DICA-R-A). Las tres formas de la DICA-R contienen un apartado de Estresores psicosociales acaecidos en el ámbito familiar. Además, en la versión para padres, se recoge un cuestionario sobre la historia médica del niño o adolescente.

Los estudios realizados para determinar las características psicométricas de la adaptación española de la DICA-R indican un buen grado de acuerdo entre entrevistadores, con valores kappa que oscilan entre 0,65 y 1, una buena fiabilidad test-retest, con valores entre 0,41 y 1, un acuerdo moderado con el diagnóstico clínico y una buena validez discriminante para diferenciar entre pacientes con y sin trastornos psicopatológicos (De la Osa, Ezpeleta, Navarro y Losilla, 1996). El acuerdo entre la información del niño/adolescente y sus padres fue bajo. Los niños y adolescentes informaron de menos síntomas que sus padres. El grado de concordancia mejoró con la edad del niño (Ezpeleta, de la Osa, Doménech, Navarro y Losilla, 1995). Los diagnósticos derivados de la entrevista concuerdan a un nivel de bajo a moderado con los derivados por el clínico. El mejor acuerdo se obtuvo entre los diagnósticos derivados de la información de los padres y de los niños (Ezpeleta, de la Osa, Doménech, Navarro y Losilla, 1997). Los síndromes derivados de la DICA-R correlacionan significativamente con las dimensiones del CBCL (Achenbach, 1991a). La información de la DICA-R permite discriminar entre grupos de niños comunitarios y clínicos (De la Osa et al., 1996).

La Unidad de Epidemiología y de Diagnóstico en Psicopatología del Desarrollo de la Universidad Autónoma de Barcelona ha adaptado la DICA-R a los criterios diagnósticos del DSM-IV. A esta versión la han denominado EDNA-IV que corresponde a la versión castellana Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes. La EDNA es un protocolo semiestructurado para niños y adolescentes que sigue los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994). Existen tres versiones de la EDNA: EDNA-C, para niños de 8 a 12 años; EDNA-A, para adolescentes de 13 a 17 años, y EDNA-P, para los padres. La entrevista recoge información para obtener diagnósticos de síntomas y síndromes siguiendo un sistema de clasificación categorial. El examen sistemático de todos los trastornos que aparecen en el protocolo optimiza la evaluación clínica y el conocimiento de los casos. Tras la evaluación sintomática se explora el inicio y el final de los trastornos, así como los ámbitos en que son de mayor repercusión. Las áreas diagnósticas que cubre la EDNA-IV son las siguientes:



**Trastornos de conducta**

- trastorno por déficit de atención con hiperactividad
- trastorno negativista desafiante
- trastorno disocial
- uso y abuso de sustancias

**Trastornos del estado de ánimo**

- trastorno depresivo mayor
- trastorno bipolar – episodio maníaco
- trastorno distímico

**Trastorno de ansiedad**

- trastorno de ansiedad de separación
- trastorno de ansiedad generalizada
- fobia
- trastorno obsesivo – compulsivo
- trastorno por estrés post-traumático
- trastorno por somatización

**Trastorno de la conducta alimentaria**

- anorexia nerviosa
- bulimia nerviosa

**Trastornos de la eliminación**

- enuresis
- encopresis

**Trastorno de tics**

- trastorno de la Tourette
- trastorno de tics motores o vocales crónicos
- trastorno de tics transitorios

**Cribado de síntomas psicóticos****Estresores psicosociales**

### 3.3 Procedimiento de la investigación

En lo referente al procedimiento de evaluación, eje del estudio, se ha seguido el modelo multiestadio de Reynolds (1986), tal y como se ha indicado anteriormente en los objetivos del estudio. El procedimiento de screening de Reynolds (1986) comprende tres estadios para identificar niños y adolescentes clínicamente deprimidos y se basa en el uso de puntos de corte derivados empíricamente. El modelo multiestadio es útil debido a que reduce los falsos positivos que pueden ocurrir en una sola administración de un solo instrumento. El procedimiento asegura que cada vez menos alumnos van siendo identificados, lo que minimiza los falsos positivos en el diagnóstico de adolescentes deprimidos. Además, es necesaria una entrevista clínica estructurada para poder llegar al diagnóstico final.

La evaluación de los participantes se ha llevado a cabo con protocolos diferenciados en función de la muestra, comunitaria o clínica. El procedimiento de evaluación, para ambos grupos, fue aprobado por la Comisión Deontológica del Colegio de Psicólogos de Cataluña (COPC) y por las direcciones de las escuelas que colaboraron en el estudio, así como por los equipos de psicología de los centros clínicos participantes. Además, también se obtuvo el consentimiento de los padres de los participantes de ambas muestras.

En la muestra comunitaria la administración de los instrumentos en la fase de test y de retest fue realizada en el aula por la persona encargada del estudio, con la presencia del tutor de cada curso. La tercera parte del estudio se realizó en un espacio habilitado para la evaluación y los participantes que participaban en esta parte del estudio eran avisados por el tutor. Los alumnos que formaron parte de esta tercera fase eran aquellos que superaron dos veces el punto de corte establecido (grupo de riesgo) y aquellos alumnos que no habían superado el punto de corte en ninguna de las administraciones (grupo control). Antes de iniciarse esta evaluación individualizada se explicó al alumno en que consistía esta evaluación y se pidió su permiso para continuar, sin comentarle si había puntuado por encima del punto de corte en las fases anteriores del estudio. Además se le entregaban los cuestionarios para sus padres con una carta explicativa en un sobre que se cerraba delante de él. Los cuestionarios para profesores fueron contestados por los tutores de los alumnos, sin que supieran si el alumno pertenecía al grupo de riesgo o control.

Cabe destacar que el número de alumnos del grupo control es menor que el del grupo de riesgo debido a que la dirección de las escuelas accedió a realizar la evaluación de los alumnos con sintomatología depresiva sin ningún problema, pero no era partidaria de evaluar de forma individualizada alumnos que no presentaban sintomatología. Debido a este hecho se escogió un grupo control más reducido que reunía las mismas características de sexo y edad que el grupo de riesgo.

En la muestra clínica, el protocolo aprobado por cada servicio clínico implicaba que la primera administración de los instrumentos de evaluación de la sintomatología se realizaría por la profesional que realizaba la entrevista de acogida al servicio, si en esta administración el participante superaba el punto de corte establecido, la psicóloga responsable del estudio realizaba la evaluación individualizada, tras obtener la autorización de los padres del paciente. La evaluación se realizaba sin la presencia de los padres que contestaban los instrumentos de heteroinforme mientras transcurría la entrevista con su hijo o hija. Durante la sesión de evaluación individual se administraba una entrevista estructurada que se grababa en casete siempre y cuando los padres o tutores del menor hubieran dado su autorización por escrito.

Tanto en la muestra clínica como en la de control y de riesgo se realizó un informe individualizado de cada participante. Para la muestra evaluada en la escuela el informe se entregaba a la psicóloga de cada escuela y para la muestra clínica se unía al expediente clínico de cada participante, en este último caso el informe se entregaba una vez el psiquiatra del servicio clínico había realizado el diagnóstico y el participante ya había iniciado el tratamiento psicológico o psiquiátrico.